

Schwartz Mónica

Función ocupacional y
Trastorno bipolar

Trabajo de Integración
UNSAM

2006

| | |
|--|----|
| INDICE..... | 1 |
| Introducción General..... | 2 |
| Capítulo I: Marco Teórico..... | 3 |
| Capítulo II: Consideraciones históricas y actuales sobre el Trastorno Bipolar..... | 14 |
| Capítulo III: Antecedentes y Administración del OPHI II..... | 25 |
| Capítulo IV: Desarrollo de casos clínicos..... | 32 |
| Capítulo V: Conclusiones..... | 38 |
| ¿Qué aprendí con este Trabajo de Integración Final?..... | 40 |
| Bibliografía..... | 41 |

INTRODUCCION

Hacia fines de la década del noventa, se detectó en el servicio de Psicopatología y Salud Mental el aumento de la demanda de atención de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, modificando las modalidades de atención del equipo interdisciplinario vigentes hasta ese momento.

Fue necesaria la actualización teórica y clínica, motivando a una parte de los profesionales tratantes a proyectar una investigación que quedó inconclusa.

La participación de terapia ocupacional en ese momento fue clave en el desarrollo del trabajo que se presentará a continuación.

El presente trabajo de integración final tiene como objetivo, conocer y explorar la función ocupacional de un grupo de personas adultas afectadas de trastorno bipolar que concurren a un servicio de Psicopatología y Salud Mental de un Hospital General del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires luego de seis meses de estabilización.

Su finalidad consiste en considerar que dicho conocimiento permitirá brindar un criterio más preciso del tratamiento a implementar, y de este modo comprender qué componentes del sistema humano o del entorno son los responsables más significativos de la función o disfunción ocupacional.

El objetivo del tratamiento es facilitar el cambio a través de la participación del individuo en la acción. Kielhofner explica que, cuando la terapia es eficaz, capacita al individuo para participar en una conducta ocupacional, que continúa su vida en una dirección positiva.

Asimismo, se busca favorecer un ahorro de plazos de tratamiento, disminución de costos y recursos institucionales invertidos en cada paciente.

El presente estudio consta de cinco capítulos en los que se describirán: el marco teórico utilizado, las consideraciones históricas y actuales del trastorno bipolar, los antecedentes y la administración del OPHI II (Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional- Versión II), un desarrollo de dos casos clínicos y finalmente las conclusiones.

MARCO TEÓRICO

Introducción

La terapia ocupacional es una profesión en constante evolución. Se ha ubicado y modificado espacial y temporalmente en los movimientos científicos y tecnológicos de los últimos noventa años.

Para definir una profesión es necesario examinar la base filosófica de la cual procede. Las creencias filosóficas de la Terapia Ocupacional no han sido impuestas desde fuera, proceden de su base histórica. Durante los últimos años, los profesionales han intentado integrar la teoría y la práctica, para identificar la base filosófica sobre la que la profesión ha crecido.

En líneas generales, se puede decir que existen dos perspectivas filosóficas que sustentan las distintas teorías acerca de la naturaleza del hombre y de su entorno, que son las que más han influido en el desarrollo de la Terapia Ocupacional.

Estas perspectivas filosóficas han sido descritas por Reed K. (1984) como metamodelos o paradigmas de la Terapia Ocupacional, ya que todos los demás modelos pueden verse incluidos en una u otra categoría. Estos metamodelos son:

* *Restricción específica de roles de descripción*
- Reduccionismo (Atomismo o Mecanicismo): tiene un enfoque estrictamente objetivo y pragmático de la realidad concreta; una realidad puede ser descompuesta en componentes observables. El todo puede ser comprendido estudiando las partes. El universo opera mediante reglas o leyes concretas que, al final, serán descubiertas.

* *Subjetiva: * De descripción ocupacional*
- Holismo (Organicismo): tiene un punto de vista subjetivo; la realidad es mutable, el mundo percibido es indivisible, los elementos concretos y abstractos interactúan y forman una gestalt, un todo que es mayor que la suma de las partes. Cada elemento de ese todo no puede ser entendido de forma aislada, sin estar en relación con los otros.

Aunque el organicismo y el mecanicismo tienden a ser opuestos, ambos puntos de vista no deben considerarse como estrictamente buenos o estrictamente malos, simplemente son diferentes.

La Terapia Ocupacional comenzó a desarrollarse dentro del metamodelo organicista, en la aproximación del modelo del tratamiento moral y de la teoría psicobiológica desarrollada por Adolph Meyer. Entonces, la práctica de la Terapia Ocupacional se centraba en la organización de las actividades cotidianas del individuo, en el trato respetuoso y en la promoción de conductas sociales apropiadas.

Con la influencia de Gesell, entre 1930 y 1940, se modificó la práctica del remanente modelo organicista, siendo el punto principal de intervención los estadios del desarrollo.

En 1940 y 1950 la presión por la especialización médica en rehabilitación y la teoría psicoanalítica comenzaron a impulsar la orientación organicista a un segundo plano. La conducta fue evaluada en discretas unidades, tales como, rango de movimiento en grados, fuerza muscular en libras y análisis de acontecimientos específicos del pasado, la concentración en detalles observables y conductas regresivas a veces ignoradas, es decir, la persona en su totalidad con sentimientos y

*manuscrito
1866/1950
trat moral
de Meyer
1922
Archivo de T*

1940, se ve un mayor número de verbos que se usan y se usan: y parece que se va un número de no. p/convertirse en un espacio de comunicación - expresión q' podría leerse. (estruct 1993)
acción + involucrada del inconsciente q' le palabra.

pensamientos. La práctica fue orientada a métodos de investigación diseñados para hallar hechos estadísticos de la conducta humana. La salud era considerada ausencia de enfermedad o trauma.

Durante las décadas '60 y '70 la Terapia Ocupacional en psiquiatría comenzó a resistir el movimiento del modelo mecanicista. El desarrollo de ideas comenzó a resurgir. Al mismo tiempo la Terapia Ocupacional en disfunción física aprobó la doctrina del modelo mecanicista. De este modo la aproximación neuroconductual, tales como, ejercicios resistidos progresivos, activos y pasivos, rango de movimiento, llegaron a ser populares, y algunos conceptos sensoriomotores siguieron la filosofía reduccionista. En el comienzo de los '60, sin embargo, pocos fueron los ejemplos del resurgimiento del modelo organicista. El modelo del Comportamiento Ocupacional de Reilly fue el más notable. En los '70 emergieron más modelos basados en la adaptación, tales como, la Recapitulación de la Ontogénesis de Mosey y la Instrucción en la adaptación de King. *activ - ejercicio, seguidos de y después - Integrac. Funcional*

Los conceptos de humanismo, holismo, competencia y ocupación llegaron a ser, una vez más, visibles como esferas de influencia en la terapia ocupacional, la cual comenzó a reafirmarlos como patrimonio legítimo. (16)

Organización del conocimiento en Terapia Ocupacional.

El conocimiento evoluciona constantemente y cuanto más se profundiza en el estudio, más nos damos cuenta que hasta las verdades que parecen inmutables pueden ser objeto de duda en una inspección, más detallada

Las teorías científicas son abiertas y sus verdades, aunque universales, no pretenden ser absolutas ni definitivas. Son sólo óptimas y provisionales. "La ciencia nunca persigue que la ilusoria meta de sus respuestas sean definitivas, ni siquiera probables. Antes bien, su avance se encamina hacia una finalidad infinita, y sin embargo alcanzable, que es la de descubrir, incesantemente problemas nuevos, más profundos y más generales y de sujetar nuestras respuestas (siempre provisionales) a contrastaciones constantemente renovadas y cada vez más rigurosas. (Karl Popper, filósofo austriaco contemporáneo, autor, entre otros, de dos libros fundamentales: La lógica de la investigación científica, de 1935 y El desarrollo del conocimiento científico. Conjeturas y refutaciones, de 1963). (10)

Para poder conocer y entender los fundamentos de la Terapia Ocupacional es importante saber cómo se organiza el conocimiento que la sustenta. Para poder mejorar la práctica de la profesión es imprescindible que el cuerpo de conocimientos propios vaya creciendo y evolucionando junto con los avances de la ciencia y con los cambios sociales del hombre.

De acuerdo a la propuesta de Begoña Polonio López y Blanca Noya Arnaiz para aportar un poco de luz al tema, se define al marco de referencia, como un conjunto de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento (biología, medicina, psicología, etc.), que constituyen los fundamentos científicos de la práctica de la Terapia Ocupacional. Su función principal es explicar, describir y predecir comportamientos de cualquier tipo, que previamente han sido estudiados, y en torno a los cuales se ha elaborado una teoría. Es un conocimiento teórico, que debe reorganizarse

H² Meyer / Clarke / Slogle / Susan / Tracy / W. Swinton
D² - Gesell / Piaget / Ayres / Rosey / Llorens
D² - Azjime / Fidler & Fidler
D² - Amaze / Smith & Tempore

S - Von Bertalanffy / Keeley y Kielhofner
H² - Watanabe
R² - Baldwin / Taylor (ortopedico biomedico)

para poder ser utilizado en Terapia Ocupacional, puesto que no proporciona herramientas prácticas para la intervención.

Se diferencian dos tipos de marcos de referencia: los marcos de referencia primarios y los marcos de referencia aplicados. Los primeros consisten en un sistema de teorías que sirven para orientar y dar significado y coherencia a las bases conceptuales de la Terapia Ocupacional. Son teorías procedentes del conocimiento externo a la Terapia Ocupacional que hacen que la intervención terapéutica concuerde con los principios teóricos de los cuales procede.

Un marco de referencia aplicado consiste en una versión de la teoría adaptada y aplicada a la práctica de la Terapia Ocupacional. Proporciona un conjunto de suposiciones, postulados y conceptos, así como diferentes abordajes y herramientas prácticas (métodos o instrumentos de evaluación y estrategias de intervención).

Un modelo simplifica las cosas para su comprensión, diferencia los elementos y los relaciona, unifica los criterios y proporciona una guía sobre qué se debe hacer en las diferentes situaciones de necesidad.

Los modelos de Terapia Ocupacional están configurados a partir de las teorías propias de la profesión y de la ocupación humana y sirven para proporcionar unidad e identidad dentro de la disciplina.

Por muchos años, los modelos han sido usados con marcos de referencia para el desarrollo de modelos teóricos en Terapia Ocupacional. Existen siete "supermodelos": humanístico, del desarrollo, de sistemas, reduccionista, del comportamiento, psicoanalítico y holístico.

Los supermodelos no son mutuamente excluyentes. De este modo, algunos modelos teóricos de Terapia Ocupacional pueden hacer uso de más de un supermodelo. (16)

Para llevar a cabo este trabajo de integración final, se utilizó el Modelo de Ocupación Humana (MOHO- Kielhofner, 1995) y la técnica de la Entrevista de la Historia del Desempeño Ocupacional- versión II (OPHI II).

La propuesta de Gary Kielhofner para hacer una aproximación al paradigma actual de la Terapia Ocupacional es la siguiente:

- Criterios para la organización del conocimiento: Terapia Ocupacional es una profesión que integra la ciencia básica y la ciencia aplicada, ambas forman parte de ella y generan conocimientos para la práctica.
- Organización del conocimiento común a toda la profesión: el paradigma es la cultura compartida por los profesionales y guía el desarrollo de la teoría y la práctica. Se compone de ideas centrales (naturaleza ocupacional de los seres humanos, la disfunción ocupacional y la ocupación como agente terapéutico), punto de vista focal (se centra en comprender las complejas conexiones que existen entre las personas y el ambiente, y cómo se afectan por la enfermedad o el trauma) y los valores integrantes del campo (la práctica centrada en el cliente, la ocupación como el alma de la intervención, la importancia de la perspectiva de la persona y la participación activa de la persona en el tratamiento).

- Organización del conocimiento para la práctica: sus modelos conceptuales están compuestos por una base conceptual interdisciplinaria, argumentos teóricos acerca de la función y de la disfunción y protocolos, instrumentos y métodos de tratamiento. (16)

El Modelo de Ocupación Humana surgió de las teorías sobre la conducta ocupacional desarrollada por Reilly y sus colaboradores. De acuerdo con esa tradición, su objetivo ha sido siempre proporcionar un conocimiento y entendimiento profundo sobre la naturaleza de la ocupación en los seres humanos y su papel en la salud y la enfermedad de los mismos. Este modelo se articuló inicialmente en la tesis doctoral de Gary Kielhofner –su autor– en el año 1975. Su primera publicación fue en el 1980, a través de diversos artículos, en los que se refinaron los conceptos iniciales y se llevó a la práctica de la teoría inicial. En 1985 se publica el primer libro de texto, en el que se presenta una amplia teoría y una gran variedad de aplicaciones clínicas. Junto a este primer libro se publican numerosos artículos, capítulos de libros, manuales, etc.. En 1995, se presenta la segunda edición del modelo en el que se pulieron aún más las ideas iniciales del autor, a través de las distintas investigaciones y aportaciones que han hecho los profesionales de diversos países que han seguido el modelo.

Organiza conceptos de ocupación humana en un marco de referencia basado en la Teoría General de Sistemas. Se centra principalmente en los aspectos psicosociales y culturales de la ocupación, reconociendo también los componentes biológicos y físicos. En las primeras publicaciones el modelo explica al ser humano como un sistema abierto, que se organiza a sí mismo, siempre en desarrollo y que cambia con el tiempo. Mientras que los conceptos sobre los sistemas abiertos pueden parecer que destacan lo obvio, en su momento representaron un importante y novedoso argumento frente al modelo reinante. Hace 25 años, la Terapia Ocupacional estaba mucho más próxima a la medicina que lo que está ahora. Aquellos conceptos proporcionaban una forma de aseverar que la Terapia Ocupacional no era una manera o un medio para reparar la máquina humana que se había roto o funcionaba mal. En su lugar, estos conceptos permitían a los profesionales definir la Terapia como un proceso de posibilitar, de manera activa, que los individuos pudieran cambiar y reorganizarse por sí mismos, tras haber sufrido un traumatismo, una enfermedad, una alteración en su vida u otros factores que imposibilitaran o dificultaran la ocupación cotidiana. (16)

Es una herramienta que posee la capacidad de ordenar, categorizar y simplificar fenómenos complejos. Tiene como función describir la organización entre las partes de algún fenómeno empírico, e identificar características abstractas y relaciones que se aplican a una clase completa de fenómenos.

La Ocupación es un aspecto central de la experiencia humana. Los seres humanos participan en el trabajo, el juego y las tareas de la vida diaria, mantienen, refuerzan, conforman y modifican sus propias capacidades, creencias y disposiciones o inclinaciones. Por lo tanto, es importante comprender la historia de la vida de un paciente porque esa historia ha conformado a la persona y creado una trayectoria continua de vida en la cual está ubicada.

De acuerdo con el Modelo, el proceso básico que explica el cambio es un ciclo. El ciclo es una serie de procesos que ocurren cuando el ser humano interactúa con su ambiente. Estos procesos son el Intake, el Throughput, el Output y el Feedback.

El Output consiste en dos tipos de información: un deseo o Intención, y la acción. El feedback es información que comunica al sistema acerca del proceso y de las consecuencias de su output. El Intake es información que entra al sistema debido a alguna acción ocurrida en el ambiente. El Throughput se refiere al proceso interno de organizar y adaptarse a esa información.

Así, como el feedback, el intake también puede cambiar el sistema, es una propiedad básica del sistema abierto el cambiar y reorganizarse basándose en una nueva información. Esto permite que el sistema se adapte a condiciones ambientales. En este dinámico proceso, el sistema no solamente organiza sus estructuras existentes para la ejecución, sino que se organiza, según las demandas ambientales, para nuevos output, así, el throughput ajusta las creaciones internas del sistema (su estructura), y por consiguiente, hace posible los cambios en los output futuros del sistema (función). De esta forma ^{sucesos del sub/transformante/lo hacer/resultado más} el intake, el throughput, el output y el feedback, unen la continua organización y reorganización del sistema a las demandas del ambiente externo. (11)

SUBSISTEMAS

La conducta ocupacional aparece a partir de una cooperación de tres subsistemas con circunstancias en el medio ambiente, ellos son:

1. Volición
2. Habitación
3. Ejecución.

1. Volición

El subsistema de Volición gobierna todas las operaciones del sistema y es responsable de escoger e iniciar el comportamiento ocupacional.

Sus componentes simbólicos son:

1.1 Causalidad personal:

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

El conjunto de imágenes que constituye nuestra causalidad personal incluye:

Orientación interna versus externa: se refiere a la convicción del individuo que los logros en la vida, están relacionados a las acciones personales (control interno) versus la acción de otros, del destino o azar (control externo).

Creencia en las habilidades: se refiere a la convicción personal que posee o tiene un rango de habilidades importantes.

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

1.2 Valores:

Son imágenes de lo que es bueno, correcto y/o importante. Son los principios que guían la conducta humana.

Dentro de las incumbencias de los valores se encuentran:

Orientación temporal: se refiere a la manera en la cual un individuo interpreta y ve su propia ubicación en el tiempo: este incluye el grado de orientación o incumbencia con el pasado, presente o futuro, y la convicción acerca de cómo debiera ser utilizado.

Importancia de las actividades: se refiere a una disposición del individuo a encontrar seguridad, importancia, propósito y mérito en ocupaciones particulares.

Objetivos ocupacionales: se refiere a metas para los logros o cumplimientos personales o para futuras actividades o roles ocupacionales.

Estándares personales: se refiere a compromisos para ejecutar las ocupaciones de una manera moralista, eficiente, excelente u otras formas socialmente aceptadas.

1.3 Intereses

El dominio final del autoconocimiento en la elección, son los intereses. Son disposiciones a encontrar ocupaciones placenteras. Nuestra orientación con respecto al placer y a la satisfacción en las ocupaciones está presentada por tres dimensiones del interés:

Discriminación: es el grado por el cual uno diferencia un gusto o expectativa de placer en algunas ocupaciones.

Patrón: se refiere a una configuración de ocupaciones que uno está dispuesto a disfrutar (solitarias, creativas, actividades físicas, etc.)

Potencia: es el grado en el cual los intereses se basan en experiencias pasadas o influencia la acción presente

2. Subsistema de Habitación

El subsistema habituacional organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas. Este subsistema consolida las elecciones habituales del subsistema elección y las integra dentro de patrones predecibles.

Sus componentes son:

2.1 Roles: son imágenes que las personas mantienen de sí misma como ocupando ciertos status o posiciones en los grupos sociales y de las obligaciones o expectativas que acompañan al hecho de pertenecer a esos roles, sirven como recursos de identidad. Comprenden tres aspectos:

Incumbencia percibida: es la creencia de que uno posee el status, los derechos, las obligaciones de un rol, y que los otros también nos perciben en ese rol.

Expectativas internalizadas: son imágenes que uno tiene acerca de lo que otros esperan que uno haga por el hecho de pertenecer a un rol específico. Cuando las expectativas están internalizadas, son captadas como obligatorias y llegan a ser reglas impuestas por uno mismo.

Equilibrio: es la integración de roles apropiados dentro de la propia vida y en un número óptimo. Este equilibrio existe cuando los roles no están en conflicto y cuando son adecuados para estructurar el uso del tiempo.

2.2 Hábitos:

Son imágenes que guían la rutina y las formas típicas en que una persona se desempeña.

La adaptación del patrón de un hábito se refleja en tres dimensiones:

Grado de organización: es el grado en el cual uno tiene un uso típico del tiempo, que mantiene el desempeño competente en una variedad de ambientes y roles, dando un equilibrio de actividad

Adecuación social: es el grado en el cual nuestros propios comportamientos son aquellos esperados y valorados por ambientes en los que nos desempeñamos.

Rigidez/flexibilidad: es el grado en el cual la persona es capaz de cambiar rutinas de comportamiento para acomodarse a las circunstancias o contingencias periódicas.

3. Subsistema Ejecución

El subsistema Ejecución es un conjunto de imágenes y estructuras biológicas y procesos, los que están organizados en habilidades y son utilizados en la producción de un comportamiento con propósito.

3.1. Habilidades perceptivo-motoras: son habilidades para interpretar información sensorial y para manejarse a sí mismo y a los objetos.

3.2. Habilidades de procesamiento o colaboración: son habilidades dirigidas a manejar eventos o procesos en el ambiente. Incluye la habilidad para planificar y resolución de problemas.

3.3. Habilidades de comunicación/interacción: son habilidades para convertir y recibir información para coordinar el propio comportamiento con el de otros, con el objeto de lograr actividades y objetivos propios.

Son tres los constituyentes de las habilidades: simbólico, neurológico y músculoesquelético

EL MEDIO AMBIENTE

Es visto en su más amplio sentido, incluyendo, el contexto de la conducta ocupacional, los objetos, los eventos, el entorno físico, los grupos sociales y la cultura. Kielhofner sugiere que el entorno puede ser un poderoso determinante de la conducta, y que influye sobre ésta a través de dos procesos: el primero, ofreciendo oportunidades o negándolas, es decir, un entorno facilitador o limitador de la conducta ocupacional; y el segundo, el entorno presenta expectativas y demandas de ejecución desde los demás o desde la cultura, presionando hacia la realización de ciertas conductas.

Aplicación del Modelo

El papel del terapeuta ocupacional conlleva intentar comprender qué componentes del sistema humano o del entorno son los responsables más significativos de la función o disfunción ocupacional. El objetivo del tratamiento es facilitar el cambio a través de la participación del individuo en la acción.

Kielhofner explica que, cuando la terapia es eficaz, capacita al individuo para participar en una conducta ocupacional, que continúa su vida en una dirección positiva.

Este proceso de cambio no es lineal, conlleva una reorganización de todo el sistema, que apunta a encontrar las mejores soluciones. Puede y debe producirse en varios aspectos de manera simultánea. (11)

FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN OCUPACIONAL

Los conceptos clásicos de salud vieron a ésta, simplemente, como la ausencia de enfermedad e incapacidad. Una persona era considerada sana si no presentaba una condición patológica aguda o crónica. Los terapeutas ocupacionales saben que la salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que desean o que son necesarias para su casa, escuela, lugar de trabajo o en situaciones de la vida comunitaria. Ayudan a las personas a unir sus destrezas de las actividades de la vida diaria con sus patrones de desempeño, permitiéndoles desarrollar los roles deseado, en las situaciones de la vida familiar, escuela, lugar de trabajo y en la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su esfuerzo de ampliar el entendimiento de los efectos de la enfermedad y discapacidad sobre la salud, reconoce que ésta última se puede ver afectada por la incapacidad de llevar a cabo actividades y participar en las situaciones de la vida del mismo modo que los problemas somáticos (OMS, 2001). El objetivo principal de la terapia ocupacional, como apoyo a la participación en las ocupaciones, complementa la perspectiva de la OMS. (25)

Los conceptos de los Sistemas Abiertos no solamente enfatizan la importancia de la función como un criterio de salud, sino también permiten considerar la manera en que un sistema puede seguir funcionando a pesar de que exista un daño en sus partes.

Las personas son funcionales ocupacionalmente cuando:

a) actúan de tal forma que satisfacen las expectativas de la sociedad y las necesidades de participación productiva placentera.

b) Actúan de forma tal que permiten la expresión de la exploración y el dominio, el mantenimiento y mejoría de la causalidad personal, valores, intereses, roles, hábitos, destrezas y sus constituyentes.

Por el contrario, una persona es disfuncional ocupacionalmente cuando:

a) las demandas y las expectativas sociales para una participación productiva y placentera no son satisfechas (o cumplidas),

b) cuando el comportamiento no satisface la tendencia para explorar y dominar, o cuando aumenta la alteración de los componentes del sistema.

Un continuum función/disfunción ocupacional

Se propone un continuum función/difunción en el comportamiento ocupacional. Este incluye seis niveles de adaptación/desadaptación en el comportamiento ocupacional. El logro, la competencia y la exploración representan niveles de función ocupacional. Por el contrario, la ineficacia, la incompetencia y la dependencia son niveles de difunción ocupacional.

Debe considerarse que cualquier comportamiento de un individuo puede incluir rasgos de más de un nivel.

Niveles de función ocupacional

El comportamiento ocupacional está representado en tres niveles de arousal y desempeño: exploración, competencia y logro. Este continuum de funcionamiento ocupacional incluye comportamientos que van desde la libre experimentación con el ambiente a fin de aprender que puede uno hacer, hasta la ejecución o desempeño de acuerdo a los estándares personales y a las demandas ambientales.

Exploración *es nec siempre en cualquier etapa de la rehabilitación*

La exploración provee la oportunidad de aprender, de descubrir nuevos modos de ser y nuevas formas de expresar habilidad. Usualmente no exige un alto nivel de destrezas, sino que nutre el desarrollo de éstas. Un individuo puede, también, en el comportamiento exploratorio, buscar nuevas rutas para emplear las destrezas existentes. Algunas veces, este tipo de comportamiento exploratorio emerge después de un episodio traumático en el cual se ha perdido algún aspecto de las destrezas y el individuo busca encontrar las maneras de emplear las destrezas remanentes en nuevas áreas. La exploración es un aspecto importante del comportamiento ocupacional, realizando cambios de roles, reexaminando los modos de realizar antiguas tareas o descubriendo nuevas fuentes de significados.

Genera un sentido de curiosidad y excitación, renueva la confianza en el ambiente, las posibilidades de descubrir interés y significado en la acción. Así, la exploración tiene una función "re-creativa" para los seres humanos y existe en el campo del juego, la recreación y el tiempo libre.

Competencia

El ser competente es un motivo universal, energizado por el deseo de ser reconocido por sus pares como una persona adecuada. La competencia requiere y se construye sobre exigencias exploratorias previas. El ser competente significa adaptarse a las demandas de una circunstancia o tarea. La meta u objetivo de la competencia es ser capaz de relacionarse efectivamente con el ambiente, y mejorar o adaptarse uno mismo de acuerdo al feedback del desempeño.

Las personas que se desempeñan en este nivel se enfocan en la obtención de mejoría y organización de las habilidades, para permitir un desempeño adecuado y consistente.

La competencia proporciona al individuo el sentimiento de tener un mayor control personal.

Su valor descansa en el sentimiento de la persona de estar aproximándose a los estándares de desempeño inherentes a las tareas y a la sociedad. La competencia es un nivel natural de desarrollo

del funcionamiento ocupacional, que comienza en la niñez y continúa durante toda la vida, si las personas se preparan para nuevos roles.

Logro

El logro es un esfuerzo para mantener y mejorar el desempeño (o ejecución) en los roles ocupacionales en que los estándares de desempeño y excelencia son identificables. Las personas están en este nivel cuando han desarrollado las destrezas y hábitos que le permiten tener control sobre su desempeño y sobre los factores del ambiente.

Los valores son extremadamente importantes para el desempeño del nivel de logro. Las personas se comprometen con sí mismas a esforzarse por mantener comportamientos dentro de los estándares de desempeño. El logro requiere una orientación, una habilidad para visualizar metas y dirigirse hacia la realización de los fines o hacia el mantenimiento de un nivel de desempeño en el tiempo. Las metas de logro pueden ser globales, focalizadas o ambiciosas.

El logro permite a un individuo tomar sus intereses en un comportamiento creativo, productivo y, algunas veces, competitivo. El interés se intensifica a medida que las personas tienen la oportunidad de realizar aquello que hacen bien y de ser reconocidos por los otros. El mayor esfuerzo del logro es el placer obtenido por la actividad misma. Los niveles superiores de logro se asocian con un involucramiento intenso, un sentido de total control e identidad con la actividad.

Perfiles de comportamiento ocupacional adaptativo

El desarrollo desde la niñez a la adultez es una vía que va desde la exploración al logro. El continuum es la vía para organizar cualquier comportamiento nuevo o para realizar cambios en nuestro estilo de vida ocupacional. Las personas retornan a los niveles exploratorios o de competencia cuando tienen que desempeñar nuevos roles, encontrar nuevos ambientes o hacer cambios drásticos en su estilo de vida. Por ello, el logro no es el único nivel de comportamiento ocupacional en la vida adulta.

Si bien el estilo de vida de un individuo puede estar dominado por un nivel de comportamiento ocupacional, esto no impide que pueda incorporar otros. Así, un adulto que está en un nivel de logro por mantener varios roles puede al mismo tiempo estar explorando algunos comportamientos nuevos y organizando nuevos hábitos para entrar a otro rol.

Niveles de disfunción ocupacional

La disfunción ocupacional describe un mal funcionamiento del intercambio entre una persona y el ambiente. Por lo tanto, el reconocimiento de una disfunción ocupacional requiere el reconocimiento de factores ambientales.

El Modelo localiza la función y disfunción no en los estados estáticos del individuo sino en las dinámicas de la organización y desorganización del sistema y en el ciclo de interacción con el ambiente.

No se espera que todas las personas puedan estar ubicadas en uno de los niveles; los individuos pueden exhibir características de más de un nivel o pueden ser también funcionales en algunos aspectos de su comportamiento ocupacional, y disfuncionales en otros.

Los tres niveles de disfunción ocupacional son:

Ineficacia

Se dice que un individuo está en un nivel de ineficacia cuando existe una interferencia en el desempeño de actividades significativas, acompañada por una insatisfacción por el desempeño. Las fuentes de la misma pueden ser limitaciones o restricciones ambientales, procesos patológicos o estilos de vida desequilibrados.

En este nivel se experimenta una reducción de la causalidad personal y pueden cuestionarse la probabilidad de obtener metas futuras o encontrar significado a sus ocupaciones. Pueden ser incapaces de mantener el mismo nivel de participación e interés en las ocupaciones valoradas.

Los roles pueden interrumpirse temporalmente o bien, el desempeño de roles puede disminuir.

Incompetencia

Es una limitación o pérdida mayor de las destrezas, una falla o alteración de la autoconfianza y la satisfacción, y la inhabilidad para desempeñar en forma adecuada y rutinaria las tareas de la vida diaria asociadas con los roles ocupacionales.

Las personas se encuentran distanciadas de sus valores e intereses. La vida pierde su atractivo significado y el potencial de satisfacción. El comportamiento se hace rígido, desorganizado o desequilibrado.

Dependencia

Es un estado extremo de disfunción ocupacional. Se experimenta una interrupción total del desempeño ocupacional, acompañada con sentimientos extremos de ineffectividad, ansiedad y/o depresión.

Las personas no pueden dirigir o controlar su propio comportamiento, pueden ser incapaces de expresar o llevar a cabo sus intereses o cumplir cualquier rol ocupacional. La disfunción puede ser tan marcada que las personas son incapaces de cuidarse así mismas. (11)

CONSIDERACIONES HISTORICAS Y ACTUALES SOBRE EL TRASTORNO BIPOLAR

INTRODUCCIÓN

Es un cuadro caracterizado clínicamente por una alternancia cíclica de crisis afectivas que oscilan entre dos polos patológicos del humor, llamados manía y depresión. Es una patología con un indiscutible trasfondo genético y biológico con disregulación en la producción o acción de algunos neurotransmisores o vías neuroendocrinas. Existe un amplio espectro en cuanto a la gravedad del cuadro, siendo en todos los casos una enfermedad crónica. (15)

Es un problema grave de salud pública que afecta del 1,2% al 2,5% de la población. En el estudio de la OMS sobre la morbilidad mundial de la enfermedad, el trastorno bipolar ocupaba el sexto lugar entre todos los trastornos médicos. Su morbilidad es considerable, si se tienen en cuenta los años de vida productiva perdidos o los gastos invertidos en la atención médica. La mortalidad es otro problema serio, sobre todo, como consecuencia del suicidio, pero también, por la coexistencia frecuente de enfermedades médicas, en particular, de origen cardiovascular. Es necesario aclarar que algunas enfermedades metabólicas y endocrinas pueden causar cuadros maníacos que remedan los de los trastornos bipolares, como así también los tumores y traumatismos cerebrales. (22)

La edad de inicio promedio es alrededor de la tercera década de la vida, aunque, entre un 10% y un 20% de los casos son de comienzo juvenil y otros se inician en la vejez. El trastorno bipolar es una enfermedad epidemiológicamente ubicua, presentándose con llamativa similitud en todos los climas, en todas las razas, niveles económicos y sociales. (21)

Este trastorno pasó por varias denominaciones. "Locura ó Psicosis Maníaco-Depresiva" por Emil Kraepelin, "Trastorno Bipolar" por Kart Leonhard, "Enfermedad Maníaco-Depresiva" (Manic Depressive Illness) a partir de la monumental obra clásica de Frederick Goodwin y Kay Jamison en 1990 apoyándose en el esquema Kraepeliano, y por último "Espectro Bipolar" por Hagop Souren Akiskal. (19)

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

Desde la antigüedad en la cultura occidental se consideraba como causa fundamental de la enfermedad, las alteraciones en el equilibrio de los humores. Para vaciar el cuerpo de humor desequilibrado se prescribía un régimen de ejercicio y dieta. (5)

En los tiempos de los filósofos griegos la locura comprendía variedades del pensar y del sentir, no sólo la psicosis. Así en el Ajax de Sófocles se describe que la exaltación y la tristeza desembocan en el destino trágico que lo conduce al suicidio; no se intenta estigmatizar al héroe. En la locura de Saúl, del libro de Samuel, se dice que "buscaremos un hombre que sepa tocar la cítara para que cuando te atormente el espíritu malo, toque y sientas alivio". El libro de Daniel relata la psicosis del

rey Nabucodonosor, que al recuperar la razón se hace cargo del gobierno y más aún, con mayores capacidades.(17)

Al que primero se le atribuye la observación y la vinculación entre la manía y la melancolía fue a Areteo de Capadocia alrededor del siglo II a. de C. El desarrollo de la manía es realmente un empeoramiento de la enfermedad (melancolía) más que un cambio a otra enfermedad”.

En la Edad Media la enfermedad mental se percibía como un castigo por la maldad, en consecuencia, los pacientes fueron muchas veces encadenados, flagelados y torturados. El tratamiento estaba centrado en la idea de catarsis (p. ej., sangrado de los afectados para producir crisis)

El Hospital de Santa María de Bethlehem, (nombre cuya deformación dio origen a la palabra *bedlam*, “manicomio, casa de locos” en idioma inglés) fue fundado en Londres en 1247 por Enrique II, se utilizó como asilo para dementes desde el siglo XIV en adelante. A partir de 1402 alojó en forma exclusiva a individuos con problemas mentales. Su propósito era custodiar más que cuidar y el trato era abusivo y humillante, lo que estaba vinculado con la idea de considerar a la culpa individual, al pecado, como origen de la enfermedad. Hasta 1473 no se recibía en él asistencia propiamente médica.

En EE.UU., Benjamin Rush fue uno de los primeros defensores del tratamiento humano para los pacientes con enfermedad mental. Su obra, *Medical Inquiries and Observations upon Diseases of the Mind*, publicada en 1812, fue el primer libro de psiquiatría americano. Fue el inventor de la silla tranquilizante, efectiva para calmar a pacientes maniacos.

Philippe Pinel (1745-1826) fue de los primeros en declarar la importancia del tratamiento humano de los dementes, director del hospital de Bicêtre primero y de La Salpêtrière después, liberó a los alienados encadenados y transformó a los asilos en sitios más dignos material y moralmente, instituyendo el tratamiento moral, basamento de la rehabilitación.

Jean Etienne Esquirol (1772-1840) sucedió a Pinel y trabajó para establecer un funcionamiento adecuado de los manicomios. En 1838 publicó *Desmaladies mentales*, uno de los primeros libros de texto en psiquiatría

En 1851, Jean-Pierre Falret (1794-1870) fue el primero en describir el trastorno bipolar como una entidad independiente, *De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l'alternative régulière de la manie et de la mélancholié*. Caracterizó la folie circulaire como un ciclo continuo de depresión, manía e intervalos asintomáticos.

En 1854, Jules Baillarger (1809-1890) presentó su teoría de la folie à double forme, la manía y la melancolía cambian de una a otra

Ambos conceptos, folie circulaire folie à double forme, fueron ampliamente difundidos por Europa La folie circulaire tuvo gran aceptación en Europa y EE.UU. a finales del siglo XIX (5)

En 1883, E. Kraepelin publicó *Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Entre la 6ª edición (1899) y la 8ª (1913) realizó una descripción clínica más completa y matizada. Basó su gran visión articulando el estudio longitudinal de las manifestaciones clínicas con la presentación transversal de los síntomas, la observación clínica y la historia familiar para delinear la Locura

Maníaco-Depresiva, incluyendo a la Manía, a los Estados Mixtos, a las Depresiones Cíclicas, y a las Perturbaciones Temperamentales asociadas. Estableció el curso episódico, de característica hereditaria haciendo una distinción entre la Demencia Precoz y la Locura Maníaco-Depresiva.

En muchos pacientes, la Manía y la Depresión estaban a menudo en combinación durante el mismo episodio: Episodios Mixtos.

Finalmente, los pacientes con depresión recurrente venían a menudo de familias con enfermedad maníaco-depresiva, alcoholismo, o ambos. Kraepelin concluyó que todas éstas eran manifestaciones de un solo proceso mórbido que se expresaba en una gran variedad de formas clínicas, unidas a factores temperamentales y genético-familiares comunes. Su gran esquema incluyó los Bipolares I, Bipolar II, los Trastornos Ciclotímicos y las Depresiones Mayores recurrentes.

En 1915, el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud describe la infraestructura metapsicológica de la manía y la melancolía en su obra "Duelo y Melancolía".

Por último, tomando los estudios de Kraepelin, se establecieron las características clínicas centrales del estado mórbido que hoy llamamos Trastorno Bipolar, que son: "Alteración cíclica del estado de ánimo, entre polos de Manía/Hipomanía y Depresión, o Estado Mixto con intervalos lúcidos".

I { Cuando se nombra Trastorno Bipolar no se está aludiendo directamente a Psicosis Maníaco-Depresiva, porque el concepto de bipolaridad-entendido como la alternancia del estado del ánimo- es independiente que haya síntomas psicóticos, extendiéndose más allá de la Manía psicótica clásica. Esta aclaración es necesaria porque todavía queda la idea que por trastorno bipolar se entiende ser maníaco y psicótico, siendo este el estigma mismo del trastorno. Es así como se la pensó tradicionalmente a esta enfermedad. Kraepelin al designarla como "Locura" ó "Psicosis", hizo que esta denominación impregnara la concepción misma de la enfermedad durante todo el siglo, siendo el elemento de "Psicosis" lo que prevalecería, quedando la oscilación del estado del ánimo -maníaco-depresiva- como su modalidad.

No hay Trastorno Bipolar sin un cambio episódico entre polos anímicos. (19)

La aproximación científica en las enfermedades mentales, particularmente en los trastornos del ánimo, generalmente ha llevado a disminuir u obviar los aspectos positivos, sobre todo en la enfermedad bipolar y sus formas más atenuadas.

Entre los aspectos que se pueden considerar positivos de estas enfermedades estaría la relación con la creatividad y liderazgo. No se trata de postular que estos aspectos están determinados por una enfermedad del estado de ánimo, tampoco que los escritores y artistas sean depresivos, suicidas o maníacos, sino que una desproporcionada cantidad de ellos lo son, que provienen de familias donde se acumulan estas afecciones, que existe cierta similitud entre los síntomas afectivos y elementos del proceso creativo, una aparente línea de continuidad entre el carácter habitual (distímico, hipertímico, ciclotímico) y la obra creadora y, por último, coincidencia temporal entre el acto creativo y la enfermedad.

I