“Aplicación de un programa de rehabilitación de T.O. enfocado en las áreas y componentes del desempeño ocupacional de las personas lesionadas por quemaduras”

Autora: Dolly Rita León Molina.

Tesina presentada para obtener la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario.

17 de Diciembre del 2010.

Agradecimientos:

Policlínico Regional Salta. Hospital San Bernardo. De Salta.
Dr. Luís Brizuela. Jefe del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica.
Personal del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica.
Pacientes.
Mis padres.
Lic. Adriana Sebastianelli.
Lic. Graciela Bragagnolo.
Lic. Laura Paris.
Lic. Raúl Gómez Alonso.

INDICE:

	RESUMEN…….....	1
I	**INTRODUCCION**…….	2
1.1.	Problema……..	2
1.2.	Objetivos……..	3
1.2.1	Objetivo general……..	3
1.2.2	Objetivos específicos……	3
1.3.	Marco Teórico……..	3
1.3.1	La Terapia Ocupacional……...	3
1.3.2	Las Quemaduras…….	5
1.3.2.1	Clasificación según su profundidad…….	5
1.3.3	Proceso de intervención……...	9
1.3.4	Intervención desde Terapia Ocupacional…….	10
1.3.5	Posicionamiento……..	11
1.3.6	Ferulización……..	12
1.3.7	Quemaduras de mano……...	13
1.3.8	Control de cicatrización……...	14
1.3.9	Filosofía y práctica……...	15
1.3.10	Actividad con intención……...	16
1.3.11	Creatividad y salud mental……...	17
1.3.12	Rehabilitación psicosocial……	17
1.3.13	El dolor psicológico y las pérdidas en pacientes quemados……	18
1.3.14	Síntomas de estrés……	19
1.3.15	Sentimientos más comunes en pacientes quemados……	20
1.3.16	Hacia la salud a través de la ocupación……...	22
1.3.17	Los valores influyen la practica de la T.O……...	24
1.3.18	Áreas y componentes del desempeño ocupacional…….	24
1.3.19	Razonamiento clínico……...	27
1.3.20	Habilidades necesarias del T.O……	28
1.3.21	Intervención terapéutica…….....	29
1.3.22	Planificación del tratamiento……	29
1.3.22.1	Entrevista inicial……..	30
1.3.22.2	Métodos de evaluación……	31
1.3.22.3	Planificación e intervención…….	33
1.3.22.4	Tratamiento……...	35
1.3.22.5	Evaluación final……	36
1.3.23	Marcos de referencia relevantes……...	36
1.3.23.1	Modelo de Ocupación Humana……	36
1.3.23.2	Marco de referencia Biomecánico……	40
1.3.23.3	Marco de referencia de Rehabilitación…….	41
1.3.24	Beneficios de la utilización del ocio y tiempo libre…….	42
1.3.25	Descripción institucional……..	42
1.3.26	Descripción del grupo……...	43
1.3.27	Conclusión marco teórico…….	43
II	**MARCO METODOLOGICO**……	45
2.1	Finalidad……	45
2.2.	Sujetos……	45
2.3.	Ambiente……	45
2.4.	Instrumento……..	45
2.4.1.	Pre-test……...	46

2.4.1.1. Entrevista…… 46
2.4.1.2. Evaluación general……. 46
2.4.1.3. Evaluación de las A.V.D…… 47
2.4.1.4. Evaluación Actividades de Tiempo Libre…….. 47
2.4.1.5. Evaluación del Comportamiento Ocupacional……... 47
2.4.2. Programa de ejercicios y actividades lúdicas plásticas…….. 48
2.4.3. Post-test…….. 51
2.5. Procedimiento……. 51
2.5.1 Recursos utilizados……. 51
2.6. Análisis……... 52
III **RESULTADOS**……. 53
3.1. Historias clínicas…… 53
3.2. Resultados de las evaluaciones (pre-test.)…….. 58
3.3. Resultados de pre-test y post-test expresados en tablas y gráficos de barras……... 63
IV **DISCUCIÓN**…….. 75
V **CONCLUSIÓN**…….. 77
VI **REFERENCIAS**…… 80
VII **ANEXO**…….. 83
7.1. Evaluaciones empleadas……. 83
7.2. Objetivos y planes de tratamiento……... 93
7.3. Síntesis narrativa de cada tratamiento……. 103
7.4. Resultados: tablas y gráficos……... 108
7.5. Fotografías……... 154

Resumen

Esta investigación se llevo a cabo en la sala de quemados y cirugía plástica del Policlínico Regional Salta. Consistió en la implementación de un Programa de rehabilitación desde Terapia Ocupacional, con el fin de favorecer las áreas y componentes del desempeño ocupacional de cinco pacientes lesionados por quemaduras. El mismo se conformó de tres etapas: pre-test (evaluación de fortalezas y debilidades), tratamiento (realización de ejercicios y actividades lúdico plásticas) y el post-test donde se pudo observar la recuperación de las destrezas y habilidades perdidas fruto de las lesiones.

La investigación concluyó con un ambiente hospitalario abierto a la comunidad en donde la actividad significativa fue la protagonista del periodo de rehabilitación.

A partir de los logros alcanzados en esta investigación, se pudo demostrar la importancia de brindar atención interdisciplinaria a las personas lesionada por quemaduras.

Terapia Ocupacional – Rehabilitación – Quemadura – Áreas y componentes del desempeño ocupacional- actividad significativa – destrezas.

Abstract:

This investigation. I carry out in the room of burned and plastic surgery of the Polyclinical Regional one Jumps. It consisted of the implementation of a Program of rehabilitation from Occupational Therapy, in order to favor the areas and components of the occupational performance of five patients injured by burns. The same one conformed of three stages: pre-test (evaluation of strengths and weaknesses), treatment (accomplishment of exercises and activities playful plastic arts) and the post-test where could observe the recovery of the skills and lost skills fruit of the injuries.

The investigation concluded with a hospitable environment opened for the community where the significant activity was the protagonist of the period of rehabilitation.

From the achievements reached in this investigation, it was possible to demonstrate the importance of offering interdisciplinary attention to the persons injured by burns.

Occupational therapy - rehabilitation - Burn - Areas and components of the occupational performance - significant activity - skills.

“Aplicación de un programa de rehabilitación de T.O. enfocado en las áreas y componentes del desempeño ocupacional de personas lesionadas por quemaduras”

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Problema:

Las quemaduras son lesiones causadas en la piel, cuando ésta se expone a temperaturas superiores a 50 °C por un lapso de tiempo superior a los cinco minutos. Pueden estar producidas por: líquidos calientes, acción directa de una llama, contacto con cuerpos calientes, productos químicos cáusticos, electricidad o por radiaciones electromagnéticas.

El riesgo de una quemadura va a depender principalmente de tres factores: profundidad (tipos A=Superficial, AB=Intermedia y B=Profunda), extensión (porcentaje de la superficie corporal lesionada.) y edad de la víctima (ancianos y niños presentan peor pronóstico).

Teniendo en cuenta que la terapia ocupacional es una disciplina socio sanitaria que valora la capacidad de la persona para desempeñarse en la vida cotidiana e interviene cuando esta capacidad se halla en riesgo o dañada; esta investigación se realizó con el fin de conocer la eficacia de la misa, en la rehabilitación de cinco pacientes lesionados con quemaduras, que se encontraban internados en el servicio de quemados y cirugía plástica del hospital San Bernardo de la provincia de Salta. Por lo tanto su propósito fue (una vez detectadas las destrezas habilidades y los déficit producto de las quemaduras y/o secuelas post-quirúrgicas), elaborar un plan de tratamiento desde T.O. con el fin de mantener las áreas y componentes del desempeño ocupacional que estaban presentes y recuperar las que estaban en riesgo o dañadas, mediante un programa de ejercicios y actividades lúdico plásticas individuales y grupales.

Dado que en las etapas pre-quirúrgica y quirúrgica, los sujetos (pacientes), eran atendidos, por profesionales especializados: médicos, enfermeras, instrumentista, etc. Y en la post-quirúrgica, (etapa critica en si misma, donde los efectos seculares se convierten en invalidantes); recibían: atención médica (quirúrgica y traumatológica), fisioterapéutica, psicológica, nutricional y asistencia social; por lo que se consideró importante intervenir también desde Terapia Ocupacional para conformar un equipo de rehabilitación interdisciplinario.

Se esperaba que los resultados de esta investigación, permitieran conocer la eficacia de la terapia ocupacional en la rehabilitación de pacientes quemados, y así ampliar los horizontes de aplicación de la misma en los hospitales públicos; permitiendo orientar y sugerir estrategias a los equipos interdisciplinarios que trabajen en la rehabilitación de estos pacientes.

1.2. Objetivos:

1.2.1. Objetivo general:

Conocer la eficacia de la aplicación de un programa de rehabilitación de T.O. sobre: el mantenimiento de las áreas y componentes del desempeño ocupacional que se encuentren presentes y recuperación de las que se encuentren en riesgo o dañadas en las personas lesionadas por quemaduras.

1.22. Objetivos específicos:

- Identificar en pre-test las áreas y componentes del desempeño que se encuentran en riesgo o dañadas.
- Incentivar el desarrollo de las destrezas y componentes del desempeño en los cuales se evidencian riesgos de daño.
- Favorecer la utilización y valoración de todas las habilidades y destrezas que poseen y facilitan su periodo de rehabilitación.
- Reevaluar en post-test las áreas y componentes del desempeño que se encontraban en riesgo o dañadas.

1.3. Marco Teórico.

1.3.1. La Terapia Ocupacional

La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (T.O.) "A.P.E.T.O." en 1999 definió la Terapia Ocupacional como una disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa.

La Terapia Ocupacional como parte del sistema de asistencia socio sanitario, tiene un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta el concepto dinámico de la salud, es decir como: "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmersa la persona y la sociedad". Así, la T.O, desde el punto de vista biopsicosocial, constituye un elemento fundamental en la salud actuando como agente de salud sobre la biología humana, los estilos de vida y el medio ambiente.

El T.O. utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración."

La A.P.E.T.O. (op. cit.) afirma que la Terapia Ocupacional emplea un enfoque holístico, es decir examina todas las tareas con relación a la situación donde se desenvuelve la persona. Esto es importante señalar ya que, que durante el periodo de hospitalización, el paciente puede ser tratado en un ambiente restricto e impersonal, que resulta eficiente para satisfacer sus

necesidades médicas pero al mismo tiempo fomenta sus sentimientos de desamparo y dependencia, la persona puede empezar a identificarse en el papel de “incapacitada” o “enferma”. Por lo tanto, la A.P.E.T.O (op. cit) señala que la T.O. se basa además en supuestos filosóficos que tienen que ver con la naturaleza de la persona y su relación con el entorno humano y físico; estos supuestos tienen varias funciones:

a. Facilitan la comunicación con la sociedad de la que son responsables como profesionales (la T.O. defiende que las personas tienen derecho a una vida con sentido; las ciencias médicas: que tiene derecho a la vida).
b. Son el punto de partida para su código ético.
c. Dan sentido de identidad en el desarrollo y evolución de la profesión.

Romero, Ayuso, Romero y Moruno (2003) expresan que el ser humano es Un ser activo por naturaleza es decir que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos.

La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad.

Estos son los pilares que fundamentan la teoría y práctica de la T.O.

La enfermedad física y la incapacidad grave, plantean una amenaza capital al individuo y pueden precipitar una crisis vital. Antes del accidente, el paciente podía jugar y amar, podía ir y venir sin restricciones. También tenía escapes para la tensión física, los instintos agresivos y la creatividad.

Un traumatismo físico como una quemadura con el inminente ataque de una dolencia crónica, pueden dejar al paciente con múltiples incapacidades que desorganizan su vida familiar y sus planes futuros, alterar su imagen corporal, su posición social; disminuyendo su amor propio, su seguridad y su independencia. Además se reducen sus oportunidades para los contactos sociales y su integridad psicológica se ve amenazada; además el paciente puede perder el control sobre sus funciones físicas íntimas.

La respuesta de un paciente ante las lesiones de su cuerpo, producto de una quemadura puede crear hostilidad y resentimiento entre el personal. La conducta del paciente es situacional y constituye su respuesta al trauma.

El comportamiento del paciente difícil, mejora casi siempre cuando se estabilizan las funciones fisiológicas, y se aprecia mejoría en la sobrecarga emocional cuando la mayoría de las quemaduras han sanado o han sido cubiertas con injertos.

La autora de esta investigación considera que cuando nos enfrentamos por primera vez a un paciente derivado al Servicio de Quemados y Cirugía Plástica, tras haber sufrido una quemadura, lo primero que se hace como T.O. es informarse respecto a la causa del accidente (agente: fuego directo, agua, etc.), la severidad de la lesión (si la vida del paciente está o no en peligro), y cómo repercute todo esto en su vida en general; por lo tanto el procedimiento utilizado en nuestra práctica profesional es el razonamiento clínico interactivo, ya que el mismo posee una perspectiva fenomenológica, que nos da cuenta del estado general de la persona (registro que hace de sí mismo y su situación actual) y de cómo interactúa con su ambiente (familia, realización de las AVD, hábitos, etc.)

Por este motivo es importante conocer claramente la información respecto a las quemaduras, clasificación, etc., ya que de todos estos factores dependerá el tratamiento a seguir y él pronostico funcional del paciente.

1.3.2. Las quemaduras:

Armaza, Ayala, Cortés y Egaña (2000), definen la quemadura como una lesión de la piel en la cual un agente daña los tejidos vivos, produciendo alteraciones locales y generales que pueden comprometer seriamente la homeostasis de la persona afectada. Los mismos autores realizan la siguiente clasificación:

1.3.2.1 Las quemaduras se clasifican según su profundidad:

a).Quemadura tipo A o superficial: Afecta solamente y/o parte de la dermis papilar. La conservación total o parcial de la capa germinativa asegura que en un lapso de siete a diez días haya una reproducción de células epidérmicas suficientes para remplazar las destruidas.

- Eritema tosas:

La única alteración local es la alteración es la del plexo vascular superficial, cuya congestión da el color rojo característico que ha originado su nombre. Como consecuencia de esta congestión local hay una irritación de las terminaciones nerviosas que producen ardor, prurito y dolor. La destrucción es mínima y se reduce a una descamación de la capa córnea de la epidermis, el resto de los elementos cutáneos no sufre alteración alguna.

- Flictenulares:

Se caracterizan por la aparición de flictenas que se deben a la salida del plasma a través de la pared de los capilares del plexo superficial. Su permeabilidad ha sido alterada por efecto de la noxa activante cuya intensidad y tiempo de acción determinan en primera instancia la vaso dilatación y luego la mortificación de la estructura de la pared capilar.

El plasma que escapa de los vasos con su pared alterada, se acumula también en los tejidos vecinos infiltrándolos y aumentando su consistencia (edema). La irritación y compresión de las terminaciones nerviosas hace que estas quemaduras sean muy dolorosas.

Resumen, de los puntos más importantes de: Quemaduras de 1° Grado

- No producen secuelas histológicas permanentes
- Signo cardinal; Eritema
- Síntoma Cardinal; Dolor
- Curación espontánea en 5 días
- No secuelas

b).Quemadura tipo AB o intermedia: En este tipo de quemaduras el plexo vascular superficial está trombosado, la epidermis esta totalmente destruida así como el cuerpo papilar. Por lo tanto no hay posibilidad alguna de regeneración epitelial tomando como punto de partida el estrato germinativo, y la regeneración se efectúa sobre la base de elementos epiteliales remanentes pertenecientes a folículos pilosos, glándulas cebáseas y sudoríparas.

Este tipo de quemadura tiene dos formas de evolución:

- Grado superficial: Cura espontáneamente gracias a un tratamiento bien dirigido, que evite la infección local y/o la asfixia de las células vivas remanentes.
- Grado profundo: Puede profundizarse por razones específicas, destruyéndose los elementos epiteliales remanentes que potencialmente estaban capacitados para una reproducción activa y desapareciendo por tanto, toda posibilidad de un nuevo revestimiento epitelial espontáneo.

Síntesis, de las Quemaduras de 2° Grado:

1. Quemaduras de 2º grado <u>Superficial</u>

- Afecta la epidermis y la capa más superficial de la dermis
- Las ampollas son el signo más influyente en el diagnóstico
- Doloroso al aire ambiental.
- Blanquean a la presión local
- Al halar el pelo, este levanta un sección de piel
- Escarectomía no necesaria
- Remisión en 14-21 días
- Secuela de Despigmentación de la piel

2. Quemadura de 2° grado Profundo

- Afecta la epidermis y las capas más profundas de la dermis
- Relativamente dolorosa, depende de la masa de terminaciones nerviosas sensitivas cutáneas quemadas
- No blanquea cuando se presiona localmente
- Al halar del pelo, este se despende fácilmente
- Puede requerir de escarotomías
- Si en 21 días no re-epiteliza, se obtienen mejores resultados con desbridamiento mas auto-injerto
- Deformidades y retracciones cicatriciales groseras
- Hipertrofias cicatriciales

c).Quemadura tipo B o profunda: Se caracteriza por una necrosis completa de todos los elementos de la piel incluyendo epidermis y dermis lo que da origen a la llamada escara. La zona aparece de un color castaño negruzco o blanco acartonado, duro al tacto. Hay analgesia por destrucción completa de los elementos nerviosos.

El tejido destruido se va eliminando con el correr de los días y, si se espera una evolución espontánea, entre la tercera y cuarta semana aparece en el fondo el tejido de granulación que va rellenando la perdida de sustancia.

La epitelización se produce sólo por avance convergente de la periferia quedando siempre una cicatriz hipertrófica que se hace retráctil determina secuelas funcionales y/o estéticas muy serias.

Una quemadura tipo B debe ser sometida a escarectomía e injerto lo más precozmente posible, esto significa que el ideal es que no sea después de los 10 a 12 días de evolución.

El diagnóstico definitivo de la profundidad de la quemadura es un diagnostico evolutivo que se podrá realizar en forma certera después de las 48-72 horas y que también depende de muchos otros factores que van a influir en la evolución de la quemadura, por ejemplo: presencia de edema (que implica una adecuada hidratación y cuidados posturales), infección (que puede determinar profundización de la quemadura), la curación, etc.

Armaza, Ayala, Cortés y Egaña (op. cit.) afirman que una vez determinada la profundidad de la lesión este criterio debe ser usado para decidir en qué caso se debe hospitalizar a la persona. Por ejemplo en casos de quemadura profunda que afecte un segmento corporal en forma circular, o en manguito, sobretodo cuando se trata de extremidades o tórax. En este caso puede verse comprometida la vitalidad distal de los órganos afectados, al producirse compresión de los paquetes vasculo-nerviosos por el edema inicial y la posterior formación de la escara.

La primera atención en el servicio de urgencia o en un consultorio rural, es el primer contacto del paciente con el equipo de salud. Este debe tener presente que la evolución que el paciente tenga posteriormente, puede verse ampliamente afectada por la conducta adoptada en esta primera instancia".

Síntesis de: Quemaduras de 3° Grado

- Indolora, blanquecina o marrón oscura
- Apergaminada, correosa e inelástica
- Trombosis venosa superficial
- Afecta la totalidad de la piel
- Requiere de escarectomías
- Puede requerir de amputaciones.

- De los Santos (op. cit.) ejemplifica los tres tipos de quemaduras descriptos anteriormente, mediante las siguientes fotografías:

Tipo A Tipo AB (superficial y profunda) Tipo C

1.3.3. Proceso de intervención:

Armaza, Ayala, Cortés y Egaña (op. cit). Consideran que una quemadura plantea al equipo tratante diversos problemas según la etapa de evolución en la que se encuentre.

Cuando las lesiones han sido de una magnitud mediana o mayor, la reacción inflamatoria continúa después que se ha completado re-epitelización asociada a una gran posibilidad de producir una cicatriz hipertrófica. La misma se visualiza como un engrosamiento y endurecimiento, asociado a hiper-pigmentación de la piel, con adherencia a los planos profundos, lo que provocará a corto o largo plazo una discapacidad funcional y/o estética, producida por la retracción o deformación de los tejidos vecinos a consecuencia del crecimiento (en el caso de niños).

Las secuelas fruto de quemaduras de intensidad elevada, requieren de una prolongada rehabilitación, que incluye la aplicación de elementos de medicina, junto con el apoyo psicosocial (del paciente y su familia), y de cirugía reconstructiva hasta que se complete el proceso de crecimiento (en el caso de niños). Este tipo de evolución desfavorable puede ser prevenido a través de diferentes procedimientos de inmovilización y comprensión, que son aplicados por profesionales especializados en la rehabilitación de las quemaduras.

Por todo lo mencionado, cabe destacar la importancia de derivar, a especialistas en el tema, a toda persona quemada cuando se sospeche que puede desarrollar una cicatriz hipertrófica en alguna de las zonas afectadas. El equipo ideal de rehabilitación para tratarlas (personas lesionadas por quemaduras), es aquel que pueda aplicar los procedimientos necesarios al paciente, a su familia y al medio en que se desenvuelve para reintegrarlo al más alto nivel de eficiencia física y psicológica, compatible con su condición actual, brindándole un futuro que lo lleve a su máximo rendimiento satisfacción.

Para este fin es recomendable contar con un equipo multiprofesional de rehabilitación, que incluya un médico, fisiatra, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, asistente social y nutricionista, quienes deben trabajar coordinados entre sí y con el resto del equipo médico, (cirujano, dermatólogo, pediatra, etc.).

Además se requiere el apoyo de un taller de prendas comprensivas con telas elásticas, tales como camisetas, pantalones, gorros, guantes y

mentoneras a medida según las necesidades de cada paciente. Será el equipo interdisciplinario quien decida en cada momento los tratamientos más adecuados.

El tratamiento de rehabilitación de las cicatrices (de la persona portadora de secuela de una quemadura), habitualmente requiere controles hasta que el paciente completa su desarrollo. Habrá periodos de control más distanciado cuando se ha obtenido una respuesta favorable y otros de mayor intensidad terapéutica cuando el crecimiento del niño o la ausencia de los cuidados apropiados por parte del paciente, provoca tracciones en los tejidos vecinos a la cicatriz. Habitualmente duran 1 o 2 años después de cada cirugía correctiva y tienen por objetivo evitar o disminuir la formación de una nueva cicatriz hipertrófica que revierta el resultado buscado, impidiendo o dificultando el desempeño ocupacional independiente de la persona en la sociedad.

Los pacientes que, como parte de su tratamiento, han sido sometidos a injerto de cualquier tipo, deben ser derivados a rehabilitación; la misa debe hacerse en forma precoz, ya que existen alternativas para tratar pacientes que aun presentan zonas cruentas.

Hay secuelas que provocarán limitaciones y discapacidad con el transcurso de los años, por lo que aún cuando hayan transcurrido varios meses después del accidente es aconsejable su control especializado. Es importante tener presente que, lesiones de poca extensión puedan ocasionar secuelas que provocarán una importante incapacidad en los niños ya que el miso transita un periodo de crecimiento casi-constante.

Los pacientes portadores de cicatrices residuales, manifestadas por engrosamiento y/o endurecimiento de la piel, requieren de una periódica evaluación por parte del equipo rehabilitador, quien determinará el tratamiento mas apropiado y en el momento más oportuno para cada caso; de esta manera se podrá actuar antes de que las deformaciones se hagan muy evidentes.

13.4. Intervención desde Terapia Ocupacional:

La Terapia Ocupacional (T.O.) fue definida por la A.P.E.T.O. (op. cit.) como: El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad con el objetivo de favorecer y mantener la salud, prevenir la incapacidad, valorar la conducta y tratar o adiestrar a los pacientes con disfunciones físicas o psicosociales.

El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

La visón de hombre como un ser “activo” cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención y con propósito. Se basa su capacidad de utilizar la motivación intrínseca, y ser capaz de variar su salud física y mental, junto con sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con propósito.

La vida es un continuo proceso de adaptación a los factores biológicos, psicológicos y ambientales, (como ser accidentes con agentes

físicos productores de calor que dejan secuelas invalidantes en las personas) pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento de la vida; y es "La actividad con propósito" quien va a facilitar este proceso de adaptación.

Las actividades con propósito son las tareas o experiencias en las cuales la persona está participando activamente, está coordinando aspectos motores, cognitivos y emocionales; o sea la actividad, también están interactuando los aspectos intra e interpersonales.

Cuando realizamos una actividad, también estamos ocupando un tiempo y un espacio, es decir que estamos interactuando con el entorno; este conjunto de actividades es la "ocupación humana"; la cual es considerada por la T.O. como el medio a través del cual los seres humanos le dan sentido y significado a su vida; estructurándola y manteniendo la organización de su tiempo.

La Terapia Ocupacional utiliza la *ocupación como medio y como fin:*

- Como *Medio*: permite facilitar, restaurar y mantener la función de acuerdo con la necesidades de la persona
- Como *Fin*: actúa como elemento de relación e interrelación social de la persona, por lo tanto, mejora el concepto de sí mismo (cuando la persona realiza ocupaciones acorde a su edad, a sus motivaciones, sus necesidades..., se siente eficaz, efectivo en su medio, como persona que puede controlar las acciones y situaciones).

1.3.5. ***Posicionamiento***

Los terapeutas ocupacionales también realizan aportes en cuanto a los cuidados de posicionamiento y modalidades para realizarlos (mediante férulas o adaptaciones).

De Los Santos (op. cit.) refiere que aún con el más cooperativo de los pacientes, los programas de arcos de movimientos activos / pasivos pueden ser insuficientes para prevenir el desarrollo de deformidades y contracturas. Por lo tanto, el posicionamiento adecuado en cama también se convierte en una necesidad importante; ya que en tan sólo 8 horas de sueño en posición "confortable" se pierde los beneficios articulares logrados durante las sesiones de ejercicios.

Generalmente durante el sueño, los pacientes asumen posiciones indeseables para sus articulaciones, en personas sanas esto no es un problema, ya que cambian frecuentemente de posición. Sin embargo, las molestias asociadas con la recuperación de quemaduras, usualmente evitarán que estos pacientes se muevan, asumiendo por esta razón, inmovilidad articular.

Buscando una posición cómoda, es probable que los pacientes pidan una almohada para la cabeza mientras descansan, esta posición está contraindicada en quemaduras de cara y cuello. La contractura en flexión de la nuca usualmente se acompaña de deformidades de la parte inferior de la cara. Esto puede ser minimizado colocando la nuca en extensión ventral durante el reposo y el sueño

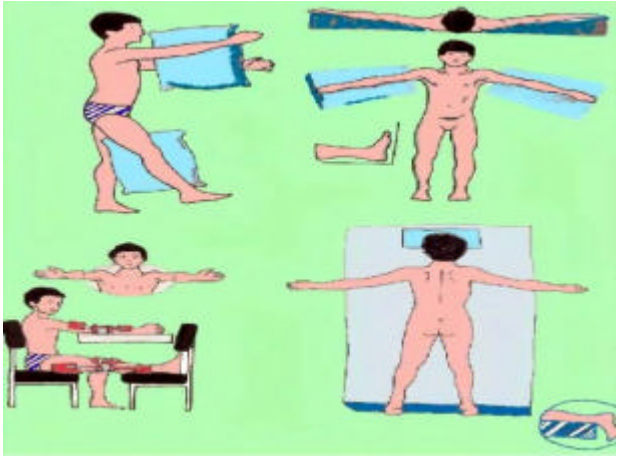
Puede ser difícil para el paciente mantener la posición adecuada de forma voluntaria, por lo tanto se necesitará el uso de férulas.

Los hombros deben estar en abducción de 80° a 90° con el codo en extensión completa y las muñecas extendidas de 30° a 40° previniendo así posiciones indeseables de pequeñas articulaciones de las manos y muñecas.

Con la muñeca extendida de 30° a 40° las articulaciones metacarpofalángicas (MCF), asumirán posición en flexión debido al tiraje de los músculos intrínsecos; en esta posición las articulaciones interfalángicas (IF) estarían en flexión intermedia (posición de reposo) y el pulgar asumirá posición de abducción intermedia.

Los posicionamientos correctos también son condicionados por el edema periférico. Toda parte edematosa debe ser elevada sobre el nivel del corazón para permitir el drenaje linfático. Los brazos pueden requerir elevación para favorecer retorno venoso. Si el paciente se encuentra fuera de la cama, se puede utilizar vendajes elásticos para modular el edema.

De Los Santos (op. cit.) propone diferentes tipos de posicionamientos para evitar contracturas:



1.3.6. ***Ferulización***

De Los Santos (op. cit.) expresa que los principios fundamentales de la ferulización son los mismos que los del posicionamiento.

Las férulas están indicadas para: evitar daños sucesivos a estructuras expuestas, nervios, tendones, áreas edematosas y para la inmovilización de fracturas menores. Son fabricadas de una serie de materiales, probablemente, los más comunes son los materiales termoplásticos de baja temperatura ya que pueden ser moldeadas directamente sobre el paciente para obtener ajuste máximo y el tamaño exacto (hecha a medida), las mismas se colocan sobre los apósitos y se aseguran con vendajes elásticos y/o velcro según las necesidades de cada paciente.

Los materiales de rutina como yeso y fibra de vidrio interfieren con el manejo de la herida (en el caso de presentarse fracturas) por lo tanto, la inmovilización con fijadores externos es el tratamiento más común. La fijación externa permite la visualización directa de la herida y permiten la colocación de injertos de piel incluso alrededor de los clavos.

Las manos y las muñecas, son áreas que requieren ferulización en la evolución post-quemadura. La flexión se considera como la posición de confort de la muñeca con la tendencia de las articulación MCF a hiperextenderse, las articulaciones IF a flexionarse y rotación con pérdida de

abducción del pulgar. Estas posiciones contracturantes se evitan con ferulización y extensión de la muñeca.

Las férulas inmovilizadoras también son colocadas sobre extremidades injertadas para garantizar que el injerto no se deslice durante la "toma" y para mantener posicionamiento óptimo durante este proceso. En estos casos, las férulas se colocan en quirófano sobre los apósitos y fijadas con vendaje elástico (como se mencionó anteriormente).

Los arcos de movimiento deben evitarse durante 4 ó 5 días hasta que los injertos estén asegurados, luego de éste periodo, se iniciarán arcos de movilidad pasivos. Frecuentemente entre el 7mo y el 8vo día, el paciente será capaz de realizar movimientos activos.

1.3.7. Quemaduras de Mano:

Armaza; Ayala; Cortés y Egaña (op. cit.) enuncian que las quemaduras que afectan las manos poseen un elevado significado funcional, secundario sólo a quemaduras faciales. La gran mayoría de las quemaduras de mano afectan las palmas debido al cierre del puño como reflejo involuntario cuando se toca un objeto caliente.

Cuando se presentan quemaduras de 3° grado en las palmas de las manos, comunes en quemaduras eléctricas, tienen mal pronóstico; en quemaduras de 3° grado de la región dorsal los resultados funcionales son similares, tanto con el manejo conservador como con desbridamiento temprano más injerto; lo importante es iniciar tempranamente con el tratamiento kinesico.

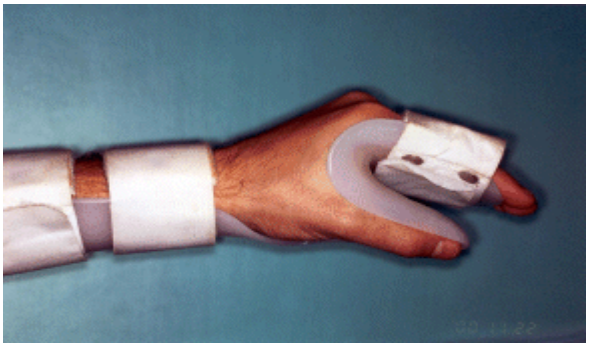
Las manos son ferulizadas en posición neutral, abducción del pulgar, extensión de la muñeca y uniones metacarpofalángicas (MCF). Al quinto día postoperatorio, de quemaduras del dorso de la mano, puede iniciarse cuidadosamente los arcos de movimientos activos.

La Férula de Posición funcional, debe respetar los siguientes grados:

- Muñeca en extensión de 20-30º.
- Articulaciones metacarpofalángicas flexionadas 80-90º.
- Articulaciones interfalángicas en extensión.
- Pulgar en abducción.

Dicha posición puede conseguirse con la colocación de una férula, desde el ingreso. El vendaje debe adaptarse correctamente, pero no debe ser compresivo.

Ej.: Férula de “Posición Funcional”. Material: termoplástico



1.3.8. Control de Cicatrización

Armaza; Ayala; Cortés y Egaña (op. cit.) explican que la aplicación de ropa compresiva sobre la herida puede reducir la hipertrofia cicatricial que normalmente se presentará en una herida quemadura o en un injerto.

La cicatriz hipertrófica en la persona quemada se define como una cicatriz elevada con apariencia de "queso suizo". Este tipo de cicatriz es consecuencia del ordenamiento caótico de las fibras colágenas dentro de la herida durante la cicatrización.

Lo autores afirman que se ignora el verdadero origen de la producción de una cicatriz hipertrofica.

Los vendajes con refuerzo elástico o ropa fabricada a la medida con tela gomosa, deben aplicarse a todas las áreas lesionadas para minimizar la formación de cicatrices hipertróficas.

La compresión sobre la herida permite que las fibras colágenas desorganizadas se ordenen en forma paralela, similar a la de posición normal de colágeno, evitando así hipertrofias groseras. Como estas fibras comienzan a aparecer temprano en la evolución de la herida, es importante aplicar vendajes elásticos sobre los apósitos.

Las vendas con refuerzos elásticos pueden utilizarse cuando la herida cierre.

La ropa compresiva definitiva debe indicarse y medirse para ser utilizada justo antes del egreso del paciente y debe llevarse 23 horas al día sobre todas las áreas quemadas hasta que la cicatriz madure completamente. El paciente debe tener, por lo menos 2 juegos, para siempre disponer de ropa limpia de recambio diariamente.

La maduración de la herida usualmente ocurre entre 1 a 2 años (promedio de 18 meses) pos-quemadura, ocasionalmente más tiempo. Se identifica cuando desaparece el eritema y se suaviza el tejido cicatrizal; hasta tanto la cicatriz no madure, siempre habrá potencial para la formación de hipertrofia y contracturas, sobre todo, en articulaciones.

COMPARACIÓN DE CICATRICES	CICATRIZ QUELOIDE	CICATRIZ HIPERTRÓFICA	CICATIZ ATRÓFICA
Complexión más común	Oscura	Pálida.	Pálida.
Sobresale los límites de la herida original	Sí	No	No
Respuesta a Tratamiento	A veces	Sí	Sí
Inidentificable por fotografías	Sí	Sí	Sí
Cicatriz Levantada	Sí	Sí	Sí
Cicatriz Común	No	Sí	Sí

Aniquem (2003) explica que la terapia para cicatrices, en base al uso de ropa compresiva fue aplicada por primera vez en 1881 y con los años se fueron adquiriendo mejores conocimientos de los cambios fisiopatológicos producidos por la ropa compresiva. En la actualidad se continúa su utilización, ya que estas producen una alineación paralela y horizontal de las fibras colágenas, diferente a las formaciones nodulares que se presentan en cicatrices hipertróficas, además la presoterapia continuada 6-12 meses, previene la cicatrización patológica.

De Los Santos (op. cit.) propone ejemplos de:

- Mangas de antebrazos, Tórax anterior y guantillas

- Guantillas en detalle de las manos. Esta ropa compresiva puede ser utilizada sobre férulas de manos.

- Calzas sobre sitos donadores

1.3.9. Filosofía y práctica:

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (2001) describen al hombre como un ser activo por naturaleza, cuyo desarrollo se encuentra influenciado por la actividad propositiva.

A través de su capacidad para la motivación intrínseca, los seres humanos son capaces de influir sobre su salud física y mental así como en su entorno físico y social a través de la actividad con un propósito.

La vida humana implica un proceso de continua adaptación, conlleva la supervivencia y la actualización del propio individuo. Este proceso se pude interrumpir en cualquier momento del ciclo vital, a causa de factores biológicos, psicológicos y medioambientales; generando la aparición de la disfunción.

Gonzalez, (2004) considera que la filosofía motiva y guía la práctica diaria de la T.O. y algunas veces es la clave de su éxito, pero en otros, es motivo de perturbación y confusión. Los T.O. que trabajan en hospitales docentes con fuerte orientación científica (como es el caso del hospital San Bernardo de la provincia de Salta), encuentran difícil explicar la práctica, y esto tiende a construir un problema, para la formulación de una identidad profesional.

1.3.10 ***Actividad con intención:***

El núcleo común de la Terapia Ocupacional es la *actividad con intención*, ésta es utilizada como herramienta fundamental para prevenir y mediar en la disfunción y producir la máxima adaptación.

Polonio, Durante, Noya, (2001) describen que una actividad puede ser entendida como *terapéutica*, cuando logra reunir las siguientes características:

- Estar dirigida a una meta.
- Tener significado para el paciente/usuario
- Requiere la participación del paciente/usuario en algún nivel.
- Ser un instrumento para la prevención de la disfunción. mantenimiento o mejoramiento de la función y la calidad de vida.
- Reflejar la participación del paciente/usuario en tareas vitales.
- Ser adaptable y graduable (edad, necesidad, etc.)
- Estar determinada por el juicio profesional del T.O. y basada en su conocimiento sobre el desarrollo humano, patología médica, relaciones interpersonales y el valor de la actividad

Luego de verificar que la actividad reúne las características mencionadas, se debe analizar y valorar cuidadosamente su potencial terapéutico, para ello el T.O. mide las destrezas que potencialmente se pueden desarrollar. Estas son:

- Motoras.
- Sensoriales.
- Cognitivas.
- Preceptúales.
- Emocionales.
- Sociales.
- Culturales.

Considero elemental señalar el concepto de *Actividad creadora.* La misma es una herramienta importante para el T.O., ya que por medio de la creación (acto creador), la persona se expresa y el material va a ser el claro reflejo de lo que el paciente está expresando.

Por lo tanto cuando el terapeuta ocupacional utiliza la actividad incluye un doble propósito: *intrínseco y terapéutico*; la actividad propositiva facilita el proceso de adaptación: ya que en la misma se incluyen factores interpersonales y del entorno; puede utilizarse para prevenir y mediar sobre la disfunción y lograr la mayor adaptación posible.

1.3.11 Creatividad y Salud Mental

Durante Molina y Noya Arnaiz (1998) explican que el proceso de creación surge cuando nuestro mundo interno puede entrar en un contacto fluido con la necesidad de modificar algo; sin embargo, puede inhibirse por la ansiedad, hostilidad inconsciente, exigencia de sufrimiento, necesidad de castigo, ausencia de motivaciones, problemas sociales, familiares, entre otros; llevando a la persona hacia la defensa de su propia seguridad y no hacia el desarrollo de su capacidad creadora y libertad interna.

La relación entre salud mental y creatividad puede ser observada en las personas que son capaces de tener un mínimo de conciencia y capacidad de encontrase con la experiencia de la vida cotidiana.

Una persona es considerada "mentalmente sana" cuando puede tratar con la realidad de forma constructiva, aunque dicha realidad es negativa y/o amenazante, puede encontrar medios para afrontarla. Por lo tanto la "creatividad" es un proceso de esfuerzo continuo, en el cual viejos comportamientos son reemplazados por nuevos.

La característica fundamental de un producto creativo, es la expresión de la necesidad del sujeto de encontrar un sentido. Es importante señalar que el objeto creado no necesariamente debe ser un objeto tangible o concreto, sino que puede ser una idea, una hipótesis, etc.

El proceso creativo consta de cinco fases:

1. Percepción del problema.
2. Formulación del problema.
3. Hallazgo de ideas.
4. Valoración de las ideas.
5. Realización de las ideas.

1.3.12 Rehabilitación psicosocial:

Luego de una extensa lectura de diversos autores y experiencia en la práctica profesional podemos decir que a pesar de los excelentes programas de tratamiento y de su dedicación personal, los T.O. pueden tropezar con obstáculos para la rehabilitación:

- Los pacientes pueden experimentar serios retrocesos, caer en el rechazo o en la depresión, parecer incapaz de aceptar los cambios en su estilo de vida y fallar en el óptimo aprovechamiento de sus facultades.

- El paciente descubre que su cuerpo no es indestructible, que puede ser súbitamente vulnerable a la muerte, a la pérdida y al dolor.
- El paciente se encuentra en riesgo de perder funciones físicas adquiridas, tales como la capacidad motriz, el control intestinal, la fuerza física y las funciones psicológicas adquiridas también paulatinamente, tales como la autonomía y la seguridad.
- El proceso de adaptación al impedimento físico secuelar de una quemadura, es de larga duración y continuará aun después de que el paciente sea dado de alta.

1.3.13. ***El dolor psicológico y las pérdidas en pacientes quemados.***

González, (2004) ha destacado el papel del control del dolor. Se enfoca además el dolor proveniente de las pérdidas.

Todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave, ha sufrido una pérdida de: una función, un rol, independencia, la sensación de seguridad en el mundo, tal vez su hogar, sus posesiones o a sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida puede ser evidente, pero no siempre.

Antes de llevar a cabo la intervención terapéutica, debe conocerse qué es lo que la persona perdió, es decir, debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no es tan aparente. No sólo puede pasar inadvertido para el terapeuta el significado verdadero de la pérdida, sino que el paciente puede necesitar ayuda para clarificar el objeto de ésta.

Gonzáles (op. cit.) considera que las personas atraviesan diez etapas, hasta superarlas por lo tanto, el conocimiento de las mismas facilita a los profesionales, la intervención psicológica con los pacientes quemados.

Fases:

1. Expresión emocional.
2. Depresión.
3. Síntomas físicos.
4. Pánico.
5. Culpa acerca de la pérdida.
6. Enojo.
7. Resentimiento.
8. Resistencias para continuar.
9. Esperanzas.
10. Afirmación de la realidad.

También expresa que existen pacientes quemados que hablan gustosos acerca de sus pérdidas, aún si mostraron resistencias iniciales. Por lo que considera, que una frase como: "esto debe ser muy doloroso para usted" podría promover que la emoción salga, o "yo puedo ver que usted está experimentando mucho dolor, hable más acerca de sus sentimientos". Para el trabajo con pacientes que se han referido a sus pérdidas sugieren: "con el tiempo, el dolor será menos intenso que ahora".

Es importante señalar que las palabras, no eliminan el dolor, solo ayudan a que las personas se sientan mejor, al poder expresar sus sentimientos, siempre que sienta que el terapeuta puede soportar el oír todas sus emociones, mientras él está hablando.

El trabajo de las pérdidas puede hacer surgir frases como: "yo siento que me voy a volver loco", comentarios de este tipo necesitan una explicación, pero debe tomarse en cuenta que igual que las somatizaciones, las preocupaciones con la imagen por la pérdida, culpa, hostilidad; son patrones normales de conducta ante la reacción de pérdida.

El proceso posterior a las quemaduras severas pasa por cuatro etapas, tres durante la hospitalización y una en la casa.

- 1ª etapa "Aguda" está dominada por mecanismos de defensa y defensas de emergencia.
- 2ª etapa: con frecuencia, se inicia después de dos semanas, en ella los factores psicológicos se fortalecen.
- 3ª etapa: el paciente se continúa recuperando y sus destrezas sociales influencian sus pensamientos y sentimientos.
- 4ª etapa: se da cuando la persona de nuevo se ajusta a la familia, al trabajo y a la sociedad.

1.3.14. Síntomas de estrés

De los Santos, (op. cit.) realiza un compilado de diferentes autores en donde se resumen los siguientes síntomas de estrés que se pueden experimentar luego de una quemadura y durante el proceso de rehabilitación.

Los pacientes gravemente quemados, empeorados por la reacción de stress, pueden presentar diferentes problemas emocionales: hay dolor, ataque y temor asociado con excitación, delirio y/o alucinaciones.

El dolor puede ser el foco de la conducta del paciente.

Una persona estable y bien ajustada emocionalmente, puede aceptar mejor, la rutina del tratamiento que un adulto asustado y no estable emocionalmente.

Cuando se hace necesario el tratamiento prolongado, el stress continuo puede llevar a la depresión u hostilidad hacia el personal responsable de su atención.

- *Impacto:*

  Inmediatamente luego de la Quemadura
  Shock Incredulidad
  Despersonalización

- *Retiro o Negación:*
  Luego del impacto inicial
  Supresión Represión
  Desconfianza

- *Aceptación:*
  Luego de la negación
  Apenado, Tristeza

- *Reconstructiva:*
  Fase final

Aceptación de limitaciones.
Inicia la reedificación de su vida

Además plantea dos etapas importantes por las que atraviesa la persona con secuelas de quemaduras:

- ***Fase Aguda o Inmediata***

Es la etapa en la cual el paciente lucha por su vida, generalmente abarca de dos a cuatro semanas. El mismo se preocupa de la adaptación al cambio abrupto sufrido, en su paso de la salud a la situación de crisis y de estar en peligro de muerte.

Los síntomas físicos presentes son: anoxia, desbalance electrolítico, infecciones, edema y reacciones en todo su sistema

El estrés y el impacto psicológico son muy intensos; por esta razón se utilizan defensas primitivas como negación y represión, con el propósito de protegerse de la seriedad de su situación. Además puede presentar delirios, insomnio, sentimientos depresivos y ansiedad; los mismos tienden a agudizarse en la noche y es común en pacientes con grandes extensiones del cuerpo quemadas.

El delirio es el resultado de un síndrome orgánico cerebral, se caracteriza por: confusión, desorientación, agitación o apatía, insomnio y pesadillas, alucinaciones y menoscabo intelectual. Además pueden aparecer signos neurológicos.

Fase de Reintegración o de Convalecencia.

En la segunda fase hay un ajuste al impacto. Ya pasó el peligro de muerte y se empieza a luchar con el dolor constante de los tratamientos y además se examina la calidad de su futura vida.

Se aumenta el contacto con el personal médico, enfermeras y familiares.

Las reacciones psicológicas normales son:

- El miedo (en relación a los tratamientos), la ansiedad acerca de su futuro funcionamiento.
- La depresión moderada, como resultado de la pérdida de funciones, del desfiguramiento y la separación de los seres queridos.

La brusquedad de los síntomas mencionados, resulta patológica y puede dar como resultado depresiones severas, regresiones o psicosis.

1.3.15. Sentimientos más frecuentes en pacientes quemados:

De los Santos, (op. cit.) considera que la depresión es el mayor problema en la recuperación de dichos pacientes. Realiza una clasificación de los tres sintomas mas frecuentes en los pacientes quemados:

- La depresión,
- El enojo- hostilidad.
- La ansiedad.

a*. ***Depresión: Es una respuesta esperada en las pérdidas producidas por las lesiones (pueden tratarse de pérdidas de funciones del cuerpo, de familiares o de trabajo). Estas producen ansiedad y también pueden generar depresión, manifestándose de muchas formas.

Los pacientes pueden hablar de tristeza o expresar tristeza en su expresión facial, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastornos del sueño y paralelamente disminuye la actividad psicomotora al despertar por la mañana; todas son señales de humor depresivo.

Una quemadura produce tantos cambios metabólicos, que muchas veces se dificulta el diagnóstico de depresión.

Los pacientes han progresado a una condición depresiva, cuando la pérdida causada por la quemadura viene a distorsionar su mente y cuando hay un concomitante decrecimiento de los sentimientos de valía.

La depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o los recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima.

Los pacientes que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional, y auto acusaciones.

La presencia de síntomas vegetativos tales como: disturbios del sueño, constipación, disminución del apetito, desinterés sexual y una lentitud general, pueden hacer pensar en una depresión; sin embargo, estos síntomas pueden estar presentes en pacientes graves como manifestación de su condición fisiológica.

Por lo tanto debe siempre mirarse la historia personal, en busca de enfermedad mental previa, especialmente de desorden afectivo mayor.

b. Enojo y hostilidad: Los pacientes internados en un hospital no sólo pierden temporalmente el control, también pierden posesiones, auto imagen y afectos, por esto es frecuente que estén presentes sentimientos como la ira, el enojo y la hostilidad.

La primera consideración ante estos pacientes es el control del dolor y corregir si hay una sub.-medicación.

Si la cólera y hostilidad es por síndrome mental orgánico, debe reconocerse y de ser posible corregirse. Además se debe tener en cuenta que heridas en la cabeza pueden causar cambios en los patrones conductuales.

El síndrome de aislamiento por drogas o alcohol necesita ser reconocido y corregido; debe considerarse que ciertos medicamentos también lo pueden producir.

Pacientes que tienen un persistente desorden psiquiátrico, puede ser debido a patrones conductuales usuales o producto de una descompensación psicótica que se refleja en agitación, cólera y conducta paranoica, en estas situaciones los fármacos son los más apropiados.

Es probable que la cólera y conducta agitada sean universales en personas hospitalizadas por traumas o quemaduras y son comúnmente las primeras emociones en aparecer, para dar paso posteriormente a la dependencia.

c. Ansiedad: es otra emoción común en pacientes quemados; emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos experimentados en la infancia. De Los Santos (op. cit.) refiere que pueden existir seis tipos de ansiedad en estos pacientes:

1. La amenaza básica a la integridad narcisista.
2. Miedo a los extraños.
3. Miedo a la separación.
4. Miedo a perder el amor y la aprobación.
5. Miedo a lesionar o perder partes del cuerpo.
6. Miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

1.3.16. Hacia la Salud a través de la ocupación...

Moruno y Talavera (2007) afirma que el comportamiento ocupacional es un fenómeno complejo que demanda un amplio rango de análisis: biológico, fisiológico, psicológico, social y cultural y los avances en estas disciplinas modifican y enriquecen el concepto de una manera dinámica.

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez (op. cit.) afirman que en la organización del MOH (Modelo de Ocupación Humana) han tenido gran importancia las teorías psicológicas centradas en la motivación, los trabajos sociológicos basados en la teoría de la adquisición de roles y, finalmente los trabajos antropológicos y sociológicos que explican la cultura como sistema que modela y da significado al comportamiento ocupacional. Sobre esta base, el MOH aporta una definición del concepto "Ocupación" como todo comportamiento motivado intrínsecamente, consciente de ser efectivo en el ambiente, encaminado a satisfacer roles individuales formados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización.

Este concepto sugiere un perfil de programas de intervención que proporcionan oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes; desarrollar destrezas que apoyen el desempeño de los roles deseados; proveer estrategias que aseguren la socialización a los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias de la vida diaria.

Es importante mencionar que muchos pacientes hacen ajustes en su estilo de vida con éxito, a pesar de sus pérdidas personales y del trastorno de sus vidas; esto es lo que se denomina “Resiliencia”. Vera, Carbelo Baquero y Vecina (2006) la describen como un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo.

Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

Este fenómeno se considera improbable o propio de personas excepcionales y sin embargo, numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano.

A pesar de traumas graves, incluso muy graves, o de desgracias más comunes, la resiliencia parece una realidad confirmada por muchísimas trayectorias existenciales e historias de vida exitosas. El testimonio de muchas personas revela que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose con eficacia en su entorno.

Se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

En general, se considera que es una organización multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto.

En la historia de la Terapia Ocupacional siempre ha habido un especial interés por los conceptos "Ocupación y Salud" “Función y Disfunción ocupacional”.

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (op. cit.) señalan el continuo de desempeño, donde el individuo puede encontrarse en cualquiera de los siguientes estadios, o incluso en varios a la vez , según sea la actividad a la que deba enfrentarse.

1. Incompetencia.
2. Incapacidad.
3. Ineficacia.
4. Exploración.
5. Competencia.
6. Dominio.

Desde el Modelo de Ocupación Humana Kielhofner (2004) define la competencia ocupacional, como la capacidad de responder efectivamente a las demandas de una o varias situaciones; por lo tanto la disfunción no solo discapacita sino que además debilita. Sin embargo si la persona identifica el problema, reconociendo su estado y es capaz de pedir y utilizar la ayuda para cambiar, el problema de identificar la necesidad para la intervención disminuye.

Navarrón Cuevas y Ortega Valdivieso (2006) consideran que la Terapia Ocupacional, debe comprometerse en la consecución de técnicas y estrategias de intervención, que:

· Permitan a las personas afectadas por una quemadura la obtención y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados;

· Potencien la creación de espacios ocupacionales, donde el paciente pueda experimentar el logro y la competencia personal;

· Favorezcan la colaboración con otras personas (afectados, profesionales, familiares) en la consecución de estas metas.

1.3.17 Los valores influyen en la práctica de la T.O.

Al observar e interpretar el trabajo de los T.O. en los diferentes estudios de razonamiento clínico, se deja claro que la relación de los valores con la práctica no es simplemente abstracta.

Los valores desempeñan un papel activo en la práctica diaria ya que los terapeutas trabajan con personas que tiene lesiones físicas graves y a menudo con secuelas permanentes (con todo el desajuste socio-emocional que esto implica).

El T.O. y el paciente reconstruyen esencialmente la estructura de hábitos de la persona, reformulando cómo participa la persona en las A.V.D., trabajo y esparcimiento.

La ocupación se utiliza como medio para esa reconstrucción, como agente o medio para promover el cambio a nivel físico y emocional, para que la intervención sea acorde a todas las necesidades del paciente, el T.O. en una primera instancia pone en funcionamiento el denominado Razonamiento Clínico.

Desde el momento en que el paciente entra en la sala de urgencia, se establecen los objetivos de la T.O. para el restablecimiento psico-físico de la persona con una quemadura; no hay que dejar de lado la esperanza de vivir, la cual, se constituye en un poderoso aliado.

Una vez que el personal quirúrgico logró establecer una cubierta de piel, todas las posiciones y enferulados llevados adelante por el T.O. son para lograr que el paciente sea lo más funcional posible, esto le prueba al paciente que se confía en su recuperación.

La intervención desde T.O. en los pacientes quemados consiste principalmente en la prevención de las secuelas deformantes de las quemaduras, que posteriormente afectan su desempeño independiente en la sociedad.

1.3.18. Áreas y componentes del desempeño ocupacional.

Cantero y Talavera (2007) describen las áreas y los componentes que conforman el desempeño ocupacional de la persona en la comunidad.

- ***Áreas del Desempeño Ocupacional***

Incluyen las actividades de la vida diaria, actividades de trabajo y actividades de ocio.

1. Actividades de la Vida Diaria:

1.1. BÁSICAS:

1.1.1.- Cuidado personal:

1.1.1.1. Higiene (baño)
1.1.1.2. Vestido
1.1.1.3. Arreglo personal
1.1.1.4. Alimentación (alimentarse - comida)
1.1.1.5. Continencia
1.1.1.6. Utilización del WC

1.1.2. Movilidad funcional:

1.1.2.1. Transferencias (silla de ruedas, bañera, cama...)

1.1.2.2. Locomoción:

1.1.2.2.1. Marcha

1.1.2.2.2. Escaleras

1.1.2.2.3. Asesoramiento y uso sillas de ruedas

1.1.2.2.4. Auxiliares para la marcha

1.2. INSTRUMENTALES:

1.2.1.- Comunicación funcional

1.2.1.1. Comprensión

1.2.1.2. Expresión

1.2.2. Preparación de comida

1.2.3. Rutina de medicamentos

1.2.4. Manejo de dinero

1.2.5. Cuidado de la ropa

1.2.6. Manejo del teléfono

1.2.7. Manejo del transporte

2. Actividad de Trabajo:

2.1. Manejo del hogar:

2.1.1. Limpieza

2.1.2. Planificación de tareas

2.1.3. Compras

2.1.4. Organización de comidas

2.1.5. Procedimientos de seguridad

2.2. Cuidado de terceras personas

2.3. Actividades educativas

2.4. Actividades laborales:

2.4.1. Exploración vocacional

2.4.2. Adquisición de empleo

2.4.3. Desempeño del empleo

2.4.4. Planificación de la jubilación

3. Actividad de ocio:

3.1. Exploración

3.1. Desempeño

4. Relaciones con el entorno:

4.1. Manejo del medio / recursos

4.2. Relaciones interpersonales

4.3. Socialización

4.4. Expresión sexual

- ***Componentes del Desempeño Ocupacional.***

Se refieren a las habilidades funcionales que se requieren en el desempeño ocupacional, incluyendo componentes sensoriales, motores, cognitivos y psicosociales.

1. Sensorio Motor:

1.1. Integración sensorial:
- 1.1.1. Conciencia sensorial
- 1.1.2. Procesamiento sensorial
- 1.1.3. Destrezas preceptúales

1.2. Neuromuscular:
- 1.2.1. Reflejo
- 1.2.2. Arco de movimiento
- 1.2.3. Tono muscular
- 1.2.4. Fuerza
- 1.2.5. Resistencia
- 1.2.6. Control postural
- 1.2.7. Integridad de los tejidos blandos

1.3. Motor:
- 1.3.1. Tolerancia a la actividad
- 1.3.2. Coordinación motora gruesa
- 1.3.3. Cruzar la línea media
- 1.3.4. Lateralidad
- 1.3.5. Integración bilateral
- 1.3.6. Praxias
- 1.3.7. Coordinación / destreza motora fina
- 1.3.8. Integración viso-motora
- 1.3.9. Control oral motor

2. Integración cognitiva y componentes cognitivos

2.1. Nivel de alerta a estímulos
2.2. Orientación
2.3. Reconocimiento
2.4. Tiempo de atención
2.5. Memoria
2.6. Secuenciación
2.7. Categorización
2.8. Formación de conceptos
2.9. Operaciones intelectuales en el espacio
2.10. Resolución de problemas
2.11. Generalización del aprendizaje
2.12. Integración del aprendizaje
2.13. Síntesis del aprendizaje.

3. Destrezas psicosociales y componentes psicológicos

3.1. Psicológicos:
- 3.1.1. Roles
- 3.1.2. Valores
- 3.1.3. Intereses
- 3.1.4. Iniciación de la actividad
- 3.1.5. Terminación de la actividad
- 3.1.6. Concepto de sí mismo

3.2. Sociales:
- 3.2.1. Conducta social
- 3.2.2. Conversación
- 3.2.3. Expresión

3.3. Manejo de sí mismo:

3.3.1. Destrezas para manejar y resolver las dificultades.

3.3.2. Manejo del tiempo

3.3.3. Autocontrol

1.3.19. Razonamiento clínico:

Cuando nos referimos a "razonamiento clínico" nos referimos a la competencia de cualquier profesional de la salud para planificar y desarrollar un tratamiento. Es decir, es la primera herramienta que tenemos desde el primer contacto con el paciente.

Viseca, Ponce y Sánchez. (2006) toman una frase expresada por Blaise Pascal…*Razonamiento es el método lento y tortuoso por el cual aquellos que no saben la verdad la descubren.* Definen al razonamiento clínico como el núcleo de la práctica médica, ya que en él confluyen el saber que la medicina ejerce y aplica en un momento dado, el saber hacer que configura la actividad profesional, la capacidad de observación y reflexión del médico; su juicio integrativo y el o los problemas que conducen al paciente (individual o colectivo) a recurrir a un experto.

Los autores citan también a Hipócrates, quien ya, desde su primer refrán marcaba la importancia y la dificultad de este elemento básico en el quehacer del médico, al comparar el "arte" con la brevedad de la vida, alegando que *la ocasión es fugaz, la experiencia engañosa y el juicio difícil.*

La doctrina hipocrática insiste en que no existen enfermedades, sino enfermos que las padecen. En este contexto, el problema inherente al razonamiento clínico es el reconocimiento de lo que es común a ese conjunto de enfermos poseedores de rasgos compartidos y el establecimiento de vías que han sido mostradas como eficientes en su control, manejo y/o curación

Los términos: *razonamiento clínico; toma de decisiones clínicas; solución de problemas clínicos y razonamiento diagnóstico*, son generalmente considerados como sinónimos y se usan de manera intercambiable. Esto se debe a que estos términos se refieren a la misma idea.

Probablemente sea más efectiva una estrategia en que se combinen categorías múltiples de casos, en lugar de ver "bloques" de casos que sugieren el diagnóstico por su cercanía y semejanza.

Moruno y Talavera. (op. cit.) consideran que son muchos los tipos de interrogatorios que utiliza un T.O para comprender a los pacientes y sus dificultades, dependerán de las habilidades de cada T.O. al enfrentarse por

primera vez a cada paciente y para desarrollar adecuadamente la intervención terapéutica.

Cantero y Talavera (op. cit.) identifican tres tipos de resolución de problemas:

1. Reconocimiento.
2. Generación de Hipótesis.
3. Búsqueda heurística.

Un seguimiento "lineal" de estos tres puntos puede resultar perjudicial si no se tiene una mente abierta y un sentido de indagación, ya que puede guiar rápidamente al problema y ahorrar tiempo en la búsqueda inicial, como también puede llevar a un diagnostico errado.

1.3.20. ***Habilidades necesarias del T.O.***

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (op. cit.) Consideran que el T.O. debe contar con "habilidades" para que sus relaciones terapéuticas sean efectivas; entre las que mencionan: respeto, cordialidad y empatía. Las mismas deben estar equilibradas junto con el juicio clínico, el análisis y la demanda de actuación. Si el T.O. es demasiado critico, distante o muy técnico, su relación terapéutica con el paciente puede sufrir severos deterioros que afectaran el desarrollo y resultados del tratamiento. En cambio si el T.O. es demasiado amigable, puede producirse fallos en la aplicación del juicio clínico, siendo dificultoso seleccionar las acciones más beneficiosas para el paciente.

Según los autores, las cualidades necesarias que le permiten al T.O. entablar y mantener un vínculo terapéutico eficaz son:

- Desarrollar confianza.
- Demostrar empatía.
- Demostrar comprensión.
- Brindar una clara comunicación verbal y no verbal.
- Escucha activa.
- Mentalidad abierta.
- Indagación.
- Líder grupal habilidoso.

Los puntos antes mencionados se encuentran dentro de la "Perspectiva Fenomenológica" la cual consiste en el deseo del T.O. por comprender mejor la experiencia de la discapacidad, desde el punto de vista del paciente. Esto exige llevar una perspectiva particular sobre el problema es decir: "Tomar la perspectiva de la enfermedad, en lugar de la perspectiva de la patología".

Perspectiva de la enfermedad: consiste un intento por comprender cómo considera la persona la enfermedad y la forma en que ésta cambia la vida y el auto- sentido de las personas.

Perspectiva de la patología: se basa en centrar el pensamiento sobre la patología como entidad importante y no acerca de la persona que está experimentando las influencias y consecuencias de la patología

Adoptar la perspectiva fenomenológica significa, intentar conocer a las personas desde sus puntos de vista, para poder verlos como ellos se ven. Es un intento por conocer significados que las personas sacan de ellos, de sus vidas, de sus familias y del medio ambiente.

La fenomenología se preocupa por cómo se forman los significados y cómo éstos se materializan en los hábitos y las actividades diarias.

Los T.O. piensan que el tratamiento no será eficaz si no se comprende al paciente como persona. Es decir que muchas veces el terapeuta necesita ajustar su trabajo de procedimiento y razonamiento con un enfoque fenomenológico, para comprender lo que es importante para el paciente, por lo tanto, terapeuta y paciente trabajan juntos para decidir: cual es el problema más importante para trabajar y que procedimientos terapéuticos de deben utilizar.

1.3.21. ***Intervención terapéutica:***

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (op. cit.) Exponen que el termino "terapia" significa "tratamiento", lo cual implica al paciente y por lo tanto de su participación activa (en la mayoría de los casos). Es decir que la decisión de seguir o no una acción la toma el paciente, aunque esta pueda ser guiada, promovida o facilitada por el T.O.

Sin embargo el tratamiento directo sobre el paciente no ocurre de modo permanente, ya que con frecuencia ocurre o existe la necesidad de que el terapeuta realice acciones que o involucren el accionar directo del paciente, por esta razón los autores antes mencionados emplean el termino "intervención" en lugar de "terapia", ya que es un termino mucho mas amplio y engloba aspectos importantes del accionar del T.O. como ser: hacer informes. Escribe cartas, realizar visitas, se relaciona y comunica con diversos profesionales y personas que participan en la intervención, para que la misma sea optima.

1.3.22. ***Planificación del tratamiento:***

Durante Molina y Noya Arnaiz (op. cit.) expresan que el proceso de panificación de un tratamiento consiste en:

- Recoger y analizar los datos relevantes.
- Identificar necesidades.
- Definir objetivos.
- Elegir estrategias de intervención.
- Definir el orden de dichas estrategias.
- Llevar a la práctica las estrategias planteadas.
- Evaluación continúa de resultados.

Cabe señalar que todos los puntos antes mencionados, deben ser siempre llevados a cabo desde:

- Relación terapéutica.
- Acuerdo con el paciente.
- Acuerdo con los profesionales que forman parte del equipo.

Por lo tanto es un proceso complejo, y principalmente dinámico, ya que si bien las decisiones tomadas deben basarse en datos e hipótesis respaldadas, están sujetas al cambio, siempre que los resultados de las evaluaciones no sean los esperados. Además, ese proceso estará condicionado por el modelo o modelos teóricos por lo que se rija el terapeuta, de modo que se vera afectada:

- La interpretación y el análisis de los datos.
- Las hipótesis sobre las que se basara el profesional para elegir los métodos de trabajo.
- Los enfoques en el diseño del tratamiento.
- La puesta en práctica.

Si embargo, existen líneas generales para lograr una planificación, diseño y puesta en práctica, dirigida a la calidad del tratamiento. Estas son:

1.3.22. 1. Entrevista inicial :

La primera entrevista es básica y no debe ser estructurada, con la finalidad de generar empatía, una base de confianza y los primeros lazos para establecer la base de confianza para el establecimiento del vínculo terapéutico.

Es importante tener en cuenta que muchos de las personas se siente más cómodas si se la trata en su propio medio, en lugar de uno que esa extraño ajeno. En caso de que esto no sea posible, el terapeuta debe asegurarse de que el paciente se sienta bien en el lugar que fue elegido para la entrevista.

En ningún caso el T.O. debe colocarse por encima del paciente, evitando además colocar barreras que eviten e imposibiliten la comunicación y el contacto visual ((teléfono, libros, objetos sobre la mesa, etc.).

Es de vital importancia que tanto terapeuta como paciente comprendan la razón de la entrevista: lograr la recolección de datos sobre la vida del paciente desde que sufrió el accidente, esto es de fundamental importancia por que permite investigar como vive el paciente en su cotidianidad.

Por lo tanto el terapeuta debe saber que información pretende conseguir del paciente, de modo que lo ayude a planear futuras acciones, para esto deberá realizar las preguntas apropiadas; además deberá se claro, ordenado y no tener prisa.

El entrevistado debe comprender la razón de la derivación y el papel del terapeuta ocupacional.

Durante Molina y Noya Arnaiz (op. cit.) consideran que para que la primera entrevista sea exitosa, tanto el terapeuta como el paciente, deben: dar

información, recibirla y establecer las siguientes bases para una buena relación:

- Lugar de la entrevista.
- El propósito de la misma.
- Presentación de terapeuta.

1.3.22 .2. Métodos de evaluación:

- ***Entrevista***

La entrevista formal se convierte en un medio de gran utilidad para la valoración y la comunicación. Mediante ésta, el T.O. profundiza la investigación en las áreas problemáticas detectadas en la entrevista inicial.

Nuevamente los autores Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (op. cit.), proponen una serie de destrezas de carácter general, necesarias para llevar adelante esta etapa evaluativo:

Habilidades de registro: la información recogida a través de los diferentes medios de evaluación (observación, entrevista, instrumentos estandarizados, etc.) es muy amplia y variada por lo que habrá que:

a. Hacer una selección de la información más relevante.
b. Registrarla de manera sistemática.
c. Registrarla de manera clara y concisa.
d. Registrarla de manera comprensible para otros.
e. Utilizar un formato y un lenguaje correctos.
f. Registrar la información en intervalos apropiados,.
g. Mantener la confidencialidad.

Durante Molina y Noya Arnaiz, (op. cit.) enuncian que las entrevistas pueden ser de dos tipos:

a. ***Estructurada:*** el terapeuta, previamente, recolecta cualquier información disponible sobre el paciente y decide “que quiere encontrar”.

No se pierde tiempo en la entrevista en averiguar lo que ya se sabe.

El paciente es informado sobre: lugar. Tiempo y propósito de la entrevista.

La actitud del terapeuta (directiva o no) dependerá del estado mental del paciente, y del propósito de la entrevista. Lo mejor es que la entrevista se desarrolle de un modo calido y relajado.

La duración puede ser establecida previamente o puede ser determinada según el transcurso de los hechos.

Consiste en una serie de preguntas diseñadas para obtener la información deseada. Las preguntas pueden ser presentadas en forma de auto cuestionario, si el T.O. esta seguro de que el paciente lo comprende totalmente.

Las notas usualmente se escriben luego de la entrevista.

b. ***No estructurada:*** consiste en una entrevista más personal, permitiendo el desarrollo de una buena relación.

El terapeuta tiene una serie de cuestiones que indagar, pero permite apartarse del tema si ello parece útil.

En la mayoría de los casos se van tomando pequeñas notas durante la entrevista.

Busca recoger información sobre la historia ocupacional presente y pasada del paciente; dentro del modelo de la ocupación humana.

- ***Observación:***

La observación es un elemento más de valoración.

Para que la entrevista sea efectiva Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. (op. cit.), dicen que es fundamental ser un buen observador para que la intervención se efectiva, y describen las siguientes:

Habilidades de observación:

a. Manera de presentarse.
b. Apariencia física.
c. Expresión facial.
d. Postura.
e. Manera de vestir.
f. Cambios externos de significado médico: color de la piel, sudoración, condiciones de las escaras, etc.
g. Interacciones: frecuencia de la comunicación, signos no verbales, etc.
h. Consistencia de las relaciones.
i. Contenido ambiental.
j. Percepción de los riesgos, etc.

- ***Pruebas especificas:***

Durante Molina y Noya Arnaiz (op. cit.) expresan que los T.O. emplean pruebas específicas para valorar la situación y capacidad funcional del paciente.

El terapeuta ocupacional, puede evaluar:

a. Destrezas motrices, sensoriales, cognitivas y perceptivas.
b. El uso de las áreas de auto cuidado, trabajo y ocio.
c. El entorno, situación social y cultural.
d. La necesidad de los cuidadores y la calida de los cuidados.
e. Las actitudes, volición y motivación.
f. Destrezas conductuales y sociales.

Al tratarse de una gama tan amplia de necesidades de valoración, es necesaria la utilización de una amplia gama de pruebas especificas. Los factores vitales que determinaran el valor y éxito de cada evaluación, dependerá de la capacidad del terapeuta para:

a. Identificar lo que se debe evaluar.
b. Identificar la prueba mas apropiada.
c. Administrarla.
d. Interpretar los resultados correctamente.

Las pruebas específicas pueden dividirse en: pruebas estandarizadas, no estandarizadas y listados.

a. ***Pruebas estandarizadas:*** proporcionan dos ventajas principales en cuanto a resultados obtenidos y mediciones: establece una medida "norma", valida y fiable, para evaluar la ejecución individual. Además establece el contenido del test, explicado la manera en que debe ser llevado a cabo para alcanzar la máxima fiabilidad y validez.

b. ***Pruebas no estandarizadas:*** su función es probar las destrezas y medir la ejecución, pero no se han estandarizad para determinar la "norma". Cuentan con un procedimiento no siempre es fiable o valido. Sin embargo deberá estar bien desarrolladas por que de lo contrario no tendrán ningu valor para la clínica, investigación o evaluación del programa.

c. ***Listados:*** son una serie de actividades o factores asociados a un área en particular. Pueden ser generales (por ejemplo: recoger todos los componentes del desempeño ocupacional), o pueden ser específicos, es decir de un aspecto en particular, como por ejemplo un listado de intereses.

1.3.22. 3. Planificación e intervención:

Durante Molina y Noya Arnaiz (op. cit.) explican que este proceso, consiste en:

- Recolección y análisis de datos relevantes.
- Identificación de necesidades.
- Planteamiento de objetivos.
- Elección de estrategias de intervención, y el orden en que serán utilizadas.
- Puesta en práctica de cada estrategia.
- Evaluación continúa de resultados.

Todos los puntos antes mencionados deben se llevados a la practica, desde la comunicación, relación terapéutica y el acuerdo entre el paciente y el terapeuta. Por lo tanto se trata de un proceso complejo y dinámico, ya que los datos e hipótesis (respaldadas) se encuentran condicionados al cambio, siempre que los resultados de las evaluaciones continuas no resulten satisfactorios.

Además este proceso se encontrara limitado por selección del marco de referencia que realice cada profesional, de modo que se verá afectada:

- La interpretación y análisis de los datos.

- La hipótesis sobre la que s basara el profesional, para elegir los procedimientos de trabajo.
- Los puntos de vista en el diseño del tratamiento.
- La puesta en práctica.

Existen lineamientos básicos que permiten planificar, diseñar y poner en práctica un tratamiento:

a. ***Valoración de los datos:*** los datos deben ser objetivos y libres de contaminación, es decir si no existieron circunstancias que hayan podido afectarlos (por ejemplo: ver si el paciente no recibió algún tipo de indicación antes de efectuar la respuesta). La importancia de su fiabilidad es que una vez que el tratamiento haya sido puesto en marcha, se pueda observar si estos datos han variado de alguna forma.

Kielhofner (op. cit) dice que la información relevante, para planificar la intervención, consiste en identificar las fortalezas y debilidades del individuo, que afecten el comportamiento ocupacional. Estos datos se obtienen a partir del conocimiento del estado volitivo (auto concepto, valores e intereses.), su habituación (papeles, hábitos y rutinas) y su nivel de desempeño (habilidades y capacidades).

b. ***Planteamiento de los objetivos:*** Luego de recoger y analizar los datos el T.O. realiza el diagnostico ocupacional en colaboración con el paciente.

Durante Molina y Noya Arnaiz (op. cit.) consideran que en esta etapa se identifican las necesidades y potencialidades del paciente, y por lo tanto se determinan los objetivos a alcanzar. A la hora de elegirlos y definirlos, es recomendable que los mismos:

- Sean Claros y Específicos.
- Estén Bien definidos.
- Sean Realistas y Plausibles (descomponibles en metas)
- Se puedan de medir.
- Sean Compatibles con el resto de objetivos planteados.

Es importante que los objetivos sean en base a una organización temporal: largo, medio y corto plazo; es decir que el cumplimiento de los objetivos a largo plazo seria el buscado en ultima instancia, ya que se encuentra condicionado por el logro de los objetivos a medio plazo (adquisición de habilidades y destrezas) que a su vez, se descomponen en una serie de pequeños pasos jerarquizados, es decir: los objetivos a corto plazo

Navarron y Ortega (op. cit.) consideran que el objetivo general de la Terapia Ocupacional es el de *mejorar la calidad de vida* consiguiendo el *máximo nivel de autonomía e integración de la persona*. Es decir ls objetivos generales serían:

a. Promover la salud y el bienestar.
b. Minimizar o prevenir el deterioro.
c. Desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias.
d. Compensar las disfunciones instauradas.

Esto es logrado mediante, objetivos específicos:

- Prevenir deformidades y retracciones.
- Mantener o aumentar rango de movimiento articular.
- Conservar o aumentar fuerza muscular y resistencia a la fatiga.
- Mantener o aumentar independencia en las A.V.D.
- Colaborar en el ajuste psicológico.
- Reintegro sociolaboral.
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Facilitar la conciencia de habilidades.
- Promover el desarrollo de destrezas adaptativas.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales.
- Fortalecer fuentes de Resiliencia.
- Favorecer el uso gratificante y satisfactorio del ocio y tiempo libre.

En síntesis, podemos decir que los objetivos deberán ser planificados en base a las "fortalezas" (recursos no deficitarios del paciente) y "debilidades" o "déficit" (problemas del paciente).

1.3.22.4. Tratamiento:

Hopkins y Smith (1998) expresan que los T.O. se preocupan por varios aspectos de la persona (físico, cognitivo, psicológico, social, etc.) y tratan a la persona como un todo, como una persona real y no simplemente como un conjunto de partes funcionales disfuncionales. Necesitan basarse en diferentes cuerpos de conocimiento para analizar y resolver los problemas que tratan. Los diversos tipos de conocimiento, están organizados en diferentes marcos de referencia y requieren diferentes estilos de pensamiento para aplicar ese conocimiento a una situación dada.

El tratamiento, es el momento en el que se organizan los datos recogidos en las evaluaciones, con la finalidad de:

1. Delinear las fortalezas y debilidades.
2. Identificar los principios del tratamiento.
3. Trazar los objetivos.
4. Seleccionar los medios de intervención.

El T.O. evalúa que actividades son terapéuticas para ese paciente o grupo en particular.

Los terapeutas ocupacionales se valen de las actividades terapéuticas más variadas y su disciplina puede emplearse en todos los tipos de pacientes una vez que ha remitido la fase más aguda de la enfermedad.

Armaza, Ayala, Cortés y Egaña (op. cit).refieren que en una persona con graves secuelas de quemaduras, la Terapia Ocupacional, intenta lograr el desarrollo óptimo de las capacidades funcionales remanentes y una máxima mejoría de la estética de las secuelas de una persona quemada, de modo que pueda ser independiente en las actividades de auto cuidado, esparcimiento-tiempo libre y trabajo que correspondan a su edad.

Para cumplir estos objetivos, el terapeuta ocupacional, además de emplear actividades terapéuticas, debe:

1. Diseñar, confeccionar y controlar ortesis para manutención de posiciones anti-deformantes, tratamiento de alteraciones de piel, músculo y articulaciones.
2. Efectuar compresión y modelaje de cicatrices e injertos en zonas especiales, en particular cara, cuello, manos y pies.
3. Evaluar y entrenar para la independencia en las actividades de la vida diaria.
4. Colabora en la inserción o reinserción escolar y laboral.

1.3.22. 5. *Evaluación Final.*

Permite verificar la eficacia del tratamiento. El T.O. utiliza los mismos instrumentos de la evaluación inicial para comparar la información y datos, con la finalidad de determinar los cambios reales acontecidos en el transcurso del tratamiento.

1.3.23. Marcos de referencia relevantes en el tratamiento del paciente lesionado por quemaduras.

1.3.23. 1 Modelo de Ocupación Humana (MOOH)

Kielhofner (op. cit.) afirma que los Modelos derivados de la Teoría General de Los Sistemas han sido empleados en medicina, psicología, biología y otras disciplinas, fundamentalmente desde finales de los 60´. En el caso de la Terapia Ocupacional, se emplea para explicar nuestra motivación hacia el alcance de ocupaciones significativas y del cómo el ambiente interactúa en el proceso.

El modelo entiende al ser humano como un sistema abierto. Al ambiente como la situación física, social y cultural en la cual, el sistema opera; ésta interacción se da mediante:

- *El input:* es el estímulo procedente del ambiente (personas, objetos, eventos).
- *El troughput:* es el proceso de análisis, elaboración de esta información por parte de nuestro organismo y la organización de una conducta ocupacional.
- *El outpu:t* es nuestro comportamiento ocupacional.

Se trata de un sistema dinámico, que debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo del espectro de la vida.

Para explicar cómo cada humano motiva, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional, el MOOH divide la organización interna del sistema a través de tres niveles jerarquizados. Las partes internas del sistema son:

- *Volición:* compuesto por los elementos estructurales de la motivación. Respondería a la pregunta ¿cómo se motiva la conducta ocupacional?
- *Habituación:* su estructura incluye componentes que ordenan el comportamiento en hábitos y patrones ocupacionales.
- *Ejecución:* organiza el repertorio de habilidades.

1. *Sub-sistema Volición*:

Para Kielhofner (op. cit). este sub sitema es el que gobierna todas las operaciones del sistema y es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento. El término volición connota voluntad o elección. Es un proceso de la conducta voluntaria que puede ser dirigida más allá de la satisfacción de necesidades básicas.

Los componentes de la volición son imágenes creadas por el conocimiento y las creencias que las personas tenemos de nosotros mismos, generadas y modificadas a través de la experiencia. Podemos analizar varios componentes:

La causalidad personal: se define como el conjunto de creencias y expectativas que una persona tiene acerca de su efectividad en el ambiente:

a. Creencias de control: se refiere a la convicción del individuo acerca de que sus logros en la vida están relacionados a las acciones personales (control interno), frente a la convicción de que los acontecimientos están gobernados por los otros, el destino o el azar (hay un control externo).

b. Creencia en las habilidades: convicción personal de poseer, o no, un rango de habilidades.

c. Expectativas de éxito o fracaso: se refiere a la propia anticipación de futuros esfuerzos y si los logros serán, o no, exitosos.

Estas tres clases de creencias pueden determinar dos tipos de comportamiento dentro de un continuo:

Comportamiento Origen----------Comportamiento Peón

Sentido de	Sentido de
Control interno	Control externo
Posesión de habilidades	Carencia de habilidades
Expectativa de éxito	Expectativa de fracaso

Para Kielhofner, G. (op. Cit.) ningún individuo es peón u origen en la totalidad de sus comportamientos. Desde esta perspectiva debemos estar muy atentos a los sentimientos de incapacidad de las personas, la sensación de perdida de control y de las oportunidades que poseen, y perciben, para realizar elecciones.

Valores: las personas actuamos en un medio social y cultural que nos transmiten imágenes de lo que es bueno, correcto e importante. Implican un compromiso para actuar de manera socialmente aceptada que nos permite experimentar un sentido de pertenencia a un grupo.

Los valores determinan el sentido e importancia de las ocupaciones que realizamos, determinan el grado de satisfacción que se deriva de desempeñarlas.

Orientación temporal: cada uno de nosotros construimos una imagen de nosotros mismos con un componente temporal, esto es con una capacidad de interpretar el pasado, de comprender el presente y de proyectarnos hacia el futuro. Cada etapa conlleva una valoración de cómo debe ser estructurado el tiempo y en qué debe ser empleado: en la infancia estamos temporalmente orientados en el presente y absortos en el juego; en la edad adulta podemos estar más orientados hacia el futuro; y desde esta perspectiva conducimos nuestras elecciones ocupacionales.

Importancia de las actividades: se refiere a una disposición del individuo a encontrar seguridad, propósito y reconocimiento en las actividades que realiza.

Objetivos ocupacionales: metas para los logros o cumplimientos personales, o para futuras actividades o roles ocupacionales.

Los Estándares personales: se refieren a compromisos para ejecutar las ocupaciones de una manera moral, eficiente, excelente u otras formas socialmente aceptables.

Intereses: son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras. Los intereses representan nuestra imagen o conocimiento del gozo y se ponen mayormente en manifiesto en aquellos aspectos en los que las elecciones se producen de manera más libre. Es decir, las actividades en nuestro tiempo de descanso pueden estar basadas casi exclusivamente en intereses, mientras que las actividades productivas, las de trabajo, están sujetas a una combinación de intereses, destrezas, restricciones ambientales, etc. Cuando evaluamos los intereses nos fijamos especialmente en tres dimensiones:

Discriminación: grado por el cual uno determina o diferencia el grado de placer que nos produce cada actividad.

El patrón: son las modalidades de actividades que uno está dispuesto a disfrutar (individuales, creativas, deportivas, etc.).

La potencia: es la medida, el cociente, resultante entre el interés y la acción.

2. *Sub-sistema habituación:*

Este sub-sistema organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Las elecciones conscientes hechas en base a valores, intereses y causalidad personal formalizan una serie de hábitos y roles, que son los componentes del subsistema de habituación. Estas rutinas tratan de satisfacer las demandas internas (las del sujeto) y las demandas externas (las del ambiente). Por lo tanto, una de las claves de bienestar consistirá en el equilibrio entre ambas.

Hábitos: consisten en la sistematización de rutinas. Cuando estas se establecen tenemos que valorar el grado de organización de las mismas (uso horario, el desempeño en distintos ambientes); la adecuación social, es decir, en qué medida nuestros comportamientos son los esperados y valorados y grado de flexibilidad de los hábitos, si somos capaces de acomodar los hábitos a las circunstancias.

Roles: un rol es cada uno de los papeles que elegimos, o estamos obligados a desempeñar, dentro de un grupo social y a lo largo de nuestras vidas (estudiante, padre, trabajador, amigo). Cada rol que podamos ejercer conlleva unas obligaciones y expectativas. Su cumplimiento (del rol) y a satisfacción obtenida, se encuentra en función de una serie de componentes:

- *Incumbencia percibida:* es la creencia de que uno posee el estatus, los derechos, las obligaciones de un rol y que los demás nos aceptan y valoran dentro de ese rol.
- *Expectativas internas:* son imágenes que uno tiene acerca de lo que los otros esperan que uno haga por el hecho de pertenecer a un rol específico.

  Cuando las expectativas están integradas son percibidas como obligatorias y llegan a ser impuestas por uno mismo.
- *Equilibrio:* es la integración de un número óptimo de roles y de roles apropiados dentro de la vida.

  El equilibrio existe si los roles no están en conflicto, ni están en desajuste con la estructuración del tiempo.

3. *Sub sistema ejecución*:

Este subsitema está formado por un conjunto de estructuras biológicas y procesos que permiten la organización de habilidades y la puesta en marcha de comportamientos con propósito.

Tipo de habilidades:

- Perceptivo-motoras
- De procesamiento o elaboración.
- De comunicación.

Para Kielhofner (op. cit) el desempeño ocupacional es resultado de la interacción de la persona con el ambiente y esta afirmación tiene importantes implicaciones en nuestra concepción de intervención. No sólo no podemos entender la intervención centrada en el cliente sin comprender el contexto donde la persona se desenvuelve, sino que parte de la intervención consistirá en proporcionar espacios ocupacionales para la exploración, la competencia y el logro.

El ambiente permite y moldea el comportamiento ocupacional por medio de dos influencias fundamentales:

- *Las oportunidades de ejecución,* es decir, el margen de elección del uso de espacios y objetos que nos proporciona el ambiente. El sistema percibe este potencial de elección.

- *La presión para la obtención de respuestas:* nos referimos a la expectativa, a la demanda, a lo que se espera obtener de un individuo por parte del contexto en el que se desenvuelve (escenario, reglas, requisitos, demandas del rol)

El comportamiento ocupacional adaptativo sería la consecuencia del equilibrio entre los factores ambientales y personales.

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez (op. cit.) consideran que el MOH realiza una diferenciación entre el ambiente físico o material que incluye los espacios naturales y artificiales, y los objetos que en ellos disponemos (artefactos y materiales de la vida diaria);el ambiente social, el de la interacción entre las personas y las tareas que realizan (proyectos y actividades de la vida diaria); y la cultura. Estos estratos representan una jerarquía ambiental que influye en la selección de nuestros espacios de relación y los desempeños ocupacionales subsecuentes:

La cultura determina los grupos sociales disponibles y valorados; los grupos seleccionan y organizan las tareas propias de los miembros de pertenencia; mientras que las tareas dictan qué objetos serán utilizados y de qué manera.

Las características y demandas del ambiente condicionan nuestra elección y, a su vez, la elección es un acto volicional.

La causalidad personal determina el grado de desafío que una persona espera encontrar en el ambiente y la configuración de valores e intereses determinan el tipo de ambiente que será atractivo para la persona.

Este marco conceptual permite al Terapeuta Ocupacional observar, escuchar y analizar la problemática particular que presenta la persona que se supone va a ayudar. También le brinda una serie de instrumentos y técnicas (indicadas según la población a la que se dirija) y le permite dirigir un razonamiento clínico para la planificación de la intervención.

1.3.23.2 **Marco de referencia Biomecánico:**

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez (op. cit.) expresan que este marco de referencia se basa en cuatro fundamentos:

1. Las actividades con objetivo pueden utilizarse para tratar la pérdida del arco de movimiento, la fuerza y la resistencia.

2. Luego de recuperar el arco de movimiento, la fuerza y la resistencia, el paciente automáticamente recupera la función.

3. “Principio de reposo y estrés” primero el cuerpo reposa para recuperarse, luego las estructuras periféricas deben estar en estrés para recuperar el arco, la fuerza y la resistencia.

4. El marco de referencia biomecánico beneficia a aquellos pacientes con un sistema nervioso central intacto.

Las continuidades de función-disfunción que se deben dominar son:

- Estabilidad estructural.
- Bajo nivel de resistencia,
- Control del edema
- El arco de movimiento pasivo
- La fuerza.
- El alto nivel de resistencia.

El comportamiento del paciente puede determinarse por estas seis continuidades al encontrar comportamientos indicadores de cambio utilizando los instrumentos de evaluación.

El enfoque biomecánico está encaminado a incrementar la fuerza, la resistencia y la gama de movimiento articular, en pacientes que tienen intacto sus sistema nervioso central, pero que sufren disfunción en el sistema nervioso periférico o en los sistemas músculo esqueléticos, tegumentario o cardiopulmonar.

Las evaluaciones con las que cuenta son:

- Goniometría.
- Fuerza muscular.
- Prensiones.

1.3.23.3 **Marco de referencia de Rehabilitación**:

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez (op. cit.) afirman que este marco enseña al paciente a compensar el déficit subyacente que no pueden remediarse.

Las suposiciones son cinco:

1. Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.
2. La motivación para la autonomía no puede separarse de los subsistemas volitivos y de habituación.
3. La motivación para ala autonomía no puede separarse del contexto ambiental.
4. Un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales es necesario para que la autonomía sea posible.
5. El razonamiento clínico debe hacer enfoque de arriba hacia abajo. Los pasos de esta jerarquía son: identificar las demandas del ambiente, la capacidad funcional actual, las demandas de tareas que el paciente no puede desempeñar, el tipo de método de rehabilitación y las modalidades específicas.

Las continuidades función-disfunción son:

- A.V.D.
- Trabajo.
- Esparcimiento.

El comportamiento del paciente puede ubicarse dentro de éstas tres continuidades por comportamientos indicadores de cambio encontrados al utilizar los instrumentos de rehabilitación.

1.3.24. Beneficios de la utilización del ocio y tiempo libre.

Hernández (2000) formula que la utilización del ocio y tiempo libre, *así como actividades recreativas,* en las personas con alguna discapacidad, logra:

- Sacarlos del aislamiento que se les ha sido asignado o auto asumido por algunos.
- Devolverles el placer de moverse para preservar, todo el tiempo posible, su independencia física como social.
- Integrarlos en una actividad de grupo con él fin de que encuentre de nuevo en el contacto con los demás, la intensidad de expresar, comunicarse y participar.
- Brindarles la posibilidad de visitar diversidad de sitios para estar en más contacto con otras personas y conocer otras formas de vida.
- Ofrecerles mayor autonomía y hábitos de conducta saludables en todas las actividades cotidianas.

1.3.25. Descripción Institucional:

La institución en la que se llevó adelante esta investigación es el Policlínico Regional Salta. Hospital San Bernardo, de la provincia de Salta. Se encuentra compuesta por casi totalidad de los servicios de la medicina moderna, (excepto transplantes de alta complejidad).

Dentro de esta institución se encuentra el servicio de Cirugía Plástica y Quemados (Centro de Referencia del NOA y de Países vecinos: Bolivia, Chile y Paraguay.).

El servicio de cirugía plástica y quemados, (en el cual se encontraban internados los cinco pacientes con los cuales se trabajó) cuenta con:

- Área de internación propia:
- Área Restringida.
- Sala común.
- Un jefe.
- Cinco médicos especialistas.
- Dos Anestesistas.
- Un médico clínico especialista en cuidados intensivos.
- Un residente.
- Una Kinesióloga

- Una jefa de enfermeras.
- Todo el plantel de enfermeras necesario para cubrir las 24 hs. De atención.
- Personal de quirófano completo.
- Una oficina de usos múltiples.
- Una galería amplia.

En caso de requerirse se cuenta con todo el apoyo de las distintas especialidades del servicio y especialidades del hospital.

Los pacientes en estado crítico son tratados en la "UTI" (Unidad de Terapia Intensiva) del Nosocomio.

1.3.26. Descripción del grupo:

El grupo de pacientes seleccionados para dicha investigación fueron cinco pacientes (tres femeninos y dos masculinos) que por diversos motivos accidentales sufrieron quemaduras de tipo A (superficial) AB(intermedia) y B (profunda)en diversas partes de sus cuerpos, predominando el tren superior, lo cual limita gravemente su desempeño diario e impide un tratamiento ambulatorio (todos los pacientes se encuentran internados en el servicio), si bien son visitados por sus familiares; su vida social se ve muy restringida debido a que el ingreso de menores a la institución se ve imposibilitado lo cual agrava el estado emocional de dos de ellas que eran madres.

Todos los pacientes desarrollaban alguna actividad laboral (constante) fuera del hogar antes del accidente, excepto una de ellas que presentaba problemas de drogodependencia, lo que además dificultaba su periodo de hospitalización debido a sus crisis de abstinencia. Todos los pacientes participan de sesiones de kinesiología y psicología.

1.3.27. Para concluir...

El tratamiento rehabilitador de la personas lesionadas por quemaduras internadas en el servicio de quemados y cirugía Plastita del Hospital San Bernardo (prov. de Salta); desde una perspectiva "fenomenológica", (visión bio-psico-social de la persona), propia de la terapia ocupacional, deberá enfocarse en la recuperación del desempeño independiente, significativo y satisfactorio de las AVD, del trabajo y de la utilización su tiempo libre y ocio. Esto sólo será posible mediante el empleo de: actividades significativas, ejercicios (con y sin resistencia), confección e implementación de órtesis y prendas compresivas; junto con la realización de masajes cicatrízales y momentos de escucha y empatía; todo el abordaje mencionado solo será posible si, como profesionales, tenemos en cuenta los componentes sensorio motores, la integración cognitiva, las destrezas psicosociales y los componentes psicológicos de cada uno de los pacientes.

A partir de esta modalidad de abordaje, se logrará fortalecer los conceptos de auto eficacia de cada paciente, tomando la capacidad de resiliencia que cada uno tiene como herramienta fundamental y principal para su recuperación y pronta reinserción social.

No debemos olvidar que las quemaduras además afectan: la imagen y el esquema corporal, (diferenciándola a cualquier tipo de lesión generada por otro factor externo, como ser: fracturas, cortes, etc.); además el gran dolor experimentado durante el momento del accidente y las curaciones, llevan al paciente a un estado de gran depresión y al surgimiento del sentimiento "Peón" , (la persona "cree" depender por completo de los médicos y enfermeras durante su periodo de hospitalización), no comprendiendo que su pronta recuperación va a estar determinada en gran parte por su capacidad de sobreponerse a las situaciones difíciles, que lo agobian en ese momento…Es en este sentido que González (op. cit.), habla de la "depresión de la persona quemada"....mientras que hace hincapié en la importancia de fortalecer el concepto de auto eficacia en los pacientes, principalmente en los que se encuentran en esta trágica situación....y como expresa Víctor Frankl , psiquitara Judio creador de la Logoterapia....*El Ser Humano es responsable de lo que hace, de lo que ama y de lo que sufre.*

Para finalizar, considero que debemos recordar la importancia que tiene la *"Resiliencia", en los pacientes lesionados por quemaduras graves*, como se mencionó anteriormente, una persona resiliente es aquella capaz de "rebotar" (bouncing back), es decir de pararse otra vez como esos muñecos difíciles y hasta imposibles de derribar. Esta cualidad muy particular para resistir…es la capacidad que tiene todo ser humano para lograr ser capaces, no sólo de hacer frente a las adversidades de la vida (como accidentes traumáticos) sino inclusive superarlas y ser transformados positivamente por ellas.

2. MARCO METODOLOGICO

2.1. Finalidad:

Esta es una investigación pre-experimental descriptiva. Su finalidad fue implementar un programa de rehabilitación de T.O. basado en actividades lúdico plásticas para el mantenimiento de las áreas y componentes del desempeño ocupacional presentes; recuperación y desarrollo de las ausentes.

2. 2. Sujetos.

La muestra que se eligió pertenecía a la población internada en la sala de Quemados y Cirugía Plástica del Hospital San Bernardo de la ciudad de Salta. Dicha muestra es de conveniencia, ya que está constituida por los únicos 5 pacientes, internados en el servicio (en el momento de realizar la presente investigación) cuyas edades oscilaban entre 23 y 40años, presentaban quemaduras tipo A (superficial) AB (intermedia) y B (profunda) en diversas partes de sus cuerpos predominando rostro, tronco y extremidades superiores; sin patologías agregadas excepto uno de ellos que presentaba problemas de drogodependencia, lo cual se pudo constatar a través de las historias clínicas de los pacientes; donde se encontraban los informes de todos los profesionales que los atendieron. (Ver Resultados)

Los cinco pacientes se encontraban realizando rehabilitación kinesiología y Psicológica.

2.3. Ambiente.

La galería que funciona como sala de espera (opcional-los pacientes no suelen esperar en ese espacio) y lugar de trabajo de la kinesióloga (en caso de ser necesario) fue el lugar seleccionado para el desarrollo de los talleres de T.O. ya que cuenta con una mesa, en la cual se pueden desarrollar diversas actividades (expresivas enfocadas en los intereses y características propias del paciente tanto psíquicas como físicas) y además presenta espacio para el desarrollo de actividades físicas propias del tratamiento (abordaje terapéutico) de cada paciente.

2.4. Instrumento.

Esta es una investigación descriptiva, en la que se aplicó un pre-test, luego un Programa de Ejercicios, Actividades Lúdico plásticas, confección de férulas y adaptaciones y finalmente se realizó un pos-test.

2.4.1. Pre-test

Esta etapa consistió en tres sesiones de observación durante las cuales se evaluó, en cada paciente, los componentes del desempeño que se encontraban mantenidos, afectados o en riesgo. Se utilizaron evaluaciones de los componentes y áreas del desempeño ocupacional extraídas por la autora de los siguientes textos:

2.4.1.1 ***Entrevista***: extraída de la tesis de Ariosti y Fernandez. *"Autonomía en la alimentación de un paciente con esclerodermia a partir del tratamiento de T.O."*. Director: Sebastianelli A. Licenciatura en T.O. Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana. Rosario. 2004.(ver anexo) Se encuentra compuesta por 3 partes, respondidas mediante redacción escala nominal, dicotómica y por intervalos:

1). Datos personales:
- Nombre.
- Sexo, edad, escolaridad, convivencia, hijos. (Escala Nominal).

2). Datos sobre la lesión:
- Diagnostico.
- Derivación.
- Motivo de concurrencia.
- Fecha del accidente y narración de lo ocurrido.
- Tipo de inmovilización que presenta.

3). Áreas y componentes del desempeño:
- Dificultades en su desempeño diario referido por el paciente.
- Impresión personal respecto de su lesión.
- Importancia atribuida por el paciente al tratamiento rehabilitador.
- Actividad Laboral: fuera del hogar y dentro del hogar. (escala dicotómica y redacción).
- Actividad Recreativa: tipos de actividades que realiza en su tiempo libre.
- AVD: dependiente, semi-dependiente, independiente. (escala por intervalos)

2.4.1.2. ***Evaluación General:*** Extraída del texto. "Modalidad de intervención en T.O." 2do. Número. (Gómez Diez) Publicación interna para el personal de H.I.R.Pa.Ce. Editado por Hogar Instituto de Rehabilitación del Paralítico Cerebral. Salta. 2001. (ver anexo). En la misma se evalúan los siguientes componentes del desempeño:

- Dolor: compuesto de 5 ítems los 4 primeros (localización, momentos, factores que lo incrementan y que lo disminuyen) respondidos mediante redacción y el ultimo mediante escala por intervalos 1 (leve) a 5 (intenso)
- Goniometría: divide los diferentes miembros que componen los miembros superiores (MMSS), con sus respectivos movimientos y grados normales de rango articular. Respondida en escala cuantitativa continua

(grados) y dicotómica (logra-no logra), en rango articular de dedos de las manos de MMSS.

- Presas: dividida en 14 ítems, (todos los tipos de presas) son respondidas por medio de escala dicotómica (logra-no logra).
- Fuerza muscular: dividida en las diferentes partes de los miembros superiores y los diferentes movimientos que realiza cada una de ellas, cada ítem debe ser respondido mediante escala por intervalos: 0 (trazas) a 5 (normal).
- Tono: dividido en tres categorías: conservado- hipertono - hipotono; diferenciando MSD de MSI., respondido mediante escala dicotómica (si-no)
- Trofismo: respondido mediante narración.
- Dominancia: respondido mediante escala dicotómica (zurdo-diestro).
- Coordinación: dividida en tres categorías de movimientos: disociados-alternados-simultáneos. Respondido mediante escala dicotómica (logra-no logra)
- Marcha: respondido mediante narración.
- Función sensoperceptiva: respondido mediante narración.
- Función cognitiva: dividido en 5 categorías orientación memoria concentración atención, juicio. Respondidas mediante escala dicotómica (si-no; alterado-conservado; concentrada-distribuida).
- Función interpersonal: dividida en tres ítem (relación con la terapeuta, con la familia, con los pares) respondidos mediante redacción.
- Función intrapersonal: dividida en tres ítems: autoestima, motivación, tolerancia a la frustración, respondidos mediante escala dicotómica (si-no) y redacción.
- Necesidad de férulas: respondido mediante escala dicotómica si-no y mediante redacción.

2.4.1.3. ***Evaluación de las A.V.D***.: Extraída del texto. "Modalidad de intervención en T.O." 2do. Número. (Gómez Diez) Publicación interna para el personal de H.I.R.Pa.Ce. Editado por Hogar Instituto de Rehabilitación del Paralítico Cerebral. Salta. 2001. (ver anexo). Dividida en 5 áreas de las A.V.D. (cuidado personal, alimentación, comunicación movilidad funcional y hogar) subdivididas en ítems pertinentes a cada área. Cada ítem es respondido mediante escala por intervalos 1 (independiente) a 3 (dependiente).

2.4.1.4. ***Evaluación de las Actividades de Tiempo Libre:*** Extraída de Armaza; Ayala; Cortés y Egaña. *Guía para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las quemaduras.* COANIQUEM. 2000 (ver anexo). La misma se encuentra compuesta por 9 ítems. Los primeros 7 deben ser respondidos mediante narración (en base a las actividades que el paciente realiza en su tiempo libre) los dos últimos mediante escala dicotómica (Si-No).

2.4.1.5. ***Evaluación del Comportamiento Ocupacional:*** Extraída del texto "Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación". 3ra edición. (Kielhofner, G.), 2004. La misma se encuentra compuesta por los tres sub-sistemas del Modelo de Ocupación Humana: Volición- habituación y Ejecución; cada uno subdividido en ítems, los cuales

deben ser respondidos mediante escala por intervalos 1 (muy bajo) a 5 (muy alto). (Ver anexo)

2.4.2. Programa de Ejercicios y Actividades Lúdico plásticas.

A. Objetivos:

Teniendo en cuenta los datos de pre-test se decidió implementar un programa de Ejercicios y Actividades Lúdico Plásticas, que tuviera como objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Mantener el arco de movimiento activo de MMSS.
3. Incrementar el arco de movimiento activo de MMSS.
4. Aumentar la fuerza del grupo de los grupos musculares afectados de MMSS.
5. Favorecer la independencia en las A.V.D.
6. Evitar deformidad y retracciones.
7. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
8. Favorecer la interacción social.
9. Estimular la función cognitiva.
10. Promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)

B. Ejercicios y actividades Realizadas:

A continuación se detalla la implementación los ejercicios y actividades empleadas para lograr los objetivos planteados:

Para el objetivo Nº 1:

- Se brindó un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2:

- Se realizaron *Ejercicios activos* de todos los movimientos MMSS, (que no se encuentran afectados).

Para los objetivos Nº 3 y 4:

Se realizaron:

- *Ejercicios contra resistencia* con pelotitas thera band amarilla y roja, para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y aducción de dedos de la mano; bandas thera band: amarilla, roja y verde, junto con tablero adaptado con abrojo y diferentes elementos que rolarán sobre él, para favorecer todos los movimientos de: hombro, codo, antebrazo, muñeca y mano de MMSS.
- *Actividades Lúdicas*:

1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),
2. Memo-test, (adaptado con abrojo en su parte inferior),

3. Juego de las damas (con abrojo en su parte inferior).
4. Ta-te-ti (adaptado con cubos para encastar, con abrojo y con peso en su interior y de diferentes tamaños).
5. Rompecabezas (adaptado con abrojo para brindar resistencia y poder ser utilizado en diferentes planos, como por ej. el inclinado).

▪ *Actividades Plásticas*:

1. Armado de afiche para decorar el servicio, con mensaje de esperanza para los pacientes.
2. Armado de estructura de metal y papel mache.
3. Pintura con témperas sobre papel.
4. Construcción de un pesebre para ser donado al servicio.

<u>El objetivo Nº 5 se logró:</u>

a. Incrementando:

- Rango articular de MMSS.
- Fuerza del grupo muscular de MMSS.

b. Trabajando la inseguridad y miedos de los pacientes, que les impedían la realización de gran parte de las A.V.D.

<u>Para el objetivo Nº 6:</u>

- Se realizó la construcción de férulas: posición funcional, dinámica de flexo extensión de dedos, de flexión de muñeca, de extensión de pulgar, cock-up.
- Se realizaron de masajes cicatrízales.

<u>Para los objetivos Nº 7, 8, 9 y 10:</u>

- Se desarrollaron las actividades lúdicas plásticas descriptas anteriormente, ya que no solo permitían poner en funcionamiento los componentes sensorios motores sino además lograr estos objetivos.

Para un adecuado desarrollo de las actividades propuestas para el tratamiento rehabilitador se tuvo en cuenta:

- Todas las intervenciones relacionadas con la Terapia Ocupacional se encuentran ligadas a tres factores: espacio, vínculo terapéutico y tiempo (García González, J. 1992).
- *Consignas:* deben ser dadas con palabras claras y sencillas, y si es necesario se puede realizar una demostración junto con ellos.
- *Exploración:* brindarles un tiempo para el reconocimiento de los objetos y el posible uso creativo de los diferentes materiales presentados.
- *Ambiente de intervención:* es el lugar de realización. Lo importante del tratamiento que se recibe es el "cómo" y no el "dónde". La habitación, sala o lugar de trabajo debía permanecer cerrada, para evitar interrupciones y ruidos que podían distraer a los pacientes; además se identificó y localizó junto a ellos la utilización significativa del ambiente hospitalario, dejando de lado la visión de un lugar de espera pasiva y dolorosa.

- *El vínculo:* es la relación que se genera con el paciente, ofreciendo un abordaje más integral, con una visión evolutiva del sujeto y con el objetivo de promover y potenciar le desarrollo de las capacidades individuales de cara a facilitar su integración comunitaria.
- *El tiempo:* como el producto de la intervención que genera una linealidad del caso y que genera un mayor seguimiento por parte del T.O.

Este período tuvo una duración de 25 sesiones de entre 45 y 50 minutos cada una.

Las actividades empleadas durante las sesiones de tratamiento de los pacientes, fueron variadas, todas estaban enfocadas al tiempo libre y recreativo de los pacientes, no solo por tratarse de actividades, en algunos casos no valoradas o poco valoradas en otros.; si no por que además durante su internación, el tiempo libre ocupaba gran parte de su día y era muy factible el surgimiento de sentimientos Peón, es por este motivo que por medio de actividades "lúdico recreativas" se vio favorecido e incrementada su percepción de competencia y logro; pudiendo tomar conciencia del dominio de sus acciones. Además, los pacientes experimentaron mayores expectativas de éxito, al llevar adelante actividades (nunca exploradas) de un modo significativo y satisfactorio para cada uno de ellos y su ambiente.

Durante el desarrollo de las actividades lúdicas recreativas, se trabajó entre otras cosas la "resolución de problemas", ya que cada paciente debía decidir:

- "Cómo ganar" es decir hacer una buena jugada, sin dejar de tener en cuenta el modo específico de tomar las fichas para lograra al mismo tiempo el movimiento deseado para la recuperación de su función motora.
- "Armar la figura deseada", respetando tamaños y proporciones, en relación a los tamaños de las demás partes (cabeza, pies, etc) que al unirse, conformarían las figuras finalizadas (Kity, Gato, figuras del pesebre).
- "Que uso darle a los materiales" con los que se contaba (cartón, alambre, radiografías, vendas de yeso, papel de diario, etc.) poniéndose en juego la imaginación, creatividad y fundamentalmente, la causalidad personal.

La realización de las estructuras de cartapesta y del pesebre, no sólo permitieron la exploración de diferentes habilidades y destrezas sino que además logró captar la motivación e interés de todos los pacientes del servicio (internados por diversas causas) y sus familiares; siendo ellos mismos quienes eligieron el lugar en el que expondrían a todas las personas de la institución sus obras finalizadas. La respuesta recibida fue muy satisfactoria; fue aquí donde el ambiente hospitalario se convirtió en facilitador del desempeño ocupacional competente, llevando a que un comportamiento creativo como éste se repita, sin temor a la burla o comentarios negativos, sino por el contrario, todo el personal del servicio de quemados y personas que observaron el desarrollo de la actividad se mostraron orgullosos del trabajo en equipo llevado adelante por todas esas personas (pacientes ambulatorios e internados, familiares, policías custodios, T.O. fisioterapeuta, jefe del servicio que brindó su apoyo en todo momento y enfermeras que colaboraban curando a los pacientes en otro horario y mediante la entrega de diversos materiales para la construcción del pesebre.)

En el Anexo se hallan detalladas la totalidad de los ejercicios y las actividades lúdico plásticas que conformaron este programa.

2.4.3. Pos-test

Esta etapa tuvo una duración de tres sesiones durante las cuales se aplicaron las evaluaciones detalladas anteriormente, obteniéndose un porcentaje total de los componentes del desempeño alcanzados.

2.5. Procedimiento

Esta investigación consistió en 25 sesiones diagramadas de la siguiente manera: 3 sesiones iniciales de pre-test, 19 sesiones de Programa de Ejercicios y Actividades Lúdico-Plásticas y 3 sesiones de pos-test.

La duración aproximada de cada sesión fue de 45 minutos, con una frecuencia de tres sesiones semanales (ver anexo IV síntesis del tratamiento).

Si bien la autora fue la Terapeuta Ocupacional, se contó con la colaboración de todo el personal del servicio, principalmente la Kinesióloga, quien tuvo una participación activa en varias de las actividades lúdico-plásticas propuestas y durante la confección de las férulas (posicionamiento anatómico de la mano o miembro afectado del paciente (para confeccionar la férula de modo correcto).

Para la intervención desde T.O. de los cinco pacientes lesionados por quemaduras, internados en el servicio de Quemados y Cirugía Plástica del Hospital San Bernardo se realizó la selección del marco de referencia "MOOH" junto con el "Biomecánico" y de "Rehabilitación"

2.5.1. Recursos utilizados

Recursos Humanos

- Terapeuta Ocupacional.
- Cinco Pacientes lesionados por quemaduras.
- Médicos.
- Kinesióloga.
- Enfermeras.

Recursos Físicos

- Sala de usos múltiples, muy iluminada, amplia y cerrada para evitar interrupciones.
- Habitación, iluminada y cerrada para evitar el ingreso de otras personas que no sean los pacientes que allí se encuentran.
- Sillas.
- Mesas: movibles (para cama) y comunes.
- Pelotas Thera-Band (de diferentes intensidades)
- Tablero de madera con abrojo para ejercicios y elementos con abrojo que rolan sobre él.
- Tablero con clavos y gomillas para ejercicios.
- Cuña para realizar ejercicios y movilizaciones de manos de MMSS.
- Vendas de yeso.

- Elementos de librería.
- Goma espuma.
- Abrojo.
- Telas (para precintos de las férulas)
- Ganchitos de corpiño (para adherir las resistencias a las férulas dinámicas).
- Pegamento.
- Juegos adaptados (Zenku, ta-te-ti, damas, encastre).
- Elementos varios para la realización de estructuras de metal y pesebre: alambre, cinta de papel, tenaza, engrudo, diarios, radiografías, bolsas de plástico, etc.
- Cámara fotográfica.

2.6. Análisis:

Los datos fueron capturados en Excel 2000. Se realizó un análisis mediante estadística descriptiva obteniéndose frecuencias.

Al tratarse de variables numéricas discretas (cinco pacientes), se realizó un análisis descriptivo mediante diagramas de barras. Se representaron tantas barras como categorías tenia la variable, de modo que la altura de cada una de ellas fue proporcional a la frecuencia de casos en cada área o componente del desempeño.

3. RESULTADOS:

La autora de esta investigación considera importante presentar en primer lugar una síntesis de las historias clínicas de los cinco pacientes y posteriormente otra de los resultados obtenidos en las evaluaciones realizadas; para así llegar a las tablas de frecuencia y gráficos de barras que contienen los resultados de pre-test y post-test comparando todos los sujetos en conjunto.

3.1. Historias Clínicas:

CASO 1

Paciente: Aída.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en rostro cuello, antebrazos, muñecas y manos de MMSS y quemadura tipo B en MMII.

Características generales:

- Es maestra Rural, enseña a niños de 3°, 4° y 5° grado. Disfrutaba mucho de su trabajo.
- Lesión sufrida tras la explosión de una garrafa en su hogar, se encontraba con sus dos hijos y un sobrino en el momento del accidente.
- Se encuentra casada, su marido vive en España y visita a su familia dos veces al año, por lo que se respalda en su padre y hermana para llevar adelante su hogar.
- Tiene dos hijos ambos lesionados con quemaduras de tipo AB y C.
- El encontrarse separada de su familia (ella está internada y su hijo mayor se encuentra internado en Bs. As. su esposo lo acompaña), es un factor predisponente a la depresión y baja autoestima presentada por la paciente, ya que su hija menor, siente rechazo hacia la nueva imagen de su mamá (cabello corto, manos vendadas y rostro con pigmentación diferente)
- Presenta poca tolerancia a la frustración, se siente deprimida por lo acontecido y cómo afectó esto a su imagen corporal.
- No siente interés por retornar a su actividad laboral, desea permanecer en el hospital el mayor tiempo posible, expresando que quiere salir completamente curada.
- Presenta motivación para participar de T.O.
- Tiene un rango de tolerancia al dolor muy bajo, siendo un gran impedimento para la realización de ejercicios y movilizaciones.
- Es una persona demandante, exige la atención permanente por parte del personal, (cuando el dolor es de intensidad elevada para la paciente), generando reacciones similares en sus compañeros de cuarto (no tolera el tiempo reglamentado de la medicación exigiendo intervalos más cortos, etc.)

Observación Inicial- Indicios:

- Presenta alteración en el área cognitiva: atención, concentración y resolución de problemas.
- Presenta disfunción en la exploración y ejecución de actividades desestructuradas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana.
- Presenta una magnificación de su problemática, con poca o nula colaboración en su rehabilitación física en el área de kinesiología.

CASO 2.

Paciente: Zulema.
Edad: 23 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, manos y muñecas de MMSS.

Características generales:

- Es ama de casa, colabora con su marido en la despensa de la cual es propietario.
- Lesiones causadas por incendio en una habitación de su hogar (un brasero en el interior del dormitorio), se encontraba con su hija.
- Tiene una única hija, la cual resultó lesionada junto con Zulema en el accidente. La niña se encuentra internada en al Hospital Materno infantil de la provincia de Salta, con quemaduras tipo AB.
- El encontrarse separada de su familia, es un factor predisponente a la depresión y baja autoestima presentada por la paciente, ya que su única hija se encuentra internada en el hospital materno infantil de la ciudad de salta, razón por la cual no puede estar con ella.
- Presenta poca tolerancia a la frustración, se siente deprimida por lo acontecido y cómo afectó esto a su imagen corporal.
- Tiene buena relación con el personal del servicio y pacientes internados.
- No presenta motivación para participar de su rehabilitación, tanto para terapia ocupacional como para Kinesiología.
- No expresa sus sentimientos y emociones, muy retraída, comunicación muy limitada, responde a las consignas con si o no (su hermana es quien completa las respuestas).

Observación Inicial- Indicios:

- Presenta alteración en el área cognitiva: atención, concentración y resolución de problemas.
- Presenta disfunción en la exploración y ejecución de actividades desestructuradas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana.
- Presenta una magnificación de su problemática, con poca o nula colaboración en su rehabilitación física en el área de kinesiología y de T.O.

CASO 3.

Paciente: Noelia.
Edad: 18 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, tronco, manos y muñecas de MMSS, y piernas de MMII

Características generales:

- Paciente drogodependiente.
- Quemaduras producidas por auto agresión con nafta y fuego.
- No desarrolla ninguna actividad laboral.
- Ambiente social: villa miseria, en la cual las drogas y los robos son su modo de vida cotidiano.
- No colabora con su tratamiento, no respetando las indicaciones médicas de reposo e inmovilización.
- No presenta las habilidades sociales básicas, comunicándose por medio de insultos y agresiones hacia el personal del servicio.
- Su agresividad se debe a la crisis de "abstinencia", y la realidad que la afecta, sus quemaduras y el dolor que ello implica, ya que no midió estas consecuencias en el momento de la auto agresión.
- Se encuentra bajo custodia policial, por peligro de agresión externa o auto agresión.

Observación Inicial- Indicios:

- Presenta gran alteración en el área cognitiva: atención, concentración y resolución de problemas.
- Presenta una gran disfunción en la exploración y ejecución de actividades desestructuradas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana.
- Presenta una magnificación de su problemática, con poca o nula colaboración en su rehabilitación física en el área de kinesiología.
- Presenta déficit en las habilidades sociales básicas.

CASO 4.

Paciente: José
Edad: 33 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en manos y muñecas de MMSS y B en tronco y pierna de MID.

Características generales:

- José realiza tareas de campo (variadas).
- Lesión sufrida tras pelea en un bar con otro sujeto, quien al rosear a José con aceite caliente, este reaccionó de modo fatal (homicidio).
- se encuentra bajo custodia policial, este es un factor predisponente a la depresión y baja autoestima presentado por el paciente; ya que en cuanto sea dado de alta, será trasladado al servicio penitenciario hasta la realización de su juicio y posterior sentencia.
- Tiene buena relación con el personal del servicio y pacientes internados.
- Presenta motivación para participar de su rehabilitación, tanto para terapia ocupacional como para Kinesiología. Sin embargo en ocasiones expresa sus sentimientos y emociones de modo no adecuado, requiere límites en el trato, (ya que coerciona de modo constante, ala la T.O. y kinesióloga mediante comentarios en "doble sentido").

Observación Inicial- Indicios:

- Presenta alteración en el área cognitiva: atención, concentración y resolución de problemas.
- Presenta disfunción en la exploración y ejecución de actividades desestructuradas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana.
- Considera su internación como una forma de abstraerse de modo momentáneo de su difícil situación judicial.
- Presenta déficit en las habilidades sociales básicas.

CASO 5.

Paciente: Federico
Edad: 25 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en dedo anular de la mano de MSI.

Características generales:

- El encontrarse separado de su familia y ambiente social (Colonia Santa Rosa), es un factor predisponente a la depresión y baja autoestima presentado por el paciente, ya que su esposa e hijo de 1 año se encuentran en su pueblo.
- Lesión causada por exposición prolongada de 4to dedo de MSI en agua hirviendo.
- Presenta poca tolerancia a la frustración, se siente deprimido por lo acontecido y cómo afectó esto a su desempeño ocupacional diario (AVD básicas e instrumentales) y en su actividad laboral, ya que exige una coordinación bimanual.
- Tiene muy buena relación con el personal del servicio y pacientes que concurren al servicio para su tratamiento, y rehabilitación.
- Presenta motivación para participar de terapia ocupacional
- Expresa sus sentimientos y emociones, de modo adecuado, comenta que le gusta mucho hablar con las personas, escucharlas y sentirse escuchado.

Observación Inicial- Indicios:

- Presenta alteración en el área cognitiva: atención, concentración y resolución de problemas.
- Presenta disfunción en la exploración y ejecución de actividades desestructuradas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana.
- Presenta una magnificación de su problemática, ocultando el problema de base “insatisfacción con la actividad laboral desarrollada hasta el momento” (previa al accidente).

3.2. Resultados de las evaluaciones (pre-test):

CASO 1

Paciente: Aída.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en rostro cuello, antebrazos, muñecas y manos de MMSS y quemadura tipo B en MMII.

Resultados de las evaluaciones:

- Dificultad para definir gustos e intereses externos a los que realizaba en su vida cotidiana.
- Sus momentos de ocio y tiempo libre no son completamente satisfactorios.
- El ambiente hospitalario, no promueve su desarrollo psíquico y social, necesario para superar el momento que se encuentra atravesando la paciente, ya que el dolor, la depresión, le alteración de la imagen corporal, junto con el aislamiento son factores comunes del servicio de quemados y cirugía plástica del hospital san Bernardo.
- Rango articular disminuido en manos de MMSS.
- Presenta una notable pérdida de la fuerza muscular de manos de MMSS.
- AVD: dependiente en un 62%, debido a encontrarse recientemente injertada en mano de MSD y MMII, además el temor al dolor experimentado por la paciente, genera una gran dificultad para los movimientos activos y pasivos de MMSS y MMII.
- Presenta una atención "distribuida", no logrando mantenerse atenta a la actividad por un laso superior a los 15 minutos.
- Necesidad de férulas: Posición Funcional para manos de MMSS.
- Necesidad de adaptaciones: no, ya que su dependencia en las AVD es momentánea debido a lo injertos (período no superior a una semana).
- Presenta dificultad en la resolución de problemas.
- Presenta un desempeño ocupacional alto, sin embargo sus dificultades más importantes están dadas en sus habilidades motoras insuficientes para moverse o manipular objetos; y en la incapacidad de comunicar sus verdaderas necesidades siendo muy demandante con el personal de la institución.

CASO 2.

Paciente: Zulema.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, manos y muñecas de MMSS.

Resultados de las evaluaciones:

- Presenta falta de motivación e interés en la exploración de habilidades y destrezas que la lleven a desempeñar nuevas ocupaciones.
- Dificultad para definir gustos e intereses externos a los que realizaba en su vida cotidiana.
- Presenta dificultad en la resolución de problemas.
- No tiene momentos de ocio y tiempo libre utilizados de modo satisfactorio.
- Rango articular disminuido en manos de MMSS.
- El ambiente hospitalario, es un medio que, no promueve el desarrollo psíquico y social, necesario para superar el momento que se encuentra atravesando la paciente, ya que el dolor, la depresión, le alteración de la imagen corporal, el aislamiento son factores comunes del servicio de quemados y cirugía plástica del hospital san Bernardo.
- Presenta una notable pérdida de la fuerza muscular de manos de MMSS.
- AVD: dependiente en un 100%, debido a encontrarse recientemente injertada en manos de MMSS además el temor al dolor experimentado por la paciente, genera una gran dificultad para los movimientos activos y pasivos de MMSS.
- Presenta una atención "distribuida", no logrando mantenerse atenta a la actividad por un laso superior a los ocho minutos.
- Necesidad de férulas: Posición Funcional para manos de MMSS, una vez retirado el vendaje por completo, para evitar retracciones durante el periodo de cicatrización.
- Necesidad de adaptaciones: no, ya que su dependencia en las AVD fue momentánea debido a lo injertos (período no superior a una semana).
- La paciente no presenta motivación para participar de actividades terapéuticas durante las primeras sesiones de tratamiento, por lo que en un primer momento la intervención terapéutica fue a través de ejercicios únicamente.
- Presenta un desempeño ocupacional entre moderado y bajo, debido principalmente a sus habilidades motoras insuficientes para moverse o manipular objetos; además presenta dificultad para la interacción social y para la expresión de deseos y necesidades.

CASO 3.

Paciente: Noelia.
Edad: 18 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, tronco, manos y muñecas de MMSS, y piernas de MMII

Resultados de las evaluaciones:

- Presenta falta de motivación e interés en la exploración de habilidades y destrezas que la lleven a desempeñar nuevas ocupaciones.
- Luego de la tercera semana de internación la paciente presenta buena motivación para participar de T.O.
- Presenta buena relación social con las personas que la rodean.
- Expresa emociones y sentimientos de un modo más adecuado al empleado en sus primeros días de internación.
- A pesar de las adversidades que presenta el ambiente hospitalario, en el caso de Noelia es un ambiente contenedor (en comparación con el ambiente del que proviene Noelia) ya que por medio de la contención psicofísica logró retirarla de su "necesidad" de recurrir a las drogas, como única fuente de satisfacción.
- No presenta limitación en el rango articular de MMSS.
- Fuerza: buena en todos los movimientos de MMSS.
- Presenta alteración del juicio, debido a los problemas de drogodependencia. No respetando las indicaciones médicas.
- Su ambiente social representa un medio no propicio para el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.
- Expresa su deseo de tener una nueva vida, retomar el colegio y alejarse de las drogas cuando sea dada de alta.
- AVD 100%, semi-dependiente, por encontrarse recientemente injertada requiriendo los cuidados necesarios para evitar el deslizamiento de las estructuras adheridas.
- Expresa el deseo de incrementar su satisfacción con los objetivos de tiempo libre.
- Presenta una conducta Peón, siente que no es capaz de hacer las cosas que se propone.
- Presenta un desempeño ocupacional predominantemente bajo, debido a sus problemas de drogodependencia y su posterior crisis de abstinencia fruto de la interacción. Sus principales dificultades están dadas en la ausencia de un concepto realista de las demandas, obligaciones sociales de sus roles vitales, habilidades para la comunicación y relaciones interpersonales necesarias para la interacción con las personas.

CASO 4.

Paciente: José
Edad: 33 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en manos y muñecas de MMSS y B en tronco y pierna de MID.

Resultados de las evaluaciones:

- Dificultad para definir gustos e intereses externos a los que realizaba en su vida cotidiana.
- No tiene momentos de ocio y tiempo libre utilizados de modo satisfactorio.
- Presenta dificultad en la resolución de problemas y control del impulso.
- Rango articular disminuido en muñecas de MMSS.
- El ambiente hospitalario, es un medio que, no promueve el desarrollo psíquico y social, necesario para superar el momento que se encuentra atravesando la paciente, ya que el dolor, la depresión, le alteración de la imagen corporal, el aislamiento son factores comunes del servicio de quemados y cirugía plástica del hospital san Bernardo.
- Presenta una fuerza muscular "Regular" en la prono supinación de codo, "mala" en la flexo extensión de muñeca y en todos los movimientos de dedos de la mano de MMSS.
- AVD: 70%, semi-dependiente, debido a su reciente intervención quirúrgica.
- Presenta una atención "distribuida", no logrando mantenerse atento a la actividad por un laso superior a los 10 minutos.
- Lo que motiva al paciente a participar de T.O. es el tener contacto con la terapeuta, por lo que requiere constantes límites y delimitación de roles, para disminuir su conducta coercitiva hacia la T.O.
- Presenta habilidades para los trabajos manuales, lo cual le resulta satisfactorio, ya que no solo considera que lo hace bien, sino que además las personas que conforman su ambiente lo felicitan por as labores realizadas.
- Presenta un desempeño ocupacional predominantemente alto, sin embargo, sus principales dificultades están dadas en posesión de un concepto poco realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles vitales, (al haber cometido un asesinato) y presenta dificultades en las habilidades de comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas, principalmente con la T.O. y fisioterapeuta.

CASO 5.

Paciente: Federico
Edad: 25 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en dedo anular de la mano de MSI.

Resultados de las evaluaciones:

- Dificultad para definir gustos e intereses externos a los que realizaba en su vida cotidiana.
- No tiene momentos de ocio y tiempo libre utilizados de modo satisfactorio.
- El ambiente hospitalario, es un medio que, en caso no participar (la paciente) de los momentos de rehabilitación (T.O.) no promueve el desarrollo psíquico y social, necesario para superar el momento que se encuentra atravesando la paciente, ya que el dolor, la depresión, le alteración de la imagen corporal, el aislamiento son factores comunes del servicio de quemados y cirugía plástica del hospital san Bernardo.
- No presenta alteración de la atención.
- Presenta una notable pérdida de la fuerza muscular dedo anular de la mano de MSD.
- AVD: independiente 100%.
- Rango articular: presenta imposibilidad de realizar la flexión de dedo anular de mano de MSI. (Dedo en extensión)
- Necesidad de férulas:
    1. Férula para flexión de dedo anular de mano de MSI.
    2. Férula dinámica para ejercicio contra resistencia de flexo extensión de articulaciones MTCF, IFP e IFD de dedo anular de mano de MSI.
- Presenta un desempeño ocupacional alto, sin embargo sus principales dificultades están dadas en la presencia de una moderada causalidad personal al expresar confianza en: que posee una gama de habilidades, en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes y al expresar una anticipación poco esperanzada de éxito en las tareas futuras. Federico realiza una gran magnificación de su dificultad para flexionar el dedo anular de la mano de MSI.

3.3 Resultados de pre-test y post-test, expresados en tablas y gráficos de barras.

El detalle de sujeto por sujeto se encuentra en el anexo (7.0.d).

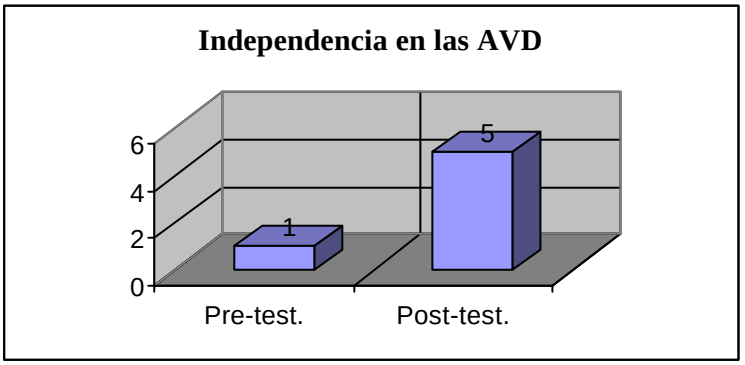
En cada tabla y grafico de barras se encuentran plasmados la cantidad de sujetos que lograron cada ítem de las áreas y componentes del desempeño, en los periodos de pre-test y post-test.

Tabla Nº 1: Actividades de la Vida Diaria.

	Pre-test			***Post-test***		
	Dep.	**Semi- dep.**	**Indep.**	**Dep.**	**Semi- dep.**	**Indep.**
Cuidado Personal	1	3	1	0	0	5
Alimentación.	2	2	1	0	0	5
Comunicación.	2	2	1	0	0	5
Movilidad Funcional	2	2	1	0	0	5
Hogar.	3	1	1	0	0	5

En la Tabla Nº 1 se puede apreciar en pre-test que uno de los sujetos es independiente, dos dependientes y los dos restantes semi-dependientes en las A.V.D.; en post-test se observa un aumento del nivel de independencia, es decir que los cinco sujetos alcanzaron el total de independencia en las A.V.D.

Grafico Nº 1: Actividades de la Vida Diaria.



En el Gráfico 1 se puede la independencia alcanzada en las A.V.D. en los períodos de pre-test y post-test por el total de los sujetos: 1 es independiente en pre-test y 5 son independendientes en las A.V.D en post-test.

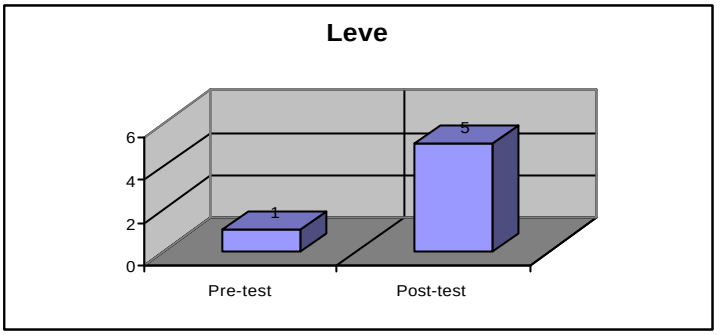
Tabla Nº 2: Dolor.

	Pre-test.	***Post-test.***
Gravedad.	MMSS	MMSS
Leve.	1	5
Moderado.	2	0
Insoportable.	2	0

En la Tabla 2 se puede observar que en pre-test 2 de los sujetos refiere experimentar dolor de intensidad Moderada, 2 presentan dolor de intensidad

insoportable y el uno restante refiere una intensidad leve; mientras que en post test- los 5 sujetos refieren experimentar un leve dolor en MMSS (miembros superiores).

Grafico Nº 2: Intensidad del Dolor.



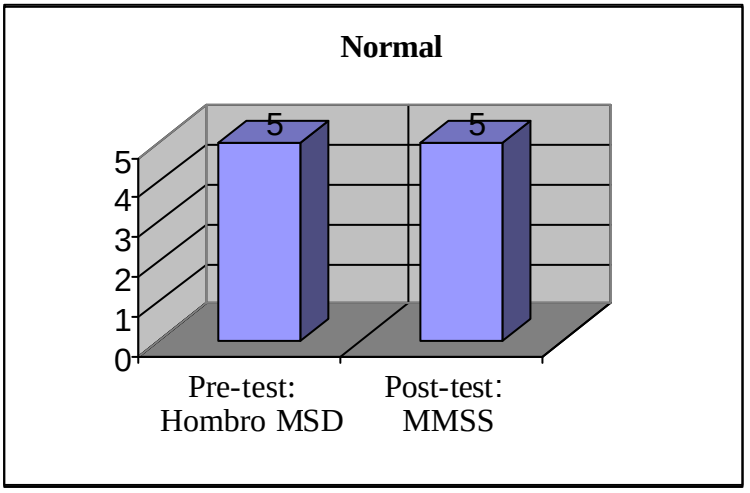
En relación al nivel de dolor experimentado en los periodos de pre-test se puede apreciar que solo uno de los sujetos refirió dolor leve, mientras que en el periodo de post-test los 5 sujetos refirieron experimentar un dolor leve.

Tabla Nº 3: Rango Articular normal:

	Pre-test		***Post-test.***	
	MSD	MSI	MSD	MSI
Hombro.	5	4	5	5
Codo.	3	4	5	5
Muñeca.	2	2	5	5
Dedos	2	2	5	5

En la tabla 3 se observa en pre-test que 1os sujetos presentan grandes dificultades en la movilidad activa de MMSS, a excepción del rango articular de Hombro de MSD, el cula es normal en la totalidad de los sujetos. En post-test los 5 sujetos presentan rango articular normal en MMSS.

Grafico Nº 3: Rango Aarticular:



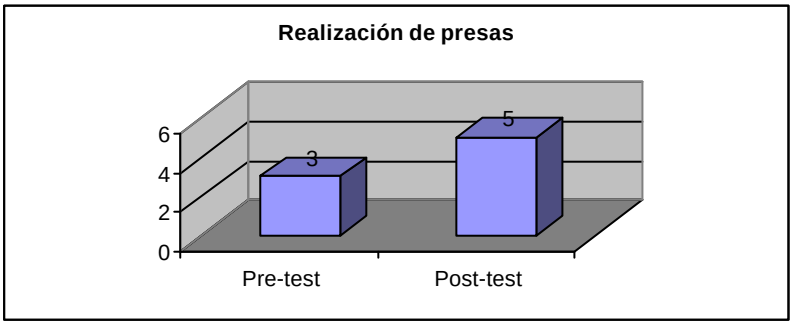
En el grafico 3 se observa en post-test un incremento del rango articular en MMSS, es decir que los 5 sujetos presentaban rango articular Normal; mientras que en pre- test solo en MSD (miembro superior derecho) se observa movilidad activa normal en los 5 sujetos.

Tabla Nº 4: Presas.

	Pre-test.	***Post-test***
	MMSS	MMSS
Bidigitales	3	5
Pluridigitales	3	5
Palmares	3	5
Presas con la gravedad.	3	5
Presas más acción.	3	5

En cuanto a la realización de las presas Tabla Nº 4, se puede apreciar en pre-test: que solo tres de los sujetos logran realizar las presas con MMSS, mientras que en post-test los cinco sujetos realizan la totalidad de presas.

Grafico Nº 4: Presas.



En el Grafico Nº 4 s observa que en pre-test solo 3 sujetos realizan todas las presas; mientras que en post-test son realizadas por los 5 sujetos.

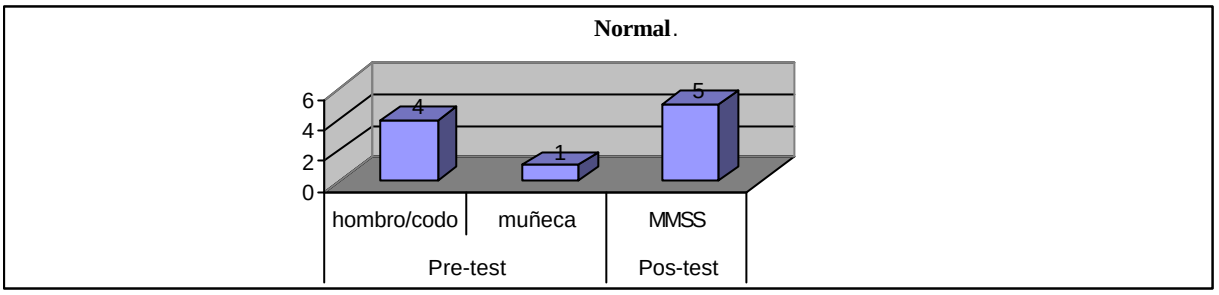
Tabla Nº 5: Fuerza Muscular.

	Pre-test.	***Post-test.***
	Normal	Normal
Hombro.	4	5
Codo.	4	5
Muñeca.	1	5
Dedos	0	5

En lo que se refiere a Fuerza Muscular (Tabla 5) se observa en pre-test que únicamente un 4 de los sujetos presentan una fuerza muscular Normal en hombro y

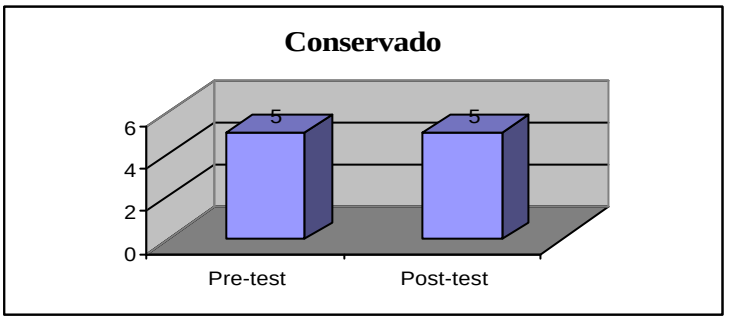
codo, mientras que en el periodo de post-test se logró un incremento, es decir que todos los sujetos presentaron una fuerza muscular Normal.

Grafico Nº 5: Fuerza Muscular.



En el Gráfico 5 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 5. en pre-test, 4 de los sujetos tienen fuerza muscular normal en hombro y codo, mientras que solo uno lo tiene en muñeca. En post-test podemos observar que todos los sujetos tienen fuerza muscular normal en MMSS.

Grafico Nº 6: Tono Muscular.



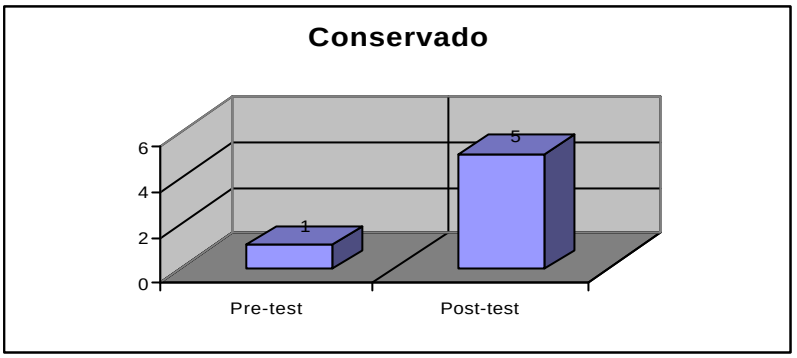
En el Gráfico Nº 6 se puede observar total normalidad en el tono muscular, tanto en pre-test como en post-test.

Tabla Nº 6: Trofismo.

	Pre-Test.	***Post-Test.***
	MMSS	MMSS
Conservado.	1	5
Alterado.	4	0

En la tabla Nº 6 se puede observar que 4 de los sujetos presentan un trofismo alterado en MMSS (miembros superiores) en el periodo de pre-test, mientras que en post-test todos los sujetos presentan un trofismo Normal.

Grafico Nº 7: Trofismo.



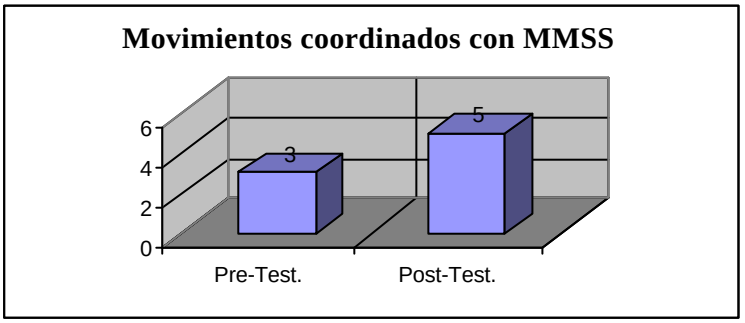
En el grafico Nº 7 se pueden apreciar 1 de sujetos presenta trofismo Conservado en MMSS en el período de pre-test; y en post-test los 5 sujetos tienen trofismo Conservado en MMSS.

Tabla Nº 7: Coordinación.

Movimientos coordinados	***Pre-Test.***	***Post-Test.***
MMSS	3	5

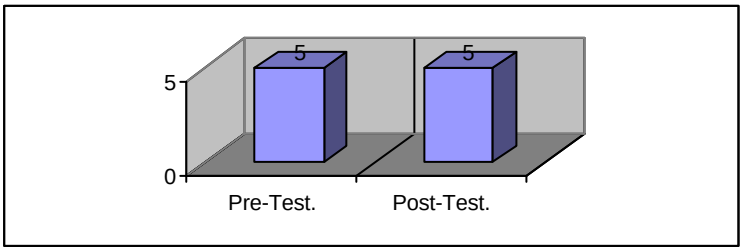
En la tabla 7 se observa que únicamente 3 de los sujetos lograron movimientos coordinados con MMSS (miembros superiores), mientras que en post-test el total de los sujetos lograron realizar movimientos coordinados con MMSS.

Grafico Nº 8: Coordinación.



En el Grafico Nº 8 se observa que solo 3 de sujetos lograban movimientos coordinados en pre-test; mientras que en post-test los 5 los sujetos realizaban movimientos coordinados con MMSS.

Grafico Nº 9: Función Sensoperceptiva:



En lo que hace a la función sensoperceptiva (visión y audición), en el grafico Nº 9 se puede apreciar que todos los sujetos presentaban una función sensoperceptiva normal, no registrándose alteraciones en post-test.

Tabla Nº 8: Función Cognitiva.

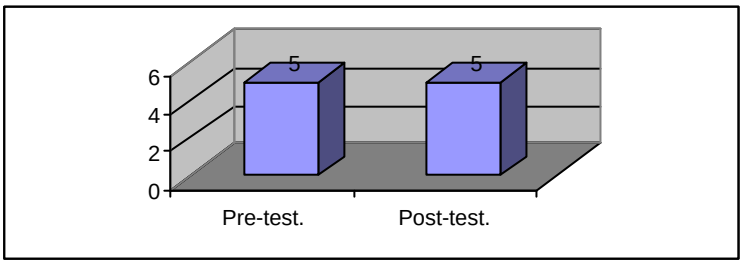
	Pre- test.	***Post-test.***
Orientación.	5	5
Memoria.	5	5
Concentración	3	5
Atención.	2	5
Juicio.	2	5

En lo que hace a la *función cognitiva* (Tabla Nº 8) en pre-test se observa que 3 de los sujetos presentaban conservada la concentración, solo 2 la atención y el juicio, no presentándose alteraciones en orientación y memoria; mientras que en post-test el total de los sujetos presentaron los cinco componentes de la función cognitiva.

Grafico Nº 10: Función Cognitiva.

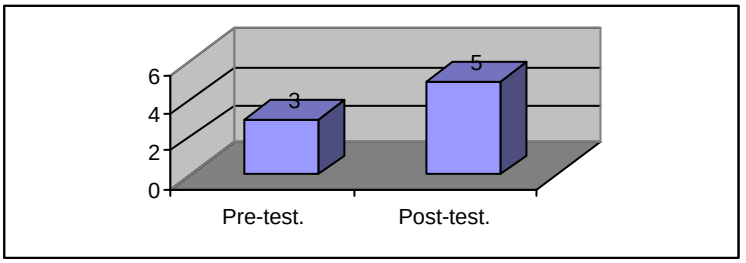
Para lograr una mejor comprensión de los datos plasmados en la tabla Nº 10 se realizarán tres gráficos de barras, con los valores, plasmados en dicha tabla.

- **Gráfico Nº 10. 1.** Orientación y Memoria:



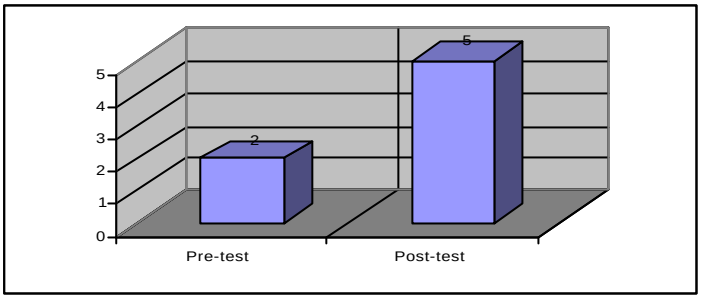
En el Grafico Nº 10.1 se puede apreciar que en pre-test y post-test, los cinco pacientes presentan orientación témporo espacial y memoria.

- **Gráfico Nº 10. 2.** Concentración:



En el Grafico Nº 10.2 se puede apreciar que en pre-test 3 pacientes se encuentran concentrados y post-test, los 5 sujetos presentan concentración.

- **Gráfico Nº 10. 3.** Atención y Juicio:



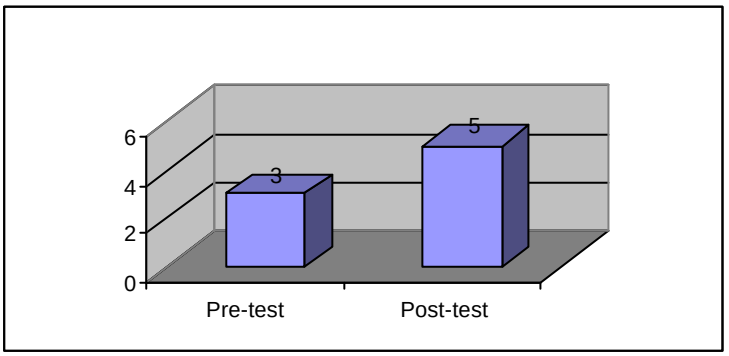
En el Grafico Nº 10.3 se puede apreciar que en pre-test que únicamente 2 pacientes no presentan alteración en la atención y el juicio, mientras que en post-test, los 5 sujetos presentan atención y juicio normal.

Tabla Nº 9: Función Intrapersonal.

	Pre- test.	***Post-test.***
Autoestima.	3	5
Motivación.	3	5
Tolerancia a al frustración.	3	5

En la Tabla Nº 7, se puede notar un aumento del 33 % en la función intrapersonal llegando a presentar los 5 sujetos el 100% de los componentes de dicha función.

Grafico Nº 11: Función Intrapersonal.



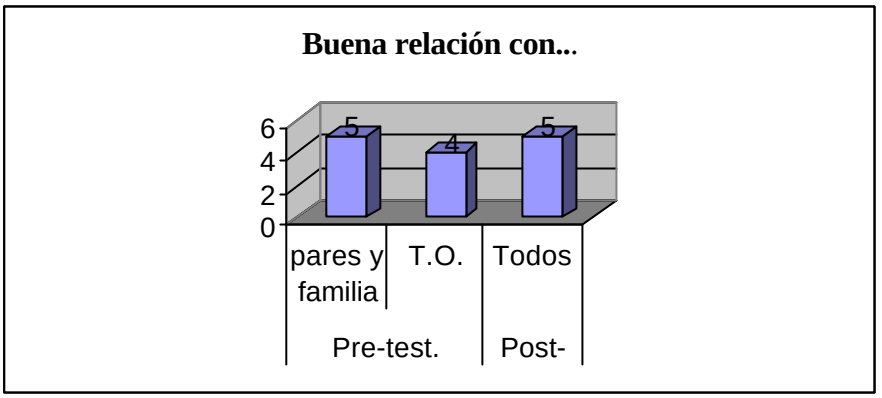
En el grafico Nº 11 se pueden apreciar los cambios producidos en los periodos de pre-test y post-test, en cuanto a la función intrapersonal de los 5 sujetos: en pre-test se aprecia que solo 3 de los 5 sujetos presentaban motivación, tolerancia a la frustración y autoestima; en cambio en post-test, no se observan estas diferencias ya que los 5 pacientes presentaban: autoestima, motivación y tolerancia a la frustración.

Tabla Nº 10: Función Interpesonal

Buena relación con...	***Pre- test.***	***Post-test.***
Los pares.	5	5
La familia.	5	5
La T.O.	4	5

Con respecto a la *Función Interpersonal* (Tabla Nº 10), se observa que en pre-test que 4 de los pacientes presentaban buena relación con la T.O., mientras que los 5 mantenían una buena relación con pares y la familia; por lo que en post-test se observa un incremento en la relación interpersonal con la T.O. (5 pacientes).

Grafico Nº 12: Función Interpersonal.



En el Grafico Nº 12 se puede apreciar resultados en cuanto a la Función Interpersonal en los períodos de pre-test y pos-test, presentados en la Tabla Nº 10.

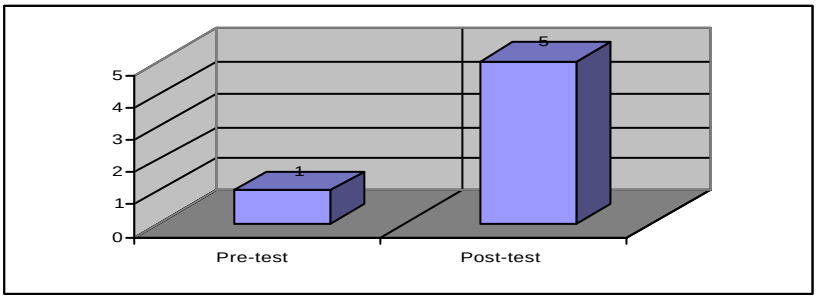
Tabla Nº 11: Actividades de Tiempo Libre.

	Pre-test.	***Post-test.***
Muy Importantes.	1	5
Variedad de Actividades.	2	5
Mucha energía invertida	0	4
Mucha Satisfacción	0	5
Varios factores las dificultan.	5	5

Grafico Nº 13: Actividades de Tiempo Libre.

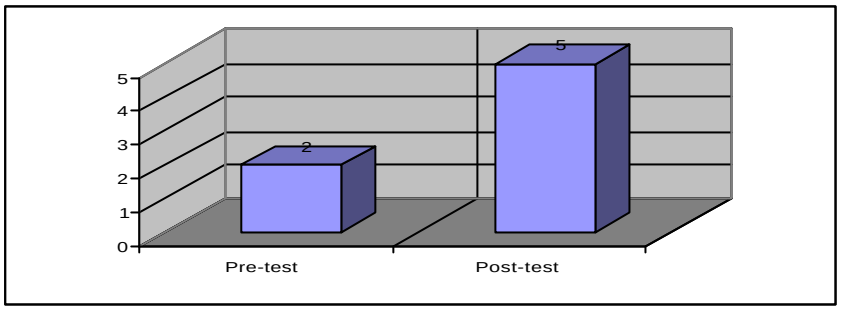
Para lograr una mejor comprensión de los datos plasmados en la tabla Nº 11 se realizará un grafico de barras diferente para cada ítem.

- **Grafico Nº 13.1.** Mucha Importancia atribuida las actividades de tiempo libre.



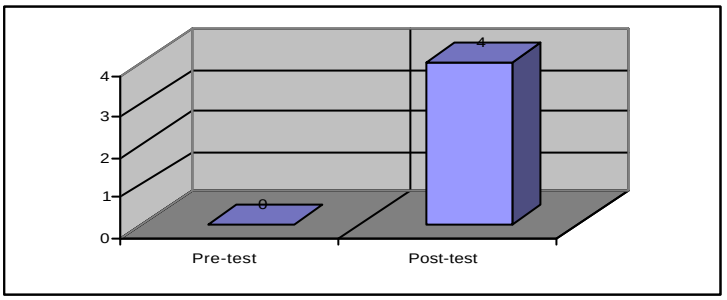
En el Grafico Nº 13.1 se puede apreciar que en pre-test 1 de los sujetos las considera muy importantes, mientras que en post-test, los cinco pacientes lo hacen.

- **Grafico Nº 13.2.** Variedad de actividades de tempo libre:



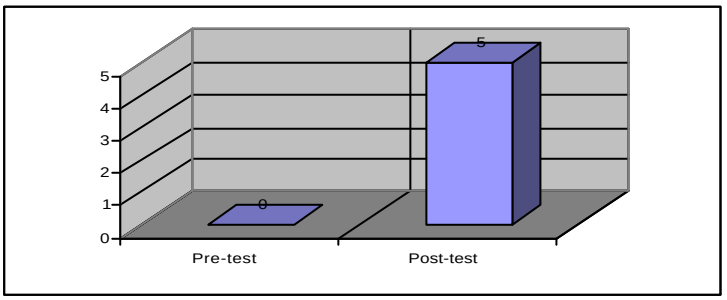
En el Grafico Nº 13.2 se puede apreciar que en post-test, los cinco pacientes realizan actividades variadas.

- **Grafico Nº 13.3.** Mucha energía invertida.



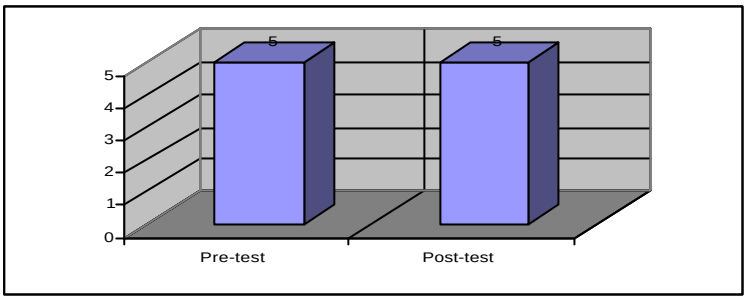
En el Grafico Nº 13.3 se puede apreciar que en post-test, 4 de los cinco pacientes invierten mucha energía en las actividades de tiempo libre.

- **Grafico Nº 13.4.** Mucha satisfacción.



En el Grafico Nº 13.4 se puede apreciar que en pre-test, ningún paciente experimenta mucha satisfacción, mientras que en post-test, los 5 pacientes la experimentan al realizar las actividades de tiempo libre.

- **Grafico Nº 13.5. Participación en Act. de T.L.**



En el Grafico Nº 13.5 se puede apreciar que tanto en pre-test, como en post-test los 5 pacientes refieren diferentes factores que dificultan su participación en las actividades de tiempo libre.

Tabla Nº 12: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa.

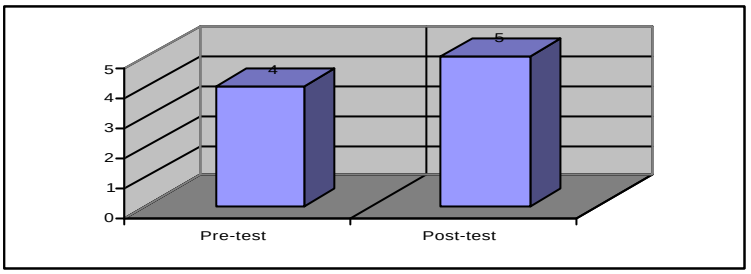
Comportamiento ocupacional		***Pre –test***					***Post-test.***	
		Muy alto	Alto	Mod.	Bajo.	Muy bajo.	Muy alto	Alto
Volición	Valores.	0	4	0	1	0	5	0
	Causalidad personal.	0	3	1	1	0	5	0
	Intereses.	0	3	1	1	0	5	0
Habituación	Roles.	4	0	1	0	0	5	0
	Hábitos.	0	3	1	0	1	5	0
Ejecución:	Habilidades ocupacionales/ desempeño	0	2	1	1	1	4	1

Por último, en la Tabla Nº 12, se puede notar en pre-test, mucha dificultad de los sujetos para lograr un comportamiento ocupacional alto; en cambio, en post-test 4 de los 5 pacientes lograron el nivel mas alto en todos los sub sistemas (volición, habituación y ejecución), uno solo no logro alcanzar el nivel mas alto pero si el nivel siguiente (alto).

Grafico Nº 14: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa (AOF-CV).

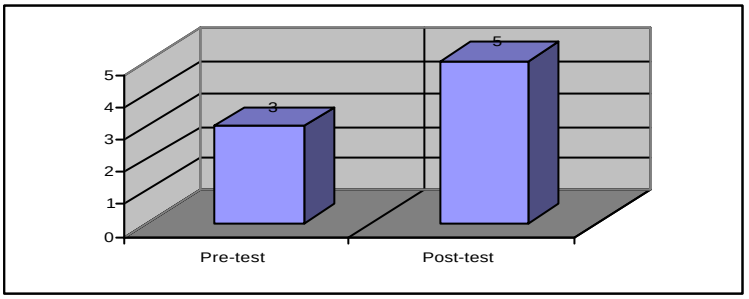
Al igual que e los gráficos Nº 10 y Nº 13 (con sus respectivas tablas) Para lograr una mejor comprensión de los datos plasmados en la tabla Nº 12 se realizarán tres gráficos de barra, con los valores mas altos de cada sub-sistema:

- **Grafico Nº 14.1**. Selección de roles



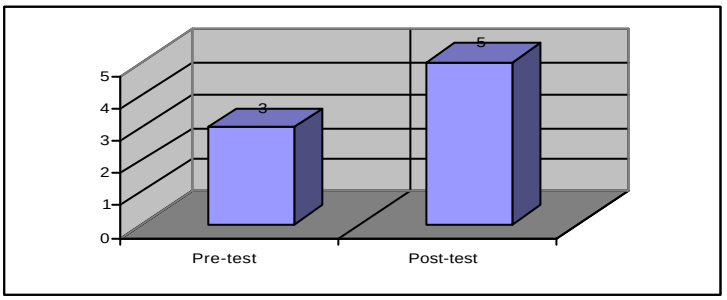
En el Grafico Nº 14.1 se puede apreciar en pre-test, que 4 de los cinco sujetos presenta un comportamiento ocupacional alto en sus valores.

- **Grafico Nº 14.2**. Causalidad personal:



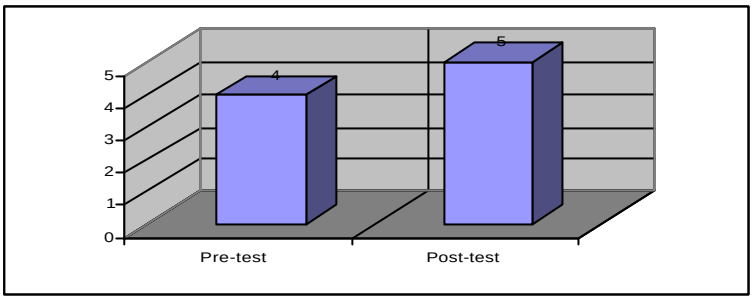
En el Grafico Nº 14.2 se puede apreciar en pre-test, que 3 de los cinco sujetos presenta un alto nivel de causalidad personal; y en post-test los cinco pacientes lograron hacerlo.

- **Grafico Nº 14.3**. Intereses:



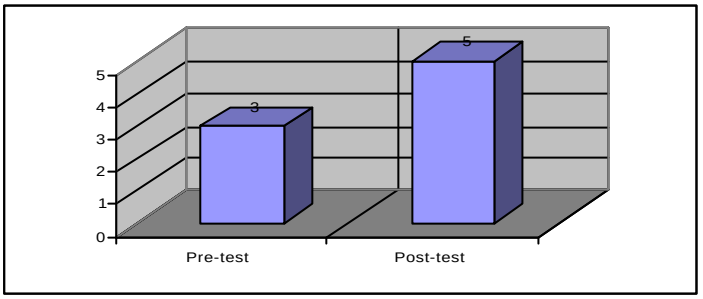
En el Grafico Nº 14.3 se puede apreciar en pre-test, que 3 de los cinco sujetos presenta una alta disposición a encontrar ocupaciones placenteras; mientras que en post-test los 5 pacientes lograron hacerlo.

- **Grafico Nº 14.4**. Roles:



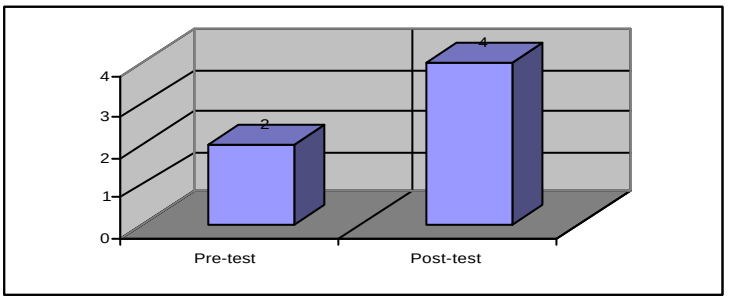
En el Grafico Nº 14.4. Se puede apreciar en pre-test, que 4 de los cinco sujetos presenta muy alto desempeño de los diferentes roles elegidos u obligados a desempeñar dentro de su grupo social; mientras que en post-test los 5 pacientes lograron hacerlo.

- **Grafico Nº 14.5**. Hábitos:



En el Grafico Nº 14.5 se puede apreciar en pre-test, que 3 de los cinco sujetos presenta un alto desempeño en la sistematización de sus rutinas. En post-test los 5 pacientes logran un nivel muy alto.

- **Grafico Nº 14.6**.Habilidades ocupacionales/desempeño:



En el Grafico Nº 14.6 se puede apreciar que en pre-test 2 los sujetos presentan un nivel alto en el subsistema ejecución, mientras que en post-test 4 de los sujetos presentan un nivel muy alto.

4- DISCUSIÓN

Tomando en cuenta el objetivo general de esta investigación, *"Conocer la eficacia del tratamiento de Terapia ocupacional sobre: el mantenimiento de las áreas y componentes del desempeño ocupacional que se encuentren presentes y en la recuperación de las que se encuentran en riego o dañadas, en los pacientes lesionados por quemaduras"*. Se puede observar que se lograron aportar datos que no habían sido registrados en anteriores investigaciones. En ésta se incluyen las áreas del desempeño ocupacional y sus correspondientes destrezas desde el área de Terapia Ocupacional para la rehabilitación del paciente lesionado por quemaduras.

Relacionado con esta tesis, no se registran modalidades de trabajo similares a la planteada; en toda la provincia de Salta.

Considerando la información recogida en el Análisis de Resultados se puede observar que:

Los cinco pacientes al ser dados de alta lograron adquirir una total independencia en las A.V.D. (Higiene, Vestido, Arreglo personal. Rutina de medicamentos, Continencia, Utilización del WC. En cuanto al Trabajo, demostraron nuevos patrones de hábitos mediante el uso bien organizado del tiempo y adquirieron nuevamente la capacidad de habitar, amoblar y asegurar una casa; realizar la limpieza de rutina y una limpieza general.

Todos los pacientes presentaron tanto en pre-como en post-test un conjunto de roles vitales (miembro de familia, trabajador, amigo, etc.); excepto Noelia (sujeto Nº 2) que en el momento de la internación no desarrollaba una act. laboral remunerada y una vez finalizado el tratamiento dio inicio a la búsqueda de una actividad laboral, para ayudar a su familia.

Todos los pacientes excepto Noelia (sujeto Nº 2 que presentaba problemas de adicción en pre- test siendo; atenuados los síntomas y su necesidad durante su interacción, por lo que en post-test continúa con soporte psicológico para evitar recaídas) y José (sujeto Nº 3 que presentaba problemas judiciales) poseían un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles vitales; sin embargo todos los pacientes expresaron comodidad o seguridad en sus principales roles vitales desde el inicio del tratamiento.

Todos los pacientes, excepto Noelia (paciente nº 2 debido a un escaso nivel de escolaridad) al finalizar el tratamiento presentaron las habilidades suficientes para relacionarse con el entorno; es decir: manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos. Sin embargo todos lograron: discriminar e identificar claramente los grados y gama de intereses y una participación rutinaria en los mismos, presentando en post-test valores socialmente apropiados, a través de la selección de los estándares personales para la conducción de las actividades diarias.

La totalidad de los sujetos presentaron mayor motivación e interés en la realización de actividades lúdico-recreativas significativas y gratificantes, presentando un incremento en la organización de su tiempo libre durante la internación. Ya que a medida que avanzaba la intervención desde T.O., además de la realización de juegos de mesa con familiares, lectura, ver televisión, mantener conversaciones sobre temas de interés general con otros pacientes y/o familiares) y la realización de actividades plásticas. Se produjo

un importante incremento en el nivel de satisfacción obtenido en el uso de su tiempo libre.

En cuanto al componente sensorio motriz, todos los pacientes al ser dados de alta presentaron una recuperación de la fuerza muscular de las estructuras de MMSS (miembros superiores) que se encontraban afectadas. Por lo tanto presentaron la totalidad de las habilidades motoras suficientes para moverse o manipular objetos; además no se registraron dificultades en la locomoción y desplazamiento en escaleras por lo que no requirieron (una vez dados de alta) el uso de silla de ruedas o auxiliares para la marcha.

Durante el desarrollo de las actividades todos los pacientes presentaron gran concentración y atención, no presentaron dificultades en la escritura, comprensión y expresión, y se encontraban orientados témporo-espacialmente, (reflejado en el conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debía utilizar el tiempo). Al finalizar el tratamiento se pudo determinar una notable disminución de las dificultades para resolver problemas y seleccionar roles significativos bien definidos.

Los cinco sujetos demostraron causalidad personal al expresar confianza en que poseían una gama de habilidades, que les permitieron principalmente: llevar adelante su tratamiento rehabilitador, expresaron confianza en la competencia de sus habilidades para las tareas personalmente relevantes y experimentaron una anticipación esperanzada de éxito en las tareas junto con la selección de metas personales futuras (una vez dados de alta).

Para finalizar es importante señalar que durante el desarrollo del tratamiento los pacientes incrementaron sus habilidades sociales, pudiéndose observar importantes cambios en la capacidad de expresar ideas y desarrollar conversaciones diversas con las personas del lugar (personal, pacientes y familiares) principalmente en Zulema (paciente nº 2) y Noelia (paciente nº 3), los detalles pueden ser observados en el (anexo 7.0.d) en donde se observa una síntesis del tratamiento y las modificaciones logradas.

Los pacientes lograron definir nuevos gustos e intereses, para ser desarrollados con familiares y amigos cuando fueran dados de alta. Ya que en el momento de recibir el alta médica, todos los pacientes presentaban habilidades de comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.

5- CONCLUSIÓN

Al concluir con este trabajo de investigación, se podría decir que el punto de partida para lograr un tratamiento rehabilitador del paciente lesionado por quemaduras desde T.O. debiera ser un trabajo integrando conformado por: ejercicios, actividades lúdico-recreativas el uso de prendas compresivas; y que además cuente con la participación activa de todos los profesionales de la institución es decir un trabajo interdisciplinario enfocado en la visión holística del ser humano.

Los cinco pacientes, lesionados por quemaduras, que participaron de dicha investigación presentaban alteraciones en los subsistemas Habituación, Volición y Ejecución, en diferentes medidas o grados, pero todos mostraban una similitud en sus dificultades, las cuales están dadas en la incapacidad de "ver" toda la realidad: un ambiente humano trabajando para su recuperación y acompañándolos en este momento que les toca atravesar (familiares y profesionales), un ambiente no humano preparado para que su rápida recuperación sea posible, y todas las habilidades y destrezas que aún poseen y que a pesar de todas las dificultades que pueden presentar, aún son capaces de dar los primeros pasos para una vida más satisfactoria y significativa para cada uno de ellos.

Por tal motivo los ejercicios desarrollados estaban enfocados a desarrollar la percepción y otros tipos de datos sensoriales provenientes del sistema vestibular, propioceptivo y cutáneo, lo cual hizo que los paciente pudieran interactuar favorablemente con el medio ambiente, generando respuestas motrices adecuadas, que les permitieron alcanzar el alta en un plazo menor al frecuente en el servicio.

Las actividades empleadas durante las sesiones de tratamiento de los cinco pacientes lesionados por quemaduras, fueron variadas, pero todas enfocadas al tiempo libre y recreativo de los mismos, no solo por tratarse de actividades, en algunos casos "no valoradas" o "poco valoradas" en otros. ; si no por que además durante su internación, el tiempo libre ocupa gran parte de su día y es muy factible el surgimiento de sentimientos Peón (convicción del individuo acerca de que sus logros en la vida están gobernados por los otros, el destino, el azar), es por este motivo que por medio de actividades "lúdico plásticas" desarrolladas se vio favorecida e incrementada su percepción de competencia y logro; pudiendo tomar conciencia del dominio de sus acciones, además de presentar mayores expectativas de éxito, al llevar adelante actividades nunca exploradas de un modo significativo y satisfactorio para cada uno de ellos y su ambiente humano.

Durante el desarrollo de las actividades, se trabajó entre otras cosas la "resolución de problemas", ya que cada paciente debía decidir:

- "Cómo ganar" es decir hacer una buena jugada, sin dejar de tener en cuenta el modo específico de tomar las fichas para lograr al mismo tiempo el movimiento deseado para la recuperación de su función motora.
- "Armar la figura deseada", respetando tamaños, respetando proporciones y tamaños del resto de las figuras o parte del conjunto final (Kity, Gato, figuras del pesebre).
- "Que uso darle a los materiales" con los que se contaba (cartón, alambre, radiografías, vendas de yeso, papel de diario, etc.) poniéndose en

juego la imaginación, creatividad y fundamentalmente, la causalidad personal.

Además durante el desarrollo de las actividades se fue logrando incrementar el rango articular y fuerza muscular de las estructuras de MMSS que se encontraban afectadas, ya que la realización de cada movimiento exigía la utilización del miembro afectado con el mayor rango articular posible acompañado de una fuerza muscular cada vez mayor (al utilizar diferentes materiales de resistencia) lo que a su vez le devolvió a los pacientes su total independencia en las A.V.D. y su pronto retorno a su vida social, dejada de lado desde su hospitalización.

También es importante resaltar el gran aporte que brindó al tratamiento de los pacientes la utilización de "férulas", las cuales al ser dinámicas y estáticas (adecuadas a la necesidad motriz de cada paciente) se convirtieron en uno de los principales protagonistas del proceso rehabilitador tanto de T.O. como de kinesiología. Ya que permitían sostener en el tiempo los logros obtenidos durante las sesiones, alcanzando en periodos de tiempo menores los objetivos programados para cada paciente.

Además la realización de las estructuras de cartapesta y del pesebre, no sólo permitió la exploración de diferentes habilidades y destrezas sino que además logró captar la motivación e interés de los pacientes del servicio (que participaban y no participaban de T.O.) y familiares de los mismos.

Una vez finalizada la construcción del pesebre, los pacientes, decidieron que el lugar en el que expondrían el trabajo finalizado (pesebre) a todas las personas de la institución sería el pasillo interno, que se encuentra en la entrada del servicio; (el mismo es un lugar muy visible y protegido), la respuesta recibida, del público en general, fue muy satisfactoria tanto para los pacientes como para los profesionales del servicio. Es aquí donde el ambiente hospitalario se convirtió en facilitador del desempeño ocupacional competente, llevando a que un comportamiento creativo como éste, se repita sin temor a la burla o comentarios negativos. (ver en anexo: fotografías.)

Todo el personal del servicio de quemados y personas que observaron el desarrollo de la actividad (y la obra finalizada) se mostraron orgullosos del trabajo en equipo llevado adelante por todas esas personas (pacientes ambulatorios e internados, familiares, policías custodios, T.O. fisioterapeuta, jefe del servicio que brindó su apoyo en todo momento y enfermeras que colaboraban curando a los pacientes en otro horario y mediante la entrega de diversos materiales para la construcción del pesebre).

Por todo lo mencionado anteriormente se puede considerar que sería altamente positivo para los pacientes lesionados por quemaduras concurrentes al servicio de quemados y cirugía plástica del Hospital san Bernardo la implementación de un Programa de Ejercicios y Estimulación de Destrezas Lúdico-plásticas desde el área de Terapia Ocupacional, debido a que el juego facilita el desarrollo integral de la persona, estimulando destrezas motoras, perceptivas, sensoriales, cognitivas, sociales y emocionales.

A partir de este trabajo podríamos preguntarnos si todos los pacientes lesionados por quemaduras, que se encontrasen internados en el servicio de quemados y cirugía plástica del Hospital San Bernardo de la provincia de Salta, participaran de un programa de Rehabilitación desde Terapia Ocupacional junto con el aporte de la fisioterapeuta, psicóloga y personal médico; podrían alcanzar los componentes del desempeño ocupacional y

desempeñarse de modo satisfactorio y gratificante en las áreas de dicho desempeño, logrando un rápido retorno a su vida social y con un nivel de satisfacción mayor al que presentaban antes de sufrir el accidente.

Como "limitaciones" de este trabajo, hallo la falta de un material más apropiado para la fabricación de las férulas, como ser el termoplástico, ya que debido al costo económico del mismo se trabajo con venda de yeso, el cual era muy vulnerable a la humedad (propia de este tipo de lesiones) y continuas curaciones, lo que hacía de las férulas diseñadas un instrumento con una muy corta vida útil.

Si bien ésta fue una investigación pre-experimental descriptiva, logró aportar datos significativos que debieran ser considerados y ampliados en posteriores investigaciones, sobre el sentido que la ocupación tiene en los programas de tratamiento hospitalario de los pacientes lesionados por quemaduras.

Para concluir, cabe resaltar que el plan de tratamiento de Terapia Ocupacional en los hospitales públicos, puede ayudar a restaurar el sentido de control y autosuficiencia de las personas que por diversos agentes sufrieron quemaduras. Desde esta perspectiva rehabilitadora el Terapeuta Ocupacional trabaja en estos dispositivos en el continuo longitudinal de varios momentos recogidos en la evolución de la persona y mediante la intervención y participación activa de un equipo interdisciplinario con el objetivo primordial del ajuste social y la autonomía personal durante todo el proceso.

6. REFERENCIAS:

Aniquem -Asociación de Ayuda al Niño Quemado. *"Taller de presoterapia"*. Lima - Perú. 2003. Disponible desde: URL: http://www.aniquem.org/taller_presoter.htm

Ariosti y Fernandez. "*Autonomía en la alimentación de un paciente con esclerodermia a partir del tratamiento de T.O."*. Director: Sebastianelli A. Licenciatura en T.O. Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana. Rosario. 2004.

Armaza; Ayala; Cortés y Egaña. *"Guía para el diagnóstico y tratamiento ambulatorio de las quemaduras en niños"*. COANIQUEM. Santiago de Chile, 2000.

Asociación Española de Terapia Ocupacional, comisión de trabajo. *"Documento técnico sobre Terapia ocupacional"*. Editado por Revista de Terapia Ocupacional de Galicia .1999. Disponible desde URL: http://www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml.

Cantero y Talavera. *"Apuntes para un futuro de la Terapia Ocupacional, 40 años de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales"*. Editado por Revista de Terapia Ocupacional de Galicia .2007. Disponible desde URL: http://www.revistatog.com/suple/num2/suplemento2.pdf.

De Los Santos. *"Guía básica para el tratamiento del paciente quemado"*. Capitulo 14 Rehabilitación. Editado por Hipócrates, libros digitales. Santo Domingo, Republica Dominicana. 1999. Disponible desde: URL: http://www.indexer.net/quemados/rehabilitacion.htm

De Los Santos. *"Guía básica para el tratamiento del paciente quemado"*. Capitulo 16 Aspectos Psicosociales y de reintegración. Editado por Hipócrates, libros digitales. Santo Domingo, Republica Dominicana. 1999. Disponible desde: URL: http://www.indexer.net/quemados/rehabilitacion.htm

Durante Molina y Noya Arnaiz. *"Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica"*. Editorial Masson. Barcelona, 1998.

Durante Molina y Pedro Tarrés. *"Terapia ocupacional en Geriatría: Principios y práctica"*. Editorial Elsevier. España, 2004.

Enciclopedia Microsoft. *"Quemadura"*. Encarta Online. Microsoft Corporation. Disponible desde URL: http://es.encarta.msn.com © 1997-2009.

Eulufi; Piñeros; Calderon; Cuadra; Danilla; Fuentes; Léniz; Roco; Roa y Eulufi. "*Quemaduras por frío: Revisión de 10 Años"*. Revista Chilena de Cirugía. Vol. 58 - Nº 5, págs. 336-340; Octubre 2006. Disponible desde: URL: http://www.scielo.cl/fbpe/img/rchcir/v58n5/fig05-01.jpg

González. *"Psicoterapia conductual infantil"* Zona pediátrica. (Revista en línea).2004. Disponible desde: URL: http://www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-807-print-1.html.

Gómez Diez. *"Modalidad de intervención en T.O."* 2do. Número. Publicación interna para el personal de H.I.R.Pa.Ce. Hogar Instituto de Rehabilitación del Paralítico Cerebral. Salta. 2001.

Grywac Meyerhof. *"Apostilla de terapia Ocupacional par o curso neuroevolutivo Bobath"*. Compilada por, PhD; Sao Pablo. 2000.

Hernandez. *"Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural"*. Revista Digital - Buenos Aires - Año 5 - N° 23 - Julio 2000. Disponible desde URL: http://www.efdeportes.com/efd23/ocio3.htm

Hopkins y *Smith*. Willard / Spackman. "Terapia Ocupacional". *Octava edición*. *Editorial Médica*. *Panamericana*. Madrid *1998*.

Kielhofner. *"Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación"*. 3ra edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos aires.2004.

Moruno y Talavera. *"Terapia Ocupacional, una perspectiva histórica, 90 años después de su creación"*. Editado por Revista de Terapia Ocupacional de Galicia .2007. Disponible desde URL: http://www.revistatog.com/mono/num1/mono1_esp.pdf

Navarro. *"Sobre la Resiliencia"*. Artículo: Resiliencia y Víctor Frankl. Editado por Wikilearning, la primera comunidad libre donde aprender y compartir. Disponible desde URL:http://www.wikilearning.com/sobre_la_resiliencia-wkccp-15319-1.html. 06/Julio/2006.

Navarrón Cuevas y Ortega Valdivieso. *"Rehabilitación Psicosocial: Una perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana"*. Terapia-Ocupacional.com-Portal español de terapia Ocupacional. Artículos. 2006. Disponible desde: URL:http://www.terapia-cupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

Paganizzi. *"Actividad un lenguaje particular"*. 1ra. Edición. Composición Tipográfica Cálamus. Bs. As. 1997.

Peña y Cabeza. *"Guía práctica de Terapia Ocupacional en adultos con traumatismo cráneo encefálico"*. Editado por Terapia-Ocupacional.com. Disponible desde URL: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Guia_TCE.shtml

Polonio López, Durante Molina, Noya Arnaiz, Rivero Toro, Simó Algado, Labrador Toribio García Baldes y Hernandez Blázquez. *"Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional"*. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional. Madrid. 2001.

Romero, Ayuso, Romero y Moruno. *"Terapia ocupacional: Teoría y técnicas"*. Editorial Elsevier. España, 2003

Torres Tasso, E. *"Habilidades sociales, manejo de los problemas de conducta social en el hogar y la escuela"*. Editorial Lima-Perú, 1997.

Vera; Carbelo; Baquero y Vecina. *"La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático"*. Papeles del Psicólogo, vol. 27. (2006). Disponible desde URL: http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283

Viseca; Ponce y Sánchez. *"Razonamiento Clínico"*. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de medicina UNAM. 2006. Disponible desde URL: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2006/ago_02_ponencia.html

Warschavski y Sbriller. *"Terapia Ocupacional, Teoría y Clínica"*. Editorial Ricardo Vergara. Bs. As. 1999

7. ANEXO:

7.1. Evaluaciones empleadas:

ENTREVISTA

- Fecha:
- Nombre:
- Edad:
- Estado civil:
- Escolaridad:
- Hijos:
- Vive con:
- Derivación:
- Diagnóstico:
- Fecha y Descripción de lo sucedido:
- Primeros signos y síntomas:
- Signos actuales:
- Dominación:
- Tratamiento recibido:
- Internación:
- Tipo de Inmovilización (tiempo, posición):
- Antecedentes de otras enfermedades:
- Dificultades en su desempeño diario referido por el paciente:.
- Impresión personal respecto de su lesión:
- Expectativas del paciente al tratamiento rehabilitador:

Actividad Laboral

a. Fuera del hogar: SI NO

- Tipo de actividad:
- Situación de trabajo (¿tiene él o ella trabajo?):

Actividad laboral (escuela, empleo):

b. En el hogar:

- *Actividades que realiza*:
- *¿Recibe ayuda?*

Actividad Recreativa

1) *Deportes:*
2) *Hobbies:*
3) *Otros:*

Actividades de la vida diaria.

1. *Alimentación:*
2. *Vestido:*
3. *Higiene:*
4. *Actividades del hogar:*
5. *Comunicación*:
6. *Transporte:*

Nivel de independencia:

Observación general:

EVALUACIÓN GENERAL

1. *Dolor:*
   - Localización:.....
     .....
   - Momentos:.....
     .....
   - Factores que lo incrementan:.....
     .....
   - Factores que lo disminuyen:.....
     .....
   - Gravedad:
     1. leve.
     2. malestar.
     3. moderado.
     4. intenso.
     5. insoportable.

2. *Goniometría:*

	MOVIMIENTO	M.S.D	M.S.I	RANGO NORMAL
HOMBRO	Flexión			180º
	Extensión			40º - 50º
	Abducción			180º
	Aducción			Retorno
	Rot. Interna			90º
	Rot. Externa			90º
CODO	Flexión			145º - 160º
	Extensión			0º
	Pronación			90º
	Supinación			90º
MUÑECA	Flexión			70º - 80º
	Extensión			60º - 70º
	Desv. Radial			20º - 30º
	Desv. Cubital			30º - 40º

		INDICE		MEDIO		ANULAR		MEÑIQUE	
DEDOS		MSD	MSI	MSD	MSI	MSD	MSI	MSD	MSI
	Flexión MCF								
	Extensión MCF								
	Flexo -extensión IFP								
	Flexo -extension IFD								
	Abducción								
	Aducción								

		MSD	MSI
PULGAR	Flexión MCF		
	Extensión MCF		
	Flexión IF		
	Extensión IF		
	Oposición		
	Abducción		

Referencias:
NL: no logra. LD: logra con dificultad. L: logra.

3. *Prensiones:*

PRESAS DIGITALES	MSD	MSI
Bidigitales		
Por oposición terminal		
Por oposición subterminal		
Por oposición subtermino lateral		
Pluridigitales		
Tridigitales		
Tetradigitales		
Pentadigitales		
Palmares		
Digito palmar		
Plena palma		
Centradas		
Con la gravedad		
Más acción		

Referencias:
NL: no logra. LD: logra con dificultad. L: logra.

4. *Fuerza muscular:* valoración de pruebas musculares manuales.

5/5	Normal
4/5	Bueno
3/5	Regular
2/5	Malo
1/5	Trozos
0/5	Cero

Hombro	MSI	MSD
Flexión		
Extensión		
Abducción		
Aducción		
Rot. interna		
Rot. externa		
Codo	MSI	MSD
Flexión		

Extensión		
Pronación		
Supinación		
Muñeca	MSI	MSD
Flexión		
Extensión		
Dedos	MSI	MSD
Flexión MCF		
Extensión MCF		
Flexo–extensión IFP		
Flexo–extensión IFD		
Abducción		
Aducción		

5.Tono muscular

	MSD	MSI
Conservado		
Hipotono		
Hipertono		

6.Trofismo: .....

7.*Dominancia:* .....

8.*Coordinación:*

	MSD	MSI
Mov. Alternados		
Mov. Simultáneos		

Referencias:
L: Logra. NL: No logra LD: Logra con dificultad.

9. *Marcha:*
10. *Observación Postural:*
11. *Función sensoperceptiva*

- *Visión:*
- *Audición:*

12. *Función cognitiva:*

Orientación:

- Temporal: Si No
- Espacial: Si No

Memoria:

- Anterógrada: Si No

- Retrógrada: Si No

Concentración:

- Conservada.
- Alterada.

Atención:

- Concentrada.
- Distribuida.

Juicio:

- Conservado.
- Alterado:

13. *Función intrapersonal:*

- Autoestima.
- Motivación.
- Tolerancia a la frustración:

14. *Función interpersonal:*

- Relación con los pares
- Relación con la familia
- Con la terapeuta.

15. *Observación general*:

16. *Necesidad de férulas*: SI NO

- Tipo:
- Indicaciones:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

1. Dependiente.
2. Semidependiente.
3. Independiente.

		1	2	3
Cuidado Personal	Higiene (baño)			
	Vestido.			
	Arreglo personal.			
	Continencia.			
	Utilización del baño.			
Alimentación.	Alimentarse.			
	Conocimiento de las nec. nutricionales.			
	Planificar comida.			
	Uso de elementos de la cocina.			
	Limpiar.			
	Mantener orden en la cocina.			
	Guardar la comida.			
Comunicación.	Uso del teléfono.			
	Escritura.			
	Comprensión.			
	Expresión.			
Movilidad Funcional	Transferencia.			
	Marcha.			
	Subir y bajar escaleras.			
	Asesoramiento y Uso de silla de ruedas.			
	Uso de auxiliares para la marcha.			
	Manejo del transporte.			
Hogar.	Habitar y asegurar una casa.			
	Limpieza general.			
	Reparaciones menores.			
	Mantenimiento de los elementos del hogar.			
	Cuidado del jardín.			
	Manejo de dinero.			
Puntuación:				

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Fecha:
Paciente:
Edad:
Diagnóstico:

Evaluación Nº:

1. Para Ud. las actividades de tiempo libre son:
    a. Muy importantes.
    b. Algo importantes.
    c. Nada Importantes.

2. En el siguiente espacio haga una lista de todas las actividades que realiza en su tiempo libre, la cantidad de tiempo que le dedica a cada una de ellas y con que frecuencia as realiza.

ACTIVIDAD	*CANTIDAD DE TIEMPO*	*FRECUENCIA*

Total de actividades.....Total de tiempo semanal.....

3. Al revisar su lista de actividades de tiempo libre, marque en que categoría estarían:
    a. poca energía.
    b. Moderada energía.
    c. Considerable energía.

4. ¿Está Ud. satisfecho? si no lo está o solo a medias, comente las razones.

.....

5. Marque cualquier factor que interfiera en que Ud. participe de actividades de tiempo libre:
    a. Obligaciones familiares.
    b. Falta de dinero.
    c. Obligaciones laborales.
    d. Nadie con quien realizarlas.
    e. Falta de motivación.
    f. Otras.

6. ¿Qué actividades de tiempo libre a dejado de realizar y por que?

.....

7. ¿Qué actividades de tiempo libre le gustaría realizar y no lo hace y por que?

.....

8. ¿Le gustaría incrementar su satisfacción con los objetivos de tiempo libre?
    a. Si.
    b. No.

9. Marque una o dos actividades que le gustaría realizar en su tiempo libre cuando se vaya de alta.

Hacer campamento		Teatro.	
Nadar		Patinar.	
Viajes de placer.		Remar.	
Caminar para observar la naturaleza.		Pescar.	
Juegos de mesa.		Grupos comunitarios.	
Poesías.		Pintar.	
Tomar clases.		Montar a caballo.	
Jugar bowling		Esquí de fondo.	
Ir al cine.		Esquí.	
Andar en bicicleta.		Visitar lugares.	
Cocer.		Cocinar.	
Ir a bailar.		Política.	
Jardinería.		Cazar.	
Grupos religiosos.		Tocar un instrumento musical.	
Trabajo voluntario.		Bordar.	
Tenis.		Trabajo de cueros.	
Fotografía.		Artesanías.	
Trabajo de madera.		Otros.	
Visitar museos o sitios históricos.			
Coros.			

Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa.

Fecha:
Paciente:
Edad:
Diagnóstico:

Evaluación N°:

Referencias:

5: Muy alto.
4: Altamente.
3: Moderadamente.
2: Bajo.
1: Muy bajo.

Volición.					
Valores.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
¿Demuestra esta persona sus valores a través de la selección de roles significativos y bien definidos?					
¿Demuestra esta persona sus valores a través de la selección de las metas personales?					
¿Demuestra esta persona valores socialmente apropiados a través de la selección de los estándares personales para la conducción de las actividades diarias?					
¿Demuestra esta persona orientación temporal a través del conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo?					
Causalidad personal.					
¿Demuestra esta persona causalidad personal a través de una convicción expresada en el control interno?					
¿Demuestra esta persona causalidad personal al expresar confianza en que posee una gama de habilidades?					
¿Demuestra esta persona causalidad personal al expresar confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?					
¿Demuestra esta persona causalidad personal al expresar una anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras?					
Interés.					
¿Discrimina claramente esta persona los grados de interés?					
¿Identifica claramente esta persona una gama de interés?					
¿Participa rutinariamente esta persona en sus intereses?					
Habituación.					
Roles.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
¿Demuestra esta persona un conjunto de roles vitales (miembro de familia trabajador amigo etc)					
¿Posee esta persona un concepto realista de la demandas y obligaciones sociales de sus roles vitales?					
¿Expresa esta persona comodidad o seguridad en sus principales roles vitales?					
Hábitos.					

¿Demuestra esta persona patrones de hábitos mediante el uso bien organizado del tiempo?					
¿Informa esta persona que sus hábitos son socialmente aceptables?					
¿Demuestra esta persona flexibilidad suficiente en sus hábitos?					
Habilidades ocupacionales/ desempeño					
	5	**4**	**3**	**2**	**1**
¿Tiene esta persona las habilidades motoras suficientes para moverse o manipular objetos?					
¿Tiene esta persona las habilidades suficientes para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos?					
¿Tiene esta persona las habilidades de comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas?					

7.2. Objetivos y planes de tratamiento:

CASO 1.

Paciente: Aída.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en rostro cuello, antebrazos, muñecas y manos de MMSS y quemadura tipo B en MMII.

Objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Mantener el arco de movimiento activo de hombro (en los movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa) y codo (en los movimientos de flexión, extensión, pronación y supinación) de MMSS.
3. Incrementar el arco de movimiento activo de muñeca (en los movimientos de flexión, extensión, desv. Cubital, y radial) y dedos de las manos (en los movimientos de flexo-extensión, abducción y aducción) de MMSS.
4. Ampliar la fuerza del grupo muscular prono supinador de codo; flexor, extensor, desviador cubital y radial de muñeca; flexor, extensor MCF, IFP e IFD, abductor y aductor de dedos de MMSS.
5. Favorecer la independencia en las A.V.D.
6. Evitar deformidad y retracciones.
7. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
8. promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)
9. Favorecer la interacción social.
10. Estimular la función cognitiva.

Implementación de los objetivos:

Para el objetivo Nº 1:

- Se brindará un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2:

- Se realizarán ejercicios activos de todos los movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa de hombro y flexión, extensión, pronación y supinación de codo de MMSS.

Para los objetivos Nº 3 y 4:

- Se realizarán ejercicio contra resistencia con pelotita thera band amarilla y roja (incremento paulatino de la intensidad) para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y adicción de dedos de la mano.
- Ejercicios contra resistencia con: tablero adaptado con abrojo, dotado de diferentes elementos que rolan sobre él y bandas thera band amarilla roja, y verde (incremento paulatino de la intensidad) para los

movimientos de: flexión, extensión, desv. Cubital, y radial de muñeca) y flexo-extensión, abducción y aducción de dedos de la mano de MMSS.

- Actividades:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),
    2. Memo-test, (adaptado con abrojo en su parte inferior),
    3. Juego de las damas (con abrojo en su parte inferior)

<u>El objetivo Nº 5:</u>

- Se logrará incrementando:
    1. Rango articular de muñeca y dedos de MMSS.
    2. Fuerza del grupo muscular prono supinador de codo; flexor, extensor, desviador cubital y radial de muñeca; flexor, extensor MCF, IFP e IFD, abductor y aductor de dedos de MMSS.
- Se logrará trabajando la inseguridad y miedos de la paciente, que le impiden la realización de gran parte de las A.V.D.

<u>El objetivo Nº 6:</u>

- Se le confeccionará una férula de posición funcional, para brindar reposo a las estructuras osteo articulares y evitar retracciones cicatrízales.
- Se realizarán masajes cicatrízales.

<u>Para los objetivos Nº 7, 8, 9 y 10:</u>

- Se desarrollaron las siguientes actividades:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),
    2. Memo-test, (adaptado con abrojo en su parte inferior),
    3. Juego de las damas (con abrojo en su parte inferior)
    4. Lectura y reflexión sobre lo leído.
    5. Realización de una estructura de alambre y papel maché para su hija menor.

<u>Resultados Obtenidos:</u>

- La paciente presentó mayor motivación e interés en la realización de las actividades lúdico recreativas significativas y gratificantes.
- La paciente logró definir gustos e intereses, para ser desarrollados cuando sea dada de alta.
- Presentó mayor organización de su tiempo libre durante la internación (realización de juegos de mesa con familiares y lectura).
- Incrementó rango articular en manos de MMSS, por lo que se retiraron las férulas.
- Presenta recuperación de la fuerza muscular de manos de MMSS.
- AVD: independiente.
- Presenta una atención “concentrada”.

- Disminuyó notablemente su dificultad en la resolución de problemas.
- Presenta un comportamiento ocupacional muy alto.

CASO 2.

Paciente: Zulema.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, manos y muñecas de MMSS.

Objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Incrementar el arco de movimiento activo de los movimientos de flexo-extensión MCF, IFP e IFD, abducción y aducción de dedos de las manos de MMSS.
3. Mantener rango articular activo de muñeca (en los movimientos de flexión, extensión, desv. Cubital y radial) de MMSS.
4. Aumentar la fuerza del grupo muscular flexor, extensor MCF, IFP e IFD, abductor y aductor de dedos de MMSS.
5. Favorecer la independencia en las A.V.D.
6. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
7. Promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)
8. Favorecer la interacción social.
9. Estimular la función cognitiva.

Implementación de los objetivos:

Para el objetivo Nº 1:
- Se brindará un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2 y 3:
- Se realizará movilidad activa asistida flexión, extensión, MCF, IFP e IFD abducción, aducción de dedos de las manos de MMSS.

Para los objetivos Nº 3 y 4:
- Se realizarán ejercicios contra resistencia con pelotita thera band amarilla para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y adicción de dedos de la mano de MMSS.
- Ejercicios contra resistencia con: tablero adaptado con abrojo, dotado de diferentes elementos que rolan sobre él y bandas thera band amarilla roja, y verde (incremento paulatino de la intensidad) para los movimientos de: flexión, extensión, desv. Cubital, y radial de muñeca) y flexo-extensión, abducción y aducción de dedos de la mano de MMSS.
- Confección de férula de posición funcional para evitar retracciones cicatrízales en manos de MMSS.
- Actividades Empleadas:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),

2. Memo-test, (adaptado con abrojo en su parte inferior),
3. Juego de las damas (con abrojo en su parte inferior)

El objetivo Nº 5:

- Se logrará incrementando:
  1. Rango articular activo de los mov. De flexión, extensión MCF, IFP e IFD, abducción y aducción de dedos de las manos de MMSS.
  2. Fuerza del grupo muscular prono supinador de codo; flexor, extensor, desviador cubital y radial de muñeca; flexor, extensor MCF, IFP e IFD, abductor y aductor de dedos de MMSS.
- Se logrará trabajando la inseguridad y miedos de la paciente, que le impiden la realización de gran parte de las A.V.D.

Para los objetivos Nº 6, 7, 8 y 9:

- Se Emplearon las siguientes actividades:
  1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),
  2. Ta Té Ti (2 formas: con abrojo y de encastre)
  3. Juego de las damas (con abrojo en su parte inferior)
  4. Rompecabezas adaptado con abrojo en su parte inferior.
  5. Realización de una estructura de alambre y papel maché para su hija.

Resultados Obtenidos:

- La paciente presentó mayor motivación e interés en la realización de las actividades lúdico recreativas significativas y gratificantes.
- La paciente logró definir gustos e intereses, para ser desarrollados cuando sea dada de alta.
- Presentó mayor organización de su tiempo libre durante la internación (realización de juegos de mesa con familiares y pintura con acuarelas).
- Presenta mayor capacidad de expresión verbal, tanto de problemas como de sentimientos o necesidades.
- Rango articular sin alteración en manos de MMSS.
- Presenta una fuerza muscular normal de manos de MMSS.
- AVD: independiente
- Presenta una atención “concentrada”, durante el desarrollo de las actividades.
- La paciente incrementó notablemente su motivación para participar en T.O. ya que una vez dada de alta continuó concurriendo para la realización de su abra creativa.
- Presenta un comportamiento ocupacional muy alto. Aunque continúa presentando dificultades en las habilidades suficientes para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos.

CASO 3.

Paciente: Noelia.
Edad: 18 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, tronco, manos y muñecas de MMSS, y piernas de MMII

Objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Aumentar la fuerza del grupo muscular flexor, extensor, prono supinador de codo; flexor, extensor, desviador cubital y radial de muñeca de MMSS.
3. Mantener el arco de movimiento activo de los movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa de hombro; flexo-extensión MCF, IFP e IFD, abducción y aducción de dedos de las manos de MMSS.
4. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
5. Promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)
6. Favorecer la interacción social.
7. Estimular la función cognitiva.

Implementación de los objetivos:

Para el objetivo Nº 1:

- Se brindará un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2 y 3:

- En la primera semana se realizará la movilidad activa asistida de los movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna y externa de hombro; prono supinación de codo; flexo extensión, desviación cubital y radial de muñeca; flexo-extensión MCF, IFP e IFD, abducción y aducción de dedos de las manos de MMSS. Debido a que la paciente se encuentra recientemente injertada.
- Segunda semana: ejercicios contra resistencia con:
    1. Pelotita thera band amarilla y roja (incremento paulatino de la intensidad) para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y adicción de dedos de la mano de MMSS.
    2. Ejercicios contra resistencia con: tablero adaptado con abrojo, dotado de diferentes elementos que rolan sobre él y bandas thera band amarilla roja, y verde (incremento paulatino de la intensidad) para los movimientos de: pronación, supinación, flexión y extensión de codo; flexión, extensión, desv. Cubital, y radial de muñeca y flexo-extensión, abducción y aducción de dedos de la mano de MMSS.

El objetivo Nº 4, 5, 6, 7:

- Se emplearon las siguientes actividades:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo),
    2. Ta Té Ti (2 formas: con abrojo y de encastre)
    3. Rompecabezas adaptado con abrojo en su parte inferior.
    4. Realización de las figuras principales del pesebre para donar al servicio.

Resultados obtenidos:

- La paciente presentó mayor motivación e interés en la realización de las actividades lúdico recreativas significativas y gratificantes.
- La paciente logró definir gustos e intereses, para ser desarrollados cuando sea dada de alta.
- Presentó mayor organización de su tiempo libre durante la internación (realización de juegos de mesa y armado de las estructuras del pesebre).
- Presenta mayor control del impulso.
- Presenta mayor capacidad de expresión verbal, tanto de problemas como de sentimientos o necesidades de un modo adecuado. (Puesta en funcionamiento de las habilidades sociales básicas).
- Presenta menor alteración del juicio, debido a que superó la crisis de abstinencia y tomó conciencia del daño que le ocasionan las drogas.
- Su ambiente social representa un medio no propicio para el desarrollo de sus capacidades y potencialidades.
- AVD independiente.
- Logró incrementar su satisfacción con los objetivos de tiempo libre, durante su internación.
- Presenta una conducta Origen expresó su deseo de dar un nuevo sentido a su vida retomando la escuela primaria.
- Presenta un comportamiento ocupacional muy alto. Aunque continua presentando dificultades en las habilidades suficientes para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos.

CASO 4.

Paciente: José
Edad: 33 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en manos y muñecas de MMSS y B en tronco y pierna de MID.

Objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Incrementar el arco de movimiento activo de los movimientos de flexión, extensión, desv. Cubital y radial de muñeca de MMSS.
3. Aumentar la fuerza del grupo muscular: prono supinador de codo; flexor, extensor, desviador cubital y radial de muñeca; flexor, extensor MCF, IFP e IFD, abductor, aductor de dedos de la mano de MMSS.
4. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
5. Promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)
6. Favorecer la interacción social.
7. Estimular la función cognitiva.

Implementación de los objetivos:

Para el objetivo Nº 1:

- Se brindará un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2:

- Se realizará la movilidad activa asistida de los movimientos flexión, extensión, desv. Cubital y radial de muñeca de MMSS.

Para el objetivo Nº 3:

- Ejercicios contra resistencia con:
    1. Pelotita thera band amarilla y roja, para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y adicción de dedos de la mano de MMSS.
    2. Ejercicios contra resistencia con: tablero adaptado con abrojo, dotado de diferentes elementos que rolan sobre él y bandas thera band amarilla roja, y verde (incremento paulatino de la intensidad) para los movimientos de: pronación, supinación, flexión y extensión de codo; flexión, extensión, desv. Cubital, y radial de muñeca y flexo-extensión, abducción y aducción de dedos de la mano de MMSS.

El objetivo Nº 4, 5, 6, 7:

- Se emplearon las siguientes actividades:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo).

2. Realización del pesebre (armado del establo, animales y armado de la decoración para presentar el trabajo terminado).

Resultados obtenidos:

- El paciente presentó mayor motivación e interés en la realización de las actividades lúdico recreativas significativas y gratificantes.
- Logró definir gustos e intereses, para ser desarrollados cuando sea dado de alta.
- Presentó mayor organización de su tiempo libre durante la internación (realización de juegos de mesa y armado de las estructuras del pesebre).
- Dejaron de ser necesarios los límites para marcar los roles (T.O. paciente) ya que abandonó su conducta coercitiva y de sabotaje.
- Presentó mejorías en las habilidades sociales básicas, dirigiéndose adecuadamente a cada persona con la que interactuaba.
- Rango articular completo en muñecas de MMSS.
- Presenta una fuerza muscular "normal" en la prono supinación de codo, el flexo extensión de muñeca y en todos los movimientos de dedos de la mano de MMSS.
- Presenta una atención "concentrada", logrando mantenerse atento a la actividad y dirigir el accionar de sus compañeros, mediante indicaciones o consejos puntuales para mejores resultados.
- Lo que motiva al paciente a participar de T.O. es logra culminar el pesebre y demostrar todas sus habilidades y destrezas que lo caracterizan y gratifican plenamente.
- Presenta habilidades para los trabajos manuales, lo cual le resulta satisfactorio, ya que no solo considera que lo hace bien, sino que además es reconocido su excelente desempeño en el área por las personas que conforman el ambiente hospitalario.
- Presenta un comportamiento ocupacional muy alto.

CASO 5.

Paciente: Federico
Edad: 25 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en dedo anular de la mano de MSI.

Objetivos:

1. Establecer el vínculo terapéutico (T.O.-paciente)
2. Incrementar el arco de movimiento activo de los movimientos de flexión, extensión MCF, IFP e IFD, aducción y abducción de dedo anular de mano de MSI.
3. Aumentar la fuerza del grupo muscular: flexor, extensor, abductor y aductor de dedo anular de MSI.
4. Promover la exploración de habilidades y destrezas.
5. Promover la utilización del tiempo libre en actividades recreativas significativas diferentes a las realizadas en su vida cotidiana, (empezando por el gran tiempo libre en el hospital)
6. Fortalecer el autoestima del paciente.
7. Estimular la función cognitiva.

Implementación de los objetivos:

Para el objetivo Nº 1:

- Se brindará un ambiente de escucha y empatía.

Para el Objetivo Nº 2:

- Se realizará la movilidad activa asistida de los movimientos flexión, extensión MCF, IFP e IFD de dedo anular de mano de MSI
- Férula Estática de flexión de dedo anular de MSI.
- Férula dinámica para flexo extensión MCF, IFP e IFD de dedo anular de MSI.

Para el objetivo Nº 3:

- Se realizarán ejercicios contra resistencia con pelotita thera band amarilla y roja, para los movimientos de: flexión, extensión, abducción y adicción de dedos de la mano de MMSS.
-

El objetivo Nº 4, 5, 6, 7:

- Se emplearon las siguientes actividades:
    1. Zenku (adaptado con presillas superiores para los dedos abrojo).
    2. Decoración de la estructura de cartapesta iniciada por Zulema.

Resultados obtenidos:

- El paciente presentó mayor motivación e interés en la realización de las actividades lúdico recreativas significativas y gratificantes.

- Logró definir gustos e intereses, para ser desarrollados cuando sean dados de alta.
- Presentó mayor organización de su tiempo libre durante su concurrencia hospitalaria y permanencia en la ciudad de salta (realización de juegos de mesa, momentos de lectura), e inicio de clases en curso de cocina.
- Presenta una fuerza muscular "normal" en dedo anular de la mano de MSD.
- AVD: independiente.
- Rango articular: presentó un incremento en la flexión de dedo anular de mano de MSI. (Dedo en extensión)
- Necesidad de férulas: no.
- Presenta un comportamiento ocupacional muy alto.

7.3. Síntesis narrativa de cada tratamiento:

CASO 1.

Paciente: Aída.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en rostro cuello, antebrazos, muñecas y manos de MMSS y quemadura tipo B en MMII.

A medida que avanzaban las sesiones, la paciente fue adquiriendo mayor confianza en sus capacidades, y dejando de lado "el dolor", el cual dejó de ser un impedimento para que las actividades fueran desarrolladas en una espacio abierto, iluminado y aireado fuera de la habitación en la que permanecía las 24 hs. del día.

También al notar avances en cuanto a su movilidad articular e incremento de su fuerza muscular de MMSS, su sentimiento y percepción de competencia y logro se vieron incrementados; esto se debe en gran medida a las actividades recreativas, las cuales lograron abstraer a la paciente por momentos del ambiente hospitalario que tanta depresión y sentimiento peón le originó.

Durante el desarrollo de las actividades lúdico recreativas, su hija menor, (mediante una participación activa) pudo disminuir lentamente el rechazo hacia el contacto físico con su madre.

Aída expresó su interés sobre la lectura, y teniendo en cuanta su personalidad demandante, intolerante al dolor y con dificultades en la resolución de problemas le propuse la lectura del libro de Víctor Frankl "El Mundo Gira Enamorado", supuse que la lectura sería de gran ayuda para Aída ya que la misma fue propuesta por el profesor de "Antropología Filosófica" durante mi paso por la universidad, y las reflexiones surgidas en ese momento fueron muy similares a las de Aída en el hospital.

Para la realización de actividades que incrementen fuerza y rango articular de manos de MMSS y a su vez permita el ejercicio y puesta en funcionamiento de las funciones cognitivas, se realizó la adaptación del juego "Zenku" (con abrojo en la parte inferior y presilla en la parte superior para el trabajo activo de muñeca y dedos de la mano de MSS).

Durante la realización de la estructura de Papel maché, se sintió muy gratificada, al ser felicitada por todos las personas que observaban el desarrollo y crecimiento de su obra creativa, siendo ella quien explicaba los pasos a seguir y los elementos empleados en cada etapa como una gran experta en el área; lo más gratificante para Aída fue descubrir nuevas habilidades y destrezas que creía no tener, y que lograron sorprenderla gratamente.

Mas tarde la actividad se convirtió en un momento de juego y reencuentro de a Aída con sus dos hijos, es decir que la actividad se convirtió en un desafío familiar y símbolo de su gran fuerza y capacidad resiliente.

Las férulas confeccionadas fueron, en un primer momento de posición funcional, lo cual dio bueno resultados.

Cuando Aída es dada de alta, y concurre al hospital de modo ambulatorio para continuar con su rehabilitación (T.O. y Kinesiología) comenzó a presentar gran limitación en la flexión de muñeca de MSD producto de las cicatrices queloides de la zona, para lo cual se le confeccionó una férula de flexión la cual dio excelentes resultados, logrando con su objetivo, luego de dos semanas se confeccionó una nueva férula con un rango articular de flexión más pronunciado.

También se le realizó la indicación de guantes compresivos para reducir las cicatrices de manos de MMSS.

CASO 2.

Paciente: Zulema.
Edad: 36 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, manos y muñecas de MMSS.

En un primer momento la paciente presentaba gran resistencia a la interacción social, no colaboraba con su tratamiento presentando caramente una conducta peón.

A medida que se logró (con mucho esfuerzo y paciencia) el establecimiento del vinculo terapéutico, por medio de brindarle un ambiente de escucha y empatía, tan importante en un ambiente en el que los pacientes no son individualizados o tomados en su totalidad sino que se remiten a sus características físicas (zonas lesionadas) dejando de lado la visión holística de ser humano.

Zulema se sintió contenida no-solo por la T.O. sino por sus compañeras de habitación, y principalmente Aída, con quien compartió jugadas del Zenku, damas y posteriormente la actividad de papel maché; esto fue muy importante para favorecer su percepción de competencia y logro, ya que al tratarse de actividades con desafió (ganar y obtener el mayor puntaje posible, mediante diferentes estrategias), ambas pacientes debían competir, pero también se alentaban y daban consejos para mejores jugadas.

La paciente expresó el interés de explorar la pintura, en sus ratos libres en el hospital por lo que se le entregó témperas y acuarelas dando como resultado obras sumamente creativas y significativas apara ella, los dibujos fueron obsequiados a una enfermera y su hermana.

Una vez dada de alta, (Zulema culminó el periodo de 25 sesiones de T.O. junto con la finalización de su internación), sin embargo debía concurrir

a dos controles por semana, por lo cual, continuó participando de T.O. y las actividades se desarrollaron en el pasillo (espacio abierto para todos los pacientes internados y ambulatorios que también funciona como sala de espera), allí la interacción social se vio mas enriquecida, no solo por Aída quien la motivó a realizar una escultura en papel maché, sino por familiares, enfermeras, médicos, etc., que observaban el desarrollo y crecimiento de su obra creativa viéndose presente el sentimiento origen y una conducta resiliente.

Debido a problemas económicos, luego de tres semanas, Zulema no pudo continuar viajando y su seguimiento médico lo realizaba en su pueblo, por lo que la actividad de papel maché quedaría inconcluso... sin embargo el deseo de Zulema, fue que su obra fuese retomada por otro paciente, y luego obsequiada a la institución, como forma de expresar su gratificación al servicio de Quemados.

CASO 3.

Paciente: Noelia.
Edad: 18 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en, tronco, manos y muñecas de MMSS, y piernas de MMII

Durante las dos primeras semanas de internación de la paciente, la intervención desde T.O. no fue posible, no solo para la terapeuta sino para todos los profesionales, que intentaban realizar su labor profesional con Noelia se torno muy difícil y estresante (fisioterapeuta, enfermeras, médicos, etc.).

Debido a que la participación en T.O debe ser activa y voluntaria por parte de la paciente, se esperaron las dos semanas en las que Noelia superó su crisis de abstinencia. Atravesada esta etapa, se invitó a la paciente a ser parte "activa"de su tratamiento, se le explicó nuevamente que es T.O. y que se iba a tratar de abordar en su caso en particular.

La respuesta de Noelia fue positiva, demostrando gran motivación e interés por participar de las sesiones de T.O.

El primer paso fue establecer él vínculo terapéutico con la paciente, para luego poder lograr un tratamiento con resultados satisfactorios para la misma.

Las actividades propuestas lograron captar su atención, motivación e interés, favoreciendo al mismo tiempo su autoestima y percepción de competencia y logro.

Durante las sesiones Noelia expresó su interés hacia las actividades plásticas, por lo que teniendo en cuenta que nos acercábamos a la Navidad le propuse la realización de un pesebre para obsequiarlo al servicio (la creación del pesebre surgió como propuesta disparadora del personal del servicio y Noelia era la persona indicada para desarrollarlo), la idea de esta actividad era que Noelia sea el "disparador" y que a través de su "hacer" sea motivador de los demás pacientes y la obra cobre dimensiones más grandes (tanto estructuralmente como socialmente hablando)

La actividad no sólo le permitió explorar habilidades y destrezas, sino que le permitió la utilización de su tiempo libre en una actividad significativa,

que al mismo tiempo implicaba la puesta en funcionamiento de los componentes cognitivos, al tener que planificar la construcción de las estructuras, modo de unir los diferentes materiales, proporciones, etc. En la actividad participaron su madre y hermanas, tornando la actividad un medio de unión familiar.

Durante la actividad Noelia se sintió muy gratificada, cuando los pacientes y personal del servicio la felicitaban por el trabajo realizado, motivándola a continuar y abandonar por completo su conducta coercitiva que la caracterizó en un primer momento.

Una vez dada de alta, Noelia no presentaba limitaciones articulares, sin embargo debía seguir concurriendo al servicio para el control y seguimiento de sus cicatrices, (dadas sus características psicológicas) momentos en lo que continuaba con la actividad, (pesebre) junto con las demás personas.

CASO 4.

Paciente: José
Edad: 33 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo AB en manos y muñecas de MMSS y B en tronco y pierna de MID.

José siempre se mostró interesado y motivado para participar en T.O. y recuperar la fuerza de sus manos (principalmente) debido a que su forma de vida habitual "La fuerza" es su principal herramienta y medio de subsistencia.

En un primer momento fue necesario marcar muchos límites ya que mediante una conducta coercitiva buscaba "incomodar" a la T.O. mediante comentarios inapropiados para el momento y la persona con la que trataba, pero a medida que se logró establecer él vinculo terapéutico y se vio involucrado en el "hacer creativo" abandonó esta actitud tomando el rol de líder para llevar adelante la actividad.

José presenta un importante deterioro cognitivo, ya que a pesar de su gran interés por participar de la actividad "Zenku" versus su custodio (policía) o esposa, le resultaba muy difícil comprender la actividad y comer el mayor número posible de piezas; sin embargo presenta muy buena tolerancia a la frustración, perseverando en la actividad hasta lograr vencer en una partida a su contrincante, viéndose muy favorecido su percepción de competencia y logro y la interacción social.

Al proponerle la continuación de la actividad "pesebre" iniciado por Noelia, dio una respuesta positiva inmediata y fue él mismo quien integró a la actividad a los demás pacientes e incluso familiares y policías por lo que rápidamente la actividad cobró grandes dimensiones transformando el ambiente hospitalario "Cerrado" en un espacio recreativo y de interacción social muy gratificante y satisfactorio para todos sus participantes (pacientes, familiares, policías, enfermeras, jefe del servicio, T.O. y fisioterapeuta).

Durante la actividad se vio favorecida la función motora, cognitiva, Inter e intra personal de José, todo esto se vio plasmado en el resultado final, una hermosa con un valor humano invaluable. Además esta actividad y todo lo que implicó (adopción del rol de líder, narración de sus experiencias de vida, etc.) le permitió a José mostrar muchas de sus habilidades, destrezas y

cualidades personales, que lograron sacarlo de ese lugar de descalificaciones en el que su situación judicial lo había colocado.

CASO 5.

Paciente: Federico
Edad: 25 años.
Diagnóstico: Quemadura tipo B en dedo anular de la mano de MSI.

En un primer momento Federico presentaba una conducta pasiva y un gran sentimiento Peón, poniendo toda su vida y depresión sobre la base de la incapacidad física presente en su mano izquierda, no pudiendo ver todos los valores, capacidades y destrezas que tenía.

Durante el desarrollo de las sesiones, se logró establecer él vínculo terapéutico, y es ahí donde Federico se sintió lo suficientemente cómodo y seguro como para expresarse plenamente.

Para la realización de actividades que incrementen fuerza y rango articular de manos de MMSS y a su vez permita el ejercicio y puesta en funcionamiento de las funciones cognitivas se realizó la adaptación del juego "Zenku" (con abrojo en la parte inferior y presilla en la parte superior para el trabajo activo de muñeca y dedos de la mano de MSS).

Durante el juego de Zenku, logró incrementar movilidad articular del dedo anular de MSI, a la vez que fortaleció la función intra personal, interpersonal percibiéndose competente y muy eficaz en su ambiente.

La decoración de la estructura de papel maché y cartapesta realizada anteriormente por Zulema, fue fruto del interés y curiosidad de Federico por explorar nuevas habilidades y destrezas, en una actividad nueva para él, la actividad le permitió incrementar su percepción de competencia y logro, ya que no solo pintó de modo creativo la obra, sino que le incorporó diferentes elementos que la enriquecieron aún más.

Debido al reconocimiento a través de halagos y felicitaciones por las personas que lo observaban trabajar; el destino de la obra sería la oficina de recepción al servicio (lugar que funcionaba como: sala para solicitar turnos, sala de curaciones ambulatorias y biblioteca de todas las historias clínicas del servicio), ya que al tratarse de un lugar muy concurrido y expuesto, Federico junto con las enfermeras, decidieron que ese seria el mejor lugar para exponer la obra finalizada.

Al finalizar su tratamiento y concurrencia al servicio, Federico expreso su interés por capacitarse en cocina, por lo que se le sugirió la inscripción en una institución gubernamental de muy bajo costo económico.

Las férulas confeccionadas tuvieron muy buenos resultados logrando prontamente la flexión e incremento de la fuerza muscular de dedo anular de MSI.

7.4. Resultados: Tablas y Gráficos:

A continuación se presentan los resultados, sujeto por sujeto en pre-test y pos-test. Al final de cada tabla se encuentra el total porcentual de destrezas realizadas en cada sesión de pre-test y pos-test.

- ***Áreas y Componentes del Desempeño***

Sujeto Nº1

Nombre: Aida. (36 años)
Dx: Quemadura tipo AB en rostro cuello, antebrazos, muñecas y manos de MMSS y quemadura tipo B en MMII.

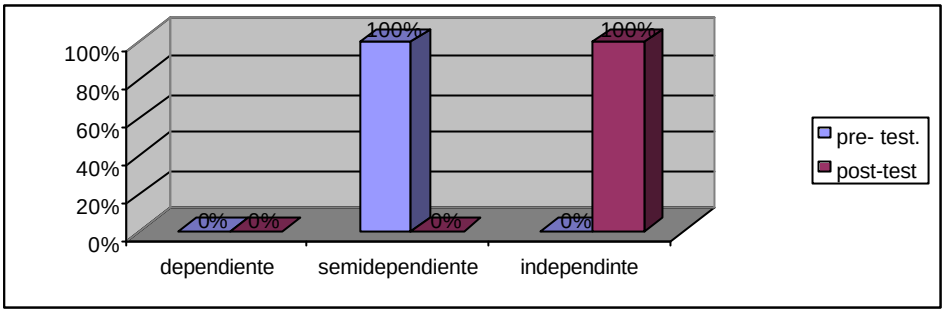
Tabla Nº 1: Actividades de la Vida Diaria.

		Pre-test			*Post-test*		
		Dep.	Semi-dep.	Indep.	Dep.	Semi-dep.	Indep.
Cuidado Personal	Higiene (baño)		•				•
	Vestido.		•				•
	Arreglo personal.		•				•
	Rutina de medicamentos		•				•
	Continencia.		•				•
	Utilización del WC.		•				•
Alimentación.	Alimentarse.		•				•
	Conocimiento de las nec. nutricionales.			•			•
	Planificar comida.						•
	Uso de elementos de la cocina.						•
	Cocinarse.						•
	Cocinar para los miembros del hogar.						•
	Limpiar.						•
	Mantener algún orden en la cocina.						•
	Almacenamiento de comida.						•
Comunicación.	Uso del teléfono.		•				•
	Uso de la guía telefónica.		•				•
	Escritura.		•				•
	Comprensión.			•			•
	Expresión.			•			•
Movilidad Funcional	Transferencia.						•
	Locomoción.						•
	Marcha.						•
	Escaleras.						•
	Asesoramiento y Uso de silla de ruedas.						•
	Auxiliares para la marcha.						•
Hogar.	Habitar y asegurar una casa.						•
	Amoblar y habitar una casa.						•
	Limpieza de rutina.						•
	Limpieza general.						•
	Reparaciones menores.						•
	Mantenimiento de los elementos del hogar.						•
	Cuidado del jardín.						•
	Conservación de utilidades.						•
	Seguridad del hogar.						•
	Manejo de dinero.		•				•
	Manejo del transporte.						•
Puntuación:		62%	30%	8%	0%	0%	100%

Total de indep. en A.V.D. porcentual	33%	100%

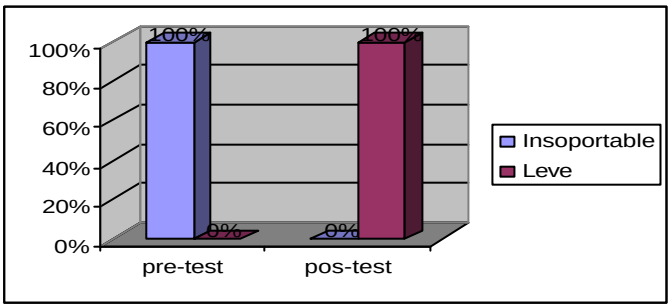
En lo que refiere al nivel de independencia en las A.V.D. (Tabla 1) se puede apreciar un aumento de un 67% de las destrezas, yendo desde una importante dependencia hasta lograr alcanzar el 100%, es decir una total independencia en las A.V.D.

Grafico Nº 1: Actividades de la Vida Diaria.



En el Gráfico 1 se puede apreciar los porcentajes de la independencia alcanzada en las A.V.D. en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 2: Dolor MMSS.



En el grafico 2 se puede observar el pasaje del 100% de un dolor cuya intensidad es *Insoportable* (pre-test), al 100% de un dolor con intensidad *Leve* (post-test) en MMSS.

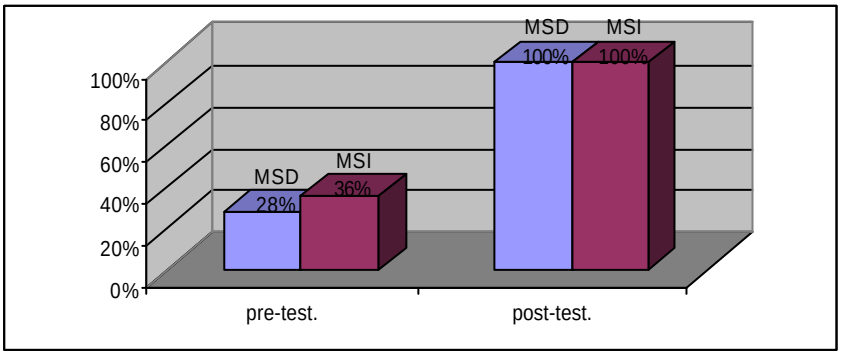
Tabla Nº 2: Rango Articular.

	Movimiento	*Pre-test*		*Post-test.*	
		MSD	MSI	MSD	MSI
Hombro.	Extensión.				
	Abducción.				
	Aducción.				
	Rotación interna.				
	Rotación externa.				
Codo.	Flexión.				

	Extensión.			•	•
	Pronación.			•	•
	Supinación.			•	•
Muñeca.	Flexión.			•	•
	Extensión.			•	•
	Desv. Cubital.			•	•
	Desv. Radial.			•	•
Dedos	Flexión MCF			•	•
	Exención. MCF			•	•
	Flexo-extensión IFP			•	•
	Flexo-extensión IFD			•	•
	Abducción.			•	•
	Aducción.			•	•
Pulgar	Flexión MCF			•	•
	Extensiòn. MCF			•	•
	Flexiòn IF			•	•
	Extensiòn. IF			•	•
	Oposiciòn.			•	•
	Aducción.			•	•
Puntuación:		28%	36%	100%	100%
Total de arco de mov. porcentual		32%		100%	

En las medidas de arco de movimiento (Tabla 2), se observa un aumento del 68% alcanzando el 100 % del rango de movimiento normal de MMSS en post-test.

Grafico Nº 3: Rango Articular



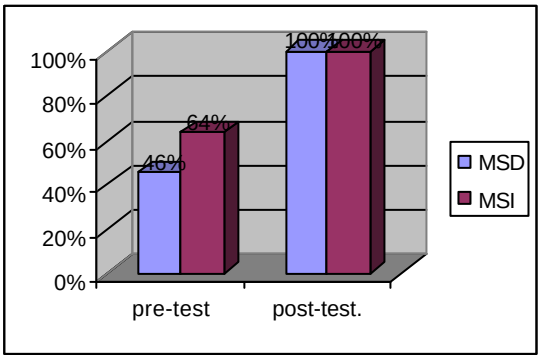
En el Gráfico 3 muestran el incremento del rango articular de MMSS en pre-test y post-test.

Tabla Nº 3: Presas.

	Pre-test.		*Post-test*	
	MSD	MSI	MSD	MSI
Bidigitales				
Por oposición terminal			•	•
Por oposición subterminal			•	•
Por oposición subtermino lateral			•	•
Pluridigitales				
Tridigitales	•	•	•	•
Tetradigitales	•	•	•	•
Pentadigitales	•	•	•	•
Palmares				
Digito palmar		•	•	•
Plena palma	•	•	•	•
Centradas	•	•	•	•
Presas con la gravedad.			•	•
Presas más acción.		•	•	•
Puntuación:	46%	64%	100%	100%
Total de presas porcentual.	55%		100%	

Podemos ver en la Tabla 3, cómo el sujeto Nro.1 logró un incremento del 45% en cuanto al movimiento articular en manos de MMSS pudiendo alcanzar el 100 % de las presas en el período de pos-test.

Grafico Nº 4: Presas



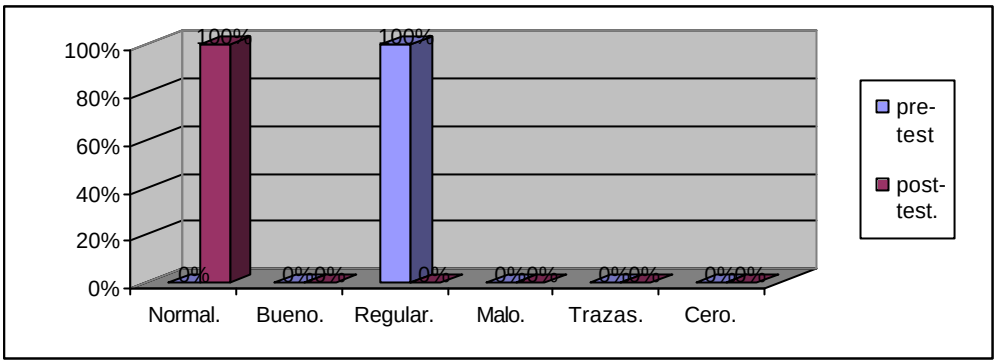
En el Gráfico 4 se puede apreciar los porcentajes de las presas logradas en el periodo de pre-test y las alcanzadas en pos-test con MMSS.

Tabla Nº 4: Fuerza Muscular.

		Ptre-test.						*Post-test.*					
		No	Bu	Regular	Ma	Tr	Ce	Normal	Bu	Re	Ma	Tr	Ce
Hombro.	Extensión.			•				•					
	Abducción.			•				•					
	Aducción.			•				•					
	Rotación interna.			•				•					
	Rotación externa.			•				•					
Codo.	Flexión.			•				•					
	Extensión.			•				•					
	Pronación.			•				•					
	Supinación.			•				•					
Muñeca.	Flexión.			•				•					
	Extensión.			•				•					
	Desv. Cubital.			•				•					
	Desv. Radial.			•				•					
Dedos	Flexión MCF			•				•					
	Extensión. MCF			•				•					
	Flexo-extensión IFP			•				•					
	Flexo-extensión IFD			•				•					
	Abducción.			•				•					
	Aducción.			•				•					
Puntuación:		0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
TotaldeFM porcentual		100%						100%					

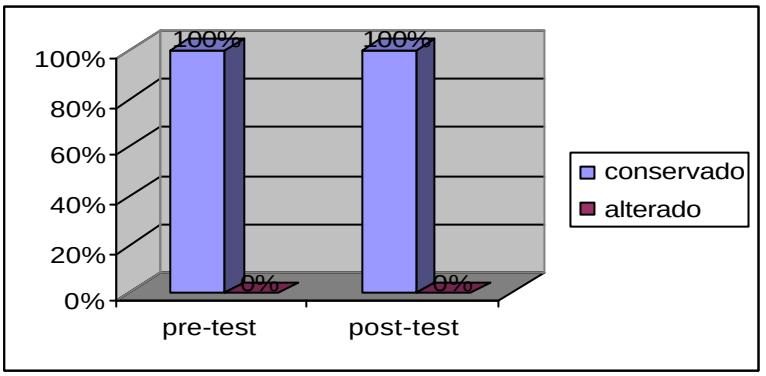
En lo que se refiere a Fuerza Muscular (Tabla 4) se produjo un aumento del 100 % pasando de una fuerza muscular Regular a una fuerza muscular Normal en MMSS.

Grafico Nº 5: Fuerza Muscular.



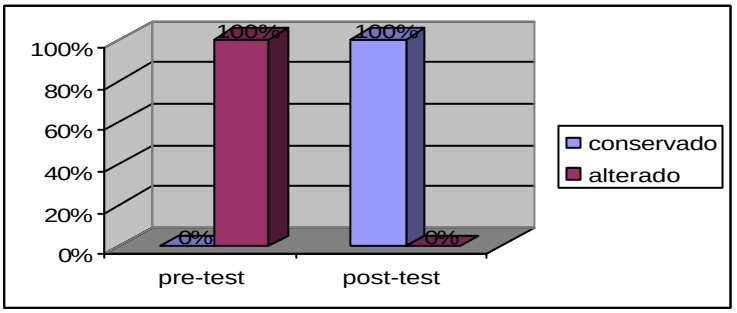
En el Gráfico 5 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 4, en los cuales se representan los cambios en la fuerza muscular de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 6: Tono Muscular.



No se observan modificaciones en el tono muscular, el cual se encuentra 100% *Conservado* tanto en el pre-test como en el post-test. En el Gráfico 6 se puede apreciar el porcentaje del tono muscular de MMSS en el periodo de pre-test y post-test.

Grafico Nº 7: Trofismo.



En el grafico 7 se pueden apreciar el pasaje del 100% del trofismo Alterado en MMSS en los períodos de pre-test al 100% de trofismo Conservado en MMSS en el periodo de pos-test.

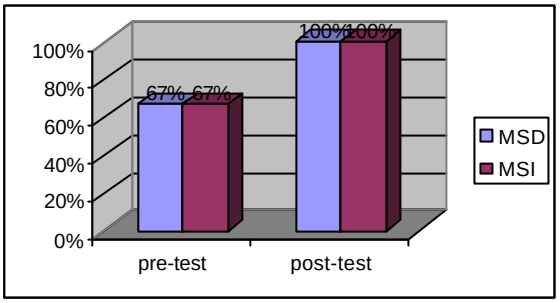
	Pre- test.	*Post-test.*

Tabla Nº 5: ***Coordinación.***

	MSD	MSI	MSD	MSI
Mov. Disociados.	•	•	•	•
Mov. Alternados.	•	•	•	•
Mov. Simultáneos.			•	•
Puntuación::	67%	67%	100%	100%
Total porcentual	67%		100%	

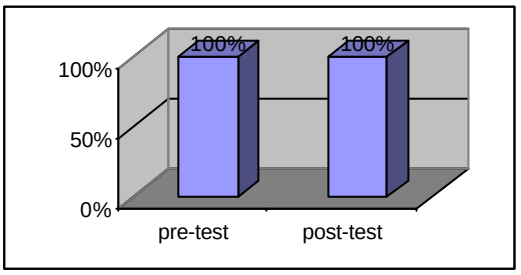
En la tabla 5 se observa que el sujeto número 1 presenta un incremento del 33% en la coordinación, alcanzando el 100% de los movimientos coordinados en el post-test.

Grafico Nº 8: Coordinación.



En el Gráfico 8 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 8, en los cuales se representan los cambios en la coordinación de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 9: Función Sensoperceptiva.



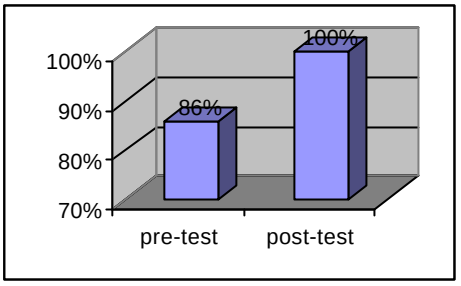
En lo que hace a la *función sensoperceptiva (visión y audición),* el sujeto no presenta alteraciones manteniéndose el 100% de pre-test, en post-test esto puede apreciarse en el gráfico número 9.

Tabla Nº 6: Funciòn cognitiva.

		Pre- test.	*Post-test.*
Orientación.	Temporal.	•	•
	Espacial.	•	•
Memoria.	Anterograda	•	•
	Retrógrada.	•	•
Concentración		•	•
Atención.			•
Juicio.		•	•
Total porcentual:		86%	100%

Con respecto a la *Función Cognitiva* (Tabla 6), se produjo un aumento del 14%. Se puede observar el incremento de la atención producida en pre-test y pos-test.

Grafico Nº 10: Función Cognitiva.



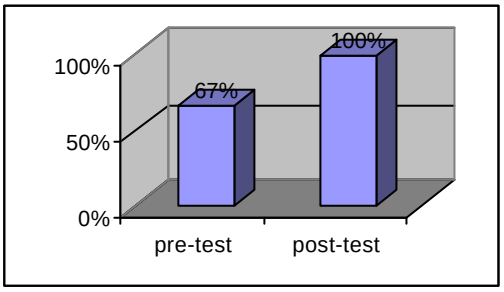
En el Gráfico 10 se muestran los cambios en cuanto a la función cognitiva registrados en los periodos de pre-test y pos-test.

Tabla Nº 7: Función Intrapersonal.

	Pre- test.	*Post-test.*
Autoestima.		•
Motivación.	•	•
Tolerancia a al frustración.	•	•
Total porcentual:	67%	100%

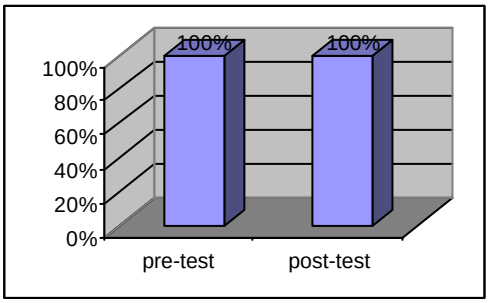
En la Tabla 7 del sujeto Nro. 1, se puede notar un aumento del 33 % en la función intrapersonal llegando a presentar el 100% de los componentes de dicha función.

Grafico Nº 11: Función Intrapersonal.



En el Gráfico 11 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 11, en la Función Intrapersonal, registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 12: Función Interpersonal.



Con relación a la *Función Interpersonal*, el sujeto Nro. 1 mantiene una

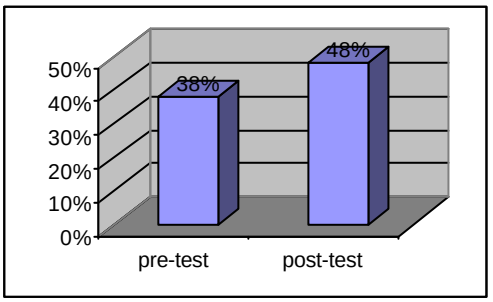
buena relación con los pares la familia y la T.O tanto en pre-test como en post-test (es decir el 100% se mantiene intacto). Esto puede ser apreciado en el grafico12.

Tabla Nº 8: Actividades de Tiempo Libre

		Pre-test.	*Post-test.*
Importancia.	*Muy* importante.		•
	Algo importante.	•	
	Nada importante.		
Actividades.	Deportes.	•	•
	Act. Al aire libre.	•	•
	Ver T.V.	•	•
	Lectura		•
	Juegos de mesa.		•
	Act. Plásticas / decoración.		•
Energía invertida	Poca.	•	
	Moderada.		•
	Mucha.		•
Satisfacción	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Factores que dificultan la participación	Oblig. Familiares.	•	
	Falta de dinero.		
	Oblig. Laborales.	•	
	Nadie con quien realizarlas.		
	Falta de motivación.		
	Otros.		
Total porcentual:		38%	48%

En lo que se refiere a las *Actividades de Tiempo Libre* (Tabla 8) se observa un incremento del 10% en el post-test; la diferencia está dada en el nivel de satisfacción la energía invertida y la importancia atribuida al desarrollo de dichas actividades.

Grafico Nº 13: Actividades de Tiempo libre.



En el grafico 13 se puede apreciar los resultados presentados en cuanto al uso significativo del tiempo libre registrándose notables cambios en los periodos de pre-test y post-test.

Tabla Nº 9: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa (AOF-CV).

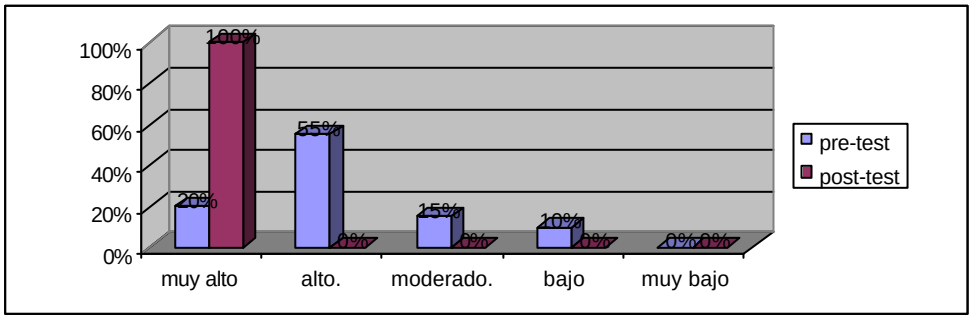
	Pre-test.					*Post-test.*				
Voliciòn.										
Valores.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo

Selección de roles significativos y bien definidos		*				*				
Selección de las metas personales.		*				*				
Selección de los estándares personales para la conducción de las A.V.D.			*			*				
Conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo	*					*				
Causalidad personal.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Convicción expresada en el control interno		*				*				
Confianza en que posee una gama de habilidades		*				*				
Confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?		*				*				
Anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras.		*				*				
Interés.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Discrimina los grados de interés.		*				*				
Identifica claramente una gama de interés.		*				*				
Participa rutinariamente en sus intereses			*			*				
Habituación.										
Roles vitales.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra un conjunto de roles vitales	*					*				
Posee un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles.	*					*				

Expresa comodidad o seguridad en sus principales roles.	*					*				
Hábitos.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra el uso bien organizado del tiempo		*				*				
Informa que sus hábitos son socialmente aceptables		*				*				
Demuestra flexibilidad suficiente en sus hábitos			*			*				
Habilidades ocupacionales/ desempeño										
	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Para moverse o manipular objetos.				*		*				
Para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos		*				*				
De comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.				*		*				
Puntuación:	*20%*	*55%*	*15%*	*10%*	*0%*	*100%*	*0%*	*0%*	*0%*	*0%*
Total porcentual	25%					100%				

Por último, en los componentes del comportamiento ocupacional (Tabla 9), se puede notar un considerable aumento del 75% (en base al total porcentual), alcanzando el 100 % de un comportamiento ocupacional muy alto.

Grafico Nº 14: Comportamiento Ocupacional.



En el grafico 14 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 9, en los cuales se representan los cambios en el desempeño ocupacional registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

b). Sujeto Nº2

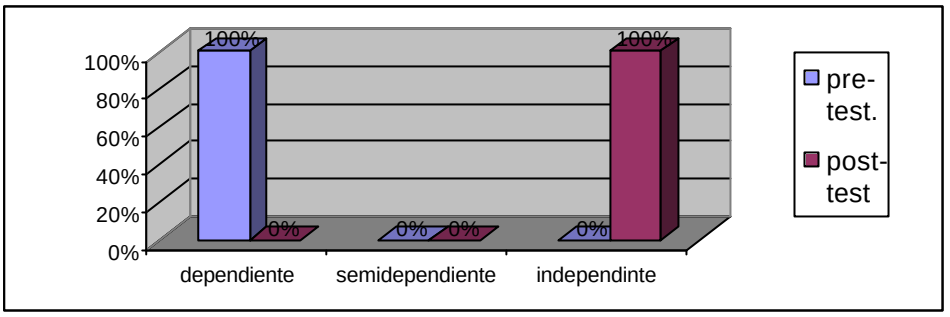
Nombre: Zulema. (23 años)
Dx: Quemadura tipo B en, manos y muñecas de MMSS

Tabla Nº 10: Actividades de la Vida Diaria.

		Pre-test			*Post-test*		
		Dep.	Semi-dep.	Indep.	Dep.	Semi-dep.	Indep.
Cuidado Personal	Higiene (baño)	•					•
	Vestido.	•					•
	Arreglo personal.	•					•
	Rutina de medicamentos	•					•
	Continencia.	•					•
	Utilización del WC.	•					•
Alimentación.	Alimentarse.	•					•
	Conocimiento de las nec. Nutricionales.	•					•
	Planificar comida.	•					•
	Uso de elementos de la cocina.	•					•
	Cocinarse.	•					•
	Cocinar para los miembros del hogar.	•					•
	Limpiar.	•					•
	Mantener algún orden en la cocina.	•					•
	Almacenamiento de comida.	•					•
Comunicación.	Uso del teléfono.	•					•
	Uso de la guía telefónica.	•					•
	Escritura.	•					•
	Comprensión.	•					•
	Expresión.	•					•
Movilidad Funcional	Transferencia.	•					•
	Locomoción.	•					•
	Marcha.	•					•
	Escaleras.	•					•
	Asesoramiento y Uso de silla de ruedas.	•					•
	Auxiliares para la marcha.	•					•
Hogar.	Habitar y asegurar una casa.	•					•
	Amoblar y habitar una casa.	•					•
	Limpieza de rutina.	•					•
	Limpieza general.	•					•
	Reparaciones menores.	•					•
	Mantenimiento de los elementos del hogar.	•					•
	Cuidado del jardín.	•					•
	Conservación de utilidades.	•					•
	Seguridad del hogar.	•					•
	Manejo de dinero.	•					•
	Manejo del transporte.	•					•
Puntuación:		100%					100%
Total de indep. en A.V.D. porcentual		100%			100%		

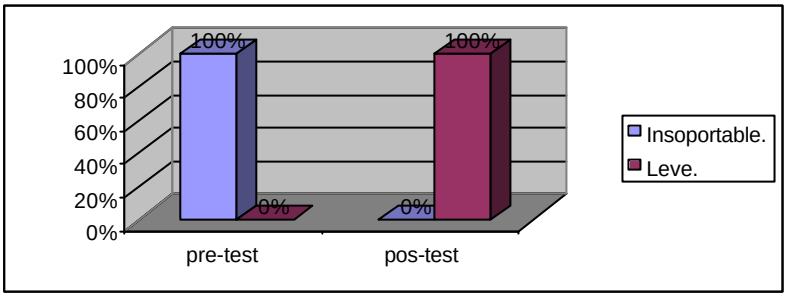
En lo que refiere al nivel de independencia en las A.V.D. (Tabla 11) se puede apreciar un aumento del 100% de las destrezas, yendo desde una total dependencia hasta lograr alcanzar el 100%, es decir una total independencia en las A.V.D.

Grafico Nº 15: Actividades de la Vida Diaria.



En el grafico nº 15 se pueden apreciar los porcentajes de la independencia alcanzada en las A.V.D. en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 16: Dolor



En el grafico 16 se puede observar el pasaje del 100% de un dolor cuya intensidad es *Insoportable* (pre-test), al 100% de un dolor con intensidad *Leve* (post-test) en MMSS.

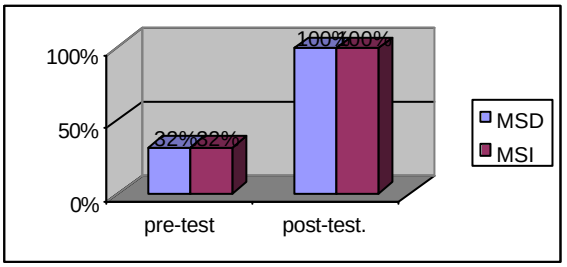
Tabla Nº 11: Rango Articular.

	Movimiento	*Pre-test*		*Post-test.*	
		MSD	MSI	MSD	MSI
Hombro	Extensión.	•	•	•	•
	Abducción.	•	•	•	•
	Aducción.	•	•	•	•
	Rotación interna.	•	•	•	•
	Rotación externa.	•	•	•	•
Codo.	Flexión.	•	•	•	•
	Extensión.	•	•	•	•
	Pronación.	•	•	•	•

	Supinación.	•	•	•	•
Muñeca.	Flexión.			•	•
	Extensión.			•	•
	Desv. Cubital.			•	•
	Desv. Radial.			•	•
Dedos	Flexión MCF			•	•
	Extensión. MCF			•	•
	Flexo-extensión IFP			•	•
	Flexo-extensión IFD			•	•
	Abducción.			•	•
	Aducción.			•	•
Pulgar	Flexión MCF			•	•
	Extensiòn. MCF			•	•
	Flexiòn IF			•	•
	Extensiòn. IF			•	•
	Oposiciòn.			•	•
	Aducción.			•	•
Puntuación:		32%	32%	100%	100%
Total de arco de mov. porcentual		32%		100%	

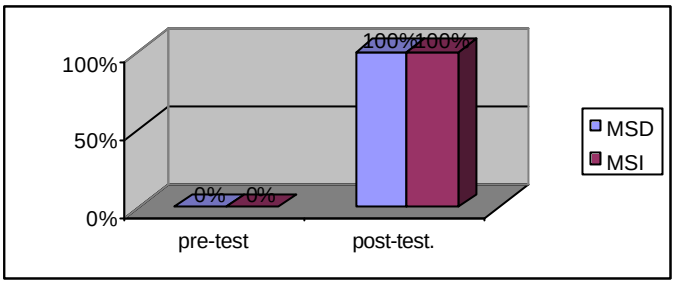
En las medidas de arco de movimiento (Tabla 11), se observa un aumento del 68% alcanzando el 100 % del rango de movimiento normal de MMSS en post-test.

Grafico Nº 17: Rango Articular.



En el grafico 17 se muestra el incremento del rango articular de MMSS en pre-test y post- test.

Grafico Nº 18: Presas.



Podemos ver en el grafico 18 cómo el sujeto Nro.2 no logra realizar ninguna presa en el periodo de pre-test (0%) y en post-test se observan importantes cambios en cuanto al movimiento articular en manos de MMSS pudiendo alcanzar el 100 % de las presas (bidigitales, pluridigitales, Palmares, con la gravedad y más acción).

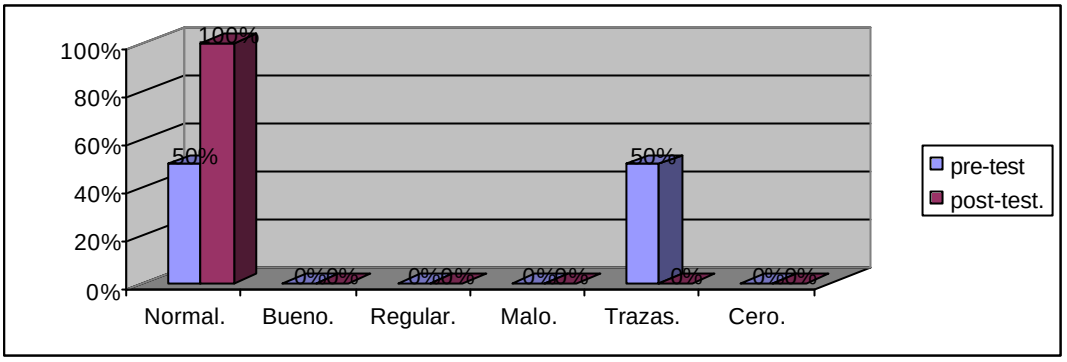
Tabla Nº 12: Fuerza Muscular.

		Ptre-test.						*Post-test.*					
		Normal	B	R	M	Trazas	C	Normal	B	R	M	T	C
Hombro.	Extensión.	•						•					
	Abducción.	•						•					
	Aducción.	•						•					
	Rotación interna.	•						•					
	Rotación externa.	•						•					
Codo.	Flexión.	•						•					
	Extensión.	•						•					
	Pronación.	•						•					
	Supinación.	•						•					
Muñeca.	Flexión.					•		•					
	Extensión.					•		•					
	Desv. Cubital.					•		•					
	Desv. Radial.					•		•					
Dedos	Flexión MCF					•		•					
	Extensión. MCF					•		•					
	Flexo-extensión IFP					•		•					
	Flexo-extensión IFD					•		•					
	Abducción.					•		•					
	Aducción.					•		•					
Puntuación:		50%	0%	0%	0%	50%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%

Total medio de FM porcentual	50%	100%

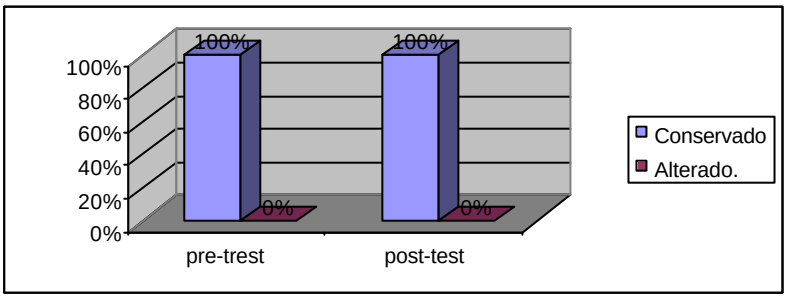
En lo que se refiere a Fuerza Muscular (Tabla12) se produjo un aumento del 50 % pasando de una fuerza muscular Normal (en hombro y codo) y Trazas (en muñecas y dedos) en MMSS a una fuerza muscular Normal en MMSS.

Grafico Nº 19: Fuerza Muscular.



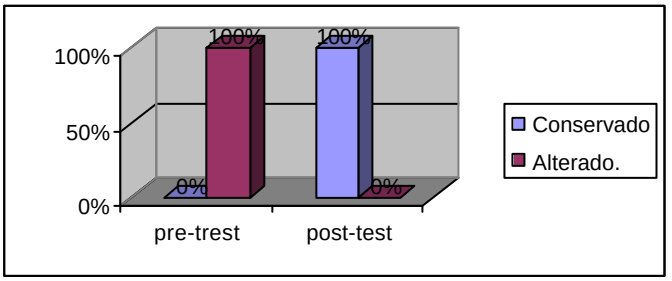
En el grafico 19 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 13, en los cuales se representan los cambios en la fuerza muscular de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 20: Tono Muscular.



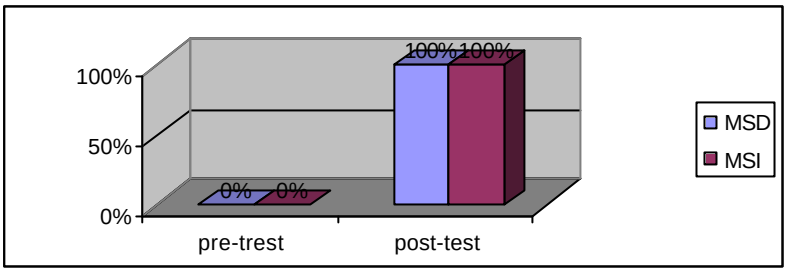
No se observan modificaciones en el tono muscular, el cual se encuentra 100% *Conservado* tanto en el pre-test como en el post-test. En el Gráfico 20 se puede apreciar el porcentaje del tono muscular de MMSS en el periodo de pre-test y post-test.

Grafico Nº 21: Trofismo



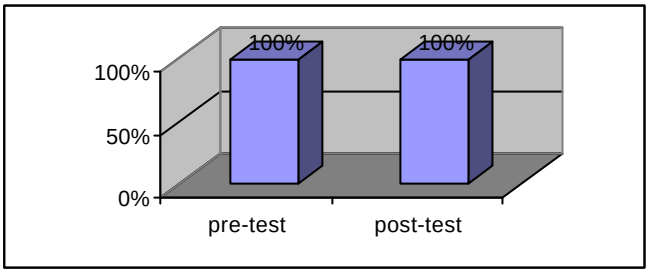
En el grafico 21 se pueden apreciar el pasaje del 100% del trofismo Alterado en MMSS en los períodos de pre-test al 100% de trofismo Conservado en MMSS en el periodo de pos-test.

Grafico Nº 22: Coordinación.



En el Gráfico 22 se puede apreciar la ausencia de movimientos coordinados (0%) en el periodo de pre-test y en post-test se observa el incremento del 100% de los movimientos coordinados de MMSS.

Grafico Nº 23: Función Sensoperceptiva



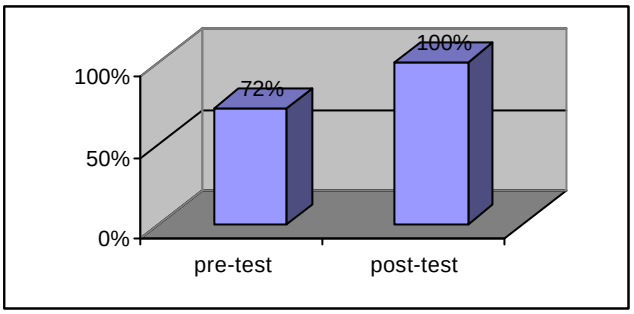
En lo que hace a la *función sensoperceptiva (visión y audición)*, el sujeto Nro.2 no presenta alteraciones manteniéndose el 100% del pre-test en post-test, esto puede apreciarse en el gráfico número 23.

Tabla Nº13 : Funciòn Cognitiva.

		Pre- test.	*Post-test.*
Orientación.	Temporal.	•	•
	Espacial.	•	•
Memoria.	Anterograda	•	•
	Retrógrada.	•	•
Concentración			•
Atención.			•
Juicio.		•	•
Total porcentual:		72%	100%

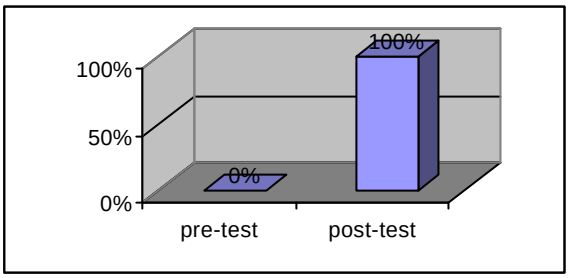
Con respecto a la *Función Cognitiva* (Tabla 13), se produjo un aumento del 28%. Se puede observar el incremento de la atención y concentración producida en pos-test.

Grafico Nº 24: Función Cognitiva.



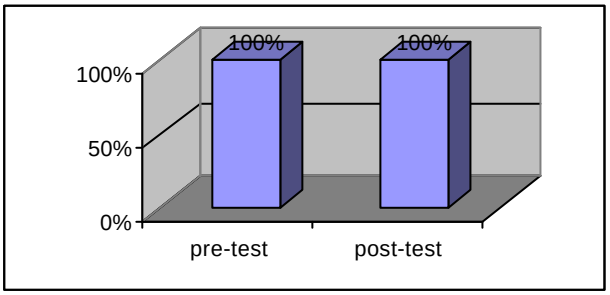
En el Gráfico 24 muestran los cambios en cuanto a la función cognitiva registrados en los periodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 25: Función Intrapersonal.



En el grafico 25 del sujeto Nro.2, se puede observar en pre-test la ausencia de autoestima, motivación y tolerancia a la frustración y en post-tet un aumento del 100 % en la función intra personal llegando a presenta r el total de los componentes de dicha función.

Grafico Nº 26: Función Interpersonal.



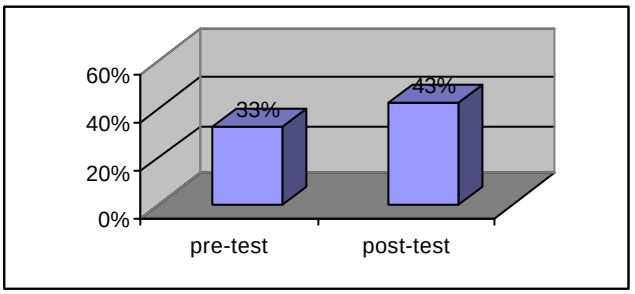
Con relación a la *Función Interpersonal*, el sujeto Nro. 2 mantiene una buena relación con los pares la familia y la T.O tanto en pre-test como en post-test (es decir el 100% se mantiene intacto). Esto puede ser apreciado en el grafico 26.

Tabla Nº 14: Actividades de Tiempo Libre

		Pre-test.	*Post-test.*
Importancia.	*Muy* importante.		•
	Algo importante.	•	
	Nada importante.		
Actividades.	Deportes.		•
	Act. al aire libre.		•
	Ver T.V.	•	•
	Juegos de mesa.		•
	Plásticas.		•
Energía invertida	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Satisfacción	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Factores que dificultan la participación	Oblig. Familiares.	•	
	Falta de dinero.	•	
	Oblig. Laborales.		•
	Nadie con quien realizarlas.		
	Falta de motivación.	•	
Total Porcentual:		33%	43%

En lo que se refiere a las *Actividades de Tiempo Libre* (Tabla 14) se observa un incremento del 10%; la diferencia está dada en el nivel de satisfacción la importancia atribuida y la cantidad de actividades realizadas; pudiéndose observar en la tabla 15 importantes modificaciones en el post-test.

Grafico Nº 27: Actividades de Tiempo libre.



En el Gráfico 27 se puede apreciar los resultados presentados en cuanto al uso significativo del tiempo libre registrándose notables cambios en los periodos de pre-test y post-test.

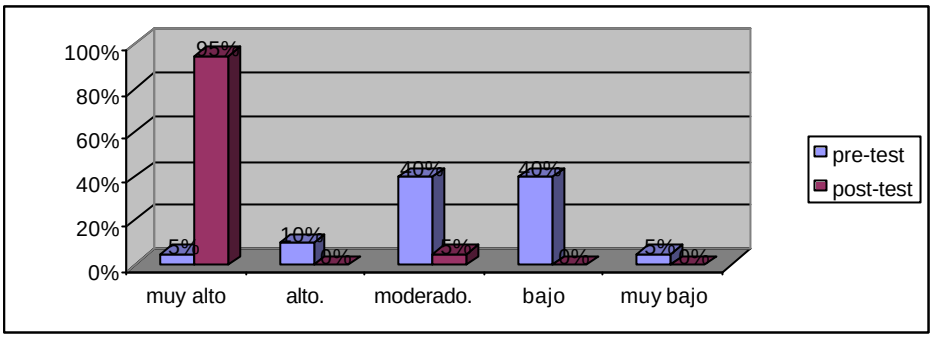
Tabla Nº 15: Evaluación del Comportamiento Ocupacional-Versión Cooperativa (AOF-CV).

	Pre-test.					***Post-test.***				
Voliciòn.										
Valores.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Selección de roles significativos y bien definidos			*			*				
Selección de las metas personales.			*			*				

Selección de los estándares personales para la conducción de las A.V.D.			*			*				
Conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo			*			*				
Causalidad personal.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Convicción expresada en el control interno				*		*				
Confianza en que posee una gama de habilidades				*		*				
Confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?				*		*				
Anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras.				*		*				
Interés.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Discrimina los grados de interés.				*		*				
Identifica claramente una gama de interés.				*		*				
Participa rutinariamente en sus intereses			*			*				
Habituación.										
Roles vitales.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra un conjunto de roles vitales	*					*				
Posee un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles.		*				*				
Expresa comodidad o seguridad en sus principales roles.			*			*				
Hábitos.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra el uso bien organizado del tiempo			*			*				
Informa que sus hábitos son socialmente aceptables		*				*				
Demuestra flexibilidad suficiente en sus hábitos			*			*				
Habilidades ocupacionales/ desempeño										
	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Para moverse o manipular objetos.					*	*				
Para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos				*				*		
De comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.				*		*				
Puntuación:	*5%*	*10%*	*40%*	*40%*	*5%*	*95%*	*0%*	*5%*	*0%*	*0%*
Total porcentual	***20%***					***50%***				

Por último, en las destrezas del comportamiento ocupacional (Tabla 15), se puede notar un considerable aumento; alcanzando el 95 % de un comportamiento ocupacional muy alto.

Grafico Nº 28: Comportamiento Ocupacional.



En el Gráfico 28 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 16, en los cuales se representan los cambios en el desempeño ocupacional registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

3.1. c). Sujeto Nº3

Nombre: Noelia (18 años)
Dx: Quemadura tipo B en, tronco, manos y muñecas de MMSS, y piernas de MMII

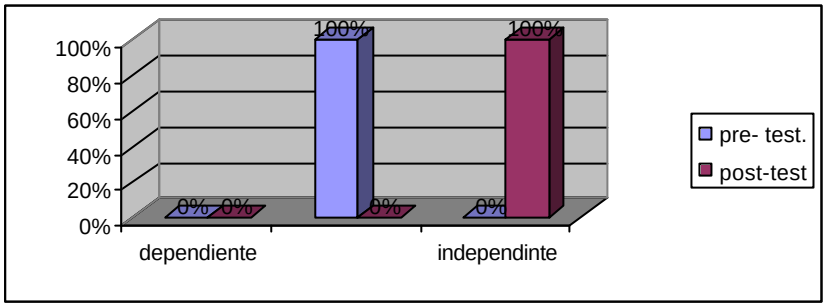
Tabla Nº 16: Actividades de la Vida Diaria.

		Pre-test			*Post-test*		
		Dep.	Semi-dep.	Indep.	Dep.	Semi-dep.	Indep.
Cuidado Personal	Higiene (baño)		•				•
	Vestido.		•				•
	Arreglo personal.		•				•
	Rutina de medicamentos		•				•
	Continencia.		•				•
	Utilización del WC.		•				•
Alimentación.	Alimentarse.		•				•
	Conocimiento de las nec. Nutricionales.		•				•
	Planificar comida.		•				•
	Uso de elementos de la cocina.		•				•
	Cocinarse.		•				•
	Cocinar para los miembros del hogar.		•				•
	Limpiar.		•				•
	Mantener algún orden en la cocina.		•				•
	Almacenamiento de comida.		•				•
Comunicación.	Uso del teléfono.		•				•
	Uso de la guía telefónica.		•				•
	Escritura.		•				•
	Comprensión.		•				•
	Expresión.		•				•
Movilidad Funcional	Transferencia.		•				•
	Locomoción.		•				•
	Marcha.		•				•
	Escaleras.		•				•
	Asesoramiento y Uso de silla de ruedas.		•				•
	Auxiliares para la marcha.		•				•
Hogar.	Habitar y asegurar una casa.		•				•
	Amoblar y habitar una casa.		•				•
	Limpieza de rutina.		•				•

	Limpieza general.		•				•
	Reparaciones menores.		•				•
	Mantenimiento de los elementos del hogar.		•				•
	Cuidado del jardín.		•				•
	Concertación de utilidades.		•				•
	Seguridad del hogar.		•				•
	Manejo de dinero.		•				•
	Manejo del transporte.		•				•
Puntuación:		0%	100%	0%	0%	0%	100%
Total de indep. en A.V.D. porcentual		100%			100%		

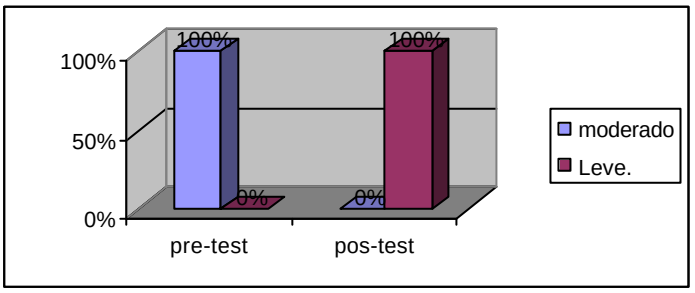
En lo que refiere al nivel de independencia en las A.V.D. (Tabla 16) se puede apreciar un aumento del 100% de las destrezas, yendo desde una total semi-dependencia hasta el 100% de independencia en las A.V.D. (semi-dependencia dada por encontrarse recientemente injertada y protegida con vendajes y curaciones oclusivas)

Grafico Nº 28: Actividades de la Vida Diaria.



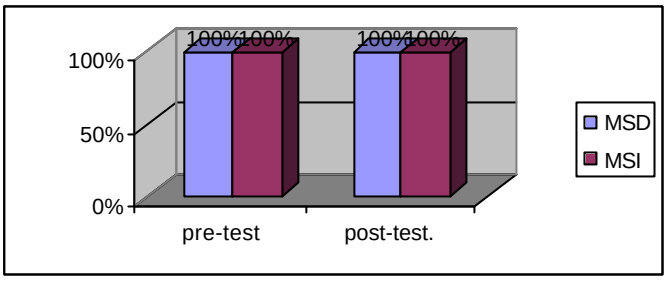
En el Grafico 28 se puede apreciar los porcentajes de la independencia alcanzada en las A.V.D. en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 29: Dolor.



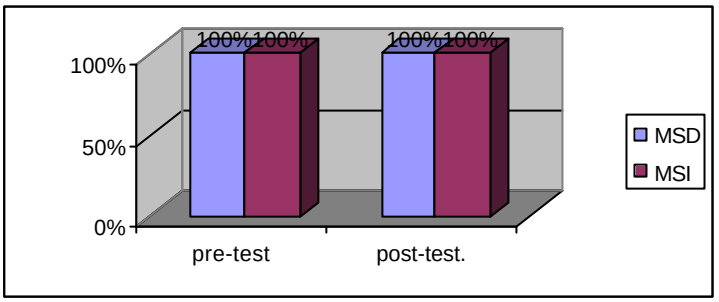
En el grafico 29 se puede observar el pasaje del 100% de un dolor cuya intensidad es *Moderado* (pre-test), al 100% de un dolor con intensidad *Leve* (post-test) en MMSS.

Grafico Nº 30: Rango Articular.



En el Gráfico 30 se observa un rango de movimiento normal, 100%, de hombro codo, antebrazo, muñeca y dedos de MMSS tanto en pre-test como en post-test.

Grafico Nº 31: Presas.



Podemos ver en el Grafico 31, cómo el sujeto Nro.3 no presenta cambio en cuanto al movimiento articular en manos de MMSS pudiendo lograr el 100 % de las presas en el período de pre-test y pos-test.

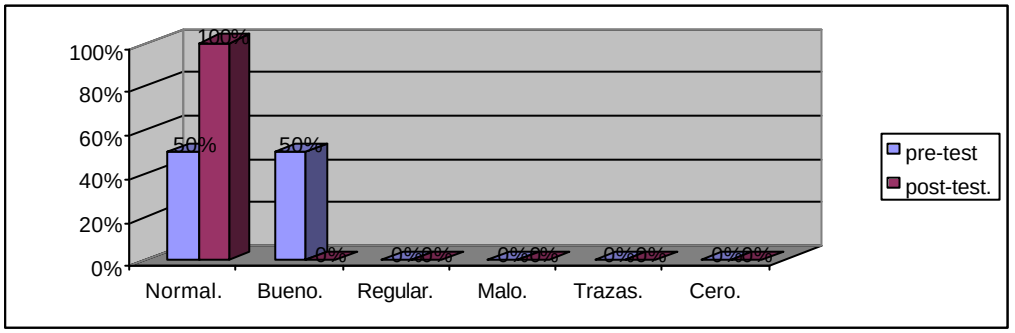
Tabla Nº 17: Fuerza Muscular.

		Ptre-test.						*Post-test.*					
		Normal	Buena	R	M	T	C	Normal	B	R	M	T	C
Hombro	Extensión.	•						•					
	Abducción.	•						•					
	Aducción.	•						•					
	Rotación interna.	•						•					
	Rotación externa.	•						•					
Codo.	Flexión.	•						•					
	Extensión.	•						•					
	Pronación.	•						•					
	Supinación.	•						•					
Muñeca.	Flexión.		•					•					

	Extensión.		•					•					
	Desv. Cubital.		•					•					
	Desv. Radial.		•					•					
Dedos	Flexión MCF		•					•					
	Extensión. MCF		•					•					
	Flexo-extensión IFP		•					•					
	Flexo-extensión IFD		•					•					
	Abducción.		•					•					
	Aducción.		•					•					
Puntuación:		50%	50%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Total medio de FM porcentual		50%						100%					

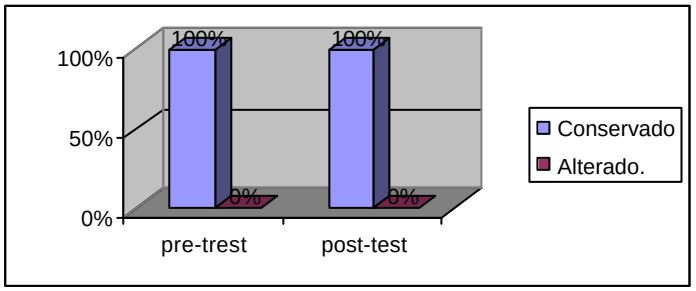
En lo que se refiere a Fuerza Muscular (Tabla 17) se produjo un aumento del 50 % pasando de una fuerza muscular Regular y buena en muñecas y manos de MMSS a una fuerza muscular 100% Normal en MMSS.

Grafico Nº 32: Fuerza Muscular.



En el Grafico 32 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 18, en los cuales se representan los cambios en la fuerza muscular de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 33: Tono Muscular.



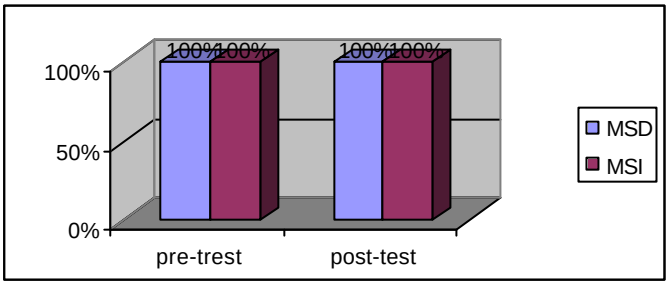
No se observan modificaciones en el tono muscular, el cual se encuentra 100% *Conservado* tanto en el pre-test como en el post-test. En el Gráfico 33 se

puede apreciar el porcentaje del tono muscular de MMSS en el periodo de pre-test y post-test.

Grafico Nº 34: Trofismo.

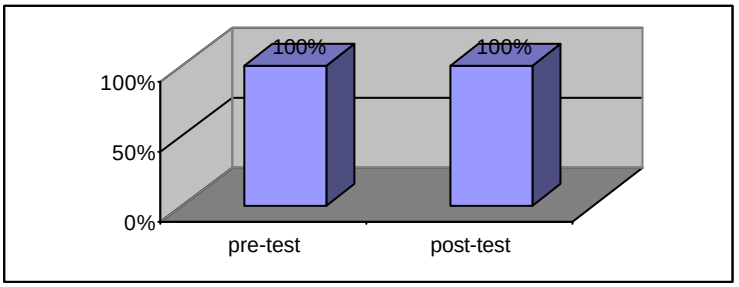
En el grafico 34 se pueden apreciar el pasaje del 100% del trofismo Alterado en MMSS en los períodos de pre-test al 100% de trofismo Conservado en MMSS en el periodo de pos-test.

Grafico Nº 35: Coordinación.



En el Grafico 35 se observa que el sujeto número 3 no presenta modificaciones en los movimientos coordinados manteniendo el 100% de los movimientos (disociados alternados y simultáneos) tanto en pre-test como en post-test.

Grafico Nº 36: Función Sensoperceptiva



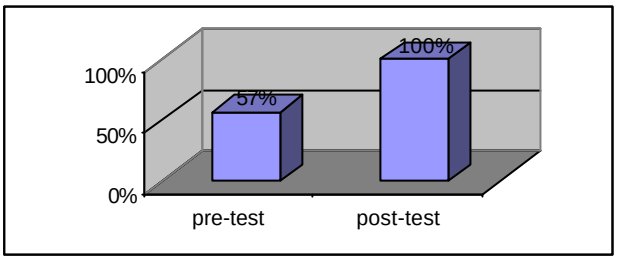
En lo que hace a la *función sensoperceptiva (visión y audición)* , el sujeto Nro.3 no presenta alteraciones manteniéndose el 100% del pre-test en post-test, esto puede apreciarse en el gráfico número 36.

Tabla Nº 19 : Funciòn Cognitiva.

		Pre- test.	*Post-test.*
Orientación.	Temporal.	•	•
	Espacial.	•	•
Memoria.	Anterograda	•	•
	Retrógrada.	•	•
Concentración			•
Atención.			•
Juicio.			•
Total porcentual:		**57%**	**100%**

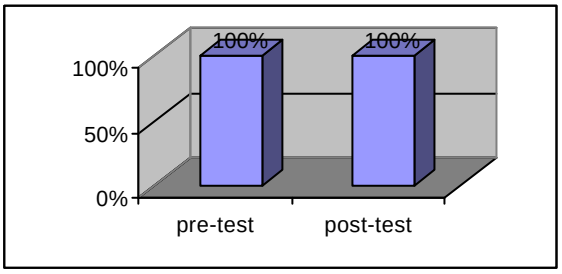
Con respecto a la *Función Cognitiva* (Tabla 19) se produjo un aumento del 43%. Se puede observar el incremento de la atención; concentración y juicio producidas pos-test.

Grafico Nº 37: Función Cognitiva.



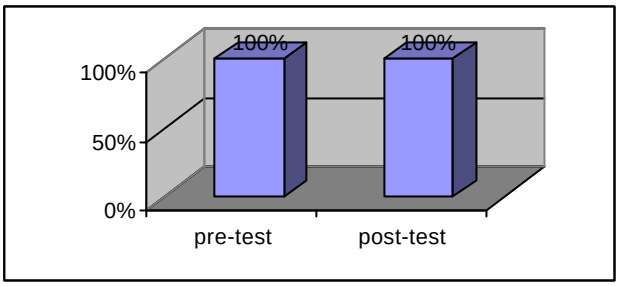
En el Grafico 37 se muestran los cambios en cuanto a la función cognitiva registrados en los periodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 38: Función Intrapersonal.



En el Gráfico 38 se puede apreciar el mantenimiento del 100% de la autoestima, motivación y tolerancia a la frustración; en los periodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 39: Función Interpersonal.



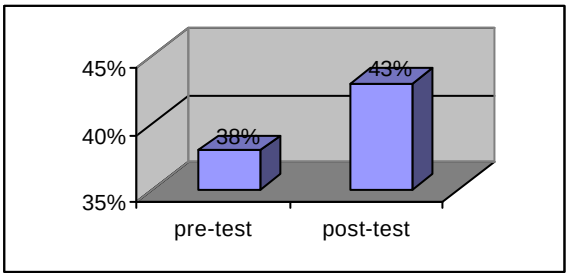
Con relación a la *Función Interpersonal*, el sujeto Nro. 3 mantiene una buena relación con los pares la familia y la T.O tanto en pre-test como en post-test (es decir el 100% se mantiene intacto). Esto puede ser apreciado en el grafico 39.

Tabla Nº 20: Actividades de Tiempo Libre.

		Pre-test.	*Post-test.*
Importancia.	*Muy* importante.	•	•
	Algo importante.		
	Nada importante.		
Actividades.	Deportes.		
	Act. al aire libre.	•	•
	Ver T.V.	•	•
	Juegos de mesa.		•
	Act. Plásticas.		•
Energía invertida	Poca.		
	Moderada.	•	•
	Mucha.		
Satisfacción	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Factores que dificultan la participación	Oblig. Familiares.	•	
	Falta de dinero.	•	
	Oblig. Laborales.		
	Nadie con quien realizarlas.		•
	Falta de motivación.	•	
Total Porcentual:		38%	43%

En lo que se refiere a las *Actividades de Tiempo Libre* (Tabla 20) se observa un incremento del 5%; la diferencia está dada en el nivel de satisfacción la importancia atribuida y la cantidad de actividades realizadas; pudiéndose observar en la tabla 20 importantes modificaciones en el post-test.

Grafico Nº 40: Actividades de Tiempo libre.



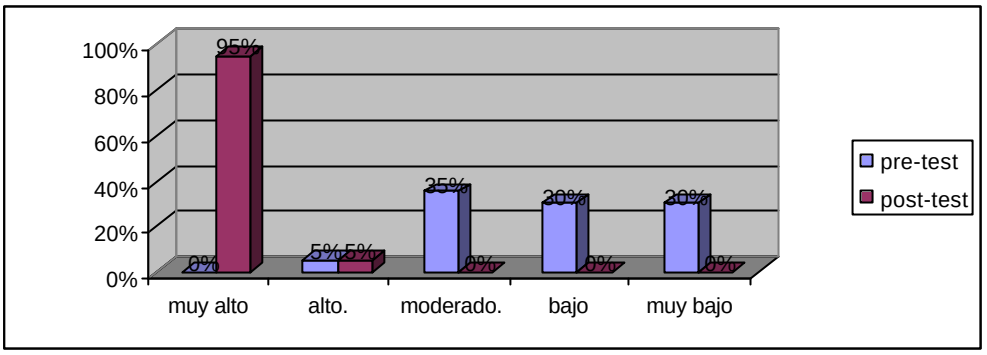
En el Gráfico 40 se puede apreciar los resultados presentados en cuanto al uso significativo del tiempo libre registrándose notables cambios en los periodos de pre-test y post-test.

Tabla Nº 20: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa (AOF-CV).

	Pre-test.					*Post-test.*				
Voliciòn.										
Valores.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Selección de roles significativos y bien definidos				*		*				
Selección de las metas personales.				*		*				
Selección de los estándares personales para la conducción de las A.V.D.					*	*				
Conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo				*		*				
Causalidad personal.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Cconvicción expresada en el control interno			*			*				
Cconfianza en que posee una gama de habilidades			*			*				
Confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?			*			*				
Anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras.			*			*				
Interés.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Discrimina los grados de interés.			*			*				
Identifica claramente una gama de interés.			*			*				
Participa rutinariamente en sus intereses		*				*				
Habituación.										
Roles vitales.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra un conjunto de roles vitales			*			*				
Posee un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles.					*	*				
Expresa comodidad o seguridad en sus principales roles.				*		*				
Hábitos.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra el uso bien organizado del tiempo					*	*				
Informa que sus hábitos son socialmente aceptables					*	*				
Demuestra flexibilidad suficiente en sus hábitos					*	*				
Habilidades ocupacionales/ desempeño										
	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Para moverse o manipular objetos.				*		*				
Para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos				*				*		
De comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.					*	*				
Puntuación:	*0%*	*5%*	*35%*	*30%*	*30%*	*95%*	*5%*	*0%*	*0%*	*0%*
Total porcentual	*25%*					*50%*				

Por último, en las destrezas del comportamiento ocupacional (Tabla 20), se puede notar un considerable aumento; alcanzando el 95% de un comportamiento ocupacional muy alto.

Grafico Nº 41: Comportamiento Ocupacional.



En el Gráfico 41se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 21, en los cuales se representan los cambios en el desempeño ocupacional registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

3.1. d). Sujeto Nº 4.

Nombre: José. (33 años)

Dx: Quemadura tipo AB en manos y muñecas de MMSS y B en tronco y pierna de MID.

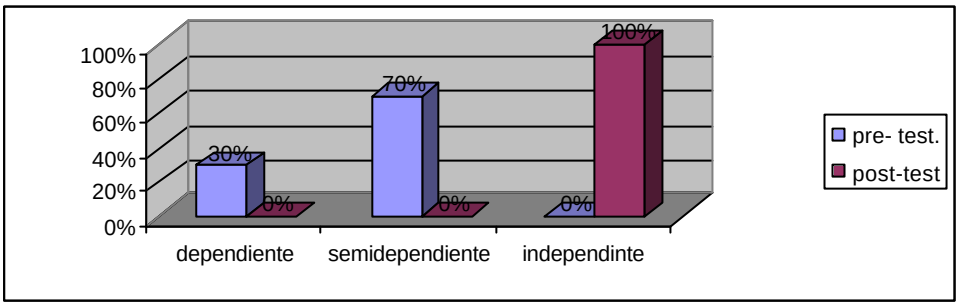
Tabla Nº 21 : Actividades de la Vida Diaria.

		Pre-test			*Post-test*		
		Dep.	Semi-dep.	Indep.	Dep.	Semi-Dep.	Indep.
Cuidado Personal	Higiene (baño)		•				•
	Vestido.		•				•
	Arreglo personal.		•				•
	Rutina de medicamentos		•				•
	Continencia.		•				•
	Utilización del WC.		•				•
Alimentación.	Alimentarse.		•				•
	Conocimiento de las nec. Nutricionales.		•				•
	Planificar comida.		•				•
	Uso de elementos de la cocina.		•				•
	Cocinarse.		•				•
	Cocinar para los miembros del hogar.		•				•
	Limpiar.		•				•
	Mantener algún orden en la cocina.		•				•
	Almacenamiento de comida.		•				•
Comunicación.	Uso del teléfono.		•				•
	Uso de la guía telefónica.		•				•
	Escritura.		•				•
	Comprensión.		•				•
	Expresión.		•				•
Movilidad Funcional	Transferencia.		•				•
	Locomoción.		•				•
	Marcha.		•				•
	Escaleras.		•				•
	Asesoramiento y Uso de silla de ruedas.		•				•
	Auxiliares para la marcha.		•				•

Hogar.	Habitar y asegurar una casa.						•
	Amoblar y habitar una casa.						•
	Limpieza de rutina.						•
	Limpieza general.						•
	Reparaciones menores.						•
	Mantenimiento de los elementos del hogar.						•
	Cuidado del jardín.						•
	Conservación de utilidades.						•
	Seguridad del hogar.						•
	Manejo de dinero.						•
	Manejo del transporte.						•
Puntuación:		30%	70%	0%	0%	0%	100%
Total de indep. en A.V.D. porcentual		50%			100%		

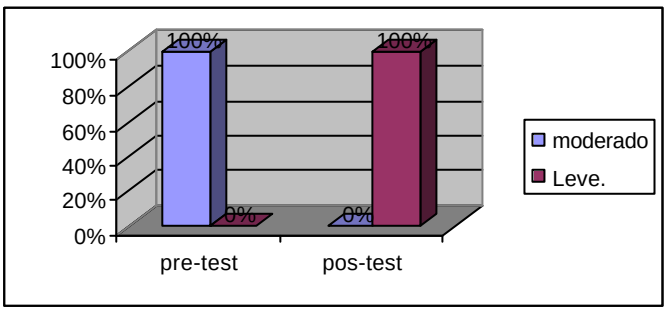
En lo que refiere al nivel de independencia en las A.V.D. (Tabla 21) se puede apreciar un aumento del 50% en promedio, yendo de una dependencia y semi dependencia al 100% de independencia en las A.V.D.

Grafico Nº 42: Actividades de la Vida Diaria.



En el Gráfico 42 se puede apreciar los porcentajes de la independencia alcanzada en las A.V.D. en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 43: Dolor



En el grafico 43 se puede observar el pasaje del 100% de un dolor cuya intensidad es *Moderado* (pre-test), al 100% de un dolor con intensidad *Leve* (post-test) en MMSS.

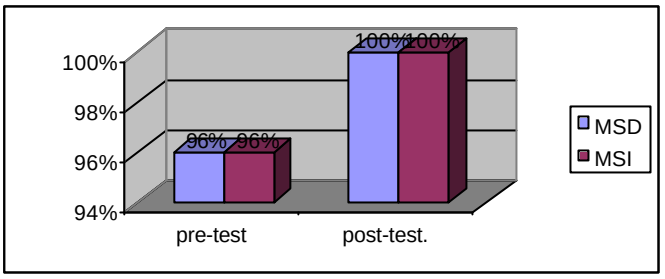
Tabla Nº 22: Rango Articular.

	Movimiento	*Pre-test*		*Post-test.*	
Hombro.		MSD	MSI	MSD	MSI
	Extensión.	•	•	•	•

	Abducción.	•	•	•	•
	Aducción.	•	•	•	•
	Rotación interna.	•	•	•	•
	Rotación externa.	•	•	•	•
Codo.	Flexión.	•	•	•	•
	Extensión.	•	•	•	•
	Pronación.	•	•	•	•
	Supinación.	•	•	•	•
Muñeca.	Flexión.			•	•
	Extensión.			•	•
	Desv. Cubital.			•	•
	Desv. Radial.			•	•
Dedos	Flexión MCF	•	•	•	•
	Extensión. MCF	•	•	•	•
	Flexo-extensión IFP	•	•	•	•
	Flexo-extensión IFD	•	•	•	•
	Abducción.	•	•	•	•
	Aducción.	•	•	•	•
Pulgar	Flexión MCF	•	•	•	•
	Extensiòn. MCF	•	•	•	•
	Flexiòn IF	•	•	•	•
	Extensiòn. IF	•	•	•	•
	Oposiciòn.	•	•	•	•
	Aducción.	•	•	•	•
Puntuación:		96%	96%	100%	100%
Total de arco de movimiento. porcentual		96%		100%	

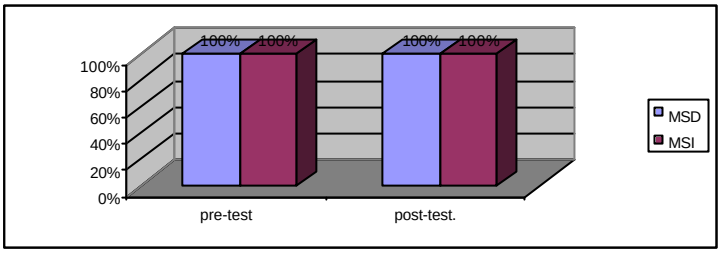
En la tabla 22 se observa un incremento del 4% en el rango de movimiento logrando alcanzar el 100% de rango de movimiento normal en post-test.

Grafico Nº 44: Rango Articular.



En el Gráfico 44 se muestra el incremento del rango articular de MMSS en pre-test y pos-test.

Grafico Nº 45: Presas



Podemos ver en el Grafico 45, cómo el sujeto Nro.4 no presenta cambio en cuanto al movimiento articular en manos de MMSS pudiendo lograr el 100 % de las presas en el período de pre-test y pos-test.

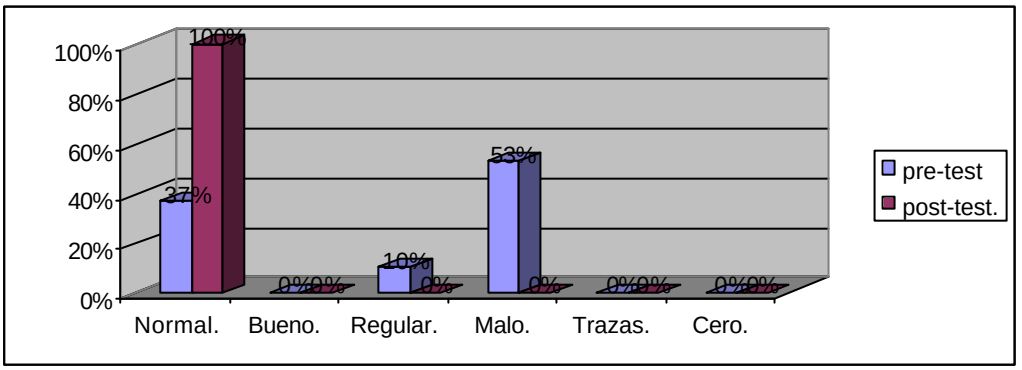
Tabla Nº 23: Fuerza Muscular.

		Ptre-test.						***Post-test.***					
		Normal	B	Regular	Malo	T	C	Normal	B	R	M	T	C
Hombro	Extensión	•						•					
	Abducción	•						•					
	Aducción.	•						•					
	Rotación interna.	•						•					
	Rotación externa.	•						•					
Codo.	Flexión.	•						•					
	Extensión.	•						•					
	Pronación.			•				•					
	Supinación			•				•					
Muñeca	Flexión.				•			•					
	Extensión.				•			•					
	D. Cubital.				•			•					

	D. Radial.				•			•					
Dedos	Flex. MCF				•			•					
	Ext. MCF				•			•					
	Flexo-ext. IFP				•			•					
	Flexo-extensión IFD				•			•					
	Abducción				•			•					
	Aducción.				•			•					
Puntuación:		37%	0%	10%	53%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Total de FM porcentual		**33%**						**100%**					

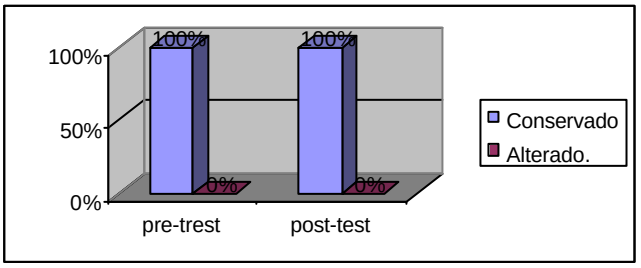
En lo que se refiere a Fuerza Muscular (Tabla 23) se produjo un aumento del 67 % pasando de una fuerza muscular Trazas (predominantemente) en muñecas y manos de MMSS a una fuerza muscular 100% Normal en MMSS.

Grafico Nº 46: Fuerza Muscular.



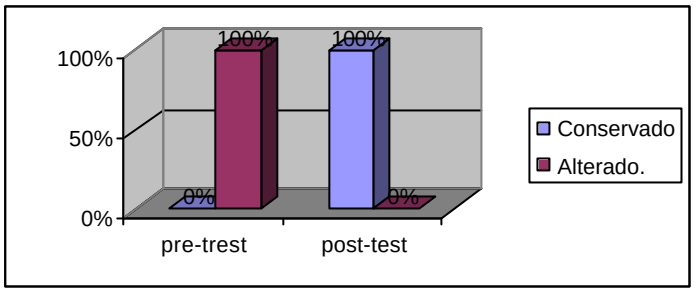
En el Gráfico 46 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 24, en los cuales se representan los cambios en la fuerza muscular de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 47: Tono Muscular.



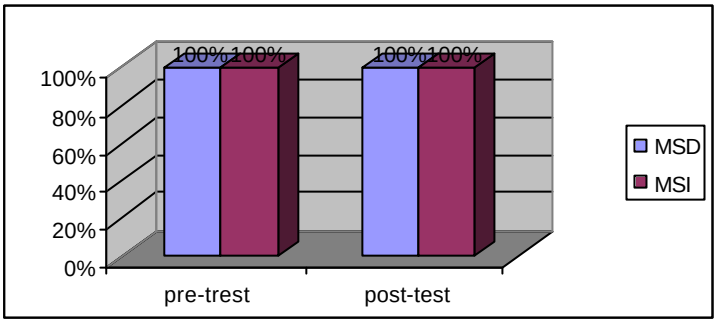
No se observan modificaciones en el tono muscular, el cual se encuentra 100% *Conservado* tanto en el pre-test como en el post-test. En el Gráfico 47 se puede apreciar el porcentaje del tono muscular de MMSS en el periodo de pre-test y post-test.

Grafico Nº 48: Trofismo



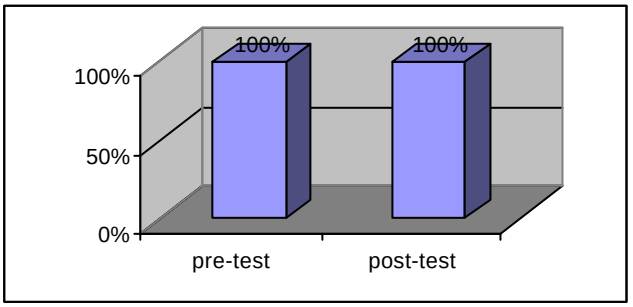
En el grafico 48 se pueden apreciar el pasaje del 100% del trofismo Alterado en MMSS en los períodos de pre-test al 100% de trofismo Conservado en MMSS en el periodo de pos-test.

Grafico Nº 49: Coordinación.



En el Grafico 49 se observa que el sujeto número 4 no presenta modificaciones en los movimientos coordinados manteniendo el 100% de los movimientos (disociados alternados y simultáneos) tanto en pre-test como en post-test.

Grafico Nº 50: Función Sensoperceptiva



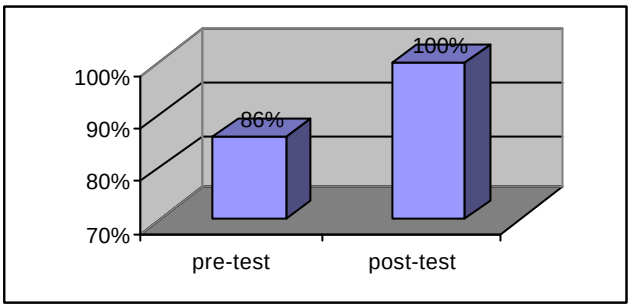
En lo que hace a la *función sensoperceptiva (visión y audición),* el sujeto Nro.4 no presenta alteraciones manteniéndose el 100% del pre-test en post-test, esto puede apreciarse en el gráfico número 50.

Tabla Nº 24: Funciòn Cognitiva.

		Pre- test.	*Post-test.*
Orientación.	Temporal.	•	•
	Espacial.	•	•
Memoria.	Anteròrgrada	•	•
	Retrógrada.	•	•
Concentración		•	•
Atención.		•	•
Juicio.			•
Total porcentual:		**86%**	**100%**

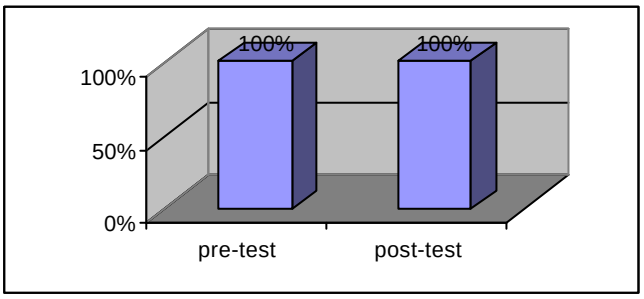
En lo que hace a la *función cognitiva* (Tabla 24) el sujeto Nro. 4 en pre-test presenta alteración en el juicio, en el post-test se observa el incremento del 14% alcanzando el 100% de los componentes de la función cognitiva.

Grafico Nº 51: Función Cognitiva.



En el grafico 51 se muestran los cambios en cuanto a la función cognitiva registrados en los periodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 52: Función Intrapersonal



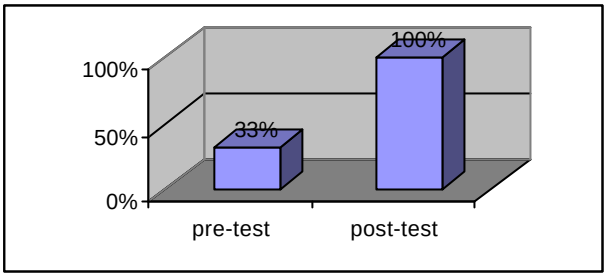
En el Gráfico 52 se puede apreciar el mantenimiento del 100% de la autoestima, motivación y tolerancia a la frustración; en los periodos de pre-test y pos-test.

Tabla Nº 25: Función Interpersonal.

	Pre- test.	*Post-test.*
Buena relación con...		
Los pares.	•	•
La familia.	•	•
La T.O.		•
Total porcentual:	**33%**	**100%**

Con respecto a la *Función Interpersonal* (Tabla 25), se presenta un incremento del 67% alcanzándose el 100% en post-test.

Grafico Nº 53: Función Interpersonal



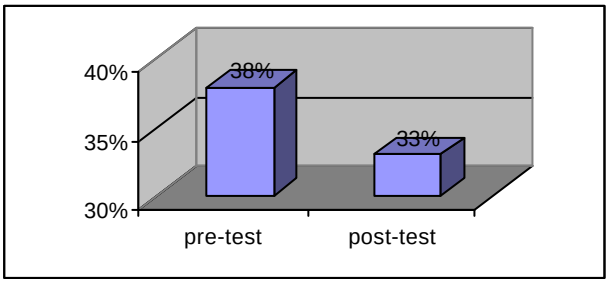
En el Grafico 53 se puede apreciar los porcentajes en cuanto a la Función Interpersonal en los períodos de pre-test y pos-test.

Tabla Nº 26: Actividades de Tiempo Libre

		Pre-test.	*Post-test.*
Importancia.	*Muy* importante.		•
	Algo importante.	•	
	Nada importante.		
Actividades.	Deportes.		
	Act. al aire libre.	•	
	Ver T.V.		•
	Plásticas/ decoración.		•
	Juegos de mesa.	•	•
Energía invertida	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Satisfacción	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Factores que dificultan la participación	Oblig. Familiares.	•	
	Falta de dinero.	•	
	Oblig. Laborales.	•	
	Nadie con quien realizarlas.		
	Falta de motivación.		
	Otros.		•
Total porcentual:		38%	33%

En lo que se refiere a las *Actividades de Tiempo Libre* (Tabla 26) se observa un descenso del 5% en post-test. ; La diferencia está dada en el nivel de satisfacción la importancia atribuida y la cantidad de actividades realizadas; pudiéndose observar en la tabla 26 importantes modificaciones en el post-test

Grafico Nº 54: Actividades de Tiempo libre.



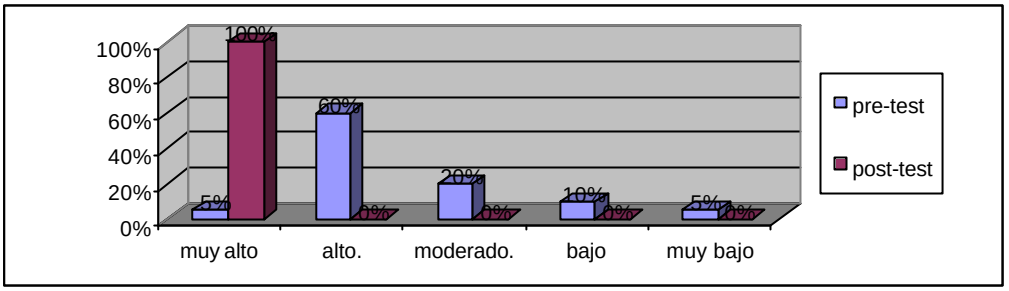
En el Grafico 54 se puede apreciar los resultados presentados en cuanto al uso significativo del tiempo libre registrándose notables cambios en los periodos de pre-test y post-test.

Tabla Nº 27: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa (AOF-CV).

	Pre-test.					*Post-test.*				
Voliciòn.										
Valores.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Selección de roles significativos y bien definidos		*				*				
Selección de las metas personales.			*			*				
Selección de los estándares personales para la conducción de las A.V.D.			*			*				
Conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo		*				*				
Causalidad personal.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Convicción expresada en el control interno					*	*				
Cconfianza en que posee una gama de habilidades		*				*				
Confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?		*				*				
Anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras.		*				*				
Interés.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Discrimina los grados de interés.		*				*				
Identifica claramente una gama de interés.		*				*				
Participa rutinariamente en sus intereses		*						*		
Habituación.										
Roles.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra un conjunto de roles vitales	*					*				
Posee un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles.				*		*				
Expresa comodidad o seguridad en sus principales roles.		*				*				
Hábitos.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra el uso bien organizado del tiempo		*				*				
Informa que sus hábitos son socialmente aceptables		*				*				
Demuestra flexibilidad suficiente en sus hábitos		*				*				
Habilidades ocupacionales/ desempeño										
	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Para moverse o manipular objetos.			*			*				
Para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos				*		*				
De comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.			*			*				
Puntuación:	*5%*	*60%*	*20%*	*10%*	*5%*	*100%*	*0%*	*0%*	*0%*	*0%*
Total porcentual	20%					100%				

Por último, en las destrezas de comportamiento ocupacional (Tabla 27), se puede notar un considerable aumento; alcanzando el 100% de un comportamiento ocupacional muy alto.

Grafico Nº 55: Comportamiento Ocupacional.

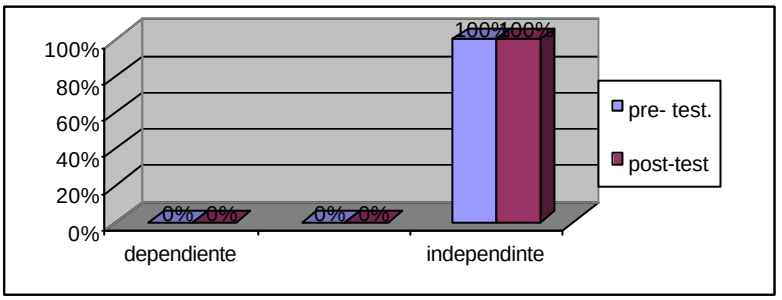


En el Grafico 55 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 28, en los cuales se representan los cambios en el desempeño ocupacional registrados en los períodos de pre- test y pos-test.

3.1. e). Sujeto Nº 5.

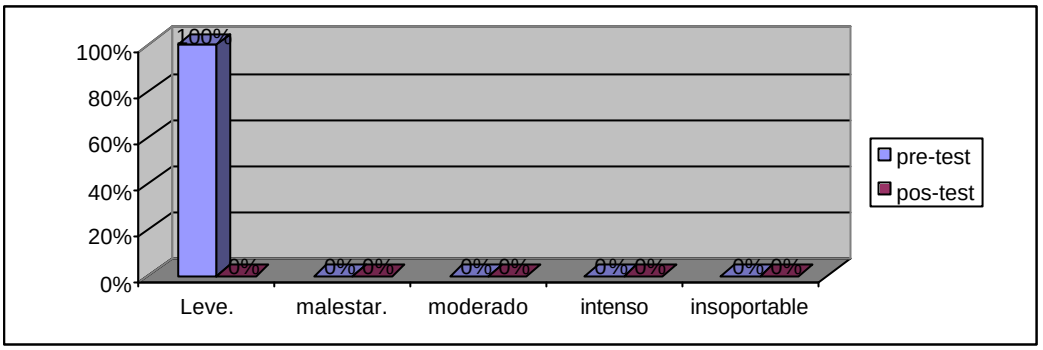
Nombre: Federico (25 años)
Dx: Quemadura tipo B en dedo anular de la mano de MSI.

Grafico Nº 56: Actividades de la Vida Diaria.



En lo que refiere al nivel de independencia en las A.V.D. en el grafico 56 se puede apreciar el en pre-test que el sujeto Nro. 5 presenta una independencia del 100% en el Cuidado personal, alimentación, comunicación, movilidad funcional y hogar, no produciéndose modificaciones en post-test.

Grafico Nº 57: Dolor.



En el grafico 57 se observa el pasaje del 100% de un dolor cuyo nivel es *Moderado* en dedo anular de mano de MSI en pre-test, al 0% en post-test, es decir, ausencia de dolor en dedo anular de mano de MSI.

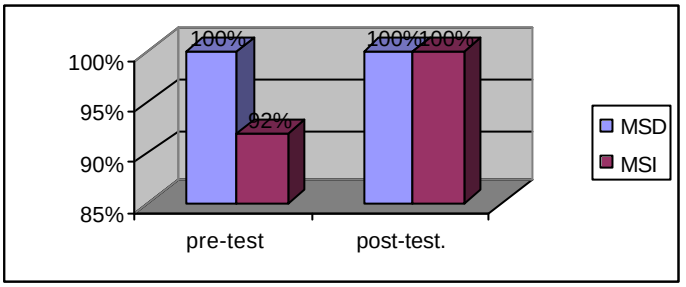
Tabla Nº 28: Rango Articular.

	Movimiento	*Pre-test*		*Post-test.*	
		MSD	MSI	MSD	MSI
Hombro.	Extensión.	•		•	•
	Abducción.	•		•	•
	Aducción.	•		•	•
	Rotación interna.	•		•	•
	Rotación externa.	•		•	•
Codo.	Flexión.	•		•	•
	Extensión.	•		•	•
	Pronación.	•		•	•
	Supinación.	•		•	•
Muñeca.	Flexión.	•		•	•
	Extensión.	•		•	•
	Desv. Cubital.	•		•	•
	Desv. Radial.	•		•	•
Dedo Anular	Flexión MCF	•		•	•
	Extensión. MCF	•		•	•
	Flexo-extensión IFP	•		•	•
	Flexo-extensión IFD	•		•	•
	Abducción.	•		•	•
	Aducción.	•		•	•
Pulgar	Flexión MCF	•		•	•

	Extensión. MCF	•		•	•
	Flexiòn IF	•		•	•
	Extensiòn. IF	•		•	•
	Oposiciòn.	•		•	•
	Aducción.	•		•	•
Puntuación:		100%	92%	100%	100%
Total de arco de mov. porcentual		96%		100%	

En la tabla 28 se observa un incremento del 4% en el rango de movimiento logrando alcanzar el 100% de rango de movimiento normal en post-test.

Grafico Nº 58: Rango Articular.



El grafico 58 muestra el incremento del rango articular de MMSS en pre-test y pos-test.

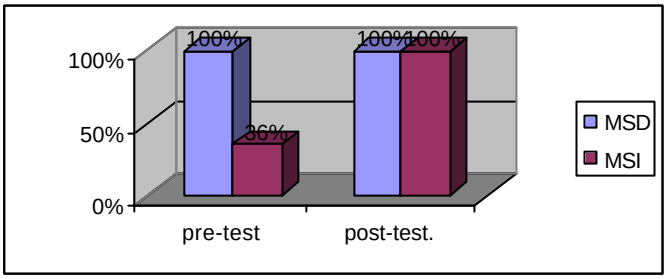
Tabla Nº 29: Presas.

	Pre-test.		*Post-test*	
	MSD	MSI	MSD	MSI
Bidigitales				
Por oposición terminal	•	•	•	•
Por oposición subterminal	•	•	•	•
Por oposición subtermino lateral	•	•	•	•
Pluridigitales				
Tridigitales	•	•	•	•
Tetradigitales	•		•	•
Pentadigitales	•		•	•
Palmares				
Digito palmar	•		•	•
Plena palma	•		•	•

Centradas	•		•	•
Presas con la gravedad.	•		•	•
Presas mas acción.	•		•	•
Puntuación:	100%	36%	100%	100%
Total de presas porcentual.	68%		100%	

Podemos ver en la Tabla 29, cómo el sujeto Nro.5 presenta un incremento del 32% en cuanto al movimiento articular en manos de MMSS pudiendo alcanzar el 100 % de las presas en el período de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 59: Presas.



En el Grafico 59 se pueden apreciar los porcentajes de las presas logradas en el periodo de pre-test y las alcanzadas en pos-test con MMSS

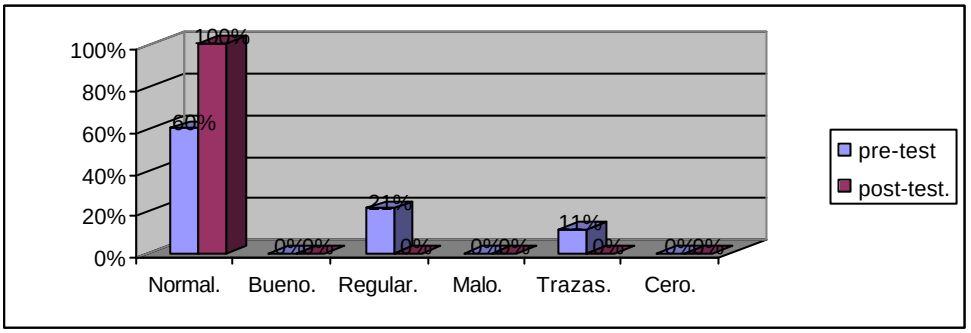
Tabla Nº 30: Fuerza Muscular.

		Ptre-test.						***Post-test.***					
		Normal	B	Regular	Malo	Trazas	C	Normal	B	R	M	T	C
Hombro.	Extensión.	•						•					
	Abducción.	•						•					
	Aducción.	•						•					
	Rotación interna.	•						•					
	Rotación extema.	•						•					
Codo.	Flexión.	•						•					
	Extensión.	•						•					
	Pronación.	•						•					
	Supinación.	•						•					
Muñeca.	Flexión.	•						•					
	Extensión.	•						•					

	Desv. Cubital.	•						•					
	Desv. Radial.	•						•					
Dedos	Flexión MCF			•				•					
	Extensión. MCF			•				•					
	Flexo-extensión IFP					•		•					
	Flexo-extensión IFD					•		•					
	Abducción.			•				•					
	Aducción.			•				•					
Puntuación:		68%	0%	21%	0%	11%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Total de FM porcentual		**33%**						**100%**					

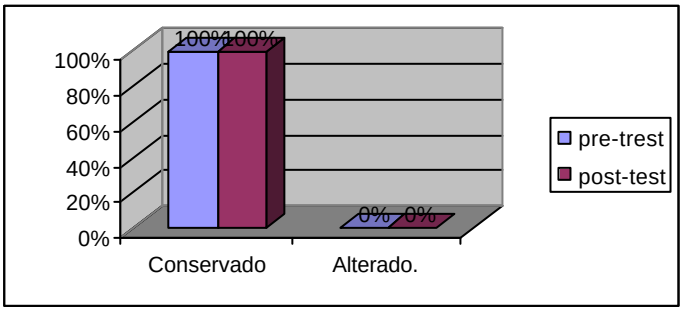
En la tabla 30 se observa un incremento del 67% en el rango de movimiento logrando alcanzar el 100% de rango de movimiento normal en post-test.

Grafico Nº 60: Fuerza Muscular.



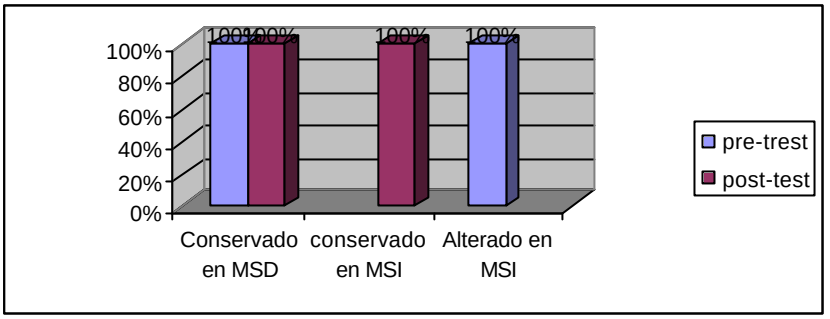
En el Grafico 60 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 30, en los cuales se representan los cambios en la fuerza muscular de MMSS registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 61: Tono Muscular.



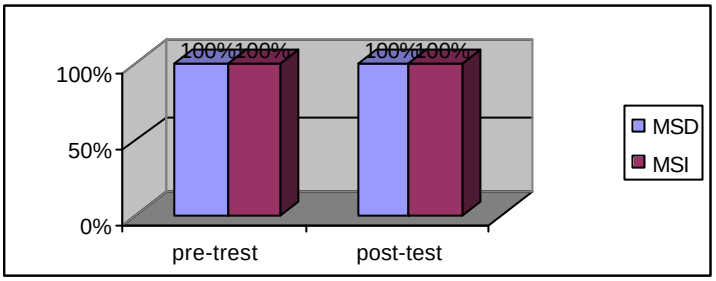
No se observan modificaciones en el tono muscular, el cual se encuentra 100% *Conservado* tanto en el pre-test como en el post-test. En el Gráfico 61 se puede apreciar el porcentaje del tono muscular de MMSS en el periodo de pre-test y post-test.

Grafico Nº 62: Trofismo.



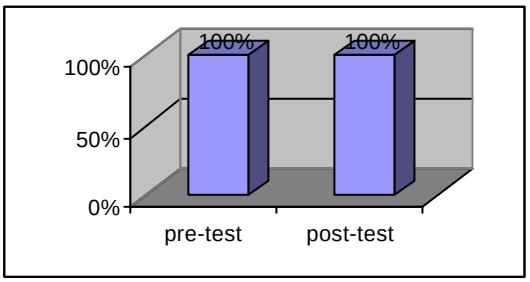
En el grafico 62 se puede observar una modificación del 100 % en el *Trofismo* del sujeto Nro. 5, en dedo anular de MSI, alcanzando el 100% de un trofismo Conservado en post-test. Mientras que MSD mantiene el 100% de un trofismo conservado tanto en pre-test como en post-test.

Grafico Nº 63: Coordinación.



En el Grafico 63 se observa que el sujeto número 5 no presenta modificaciones en los movimientos coordinados manteniendo el 100% de los movimientos (disociados alternados y simultáneos) tanto en pre-test como en post-test.

Grafico Nº 64: Función Sensoperceptiva



En lo que hace a la *función sensoperceptiva (visión y audición),* el sujeto Nro.5 no presenta alteraciones manteniéndose el 100% del pre-test en post-test, esto puede apreciarse en el gráfico número 64.

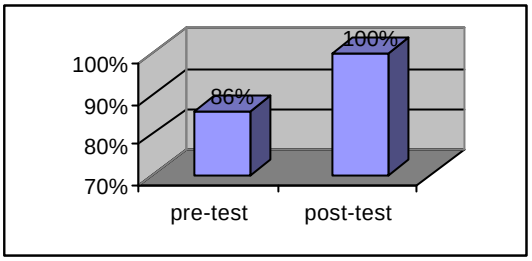
Tabla Nº 31: Funciòn Cognitiva.

		Pre- test.	*Post-test.*
Orientación.	Temporal.	•	•
	Espacial.	•	•
Memoria.	Anterograda	•	•

	Retrógrada.	•	•
Concentración		•	•
Atención.		•	•
Juicio.			•
Total porcentual:		**86%**	**100%**

En lo que hace a la *función cognitiva* (Tabla 32) el sujeto no presenta alteraciones manteniéndose el 100% en post-test.

Grafico Nº 65: Función Cognitiva.



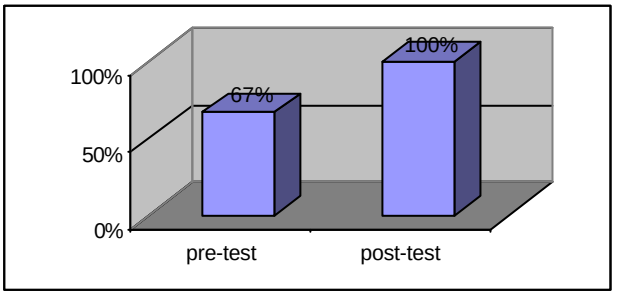
En el Grafico 65 se muestran los cambios en cuanto a la función cognitiva registrados en los periodos de pre-test y pos-test.

Tabla Nº 32: Función Intrapersonal.

	Pre- test.	***Post-test.***
Autoestima.	•	•
Motivación.	•	•
Tolerancia a al frustración.		•
Total porcentual:	**67%**	**100%**

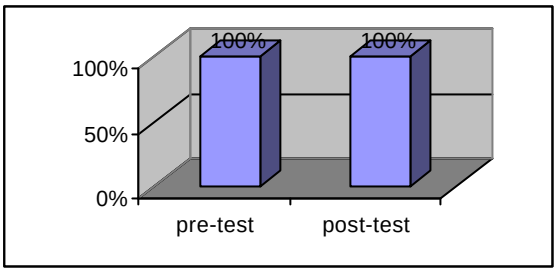
En la Tabla 32 del sujeto Nro. 5, se puede notar el incremento del 33 % de la función intrapersonal en post-test.

Grafico Nº 66: Función Intrapersonal.



En el Grafico 66 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 32, en la Función Intrapersonal, registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

Grafico Nº 67: Función Interpersonal.



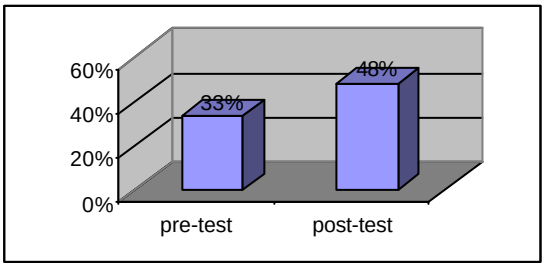
Con relación a la *Función Interpersonal*, el sujeto Nro. 5 mantiene una buena relación con los pares la familia y la T.O tanto en pre-test como en post-test (es decir el 100% se mantiene intacto). Esto puede ser apreciado en el grafico 67.

Tabla Nº 33: Actividades de Tiempo Libre

		Pre-test.	***Post-test.***
Importancia.	*Muy* importante.		•
	Algo importante.	•	
	Nada importante.		
Actividades.	Deportes.		•
	Act. Al aire libre.	•	•
	Act. Plásticas.		•
	Ver T.V.		
	Juegos de mesa.		•
Energía invertida	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Satisfacción	Poca.		
	Moderada.	•	
	Mucha.		•
Factores que dificultan la participación	Oblig. Familiares.	•	•
	Falta de dinero.	•	•
	Oblig. Laborales.	•	
	Nadie con quien realizarlas.		
	Falta de motivación.		
	Otros.		•
Total porcentual:		**33%**	**48%**

En lo que se refiere a las *Actividades de Tiempo Libre* (Tabla 33) se observa un incremento del 15% en post-test. ; la diferencia está dada en el nivel de satisfacción la importancia atribuida y la cantidad de actividades realizadas; pudiéndose observar en la tabla 69 importantes modificaciones en el post-test

Grafico Nº 68: Actividades de Tiempo libre.



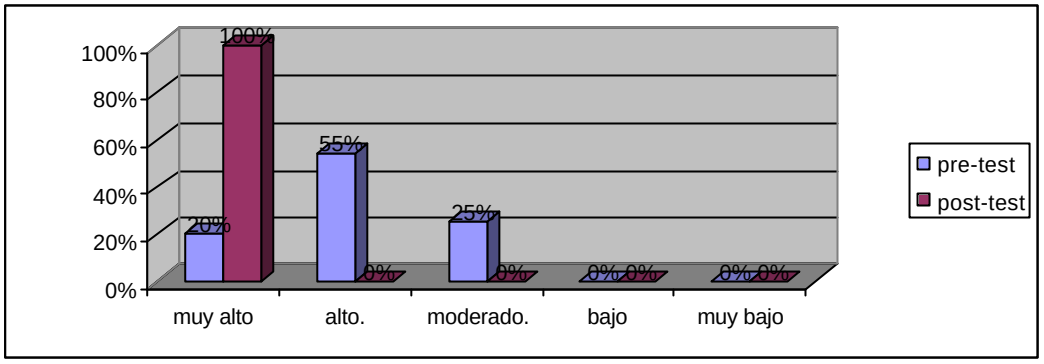
En el Grafico 68 se puede apreciar los resultados presentados en cuanto al uso significativo del tiempo libre registrándose notables cambios en los periodos de pre-test y post-test.

Tabla Nº 34: Evaluación del Comportamiento Ocupacional- Versión Cooperativa (AOF-CV).

	Pre-test.					***Post-test.***				
Voliciòn.										
Valores.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Selección de roles significativos y bien definidos		*				*				
Selección de las metas personales.		*				*				
Selección de los estándares personales para la conducción de las A.V.D.		*				*				
Conocimiento expresado de eventos e ideas pasados presentes y futuros y valores a cerca de cómo se debe utilizar el tiempo		*				*				
Causalidad personal.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Cconvicción expresada en el control interno		*				*				
Cconfianza en que posee una gama de habilidades			*			*				
Confianza en la competencia de sus habilidades en las tareas personalmente relevantes?			*			*				
Anticipación esperanzada de éxito en las tareas futuras.			*			*				
Interés.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Discrimina los grados de interés.		*				*				
Identifica claramente una gama de interés.		*				*				
Participa rutinariamente en sus intereses			*			*				
Habituación.										
Roles.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra un conjunto de roles vitales	*					*				
Posee un concepto realista de las demandas y obligaciones sociales de sus roles.		*				*				
Expresa comodidad o seguridad en sus principales roles.	*					*				
Hábitos.	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Demuestra el uso bien organizado del tiempo		*				*				
Informa que sus hábitos son socialmente aceptables	*					*				
Demuestra flexibilidad suficiente en sus hábitos			*			*				
Habilidades ocupacionales/ desempeño										
	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo
Para moverse o manipular objetos.		*				*				
Para manejar eventos, procesos y situaciones de distintos tipos		*				*				
De comunicación e interpersonales necesarias para la interacción con las personas.	*					*				
Puntuación:	*20%*	*55%*	*25%*	*0%*	*0%*	*100%*	*0%*	*0%*	*0%*	*0%*
Total porcentual	**33%**					**100%**				

Por último, en las destrezas de comportamiento ocupacional (Tabla 34), se puede notar un considerable aumento; alcanzando el 100% de un comportamiento ocupacional muy alto.

Grafico Nº 67: Comportamiento Ocupacional.



En el Grafico 67 se puede apreciar los resultados presentados en la Tabla 35, en los cuales se representan los cambios en el desempeño ocupacional registrados en los períodos de pre-test y pos-test.

7.5. Fotografías:

Fotografías Nº 1 y Nº 2: Férula estática de flexión de dedo anular de mano de MSI.

F1

F2

Fotografías Nº 3 y Nº 4: Férula estática de extensión de articulaciones MCF; IFP e IFD de mano de MSI

F3

F4

Fotografías Nº 5, Nº 6 y Nº 7: Pesebre finalizado.

F5

F6

F7

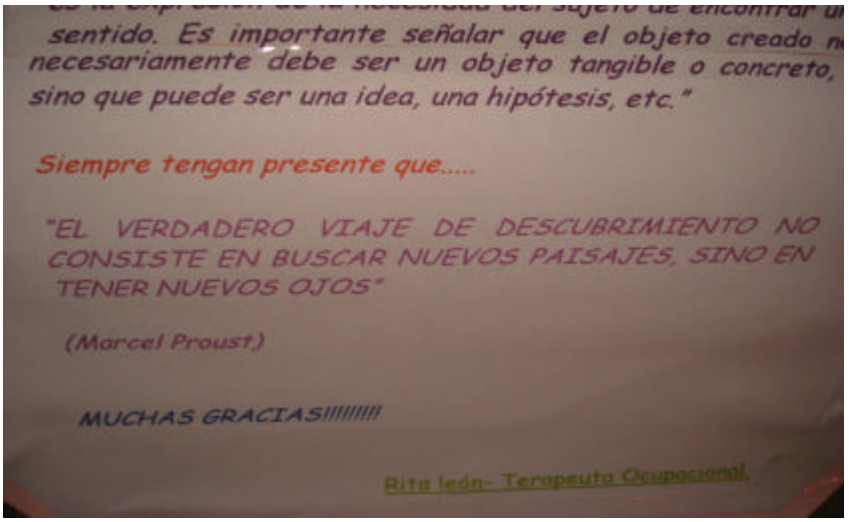
Fotografía Nº 8: Algunos de los participantes...

En la parte posterior del pesebre se colocó una explicación sobre el trabajo realizado desde terapia ocupacional, y los objetivos de la actividad propuesta. Con el fin de que todas las personas que observasen el pesebre, comprendan la actividad desde una perspectiva más compleja (mas allá) del "hacer para pasar el rato" o "hacer para no aburrirse"...

Además se realizó una lista (en orden alfabético) con el nombre de todas las personas que participaron. Era muy emocionante ver a cada uno de ellos encontrase en esa lista y dejar salir una gran sonrisa... signo de satisfacción y logro.

No quiero dejar de resaltar la gran satisfacción, que todos sentíamos, al visitar cada mañana el pesebre y observar que cada vez contaba con más animales y niños Jesús, fruto del compromiso colectivo logrado durante toda la actividad.

A continuación presento el extracto final de la nota explicativa... (Fotografía nº 9)



F9

Rita León Molina
Terapeuta Ocupacional
MP 076