

Ergoterapia

M. C. Détraz
y colaboradores*

La ergoterapia ocupa un lugar específico en el medio medicosocial.

El objetivo de la ergoterapia es el de favorecer en los individuos con una minusvalía, la conservación o adquisición de un máximo de autonomía y además dentro de su entorno [3].

La ergoterapia actúa a varios niveles:

— *reeduca al individuo con el fin de mejorar las funciones deficitarias y de favorecer la reestructuración global de la personalidad;*

— *habítua de nuevo al individuo para que desarrolle las capacidades residuales de adaptación y de compensación, teniendo en cuenta los elementos materiales y humanos relacionados con su medio de vida;*

— *aconseja al individuo en cuanto a las dificultades y a su entorno, pero también a las empresas y a las colectividades locales proponiendo soluciones prácticas que favorezcan la integración de la persona, así como un entorno accesible al mayor número de personas posible.*

El ergoterapeuta puede actuar con una perspectiva de readaptación global gracias a su herramienta terapéutica específica que es la actividad, en sus distintos componentes motores, sensoriales, psicológicos, socioculturales y por la especificidad de su área de intervención: el entorno cotidiano.

Presentación general de la profesión

Este enfoque global se explica por el contenido de los estudios de los ergoterapeutas, que consta de tres ejes:

— médico: el estudiante adquiere conocimientos de anatomía, de fisiología, de kinesiología y de patología, con especial mención de la geriatría y de la psiquiatría;

— psicológico: recibe una formación sobre la relación, estudia al hombre en su desarrollo, sus funciones mentales y su vida relacional, los principios pedagógicos y de dinámica de grupo;

— tecnológico: aprende a dominar ciertas técnicas artesanales, profesionales y de expresión, adquiere elementos de ergonomía, aprende a fabricar prótesis ergoterápicas, a conocer y adaptar las ayudas técnicas del comercio, simples o sofisticadas (desde el instrumento para ponerse los calcetines hasta el control electrónico del entorno), aprende por lo tanto, a ser un interlocutor válido en el terreno de la habilitación para una mejor accesibilidad.

La enseñanza reserva un lugar importante a la metodología que permitirá adoptar una conducta rigurosa para estable-

cer el plan terapéutico. Resulta por lo tanto claro que el ergoterapeuta, teniendo una visión global de la persona, es un profesional experimentado, capaz de proponer soluciones prácticas para las dificultades observadas.

Los ergoterapeutas contribuyen «a los tratamientos de las deficiencias, de los disfuncionamientos, de las incapacidades o de las minusvalías de naturaleza somática, psíquica o intelectual, con el fin de tratar, en situación activa o de trabajo, las funciones deficitarias y las capacidades residuales de adaptación funcional y relacional de los pacientes, para que puedan mantener, recuperar o adquirir una autonomía individual, social o profesional».

De esta forma, el ergoterapeuta puede actuar tanto en el terreno de la reeducación-readaptación funcional como en psiquiatría. Éstas no constituyen dos especialidades ya que los dos sectores no siempre están tan claramente diferenciados (por ejemplo en gerontopsiquiatría), siendo evidentes las repercusiones psicológicas de una minusvalía somática, así como los síntomas físicos de un problema psíquico; para tratarlos se necesita por lo tanto un enfoque global del individuo [34].

La ergoterapia se orienta en el ámbito del retorno o de la ayuda a domicilio, en particular para las personas de edad dependientes con una necesidad importante, que no va a dejar de aumentar, si se tienen en cuenta las perspectivas demográficas.

Actualmente, la ergoterapia en psiquiatría está en plena transformación. Sigue la evolución de los cuidados psiquiátricos y de las instituciones. Por este motivo, se concreta y se diversifica. Se concreta al decidir qué personas están capa-

Marie-Christine DÉTRAZ: Coordinatrice de l'ANFE, ergothérapeute moniteur-cadre, CRF de Kerpape, 56321 Lorient cedex.

* Collaborateurs: H. Béliard, J. Bernard, P. Besson, J. L. Blaise, M. C. Blancher, Y. Campillo, Y. Chardron, C. Charrière, F. Collard, C. Couasne, P. Delacote, C. Desplanches, M. Escande-Schooman, R. Ferrand, R. Le Besque, F. Massolo, V. Pelabon, Y. Person, J. M. Pichon, Y. Rabasse, V. Sprécacéné.

citadas para practicar la ergoterapia. Se diversifica porque los sectores en los que interviene el ergoterapeuta en psiquiatría se han desarrollado. La psiquiatría es un sector que posee sus particularidades pero en el que el ergoterapeuta emplea el mismo enfoque: su objetivo es la autonomía del individuo, la actividad es un mediador en la relación entre el ergoterapeuta y su paciente en su adaptación a su entorno. Favorece la creación así como las comunicaciones dentro del grupo. Prepara la reintegración del paciente mediante todos sus aspectos readaptadores: con un enfoque que no es médico, con actividades próximas a la vida cotidiana, con la evaluación y la preparación para la reanudación del trabajo o para una nueva orientación.

Reseña histórica

Las virtudes de la actividad son conocidas y utilizadas mucho antes del nacimiento de la ergoterapia. En el año 2600 A. C., los chinos preconizan el ejercicio físico para conservar la salud [35]. En el año 776 A. C. los griegos consideran que el entrenamiento físico es indispensable para el completo desarrollo del individuo. Dubochet y Fragnière [27] citan a Hipócrates que describe así las virtudes del ejercicio: «mantiene la movilidad articular, devuelve la potencia al músculo debilitado, acelera la convalecencia y mejora la psique». Los romanos, 100 años A. C., recomiendan la actividad para tratar a los enfermos mentales [35].

A pesar de que las virtudes de la actividad se conocen desde la antigüedad, hay que esperar hasta el final del siglo XVIII para que se produzca el nacimiento de la ergoterapia. En 1780, Tissot, cirujano del rey de Francia, publica una obra titulada *Gimnasia médica y quirúrgica* en la que describe la reducción del aparato locomotor por medio de la actividad [56]. El psiquiatra Pinel, introduce el tratamiento mediante el trabajo en el hospital de la Salpêtrière y en el hospital Bicêtre en Francia en 1786. En una obra publicada en 1801, Pinel preconiza «los ejercicios físicos y los trabajos manuales» y condena la práctica de encadenar a los enfermos [56]. Pinel observó que los pacientes pobres de los asilos, que debían realizar trabajos de cultivo y de mantenimiento, se sanaban antes que los enfermos solventes, quienes permanecían inactivos. Ferrus, discípulo suyo, hizo habilitar en París la granja Sainte Anne que, desde entonces, se transformó en un hospital psiquiátrico de primera línea.

Paralelamente, en Inglaterra y en Alemania se desarrollan las mismas ideas. Sin embargo fueron puestas en práctica de una forma más activa en América del Norte.

A partir de 1900, en los Estados Unidos numerosas personas se inspiran en los principios básicos del tratamiento moral definido por Pinel. De esta forma, gracias a su trabajo y a su reflexión, crean una nueva profesión: la *ergoterapia*.

Fue el médico Meyer, el que sentó las bases de la profesión. En 1922, formuló una teoría según la cual el hombre es un organismo biológico y psicológico que interactúa con el entorno social. Su visión de cómo utilizar la actividad en el enfermo mental es muy global.

Dunton Jr., médico psiquiatra, publicó numerosas obras sobre la ergoterapia y fue, durante 21 años, editor del periódico oficial de la profesión. En 1917, funda junto con otros pioneros, la Asociación americana de ergoterapeutas. A partir de 1917, Tracy y Slagle organizan los primeros cursos de ergoterapia.

La primera guerra mundial favorece el desarrollo de la ergoterapia en el ámbito de la medicina física. Slagle, que experimentó primero la actividad en enfermos mentales, sugirió al ejército americano el establecimiento de programas de actividad en los hospitales militares [35].

De esta forma se reconoció el valor de la actividad, en enfermos convalecientes y tuberculosos, para el restablecimiento de las capacidades físicas. En Francia en 1917, se abre en condiciones semejantes, un servicio de reeducación funcional a través del trabajo para los heridos militares [56]. En esta época, la ergoterapia, que poseía una visión holística del ser humano, consideraba a este último como un organismo biopsicosocial interactivo con su medio. El funcionamiento ocupacional del hombre mantiene un equilibrio entre todas sus actividades de trabajo, de juego y de conservación. Esta armonía le permite integrarse plenamente en su vida cotidiana. Las terapias a través de la actividad se basan en un concepto de salud. Los programas terapéuticos consideran la totalidad del individuo y no sólo algunas de sus partes [39].

Las dos guerras mundiales marcan la expansión de la ergoterapia hacia la reeducación funcional. La guerra permitió el desarrollo de nuevas técnicas y de conocimientos relativos al tratamiento de las disfunciones físicas. La importancia de la ergoterapia en reeducación funcional fue realmente reconocida. De este modo adquirió una orientación científica, al considerar los conocimientos anatomopatológicos y neurofisiológicos [63]. En 1925, Fulton organiza en Gran Bretaña la profesión y la cátedra de ergoterapia. En 1947, Willard y Spackman publican el primer libro de ergoterapia escrito por ergoterapeutas. Este libro, cuya 6ª edición se publicó en 1983, es la obra de referencia de los ergoterapeutas. El término de ergoterapia se debe a Duhamel.

En los años cincuenta, la teoría holística de Meyer fue cuestionada. La ergoterapia, bajo la presión del modelo médico, adopta el «reduccionismo» científico como base de un nuevo modelo, adquiriendo así un lugar respetable y el reconocimiento como ciencia exacta (Hopkins, 1983). En este momento nacen tres enfoques muy utilizados: kinesiológico, neurológico y psicodinámico. En Francia, durante este período, en 1954, se abren simultáneamente las dos primeras escuelas de ergoterapia, una en París y otra en Nancy. En 1952, diez países fundan la Federación de Ergoterapeutas «World Federation of Occupational Therapy». La Asociación francesa de ergoterapeutas se funda en 1961 y se une a la Federación mundial en 1964. En este mismo año se publica por primera vez el Diario francés de ergoterapia y a partir de 1965 se abren más escuelas en distintas ciudades.

El final de los años 70 se caracteriza por el cuestionamiento de la práctica de la ergoterapia según el modelo médico. En Estados Unidos, distintos ergoterapeutas, investigadores y clínicos, intentan elaborar nuevos modelos que se reconcilien con los conceptos originales de la ergoterapia.

Esto los lleva a reconsiderar el funcionamiento ocupacional teniendo en cuenta todos sus componentes e insistiendo sobre la interacción del hombre con su entorno [63]. Se abandona el modelo reduccionista y se adopta un modelo sistémico fundado en la teoría de los sistemas generales [31]. Gracias a su capacitación y a su enfoque biopsicosocial, el ergoterapeuta interviene fundamentalmente en sectores no institucionales como los servicios de cuidados a domicilio, las asociaciones de consumidores, las colectividades territoriales, las empresas y la ingeniería.

La ergoterapia ha evolucionado de forma muy rápida desde su nacimiento a principios de este siglo. Se ha visto influenciada por varias corrientes ideológicas y ha sabido adaptarse y crear los fundamentos teóricos indispensables para su desarrollo.

Medios

Es importante citar los actos profesionales que los ergoterapeutas pueden realizar.

- Exploraciones osteoarticulares, neurológicas, musculares, tróficas, funcionales, de autonomía o de evaluación de las dificultades relacionales.
- Rehabilitación articular y muscular o facilitación de una función.
- Organización de actividades artesanales, de juego, de expresión de la vida cotidiana, de esparcimiento o de trabajo:
 - la transformación de un movimiento en gesto funcional,
 - la reeducación de la sensomotricidad,
 - la reeducación de las referencias temporoespaciales,
 - la adaptación o la readaptación a los gestos profesionales o de la vida corriente,
 - el desarrollo de las facultades de adaptación o de compensación,
 - el mantenimiento de las capacidades funcionales y de relación y la prevención de los agravamientos,
 - la revalorización y recuperación de las capacidades de relación y de creación,
 - el mantenimiento o la recuperación de la identidad personal y de la función social,
 - la expresión de los conflictos internos.
- Aplicación de aparatos ortopédicos y de materiales de ayuda técnica adecuados a la ergoterapia.

Si ello ocurre, estos actos profesionales pueden combinarse con acciones sobre el entorno.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores se pueden reagrupar esquemáticamente las acciones de los ergoterapeutas en cuatro grandes capítulos: evaluaciones, tratamiento de las deficiencias, tratamiento de las incapacidades y desventajas, consejo y capacitación.

Los conceptos de deficiencias, incapacidades y desventajas están definidos en la nueva clasificación internacional de las minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [18].

Evaluaciones

Tienen una importancia capital en la metodología ergoterápica. No se pueden determinar los objetivos del tratamiento sin una evaluación previa, realizada cuidadosamente. Ésta permite objetivar en las mejores condiciones, con el paciente y en un momento dado, sus aptitudes físicas y psíquicas, así como reunir datos relativos a su entorno material, social, cultural y económico. Las evaluaciones, junto con la información de la historia clínica previamente consultada, deben aportar los elementos que permitan considerar a la persona en su totalidad: evaluar las deficiencias, las discapacidades, la pérdida de autonomía, las consecuencias socioprofesionales, pero también, y esto es importante para la dinámica del tratamiento, las potencialidades, las capacidades de adaptación y los recursos humanos. Comparando los distintos elementos, favorables y desfavorables, se podrán valorar mejor las necesidades reales del paciente.

Una vez que el plan de tratamiento ha sido completado por otros profesionales, puede ser estructurado:

- *fase de la reeducación*, cuando la persona todavía no ha alcanzado el nivel más alto de recuperación de las funciones deficitarias;
- *fase de la readaptación/reintegración*, cuando la exploración pone de manifiesto secuelas definitivas, teniéndose entonces que adoptar soluciones paliativas.

Este balance, transmitido a otros profesionales, es también un medio tangible de coordinación que puede servir de base para la comunicación interdisciplinaria. Existen numerosos tipos de evaluaciones.



1 Evaluación de simulación de artrodesis de muñeca antes de la decisión de intervención quirúrgica que diferentes pruebas podrán orientar: trabajo en resistencia con fuerzas de presión (foto Dommartin-lès-Toul).

Evaluación de las deficiencias

La OMS define la deficiencia como «cualquier pérdida de sustancia o alteración de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica». La deficiencia corresponde al aspecto lesional de la minusvalía [18]. Según el caso, el ergoterapeuta puede tener que realizar:

- una evaluación trófica y cutánea;
- una evaluación osteoarticular;
- una evaluación muscular;
- una evaluación de las sensibilidades;
- una evaluación de las funciones superiores.

Se pueden detectar elementos relacionados con deficiencias sensoriales o mnésicas.

Evaluación de las discapacidades y de las desventajas

Para la OMS, la discapacidad corresponde a «cualquier reducción, parcial o total, de la capacidad de realizar una actividad de una forma o dentro de los límites considerados como normales para un ser humano». La discapacidad corresponde al aspecto funcional de la minusvalía [18].

Para un individuo determinado, «la desventaja se deriva de una deficiencia que limita o imposibilita la realización de una función normal (de acuerdo con la edad, el sexo, los factores sociales y culturales)». La desventaja corresponde al aspecto de la situación de la minusvalía; refleja para el individuo las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales de la discapacidad o de la deficiencia, estando relacionada con el medio en el que evoluciona la persona.

Este estudio se realizará, por una parte, sobre el individuo y, por otra parte, sobre el entorno material y humano.

Evaluación del individuo

- Exploración funcional del miembro superior

Analiza sobre todo las prehensiones y los gestos, que incluyen la habilidad, la velocidad de ejecución, la precisión, la capacidad de manipulación, de desplazamiento del miembro superior en el espacio, el reconocimiento de los objetos, la fuerza muscular, etc.

Puede abarcar otros terrenos que no se pueden citar de forma exhaustiva. La diversidad de las prácticas ha generado exploraciones muy específicas.

Ejemplo: la evaluación de la simulación de una intervención quirúrgica.

Los tres casos hallados con mayor frecuencia son:

- la simulación de artrodesis (de la interfalángica proximal de un dedo, de la muñeca, etc.) casi siempre en articulaciones inestables y/o que presentan dolores crónicos;

— la simulación de reconstrucción digital, y sobre todo la reconstrucción del pulgar;

— la simulación de transferencia tendinosa, por ejemplo: de extensión en el caso de una parálisis radial, de oposición en el caso de una abducción de la musculatura tenar o de una parálisis mediocubital.

• Primera etapa: realización de una simulación.

Se confeccionan para cada caso una o varias ortesis o prótesis provisionales. La ventaja de la simulación es que permite al paciente tomar una decisión con conocimiento de causa y acostumbrarse a las consecuencias de la futura intervención.

• Segunda etapa: experimentación de la evaluación [37].

Con el fin de demostrar la eficacia de la simulación, se «somete» al paciente a distintas situaciones de prueba [7], tanto actividades de la vida corriente como actividades de tipo profesional y/o de esparcimiento (fig. 1). Numerosas pruebas tipo, con resultados cifrados, permiten evaluar la función de la mano en las actividades corrientes y otras de orden profesional. Como complemento se pueden realizar otras experimentaciones: sostener diversas herramientas, manipulación y/o porte de una carga recorriendo algunas distancias con escaleras, en mono o bimanual, desmontar y montar un motor, un circuito de fontanería o de electricidad, apaleo y acarreo, etc.

Las críticas que hace el paciente sobre las distintas posiciones permiten al ergoterapeuta rectificar la prótesis de simulación.

• Tercera etapa: evaluación del beneficio de la simulación.

Se obtiene según la diferencia que existe entre la realización de las distintas pruebas de evaluación con y sin simulación. Cuando las pruebas son cifradas es fácil demostrar esta diferencia. Cuando no están cifradas, la calidad de la realización y el tiempo de ejecución permiten obtener un reflejo más o menos fiel del aporte de la simulación. Efectivamente, eligiendo las actividades correctamente [38], se pueden poner de manifiesto la resistencia, la precisión, la fuerza, la coordinación, la rapidez de ejecución, el método, la tolerancia a los choques, así como otros parámetros. También son importantes las reacciones del paciente frente a la simulación, ya que anticipan las que puede tener después de una posible intervención.

• Cuarta etapa: decisión.

Pertenece al paciente quien discutirá con el cirujano y con el médico sobre las ventajas y los límites de la intervención. La función del ergoterapeuta es la de comunicar al médico y/o al cirujano los resultados de la simulación.

• Evaluación de independencia

Es la prueba realmente específica de la ergoterapia [29]. Se basa en todos los actos cotidianos, teniendo en cuenta los componentes motores, sensoriales, psíquicos e intelectuales.

— Desplazamiento (a pie, en silla de ruedas, en automóvil, en los transportes públicos, en terreno plano o accidentado, etc.).

— Traslado (levantarse de la cama, meterse en la bañera, etc.).

— Comunicación (medios de comunicación verbal, uso de «prótesis vocales», de un timbre de llamada, sistema de alarma, teléfono, posibilidad de leer, escribir, etc.).

— Aseo (alcanzar las distintas partes del cuerpo, coordinar correctamente las secuencias gestuales, etc.).

— Vestirse (aspecto motor, trastornos de orientación temporoespacial, de praxis, heminegligencia, etc.).

— Sanitario (ir, levantarse, continencia, etc.).

— Alimentación (sostener los cubiertos, llevarse los a la boca, querer comer, etc.).

— Actividades domésticas (uso de electrodomésticos, ir de compras, ocuparse de la casa, la ropa, etc.).

— Esparcimiento.

— Actividad escolar y profesional (instalación en clase, examen gestual, de resistencia, evaluación destinada a una orientación, etc.).

— Integración familiar y social (dificultades de relación, aislamiento, etc.).

— Independencia económica (recursos precarios, indigencia, utilización del dinero, gestión del presupuesto, etc.).

— Comportamiento (conciencia de sí mismo, higiene, seguridad, comportamiento adaptado a la situación, etc.).

Las evaluaciones deben indicar si el acto es realizable solo, con ayuda humana o técnica, a qué nivel (ayuda leve, importante, etc.) y si esto resulta fácil o difícil. La apreciación del paciente es importante: permite ver cómo evalúa él mismo su minusvalía y si hay concordancia con los datos objetivos por la evaluación.

Todo esto ha dado lugar a una gran variedad de pruebas, sobre todo porque las necesidades de evaluación de los pacientes y de las prácticas profesionales están de actualidad e intentan crear instrumentos fiables de medida. Katz [37] observó los resultados de algunas personas en seis funciones —«activities of daily living» (ADL): lavarse, vestirse, moverse, alimentarse, ir al baño, controlar sus esfínteres—, otorgándoles respectivamente una escala de dependencia. Este enfoque fue completado por Lawton [42] que propuso la exploración de ocho «actividades instrumentales de la vida cotidiana» (IADL): utilizar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, ocuparse de la casa, lavar la ropa, utilizar los medios de transporte, tomar los medicamentos, administrar el presupuesto. Mide un resultado para los distintos niveles de cada una de estas actividades, que según él, deben poder ser realizadas por una persona que vive en su domicilio [20].

Las evaluaciones de independencia han de ser realizadas en situación real. Para los pacientes que viven en instituciones, las evaluaciones deben ser validadas, si es posible, en el lugar donde viven normalmente.

Elementos relacionados con el entorno humano y material

• Entorno humano

Se reúnen informaciones sobre la persona y/o la familia, asistente social, vecindario y personas que intervienen en el domicilio. Permiten conocer el nivel de ayuda humana del que dispone a diario el paciente, el grado de soledad. Dichas informaciones permiten poner en marcha, si es necesario, con las otras personas, una ayuda mejor adaptada (cuidados de enfermería, transporte a domicilio de las comidas, ayuda familiar, de una tercera persona, etc.).

• Entorno material y arquitectónico

No se trata de describir de forma exhaustiva el entorno de la persona, sino de identificar los elementos que constituyen un obstáculo para su autonomía (puertas demasiado estrechas, pendientes demasiado pronunciadas, suelo deslizante, armarios inaccesibles, interruptores inutilizables, etc.).

Se puede citar como ejemplo:

— los accesos (piso, casa, comerciantes, edificios públicos);

— los espacios de circulación en la vivienda;

— las superficies de trabajo (altura, profundidad, etc.);

— los aparatos sanitarios (situación, grifería, acceso, etc.);

— el mobiliario.

• Algunos elementos de los recursos financieros

El ergoterapeuta, en el marco de las soluciones paliativas, a menudo tiene que proponer la compra de elementos de ayuda técnica o de otras instalaciones. Por lo tanto, para orientar las soluciones propuestas, resulta indispensable conocer la capacidad de inversión financiera del paciente y/o de su entorno.

Evaluación en psiquiatría

Por lo que se refiere al paciente en psiquiatría, el concepto de evaluación reviste un carácter algo distinto. Permite determinar una situación [8].

Casi siempre, los pacientes llegan al hospital en condiciones muy complejas y en estado de «crisis». El ergoterapeuta deberá analizar esta crisis, así como sus expresiones sintomáticas [9]. Deberá observar e interpretar el sentido de los síntomas expresados. Simultáneamente, la originalidad de

la gestión del ergoterapeuta consiste en ocuparse en primer lugar de lo que queda sano en el enfermo. Este último es interrogado sobre sus posibilidades restantes, sin excluir la patología expresada.

Concretamente, esto se traduce casi siempre por la observación mediante una «actividad test» (es decir prevista para esto y sin ningún objetivo terapéutico particular). La ejecución de las distintas facetas de esta actividad, así como la relación terapeuta/paciente que conlleva, proporcionan una gran cantidad de informaciones y observaciones que sirven, en parte, de evaluación.

Este trabajo ha de ser completado por la recolección de datos sobre las expectativas del paciente, su motivación, su pertenencia a un grupo social, su nivel cultural y sobre su situación profesional. Este trabajo puede denominarse evaluación formativa. Deberá ser reajustada constantemente, formando parte del proceso de la ergoterapia a título de evaluación.

*
**

De forma general, las evaluaciones son el resultado de una colaboración multidisciplinaria y sólo la evaluación de independencia es auténticamente específica de la ergoterapia.

Tratamiento de las deficiencias: educación, reeducación, prevención, reestructuración

Según la OMS (cf. supra), la deficiencia corresponde al aspecto lesional de la minusvalía [18]. Al tratarla, *se favorece la mejoría de las estructuras o de las funciones alteradas*, ya sean psicológicas, fisiológicas o anatómicas. El objetivo es el de poder alcanzar el nivel más alto de recuperación potencial. Dependiendo de las patologías, se trata de una o de varias de las situaciones siguientes: educación, reeducación, prevención y reestructuración.

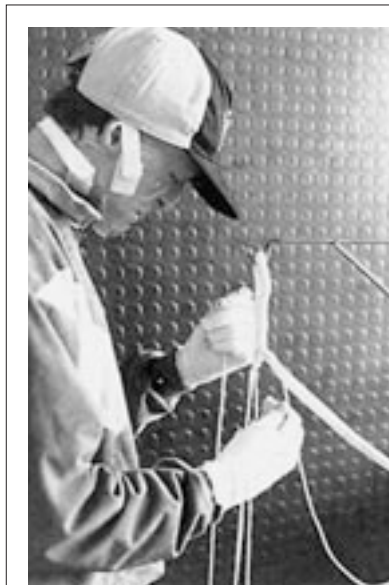
La ergoterapia encuentra su especificidad en la utilización de la *actividad*, en la confrontación con el objeto para tratar la deficiencia. El ergoterapeuta fabrica asimismo *prótesis*, supervisa su aplicación y/o educa para su utilización.

Las actividades pueden ser artesanales (macramé, ebanistería, pirograbado, etc.), lúdicas o creativas. Puede tratarse de ejercicios específicos (grafismo, desplazamiento de objetos, distintas prehensiones, etc.) o de actos de la vida cotidiana (aseo, vestirse, actividades domésticas). Dichas actividades han evolucionado al mismo tiempo que la sociedad: las profesionales al terminar la guerra, se diversificaron posteriormente gracias a las actividades de esparcimiento y de expresión, utilizando actualmente elementos derivados de las nuevas tecnologías (por ejemplo, los microordenadores y sus programas). La elección se efectúa según una metodología precisa para que exista siempre una correspondencia entre las necesidades terapéuticas, objetivadas por las evaluaciones, y el nivel de exigencia que requieren. El ergoterapeuta adapta, modifica o cambia la actividad en función de la evolución y de las motivaciones del paciente. Todo esto se logra gracias a un buen conocimiento de la patología y de la kinesiología, a un análisis exhaustivo de los diferentes componentes de la actividad y de lo que requiere, así como a un seguimiento muy estrecho del desarrollo de las sesiones.

Ejemplo detallado del análisis gestual de una actividad artesanal: el macramé (fig. 2)

• Material empleado

Puede variar en naturaleza y diámetro. Se trata casi siempre de cuerda fina de algodón, destinada a la fabricación de estructuras colgantes para plantas verdes.



2 El macramé permite un trabajo de destreza y de fuerza de prehensión. Se asocia con un trabajo global del miembro superior para este paciente, víctima de quemaduras (una máscara y guantes ejercen una compresión constante sobre las cicatrices) (foto Kerpape)

• Principio

El macramé consiste en realizar distintas series de nudos, con dos hilos conductores y dos hilos para anudar. Esta actividad se realiza fácilmente de pie, con los hilos enganchados a un soporte situado delante de la persona. Es necesariamente bimanual, las manos trabajan de forma casi idéntica mientras que, según el tipo de nudo, las raíces de los miembros (segmentos proximales) realizan un trabajo simétrico o asimétrico.

• Técnica

El nudo se efectúa en dos tiempos; la preparación que es el gesto más exigente en amplitud y en destreza y el apretado, que es el gesto más corto y el que exige más fuerza. La eficacia del gesto depende de la destreza y de la coordinación en distal, de la resistencia en proximal.

• Características funcionales

Globalmente, las contracciones musculares son rápidas y breves, leves en la fase de preparación del nudo y algo más importantes en la fase del apretado. El mayor esfuerzo lo realizan las manos, por el apretado reiterado terminando siempre, si no se tiene cuidado, por formar flictenas, y los hombros, por el trabajo constante de los suspensores y de los rotadores externos contra resistencia en el momento de apretar los nudos.

— Fase de preparación del nudo

— Inicio del movimiento: en distal, sólo la mano que dirige interviene con una buena disociación de los tres primeros dedos de ambas manos, así como la movilidad de la muñeca en los tres planos del espacio de al menos 30°; en proximal, la flexión de los codos es de 110°, mientras que los hombros están en posición fisiológica más o menos neutra (abducción, antepulsión y rotación interna de alrededor de 30°).

— Final del movimiento: en distal, del lado del que se mantiene la lazada, se realiza una toma pulpopulpar I/II-III, con la muñeca en ligera extensión (20 a 30°); del lado del que se tira del hilo, el índice forma un gancho en el que el hilo resbala; la muñeca está en posición neutra. En proximal, el codo está en flexión de 110° del lado en el que se mantiene el hilo y en extensión máxima del lado en que se tira del hilo. El hombro siempre está en posición fisiológica del lado en el que se mantiene el hilo, en abducción y en rotación interna, sin antepulsión del lado en el que se tira del hilo.

— Fase de apretado del nudo

Se caracteriza por un trabajo simétrico de los dos miembros superiores contra resistencia. Este trabajo varía según el tipo y el diámetro del material utilizado y el apretado que se quiere obtener.

Al comienzo del apretado (fase facultativa), la toma de la cuerda es pulpolateral I/II, con la muñeca en leve extensión y muy ligera supinación. El codo está flexionado a 110°, el hombro está siempre en posición fisiológica neutra, pero realiza un trabajo de aducción y de rotación externa contra resistencia.

Al final del apretado, la toma de la cuerda puede ser similar o bien puede haber un apoyo pulpolateral del pulgar para bloquear el hilo que pasa sobre la segunda falange del índice. Además, se puede frenar el deslizamiento del hilo entrelazándolo entre los dedos.

- Aptitudes mínimas requeridas

El dolor es un obstáculo para esta actividad. El hombro debe estar apto para un trabajo leve de resistencia de los suspensores y para un trabajo contra resistencia de los rotadores externos. El codo debe disponer de amplitudes suficientes (mínimo 140° de extensión y 80° de flexión). La estabilidad de la muñeca prima sobre la movilidad. Las prehensiones finas en fuerza son indispensables para el apretado, al igual que la disociación de los dedos para el paso del hilo. No debe haber pérdida de sensibilidad en las zonas que estén en contacto con los hilos (hay que prevenir esparadrapos al principio del trabajo).

- Interés terapéutico

El macramé es una de las pocas actividades que presentan tantos intereses idénticos para el miembro superior dominante o complementario. Puede emplearse en diferentes etapas de la reeducación, dependiendo de que la deficiencia afecte al hombro, al codo, a la muñeca o a la mano. Hay que destacar que esta actividad se puede interrumpir en cualquier momento, sin repercusión alguna sobre el trabajo, y que también puede realizarse sin interrupción hasta el final.

- Modificación de las condiciones de trabajo

Al atar los dos hilos conductores de forma tensa, se facilita el paso de los otros hilos y el apretado de los nudos. Los hilos utilizados para anudar pueden colocarse en bobina para limitar las amplitudes del codo y trabajar sobre todo el apretado. Se puede levantar la labor por encima de su soporte con el fin de aumentar las amplitudes de movimiento del hombro. Se puede aliviar el esfuerzo del hombro mediante una suspensión.

La utilización del objeto es terapéutica, ya que permite que el paciente se sirva de los efectos de «feed-back» al ponerlo en situación de experimentar, de elaborar estrategias, de comprobar los resultados, de reajustar la acción inicial, de anticipar y de tener una conducta adaptada al contexto. Esto es válido en el terreno motor, sensitivomotor, sensorial, intelectual y psíquico.

Para niños con minusvalías motoras importantes [53] que tienen una acción muy reducida sobre el entorno, el ergoterapeuta puede proponer, aunque sea con un ordenador interpuesto, una actividad que ofrezca un campo de experiencias «motrices» y visoespaciales, en el que el niño elabore su propia estrategia de intervención frente a una situación concreta, para que su déficit de manipulaciones no penalice su desarrollo [26]. Para ciertos pacientes en fase de estimulación temprana, intelectualmente lentos o en estado de crisis psíquica, la realización de tareas simples permite un trabajo de vigilancia, de atención y de concentración. Requiere iniciativa, trata de favorecer la acción.

Winnicott [68] describió cómo el objeto crea un espacio de transición imaginario en el que el paciente puede jugar sin peligro y estructurar la realidad. En psiquiatría, en gerontopsiquiatría pero también y a menudo en psiquiatría funcional, el ergoterapeuta ofrece al paciente la oportunidad de confrontarse a esta realidad espaciotemporal exterior, de expresarse de otra manera que a través del síntoma, de identificar a este último y de separarse de él [69]. Mediante la actividad también se puede crear un espacio relacional.

Pelbois-Pibarot [90] muestra que «la ergoterapia es una terapia de interacciones recíprocas del individuo y de su entorno: se trata de utilizar el entorno de las cosas y de las personas para estructurar la identidad y la autonomía del enfermo, en el aquí y ahora de su realidad sociocultural».

Evidentemente esta terapia adopta formas muy diferentes según las patologías: mejora de las funciones deficitarias, mantenimiento de un buen estado funcional y reestructuración global de la personalidad.

Mejoramiento de las funciones deficitarias

Se trata de la educación y de la reeducación motriz, sensitiva, sensorial e intelectual.

Con el fin de permitir una recuperación óptima, el ergoterapeuta impedirá, durante esta fase, que el paciente desarrolle compensaciones. Según la patología, la actividad busca el mejoramiento de las amplitudes articulares, de la fuerza muscular, de las sensibilidades [15] o del aspecto funcional de

todos estos elementos reunidos (figs. 3 y 4). Para lograr el objetivo deseado, el trabajo puede ser de tipo concéntrico, excéntrico, en cadena cinética cerrada, frenada o abierta. A veces los ejercicios se referirán más especialmente a la precisión del gesto, a la habilidad, a la rapidez de ejecución, a la coordinación, a la capacidad de manipular o a la inhibición de movimientos parásitos [34]. Se realizan en monomanual o en bimanual, en simétrico o en asimétrico (fig. 6).

En traumatología [65] y en reumatología, el análisis kinesiológico y el estudio biomecánico permiten elegir una actividad que concuerde con el objetivo terapéutico. Se pueden reeducar los movimientos de forma aislada o global, en un determinado plano del espacio, con una resistencia conocida y dosificada (fig. 5). Para esto, el ergoterapeuta acondiciona el lugar de trabajo y adapta los instrumentos. La amplitud, la resistencia, la duración y el ritmo serán modificados progresivamente.

Ejemplo: Reeducación sensitivomotriz del miembro superior del hemipléjico [35].

Esta técnica se basa en datos proporcionados por la neurofisiología, que subrayan la importancia de la función sensitiva de la mano en la conducción del movimiento del miembro superior. En las actividades de manipulación, cuando la mano entra en contacto con el objeto, las informaciones más importantes que permiten el control de la continuación del movimiento ya no son las informaciones visuales, sino fundamentalmente las informaciones sensitivas y, entre éstas, sobre todo las informaciones de la sensibilidad superficial (Paillard [36]). Esta noción de control de los movimientos de manipulación a través de la sensibilidad en tiempo real debe relacionarse con la noción de «tacto activo» desarrollada por Basaglia [9], según la cual el movimiento permite la adaptación precisa de los receptores sensitivos periféricos a los orígenes del estímulo. Por lo tanto, los movimientos más finos de la mano no se pueden disociar de la sensibilidad.

Permiten buscar y seleccionar las aferencias más aptas para ser comparadas a las imágenes táctilcinestésicas que ya están memorizadas en el cerebro.

Interviene la noción denominada por Perfetti [32] «hipótesis perceptiva»: cuando se presenta un objeto, es posible elaborar una hipótesis sobre las sensaciones que va a recibir la mano al manipularlo. Puesto que reeducar es informar, es necesario tener en cuenta estos datos de la neurofisiología en la reeducación del miembro superior del hemipléjico. Las técnicas sensitivomotrices se basan en la idea de que solamente la información más consciente puede modificar de forma duradera el comportamiento motor. Según Perfetti, para que una recuperación sea eficaz, es necesario poner en juego los sistemas de atención y una motricidad evolucionada, no programada, es decir una motricidad corregida en tiempo real y por lo tanto continuamente dependiente de las aferencias sensitivas que llegan al cerebro.

El movimiento se realiza con un control permanente entre los resultados y lo que se ha previsto. De esta forma, al centrar la atención del individuo sobre una tarea perceptiva, se obtiene una autoinhibición, es decir, una disminución de la reacción al estiramiento y, en el mejor de los casos, el desencadenamiento de una motricidad fina, evolucionada, ya que posiblemente la solicitud del movimiento sigue un esquema habitual; el individuo no aprende nunca un movimiento sino las sensaciones que se derivan.

Estas técnicas tratan de desviar la atención que el paciente podría prestar a su comportamiento motor, hacia una conducta cognitiva. El paciente ya no trata de controlar el movimiento sino la sensación y esto permite obtener un movimiento mejor (ya que el esfuerzo de control motor podría producir movimientos parásitos característicos en el hemipléjico [13]).

La instalación del paciente debe permitir eliminar al máximo los fenómenos de difusión que constituyen las sincinesis globales. Debe eliminar las compresiones posturales y favorecer la aparición del más mínimo movimiento fino de los dedos [44]. La mano y los dedos deben ser colocados por debajo del ángulo de aparición del aumento del reflejo de estiramiento de los flexores, con el codo igualmente flexionado por la misma razón.

— Primer tiempo: es el de la elaboración de la hipótesis perceptiva. Se le presentan al paciente tres formas o tres superficies similares, pero sin embargo diferentes.

— Segundo tiempo: el paciente cierra los ojos o se le esconde su mano. El reeducador elige uno de los objetos y después hace recorrer (estadio I) (fig. 7), ayuda a recorrer (estadio II), deja que el paciente recorra (estadio III) con uno de sus dedos el contorno de la forma o de la superficie.

— Tercer tiempo: al confrontar las informaciones sensitivas con la hipótesis perceptiva, el paciente debe reconocer el objeto.



3 Reeducción de la prehensión utilizando la «caja de pernos»: realizado a ciegas, este ejercicio repetitivo involucra aspectos sensitivos y motores, tiene un objetivo profesional (foto Dommartin-lès-Toul).



6 Los dos miembros superiores, muy deficitarios, están solicitados gracias a un juego musical atractivo. Es fundamental la instalación del niño para que el potencial motor se exprese en su más alto nivel: el asiento (concebido en el marco de una prevención ortopédica) levanta el tronco y la cabeza y libera los miembros superiores. El hueco de la mesa facilita la aproximación, el soporte del juego y mejora la percepción visual (foto Kerpape).



4 La oposición del pulgar, limitada por las quemaduras, se reeduca mediante ejercicios de prehensión, con resistencia asociada (velcro inferior). Guantes compresivos y ortesis completan el tratamiento (foto Kerpape).



7 Reeducción sensitivomotriz de una paciente hemipléjica en el estadio I: el reeducador coloca el índice sobre bloques de alturas diferentes que la paciente tiene que reconocer confrontando las informaciones sensitivas con la hipótesis perceptiva. Al desviar la atención hacia una conducta cognitiva, se puede obtener una autoinhibición de la espasticidad (foto Kerpape).



5 Actividad de desplazamiento del miembro superior en el espacio, centrado en el trabajo del codo. Una suspensión facilita el mantenimiento postural del hombro (foto Kerpape).

Durante el transcurso de la fase de exploración táctil, mientras que la atención del paciente se fija en el reconocimiento del objeto, la del reeducador debe concentrarse en los parásitos de la motricidad: el estadio I intenta controlar el aumento del reflejo de estiramiento que interferiría en la información sensitiva. El paciente aprende así a autoinhibirse. El estadio II trata de evitar que las informaciones sensitivas se vean afectadas por la difusión (sincinesis globales) a otras articulaciones, de la contracción muscular localizada necesaria para el reconocimiento. El estadio III trata de luchar contra las sincinesis de coordinación.

Los ejercicios se realizan con todos los dedos, teniendo en cuenta la especificidad funcional de cada uno (movimientos de oposición y de abducción para el pulgar, movimientos de desplazamiento lateral para el índice). En esta reeducación, la exploración debe ser activa. Por esta razón, son los dedos los que se desplazan sobre el objeto y no a la inversa. Si la motricidad fina de la mano es deficiente al principio de la recuperación, será el ergoterapeuta el que movilizará los dedos sobre el objeto. Pero desde el momento en que sean posibles los movimientos, aunque sean de pequeña amplitud, se trata de introducirlos en una exploración sensitiva. La progresión en ergoterapia va de distal a proximal con, al principio, un trabajo muy concentrado sobre la mano y los dedos, teniendo en cuenta que el trabajo del hombro se hace simultáneamente en kinesiterapia. El miembro superior lesionado está siempre compitiendo en desventaja con el miembro sano. Esta asimetría funcional produce, además del problema de parálisis, una disminución de sus resultados funcionales. Con el fin de restablecer un equilibrio, el trabajo en ergoterapia se centra, al principio de la reeducación, únicamente en el miembro superior afectado. Posteriormente se trabaja la coordinación bimanual, teniendo en cuenta igualmente el fenómeno de extinción sensitiva.

Estas técnicas están contraindicadas en las hemiplejías que presentan lesiones sensitivas severas o una afasia importante, ya que el diálogo necesario para esta reeducación es extremadamente difícil.

La práctica de dichas técnicas sensitivomotrices permite obtener buenos resultados en los miembros superiores; no todos alcanzan un buen nivel funcional, pero en la mayoría de los casos, el nivel de control del paciente sobre el aumento del reflejo de estiramiento en la mano es bueno y relativamente estable en el tiempo. Otro mérito de la técnica de Perfetti [52] es el de haber devuelto a los ergoterapeutas las bases de un trabajo centrado en la función exploradora de la mano, permitiendo recuperar su importancia cognitiva y llenando así el vacío que existía entre la reeducación postural [2] y la utilización funcional del miembro superior.

Mantenimiento de un buen estado funcional

No solamente hay que permitir una buena recuperación de las funciones deficitarias, sino que además hay que:

- ocuparse de las funciones restantes: una actividad global bien elegida permite el mantenimiento de las otras funciones no deficitarias (evitando en traumatología por ejemplo, la rigidez de las articulaciones supra y subyacentes);

- prevenir la aparición o evitar el agravamiento de deficiencias o de discapacidades, hay que mencionar:

- la instalación del paciente (acostado, sentado, etc.): en un paciente con graves quemaduras, por ejemplo, la colocación, cuando está en la cama, de bloques de espuma, colocando de forma general, la piel quemada en capacidad cutánea máxima, para prevenir las retracciones tan frecuentes en esta patología;

- los consejos de economía articular (artritis reumatoidea, lumbalgia, prótesis de cadera); se trata de una auténtica educación del paciente que debe aprender a vivir normalmente, pero protegiendo sus articulaciones [61]. En el caso de una artritis reumatoidea, se le explica la génesis de las deformaciones así como las secuelas funcionales. El ergoterapeuta enseña al paciente algunos ejercicios cotidianos de mantenimiento, a estar bien atento a las desviaciones de los dedos, cuáles son los gestos nocivos (movimientos de torsión de los dedos y aquellos que presentan un componente de desviación cubital) y cómo remplazarlos. Le permite automatizar las nuevas costumbres en situación real, después de haber detectado en sus actividades corrientes aquellas que lo pueden agravar. Una prótesis de reposo y/o de trabajo (sostenimiento de la muñeca) completa el tratamiento junto con los consejos de ayudas técnicas paliativas.

Prótesis

Se realiza casi siempre en un contexto de prevención, de reeducación o de readaptación, a veces puntualmente. Como cualquier tratamiento, está precedido de evaluaciones, adaptadas a la fase de evolución en el momento de la prescripción. Respeta, además de las reglas fundamentales de anatomofisiología y de biomecánica articular [24], las de la imagen central de la mano (mano con uno o varios dedos, mano de destreza o de fuerza). Esta prótesis personalizada va a evolucionar de acuerdo con un protocolo ligado a cada patología.

La prótesis indeformable se llama «férula», cuando fija segmentos y «ortesis» cuando está compuesta de material deformable y permite una movilidad relativa de ciertos elementos [10].

- Modalidades de aplicación

Las prótesis intervienen en distintas etapas:

- preventiva para asegurar un reposo articular, una estabilización o una postura;

- postoperatoria para garantizar una cicatrización, una postura o para facilitar la autonomía;

- secundaria para corregir posturas viciosas, impedir un desequilibrio articular o suplir una función insuficiente;

- de las secuelas para suplir las funciones definitivamente deficitarias o para obtener una buena postura.

Las prótesis serán utilizadas en las actividades domésticas o profesionales.

- Prótesis estáticas y dinámicas

- Conformación

La férula o la ortesis es palmar, dorsal, lateral o envolvente. Únicamente la ortesis de estructura deformable tiene una configuración particular: se compone de tres elementos, una zona de apoyo proximal estable, una zona de apoyo distal y una estructura deformable que une las dos.

- Principios:

- alternar las prótesis para acciones diferentes cuando son necesarias;

- repartir en las 24 h los momentos en los que se lleve el aparato, en función de las prioridades de cada uno;

- respetar el esquema psicomotor de la mano y de los dedos cuando se lleve la ortesis (por ejemplo, no llevar una carga con la mano que tiene un dedo en extensión);

- no oponerse al sentido de la tracción;

- utilizar la reeducación y las actividades corrientes para recuperar una serie de gestos estéticos y funcionales.

- Límites

Posteriormente, las interferencias profesionales o sociofamiliares se hacen evidentes, provocando un desarraigo. Se olvidan los consejos dados sobre la prótesis. Hay que eliminar dos riesgos: la costumbre y la marginalización.

- Prótesis estáticas y dinámicas

Sean cuales sean las lesiones osteoligamentarias, musculotendinosas o vasculonerviosas, las férulas y las ortesis responden a las mismas funciones. Se agrupan según la acción y el objetivo.

- Férulas o prótesis estáticas

- la férula de reposo o de cicatrización permite sostener en una posición antiálgica únicamente los segmentos y articulaciones afectados, permite situar los ejes anatómofisiológicos lo más cerca posible de lo normal (así, la férula nocturna ayuda a reducir la inflamación articular y el dolor en reumatología).

- La férula de inmovilización, de postura, evita las posiciones viciadas espontáneas (fig. 10). Ya sea larga o corta, va a orientar a los segmentos y a las articulaciones lesionados, va a fijarlos en la posición más favorable para la curación primero (fig. 8), y para el futuro funcional después (férula que coloca la piel en capacidad cutánea máxima, en caso de quemadura. Tiene además un efecto compresivo [tejido compresivo, pasta de silicona, etc.]).

- La férula de corrección sirve con frecuencia para verificar, modificar y, en ciertos casos, reemplazar. Permite estabilizar una articulación (la metacarpofalángica del pulgar), abrir el primer espacio comisural (fig. 9), recuperar el eje de una articulación inestable (férula de corrección de la desviación radial de la muñeca y de la desviación cubital de los dedos después de ciertas lesiones).

- La férula de sustitución de función trata de tirar de un dedo gracias a su vecino (férula de sindactilia); mantener la prehensión de un lápiz (férula de escritura); fijar en posición de función las articulaciones de la mano (férula de oposición del pulgar y de flexión de las metacarpofalángicas entre 45 y 50°); sustituir un dedo por un estribo o un gancho para permitir la prehensión de un instrumento dado. En este caso se habla de férula de trabajo.

- Ortosis o prótesis dinámicas

- La ortosis de postura (fig. 11) orienta sin fijar los segmentos o articulaciones afectados, alcanzando su eficacia óptima más por el tiempo de utilización de la prótesis que por la importancia de las fuerzas de tracción; solamente requiere que el paciente vigile su buena colocación (después de una aponeurectomía).

- La ortosis de corrección (figs. 12 y 13) corrige un eje o aumenta la amplitud articular, actúa con una fuerza



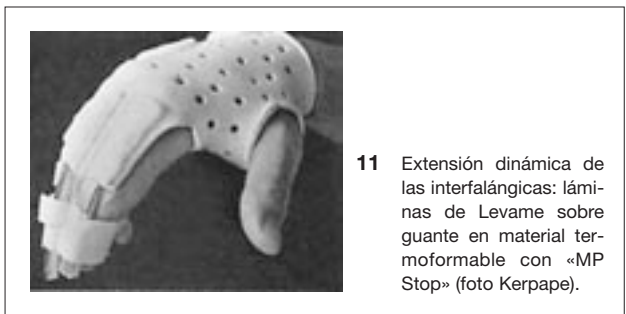
8 Inmovilización de la interfalángica del pulgar en hiperextensión (después de un «mallet finger» por ejemplo) (foto Kerpape).



9 Apertura de la primera comisura (foto Kerpape).



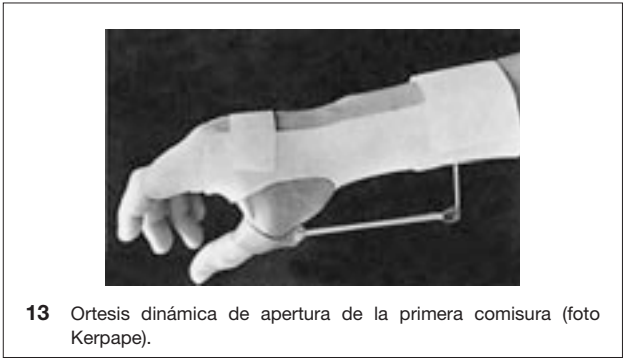
10 Ortesis de trabajo: estabiliza y hace descansar la muñeca y la trapezometacarpiana, permitiendo al mismo tiempo y sin dolor los gestos profesionales (artritis reumática) (foto Kerpape).



11 Extensión dinámica de las interfalángicas: láminas de Levame sobre guante en material termoformable con «MP Stop» (foto Kerpape).



12 Flexión de las metacarpofalángicas: la añadidura de una abrazadera permite que el eje de tracción sea perpendicular al segmento movilizado (foto Kerpape).



13 Ortesis dinámica de apertura de la primera comisura (foto Kerpape).



14 Ortesis tipo Kleinert: la sutura del tendón flexor está protegida por la posición en flexión de la muñeca y de la columna del pulgar, y por la tracción pasiva en flexión con un elástico. La extensión activa permite el deslizamiento del tendón en su vaina, evitando así adherencias y asegurando una mejor cicatrización (foto Kerpape).



15 Ortesis tipo Kleinert invertida para sutura de los extensores de los dedos 4° y 5° (foto Kerpape).

dosificada, progresiva, se lleva de forma intermitente y requiere la participación activa del paciente (tras la ablación de una férula de cicatrización de los extensores).

— La ortesis de sustitución de función reemplaza una función deficiente, actúa con una fuerza de tracción adaptada, se lleva todo el día y permite una función de prehensión (cuando se produce una parálisis radial, suple la extensión de la muñeca y de las metacarpofalángicas).

Una prótesis específica realizada tras la sutura de los tendones flexores, según el método de Kleinert permite, sin ningún riesgo, el deslizamiento del tendón por su vaina gracias a una llamada pasiva de la flexión a la vez que se permite una extensión activa. Es una ortesis que coloca ciertos segmentos y suple una función sin ser funcional (figs. 14 y 15).

*
**

La prótesis, realizada por prescripción médica, requiere un seguimiento regular, la verificación permanente de su eficacia y debe ser evolutiva. La prótesis, ya sea estática o dinámica

mica, parte integrante de la reeducación [25] y a veces indispensable para realizar actividades domésticas o profesionales, debe tratar de conseguir la autonomía al reducir las minusvalías personales o propias de una situación. Siempre debe ser funcional, estética y confortable.

El esfuerzo común del ergoterapeuta y del fabricante de prótesis favorece la investigación y contribuye a ampliar las aplicaciones de las prótesis. Es indispensable una colaboración interdisciplinaria estrecha alrededor del paciente, que debe ser el actor principal de su reeducación.

Reestructuración global de la personalidad

Para el ergoterapeuta que trabaja en psiquiatría, este tratamiento se divide en dos fases: la fase precoz (o la gestión de la crisis) y la fase de remisión de los síntomas. Esta división es artificial pero simplifica la explicación. Sólo se hará referencia al aporte de la ergoterapia, con el fin de subrayar la continuidad real de este tipo de tratamiento.

Fase precoz

Corresponde a la llegada del paciente al hospital psiquiátrico y al comienzo de la hospitalización. Casi siempre, los trastornos existen desde hace bastante tiempo. El entorno, la gente próxima al enfermo lo ha intentado todo pero ha sido en vano. Esta crisis no es únicamente sinónimo de violencia, sino también de agotamiento e incompreensión ante la amplitud de la enfermedad. Hay una demanda de ayuda pero simultáneamente una gran entrega de confianza a la institución. Durante este período, los síntomas se van a expresar con una gran intensidad. El enfermo se transforma en paciente objeto de cuidados, perdiendo de forma pasajera su identidad social a través de los rituales de la admisión. En esta fase, la gestión de ergoterapia es la siguiente:

La confrontación precoz del enfermo con la realidad, mediante la caracterización de la actividad, tiene como objetivo jerarquizar los síntomas que son múltiples durante la crisis. Sin embargo no todos tendrán la misma importancia con respecto a la historia de la enfermedad. Además los síntomas predominantes se manifestarán de forma diferente durante la ergoterapia, en el pabellón o con el médico (diferencia de lugar, de terapeuta, de funcionamiento).

Posteriormente se procede a la elección de la actividad. El paciente todavía no es dueño de la situación. El ergoterapeuta por lo tanto influye en la decisión o incluso la toma en su lugar. Esto para el paciente representa un esfuerzo muy importante, ya que tiene que aceptar la compañía de un nuevo terapeuta que no sólo investiga su enfermedad sino sus expectativas, sus deseos o lo que simplemente pide. El ergoterapeuta propone una actividad adecuada al estado del paciente. Se elige en función de los objetivos, que son los primeros elementos del plan de tratamiento. De esta forma, en el caso de un paciente depresivo grave, muy inhibido e incapaz de decidir, el ergoterapeuta es el que propone y esto implica una gran responsabilidad. A partir de este momento, el paciente se ve confrontado a materiales que obedecen a leyes propias. El paciente va a sentirse movilizado por esta posibilidad de acción sobre el material, sin consecuencias graves, sea cual sea el resultado de tal acción. En este momento el ergoterapeuta debe ser discreto y orientador. Discreto, para favorecer la expresión del paciente y orientador, para apoyarlo en los planos técnico y relacional. Hay que explicar con palabras cada situación, para permitir una reflexión mínima antes de cualquier acción.

El hecho de que la sintomatología pase a un segundo plano constituye un progreso con respecto a su protagonismo durante esta fase de la enfermedad. De alguna forma, la actividad desempeña un papel de derivación de la enfermedad. ¿No es por lo tanto la primera posibilidad que se le ofrece al paciente de poder ser de otra manera?

El paciente debe sentirse reconfortado por un entorno terapéutico sin ambigüedades, que manifieste claramente sus demandas y con el que pueda contar.

Esta fase precoz, a menudo considerada por los ergoterapeutas como una espera de los efectos de las primeras terapias y, por el paciente, como un vacío de acción, constituye ya una prevención posible del riesgo de «hospitalismo» al aportar a esta situación algo abstracta, una consistencia más próxima de la realidad. Propone igualmente un punto de vista original, ya que el ergoterapeuta le habla al paciente no de su enfermedad, sino de lo que queda sano y hay que acometer. Es una postura nueva, con un enfoque diferente y por lo tanto interesante, sobre la percepción que el equipo tiene del paciente.

Fase de remisión de los síntomas

Una vez superado el punto culminante de la crisis, la sintomatología persiste, pero de forma atenuada. El despertar del paciente a la realidad que lo rodea es mejor, también el contacto. En esta fase a menudo se producen readaptaciones de los distintos tratamientos, incluso del proyecto terapéutico global y por lo tanto de la ergoterapia. Hay que destacar cuatro puntos.

— La ergoterapia como forma de psicoterapia: el trabajo está más centrado sobre el paciente y su relación consigo mismo y con el mundo por intermedio de la actividad (tomada en un sentido amplio). La relación terapeuta-paciente está por lo tanto mediatizada por la actividad (que es la base de esta relación). El lugar donde se practica está «desmedicalizado». Propone una situación más próxima de la vida en el exterior que la de la vida hospitalitaria. El ergoterapeuta se consagra junto con el paciente a una actividad, lo ayuda y lo pone en situación de actuar. Esta nueva relación permite que haya palabras en donde antes había síntomas, haciendo que el paciente se aleje de su malestar. Necesita que lo tranquilicen con respecto a su enfermedad. Mantiene una gran esperanza de no verse nunca más en la situación anterior. En consecuencia siente una gran falta de confianza en sí mismo, que pocas veces confiesa.

— La actividad emprendida corresponderá a una reanudación de la movilización de toda su persona. Es una nueva estimulación de la expresión, de la creatividad, un compromiso personal que se le pide al paciente. El ergoterapeuta quiere que participe activamente, creando así una nueva dinámica. El paciente, correctamente guiado por el ergoterapeuta, va a tomárselo en serio, percibiendo poco a poco sus propias posibilidades.

— Realizar una actividad es actuar y esto va a dejar un rastro. El paciente puede controlar su progreso, así como el ergoterapeuta y los demás pacientes del grupo. La aceptación por parte del paciente de este rastro es una prueba de confianza hacia el terapeuta. Refleja su auténtico compromiso en el contrato de cuidados con el ergoterapeuta, así como una nueva capacidad de acción en la que la sintomatología está poco presente, situación que es muy valorizante.

— El ergoterapeuta adapta la actividad al paciente, después de un análisis que refleja las posibilidades, los límites y el impacto psicológico.

Para esto existen distintos métodos, cuyos puntos esenciales son:

— un análisis de la «historia» del paciente y de su enfermedad en sus dimensiones social, cultural y familiar; esto permite elaborar criterios de apreciación sobre sus expectativas, deseos y motivaciones para orientarlo hacia una actividad lo más cercana posible (en su esencia o en su adaptación) de su sistema de valores;

— un estudio de la propia estructura de la futura actividad para determinar su complejidad real; cualquier acción se divide en varias secuencias articuladas según

una cronología que comporta distintas dificultades de ejecución.

Más allá de este estudio, el ergoterapeuta forma parte del proyecto terapéutico global. Para el paciente, esta fase de su enfermedad es determinante ya que representa un período de reconstrucción. Por lo tanto, debe desarrollarse sobre buenas bases. Hay que insistir en el apoyo, en el aspecto positivo de la recuperación y en la formulación de objetivos a mediano y a largo plazo.

Conclusión

Estos tres elementos, mejoramiento de las funciones deficitarias, mantenimiento de un buen estado funcional y reestructuración global de la personalidad, están a menudo muy intrincados, como ocurre en la reeducación de los traumatizados craneales [22].

Ejemplo del centro de reeducación funcional de Ladapt-La Vallée, Betton [49].

La ergoterapia de los traumatizados craneales tiene un papel preponderante. La terapia de los traumatizados craneales comienza en la fase de la estimulación temprana, de acuerdo con un protocolo clásico:

- estimulaciones sensoriales completas;
- restablecimiento de una cierta continuidad temporal, entre otros, mediante los sincronizadores habituales que son los momentos del aseo, comida y también la visita regular de un mismo terapeuta en momentos precisos;
- reconstrucción de un entorno material y afectivo, que sea familiar y rico (acondicionamiento de la habitación), que permita también una cierta regresión (colchón cerca del suelo, supresión de contenciones, cuando el estado clínico del paciente lo permite).

Las intervenciones son cortas y multicotidianas; se articulan con las de los otros miembros del equipo. Esta primera aproximación es para los ergoterapeutas como una primera evaluación, gracias a la observación de los distintos trastornos (motor, funciones superiores, etc.).

En la fase de estado, la terapia es siempre en un primer tiempo individual; permite establecer más sólidamente la relación tratante-tratado mediante la actividad (en un sentido amplio). Es un medio en sí mismo para la terapia de las funciones superiores. Se analizan los resultados de cada etapa como logros de las facultades del paciente. El tratamiento de tales trastornos no se limita a los medios directamente inspirados en los métodos clásicos de investigación (cubos de Kohs, figura de Rey, pruebas de retención).

Los objetivos son: crear las condiciones para una posible revalorización, permitir la facilitación propia de la experimentación, poder responder a ciertos trastornos (tipo trastornos del comportamiento: inhibición, desinhibición), instituir una terapia a largo plazo que provoque la participación efectiva del paciente (algunas terapias sobrepasan los dos años, aunque sean objeto de ventanas terapéuticas) (fig. 16).

Otro aspecto consiste en poner en juego las facultades del paciente, en observar su tipo de errores, en tratar de manejar sus compensaciones de forma selectiva y fuera de contexto, nunca de forma exclusiva o aislada ya que este enfoque se volverá a utilizar en el campo de las realidades propias del paciente. Es la gestión de la actividad lo que la hace terapéutica (más que un aparente valor intrínseco):

- permitir la elección de la actividad o inducirla;
- conceder la iniciativa del proyecto, inducirla, contradecirla, concluir, etc.;
- explicar todo o dejar zonas de duda, complicarlo si es necesario, suprimir etapas (haciéndolas personalmente);
- modular las exigencias.

La duración del tratamiento en ergoterapia va a aumentar gradualmente. En el caso de un nuevo entrenamiento al esfuerzo, puede pasar de media hora a seis horas diarias. Esto no significa que el paciente tenga que asegurar una misma carga de trabajo (trabajo físico, intelectual, concentración, atención) durante 4 horas, sino poco a poco, después de haber sido guiado por el ergoterapeuta, que fija el marco espacio-tiempo-tarea; él mismo acabará por manejar su situación de actividad:

- en el tiempo, sabe de lo que dispone para progresar en su realización, debe administrar su plan de trabajo;
- en el espacio, deberá negociar con los otros pacientes, según el tipo de trabajo, deberá pedir que se le otorgue un espacio en particular;
- en sus relaciones con los otros pacientes;
- en su relación con el objeto, con la materia, con el ejercicio.



16 Se elige la actividad en función de la personalidad del paciente, de los trastornos que presenta y de la manera en que los acepta. Es un medio muy completo para la terapia de las funciones superiores (foto CRRPF Ladapt-La Vallée, Betton).

A partir de este momento, la actividad se transforma en mediador en dos planos distintos: mediador de la relación tratante-tratado y mediador de la acción sobre el trastorno, evitando focalizarlo y favoreciendo la puesta en juego de las facultades del paciente (análisis, puesta en práctica).

La reeducación no puede limitarse a un aprendizaje, ya que lo que está alterado no es una base de informaciones sino la facultad de analizarlas o la capacidad de poner en práctica estos análisis. Al considerar la unidad del trastorno, se tienen en cuenta sus repercusiones a todos los niveles, incluyendo lo que pertenece al orden relacional.

El ergoterapeuta se ocupa de realizar la síntesis entre el tratamiento funcional y el tratamiento psicológico.

Si se consigue que el paciente sea actor de su reeducación se logra que sea actor en sus relaciones. El grupo es uno de los medios privilegiados para alcanzar este objetivo. Este no debe ser sobreprotector, ni debe eliminar todas las diferencias [5]. Debe, por el contrario, permitir que cada uno ocupe el lugar que le corresponde. El trabajo de socialización y de revalorización encuentra aquí toda su medida. El espacio ergotéutico se transforma en un lugar en el que el paciente va a vivir éxitos y fracasos de manera concreta, incluso brutal [22]. El ergoterapeuta está con frecuencia en primera línea en este trabajo penoso, y de igual manera le exige al paciente que ante todo sea actor.

Tratamiento de las discapacidades y de las desventajas: readaptación y reintegración

El reagrupamiento del tratamiento de las incapacidades y desventajas se debe a su gran intrincamiento en la práctica profesional. No obstante, hay que destacar el interés de separar estos dos conceptos ya que así se enriquece la manera de abordar la minusvalía. De forma muy esquemática, se puede considerar que las acciones de readaptación a nivel del individuo corresponden al tratamiento de las discapacidades, mientras que las acciones realizadas a nivel del entorno corresponden al tratamiento de las desventajas.

En esta fase, que es la de las secuelas, el objetivo es por una parte reducir las dificultades para poder realizar una actividad de cierta forma o dentro de los límites considerados como normales para un ser humano, es decir *reducir las consecuencias funcionales de la minusvalía* [18] y por otra parte, favorecer el cumplimiento de una función normal (en relación con la edad, el sexo, los factores sociales y culturales), para así *reducir los factores de desintegración* [18].

Con esta perspectiva, el ergoterapeuta ya no intenta mejorar las funciones deficitarias sino soslayar la minusvalía, intentando desarrollar las compensaciones y aportar soluciones paliativas, tanto a nivel del individuo como a nivel de su entorno. Esta *búsqueda de autonomía* de la persona en su medio ambiente cotidiano hace que los ergoterapeutas trabajen cada vez más en el terreno del apoyo o del retorno al domicilio de personas minusválidas y/o de edad.

A nivel del individuo

Readaptación a la vida cotidiana

Mediante la actividad, el ergoterapeuta pone al paciente en situación de desarrollar sus capacidades residuales de adaptación (fig. 17), de materializar y de dar cuerpo al proyecto de reintegración. Estas actividades se realizan en sala de ergoterapia, en la habitación del paciente o en un apartamento terapéutico. Sería recomendable la validación en el medio de vida habitual, sin olvidar la ciudad, la escuela o la empresa. Los ejemplos son numerosos: recuperación de la lateralización en una persona hemipléjica o amputada de su miembro superior dominante (trabajo de escritura), autonomía para vestirse en una persona con trastornos praxognósicos, autonomía de desplazamiento en la ciudad en un invidente, traslados a la cama, a la bañera, al automóvil de una persona en silla de ruedas, automatización de la higiene vertebral en un lumbálgico en la vida cotidiana, entrenamiento al esfuerzo en un cardíaco, etc.

La readaptación puede ser precoz. En neurología y, especialmente en los pacientes adultos, su puesta en marcha se inicia en cuanto las condiciones ambientales del enfermo en cama lo permiten. La comida y los cuidados externos son los que se pueden realizar en la cama con más facilidad. En la reeducación de tipo «estimulación temprana» o de tipo «inicio», estos gestos de la vida cotidiana se realizan mediante adaptaciones simples, son verbalizados y acompañados para ser progresivamente automatizados sin dependencia exterior. Tan pronto como las capacidades motrices del paciente lo permiten, se prosigue y se intensifica dicha actividad en un marco más adaptado (restaurante, cuarto de baño). En esta fase el ergoterapeuta interviene para instalar al paciente, para indicarle, enseñarle a utilizar y prestarle las ayudas técnicas que pudiera necesitar, acompañar sus gestos o suplir un déficit y, si llega el caso, proporcionarle las referencias temporales o espaciales y para animarlo. La presencia del ergoterapeuta debe reducirse progresivamente.

De la misma forma, la autonomía de locomoción constituye un objetivo prioritario. Esta actividad se refiere tanto a los traslados como a los desplazamientos. Comienza en cuanto el paciente puede tener un poco de motricidad y ante la presencia activa del terapeuta que posteriormente se reduce de forma gradual. Los traslados, realizados en colaboración con los terapeutas, comienzan con ejercicios de levantamiento, de fortalecimiento muscular, de apoyo y de desequilibrio, materializándose durante los traslados cama - silla de ruedas, silla de ruedas - sanitario, silla de ruedas - cama, silla de ruedas - asiento, silla de ruedas - de pie, etc.

El aprendizaje de la manipulación de la silla de ruedas se realizará con todos los miembros del equipo y la elección de la silla la hará el paciente junto con el ergoterapeuta, después de varios ensayos comparativos y del estudio de las necesidades.

La sensibilización a una actividad adecuada permite abrir horizontes nuevos (para una persona tetrapléjica, el uso de un microordenador con un sistema de entrada bien escogido: interés lúdico, doméstico, escolar e incluso profesional).

Readaptación profesional

Ocupa un lugar muy importante en el proceso de reintegración. Se trata de un individuo al que un acontecimiento traumático (accidente o enfermedad) lo ha obligado a romper con su pasado, su historia, sus proyectos y su equilibrio de vida, creándole incertidumbre y ansiedad. En el proceso de readaptación, el individuo es el único protagonista, pero sería recomendable, sobre todo en el contexto económico actual, que beneficie de una ayuda personalizada dentro de un equipo transdisciplinario. Enfrentarse a esta situación de inadaptación supone:



17 Durante la actividad de ebanistería, este paciente amputado, con una prótesis mioeléctrica en la izquierda, desarrolla sus capacidades de adaptación y de compensación, integrando así la prótesis a sus gestos (foto Kerpape).

— un proceso constructivo, evolutivo en el tiempo, basado en una gestión lógica, coherente y concertada que se pueda seguir realizando en establecimientos especializados de entrenamiento al esfuerzo, de preorientación o de convalecencia activa, centrados en reintegrar el empleo; para lograr la integración del minusválido, es preciso conocer a la persona y a su entorno, así como el mundo laboral, tan desconocido a veces por el personal médico o paramédico; — medios de ayuda a la readaptación, técnicos, humanos, económicos, jurídicos.

Actualmente, las nuevas leyes imponen la integración de los trabajadores con minusvalías y su mantenimiento en el empleo. La política sanitaria se basa cada vez más en técnicas de evaluación y la readaptación profesional no es una excepción a esta regla. El sistema conceptual (deficiencia, incapacidad, desventaja) propuesto por Wood y por la OMS [18] es una de las referencias para valorar los elementos relacionados con la situación y aquellos relacionados con el entorno. Las secuelas funcionales, sociales y profesionales que definen la noción de situación de minusvalía son diferentes de una persona a otra. El reconocimiento de trabajador minusválido tiene en cuenta la noción de desventaja frente a la situación laboral. Existen otros medios técnicos y humanos que ayudan al minusválido en la reintegración del empleo: la medicina del trabajo, los equipos encargados de la preparación y del seguimiento de la readaptación, así como las asociaciones representativas de personas minusválidas. En todos estos equipos, los ergoterapeutas pueden participar muy activamente gracias a sus conocimientos médicos que les permiten identificar la deficiencia y la discapacidad y a su visión del entorno social y profesional.

La readaptación profesional comienza por una evaluación y un entrenamiento al esfuerzo. Al finalizar esta primera etapa, el objetivo de la readaptación puede ser la preparación para la recuperación del puesto de trabajo o la ayuda en la orientación profesional.

• Evaluación de las capacidades de la persona

Se realiza mediante pruebas paramédicas clásicas y con una evaluación funcional a través de los gestos profesionales. Éstos permiten valorar sobre todo la tolerancia a las posturas de trabajo durante tiempos representativos (6 a 8 h/d), el desarrollo de las facultades de adaptación o de compensación y la utilización de ayudas técnicas (fig. 18).

El ergoterapeuta evalúa igualmente la motivación y las consecuencias del estado psicológico del trabajador (estado depresivo, sinostosis, avance del trabajo de duelo, etc.).

• Entrenamiento al esfuerzo

Se trata de favorecer la mejoría de las capacidades físicas, psicológicas o mentales de la persona. La continuación e intensificación de la reeducación se realizan en talleres, con



18 La evaluación de las capacidades, la adaptación al puesto de trabajo: dos factores importantes de la integración profesional (foto centro de Patis-Fraux).

parámetros profesionales de tipo: actividad industrial, «cerrajería», espacios verdes, albañilería, etc. Durante esta fase, el ergoterapeuta adapta la intensidad, modula la resistencia y el ritmo de ejecución de las actividades.

• Preparación para la reintegración de un puesto de trabajo

En el caso de personas que tienen un contrato de trabajo y cuyo objetivo es recuperar el puesto anterior, los ergoterapeutas intervienen en una gestión específica y multidisciplinaria, desarrollada con el ergónomo, con los monitores profesionales de talleres y con el profesor de educación física y deportiva; se trata de una gestión ergonómica, precoz, que comporta varias etapas:

— analizar y definir las condiciones laborales anteriores o futuras para poner de manifiesto las exigencias físicas y mentales del puesto de trabajo; en esta fase participan fundamentalmente el asalariado, el médico del trabajo y las personas implicadas en la empresa;

— establecer un programa de entrenamiento físico que incluya la intensificación de la reeducación funcional y un entrenamiento profesional específico que tenga en cuenta las demandas del puesto estudiado (programa de simulación);

en esta fase se podrá también efectuar el estudio de compensaciones eventuales y el aporte de ayudas técnicas;

— una vez finalizado el estudio de estas simulaciones que se aproximan lo máximo posible de la realidad profesional, evaluar de nuevo las capacidades funcionales, gestuales y profesionales; objetivar la distancia existente entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona; en función de esta distancia, se decidirán las condiciones del regreso a la empresa;

— concretar la recuperación del puesto anterior con o sin adecuación; el interesado podrá beneficiar de las medidas de ayuda para la reintegración en la empresa (contrato de reeducación y otras medidas) en el medio de trabajo normal o en un medio protegido.

• Orientación

El ergoterapeuta está particularmente capacitado para permitir que el paciente, en busca de una nueva orientación, reflexione sobre la adecuación de sus capacidades con respecto a las exigencias que en general se encuentran en la profesión elegida.

— Fase de evaluación: iniciada y reajustada durante el período de entrenamiento al esfuerzo, continúa con un balance de los antecedentes profesionales y extraprofesionales (conocimiento del cursus profesional, de las afinidades por las actividades de bricolaje, deportivas o culturales, etc.) y con una evaluación del entorno social (lugar y tipo de vivienda, zona geográfica, autonomía social en las gestiones administrativas, en los desplazamientos, nivel escolar).

— Fase de investigación y de elaboración de un proyecto profesional: la fase dinámica de investigación y de elaboración de un proyecto profesional no es un trabajo específico del ergoterapeuta pero, en este contexto particular, conoce bien los motivos de la inadaptación al trabajo así como las capacidades actuales del interesado, de forma muy global; está por lo tanto bien situado para guiar a la persona en su búsqueda. Los elementos utilizados son los clásicos de los encargados del empleo. La persona debe disponer de una documentación especializada, fuente de ideas y de datos sobre las profesiones. El ergoterapeuta se basa igualmente en los métodos de búsqueda de empleo que en general se realizan según dos ejes: el «yo sé hacer» (este eje parte de la experiencia profesional o extraprofesional de la persona), el «me gusta hacer» (este eje trata de desarrollar los deseos y las cualidades intrínsecas de cada uno).

— Fase de validación del proyecto: se realiza, según los casos, mediante visitas a establecimientos de capacitación, a empresas de trabajo protegido, con el entrenamiento en un taller que recree las condiciones y los gestos profesionales del proyecto programado, con prácticas en empresas.

*
**

La readaptación profesional es la última etapa en el proceso de reconstrucción. Es una etapa importante para una población en la que la deficiencia, aunque sea mínima, puede tener consecuencias profesionales graves. Numerosos equipos e incluso establecimientos se especializan y establecen metodologías de evaluación para facilitar el regreso al trabajo. El ergoterapeuta, gracias a su capacitación, interviene en estas gestiones de reintegración. Debido a su enfoque analítico y global del individuo, domina los diferentes parámetros necesarios para dirigir una readaptación y la recuperación del empleo.

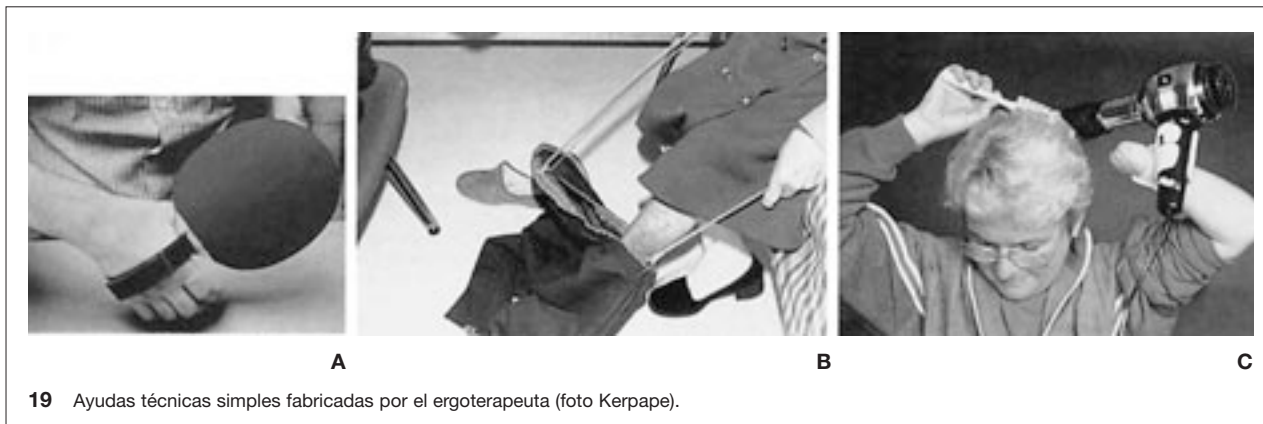
Entorno material y humano

Entorno material

Se refiere a las ayudas técnicas y a las instalaciones mobiliarias, arquitectónicas y urbanas.

• Ayudas técnicas

Es un área muy específica del ergoterapeuta, que proporciona información, aconseja al futuro usuario, lo guía en su elección para que esté en consonancia con la patología y procede a la enseñanza de la utilización. Las ayudas técnicas, que están destinadas a suplir y a paliar las discapacidades, pueden ser concebidas y fabricadas por el ergoterapeuta, cuando no existe un equivalente en el comercio (figs. 19 A, B, C): aumento de los mangos de los instrumentos, pluma estilográfica adaptada, asa bimanual para la abertura de la olla a presión, tabla muy delgada para desli-



19 Ayudas técnicas simples fabricadas por el ergoterapeuta (foto Kerpape).

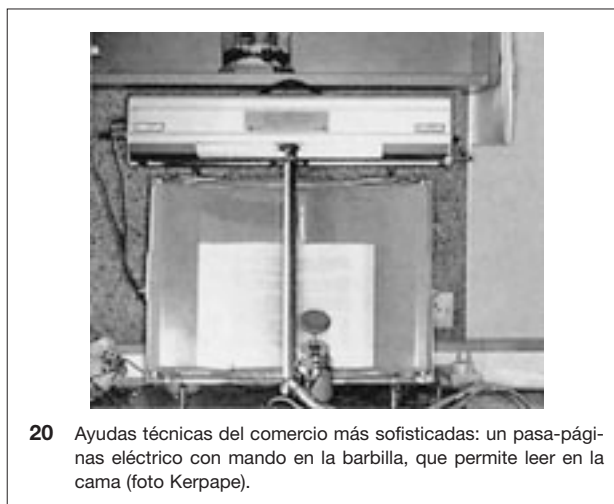
zarse sin desniveles durante los traslados, adaptación de los cubiertos, colocación en la ropa de tejido autoadhesivo, etc. Deben ser funcionales, fiables, estéticas y evolutivas. También se fabrican a nivel industrial, en sectores muy especializados en minusvalías (figs. 20 y 21) (aparatos de comunicación para personas sin lenguaje verbal o para invidentes, aparatos para levantar enfermos, pinzas de mango largo, cuchillos - tenedores, etc.), o se encuentran entre los artículos destinados al público en general, cuando sirven para mejorar la autonomía (material de automatización doméstica que permite el control electrónico a distancia del entorno mediante efectores como persianas automáticas y cerradero de puerta eléctrica, telealarma, material audiovisual; también teléfonos a «manos libres», grifos de palanca, cepillos y calzadores con mango largo, asientos especiales, cocinas adaptadas, etc.). En algunas ocasiones, el ergoterapeuta realiza modificaciones personalizadas en las ayudas técnicas del comercio: por ejemplo modifica el circuito de mando del material electrónico, alarga las palancas de freno de la silla de ruedas, moldea en la mano de la persona tetrapléjica la palanca de prehensión que le permite accionar el volante de su coche, etc.

La tendencia actual es la orientación hacia los productos de gran distribución. Los fabricantes están sensibilizados en el concepto de productos «para vivir mejor»: productos destinados a todos, que mejoran el bienestar de unos y reducen las discapacidades de otros. Esto es interesante para que la noción de situación de minusvalía se vuelva común, así como para hacer que estos materiales sean más funcionales y menos costosos. Los fabricantes y los poderes públicos cuentan mucho con los ergoterapeutas para su concepción (cf. infra «Consejo, capacitación, informe»).

Aplicación a la tetraplejía

Las ayudas técnicas están muy presentes en el tratamiento de las personas tetrapléjicas, como lo demuestra el ejemplo del servicio de ergoterapia de un centro especializado: los objetivos fundamentales del ergoterapeuta, ante pacientes en situación temporal o permanente de inmovilidad, son restablecer el mayor grado posible de autonomía y recuperar un cierto dominio del entorno. Actúa a la vez sobre la persona, sobre su entorno y sobre todas las facetas que mejoran las relaciones (fig. 22).

— Cuando el enfermo está en cama y después de analizar el grado de dependencia (nivel lesional) y sus consecuencias inmediatas (retracción tendinosa, paraosteartropatías, escaras, espasticidad), el ergoterapeuta realiza, con un fin preventivo y correctivo, las prótesis de postura necesarias en material termoplástico y en espuma. Como consecuencia inmediata y dolorosa de la lesión medular, la inmovilidad produce una dependencia física y moral; el paciente ya no puede realizar los gestos elementales de la vida corriente y por lo tanto su seguridad está comprometida. Para romper este aislamiento, el ergoterapeuta propone un equipo adaptado, que va de lo más simple (una rampa de mandos eléctricos con teclas grandes y sensibles para llamar, para el uso del teléfono, de la televisión, de la luz) a lo más sofisticado (como los sistemas electrónicos de control del entorno). El ergoterapeuta localiza la parte del cuerpo que puede accionar el sistema de control (cabeza, barbilla, hombro, codo) y coloca el dispositivo adecuado (un botón pulsador instalado cerca de la cabeza, un palpador accionado por la len-



20 Ayudas técnicas del comercio más sofisticadas: un pasa-páginas eléctrico con mando en la barbilla, que permite leer en la cama (foto Kerpape).



21 El apartamento terapéutico, elemento indispensable para el ergoterapeuta, permite que el paciente se enfrente a las situaciones reales de la vida cotidiana, que vea y que utilice las ayudas técnicas que se le han aconsejado (foto Kerpape).

gua, un mando utilizable con la respiración, un captador neumático, un mando vocal, etc.).

— En la etapa de la silla de ruedas, es fundamental que la persona tetrapléjica esté bien instalada para evitar así dolores, contracturas y posturas viciadas. La elección de la silla de ruedas, manual o eléctrica, responde a ciertos criterios relativos a la morfología, al estado funcional del paciente, a los problemas ortostáticos y debe tener en cuenta las posibilidades de regulación de la silla (respaldo, reposo de las piernas, plataformas elevadoras, tipo de mando): una persona de nivel medular C5 completo utilizará una silla de ruedas electrónica con mando en la cabeza o en la barbilla. Esto puede ser temporal y responde a las necesidades de la evolución.

Además de la propuesta de ayudas técnicas paliativas y, eventualmente, de un proyecto de rehabilitación del medio de vida, la preparación para la salida conlleva el estudio del acceso a la conducción de un automóvil. Algunos centros de reeducación se han dotado de una estructura que



22 Un sistema electrónico de control del entorno dirigido por un palpador lingual permite que esta persona tetrapléjica C5 accione, a distancia, numerosos aparatos eléctricos (timbre, televisión, teléfono, video, persianas automáticas, etc.). También se coloca cerca de la cabeza, donde están concentrados los movimientos residuales, una boquilla para beber y un mando en la barbilla para la silla de ruedas electrónica. El ergoterapeuta adapta también los brazos de la silla para colocar los miembros superiores en una posición correcta desde el punto de vista ortopédico (foto Kerpape).



23 El entrenamiento para los traslados en el automóvil, para cargar la silla de ruedas y la posible compra de una puerta de atrás corredera, constituyen una etapa importante para la autonomía de desplazamiento (foto Kerpape).

permite el aprendizaje de la conducción de un vehículo adaptado para personas tetrapléjicas. El ergoterapeuta aconseja el tipo de instalación, establece el contacto con los proveedores, ensaya y a veces personaliza la adaptación del comercio (fig. 23).

- Adaptaciones del mobiliario, adaptaciones arquitectónicas y urbanas

Son necesarias cuando el entorno obstaculiza la autonomía [19], incluso después de utilizar compensaciones individuales y ayudas técnicas, es decir cuando existe una minusvalía

de situación [43], denominada desventaja en la clasificación de la OMS. Puede tratarse de simples modificaciones que afectan al emplazamiento o al tipo de mobiliario (huecos bajo las superficies de trabajo para el paso de la silla de ruedas, adaptación del espacio, enchufes e interruptores a la altura correcta, etc.) (fig. 24). Pero los cambios en las instalaciones pueden ser más importantes y afectar a la construcción existente (ensanchamiento de puertas, mejoramiento de los accesos, supresión de escaleras, instalación de un ascensor, agrandamiento de los sanitarios, cambio del revestimiento del suelo, etc. [32]). El ergoterapeuta aporta su especificidad a los especialistas de la construcción, incluso en la edificación de viviendas nuevas. También colabora con los urbanistas para lograr una mejor accesibilidad en la ciudad. Estos ergoterapeutas pueden ser asalariados de un establecimiento sanitario y social, de una asociación, de una colectividad local, o pueden ser empleados principalmente para esto (cf. último capítulo) [14].

*
* *

En la práctica profesional, la educación motriz, la utilización de ayudas técnicas y las acciones sobre el entorno, no están dissociadas de una forma muy clara. Estos elementos son, por el contrario, muy interactivos.

Esta afirmación puede ser ilustrada por dos estudios de casos de niños con enfermedad motriz cerebral seguidos en ergoterapia.

Pierre y Céline tienen 8 años y están cursando el segundo año de la escuela primaria. Pierre está integrado en un medio normal. Céline viene al internado del hospital durante la semana, desde la edad de 5 años. Para ambos niños la ergoterapia trata de lograr la adquisición de la escritura, pero los objetivos y los medios difieren. Para uno, su rentabilidad es una condición de la integración, para el otro será un medio de comunicación.

Solamente Pierre prosigue su escolaridad en la escuela de su barrio, a donde acude el ortofonista. La ergoterapia y la kinesiterapia se realizan en el hospital, dos veces por semana. Existen deficiencias motrices, de tipo distonía e hipermetría leve en el conjunto del eje corporal, de los miembros y de la esfera bucofacial. Los movimientos individualizados son posibles pero las dificultades de coordinación a nivel de las manos obstaculizan la actividad voluntaria, dificultando la función sin inhibirla. Tanto la bipedestación como la marcha precisan una continua búsqueda de equilibrio. La posición sentada se mejora con un pequeño asiento moldeado. A pesar de una leve disartria, el lenguaje es comprensible para un interlocutor atento pero el babeo, que se intensifica con el esfuerzo, dificulta la comunicación.

El objetivo final sigue siendo la mejora de la escritura manual mediante una educación gestual iniciada precozmente.

Pero, a pesar de que el razonamiento de Pierre y la capacidad para memorizar las reglas de ortografía sean superiores a lo normal, su lentitud exige el uso de una máquina de escribir electrónica, dotada de una placa para esconder las teclas desplazada en el sector de movimiento mejor controlado por su mano preferida. Una concavidad semicircular en la mesa ayuda a estabilizar el tórax del niño y un soporte para las muñecas (útil durante los primeros meses) y otro para el texto mejoran esta instalación. La altura y la leve inclinación de la superficie se calculan en relación con el asiento. Los progresos se evalúan cuantitativamente mediante un control regular de la rentabilidad, por la velocidad de repetición de palabras simples, en copia y en dictado. El aprendizaje se prosigue con la ayuda de un ordenador destinado a tomar el relevo. El ergoterapeuta se encarga de buscar los programas y las instalaciones materiales capaces de optimizar las posibilidades motrices. Pierre se entrena en la gestión de ficheros, en el dibujo que desembarcará en geometría. Se apasiona por un instrumento gracias al cual puede confrontarse a sus amigos, con armas intelectuales iguales.

La educación gestual está centrada en la designación. El mantenimiento postural de los miembros superiores se asocia con un trabajo de individualización del índice en posición sentada y, al principio, sobre la máquina apagada para no derivar su atención. El uso de programas lúdicos (número y proximidad de teclas limitadas, regulación de velocidad) ha permitido una mejora funcional de la designación. Le gusta ser por fin autónomo. La educación motriz insiste igualmente en el control de las aferencias exteriores, sobre todo de los ruidos, en condi-



24 La práctica real de actos de la vida cotidiana permite analizar las dificultades, descubrir las posibilidades, buscar soluciones paliativas personalizadas: vaciamiento bajo las superficies de trabajo continuas y a buena altura, electrodomésticos elegidos adecuadamente, adaptación del espacio, etc. (foto Kerpape).

ciones posturales inicialmente facilitadoras y después, cada vez más complejas. Ciertas posturas facilitan que permanezca sentado (a nivel de los pies y de la nuca) y limitan el babeo. Paralelamente, el aprendizaje de la escritura manual (adaptado a partir de las actividades de pregrafismo de una sección de párvulos) insiste en la precisión de esquemas elementales de trazados, en el dominio de la presión, de la regularidad, relacionada con las dificultades propias de control de los tres componentes de la función neuromotriz: luchar contra la gravedad, mantener y coordinar las posturas y realizar movimientos individualizados. La educación terapéutica con fines funcionales le propone maneras diferentes de «poder hacer». Es libre de incorporarlas en su vida cotidiana como progresos reales, sobrepasando las adquisiciones de su propia maduración biológica. La función del ergoterapeuta es también la de sugerir, en el entorno de Pierre, actitudes que le ayudarán a progresar. La patología motora cerebral de Céline es mucho más grave y le impide realizar numerosas funciones. La debilidad global del eje corporal contrasta con las rigideces activas de los miembros, que aumentan con la mínima exigencia exterior. El esfuerzo voluntario se traduce por cocontracciones y esquemas de movimientos de carácter obligatorio. No obstante, controla con relativa precisión la nuca y ciertos movimientos de poca amplitud de las raíces de los miembros. Los trastornos de articulación hacen que la expresión oral se reduzca a algunas palabras reconocidas por su entorno. El objetivo de la ergoterapia es el acceso a la escritura. La búsqueda de medios físicos, materiales y pedagógicos es determinante para la calidad de su escolaridad y para su enriquecimiento cultural. Es ante todo un medio de expresión, una vía de comunicación con otro significado que el lenguaje pictográfico que la prepara, supliendo muy parcialmente la ausencia casi total de lenguaje oral. La clase de Céline en el hospital corresponde globalmente al comienzo del segundo año de la escuela primaria.

El trastorno del lenguaje no se limita únicamente a la disartria sino que además está agravado por una representación incorrecta de la noción de número, por dificultades para reconocer ciertas sonoridades próximas, para reproducirlas, para transcribirlas, así como por una evocación laboriosa de las palabras.

Previamente, el ergoterapeuta ha evaluado las mejores eficiencias neuromotrices que permiten controlar las entradas en un sistema informático. Apuntaba a la designación directa de los sectores de una pantalla y después a la validación del objetivo con ayuda de un dispositivo, con programas especializados o para el público en general. El apoyo diferenciado sobre ciertos botones-pulsadores grandes ha permitido el uso de programas de educación especial, cuyo principio se basa en la detención de un recorrido sobre una pantalla de doble entrada. La utilización de un casco de ultrasonidos con validación por respiración y un «feed-back» visual permanente sobre la pantalla de la más mínima oscilación de la cabeza ha reforzado su control propioceptivo. Se han seleccionado programas lúdicos y educativos con el fin de ejercitar su motricidad jugando, o de brindarle comodidad en el plano motor durante la utilización de un tratamiento de textos. Las repercusiones funcionales han sobrepasado el marco de la escolaridad, permitiendo el manejo de una silla electrónica por movimientos de cabeza y hombros, y una autonomía casi total en el centro y en su domicilio. Posteriormente, Céline ha adquirido en algunos meses una precisión suficiente para manejar un teclado normal, más simple, que rápidamente ha preferido. Actualmente, los progresos de la escritura permiten suponer el aporte de una síntesis vocal a partir del texto introducido en el teclado. Céline

está muy motivada por las primeras aplicaciones que asocian la designación de textos y de dibujos con la salida vocal de secuencias pregrabadas por gente de su entorno.

La escritura es una herramienta de comunicación que no se puede concebir únicamente bajo un punto de vista técnico, ya que el niño puede desaparecer tras una automatización excesiva, incluso justificada. La mejora simultánea de los distintos registros de la comunicación va a enriquecer las interacciones y la relación. Necesita conocer mejor el contexto, las situaciones y requiere tanto de una escucha activa como del aprendizaje de un código. Sólo entonces, permitirá integrar otras vías de comunicación, como la escritura.

Entorno humano

El ergoterapeuta se reúne con las personas que rodean al paciente en *situación de minusvalía* para determinar su grado de autonomía y las repercusiones en la vida cotidiana, para solicitar una participación activa, para detectar juntos, en determinadas patologías, los factores de riesgo relacionados con los trastornos de memoria, de orientación, de organización, de aislamiento (uso del gas, de las llaves, del dinero, comidas y tomas de medicamentos, etc.). Dentro de esta perspectiva global, siempre en coordinación con el equipo medicosocial y gracias a las evaluaciones de independencia, el ergoterapeuta puede determinar el tiempo en que los auxiliares y las ayudas domésticas han de estar presentes. En algunas ocasiones interviene en dichos servicios para informar sobre los problemas relacionados con la autonomía, enseñando a veces las técnicas de manutención de los enfermos y de utilización de ayudas técnicas (implementos de ayuda para levantar a las personas, asiento elevador hidráulico para el baño, etc.).

En el caso de *pacientes psiquiátricos adultos*, el tratamiento de las discapacidades y de las desventajas corresponde a un trabajo de socialización y de readaptación profesional.

Esto exige una larga preparación ya que el paciente tiene que afrontar el medio social, que en un momento dado de su vida no ha comprendido o del que se ha sentido rechazado. En este caso la ergoterapia cobra toda su importancia; mientras todo el equipo busca los mejores medios para la readaptación, se han podido detectar ciertas dificultades mediante acciones concretas realizadas con el paciente para poder orientar la terapia que se va a seguir. El ergoterapeuta tiene también el papel de consejero técnico. El criterio principal es el proyecto de salida, elaborado a partir de las evaluaciones y observaciones de la fase precedente. El ergoterapeuta se informa sobre el futuro lugar de vida y recrea, en ergoterapia, situaciones simuladas, con el fin de multiplicar las experiencias y las confrontaciones con las dificultades detectadas. En esta fase, el acento está puesto en la regularidad, la tolerancia a las frustraciones y al grupo, el mantenimiento del marco, el ritmo de trabajo, la resistencia, la rapidez y la destreza [64]. Todos estos elementos podrán ser evaluados por métodos de análisis de la actividad. Habría que tomar el ejemplo de la confrontación con el grupo. Los pacientes psiquiátricos a menudo están aislados, encerrados en sí mismos. Para encontrar trabajo hay que relacionarse con los demás: hay que salir de casa, coger el autobús, volver a encontrar las mismas personas en el lugar de trabajo, intercambiar un mínimo de palabras sobre el trabajo, etc., incluso si se trata de un paciente que busca contactos a través de asociaciones, grupos o casas vecinales. Esto supone que acepta las comparaciones con los demás, que acepta las diferencias. El trabajo en grupo en ergoterapia, es por lo tanto importante ya que permite abordar estos problemas. El ergoterapeuta puede favorecer, dentro de un mismo taller, las relaciones de trabajo entre pacientes que tengan funciones y tareas diferentes.

Se puede tomar un segundo ejemplo, el del entrenamiento al esfuerzo. Para un paciente que acaba de ser hospitalizado, la situación en el exterior se ha degradado en todos los aspectos (físico, psíquico, relacional, afectivo). El enfermo

necesita por lo tanto recuperarse. Sin embargo los medicamentos necesarios pueden provocar fatiga o debilidad, que se añaden a su condición de enfermo. Esta fase puede ser larga. El paciente muy motivado tiende a desconocer sus posibilidades físicas reales. Hay que estar muy alerta en ergoterapia, sabiendo dosificar las posibilidades de cada uno y adoptando un programa realizable y progresivo. Para poder llevar a cabo este trabajo y conseguir el consentimiento del paciente, se debe contar igualmente con el consentimiento de las personas de su entorno. Hay que informarlos sobre el tratamiento y sus distintas ventajas. La información, el consejo y la complicidad con los allegados es fundamental, ya que al final de la hospitalización y aunque haya un seguimiento posterior, serán ellos los que tendrán un papel importante en el éxito de los proyectos.

En el caso de *personas de edad avanzada*, hay que buscar alternativas a la hospitalización [47] ya que las acciones de readaptación y de reintegración revisten una dimensión particular. Al acompañarlo en su medio de vida habitual para observar, en situación real, los actos de su vida cotidiana, el ergoterapeuta logra reducir la angustia del anciano que sale de un centro sanitario protector. El ergoterapeuta le ayuda a buscar soluciones que le devuelvan su dignidad en una estructura social recobrada, aportándole elementos concretos de autonomía, escuchándolo, caminando paso a paso con él y dándole la posibilidad de elección.

Ejemplo de la readaptación en ergoterapia de los traumatizados craneales.

En ergoterapia, el proyecto de reintegración se materializa y toma cuerpo mediante la actividad después de que el equipo, el paciente y su entorno (social, familiar y profesional) lo hayan diseñado. Cada lugar del establecimiento de reeducación es un sitio potencial de ergoterapia (cocinas, jardín, mantenimiento etc.), como también lo son el domicilio, el lugar de trabajo [41], la ciudad y todo lo exterior. Es el ergoterapeuta el que dirige todos estos ensayos, siendo en este momento el que coordina los equipos médicos junto con los sociales, con la familia, con la empresa, con el medio que acoge al paciente. La ergoterapia ha logrado entrar en las empresas gracias a esta preocupación de adecuar sus herramientas con el objetivo principal que es la reintegración del lesionado cerebral [1].

Después del hospital, la necesidad de acompañar al enfermo con estigmas sociales importantes y la particularidad de sus trastornos confieren a esta profesión un papel privilegiado. La ergoterapia, elemento de un equipo multidisciplinario, forma parte actualmente de un movimiento general que trata de que la readaptación sea considerada como un paso específico y diferenciado de la reeducación. La concepción global de la readaptación centra sus esfuerzos tanto en el desarrollo de las capacidades funcionales como en los factores psicosociales y en la realización de actividades corrientes que corresponden a la función social del individuo en su medio de vida natural.

El ergoterapeuta, que anteriormente no era nada más que un ayudante en la organización del cuidado y de la salud en una institución [45] tiene, hoy en día, un lugar fundamental ya que basa su actividad en los antecedentes del traumatizado cerebral, desarrolla aparatos especiales y procedimientos nuevos y formativos como las prácticas laborales. Durante la readaptación, sus interlocutores son monitores técnicos, ergónomos, asistentes sociales, médicos reeducadores y médicos del trabajo. Con el fin de medir la amplitud del drama humano vivido, y para poder percibir la tarea que les espera a los que participarán en la readaptación, es conveniente volver a situar a la «víctima» en su ambiente anterior. Hay que identificar los distintos medios de vida (familia, barrio, escuela, empresa, institución), que al formar parte de la situación de la persona minusválida, es preciso conocer y describir en términos geográficos, sociales y relacionales. Para facilitar su comprensión se puede recurrir a una orientación sistémica [12]. El análisis sistémico, aplicado a las relaciones humanas, tomará como objeto los elementos del sistema, los individuos en interacción. Este sistema está abierto al exterior, tiene intercambios con el entorno, lo sufre (accidente), lo transforma. Las relaciones con la pareja, con los niños no son las mismas en casa que en el hospital. Este enfoque debe ser tomado en cuenta para todos los parámetros que caracterizan el entorno de la persona, sobre todo en el sector de la empresa. En 1975 en los Estados Unidos, Hobbs fue el pionero de esta orientación ecológica de la minusvalía, en la que las dificultades de la persona minusválida son analizadas y en la

que se tienen en cuenta sus necesidades con respecto al entorno. Este enfoque no aísla al individuo en sus discapacidades, sino que se centra en la dialéctica «individuo-medio».

Consejo, capacitación, informe

Los organismos que se dedican a la difusión de la información sobre ayudas técnicas contratan a los ergoterapeutas.

Pueden participar en el proceso de concepción de productos industriales. Esta intervención, de tipo «consejo en ingeniería», puede ejercerse en el marco de un gabinete de estudios y de asesoría, independiente o en asociación. La colaboración del ergoterapeuta en este proceso se realiza junto a los otros especialistas (diseñador industrial, ingeniero, ergónomo, consultor en mercadotecnia) y consiste en la utilización del producto que debe integrar una funcionalidad que aporte una mayor comodidad a los usuarios y permita simultáneamente la reducción o compensación de ciertos tipos de discapacidades. Debe ofrecer una mayor seguridad a aquellos individuos «de riesgo» (personas de edad, niños, etc.). El aporte del ergoterapeuta implica a todos los productos de uso doméstico y a los relacionados con el equipamiento de la vivienda (ascensores, puertas, aparatos sanitarios, equipamientos domésticos, etc.), pero también a productos relacionados con el transporte, con los deportes y la recreación o con la actividad profesional, etc. El ergoterapeuta interviene igualmente como capacitador para sensibilizar al concepto de autonomía y a la necesidad de coordinar las acciones de las distintas personas que colaboran con el paciente.

Asimismo, las compañías de seguros recurren a los ergoterapeutas, para que realicen los informes que evalúan el daño sufrido, antes de efectuar la indemnización de las personas que presentan discapacidades residuales tras el accidente.

Sectores en desarrollo

En psiquiatría

En psiquiatría, al igual que en las otras ramas de la medicina, se desarrolla la ayuda y/o el seguimiento a domicilio. La hospitalización se acorta cada vez más implicando un trabajo importante en el sector.

De esta forma surgen lo que se ha convenido denominar estructuras alternativas a la hospitalización: hospitales de día, centros de ayuda, centros de ayuda de media jornada, lugares de vida, etc. El ergoterapeuta está cada vez más presente en estas estructuras ya que los problemas que se plantean a los pacientes dependen de su capacidad para manejar lo cotidiano: actividades, apertura a los demás, organización de las comidas, integración en el trabajo, etc. Todo esto puede corresponder, en un primer tiempo, a un seguimiento posthospitalario (que queda por desarrollarse) que podrá desempeñar una función de transición, ya que durante este período puede renacer la inquietud y la falta de confianza en sí mismo. Al establecer una buena relación mutua se pueden producir intercambios relativos a este tema.

Función del ergoterapeuta en un centro de acción medicosocial precoz

La especificidad de este tipo de centros consiste en la precocidad de las intervenciones de detección sistemática, de cuidados ambulatorios y de reeducación de los niños de 0 a

6 años. El objetivo que se busca es la adaptación social y educativa en su medio natural. El centro es asimismo una guía para las familias. Acoge a niños que presentan una gran variedad de patologías motrices, sensoriales o mentales. El equipo está compuesto por médicos especialistas, kinesiólogos, terapeutas psicomotores, ortofonistas y ergoterapeutas, auxiliares médicos, psicólogos y educadores.

Actividades del ergoterapeuta

Recibimiento del niño con sus padres

Cuando acuden para realizar evaluaciones complementarias (después de la consulta médica), el ergoterapeuta los recibe con uno o dos miembros del equipo. Los padres cuentan cómo vive el niño, lo que hace, cómo come, duerme, juega, etc., si está en contacto con otros niños, si permanece en casa o acude a algún tipo de guardería.

Evaluaciones del niño

Si es necesario, después se hace una reeducación en ergoterapia. Las evaluaciones difieren poco de las propuestas en las instituciones especializadas para niños minusválidos. Las únicas diferencias importantes son las siguientes:

— debido a la corta edad del niño, el trabajo se realiza a menudo sobre una alfombra o a caballo sobre un pequeño rodillo o banco; los juegos utilizados tienen como objetivo reeducar las amplitudes, mejorar las prehensiones, la coordinación bimanual, la precisión, el seguimiento ocular;

— para los niños de 3 a 6 años, que frecuentan una escuela normal, la reeducación se centra en los trastornos asociados, visuales, espaciales, táctiles y práxicos.

Se realiza un trabajo importante alrededor del grafismo, con el aprendizaje eventual del uso de la máquina de escribir eléctrica.

Instalación del niño a domicilio o en guardería

El ergoterapeuta, a petición de los padres, acude al domicilio para observar cómo vive el niño, cómo se lo puede colocar para que pueda jugar en el suelo. Se estudian las formas para instalarlo en la silla alta y en el baño.

Encuentro con los centros que acogen al niño

Gran parte del trabajo de equipo de un centro de acción medicosocial precoz se desarrolla en las familias o en centros de ayuda. Estos encuentros reúnen a los miembros del equipo. Existen tres tipos de integración: el niño que cuando llega ya acude a una guardería; el niño al que se le aconseja estancias de media jornada en guardería para que se beneficie de la vida en grupo, del contacto con el lenguaje, de distintos aprendizajes colectivos; el niño que puede frecuentar la escuela y que, a la vez prosigue su reeducación.

Las personas que acogen a un niño minusválido a menudo se sienten incapaces y se interrogan sobre la forma de ocuparse de ellos. El ergoterapeuta tiene que explicar las dificultades del niño, pero también sus capacidades. Las dificultades afectan a menudo el desplazamiento, el equilibrio, la coordinación, el grafismo y la lentitud. Los centros proponen el préstamo de material adaptado, para facilitar la terapia del niño: asiento triangular para la instalación en el suelo, mesa con reborde y entalladura, silla giratoria, andador y verticalizadores para ponerse de pie.

Dimensiones específicas de la ergoterapia en servicios especializados de educación y de cuidados a domicilio

Estos servicios tratan a niños y a adolescentes (de 0 a 20 años) que presentan una minusvalía motora con o sin trastornos asociados. Otros están especializados en niños poli-

minusválidos. Se componen de un equipo multidisciplinario idéntico al del centro de acción medicosocial precoz descrito más arriba. El ergoterapeuta que trabaja en estos centros, interviene en el (los) medios (s) de vida de estos niños (domicilio, guardería, niñera, escuela, etc.). Durante las sesiones de reeducación, se entrevista regularmente con los familiares del niño. Estos intercambios frecuentes, muy característicos de la terapia en dichos establecimientos permiten: explicar a los allegados (familias, pedagogos, etc.) las dificultades, pero también las posibilidades del niño; hacer que los padres tomen una parte activa en el tratamiento de su hijo. La participación de los padres resulta especialmente necesaria ante niños que presentan una dolencia motriz cerebral. El ergoterapeuta aconseja a los padres sobre la forma en la que deben mantener al niño para jugar con él, para alimentarlo, para llevarlo, etc., sobre la forma cómo el niño debe sentarse para evitar complicaciones ortopédicas, sobre el medio de identificar, de manera precisa, las repercusiones de la minusvalía en las distintas situaciones de vida del niño.

A veces, el ergoterapeuta tiene que proponer acondicionamientos en el domicilio, con el fin de favorecer la autonomía y el pleno desarrollo del niño, pero también para facilitar a los padres los actos de la vida cotidiana. Busca el material que mejor se adapta a sus necesidades, a sus posibilidades y a sus gustos. Puede, por ejemplo, aconsejar a los padres en la elección de juguetes (Lego imantado, programas de ordenador, etc.). La integración escolar ocupa un lugar importante en el seguimiento de estos niños. El ergoterapeuta tiene que ocuparse de la accesibilidad de las escuelas, puede modificar la superficie de trabajo del niño, buscar si es necesario, el material adaptado que le permita seguir una escolaridad normal. Dentro del marco de la integración social, se pueden tomar las mismas disposiciones en centros de actividades culturales, artísticas o deportivas.

Ergoterapia dentro de un servicio local de coordinación [16]

La población envejece y cada vez es mayor el número de personas discapacitadas. Este problema antes inédito en la sociedad, se ha transformado en una preocupación común para los responsables de entidades sanitarias, sociales y las autoridades locales. Las medidas a favor de una política de cuidados a domicilio han dado lugar a la organización de medios adaptados a la nueva demanda (servicios de cuidados domiciliarios, ayudas domésticas, telealarmas, etc.). Existen asociaciones que proponen una prestación de ergoterapia a los ancianos que viven en su domicilio o que están hospitalizados en un establecimiento sanitario en el que este profesional no interviene directamente. De esta forma se contribuye a un proyecto de mantenimiento a domicilio antes (prevención de la institucionalización) o después de la hospitalización. Esta experiencia muestra la importancia del papel que puede desempeñar el ergoterapeuta en una orientación multidisciplinaria y de acciones coordinadas de ayuda domiciliaria a ancianos dependientes. Su función es la de promover la autonomía de las personas de edad y permitirles elegir su readaptación a la estructura social. Aporta su propia competencia técnica en materia de reintegración, utilizando sus propias herramientas. Su actividad consiste en:

— una evaluación funcional de la persona mediante un enfoque global; la síntesis de esta evaluación se menciona en la escala de autonomía adaptada a partir de la escala de Kuntzmann [40]; es un implemento de comunicación útil para el coordinador; que concibe junto con los otros profesionales un proyecto de reintegración;

— un trabajo de educación hacia la autonomía; el ergoterapeuta informa al equipo sobre las capacidades residuales

de la persona y enseña a los allegados a ocuparse de las capacidades deficitarias; estas sesiones tienen lugar en el establecimiento de cuidados o en el domicilio; un proyecto del lugar de evaluación permitiría realizar las sesiones de preparación a la autonomía en el seno de la institución;

- una información sobre las ayudas técnicas;
- la mejora de la calidad de vida; tras una visita a domicilio, el ergoterapeuta propone ciertos acondicionamientos; para los ancianos, prevé la rehabilitación de la vivienda y ciertos acondicionamientos (colocación de barras de apoyo, plano inclinado, etc.).

Dentro de una perspectiva de gerontología social, la adaptación del anciano no debe implicar una ruptura con su entorno afectivo. Debe tener en cuenta sus deseos, la organización de ayuda domiciliaria y su nivel de intervención. El programa de reintegración va más allá de la adaptación material del entorno. Necesita casi siempre la participación coordinada de la ayuda médica, psicosocial o financiera. Por lo tanto, la competencia del ergoterapeuta tiene que integrarse a un equipo multidisciplinario modulado por un coordinador. Es fundamental una estrecha colaboración entre ambos profesionales. Los conocimientos técnicos del ergoterapeuta alimentan el proyecto de vida, siendo un complemento en relación a los otros profesionales.

Nueva apertura de la profesión: ergoterapia en el seno de una colectividad local

Los centros comunales de acción social necesitan ergoterapeutas que ayuden a los ancianos con minusvalías para que conserven la mayor autonomía posible en su vida cotidiana, en su domicilio.

El ergoterapeuta es un técnico medicosocial que se ocupa del anciano por petición propia, de su familia, del servicio social o municipal, con el que va a trabajar en estrecha colaboración (ayudas domésticas, asistentes sociales, personal de los «centros de ayuda» o del servicio de transporte de comidas) o por petición del personal de ayuda domiciliaria (enfermeras, reeducadores, etc.), del centro de reeducación del que el paciente va a salir o del médico tratante.

El ergoterapeuta interviene en varios ámbitos:

- realiza una evaluación de autonomía cuando el individuo vuelve a su casa después de una hospitalización y determina las necesidades;
- practica una reeducación de los actos de la vida cotidiana y una readaptación con entrenamiento para recuperar una autonomía en el exterior;
- estimula la actividad del anciano, ayudándole a recuperar ciertos movimientos perdidos y enseña a su entorno esta forma de estimulación;
- le da consejos de economía articular, enseñándole a preservar las articulaciones cansadas y debilitadas;
- aconseja y fabrica ayudas técnicas, las presta para ensayar y enseña a manejarlas;
- aconseja y realiza ciertas adaptaciones;
- aconseja el arreglo o la rehabilitación del domicilio para mejorar su acceso;
- propone una formación gestual a las personas que colaboran con el minusválido (iniciación a una técnica de manutención).

El ergoterapeuta que trabaja en un centro comunal de acción social para ayudar a los ancianos, forma parte de un equipo que trabaja para que la persona que envejece y cuya invalidez progresa, pueda vivir lo mejor posible, dentro de su entorno familiar.

Ergoterapia en el seno de una compañía de seguros

Este servicio tiene como objetivo la ayuda a domicilio de las personas con dificultades relacionadas con la edad, con la enfermedad, con el aislamiento o con la minusvalía. También puede intervenir ante cualquier otro acontecimiento que trastorne la vida (separación, luto, jubilación, etc.).

Sus beneficiarios son los miembros de la sociedad y familiares de cualquier edad, que presenten dificultades provisionales o definitivas, personas accidentadas, aseguradas o con un recurso contra un tercero, y para las cuales el consejo técnico puede completar la indemnización económica.

Función del ergoterapeuta y su especificidad

El ergoterapeuta forma parte de un equipo multidisciplinario que incluye asistentes sociales, consejeros de economía social y familiar y médicos. Las evaluaciones realizadas por cada profesional son discutidas durante reuniones tripartitas en donde se define un proyecto de acción.

El ergoterapeuta aconseja para prevenir un problema, orienta hacia una reeducación adecuada, propone formas para compensar una dificultad, favorece la integración familiar, social, profesional o escolar.

Medios

Una primera evaluación telefónica permite determinar globalmente las dificultades y ayuda a concretar la demanda. Tras esta evaluación se puede programar una visita a domicilio.

La visita a domicilio sirve para entrar en contacto y para establecer evaluaciones:

- evaluaciones de las actividades de la vida cotidiana con pruebas de simulación (con o sin ayudas técnicas);
- evaluaciones de las zonas de riesgo (caída, seguridad insuficiente, etc.);
- evaluación del medio de vida (barrio, accesibilidad exterior, interior, suministros, rehabilitación de la vivienda, espacios de circulación, etc.).

Estas evaluaciones, basadas en la clasificación de la OMS, se completan con un estudio del entorno familiar, social, profesional (si es necesario), así como con un estudio de los recursos económicos, estudios realizados por el trabajador social. El informe médico comunicado por el médico tratante, completa los datos.

Un trabajo de síntesis permite poner de manifiesto las necesidades.

Esto permite posteriormente proponer soluciones.

Propuestas de soluciones

Proceden de un trabajo multidisciplinario. Las propuestas (curativas o preventivas) más específicas del ergoterapeuta son muy diferentes:

- una orientación hacia un centro de reeducación, si esta etapa es necesaria;
- consejos para favorecer la adaptación del individuo;
- propuestas de ayudas técnicas (el médico tratante hará la prescripción);
- un proyecto de rehabilitación de la vivienda;
- la participación en la organización de ayuda humana (puntual y familiar o profesional, etc.) en función de la minusvalía.

Este trabajo está basado en las relaciones con los profesionales que trabajan en este medio (médico tratante, centros de urgencia, profesionales paramédicos asalariados o independientes, asistentes sociales, personal que cuida a los

enfermos, etc), en los intercambios de informaciones, en la coordinación y en los contactos con las asociaciones competentes. La persona implicada obtiene dichas conclusiones junto con las propuestas de soluciones personalizadas.

Esta experiencia, promovida por una compañía de seguros, tiene un carácter innovador y original. Sustituye a los ergoterapeutas que ejercen en un centro, tratando de responder a una necesidad importante. El enfoque multidisciplinario de la situación permite considerar numerosos elementos. El seguimiento domiciliario regular del individuo permite adaptar los medios empleados a la evolución de la demanda. Los campos de acción de este servicio no están cerrados, siendo posible que, en el futuro, los ergoterapeutas tengan que intervenir de acuerdo con nuevas perspectivas: rehabilitación del puesto de trabajo, readaptación o reintegración profesional, capacitación de los colaboradores a nivel de las asociaciones (ayudas domésticas, personal para cuidar enfermos, auxiliares, etc.), participación en las investigaciones (ayudas técnicas nuevas, «vivienda tipo», prevención, etc.).

Un centro original en Lorient (Francia)

Creado por una asociación en enero de 1988, financiado hasta junio de 1991, en el marco de determinadas acciones (previsión, mutualidad, caja nacional de seguros sociales), su objetivo es evaluar y allanar las dificultades del regreso y del mantenimiento a domicilio de las personas con una movilidad reducida y de ancianos que han perdido la autonomía. Está equipado con un simulador de vivienda y numerosas ayudas técnicas. El ergoterapeuta participa en este proyecto en estrecha colaboración con el asistente social y con el médico reeducador.

Visita a domicilio

La realizan el asistente social y el ergoterapeuta con el fin de hacer un análisis funcional y social que pueda sugerir medidas o hipótesis adaptadas al entorno de vida de la persona minusválida (teniendo en cuenta las posibilidades familiares, económicas y funcionales, así como los deseos expresados por el propio paciente).

Simulación de las dificultades

En el local de readaptación, utilizando el simulador de vivienda con estructuras móviles, que reproduce fácilmente en tres dimensiones y en tamaño real las zonas de la vivienda que constituyen para la persona una minusvalía de situación, se puede:

- apreciar rápidamente y sin riesgos las dificultades (desplazamientos, traslados, capacidades operacionales) en una situación próxima a la realidad;
- determinar las adaptaciones inmobiliarias y mobiliarias, aconsejar ayudas técnicas (teniendo en cuenta la ayuda humana existente);
- crear una dinámica de regreso a casa capaz de interrumpir un proceso de resignación en el minusválido y, a veces, de abandono por parte de la familia.

Este trabajo de información sirve para no dramatizar el concepto de ayudas técnicas, sobre todo en las personas de edad que van a poder familiarizarse con ellas, probándolas, tocándolas y comparándolas.

Búsqueda de artesanos que acepten realizar algunos trabajos (presupuesto y búsqueda de financiaciones)

La función de información-consejo al minusválido, a su familia y a los profesionales de ayuda a domicilio, va acompañada de una colaboración más estrecha con los vendedores y con los fabricantes con el fin de lograr un material mejor adaptado a las necesidades reales de las personas.

El aspecto social se complementa en gran medida con la participación técnica; la simulación refuerza la relación creada en el transcurso de la primera etapa en el domicilio. Las personas con una movilidad reducida, así como sus familias, plantean numerosas preguntas relacionadas con el coste, con las gestiones que se deben efectuar, etc. Con frecuencia, este trabajo de información determina la continuación o no de la acción emprendida. Los interesados desean conocer inmediatamente todos los parámetros (posibilidad de recurrir a una ayuda doméstica, de beneficiar de un subsidio, de buscar los financiamientos existentes para la rehabilitación de la vivienda, etc.). Esta intervención aporta un apoyo psicológico a las personas que a menudo están desanimadas por la complejidad y por el aspecto evolutivo de la legislación. Además, para lograr el éxito del objetivo «vivir en casa con su minusvalía», el ergoterapeuta debe efectuar un trabajo de información dirigido a los distintos colaboradores médicos y sociales. Esto se concreta en asociación con las instituciones competentes en el marco de la renovación de la vivienda o en el marco de operaciones de desarrollo social.

La complementariedad del equipo (ergoterapeuta, asistente social) permite un enfoque global del problema y esto le confiere a la gestión un carácter original. Existe una verdadera respuesta a las expectativas de los minusválidos y ancianos, gracias a una orientación totalmente innovadora que se integra a la estructura medicosocial existente. Se inscribe dentro del marco de las estrategias de ayuda a domicilio para personas de movilidad reducida en un ambiente de vida normal.

Función del ergoterapeuta en el servicio de hospitalización a domicilio

Este servicio asegura la continuidad a domicilio de los cuidados hospitalarios gracias a un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, ayudantes sanitarios, ayudantes domésticos, parteras, contadores, secretarios y ergoterapeutas. Además de los pacientes habituales de los centros de reeducación, se encuentran sobre todo los cánceres y los embarazos de riesgo, que orientan la acción del ergoterapeuta: la prevención y la comodidad de las instalaciones del paciente son fundamentales.

El ergoterapeuta trabaja en estrecha colaboración con los demás profesionales, que conocen bien al paciente y que aportan datos muy valiosos para guiar la terapia de reeducación, readaptación y bienestar. La participación del ergoterapeuta adquiere una dimensión global ya que: asiste a las consultas del médico reeducador, sensibiliza al médico tratante, entra en contacto con los asistentes sociales para hacer los informes de financiación, de demanda de ayuda doméstica, por ejemplo, y con los que coordinan la compra de material.

Se ha podido constatar que los resultados de dichas acciones a domicilio son mejores cuando ha habido una buena preparación para la salida de los centros de reeducación: un trabajo de autonomía descuidado o una familia sobreprotectora son obstáculos que hay que vencer. El entorno tiene un papel muy importante. Si la familia está bien informada y valora que un «especialista» tenga en cuenta su opinión, continúa los actos del ergoterapeuta después de su visita, estimula la calidad de su presencia, garantiza el bienestar del enfermo. El ergoterapeuta que es recibido por el paciente en su casa y que ve cómo vive, es capaz de aconsejar, fabricar y adaptar las ayudas técnicas realmente necesarias y utilizables.

De esta forma y a través de sus trabajos de reeducación, readaptación e instalación para el bienestar, el ergoterapeuta ocupa un lugar importante dentro de este servicio de hospitalización a domicilio. Ayuda a proporcionar al paciente,

que es el protagonista, el máximo de autonomía en función de sus necesidades, de sus capacidades, de sus gustos y de las posibilidades brindadas por su entorno material, arquitectónico, familiar y social.

Ergoterapeuta, técnico de readaptación en el seno del movimiento PACT (Francia)

(protección, mejora, conservación, transformación)

Movimiento PACT-ARIM (Francia)

Organizado a través de una asociación, el movimiento PACT representa una ayuda para los más necesitados y una promoción del hombre a través de su hábitat. Creado a comienzos de este siglo por la Liga nacional contra la miseria social, se generalizó a partir de la segunda guerra mundial por influencia del Padre Pierre. Los ARIM nacen en los años 70 con Malraux, al servicio de las colectividades locales como asociaciones de restauración inmobiliaria.

Desafío social y económico

Los medios empleados para mejorar la vivienda son insuficientes mientras que las necesidades siguen siendo considerables: sólo una acción de carácter social puede hacer posible este mercado potencial. Por lo que se refiere a la vivienda existente y/o antigua, el problema está acrecentado por la vetustez, la falta de búsqueda de soluciones adaptadas y por el aislamiento y la penuria de los servicios colectivos [33]. Es necesario poder ofrecer a las personas con minusvalías, la posibilidad de vivir mejor y de permanecer el mayor tiempo posible en su marco de vida habitual, sabiendo que cualquier mínimo incidente puede tener consecuencias importantes sobre la independencia y la autonomía [17].

Ergoterapia: ¿por qué?

A partir de la creación de un plan gerontológico, el movimiento PACT ocupa un lugar privilegiado e importante en la organización de las distintas acciones que se han derivado, tales como mejorar y desarrollar la vivienda individual adaptada a la vejez, mejorar y desarrollar nuevas estructuras de vivienda colectiva, participar en la aceptación de las familias y ser uno de los colaboradores en la creación de redes locales coordinadas.

Con el fin de asegurar las distintas misiones, el PACT ha incorporado un ergoterapeuta a su equipo que cuenta con personal encargado del estudio y de la operación, un arquitecto, técnicos de la construcción y consejeros de vivienda.

Ergoterapia: ¿cuándo?

El ergoterapeuta, además de ser responsable de un servicio de adaptación de la vivienda para la vejez y/o la minusvalía [36, 58], también es un técnico de la accesibilidad de la vejez, del déficit y de la minusvalía en dos ámbitos:

— forma con el técnico de la construcción y con el consejero de vivienda, un trinomio competente en el ámbito de la vivienda privada;

— con el encargado de operación y con el arquitecto, compone un segundo trinomio que actúa al servicio de las colectividades locales para la rehabilitación de edificios públicos, la rehabilitación o la creación de pequeños centros de ayuda para personas de edad, la ejecución de obras programadas de mejora de la vivienda destinadas más específicamente a los ancianos [66].

El objetivo principal es el de desarrollar, diferenciar y sensibilizar para dos tipos de accesibilidad [60]:

— una accesibilidad de superficie, de espacio o curativa; su enfoque es dimensional; sus normas corresponden a las necesidades de espacio y de desplazamiento de la silla de ruedas [3];

— una accesibilidad de comodidad o preventiva; es la que conduce al bienestar gracias a la supresión o a la limitación de las situaciones discapacitantes, aplicando tres grandes criterios de la ergonomía: eficacia, comodidad, seguridad.

Uno de los fundamentos de la vejez en buenas condiciones reside en la calidad de la vivienda [21] (ausencia de dificultades sobreañadidas en una vivienda vetusta y/o inadaptable). Hoy en día, la noción de vivir en casa el mayor tiempo posible, ha cambiado por la de vivir en un único lugar hasta la muerte, siempre que en la vecindad se encuentren servicios adaptados, una comunidad que recree una familia, que no se produzca la ruptura con el medio de vida habitual y/o con la familia, que se pueda beneficiar de una red local coordinada [30].

Ergoterapia ¿cómo?

Al servicio de la vivienda privada se ha creado el «diagnóstico de accesibilidad», auténtica evaluación de la vivienda o estudio de factibilidad finalizada. Su realización comporta cinco fases: una evaluación técnica (por valoración de la vivienda, de su estado, de su accesibilidad), una evaluación funcional que considera los déficit y las dificultades que el ocupante tiene en la vida cotidiana, una evaluación financiera (estudio de los ingresos y del estatus social), propuestas técnicas y propuestas económicas. Permite poner de manifiesto el riesgo que representa una vivienda mal adaptada para la salud y el bienestar de sus ocupantes. Esta evaluación continúa con acciones complementarias: asistencia a la realización de la obra (expediente clásico administrativo que busca y aporta financiamientos específicos), la obra parcial (consulta a los artesanos y visita de la obra al principio y al final del trabajo), de la obra completa (se añade el seguimiento regular de la obra). Estas acciones permiten realizar una auténtica readaptación a y de la vivienda. Esta asistencia debe hacer que el «cliente actor» participe lo máximo posible en el proyecto.

El ergoterapeuta, que está al servicio de las colectividades locales para la creación de centros de ayuda a los ancianos, es un colaborador del jefe de estudio, desarrolla el concepto ante las autoridades y después estudia el proyecto sobre el plano y en el libro de cuentas con el arquitecto; puede proponer el asesoramiento de los maestros de obra.

Al ser un colaborador privilegiado en la adaptación de la vivienda en el seno del movimiento PACT, el ergoterapeuta debería ampliar su presencia, gracias al reconocimiento de sus competencias.

*
* *

La ergoterapia interviene durante todo el proceso de reeducación, de readaptación y de reintegración de las personas que se encuentran en situación de minusvalía. Sigue una metodología rigurosa cuyo primer elemento es la evaluación que, al poner de manifiesto las necesidades, permite elaborar dentro del equipo interdisciplinario y bajo prescripción médica, el tratamiento ergoterápico.

En la fase de la reeducación, en la que se trata de favorecer la recuperación de las funciones deficitarias, los medios específicos de la ergoterapia son el uso del objeto, la actividad. Estos son elegidos, después de un análisis preciso, para que siempre exista una correspondencia entre las exigencias de la actividad y las necesidades terapéuticas. Con el fin de mantener en buen estado ortopédico el miembro superior y preservar su futuro funcional, el

ergoterapeuta concibe y fabrica la prótesis que le conviene. Dentro del marco de las acciones de prevención primaria y secundaria, aconseja la economía articular y trata de automatizarlas. En la fase de la readaptación y de la reintegración, en la que el paciente tiene que aprender a vivir con sus secuelas, el ergoterapeuta le permite experimentar situaciones reales de la vida cotidiana con el fin de que pueda buscar compensaciones y de que tenga la oportunidad de desarrollarlas con el entrenamiento. Actúa sobre el entorno para reducir los obstáculos y/o encontrar soluciones paliativas: ayudas técnicas, rehabilitación mobiliaria, arquitectónica y urbana. Para lograr su objetivo, que es mantener o acceder a una autonomía máxima del paciente en situación de

minusvalía, la orientación ergoterápica es global, sistémica. Se realiza necesariamente en colaboración muy estrecha con el equipo terapéutico, con los distintos participantes y con el entorno de la persona, particularmente en el marco de las alternativas a la hospitalización [4].

La originalidad de la ergoterapia se deriva de su situación, en la confluencia de las ciencias médicas, sociales y tecnológicas.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: DÉTRAZ M. C. et coll. – Ergothérapie. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle, 26-150-A-10, 1992, 20 p.

Bibliografía

- [1] ANZIEU. – Le Moi Peau. – Dunod, éd., Paris, 1985.
- [2] ALBERT A. – Rééducation neuromusculaire de l'adulte hémiplégique. – Masson, éd., Paris, 1972, 258 p.
- [3] ANFE. – Autonomie, ergothérapie, plaquette de présentation de la profession. – Masson, éd., Paris, 1986, 36 p.
- [4] ANFE. – Le domicile : espace de vie, de confort et de soin : 8^e journées d'études nationales d'ergothérapie, Annecy, janvier 1991. – Masson, éd., 1991, 148 p.
- [5] APF. – Accessibilité aux handicapés moteurs des lieux publics et privés, Paris, 1990.
- [6] BASAGLIA N. – Problèmes posés par le bilan des troubles sensitifs chez l'hémiplégique. – Rev. Réadapt. Fonct. Soc., 1981, 8, 21-25.
- [7] BEAR J., COLON ABREU B. – Evaluating the hand : issues in reliability and validity. – Phys. Ther., 1989, 69, 1025-1039.
- [8] BERGERET J. – La personnalité normale et pathologique. – Dunod, éd., Paris, 1974.
- [9] BERNARD P., TROUVE S. – Sémiologie psychiatrique. – Masson, éd., 1977, 272 p.
- [10] BERTHOLUS P., BRAULT J.F., LEGRAND C., BURLOT P.M., VERHAEGHE M., CHARPENTIER P. – Appareillage temporaire. – Editions Techniques, Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle, 26160 A¹⁰, 12-1990, 24 p.
- [11] BLAISE J.L., de LABARTHE J. – Le stage ergothérapeutique en entreprise : un outil spécifique dans la réadaptation du traumatisé crânien. In : Expériences en ergothérapie sous la direction de M.H. Izard (ed.). – Masson, éd., Paris, 1991, n° 4, troisième série, pp. 71-84.
- [12] BLAISE J.L. – Traumatisme crânien, blessure sociale. Evolution et apport de l'ergothérapie dans la réadaptation socioprofessionnelle du traumatisé crânien. – Mém. Dipl. Htes Etudes Pratiques Sociales, Université Rennes II, 1990.
- [13] BOBATH B. – Adult hemiplegia : evaluation and treatment. – Heinemann W., ed., London, 2nd ed., 1978.
- [14] BOURGOIN C., CHARDRON Y., FARDEAU E., JARNO R. – Le diagnostic accessibilité. Les guides du mouvement PACT-ARIM, Paris, 1991.
- [15] CALLAHAN A.D. – Methods of compensation for sensory dysfunction. In : J.M. Hunter et al. (eds), Rehabilitation of the hand, ed. 2. – CV Mosby Co, ed., St Louis, 1984.
- [16] CAMPILLO Y., DELMAS M., HOURDY B., Le SOMMER M. – Ergothérapeute-coordonateur dans un réseau de services pour le retour à domicile des personnes âgées handicapées. Journal d'ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1987, 94, 127-131.
- [17] Circulaires du 4/02/86, du 7/03/86, du 12/03/86, fascicule spécial n° 86/12 bis. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, secrétariat d'Etat chargé de la Santé, « Les soins aux personnes âgées, la vie à l'hôpital et les alternatives à l'hospitalisation ».
- [18] Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Paris : CTNERHI/INSERM. – PUF, éd., Paris, 1988, 203 p.
- [19] CNFLRH. – Mobilité de la personne handicapée physique. – Cahiers de la vie quotidienne, n° 20.
- [20] COLVEZ A., sous la direction de GARDENT H. – Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie : information, validation, utilisation. – CTNERHI, éd., Paris, 1990, 128 p.
- [21] CONRAD C., Le BIHAN G., MURALOIEC B. – L'habitat des personnes âgées : guide de programmation et de conception. Ministère de l'Equipement, du Logement et de l'Aménagement du territoire. – CREPA HABITAT, 1987.
- [22] COSTE B. – Les traumatisés crâniens : clinique, prise en charge précoce, incidence sur la formation des ergothérapeutes. – Mémoire de fin d'études, Ecole Moniteur Cadre d'ergothérapie, Nancy, 1984.
- [23] Décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer les actes professionnels en ergothérapie. – Journal officiel, 23 novembre 1986.
- [24] DELPRAT J., FRELAND J.C., de GODEBOUT J., XENARD J. – Les orthèses de la main. – Masson, éd., Paris, 1986, 136 p.
- [25] DELPRAT J., MANSAT M., ROMAIN M., ALLIEU Y., PETRY D. – Rééducation des affections de la main et du poignet (maladie de Dupuytren exclue). – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle, 26220 A¹⁰ et A²⁰, 4.11.07, 42 p.
- [26] DETRAZ M.C. – Le rôle de l'ergothérapeute face à la micro-informatique. – Mémoire de fin d'études, Ecole Moniteur Cadre d'ergothérapie, Montpellier, 1994, 133 p.
- [27] DUBOCHET M., FRAGNIERE J.P. – Les ergothérapeutes, problèmes des professions paramédicales. – Editions Delta, 1979, Vevey, Suisse.
- [28] FELLER-DUPONTREUE M.F. et coll. – Ergothérapie. – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle, 26150 A¹⁰, 4.6.03, 18 p.
- [29] FERRIEU N. – Bilan d'autonomie. – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Kinésithérapie-Rééducation fonctionnelle, 26030 A¹⁰, 4.10.12, 10 p.
- [30] Fondation de France. – Coordination des actions en faveur des personnes âgées dépendantes. Actes du colloque de 1988, Paris, 1989.
- [31] FORGET A. – Application d'un paradigme systémique à l'évaluation ergothérapeutique des personnes âgées. – Can. J. Occup. Ther., 1983, 50, 4, 107.
- [32] GROBOIS L.P. – Ministère de l'Equipement et du Logement, Handicap physique et construction. – Moniteur technique, éd., Paris, 1988.
- [33] GUISSSET M.J., VEYSSET B., VILLEZ A. – Grand âge, dépendance et lieux de vie. – Fond. de France, éd., Paris, 1990.
- [34] HECAEN H., JANNEROD M. – Du contrôle moteur à l'organisation du geste. – Masson, éd., Paris, 1978, 448 p.
- [35] HOPKINS H.L. – An historical perspective on occupational therapy. In : H.L. Hopkins, H.S. Smith (eds), Willard and Spackman's occupational therapy (6th ed.). – JB Lippincott, ed., Philadelphia, 1983, pp. 3-23.
- [36] HUGUES J.F. – Déficiences visuelles et urbanisme. – Ed. J. Lanoë, 1989.
- [37] KATZ S., DOWNS T.D., CASH H.R., GRATZ R.C. – Progress in development of the index of ADL. – Gerontologist, 1970, 10, 20-30.
- [38] HUNTER J.M. – Rehabilitation of the hand : surgery and therapy. – Mosby, ed., St Louis, 1990.
- [39] KIELHOFNER G., BURKE J.P. – The evolution of knowledge and practice in occupational therapy : past, present and future. In : G. Kielhofner (ed.), Health through occupation : theory and practice in occupational therapy. – FA Davis Company, ed., Philadelphia, 1983, pp. 3-54.
- [40] KUNTZMANN F. – Objectifs de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées. – Revue de gériatrie, 1980, 5, 363-365.
- [41] de LABARTHE J., BLAISE J.L., COURROS G. – Le stage ergothérapeutique en entreprise. – Rev. Réadapt. Fonct. Prof. Soc., 1985, 14, 35-36.
- [42] LAWTON M.P., MOSS M., FULCOMER M., KLEBAN M.H. – A research and service oriented multilevel assessment instrument. – J. Gerontol., 1982, 37, 91-99.
- [43] Le GALL M., CHARPENTIER P., RONSIEN G., DELOIRE J.M., BRITES F. – Réduire le handicap situationnel au domicile. Journal d'Ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1989, 11, 2, pp. 50-57.
- [44] LION J., PICARD Y., RABASSE Y. – Les troubles de la reconnaissance manuelle des formes. Techniques de rééducation. In : Hémiplegie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation. – Masson, éd., Paris, 1988.
- [45] MASSOLO F. – Ergothérapie au long cours : cap sur la réinsertion. Communication journées d'étude ANFE, mars 1987, Betton, 1987, 50 p.
- [46] MEYER S. – Le processus de l'ergothérapie. – Cahier de l'EESP, n° 7, Lausanne, 1990.
- [47] MIZRAHI A.A., MOYSE D. – Les personnes âgées vivant en institution : caractères socio-démographiques, autonomie et handicap, consommation. – Annales du CREDOC, 1977, 4.
- [48] MOLES A., ROHMER E. – Théorie des actes, vers une écologie des actions. – Casterman, éd., Paris, 1977.
- [49] NOBLET C. – L'ergothérapie chez les traumatisés crâniens. – Thèse de doctorat en médecine, Rennes I, 1982.
- [50] PELBOIS-PIBAROT I. – L'ergothérapie parmi les pratiques de soins. Journal d'ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1982, 4, pp. 107-110.
- [51] PELE S. – Du différent qui se ressemble. Communication journée d'étude ANFE, mars 1987, Betton, 1987, 50 p.
- [52] PERFETTI C. – La rieducazione motoria dell'emiplegico. – Gio'ghedini, ed., Milano, 1979.
- [53] PIAGET J. – La formation du symbole chez l'enfant. – Delachaux et Niestlé, éd., Paris, 1955.
- [54] PIBAROT I. – Dynamique de l'ergothérapie, essai conceptuel, 1977.
- [55] PICARD Y., RABASSE Y. – Rééducation du membre supérieur de l'hémiplégique. Journal d'ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1986, 8, 3, pp. 69-87.
- [56] PIERQUIN L., ANDRE J.M., FARCY P. – L'ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1980.
- [57] QUELARD. – Poignets douloureux chroniques post-traumatiques. Intérêt d'un bilan de rééducation. – Mémoire CES Rééduc. et Réadapt. Fonct., Nancy, 1985.
- [58] RENARD M. – Adaptation de l'habitat aux déficients auditifs. Guide technique et pratique, Les Essarts-le-Roi.
- [59] ROGERS C.R. – Le développement de la personne. – Dunod, éd., Paris, 1968.
- [60] SANCHEZ J. – L'accessibilité. Support concret et symbolique de l'intégration, CTNERHI. – PUF, éd., Paris, 1989.
- [61] SIMON L., BRUN M., HOULEZ G., IZARD M.H. – La protection articulaire des membres. Coll. ABC. – Masson, éd., Paris, 1986, 76 p.
- [62] STEINBROCKER O., TRAEGER C.H., BATTERMAN R.C. – Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. – JAMA, 1949, 140, 659-662.
- [63] THERRIAULT P.Y., COLLARD F. – Ergothérapie, je me souviens. Journal d'ergothérapie. – Masson, éd., Paris, 1987, 9, 2, pp. 41-49.
- [64] TOSQUELLES. – Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. – Ed. du Scarabée, éd., Paris, 1967.
- [65] TUBIANA R. – Traité de chirurgie de la main. Volume I. – Masson, éd., Paris, 1980, 818 p.
- [66] VELLAS P. – Architecture, urbanisme et vieillissement. – Centre International de Gérontologie Sociale, éd., Paris, 1987.
- [67] WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D. – Une logique de la communication. – Points, éd., Paris, 1972.
- [68] WINNICOTT D.W. – Jeu et Réalité. – Gallimard, éd., Paris, 1980, 218 p.
- [69] WINNICOTT D.W. – Processus de maturation chez l'enfant. – Payot, éd., Paris, 1970.