

ESTUDIO DE CASO: EL ENFOQUE DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA EN UN CASO DE ICTUS

CASE STUDY: THE MODEL OF HUMAN OCCUPATION APPROACH IN A STROKE CASE



Ángela Méndez Míguez*^a

Responsable de terapia ocupacional del servicio de Neurorehabilitación NeuroRHB Vithas Vigo. (España)

E-mail de contacto
mendezmiguez@gmail.com

*autora para correspondencia

Objetivos: el objetivo fue conocer si la determinación a través de una valoración de todas las esferas de la ocupación humana del parámetro control que origina cambios en el resto de dimensiones de la ocupación, y a través del cual se guía la elaboración del plan de tratamiento, daba lugar a una intervención de terapia ocupacional más ajustada a las necesidades ocupacionales de un paciente tras sufrir un ictus. **Método:** el desarrollo del caso se basó en el modelo de ocupación humana y en la búsqueda, dentro de las cuatro esferas básicas en las que este modelo describe la ocupación, del parámetro control. Estas esferas son la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y el ambiente. **Conclusión:** tras sufrir un daño cerebral adquirido aparecen con frecuencia secuelas de tipo físicas y/o cognitivas, pero también de tipo conductual o del estado de ánimo. Los resultados de este estudio de caso, mostraron que la intervención de terapia ocupacional llevando a cabo una completa valoración de todas las esferas de la ocupación humana y realizando una intervención en la que se toma como eje principal lo que dicho modelo describe como parámetro control (en este caso fue la volición), daba lugar a un plan terapéutico efectivo y significativo para la persona.

Objective: The aim was to know if the determination through an assessment of all spheres of human occupation of the control parameter that causes changes in the rest of the dimensions of the occupation, and through which the development of the treatment plan is guided, it gave rise to more adjusted occupational therapy intervention to occupational needs of a patient after suffering a stroke. **Methods:** the development of the case study was based on the model of human occupation and on the search within the four basic spheres in which this model describes the occupation of the control parameter. These spheres are volition, habituation, capacity of performance and environment. **Conclusion:** after suffering acquired brain damage, physical and/or cognitive sequelae often appear but also behavioral or mood sequelae. The results of this case study showed that the occupational therapy intervention, carrying out a complete assessment of all spheres of human occupation and accomplishing an intervention in which the main axis is what model describes as a control parameter (in this case it was volition), it gave rise to an effective and meaningful therapeutic plan for the person.

DeCS Terapia Ocupacional; Rehabilitación de Accidente Cerebrovascular; Volición

MeSH Occupational Therapy, Stroke Rehabilitation; Volition **Palabra clave** Modelo de Ocupación Humana **Key Word** Model of Human Occupation

Texto recibido: 27/08/2021 Texto aceptado: 12/10/2021 Texto publicado: 30/11/2021

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido (DCA) es una lesión repentina en el cerebro caracterizada por una aparición brusca y un conjunto variado de secuelas que dependen de la gravedad y localización de la lesión ⁽¹⁾. En el año 2015, el informe realizado por la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) en colaboración con el Real Patronato sobre Discapacidad, recogía que en España vivían 420 000 personas con DCA y que cada año se daban 104 701 casos nuevos ⁽²⁾. Su principal causa es el ictus y las secuelas pueden ser físicas, cognitivas y emocionales. Además, el 44% de las personas que sobreviven a un ictus desarrollan discapacidad grave ⁽¹⁾.

Las alteraciones de carácter conductual afectan a muchas personas con DCA, aunque es difícil conocer su perfil debido a la gran cantidad de manifestaciones clínicas que presentan ⁽³⁾. Kelly et al. ⁽⁴⁾ analizaron la prevalencia de alteraciones conductuales en personas adultas con DCA, y observaron cómo casi el 86% presentaban dificultades de agresividad verbal y habilidades sociales y casi un 60% de iniciativa / apatía. Las tres cuartas

^a Para solucionar cualquier conflicto de intereses durante el proceso, el documento ha pasado por todos los niveles de una revisión cegada por pares sin que ninguno de los dos vértices tengan alguna información que haya podido condicionar el proceso. Para ello se ha seguido el protocolo designado para este tipo de situaciones de publicación de editores en TOG (A Coruña).

partes tenían depresión con síntomas de apatía y una cuarta parte un síndrome apático caracterizado por la ausencia de iniciativa y motivación ⁽⁴⁾. La apatía, distinguida por una falta de motivación, es evidenciada por la disminución de la cognición, de la conducta y de la emoción ⁽⁵⁾. Estos datos nos indican que la incidencia de la apatía en persona con DCA es muy alta y sus consecuencias pueden afectar a todas las esferas de su vida ⁽³⁾.

Además, pueden aparecer alteraciones del estado de ánimo caracterizadas por una visión pesimista, pérdida de interés y/o placer en realizar actividades, cambios en el apetito y el sueño, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y llanto. Suele aparecer también tristeza, cansancio o desesperanza ⁽⁶⁾.

Debido a la heterogeneidad de las secuelas, es importante introducir la terapia ocupacional en el proceso rehabilitador, ya que evalúa y trabaja las destrezas motoras, sensoriales, de regulación emocional, cognitivas, comunicativas y sociales. Todo ello teniendo en cuenta las características de la persona, de su entorno y las demandas de la propia actividad ⁽⁷⁾.

MÉTODOS

El modelo de ocupación humana (MOHO) es un modelo conceptual de terapia ocupacional que concibe la ocupación humana como "un amplio rango del hacer que ocurre en el contexto del tiempo, del espacio, la sociedad y la cultura" ⁽⁸⁾ y que se define como un modelo centrado en la persona y en la ocupación y basado en la evidencia ⁽⁹⁾. El MOHO no categoriza las ocupaciones, sino que considera que es la propia persona la que le otorga el sentido según sus experiencias y considera a los contextos como parte de la ocupación humana ⁽¹⁰⁾.

Los conceptos básicos de la ocupación humana para el MOHO son 4:

- **Volición** (motivación por el hacer). Hace referencia al patrón de los pensamientos y los sentimientos acerca de uno/a mismo/a ⁽⁸⁾. Incluye los sentimientos y pensamientos volitivos que son los valores, la causalidad personal y los intereses ⁽¹⁰⁾.
- **Habitación** (patrones internalizados de desempeño). Es la organización interna de información que dispone a la persona a mostrar patrones recurrentes de comportamiento frente a situaciones ambientales conocidas. Incluye los hábitos y los roles internalizados ⁽¹⁰⁾.
- **Capacidad de desempeño** (capacidad de hacer cosas que proviene de la condición de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente) ⁽⁸⁾. Incluye la capacidad de desempeño objetiva y la subjetiva o cuerpo vivido ⁽¹⁰⁾.
- **Ambiente**. Todas las ocupaciones ocurren en un ambiente multidimensional. Éste incluye los espacios que las personas ocupan, los objetos que usan y las personas con quienes interactúan. Cada ambiente ofrece oportunidades y limitaciones por lo que el modo en que las características de un ambiente interactúan con las otras tres dimensiones determinará la influencia que tiene el ambiente en esa persona ⁽⁸⁾.

El MOHO organiza los conceptos de la ocupación humana en el marco de la teoría de sistemas dinámicos ⁽⁹⁾, a partir del cual emerge otro concepto sistémico: el parámetro control. El parámetro control hace referencia a que un cambio en cualquier aspecto de la volición, habitación, capacidad de desempeño o ambiente puede dar lugar a un cambio en el resto de dimensiones ⁽⁸⁾.

Aspectos éticos de la investigación

Para la elaboración de este estudio de caso se siguieron las recomendaciones recogidas en la declaración de Helsinki ⁽¹¹⁾. La persona firmó el consentimiento informado y se le dio toda la información necesaria para comprender en qué consistía su participación. Se ha respetado su anonimato y confidencialidad, atendiendo a la ley orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽¹²⁾.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

El usuario es un hombre de 85 años soltero sin hijos/as que convive con dos familiares. Su profesión está relacionada con el mar, ahora jubilado. En el año 2006 sufre un ictus hemorrágico frontal y comienza tratamiento en neurorrehabilitación en el año 2020.

Para la valoración se utiliza una entrevista semiestructurada con una familiar cercana, otra a él y diferentes

escalas estandarizadas.

Volición

Se emplea el Cuestionario Volicional versión 4.1 (Tabla 1), en el que observamos que todos los indicadores están en niveles pasivo y dudoso. Al inicio, el usuario no muestra curiosidad ni preferencias dentro de la sala. No intenta cosas nuevas ni indica objetivos. En ninguna de las actividades se observa que busque responsabilidad adicional ni desafíos. El ambiente de la observación es en la sala de terapia ocupacional con más personas pero con actividades independientes.

En el Cuestionario de Integración en la Comunidad (autoadministrado) resalta que el usuario nunca sale de casa, nunca va de compras, nunca visita a amigos/as o familiares y que no tiene un/a buen/a amigo/a en quien confiar. Tampoco identifica actividades ni momentos de ocio significativos.

Habitación

La habitación se valora a través de entrevista semiestructurada con el propio usuario. Refiere que antes del ictus era muy activo, le gustaba mucho ir a caminar. Era un hombre totalmente independiente, aunque ya residía con dos familiares. Actualmente, no sale de casa, solo para venir a rehabilitación dos días por semana (al principio acude a fisioterapia, terapia ocupacional y rehabilitación cognitiva).

Capacidad de desempeño

- En las actividades de cuidado personal valoradas a través de la medida de independencia y asistencia funcional (FIM-FAM) recibe ayuda mínima.
- En el control de esfínteres valorado a través del FIM-FAM es continente doble y recibe ayuda mínima.
- En la movilidad funcional valorada a través del FIM-FAM recibe ayuda mínima.
- En las actividades instrumentales de la vida diaria valoradas a través del Índice de Lawton y Brody presenta dependencia moderada.
- En la destreza manual valorada a través del Purdue Pegboard Test muestra resultados muy alterados en ambas manos, así como en la destreza bimanual y alternante.

Ambiente

Se realiza una valoración no estandarizada del nivel de accesibilidad de su hogar y una entrevista para determinar su red de apoyo cercano. Vive en un piso sin escaleras para acceder y con ascensor. Dentro de la vivienda, tiene dos cuartos de baño ambos con bañera, por lo que usa silla de bañera y tres barras asideras para poder acceder. Tiene también alfombra antideslizante. El usuario pasa todo el día con la familiar con la que convive y un vecino que «es como de la familia». Ambos le acompañan a neurorrehabilitación y han sido las personas que le han motivado a iniciar el tratamiento.

Tabla1. Cuestionario Volicional inicial.

Muestra curiosidad	Pasivo
Inicia acciones/tareas	Pasivo
Intenta cosas nuevas	Pasivo
Muestra preferencias	Pasivo
Muestra que una actividad es especial o significativa	Dudoso
Indica objetivos	Pasivo
Permanece involucrado	Pasivo
Muestra orgullo	Dudoso
Trata de resolver problemas	Pasivo
Trata de corregir errores	Dudoso
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	Pasivo
Invierte energía/emoción/atención adicional	Pasivo
Busca responsabilidad adicional	Pasivo
Busca desafíos	Pasivo

Elaboración propia.

PREGUNTA AL LECTOR O LECTORA

Basándonos en el MOHO, ¿Cuál de las 4 dimensiones del hacer es el parámetro control a partir del cual guiar la intervención terapéutica?

RESPUESTA

El parámetro control es la volición. A raíz del ictus, el usuario presenta dificultades a la hora de encontrar motivación para llevar a cabo las cosas que antes hacía. Por este motivo, el plan de tratamiento va destinado hacia la búsqueda de actividades significativas para la persona, su participación de una manera activa y el mantenimiento en la implicación de las mismas a lo largo del tiempo.

Comienza el tratamiento asistiendo una hora semanal a terapia ocupacional durante tres semanas. Además, acude dos horas a fisioterapia y una hora a rehabilitación cognitiva. Transcurrido ese tiempo y debido a la



pandemia ocasionada por la Covid-19, deja de acudir al servicio. Tras su reincorporación, continúa otras tres semanas asistiendo una sesión semanal a terapia ocupacional, hasta que se decide en el equipo interdisciplinar que ampliará a dos horas a la semana hasta fin del tratamiento. Debido a su historia de vida, se le propone realizar una actividad de nudos marineros. A lo largo de las sesiones, realiza junto a su terapeuta ocupacional un tablero con distintos nudos marineros y el nombre de los mismos. Durante esta actividad (combinándola con otras relacionadas con las celebraciones locales), se observa que el usuario comienza a tener una participación más activa, practicando los nudos en su casa para después poder hacerlos en la sala llegando incluso a salir de casa para comprar la cuerda idónea para poder hacerlos.

Al terminar el tablero, se valora que el nivel de implicación y motivación por la actividad se mantiene a lo largo de las semanas. Por ello, se organiza una sesión en la que el propio usuario da una "clase" sobre los nudos marineros a otros/as pacientes con los que ya ha compartido sesiones anteriormente.

En esta última sesión, se repite el Cuestionario Volicional apreciando cambios significativos en el mismo (Tabla 2). En los niveles pasivo y dudoso únicamente se encuentran los indicadores de "muestra curiosidad" e "intenta cosas nuevas". Por lo demás, inicia acciones y muestra preferencias. Además, es capaz de mostrar que una actividad le resulta significativa y de permanecer involucrado. Logra realizar una actividad hasta completarla e invierte energía adicional para ello.

Tabla 2. Cuestionario Volicional final.

Muestra curiosidad	Dudoso
Inicia acciones/tareas	Involucrado
Intenta cosas nuevas	Pasivo
Muestra preferencias	Involucrado
Muestra que una actividad es especial o significativa	Espontáneo
Indica objetivos	Involucrado
Permanece involucrado	Espontáneo
Muestra orgullo	Involucrado
Trata de resolver problemas	Involucrado
Trata de corregir errores	Espontáneo
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	Involucrado
Invierte energía/emoción/atención adicional	Espontáneo
Busca responsabilidad adicional	Dudoso
Busca desafíos	Involucrado

Elaboración propia.

CONCLUSIÓN

Como terapeutas ocupacionales al trabajar con personas con DCA tendemos, en ocasiones, a dar por sentado que el parámetro control es la capacidad de desempeño. Pero, tal y como observamos en el presente caso, en ocasiones es la volición. Es importante realizar una valoración completa para poder determinar cuál es la dimensión que actúa como parámetro control, para que de esta manera el resto de dimensiones se vean influenciadas. Así, en el caso descrito la intervención se centró en los aspectos volicionales de la persona, pero tuvo repercusión en su capacidad de desempeño y su habituación. El usuario comenzó a salir de casa para comprar la cuerda y a practicar los nudos en su tiempo libre (hasta ese momento no identificaba actividades de ocio significativas).

Limitaciones del estudio y

El estudio se ha visto limitado por la interrupción del tratamiento debido a la pandemia ocasionada por la Covid-19, lo que supuso también una suspensión temporal de la recogida de datos.

Futuras líneas de investigación

Es posible realizar un estudio sobre la efectividad de un programa basado en el parámetro control con más participantes y en diferentes contextos.

Aplicabilidad del estudio

El estudio se puede repetir siempre que se haga una valoración ocupacional basada en el MOHO y partiendo de la premisa del parámetro control.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer al usuario y su familia la participación en el caso. Este estudio no ha recibido financiación ni presenta conflicto de intereses. Su autora forma parte de la junta directiva del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Galicia (COTOGA), editor de TOG (A Coruña).



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

AMM es la autora única. Se encargó de la recolección de datos y de la elaboración íntegra del presente documento. Así mismo llevó a cabo la intervención terapéutica descrita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daño Cerebral [Internet]. Fedace.org. [citado el 30 de junio de 2021]. Disponible en: <https://fedace.org/dano-cerebral>.
2. El DCA en cifras [Internet]. Fedace.org. [citado el 30 de junio de 2021]. Disponible en: https://fedace.org/epidemiologia_dano_cerebral.html
3. Federación Española de Daño Cerebral FEDACE. Rehabilitación de las alteraciones conductuales derivadas del daño cerebral adquirido. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE; 2009. Disponible en: https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2016-10/17-19-21-40.admin.10_alteraciones_conductuales.pdf
4. Kelly G, Brown S, Todd J, Kremer P. Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. *Brain Inj.* 2008; 22(6): 457-70. doi: 10.1080/02699050802060647. PMID: 18465387.
5. Guallart M, Paúl-Lapedriza N, Muñoz-Céspedes J. Rehabilitación neuropsicológica de la apatía. II International congress of neuropsychology on Internet. Mayo 3 de 2003. Disponible en: <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Guallart.html>
6. Navarro MD, Martínez B, Ferri J. Neuropsicología. En: Fundación Instituto Valenciano de Neurorehabilitación IVAN, editor. Daño Cerebral Adquirido: Guía práctica para familiares. 1ra ed. Valencia: Fundación Instituto Valenciano de Neurorehabilitación; 2007. p. 89-137.
7. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [consultado el 30 de junio de 2021]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
8. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana Teoría y aplicación. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana SA; 2011.
9. De las Heras CG. Manual para el curso: Actualización de la Integración de la Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Málaga: 2018 [inédito].
10. De las Heras CG. Modelo de Ocupación Humana. Madrid: Síntesis; 2015.
11. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* [revista en Internet] 2013. [acceso el 7 de septiembre de 2021]; 310(20): [2191-2194]. Disponible en: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
12. Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (06-12-2008). [Internet] [citado el 6 de septiembre de 2021]. Disponible en: Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. (boe.es)

Derechos de autor

