

MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL

EDITORAS/ES:

María Paz Ossandón

Soledad Sánchez

Javiera Estévez

Sue Jones

Pamela Sepúlveda

Daniela Flores

Juan Pino

2020

ÍNDICE

MODELOS BASADOS EN LA OCUPACIÓN

- | | |
|--|-----------|
| 1. Modelo Persona, Ambiente y Ocupación | Página 3 |
| 2. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional | Página 6 |
| 3. Modelo de la Ocupación Humana | Página 9 |
| 4. Modelo Kawa | Página 12 |

MODELOS COMPLEMENTARIOS PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 1. Modelo Comunitario | Página 14 |
| 2. Valoración Geriátrica Integral | Página 17 |

Infancia

- | | |
|------------------------------------|-----------|
| 3. Desarrollo Psicomotor | Página 19 |
| 4. Modelo de Integración Sensorial | Página 22 |

Salud Física

- | | |
|----------------------------|-----------|
| 5. Modelo de Control Motor | Página 24 |
| 6. Modelo Rehabilitador | Página 28 |
| 7. Modelo Biomecánico | Página 31 |

Salud Mental

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 8. Modelo Recovery | Página 33 |
| 9. Modelo Cognitivo Conductual | Página 35 |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Página 37

1. MODELO PERSONA, AMBIENTE Y OCUPACIÓN

Genesis Pino
Francisca Silva

Base conceptual

El modelo Persona, Ambiente y Ocupación se construye sobre la base de la teoría de la ciencia social que describe a la persona y su relación con el entorno (Brown, s.f.), cabe destacar que este modelo nace en un contexto influenciado por los movimientos sociales de personas en situación de discapacidad, que buscaban evidenciar las barreras dentro del entorno y validarse como sujetos de derecho (Brown, s.f.). Este modelo está basado en la ocupación y surge para establecer una relación teórico-práctica entre la interacción de la persona, el ambiente y la ocupación, y así facilitar el saber de los terapeutas ocupacionales sobre esta relación dinámica entendida como desempeño ocupacional.

Conceptualización teórica

Dentro de sus principales conceptos encontramos:

- **Persona:** En este modelo se ve a la persona desde un punto de vista holístico, se entiende como un ser dinámico que asume roles y está en constante interacción con su ambiente y se reconocen dentro de sus componentes la mente, el cuerpo y el espíritu. Además, cuenta con una serie de atributos donde encontraremos los valores e intereses que ayudan a establecer lo que será placentero o significativo para la persona, las capacidades o competencias que incluirán las habilidades sociales, cognitivas, emocionales y motoras, además de las experiencias de vida que contribuyen con los antecedentes culturales y la historia personal.
- **Ambiente:** Es donde tiene lugar el desempeño ocupacional y tiene componentes físicos que serán los aspectos más tangibles como la estructura del lugar en el que nos encontramos o los objetos materiales que nos rodean, los componentes culturales, por otro lado, hacen referencia las costumbres, creencias y normas de comportamiento que provienen de experiencias compartidas, junto con estos, los componentes sociales se van a definir en este modelo como las relaciones interpersonales de las que forma parte el usuario e incluye igualmente los sistemas económico y político ya que estos delimitan los derechos de las personas en situación de discapacidad, y por último, el ambiente tiene un aspecto temporal que contiene factores relacionados a la persona y a la ocupación.
- **Ocupación:** Desde este modelo las tareas definidas como combinaciones de acciones con un propósito en común, son la unidad básica de las ocupaciones que se entienden como actividades significativas y dirigidas a objetivos que se extienden en el tiempo, estas ocupaciones se llevarán a cabo mientras la persona asume diferentes roles en variados ambientes.

- **Desempeño ocupacional:** Es el foco del modelo y se entiende como el resultado de la interacción dinámica entre la persona el ambiente y la ocupación, esto se representa con un diagrama de venn en donde se muestra la relación entre estos tres aspectos y en su punto de encuentro veremos el desempeño ocupacional. (Brown, s.f.)

Como ya se mencionó antes la relación entre los tres conceptos principales se entiende como el desempeño ocupacional, esta relación es dinámica y única ya que los factores que la componen están en constantemente cambiando e influyéndose entre sí. El entorno juega un papel importante ya que va a influir en el comportamiento de la persona por lo que puede considerarse como facilitador o inhibidor del desempeño ocupacional, además se verá influenciado por la persona misma ya que sus características y cualidades definirán su forma de interactuar con el entorno y la manera en que se llevan a cabo las ocupaciones.

Cuando todos estos factores (persona, ambiente, ocupación) se encuentren en equilibrio existirá un mejor desempeño, sin embargo, se debe tener en consideración que este es un proceso dinámico, por lo que va a estar en constante cambio a lo largo de todo el ciclo vital.

Tecnología de aplicación

Este modelo no posee pautas de evaluación propias, sin embargo, las pautas que se utilizan deben ser atinentes a los planteamientos del modelo Persona, Ambiente y Ocupación. Por otro lado, se definen 5 estrategias de intervención propias que están, en su mayoría, dirigidas al entorno.

- **Intervenciones de establecer/restablecer:** se enfoca en la persona, en desarrollar y mejorar las habilidades para que la persona pueda realizar las ocupaciones en el ambiente.
- **Intervenciones de adaptar/modificar:** modificar el entorno o la ocupación con el fin de que mejore el desempeño ocupacional de la persona.
- **Intervenciones de alterar:** no se modifica a la persona, ni la ocupación ni el ambiente. Se centra en aprovechar lo que ya está ocurriendo naturalmente.
- **Intervenciones de prevenir:** puede ser la acción de mejorar habilidades en la persona o modificar el entorno, pero que se realizan antes de que se ocasione algún problema.
- **Intervenciones de crear:** estrategia ideada para promover el desempeño en el contexto. Por ejemplo, introducir una nueva rutina en la vida del usuario.

Potencialidades y limitaciones

La ventaja de este modelo es que contempla la multiplicidad de los factores que influirán en el desempeño ocupacional de una persona y esto nos permite tener una mirada más amplia a la hora de llevar a cabo la evaluación e intervención. Asimismo, las relaciones entre persona, ambiente y ocupación se entienden como dinámicas y únicas. El PAO, al ser un modelo genérico, tiene la capacidad de adaptarse a las diferentes realidades y factores (sociales, económicos, culturales) que influyan en el proceso de intervención.

Por otro lado, una de las limitaciones principales de este modelo es que no posee pautas de evaluación propias, esto puede dificultar al momento de obtener información específica sobre los usuarios. Sin embargo, al ser un modelo abierto y dinámico las limitaciones que se presentan pueden volverse potencialidades si son guiadas de la manera correcta.

2. MODELO CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Camila Alvear
Alejandra Leyton
Valentina Pino

Base conceptual

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional emerge desde los acuerdos de la asociación canadiense de terapeutas ocupacionales y el departamento nacional de bienestar en el año 1997. Resalta y destaca la filosofía humanista del proceso terapéutico, que es fundamental en la cultura canadiense.

La práctica disciplinar bajo la filosofía de este modelo está centrada en la o el usuario, enfocándose en el desempeño ocupacional y la interrelación de persona, ocupación y ambiente. De esta forma, el modelo tiene como valores y creencias que las ocupaciones son de gran relevancia para la salud y bienestar, son modificables, dan sentido a la vida y se van transformando con el entorno.

El modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, es universal, utilizándose en diferentes personas, grupos y comunidades, en diversos ambientes terapéuticos. El modelo se caracteriza en su centralización en el desempeño ocupacional y en observar a las personas como seres espirituales, las cuales están en constante interrelación con sus ocupaciones y ambientes. La relación usuario-terapeuta ocupacional, debe ser dinámica y relacional.

Los problemas y desafíos que se encuentran en el modelo son principalmente problemáticas en el desempeño ocupacional, los cuales se dan principalmente en actividades productivas, como el trabajo y educación; y en actividades de esparcimiento, como el ocio y tiempo libre. Estos se suelen dar cuando existen cambios en el “equilibrio entre la persona, su entorno y su ocupación, lo que influye de manera negativa sobre el desempeño ocupacional” (Kielhofner, 2004). También se da cuando existe “una incompatibilidad entre la persona, el entorno y la ocupación influyendo de manera negativa sobre el desempeño ocupacional” (Kielhofner, 2004).

Conceptualización Teórica

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional desarrolla principalmente 3 conceptos centrales: Persona – Ambiente – Ocupación.

- Persona: Es el ser individual como tal, donde se encuentra la espiritualidad. También, se encuentran componentes observables del desempeño ocupacional, como lo afectivo, cognitivo y físico.

- Ocupación: Actividades con sentido. En las que encontramos el autocuidado, la productividad, construcción comunitaria y el esparcimiento.
- Ambiente: Lo componen el ambiente físico, social, cultural e institucional

Tecnología de aplicación

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional describe una serie de elementos claves para la evaluación e intervención que se relacionan con:

- Relación terapéutica: En este modelo el protagonista es el o la usuaria, y la relación terapéutica tiene que estar en pro de ello.
- Motivación: Esencial para la participación en actividades significativas.
- Espiritualidad: Comprensión propia de la persona, de su existencia, y el sentido de la vida. Es una manifestación de una realidad superior, y una autodeterminación.
- Ética: Se basa en los principios humanistas, respetando los principios bioéticos.

Este modelo está enfocado en respetar todas las decisiones que tome el o la usuaria. Por lo que permite mantener el enfoque en los objetivos de las personas. Esto se debe a que son los clientes quienes tienen un conocimiento propio acerca de sus vidas ocupacionales, por lo tanto, son ellos quienes conocen sus necesidades. La COMP (medida canadiense del desempeño ocupacional) permite obtener aquellas actividades que realiza el(la) usuario(a), y la importancia que tiene para él o ella. Visualizando así, como el cliente percibe su desempeño y su satisfacción.

Por otra parte, se describen Principios orientadores para el proceso de Terapia Ocupacional, donde:

- Se fundamenta la práctica en los valores, el sentido y la elección de las personas.
- Se debe escuchar el punto de vista de las personas. El terapeuta ocupacional le facilita al cliente que visualice sus necesidades y problemáticas.
- El terapeuta respeta cómo el cliente quiere llevar sus procesos, y provee la información necesaria frente a las dudas que este tenga. Por lo que debe existir una buena comunicación terapéutica.

Potencialidades y Limitaciones

Se destacan como potencialidades del modelo que posee e intenciona una práctica humanista, lo que quiere decir que está basada en la persona, con enfoque en el desempeño ocupacional. Asimismo, identifica y reconoce los principales factores que favorecen el desempeño ocupacional de los(as) usuarios(as), lo que facilita las prácticas disciplinares centradas en la ocupación. Lo anterior se ve potenciado con la práctica centrada en el cliente, donde se pone especial atención a la relación terapéutica establecida entre el o la profesional y el o la usuaria, favoreciendo el trabajo de colaboración.

Por otra parte, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional plantea una propuesta genérica y universalista, es decir, para todo tipo de personas, poblaciones y grupos, lo que permite su adaptación a distintos contextos.

Producto del contexto de emergencia del modelo, se destacan dentro de sus conceptualizaciones las ideas de justicia ocupacional y el empoderamiento de las personas, áreas fuertemente desarrolladas en la disciplina canadiense.

En cuanto a las limitaciones, es posible reconocer que al ser un modelo que realza la capacidad y voluntad del cliente, es necesario que exista una participación activa por parte del o la usuaria en el proceso terapéutico, donde sea capaz de visualizar sus limitaciones, problemáticas y potencialidades, de lo contrario la intervención se hace más dificultosa. En este contexto, su aplicación pudiera verse interferida en el caso de que el cliente no participe, mediado por contexto sociales y sanitarios asistencialistas o por la propia motivación o interés personal.

Por otra parte, para su aplicación requiere de capacitación y comprensión del o la terapeuta ocupacional, quien debe tener el conocimiento y las herramientas necesarias respecto al modelo, para saber cómo ponerlo en práctica, y que exista una comprensión por parte del cliente sobre lo que se está realizando. De lo contrario, si el terapeuta no tiene bien integrados dichos conocimientos, el desarrollo de las sesiones en base a este modelo no serán efectivas.

Finalmente, y teniendo en cuenta el contexto chileno, caracterizado en el sector salud por perspectivas centradas en profesionales, resulta fundamental procurar la priorización de las problemáticas y objetivos en conjunto con el cliente, además, de tener un rol cooperativo, de asesoría y/o de acompañamiento al cliente durante la intervención, que podría configurarse como un desafío en el contexto de asistencialismo y las relaciones de poder entre profesionales y usuarios/as.

3. MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

Iskra Orellana
Javiera Rodríguez
Javiera Soto

Base conceptual

“El modelo de ocupación humana fue el primer modelo contemporáneo de teoría y práctica que se articulara en función a la Ocupación” (De las Heras, 2013 pp18), nació desde el trabajo de Gary Kielhofner, en una época en donde la terapia ocupacional estaba fuertemente marcada por el paradigma mecanicista alejándose de las bases de la disciplina.

“El modelo organiza los conceptos de ocupación en un marco teórico basado en la teoría general de sistemas” (De las Heras, 2013 pp18), es decir, describe al hombre como un sistema dinámico donde la participación ocupacional es su resultado final. Destacan tres componentes: volición, habituación y capacidad de desempeño, que en interacción con los factores ambientales constituyen parte de un todo que facilita o restringe la actividad. Este modelo busca comprender cómo las personas se motivan para participar en diversas ocupaciones, comprender los patrones que tienen para realizar sus actividades de la vida diaria y comprender la capacidad que despliega el ser humano al realizar éstas en su vida cotidiana.

Este modelo busca responder a estas inquietudes:

- a) ¿Por qué los seres humanos tienden a la actividad? ¿Qué elementos explican las diferencias individuales en la elección de la actividad y los modos de ejecutarlas? ¿Por qué las personas experimentan de manera diferente el "hacer" las cosas?
- b) El patrón recurrente del hacer que forma la vida cotidiana, en el que las personas tienden a comportarse de manera similar día tras día, es más, diferentes personas se inclinan a tener los mismos patrones de comportamiento. En resumen, gran parte de la vida humana sigue rutinas y muestra patrones que reflejan un orden social mayor, ¿qué mantiene la regularidad de los comportamientos?
- c) Cuando los seres humanos hacen las cosas muestran una amplia gama de patrones de desempeño físico, psíquico, cognitivo y social.

Basado en lo anteriormente mencionado, el Modelo de Ocupación Humana se centra en el interés del usuario, por lo cual, la práctica está centrada en la ocupación y en el cliente.

Conceptualización Teórica

Los conceptos principales abordados en este modelo son:

- a) Persona:

- La volición: es la motivación por la ocupación. Compone 3 aspectos que son los valores, la causalidad personal y los intereses.
 - La habituación: proceso por el cual la ocupación es organizada en patrones y rutinas. Incluye los hábitos y roles.
 - La capacidad del desempeño: es la capacidad de hacer las cosas y que está dada por el estado de los componentes físicos, psicológicos, denominada capacidad objetiva y la experiencia subjetiva o cuerpo vivido.
- b) Ambiente: son las características particulares del contexto que tiene un impacto en lo que se hace y cómo se hace. Incluye dimensiones globales, entendidas como cultura y condiciones económicas y políticas; y dimensiones específicas, englobando a aspectos físicos y sociales.
- c) Dimensiones del hacer: resultado de la relación entre los componentes anteriores (volición, habituación, capacidad de desempeño y el impacto ambiental), incluye la:
- Participación ocupacional: participación en cualquier área del desempeño.
 - Desempeño ocupacional: se refiere al hacer de una forma ocupacional.
 - Habilidad ocupacional: son las acciones observables de cómo la persona se desempeña en la forma ocupacional. Esto incluye las habilidades motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción.

Todos los aspectos del hacer se encuentran estrechamente relacionados y dan lugar a la:

- Identidad ocupacional: sentido de “quien es uno y quien desea llegar a ser como ser ocupacional” (Kielhofner, 2006 pp162).
- Competencia ocupacional: capacidad de mantener un patrón de participación ocupacional que logre reflejar la identidad ocupacional.
- Adaptación ocupacional: “construcción de una identidad ocupacional positiva y al logro de competencia ocupacional con el tiempo en el contexto del ambiente propio” (Kielhofner, 2006 pp162).

El modelo describe que existen 3 tipos de cambios a los cuales se enfrenta la persona a lo largo de su vida:

- Cambio incremental: alteración progresiva en el tiempo (ej. Envejecimiento).
- Cambio transformacional: “cambio que ocurre cuando uno altera de modo fundamental o cualitativo en un patrón establecido de pensamientos, sentimientos y desempeño” (Kielhofner 2004, pp138). (ej. convertirse en padres).
- Cambio catastrófico: “circunstancias internas o externas alteran drásticamente la situación de vida ocupacional, lo que requiere una reorganización fundamental” (Kielhofner 2004, pp138), no es elegido (ej: accidente, muerte de familiar cercano).

Tecnología de aplicación

Para poder llevar una intervención desde este modelo, existen diversas evaluaciones, estas incluyen evaluaciones observacionales (ejemplo: AMPS), autoevaluaciones (ejemplo: Listado de intereses), entrevistas (ejemplo: OPHI II) y evaluaciones con métodos mixtos para recoger información. Además, posee manuales y artículos para la implementación de programas basados en el modelo y ejemplos de casos documentados tanto en evaluación como en el plan de intervención y en la intervención.

Una de las principales estrategias que desarrolla en modelo, es la intervención a través de las etapas de cambios, denominadas: exploración, competencia y logro. Las tareas fundamentales del cambio son: construir una identidad ocupacional por la cual nos conocemos y conocemos nuestras vidas y establecer competencia ocupacional en nuestros patrones del hacer

Potencialidades y Limitaciones

Algunos de los puntos fuertes de este modelo para su aplicación basado en el contexto nacional son:

- Una de las potencialidades de este modelo es que valora completamente el significado de la actividad que realiza el usuario.
- Este modelo nos ayuda a entender la complejidad sobre la que se desarrolla la motivación por hacer y aprender, o volición. La importancia de nuestros roles y los de los demás a nuestro alrededor para desempeñar hábitos y rutinas. Las habilidades que permiten y fortalecen el desempeño.
- Al estar centrada en el usuario, las intervenciones tienen una mayor participación y motivación de parte del cliente, ya que está basada en sus intereses.

Algunas de las dificultades y/o desafíos en la aplicación teórico-práctica de las propuestas del modelo en el contexto nacional son:

- Los instrumentos de evaluación se ven afectados por la virtualidad, ya que algunos requieren de la observación y en esta modalidad no es directa a los usuarios, por lo que se dificulta visualizar los gestos o postura corporal.
- No le da mucho énfasis al ambiente, dado el contexto actual esto debería ser considerado porque nos debemos adaptar a una nueva modalidad de vida.

4. MODELO KAWA

Grace Acosta
Constanza Correa

Base conceptual

El modelo Kawa fue creado por Michael Iwama, utilizando la naturaleza como metáfora. Surge con la intención de solventar las diferencias culturales entre occidente y oriente.

Es por lo anterior, que el modelo se podría caracterizar por:

- Bases teóricas desde la perspectiva natural, cosmológica y ontológica.
- Adaptable a necesidades culturales, en que los modelos anteriores a este estaban orientados a la cultura occidental, por lo que se buscaba que fuese flexible.
- Individuo inmerso en su entorno, no diferenciado ni situado jerárquicamente en este.
- Armonía y equilibrio como propósito del modelo.
- El objetivo es ayudar a ampliar y equilibrar el flujo vital de los individuos y colectividades.
- Modelo relacional.

Conceptualización teórica

El río es el estado de bienestar óptimo en la vida del individuo, donde hay ciertas estructuras y componentes que pueden afectar su flujo. Esos componentes son:

- **Agua:** representa a la energía o flujo vital de la persona o colectivo. (Envuelve y define a los otros elementos del modelo). Si el flujo se debilita el individuo puede ser calificado en un estado de no armonía.
- **Paredes:** representa el entorno del individuo o colectivo. Compuesto por el contexto social.
- **Troncos:** representa los atributos personales, como los valores, personalidad, habilidades, entre otros que pueden afectar de manera positiva o negativa.
- **Rocas:** circunstancias de la vida que se perciben como problemáticas difíciles de superar e interfieren con el flujo vital.
- **Espacios:** son las motivaciones del individuo, relacionándose con el potencial terapéutico.

Tecnología de aplicación

La aplicación de este modelo consiste en solicitarle a la persona que realice un dibujo de su propio río con los elementos que describe el modelo.

La interpretación de este dibujo se centra en el mundo del individuo, viéndolo de manera holística, unificada e inseparable de su contexto. Se presta atención a los espacios y troncos, siendo las motivaciones y atributos personales, respectivamente. Los espacios se consideran como las oportunidades para resolver dificultades, siendo una herramienta fundamental para el trabajo desde la terapia ocupacional. Desde la intervención, este modelo busca prevenir o eliminar obstrucciones futuras que puedan afectar el flujo vital.

Potencialidades y Limitaciones

Dentro de las potencialidades del Modelo Kawa es posible destacar su flexibilidad con el contexto, ya que pretende ser adaptable a las diferentes culturas y contexto sociales del individuo. Además, este modelo considera al individuo inmerso en su entorno, no se asume al individuo como ser diferenciado de este, ni situado en una posición de privilegios.

Sobre posibles limitación se puede considerar que este no es un modelo lineal, sistemático ni secuencial, por lo cual se puede dificultar la comprensión por la utilización de metáforas. Por otra parte, depende en gran parte de la interpretación que el/la terapeuta le dé al dibujo, de su capacidad reflexiva y de análisis, siendo susceptible a ser alterado por este/a de manera conceptual y estructural para que coincida con los contextos sociales y culturales, debido a que la perspectiva oriental es difícil de entender para personas de diferentes culturas. Además, este modelo carece de postulados explícitos, rígidos y universales.

1. MODELO COMUNITARIO

Scarlett Ayala
Brandon Pavez
Octavio Trujillo

Base conceptual

El modelo comunitario se genera con la finalidad de hacer una bajada más concreta de la práctica profesional de las distintas profesiones. Esto, desde una visión particular de lo psicosocial; comprendiendo cómo el entorno físico y social, en el que está inserto la persona, impacta en lo psíquico, psicológico y en el bienestar en general de las personas y en la comunidad en sí. De esta forma, se proporciona una mayor integralidad, la cual está estrechamente relacionada con la visión y esencia que tiene la Terapia Ocupacional.

El objetivo de este modelo está orientado a dar respuestas y soluciones a las necesidades que presentan las comunidades de una forma integral, otorgando herramientas y contribuyendo en las personas para que sean ellas mismas las que puedan llegar a una solución de sus problemáticas al interior de sus comunidades. Por lo cual, este modelo se puede utilizar como una herramienta para generar un “diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, programas y proyectos de intervención social” (Martínez, 2006).

Por otra parte, el modelo comunitario orienta el “trabajo de las instituciones con las comunidades humanas con las que se relaciona” (Martínez, 2006). Tras esto, se puede considerar como un modelo transdisciplinar, debido a que es aplicable y apoya a distintas disciplinas y profesiones que se encuentren dentro de la institución y que se articulan con las comunidades.

La intervención comunitaria posee dos grandes componentes:

- **Componente social:** Es la institución en donde se realiza la intervención, la que posee jerarquías que se deben respetar y utilizar para una intervención significativa.
- **Componente comunitario:** Se relaciona con las relaciones humanas propias de la socialización entre los componentes de una comunidad, en este componente se realiza la práctica.

Por otra parte, se encuentra el sistema de actuación: se entiende como el espacio en donde se realizará la intervención, implica utilizar los recursos disponibles para solucionar las problemáticas que impiden o pudiesen impedir el correcto funcionamiento de una comunidad. Este modelo de inclusión socio comunitaria trata de articular lo que ocurre dentro de las instituciones (mundo del sistema) y dentro de las propias comunidades (mundo de la vida).

El modelo comunitario genera propuestas enfocadas a dos grandes dimensiones de la salud; la promoción y la prevención. Desde la **promoción**, se plantea el cómo generar condiciones que a las personas les otorgue mayor bienestar, alejándose de la enfermedad y enfocándose en la autoestima, en el bienestar psicosocial y las oportunidades de asociación a sus miembros, generando de esta forma espacios de convivencia cotidiana. Por otra parte, desde la **prevención** de Salud, se evita un empeoramiento de las problemáticas o enfermedades e impedir un mayor cuadro de vulnerabilidad.

Conceptualización Teórica

El modelo comunitario posee 3 articulaciones en su proceso interventivo:

- **Articulación Teórico - Práctico:** Esta articulación se basa en la práctica orientada desde la teoría, buscando sus relaciones y coherencias.
- **Articulación Institucional - Comunitario:** Corresponde a la articulación del trabajo del/la Terapeuta Ocupacional, realizando acciones desde lo institucional afectando a lo comunitario.
- **Articulación Positivo - Negativo:** Busca potenciar los aspectos positivos de las personas, y también considera aspectos negativos tradicionales de las problemáticas.

La intervención del modelo comunitario está basado en el **Modelo de Redes Integrado:**

Este modelo articula dimensiones individuales de cada persona con las dimensiones comunitarias o externas a su desarrollo. Dentro de este modelo podemos encontrar 2 tipos de redes:

- **Red social abierta o socio céntrica:** No se centra en un sujeto, sino que se enfoca en el espacio distribuido donde se relaciona la persona, tiene que ver con todas las interacciones que tienen las personas en su vida cotidiana al interior de sus comunidades, ya sea instituciones, grupos, comunidades, entre otras.
- **Red social focal o egocéntrica:** Se concentra en la persona y en aquellos vínculos más cercanos, como la familia, la pareja del usuario, entre otros.

Tecnología de aplicación

Podemos encontrar dos modos de intervención:

- **Intervención en red:** Este tipo de intervención se vincula con la red social focal o egocéntrica, incluye un contacto directo con las personas y su círculo cercano, enfocándose operativamente en función de las problemáticas y necesidades del usuario.
- **Práctica en red:** Este tipo de intervención se vincula con la red abierta o socio céntrica. Interviene mediante mediadores sociales como otras instituciones, organizaciones, entre

otras. Con el propósito de generar contextos que posibiliten su desarrollo como sistema de conversación.

Potencialidades y Limitaciones

Al ser un modelo que se puede complementar con otros, al ser transdisciplinar y al considerar tanto a los círculos pequeños y cercanos de las personas y aquellos espacios más abiertos donde se relacionan los usuarios en la vida cotidiana, permite poder intervenir y tener un abordaje más integral en la comunidad, lo que se constituye como una de sus principales potencialidades.

En cuanto a posibles limitaciones, es posible decir que depende en demasía de la jerarquía institucional en donde se realice, en donde la modificación de los factores socioculturales problemáticos adquiere gran relevancia para que se logren resultados significativos y mantenidos durante el tiempo. Por ejemplo, en el caso de que los directivos de la institución en donde se lleve a cabo la intervención comunitaria presenten preponderancias culturales o bien fuesen de una mentalidad conservadora y resistente al cambio, el logro de los objetivos de intervención podría verse limitado.

2. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Lucía Ortiz
Ninoska Torrico

Base conceptual

La valoración geriátrica o gerontológica integral es un proceso de diagnóstico que permite integrar conocimientos desde esferas sociales, médicas, psíquicas y funcionales con el fin de realizar una intervención interdisciplinaria con la persona mayor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cifras de personas mayores aumentará de un 12% a un 22% entre el año 2015 y 2050 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), por lo que esta población se ha convertido en un foco importante al momento de pensar en medidas de salud.

Este modelo se compone por la integración de distintas visiones disciplinares, siendo de suma relevancia contar con un equipo interdisciplinario para su desarrollo, tanto para realizar una buena valoración geriátrica integral (VGI), como para su posterior abordaje. La VGI considera 4 áreas relevantes a evaluar: médica, funcional, psíquica y social.

Las propuestas de la evaluación geriátrica son, en primer lugar, mejorar la precisión diagnóstica, con el fin de optimizar el tratamiento y mejorar los resultados de la intervención médica, en términos de elevar la calidad de vida y el estado funcional (Rubenstein, 2005).

Conceptualización teórica

Este modelo se sustenta sobre las bases de la gerontología, la cual es definida como “la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, tanto biológicos como psicológicos o sociológicos, teniendo en cuenta, además, su evolución histórica y los factores referidos a la salud de la persona mayor” (Millán, 2006, pág. 16). El principal grupo de estudio de esta ciencia, son las personas mayores, población que se caracteriza por ser la más heterogénea dentro del ciclo vital y por tanto de un alto desafío al momento de plantear una intervención de salud, puesto que no todos/as los/las adultos/as mayores presentan la misma sintomatología frente a una misma patología, lo que suele generar dificultades al momento de establecer un diagnóstico claro.

Otra característica de esta población es el envejecimiento, el cual “constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte” (Minsalud, s.f)

Tecnología de aplicación

Dentro de la VGI se utilizan escalas cuantitativas y cualitativas, que permiten indicar el nivel de funcionalidad, calidad de vida, independencia, autonomía, entre otros. La valoración geriátrica integral se enfoca principalmente en 4 áreas: médica, social, psíquica y funcional.

Dentro del área **médica** se exploran antecedentes personales, anamnesis, historia clínica, junto con una exploración física y una escala de síndromes geriátricos (Sanjoaquín, Fernández, Mesa & García-Arilla, 2006, p. 60)

También se evalúa el área **funcional** donde se puede utilizar el Índice de Barthel para evaluar AVDB y el de Lawton & Brody para AVDI, entre otros instrumentos de medición, los cuales nos permiten conocer el nivel de independencia que mantiene el/la usuario/a al momento de desarrollar las ocupaciones de su diario vivir (Sanjoaquín *et al.*, 2006, p. 61 - 62)

En el ámbito **social**, existen instrumentos de medición como el Índice OARS (escala de recursos sociales), escala de la sobrecarga del o la cuidador/a de Zarit, mapa de redes, entre otros. Estos evalúan las redes de apoyo, si es que existe fragilidad social para el/la adulto/a mayor, evaluación del entorno físico y social y recursos que puede entregar el/la cuidador/a. Estas evaluaciones las realiza idealmente un profesional no sanitario, como un/a trabajador/a social (Sanjoaquín *et al.*, 2006, p. 67 - 68)

En el área **psíquica** se utilizan escalas como el test minimal, cuestionarios de memoria, test de reloj, escala de depresión geriátrica de Yesavage, etcétera. Estos instrumentos evalúan y miden principalmente las funciones mentales, cognitivas y emocionales, reflejando trastornos cognitivos, conductuales y/o afectivos. (Sanjoaquín *et al.*, 2006, p. 62 - 67)

Si bien, existen escalas e instrumentos de medición universales, la incorporación de estas para el diagnóstico integral va a depender de cada persona a la que se evalúe, por lo que es necesario comprender que estas son herramientas dentro de la VGI y que es necesario priorizar de acuerdo a las necesidades de cada adulto/a mayor.

Potencialidades y Limitaciones

En cuanto a las potencialidades identificadas para la Valoración Geriátrica Integral es posible reconocer:

- Los instrumentos y escalas utilizadas para la evaluación van a permitir que dentro del equipo interdisciplinario se facilite la comprensión de los conceptos integrados en la VGI, por lo tanto creará un lenguaje común entre profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Permite generar un diagnóstico más completo para el desarrollo de una intervención de manera integral abordando la mayor información acerca del/la usuario/a, generando un diagnóstico focalizado en un enfoque biopsicosocial y no solo centrado en la enfermedad, como sería con un modelo biomédico.

Las limitaciones identificadas para la aplicación de la VGI se relacionan con:

- No siempre existe un equipo interdisciplinario para realizar una VGI, pudiendo verse limitadas algunas áreas de diagnóstico. Por ejemplo: en la esfera social es recomendable un especialista de esta área, como un/a trabajador/a social, por lo tanto, si este/a no está disponible en el centro de salud, puede que esta esfera no se vea integrada en su totalidad dentro del diagnóstico realizado.
- A pesar de la gran variedad de pautas para realizar una VGI, es relevante tener formación en el área de adulto mayor y situarse en el contexto de la persona, para que el resultado de la evaluación se condiga con la real situación de esta y no se generen mal interpretaciones.

3. DESARROLLO PSICOMOTOR

Sofía Becerra
Paula Rojas

El desarrollo psicomotor no es en sí mismo un modelo de intervención, sin embargo, se pueden desarrollar intervenciones centradas en potenciar este componente. En general, es algo que vamos a observar y a evaluar cuando trabajamos con la población infantil, independientemente si trabajamos enfocados en el área de salud mental o física.

Base conceptual

El desarrollo psicomotor se refiere al conjunto de habilidades que el/la niño/a va logrando producto de la maduración del SNC y la interacción con el medio. Si bien el desarrollo sigue una secuencia biológica éste se encuentra fuertemente influenciado por factores del entorno en el cual crece el/la niño/a.

El desarrollo psicomotor sigue un patrón de evolución de “espiral”, es decir, que la secuencia de adquisición de habilidades implica la potenciación y complejización de todo el sistema.

La psicomotricidad comprende el ritmo respiratorio, el esquema corporal, la coordinación motriz gruesa y fina, lateralidad y coordinación temporo-espacial.

Las intervenciones en la niñez, al igual que en las otras etapas del ciclo vital, debe estar centrada en la persona, entendiéndose como un ser integral en el cual están influyendo aspectos individuales y contextuales. Pero un elemento que diferencia esta etapa de las otras es que comprende los primeros años de vida de una persona, por lo tanto, se encuentran vivenciando las primeras experiencias lo cual es fundamental para su desarrollo, “el infante está iniciando su aprendizaje sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea, por lo que la dimensión de cualquier proceso de intervención terapéutica adquiere una connotación especial” (Polonio, Castellanos, & Viana, 2008, p. 183). En los modelos de intervención en niños/as es muy importante tener una visión holística y evaluar cada factor que rodea al menor, entre estos encontramos: familia, sistema social y sistema político.

La intervención con enfoque psicomotor tiene como objetivo fomentar la ideación motora, es decir, que se logre conjugar el deseo de hacer con la ejecución motora y la acción concreta, mediante la experiencia vivida de distintos movimientos.

La T.O define a las personas como seres ocupacionales y utiliza la ocupación como medio y fin de las intervenciones. Dado que el juego es la principal ocupación en la niñez, este suele ser utilizado como estrategia de intervención en el trabajo con niños y niñas.

La profesión promueve la participación de los menores en ocupaciones significativas, considerando el entorno en el cual se encuentran y sus características propias. Desde la Terapia Ocupacional debemos ofrecer oportunidades para que el menor explore en distintas ocupaciones y participe en

ocupaciones significativas con el objetivo de potenciar su autonomía e independencia en las distintas áreas.

La ocupación viene determinada por los valores culturales y se manifiesta en patrones constituidos por acciones que emergen a través de las interacciones entre el niño y el entorno y está definida por las actividades que el niño quiere realizar o que se espera que realice (Polonio, Castellanos, & Viana, 2008).

Conceptualización teórica

Algunos conceptos que debemos comprender para entender las problemáticas del desarrollo psicomotor:

- **Desarrollo del psicomotor:** Se refiere a la adquisición de habilidades, es un proceso continuo y dinámico que refleja que el sistema nervioso central del niño que está madurando.
- **Hitos del desarrollo:** Son las habilidades del desarrollo claramente identificables y que marcan una nueva etapa. Para considerar un hito como alcanzado, debe estar en forma permanente y no sólo causal. Los mayores hitos se concentran en los primeros dos años de vida.
- **Edad cronológica:** corresponde al tiempo transcurrido entre la fecha del nacimiento y la fecha de la evaluación.
- **Edad corregida:** en caso de un niño/a prematuro/a se debe calcular la edad corregida. Para ello, a la edad cronológica se debe restar el tiempo de prematuridad.
- **Edad de desarrollo:** Este concepto hace referencia a la edad de desarrollo alcanzada por el/la niño/a de acuerdo al desarrollo psicomotor alcanzado al momento de la evaluación.

Es importante saber cuándo estamos en presencia de un retraso o riesgo en el desarrollo psicomotor, es por lo que nos vamos a referir a:

- **Retraso:** Es cuando hay más de dos hitos que no se han logrado.
- **Riesgo:** Es cuando hay uno o dos hitos del desarrollo psicomotor que no se han logrado o que tiene un retraso pequeño de un par de meses.
- **Patológico:** El retraso del desarrollo psicomotor se explica por una patología a la base.

Es importante considerar que vamos a tener una variabilidad en la expresión psicomotriz, esto depende de cada persona, ya que no todas tienen el mismo ritmo de desarrollo.

Tecnología de aplicación

Los instrumentos de evaluación del desarrollo psicomotor buscan: medir y valorar el desarrollo alcanzado en particular por los niños y niñas en la esfera psíquica y motora.

Algunas de las evaluaciones que se utilizan son:

- Escala de desarrollo psicomotor: Evalúa el desarrollo psicomotor a través de la observación individual y entrevistas al cuidador/a.
- Test de aprendizaje y desarrollo infantil (TADI): Evalúa el desarrollo y aprendizaje a través de una evaluación individual y preguntas al cuidador/a. Esta es una pauta de evaluación chilena.

Los resultados obtenidos deben ser complementados e interpretados en conjunto con la historia clínica, la observación clínica, la historia familiar y escolar, y la visión interdisciplinaria.

Potencialidades y Limitaciones

Se reconocen como potencialidades las intervenciones basadas en el desarrollo psicomotor:

- Se considera el juego como la principal estrategia de intervención.
- Mantiene la visión holística del usuario al igual que en las otras áreas.
- Podemos trabajar desde un enfoque rehabilitador, preventivo o de adaptación del entorno.

En cuanto a las limitaciones reconocidas, es posible decir que:

- Algunos instrumentos de evaluación no se encuentran estandarizados en la población chilena.
- Muchas veces se pierde el enfoque de la ocupación, centrándose en la función.
- Presencia de adultocentrismo y sistemas de producción: si bien esta no corresponde a una limitación propia del trabajo psicomotor, cuando se trabaja con la niñez es importante reflexionar si estamos favoreciendo un espacio de participación y expresión o si nos posicionamos sólo como (re)-productores de los ideales sociales.

4. MODELO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL

Constanza Acevedo
Rodrigo González
María José Muñoz

Base conceptual

El Modelo de Integración Sensorial fue creado por la Terapeuta ocupacional Jane Ayres durante un estudio en niños, más específicamente la relación entre las discapacidades del aprendizaje y sus problemas de interpretación de las sensaciones del cuerpo y del entorno. El modelo se sustenta en el proceso de integración del cerebro, el cual organiza, integra y analiza la información sensorial. A modo general, el modelo se enfoca en niños que presentan dificultades en sus roles y/o en la participación o realización de sus actividades diarias. La conexión con Terapia Ocupacional se da mediante el juego, la principal ocupación en niños y niñas.

La integración sensorial es un proceso innato que ocurre en todos y todas nosotras, puede verse reflejado por ejemplo en todos nuestros tipos de relaciones y vínculos creados desde la niñez al ser un proceso intrauterino que se va perfeccionando a lo largo del tiempo en los primeros años de vida. Cuando las funciones del cerebro están integradas y balanceadas, se manifiesta en conductas adaptativas. Finalmente, la integración sensorial no se puede observar a simple vista, pero se puede evaluar a través de la observación de la conducta.

Conceptualización teórica

El modelo utiliza como sustrato a los sentidos: gusto, olfato, visión, audición, tacto, propiocepción (posición del cuerpo), vestibular (equilibrio y movimiento). El modelo en sí destaca tres sustratos de los sentidos: El táctil, el vestibular y el propioceptivo los cuales nos muestran información respecto a mi propio cuerpo y de cómo mi cuerpo se desenvuelve en el contexto. El proceso de integración sensorial tiene 4 partes o componentes: estímulo (que llega por alguno de los sentidos), registro (dado por los receptos del SNC), modulación (por el sistema reticular y SNA) y discriminación (dada por el tronco y el tálamo).

Tecnología de aplicación

La evaluación se da por observación clínica o por pruebas estandarizadas. Algunas de estas pruebas estandarizadas son: Prueba TSI: evalúa control postural y coordinación motora en niños y niñas de 3 a 5 años; Perfil Sensorial de Dunn: Es un cuestionario a los cuidadores sobre procesamiento sensorial, modulación, respuestas emocionales y conductas; Evaluación del proceso sensorial de Parham y Ecker: califica comportamientos con componentes visuales, táctiles y vestibulares.

Potencialidades y Limitaciones

Como potencialidad es posible decir que el modelo de integración sensorial nos entrega herramientas para tratar disfunciones específicas: disfunción de la modulación sensorial, dispraxia, disfunción vestibular, disfunción propioceptiva y disfunción táctil, entre otros. Cuando no se presentan respuestas óptimas a lo esperado nos encontramos en términos generales con **Hiporrespuesta-Hiporresponsividad**. Estas generan respuestas no adaptativas en el sentido de poder BÚSQUEDA el estímulo. Por otro lado, se puede presentar dificultad en nos encontramos con **Hiperrespuesta- Hiperresponsividad**-. Lo anterior genera de misma manera una respuesta no adaptativa, provocando la huida o evitación del estímulo.

Asimismo, se identifica como potencialidad que la terapia integrativa es un proceso natural: las deficiencias sensoriales en niños se pueden corregir de forma natural mediante el juego y la exploración. En este sentido, el modelo de integración es de suma importancia en otros trastornos como los trastornos del espectro autista: el DSM-V utiliza como base los sentidos para explicar este trastorno.

Se observa como beneficio para la práctica disciplinar que al ser un modelo con muchas herramientas, que están en constante expansión. A su vez, las prácticas y tecnologías del modelo están sustentadas por la evidencia.

Finalmente, es atingente también considerar como una potencialidad el hecho de que desde nuestra subjetividad como terapeutas ocupacionales somos capaces de ver al usuario en su globalidad, desde cualquiera sea su contexto, viendo a estos niños, niñas y a su familia dentro de un sistema.

En cuanto a las limitaciones bajo el contexto chileno, principalmente relacionado con la atención asociada a la población infantil, existe predominio de un asistencialismo y una falta de empoderamiento de los usuarios, padres, madres y cuidadores en el en relación a la salud de sus niños y niñas, visualizándose como un modelo que responde a la lógica de prácticas sustentadas bajo una perspectiva biomédica.

Por último, la terapia de integración sensorial utiliza muchos implementos, tecnologías y recursos para ser efectiva. De esta forma, el modelo de integración sensorial se configura como un modelo muy costoso. Esto provoca que el acceso de los usuarios a este tipo de intervenciones sea limitado, al menos en Chile.

5. MODELO DE CONTROL MOTOR

Francesca Filgueira

Constanza Méndez

Catalina Vargas

Bases conceptuales

El Modelo de Control Motor se sustenta de 8 teorías:

- 1. Teoría refleja:** Los reflejos son el componente básico del comportamiento complejo y trabajan juntos o en secuencia para lograr un objetivo común
Limitaciones: no explica los movimientos voluntarios o que frente a un estímulo pueden generarse distintas respuestas.
- 2. Teoría jerárquica:** el SNC está en una estricta jerarquía vertical. El SN está arriba y todos los demás hacia abajo, el SNC es el que rige todo esto y los demás sistemas no tienen ninguna influencia en él (cascada unidireccional).
Limitaciones: Los demás sistemas tienen el mismo nivel de importancia que el SNC, pues se forma una relación dinámica entre todos los sistemas del cuerpo.
- 3. Teoría de programación motora:** dentro de la cabeza existen patrones que se organizan y así se pueden manifestar como los de marcha, de la escritura, etc.
Limitaciones: no siempre serán exactamente estos patrones. Son dinámicos y cambiantes
- 4. Teoría de los sistemas:** Corrige la teoría jerárquica. Dice que todos los sistemas van a influir sobre los otros sistemas,
Limitaciones: no considera al ambiente, los estímulos del exterior.
- 5. Teoría de la acción dinámica:** “afirma que cuando un sistema de partes individuales se une, sus elementos se comportan colectivamente en forma ordenada, no siendo necesario un centro superior que envíe las instrucciones para lograr la acción coordinada” (Cano-de-la-Cuerda, 2015, p.35)
Limitaciones: le quita importancia al SNC, poniendo el principal énfasis entre en el ambiente físico y el ambiente.
- 6. Teoría del procesamiento de distribución en paralelo:** Teoría más completa que incluye los puntos anteriores y dice que el SNC avanza en líneas, en series y en forma paralela, son múltiples vías que suben y bajan y pueden ser simultáneas.
Limitaciones: “Los modelos basados en esta teoría no imitan el procesamiento de la información durante el desempeño y el aprendizaje” (Cano-de-la-Cuerda, 2015, p.34).
- 7. Teoría orientada a las actividades:** dice que siempre nos moveremos con el foco a una actividad y, por ende, hay que estudiarla en base a las actividades y propósitos. Esta teoría está relacionada con las ocupaciones, el propósito de realizar las tareas.
Limitaciones: “No informa sobre cuáles son las actividades fundamentales del SNC y los elementos esenciales que se controlan en una acción” (Cano-de-la-Cuerda, 2015, p.34).

- 8. Teoría ecológica:** dice que los seres humanos hemos ido adecuando el control motor en la medida en que se ha ido modificando el ambiente. El control motor se adecua de acuerdo a las condiciones ambientales. En esta teoría se incluye el contexto del usuario, las condiciones que lo rodean.

Limitaciones: Saca del foco la organización y función del sistema nervioso central.

El modelo de control motor aborda problemáticas del ámbito de las disfunciones físicas. Se reconocen y consideran fundamentales, aquellas relacionadas al sistema nervioso central, sin embargo, no solamente se incluyen aquellas de este tipo, sino todas las que conlleven problemas del control de movimientos, independiente de la razón que lo cause.

La posibilidad de ejecutar correctamente los movimientos en el espacio, permitirá que logremos desempeñar el sin fin de ocupaciones que consideremos de interés, por lo que el principal desafío del modelo es otorgar lineamientos de intervención que permitan recuperar, a través de la correcta estimulación este control y devolver, idealmente la capacidad de participar en las actividades del día a día.

Conceptualización teórica

El control motor es el estudio de la naturaleza del movimiento humano. Se divide en dos partes importantes:

- Estabilización del cuerpo en el espacio (control motor aplicado a la postura y el equilibrio).
- Desplazamiento del cuerpo en el espacio (control motor aplicado al movimiento).

Así, el modelo se compone de tres conceptos importantes que se van a conjugar para el desarrollo del control motor: Acción, Percepción y Cognición.

Al realizar una intervención a un(a) usuario(a) debemos observar distintos puntos focales, como lo son los patrones al ejecutar una tarea y el entorno, el cual puede funcionar como un facilitador u obstaculizador.

Para contextualizar la evaluación es importante considerar que un movimiento normal debe estar dirigido a un objetivo, debe ser económico (utilizar la menor energía posible), adaptado, puede ser voluntario/automático/automatizado a través del tiempo.

Conceptos posteriores para comprender el control motor es que posee una base de sustentación o apoyo, donde la base define el tono; tiene una alineación; una estabilidad dinámica; un feedback y un feedforward.

Tecnología de aplicación

Existen múltiples enfoques para tratamientos específicos con el fin de tratar el control motor: Los enfoques más utilizados en la práctica de la Terapia Ocupacional corresponden al Enfoque Bobath y el Enfoque Kabat.

1. Enfoque Bobath: Abordaje diseñado para restaurar el movimiento y la participación de personas con lesiones de la motoneurona superior. Las principales alteraciones que se observan para este enfoque son: dificultades de la coordinación del movimiento y el tono y control postural.
 - Evaluación: Para realizar la evaluación del usuario de acuerdo a este enfoque debemos considerar la capacidad de mantener el alineamiento postural adecuado para la ocupación, habilidades de desempeño motor, calidad del movimiento y sus componentes, tono muscular y cambios en el procesamiento sensorial.
 - Tratamiento: Se debe realizar una intervención siguiendo una secuencia del desarrollo, por ejemplo: si tengo alguna lesión, tengo que ir de los movimiento más básicos a los más complejos, de esta forma el SNC va madurando y memorizando esta información; realizar los estímulos sensoriales adecuados para provocar los patrones básicos de movimiento y las respuestas de enderezamiento y de equilibrio; controlar la postura y el tono anormales, empleando patrones de inhibición de los reflejos; frenar los patrones anormales de movimiento, devolviendo al usuario el control motor perdido.
 - Bobath dice que a medida que un usuario pueda experimentar el movimiento normal, será capaz de aprender nuevos patrones de movimiento y, por lo tanto, se va a poder recuperar el movimiento normal. Utiliza el concepto de facilitación, que se refiere a la estrategia utilizada por el profesional de la rehabilitación para guiar la experiencia de movimiento normal, es decir, el T.O. guía al usuario en una actividad funcional.
2. Enfoque Kabat: Diseñado para trabajar en cualquier lesión que sea osteo y musculoesquelética que influyan en el control motor. Se basa en la idea de que el uso de la información propioceptiva o aferente de forma repetida, ayuda a mejorar la representación cerebral y por tanto el desempeño motor.
 1. Evaluación: Se debe evaluar el desarrollo normal, se debe observar en qué etapa del desarrollo se encuentra el/la usuario(a), cuáles son los movimientos que él/ella utiliza y dentro de ello evaluar las diagonales que él/ella acostumbra a usar, de esta manera sabremos que es necesario corregir.
 2. Tratamiento: Para realizar la intervención se deben utilizar todos los mecanorreceptores que se estimen convenientes para darle información al usuario con el fin de que reconozca la mano o el segmento que no está siendo reconocido de la forma correcta, pero siempre incluyendo las diagonales porque son la forma correcta en la que se mueve el cuerpo.

Potencialidades y Limitaciones

La principal potencialidad observada del modelo de *control motor* es que a medida que surgen nuevas teorías para sustentar el modelo van agregando los conceptos de las teorías pasadas generando un mayor nivel de alcance hacia el conocimiento y la aplicación en la práctica de este modelo, además otorga una mejor calidad en el proceso de rehabilitación para el/la usuario(a), asimismo considera factores ambientales y estímulos externos que pueden estar involucrados.

En el contexto nacional realizar una intervención si hablamos de una disfunción física significa un gran desafío ya que la contingencia limita el contacto y por lo que estar cerca del usuario para analizar sus patrones de ejecución sería complejo, pues limita nuestra observación y nos dirige a buscar nuevas formas de evaluación respetando las bases conceptuales del modelo.

Sin embargo y gracias al trabajo multidisciplinario de profesionales presentes en los procesos de rehabilitación es que se crean nuevas estrategias y metodologías para alcanzar procesos satisfactorios.

Por otra parte, y debido a la dificultad inminente que significa vivir en situación de pandemia global, es que aflora la limitación que puede mermar en la experiencia interventiva, en el análisis y posterior evaluación integral del/a usuario(a), pues las actividades propuestas y diseñadas dentro del marco del modelo de control motor se realizan con el fin de estimular la capacidad de movimientos del usuario, donde la presencialidad juega un papel vital, ya que es el/la terapeuta quien actúa como guía del movimiento para comenzar la estimulación. Sin duda, genera una limitación la lejanía que se provoca entre usuario(a) y Terapeuta Ocupacional, sin embargo, debemos adaptarnos a cada situación dificultosa para entregar el mayor beneficio a quienes lo necesiten.

6. MODELO REHABILITADOR

Bernardita Tello
Javiera Valenzuela

Base Conceptual

El modelo Rehabilitador se origina al inicio del Mundo Moderno y se consolida en los años posteriores a la Primera Guerra Mundial cuando miles de personas resultaron heridas o mutiladas, pero no solo fueron esas las principales causas, es decir, que también se incluyen accidentes laborales, hogareños, etc.

El modelo Rehabilitador de Terapia Ocupacional adopta la Filosofía de la Rehabilitación, la cual, enfatiza las capacidades del individuo, por lo que, se centra en los métodos compensatorios.

Las bases conceptuales de este modelo son:

1. Ciencias Médicas: Ayudan a comprender la influencia de procesos patológicos sobre las capacidades de desempeño de los individuos.
2. Ciencias Físicas: Ayudan a comprender la biomecánica del movimiento humano, a diseñar o seleccionar dispositivos de asistencia y a modificar el ambiente.
3. Ciencias Sociales: Aportan un conocimiento importante sobre cómo los individuos y las sociedades responden a la enfermedad crónica y la discapacidad.

Este modelo se centra más en la capacidad, que en la discapacidad. Se entiende que hay una limitación y ciertas complicaciones, pero se enfoca principalmente en las habilidades remanentes. Entiende la rehabilitación como el proceso terapéutico a través del cual las personas que presentan algún tipo de disfunción o enfermedad crónica incapacitante, en las que no existen posibilidades razonables de recuperación, alcanzan el desempeño ocupacional competente en sus AVD y participación social, manteniendo los niveles más altos de calidad de vida en todas las fases de su enfermedad o lesión. Por tanto, es aplicable en personas con patología crónica.

Como se mencionó anteriormente, el Modelo Rehabilitador utiliza un enfoque compensatorio, que tiene dos principales herramientas: la primera, son los dispositivos de ayuda, entendidos como las ortesis o ayudas técnicas, y lo segundo son las modificaciones ambientales y a las tareas.

Tiene como principal objetivo la consecución de la máxima independencia posible en el funcionamiento ocupacional y en el desempeño de los roles vitales.

Conceptualización Teórica

La rehabilitación en este modelo está relacionada con el valor intrínseco y la dignidad del individuo y con la restauración de una vida positiva y satisfactoria. Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación cuando no es posible la recuperación del déficit.

Asimismo, el Modelo Rehabilitador considera que la motivación influye en el grado de recuperación de la persona y que, la motivación, para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental.

En este modelo, la rehabilitación está considerada como un proceso de enseñanza-aprendizaje; por tanto, requiere un mínimo de habilidades cognitivas y emocionales, además de la motivación necesaria para participar de dicho proceso.

Tecnología de aplicación

La evaluación se centra en identificar las metas y la función de la persona en actividades de autocuidado y de participación social, como laborales y de tiempo libre. Además, proporcionar un resumen de las capacidades y competencias de la persona en el desempeño de sus actividades. De igual manera, es importante centrar la evaluación tanto en el usuario como en su red de apoyo, a modo de educarla en torno a compensaciones, estrategias o ayudas técnicas.

El método de evaluación que utiliza es la observación del desempeño del usuario en actividades seleccionadas y también entrevistas sobre las prioridades cotidianas de las personas y comunicaciones sobre su nivel de competencia en las actividades diarias

Los aspectos que este modelo evalúa son: Desempeño en AVD – AVDI, desempeño de roles, hábitos, organización de la rutina diaria del usuario, ambiente físico y social, acceso al entorno comunitario y/o espacios públicos, requerimiento y manejo de ayudas técnicas y capacidades residuales.

Durante el proceso terapéutico deben analizarse los propósitos de la persona, así como sus capacidades y limitaciones y el contexto del desempeño, para poder determinar las estrategias compensatorias más adecuadas al caso. La evaluación ambiental es relevante para conocer las posibles barreras y/o potencialidades.

Las ayudas técnicas son unas de las principales herramientas que pueden implementarse desde el modelo. Los Terapeutas Ocupacionales estamos capacitados para generar dispositivos adaptados como el engrosamiento de utensilios de comida, adaptación para el cierre/apertura de llaves de agua, entre otros.

Potencialidades y Limitaciones

Este modelo posibilita a la persona a vivir tan independiente como sea posible.

Una de las potencialidades o beneficios que el Modelo Rehabilitador presenta se relaciona con el hecho de que este se encuentra centrado en la Persona y las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Además, este modelo toma en cuenta los valores inherentes en las personas, sus intereses, se centra en sus habilidades remanentes y en los recursos que se encuentran disponibles, en el contexto natural del desempeño y los sistemas de apoyo que se encuentran disponibles.

Otra potencialidad importante, se relaciona con el enfoque del modelo, que prioriza la capacidad por sobre la discapacidad de las personas. Además, para su proceso de evaluación considera las

ocupaciones de los usuarios y su estructura y conceptualización teórica es amigable y propicia una fácil comprensión.

Como en todo modelo, también se presentan limitaciones, y en el caso del Modelo Rehabilitador las limitaciones se basan en la escasez de la evidencia acerca de la fiabilidad y la validez de las evaluaciones y su utilidad terapéutica. Esta limitación conlleva a que muchas veces las intervenciones realizadas por Terapeutas Ocupacionales se limiten a modelos con mayor relevancia teórica y evidencia, puesto que, se entrega mayor validez a las intervenciones realizadas. Asimismo, por su baja complejidad, generalmente tiende a utilizarse como complemento ante un modelo de mayor calibre teórico.

La escasez de evidencia científica es considerada una limitación relevante debido a la baja sistematización de intervenciones en Terapia Ocupacional, lo que se posiciona como un punto en contra en relación al desarrollo de la disciplina.

7. MODELO BIOMECÁNICO

Alex Muñoz
Constanza Zúñiga

Base Conceptual

Las bases conceptuales del modelo Biomecánico son el realizar el tratamiento en base a las destrezas corporales básicas en las AVD (actividades de la vida diaria). Éste se centra principalmente en problemas musculoesqueléticos, en la recuperación de los déficits en enfermedades o lesiones agudas. Además de lo anterior, tiene como área de intervención dentro de la prevención de alteraciones derivadas del movimiento (microtraumatismos).

Cabe destacar que el modelo Biomecánico trata disfunciones que no provengan de un daño neurológico, sino que trata una disfunción de la extremidad como tal, donde el control motor está conservado.

Conceptualización teórica

De acuerdo con la conceptualización teórica, este modelo se centra principalmente en las destrezas corporales, las cuales son muy necesarias para lograr un Desempeño Ocupacional óptimo. Para abordar esto, se toman tres conceptos muy importantes, los cuales son la “Fisiología Musculoesquelética”, “Leyes Mecánicas” y los “Procesos de reparación Fisiológica”. Estos tres conceptos se trabajan a través de la “Resistencia”, la “Fuerza” y el “Rango de Movimiento”.

Esto se puede apreciar al momento de que un usuario/a debe realizar una actividad de la vida diaria, ya que necesita que la resistencia, la fuerza y el rango de movimiento se complementen y relacionen entre sí, para lograr un desempeño ocupacional óptimo en dicha actividad. Desde el modelo se desprende la idea de que gran parte de las actividades que se realizan a diario poseen una dimensión biomecánica, por lo que si ciertas estructuras o funciones corporales se ven afectadas, repercutirá en un óptimo desempeño ocupacional.

Tecnología de aplicación

Para implementar este modelo existen diversas herramientas de evaluación como lo es la ficha clínica del paciente, la revisión de esta misma, la exploración de las destrezas físicas y el uso de instrumentos estandarizados, todo esto con el objetivo de evaluar las implicancias funcionales y ocupacionales generadas por la lesión. Dentro de estos instrumentos se encuentra el goniómetro, el cual sirve para evaluar el rango de movimiento de las articulaciones, el dinamómetro, que sirve para evaluar fuerza muscular, la palpación, entre otros.

Dentro de los principales objetivos del Modelo Biomecánico se encuentra el mantener y/o prevenir limitaciones articulares, incrementar el recorrido articular de la zona afectada, el fortalecimiento muscular, el poder incrementar la resistencia y mejorar la coordinación motora del/la usuario/a.

Potencialidades y Limitaciones

Las principales potencialidades que se logran observar es que, este trabaja desde la prevención de las alteraciones derivadas hasta la recuperación misma de la zona afectada, también se puede utilizar como método compensatorio en distintas disfunciones crónicas. De acuerdo a las actividades con propósito, éstas buscan el restablecimiento de la competencia ocupacional, además, dentro del contexto nacional que presenta Chile, existen diversos centros que ofrecen la rehabilitación física (Teletón, Hospitales) con el modelo biomecánico para distintas alteraciones funcionales que no provengan de un daño neurológico.

Una de las principales limitaciones de este modelo corresponde a la poca importancia que se otorga en base al modelo biomecánico a la motivación, intereses y entornos del usuario/a, ya que principalmente se prioriza lo que son las destrezas motoras básicas, lo cual puede significar aumentar o disminuir el desempeño ocupacional en las AVD, sin embargo, al no priorizar otros componentes de la persona, se pierde el enfoque desde la disciplina de terapia ocupacional, que es observar al ser humano como un ser integral en constante interacción con su entorno.

Por esta razón, la mayor parte del tiempo se debe implementar conjunto al modelo biomecánico un tipo de enfoque o modelo que se relacione con la disciplina como tal, sin dejar de lado la motivación por la ocupación misma. Es por esto que es muy importante no perder la visión en la ocupación y el desempeño ocupacional, ya que si esto no se visibiliza, se pierde la esencia e identidad de lo que es la terapia ocupacional, puesto que la rehabilitación física también la pueden hacer otros profesionales.

8. MODELO RECOVERY

Dafne Céspedes
Michelle Espinoza

Base Conceptual

Para comenzar, debemos contextualizar en qué consiste el modelo Recovery, este modelo se centra en las potencialidades de las personas, identifica factores protectores, las necesidades y autonomía del individuo, a fin de desarrollar una intervención para que los usuarios logren desempeñarse de manera independiente en sus ocupaciones, contribuyendo de esta manera a la construcción de un proyecto de vida, reduciendo la patología como un factor obstaculizador.

El área de interés que se presenta y desarrolla este modelo, es preferentemente el campo de la salud mental, centrado particularmente en alcanzar mayor autonomía, crecimiento personal y calidad de vida de las personas, especialmente recuperando sus narrativas e interpretaciones que realizan sobre su proyecto de vida.

La problemática central que el modelo intenta solucionar, es aquel en donde se reconoce que los las personas diagnosticados con un problema de salud mental se sienten frecuentemente privados de sus derechos, sentimiento que puede interferir en su tratamiento, por lo cual, el modelo intenta lograr que las y los personas sientan un mayor grado de control y dominio en su intervención, se hace importante que sientan que sus decisiones son tomadas en base a un tratamiento que realizarán de acuerdo a sus propios intereses, incluyendo sus culturas y valores. Esto alienta a que las personas sean personajes participativamente activos en la elaboración de sus proyectos de vida y en su propio autocuidado, asignándoles de esta manera más motivación por el hacer.

Conceptualización teórica

Para este modelo, se tiene por concepto de recuperación un significado de vida aislado de la patología o enfermedad misma, pues no se enfoca en solamente si el usuario se recupere clínicamente de su “padecimiento”, ya que, no es lo más relevante cumplir, pues “erradicar” la enfermedad no es suficiente para que la persona pueda volver a desempeñarse en su cotidianidad, sino que también se le asigna relevancia al cómo la persona afronta su vida y, consigue autonomía en los diferentes aspectos de sus ocupaciones diarias, sobre todo para afrontar los obstáculos del futuro de manera satisfactoria.

Se intenta orientar problematizar con la persona para que aumente su capacidad de hacer una vida lisonjera, incluyendo a su vez, el logro de los objetos de interés y comodidad del usuario, incluso si los síntomas de su salud mental siguen presentes. Este enfoque tiene por objetivo lograr un control de ambos aspectos, clínicos y psicosociales.

Tecnología de aplicación

Una de las metodologías prácticas para la aplicación desde este modelo consiste en brindarle al usuario un grado de poder dentro de la intervención, de esta manera, el usuario obtendrá la sensación propia sobre las decisiones sobre su tratamiento y se espera que no desarrolle tendencia

negativa al tratamiento, pues está construido en conjunto y desde sus propias decisiones. Esto por otra parte, puede impactar de manera positiva en la persona en cuanto desarrollo sus competencias de interacción social, su personalidad, capacidad de decisión y autonomía.

Potencialidades y Limitaciones

Se encontrar avances y resultados positivos mediante este modelo en una diversidad de situaciones complejas de salud mental, independiente de los diagnósticos clínicos, que se puede visualizar con:

El paradigma de la recuperación o “Recovery” recibe un fuerte empuje en los años 80 tras la evidencia recogida en diferentes estudios sobre resultados a largo plazo de personas con enfermedad mental grave, donde se puso de manifiesto que entre una cuarta parte y dos tercios de las que habían vivido una psicosis por primera vez eran capaces de conseguir una recuperación parcial o completa, entendiendo como recuperación una suavización de los síntomas hasta un nivel suficiente para no interferir en las actividades diarias, permitiendo al usuario reanudar actividades personales, sociales y profesionales (Vivero., 2018, p.9).

Los estudios muestran una gran potencialidad sobre las rehabilitaciones que se han logrado a partir de este modelo, además, se ve comprobado que promueve a que las personas prosigan con sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido a su diario vivir.

Para este modelo las limitaciones se llevan bastante a la subjetividad, es por esto por lo que llevaremos las limitaciones a una discusión. Mientras realizamos la investigación hubo una frase que capturó nuestra atención y nos incitó a debatir acerca de esta, dicha frase aludía a que, a pesar de que el paciente no controle sus síntomas, si puede controlar su vida.

Dicho paradigma proporciona una visión holística de la persona. La recuperación es vista como un camino, no un destino y para lograrlo se necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales. Promueve que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido a la misma. Las personas, aunque no tengan un control total de sus síntomas, pueden tener un control de sus vidas. Este control se puede adquirir manteniendo buenas relaciones, seguridad financiera, trabajo satisfactorio, crecimiento personal, desarrollando las perspectivas personales culturales y espirituales o desarrollando resistencia a la adversidad o al estrés ante el futuro inmediato (Vivero, 2018, p.10).

No todos los usuarios son iguales, aún cuando presenten las mismas patologías, estas no afectarán al desempeño ocupacional de la misma manera a todas las personas, por lo cual el diagnóstico de salud mental interfiere en una gran o menor medida, pero, aun así, no deja de ser un factor importante, por lo tanto, el camino para la autonomía y estabilidad puede ser más complejo en algunos casos, por lo que creemos irresponsable aislar los síntomas para la intervención.

A pesar de esto, sabemos que no es una frase literal y que es fácil de malinterpretar, en realidad si se toman en cuenta los síntomas del usuario, solamente que este modelo en particular orienta su principal función a lograr la autonomía, impidiendo que la patología clínica de la salud mental del usuario sea un factor limitante para el logro de los objetivos. Aun así, no creemos que esté de más esta clase de reflexiones y que surgieron mediante un debate, pues como mencionamos anteriormente, las limitaciones se dan desde la subjetividad.

9. MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Demily Moreno
Daniela Navarro
Javiera Parraguez

Base conceptual

Las bases que sustentan el modelo se orientan inicialmente desde conductismo radical, el cual busca entender el comportamiento humano desde lo observable y lo experimental. Luego surge la terapia cognitivo-conductual, que da relevancia a lo que pasa dentro de la persona, evolucionando finalmente hacia un enfoque cognitivo post racionalista, en donde los elementos afectivos se relevan en el escenario de la conducta.

Este modelo es utilizado principalmente para sustentar prácticas en salud mental, sin embargo, su enfoque pudiera generar aportes sustanciales en distintas áreas y bajo distintos grupos etarios cuando es relevante abordar la conducta de las personas, considerando que desde esta propuesta teórica se busca modificar la forma como se piensa y/o actúa frente a un problema que provoca desadaptación. Es por esto, que su enfoque está centrado en problemas y dificultades actuales, aprendidas o convertidas en hábitos.

El Modelo Cognitivo Conductual nace como una forma de entender cómo piensan las personas acerca de sí mismos, de los otros y del entorno. De esta forma, se considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos.

Pone énfasis en la validación empírica de los tratamientos, es decir, busca siempre un cambio observable.

Conceptualización teórica

Como conceptos centrales del modelo es posible reconocer

- La conducta: referido a las acciones que representarían la interrelación y manifestación de pensamientos y emociones, por tanto referir a procesos internos no observables.
- La cognición: relacionado con los pensamientos y los procesos cognitivos y racionales.
- La emoción: parte de los procesos internos no observables que permiten expresar y reaccionar a estímulos.

Tecnología para la aplicación:

El Modelo Cognitivo Conductual plantea diversos lineamientos para su ejecución, que es posible visualizar en:

1. Evaluación: Se enfoca en un problema particular, donde el diagnóstico base se considera como antecedente y posible explicación de la desadaptación. La principal estrategia utilizada para este modelo se sustenta en la observación directa del comportamiento a modificar y la narración de la experiencia del usuario o de una figura significativa.

2. Intervención: Incluye Psicoeducación al usuario y figuras significativas, que es posible de implementar mediante estrategias de talleres individuales y grupales, así como bitácoras de seguimiento durante el proceso.

Las técnicas aplicadas para la implementación e intervención sustentada en el modelo refieren a:

- Terapia Racional Emotiva: Identificación de pensamientos irracionales, expectativas o creencias que provocan conductas desadaptadas.
- Terapia de resolución de problemas: Facilitar un método sistemático para resolver problemas.
- Desensibilización sistemática: Romper vínculo entre estresor y respuesta ansiosa.
- Reestructuración cognitiva: Identificar errores de pensamiento para modificarlos.
- Estrategias de autocontrol: Usuario se involucra para producir su propia mejoría.

Potencialidades y Limitaciones

Sobre las potencialidades reconocidas en el modelo se puede referir que se plantea como una gran estrategia debido a la alta demanda de problemas en salud mental que la población padece debido al contexto de pandemia por el cual estamos cruzando. Asimismo, intenta identificar un problema en específico y modificar la desadaptación, mediante un cambio observable o medible. Además, dentro de sus propuestas incluye el trabajo con figuras significativas para el usuario, tanto en la evaluación como en la intervención, mediante el asesoramiento lo que es positivo para obtener mejores resultados.

Debido a la estrategia que plantea, que es la observación directa, se puede considerar como un limitante en este contexto, debido a las dificultades de implementación desde espacios remotos.

Por otra parte, se considera una debilidad que la intervención tenga un plazo acotado, ya que no todas las personas podrían lograr alcanzar los objetivos en dichos tiempos y/o aparecer otras problemáticas luego de resolver algunos hábitos perjudiciales previos.

Este modelo proviene desde la psicología, por ende, está pensado operativamente para dicha disciplina, lo que en ocasiones pudiera generar dificultades para su integración a la terapia ocupacional o generar orientaciones fuera de la profesión, pues no tiene una perspectiva ocupacional ni contextual de la persona. En esta línea y para la TO, este modelo no es de gran utilidad si se utiliza solo, necesitando complementarse con otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cano-de-la-Cuerda, R., Molero-Sánchez, A., Carratalá-Tejada, M., Alguacil-Diego, I. M., Molina-Rueda, F., Miangolarra-Page, J. C., & Torricelli, D. (2015). Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. *Neurología*, 30(1), 32-41.
- Cares, M. (2015). Modelo Rehabilitador. SCRIBD. <https://es.scribd.com/document/266953977/Modelo-Rehabilitador>
- De las Heras, C. (2013) Módulo I, Modelo de Ocupación Humana: Introducción a la Teoría y Práctica. Diplomado: Modelo de Ocupación Humana. Universidad de los Andes, Santiago, Chile
- Iwama, M (2006). El Modelo Kawa (río): naturaleza, flujo vital y el poder de terapia ocupacional con relevancia cultural. En F. Kronenberg, S. Simó & N. Pollard. (1° Ed.), *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes*. (pp. 214-228). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Iwama M, Simó Algado S, Kanapanadze M. (2008). Michael Iwama: En busca de una Terapia Ocupacional culturalmente relevante. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*. 5 (2), 1 - 29. <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/maestros.pdf>
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana; Teoría y Aplicación*. 3ª Ed Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). Modelo de Ocupación Humana. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. (pp 147 – 170) 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana
- Kielhofner, G. (2004). Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. En fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. (3ª Ed) (pp 94-109). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- López, B. R. (2016). Modelos y marcos de referencia utilizados frecuentemente en disfunciones físicas. *Terapia Ocupacional en disfunciones físicas y práctica*. Madrid, España. Editorial médica panamericana. (pp 30-33; 48-53)
- Martínez, V., (2006). El enfoque comunitario. El desafío de incorporar a la comunidad en las intervenciones sociales. Santiago de Chile: Departamento de Psicología, Universidad de Chile. http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122235/martinez-ravanal_elenfoque-comunitario.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Millán J. (2006). Principios de Geriátría y Gerontología. *Editorial Mc Graw Hill*.
- Minsalud. (s.f). Envejecimiento y Vejez. Ministerio de Salud Colombia. Consultado el 06 de Octubre 2020. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

- Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ossandón M. (2020). Modelos basados en la Ocupación. [Diapositiva de PowerPoint]. Material Docente Ucampus. https://ucampus.uoh.cl/uoh/2020/1/TO3001/1/material_docente/bajar?id=1753261
- Polonio, B., Castellanos, M. C., & Viana, I. (2008). Terapia Ocupacional en la infancia: Teoría y práctica. Médica Panamericana
- Rubenstein, L. (2005). Evaluación geriátrica integral: evidencia de su importancia y utilidad. *MEDWave*. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/666>
- Salazar, M. (s.f), Modelos de Intervención para Terapeutas Ocupacionales. Academia.edu. https://www.academia.edu/19286557/Universidad_Mayor
- Sanjoaquín, A., Fernández, E., Mesa, M. & García-Arilla, E. (2006). Valoración Geriátrica Integral. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Tratado de Geriatria para residentes. (pp. 59-68). Madrid, España. https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2004_I.pdf
- Sánchez, S. (2020). Terapia Ocupacional en disfunciones físicas. [Presentación en diapositivas]
- Sánchez, S. (2020). *Modelo Biomecánico*. [Diapositiva de Powerpoint]. Escuela de Salud. Universidad de O'Higgins.
- Villegas, C. (2020). Modelos complementarios en salud mental [material de clase] clase expositiva, Universidad de O'Higgins, Rancagua, Chile
- Vivero, A. V. C. (2017). Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas. Trabajo de fin de grado. Universidad de la Coruña. España. <https://core.ac.uk/download/pdf/95054148.pdf>