

# Terapia Ocupacional en Atención Primaria:

*dotando de funcionalidad a la vida de  
las personas*

Documento técnico **“Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas”**

Asociación Profesional Andaluza  
de Terapeutas Ocupacionales (APATO)



Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales  
de Castilla la Mancha (COFTO-CLM)



Colegio de Terapeutas Ocupacionales  
de Cataluña (COTOC)



Colegio de Terapeutas Ocupacionales  
de Navarra (COTONA-NALTE)



Colegio de Terapeutas Ocupacionales  
de Aragón (COPTOA)



Asociación Profesional de Terapeutas  
Ocupacionales de Canarias (APTOCA)



Sociedad Científica de  
Terapia Ocupacional (SOCINTO)



## Documento técnico **“Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas”**

La inclusión de la Terapia Ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria de un Sistema Nacional de Salud:

- Previene y reduce significativamente las caídas en el adulto mayor.
- Reduce costes al sistema sanitario, en comparación al coste que suponen las intervenciones médicas y farmacológicas.
- Usa estrategias de salud en patologías crónicas dirigidas hacia la educación sobre el autocontrol y la independencia funcional, disminuyendo el número de reingresos hospitalarios.
- Realiza adaptaciones domiciliarias y ambientales, de tal forma que reduce los posibles riesgos de salud (reingresos, caídas accidentales) y optimiza la participación en actividades cotidianas, promoviendo el empoderamiento de las personas.
- Provee a las personas de educación en higiene postural, lo que previene lesiones en el ambiente laboral, reduciendo no solo el ingreso hospitalario sino además periodos prolongados de ingreso.
- Proporciona mayor seguridad en la conducción del adulto mayor, reduciendo el número de accidentes en la comunidad.
- Favorece que personas con problemas de salud mental obtengan y/o conserven el empleo, realicen actividades con significado, participen en la comunidad, e incluso, mejore la adherencia al tratamiento farmacológico y la salud física.
- Colabora en la identificación temprana de las discapacidades de aprendizaje, lo que ayuda a prevenir problemas académicos, sociales y emocionales.
- Interviene en todas aquellas problemáticas de salud, enfermedad o discapacidad que limiten la funcionalidad de las personas y su participación en actividades de la vida diaria en el domicilio y en la comunidad.

## Presentación del documento

El documento técnico **"Terapia Ocupacional en Atención Primaria (AP): dotando de funcionalidad a la vida de las personas"** elaborado por la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO), junto con la Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales (APATO), el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla la Mancha (COFTO-CLM), el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC), el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (COTONA-NALTE) y la colaboración del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA) y de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias (APTOCA) contiene los fundamentos y las aplicaciones prácticas de la terapia ocupacional en el ámbito de AP de Salud.

La terapia ocupacional es la disciplina sociosanitaria dedicada a abordar los problemas de salud que afecten al desempeño ocupacional de las personas, esto es, las situaciones de dependencia que provocan alteración en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD).

Este documento se ha elaborado en respuesta a las necesidades planteadas por el Sistema Nacional de Salud del Gobierno de España en el que se propone desarrollar un plan de trabajo para actualizar e impulsar el papel de la AP en el Sistema Nacional de Salud.

La terapia ocupacional puede contribuir a prevenir la dependencia y a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, a través del uso terapéutico de las AVD. La independencia, la autorrealización y la participación en la sociedad vienen de la mano del desempeño de las actividades que son significativas para la persona y que forman parte de sus roles personales y sociales. Los programas de terapia ocupacional se dirigen a mejorar las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD), el descanso y el sueño, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y/o la participación social.

La AP, puerta de entrada a la red de recursos de salud, se convierte en un lugar idóneo para el desarrollo de programas de terapia ocupacional que tengan como objetivo la promoción de la autonomía personal y la prevención de riesgos que puedan alterar la vida diaria de las personas, ayudando a mantenerlas en su entorno habitual y con la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

En el presente documento comenzaremos realizando una presentación de la situación de la discapacidad en España, reflejando los datos obtenidos de documentos oficiales gubernamentales que muestran la especial dificultad en la realización de sus AVD y su autonomía personal, que es precisamente el campo de actuación de la terapia ocupacional, y por ello, consideramos necesario contextualizar nuestra intervención en el segundo apartado del documento técnico.

Con el fin de apoyar la inclusión del terapeuta ocupacional en la cartera de servicios de AP del Sistema Nacional de Salud, revisaremos el marco legislativo actual, tanto a nivel nacional como internacional, que inciden en la importancia de la salud entendida no solo como la ausencia de enfermedad sino como la necesidad de las personas de tener el máximo nivel de autonomía y calidad de vida posibles, pudiendo desempeñar sus AVD tanto en su domicilio como en la comunidad y el deber de los servicios sanitarios de actuar en estos ámbitos de manera preventiva, habilitadora y rehabilitadora mediante equipos interdisciplinarios.

La terapia ocupacional ya está incluida dentro de estos equipos interdisciplinarios en la cartera de servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón y Cataluña, así como en países como Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos o Irlanda. En el presente documento describiremos algunas de estas experiencias para a continuación mostrar mediante la evidencia científica disponible la efectividad y eficacia de la terapia ocupacional en la AP de salud, que no solamente ha demostrado mejorar la autonomía, la calidad de vida de las personas y retrasar o prevenir su institucionalización, sino que ha supuesto un importante ahorro económico a los sistemas sanitarios de otros países donde ya se ha implantado.

Para finalizar, y con el fin de ayudar a clarificar nuestra intervención en AP, detallaremos las funciones que podría desarrollar la terapia ocupacional con personas y colectivos con diferentes perfiles clínicos y una propuesta de creación de un servicio de terapia ocupacional en AP de salud.

Atentamente,

SOCINTO.

Asociaciones y Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional.

## Índice

<b>SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA.</b>	9
<b>FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL.</b>	11
<b>MARCO LEGISLATIVO DE REFERENCIA.</b>	17
<b>SITUACIÓN ACTUAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA Y EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.</b>	21
1. <b>Comunidad Autónoma de Andalucía.</b>	21
2. <b>Comunidad Autónoma de Aragón.</b>	28
3. <b>La Terapia Ocupacional en el ámbito internacional.</b>	29
<b>EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA CONTRIBUCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, OBJETIVOS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.</b>	32
1. <b>Introducción.</b>	32
2. <b>Adultos y 3ª edad.</b>	34
3. <b>Cuidando de los cuidadores.</b>	38
4. <b>Enfermedades crónicas. Pluripatologías.</b>	40
5. <b>Ergonomía postural.</b>	43
6. <b>Salud mental.</b>	45
7. <b>Riesgo social.</b>	48
8. <b>Población infantil y adolescentes.</b>	51
<b>PROPUESTA PRÁCTICA DE UN SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	54
1. <b>Flujograma de derivación de terapia ocupacional y proceso de terapia ocupacional.</b>	55
2. <b>Criterios de inclusión en el servicio de terapia ocupacional y finalización del servicio.</b>	56
3. <b>Requisitos técnicos-sanitarios del servicio de terapia ocupacional en AP de salud.</b>	57
4. <b>Protocolo de evaluación ocupacional y funcional.</b>	61
5. <b>Programas de terapia ocupacional en AP de salud.</b>	64
6. <b>Muestra representativa de casos clínicos con diferentes perfiles personales.</b>	72
<b>CONCLUSIONES</b>	87
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	88

## Abreviaturas utilizadas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AOTA	Asociación Americana de Terapia Ocupacional
AP	Atención Primaria
APATO	Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales
APTOCA	Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias
AVD	Actividades de la vida diaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
COFTO-CLM	Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla la Mancha
COPTOA	Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón
COTOC	Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña
COTONA-NALTE	Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra
EBAP	Equipos Básicos de Atención Primaria
SOCINTO	Sociedad Científica de Terapia Ocupacional

## Índice de tablas y figuras

Tabla/Figura	Página
Tabla 1. Áreas de ocupación	14
Figura 1. Terapeutas ocupacionales por cada 10.000 habitantes	29
Figura 2. Flujograma de derivación a terapia ocupacional y proceso de terapia ocupacional	53
Tabla 2. Criterios de inclusión en el servicio de terapia ocupacional y finalización del servicio	54
Tabla 3 Herramientas de evaluación globales	59
Tabla 4 Herramientas de evaluación áreas específicas	61
Tabla 5. Programa de entrenamiento en AVD	62
Tabla 6. Programa de entrenamiento funcional	63
Tabla 7. Programa de entrenamiento cognitivo	65
Tabla 8. Programa de adaptación del hogar	66
Tabla 9. Programa de formación cuidadores	67
Tabla 10. Programa de confección y manejo de ortesis	68
Tabla 11. Programa de asesoramiento y entrenamiento de productos de apoyo	69
Tabla 12. Caso clínico: Esclerosis múltiple	70
Tabla 13. Caso clínico: Accidente cerebrovascular	72
Tabla 14. Caso clínico: Alzheimer	74
Tabla 15. Caso clínico: Artritis reumatoide	75
Tabla 16. Caso clínico: Espina bífida (infantil)	77
Tabla 17. Caso clínico: Esquizofrenia paranoide	79
Tabla 18. Caso clínico: Lesión medular	81
Tabla 19. Caso clínico: Parálisis cerebral (adolescencia)	83

## SITUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN ESPAÑA

Obtenido de: Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. Publicación realizada por el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.

El número total de personas residentes en hogares españoles que declaran tener alguna discapacidad asciende a 3.847.900, lo que supone un 8,5% de la población. De estas personas, 2,30 millones son mujeres frente a 1,55 millones de hombres, lo que en términos relativos significa que, si de cada 100 hombres 7 dicen presentar una discapacidad, en las mujeres esta relación aumenta a 10 de cada 100.

En un total de 3,3 millones de hogares reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad, lo que supone un 20% de los hogares. De ellos, 608.000 consisten en una persona con discapacidad que vive sola. No obstante, el caso más frecuente es el hogar de dos miembros donde uno de ellos presenta alguna discapacidad.

Las comunidades autónomas que presentan un mayor porcentaje de personas con discapacidad son Galicia, Extremadura, Castilla-León y Asturias, todas ellas con más del 10% de la población con alguna discapacidad. Por delante de ellas se sitúan Melilla y Ceuta.

En cambio, en La Rioja, solo 6 de cada 100 personas dicen tener alguna discapacidad, lo que la convierte en la comunidad con la menor proporción relativa de personas con discapacidad, un 45% inferior a la media nacional. A ésta le siguen Cantabria, Baleares y Canarias, las tres con una tasa entorno al 7% de la población.

En todas las comunidades se mantiene el mismo perfil por sexo y edad que encontramos a nivel nacional: mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad, y con tasas femeninas inferiores a las masculinas para las edades hasta los 44 años y superándolas a partir de los 45 años.

Para las personas de seis y más años residentes en hogares, los principales grupos de discapacidad son los de **movilidad** (que afecta a 2,5 millones, el 6% de la población), **vida doméstica** (2 millones, el 4,9%) y **autocuidado** (1,8 millones, el 4,3%), lo que implica que para más de la mitad de las personas con discapacidad sus limitaciones en la actividad radican en alguno de estos tres motivos. Esta proporción supera el 70% para las personas con discapacidad de 80 y más años. Dentro del primer grupo cabe

destacar la restricción de desplazarse fuera del hogar que afecta a dos de cada tres personas con problemas de movilidad.

En todos los tipos de discapacidad las mujeres presentan unas mayores tasas que los hombres, aunque tanto para ellas como para ellos, las restricciones en la movilidad siguen siendo el principal motivo de **restricción de la actividad**, (presente en el 58% de los hombres y en el 73% de las mujeres con discapacidad). En el caso de las mujeres le siguen las discapacidades relacionadas con la **vida doméstica** y el **autocuidado**, mientras que en los hombres se intercambian en orden de importancia.

De las personas de seis o más años con discapacidad, el 74% tienen **dificultades para realizar las ABVD**; y la mitad de ellas, casi 1,4 millones de personas, encuentran una **discapacidad total en ABVD** si no reciben ayudas.

Hay una mayor presencia de la **discapacidad asociada a las ABVD** en las mujeres que en los hombres: el 80% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en ABVD frente al 65% de los hombres con discapacidad. Las **limitaciones en las ABVD** adquieren una mayor importancia dentro del total de las discapacidades a medida que aumenta la edad. Si bien dentro del colectivo de las personas con discapacidad entre 6 y 44 años 6 de cada 10 tienen una **dificultad en ABVD**, esta proporción aumenta hasta 8,5 de cada 10 del grupo de 80 y más años.

De los 2,8 millones de personas con **discapacidades en ABVD**, el 80% reciben ayuda, lo que permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones, llegando a superarlas completamente 340 mil personas, y reduciéndose el porcentaje de aquellas que tienen un **grado total de discapacidad en las ABVD**.

Por último, hay que reseñar que de acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta EDAD-2008, el gasto monetario directo medio anual por hogar ocasionado por la discapacidad asciende a 2.874 euros. Una cantidad que supone el nueve por ciento del gasto anual medio por hogar, cifrado en 31.953 euros para 2008 por la Encuesta de Presupuestos Familiares, sobre coste que supone un agravio comparativo para las personas con discapacidad que no llega a compensarse de modo generalizado con las ayudas, bonificaciones y subvenciones que se reciben por parte del colectivo.

## FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

Los terapeutas ocupacionales dirigen sus actuaciones en primer lugar a mejorar las capacidades físicas, funcionales, cognitivas, procesuales y de comunicación que afecten o que potencialmente puedan afectar, el desarrollo de la vida cotidiana de las personas y su participación en la comunidad.

La modificación del entorno, ocupa la segunda parte de la intervención con el objetivo de equiparar las demandas del contexto a las capacidades de la persona y hacer más factible la realización de actividades y, por ende, el desarrollo de roles que le permitan la integración social.

Los terapeutas ocupacionales son profesionales sociosanitarios que actúan en la prevención, asesoramiento, evaluación, tratamiento, reeducación y reinserción de personas con alteraciones físicas, psíquicas, sensoriales y sociales, en el contexto de un equipo profesional interdisciplinar. Su objetivo fundamental es paliar el déficit ocasionado por la disminución de la salud, por lo que es necesario realizar una asistencia integral de la persona en su entorno. El profesional de la terapia ocupacional, mediante la utilización de diferentes técnicas interviene en:

1. La autonomía y funcionalidad en las áreas del desempeño ocupacional (ABVD y AIVD, sueño y descanso, educación, trabajo, juego, ocio y participación social).
2. El desarrollo de las capacidades residuales.
3. La compensación de las funciones perdidas.
4. La fabricación y el entrenamiento en el uso de dispositivos de apoyo (productos de apoyo), prótesis y ortesis.
5. La integración de la persona en la sociedad.
6. La adaptación del entorno domiciliario, escolar y laboral.
7. La formación a cuidadores principales en el manejo de su familiar enfermo.

La Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia ocupacional (AOTA, 1981) expone que *"La terapia ocupacional se caracteriza por el uso de la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta. Los servicios específicos de*

*Terapia ocupacional incluyen: enseñanza de las destrezas de la vida diaria; desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado; desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre; diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos o protésicos seleccionados o equipamiento; utilización de actividades y ejercicios especialmente diseñados para posibilitar el desempeño funcional; administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad, análisis y evaluación de las AVD, tanto Básicas como Instrumentales y Avanzadas, diseño, adaptación y entrenamiento en las Dispositivos de Apoyo, así como la adaptación del entorno para el discapacitado, así como la intervención y a apoyo a familiares y cuidadores que lo requieran. Estos servicios se proveen individualmente, en grupos, o a través de sistemas sociales.”*

La terapia ocupacional, como disciplina integrada en los equipos de rehabilitación, tiene unos objetivos genéricos que van dirigidos a:

- Promover estrategias para la conservación y mantenimiento de las rutinas cotidianas del ser humano.
- Prevenir o disminuir los factores personales, ocupacionales o del entorno que conduzcan a la discapacidad.
- Rehabilitar o compensar las capacidades disminuidas o ausentes en todas aquellas personas en las que su nivel de funcionamiento y participación está alterado o limitado por una lesión, por una enfermedad física o mental, por una condición de disfuncionalidad, por una alteración en el desarrollo o aprendizaje o por unas condiciones ambientales adversas.

Por tanto, ofrece la oportunidad de trabajar con el paciente de una forma global e integrada, es decir, actuando en los déficits que ocasiona la enfermedad y la repercusión de ésta en su vida cotidiana, siendo el principal objetivo permitir al individuo volver a llevar una vida lo más normalizada posible, bien de forma autónoma o mediante el uso de dispositivos de apoyo, soportes o adaptaciones.

La nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS (2001) incluye, tanto, los componentes de la salud, como sus contextos ambientales. La CIF se estructura a modo de sistemas que sirven para establecer cómo repercute el estado de salud de las personas, tanto en lo personal

como en lo social, sobre su participación en todas las AVD. Desde esta perspectiva se establece una relación directa con la esencia de la terapia ocupacional, la cual puede ser resumida en:

La relación entre la salud y el bienestar con la participación de las personas en su autocuidado y actividades domésticas; con la interacción y las relaciones interpersonales; con las principales áreas de la ocupación humana (incluyendo educación, trabajo y tiempo libre) y con las actividades comunitarias, sociales y cívicas.

Todo ello unido a los factores ambientales que actúan como barreras que obstaculizan o facilitan la participación en las ocupaciones. (Normas mínimas revisadas para la formación de Terapeutas Ocupacionales 2002. WFOT, pág. 5)

La terapia ocupacional interviene en los tres niveles de prevención y se presenta como una opción de tratamiento en las discapacidades de origen físico, psicológico y en situaciones de riesgo social. De forma paralela su labor complementa a la de los demás profesionales del equipo interdisciplinar, basándose en:

- La asistencia para conseguir el máximo bienestar y calidad de vida.
- La promoción de la participación en las actividades y en el entorno.
- La prevención de la discapacidad y de las enfermedades.
- El tratamiento para evitar secuelas o el agravamiento de una enfermedad crónica.
- La promoción y recuperación de las funciones biopsicosociales.
- La asistencia al individuo y a su familia desde la comunidad.
- La restauración de roles ocupacionales.
- La disminución de los periodos de convalecencia.
- La promoción del reajuste social y de la integración de las personas.
- La formación a cuidadores principales en el manejo de su familiar enfermo.

La terapia ocupacional, como conjunto homogéneo de conocimientos se asienta en el análisis de la ocupación y las actividades. Este análisis exclusivo realizado por los profesionales de terapia ocupacional pretende identificar aquellas habilidades y destrezas necesarias para la realización con éxito de las actividades cotidianas, contextualizadas a las necesidades específicas de cada persona con efectos preventivos o terapéuticos. El análisis de la ocupación y de las actividades también permite describir y determinar aquellos factores físicos, psíquicos, sociales y culturales que

influyen en la participación y el compromiso individual en la realización de las actividades y así conseguir la adaptación funcional en las diferentes etapas de la vida y en las diversas categorías de la actividad humana.

Las intervenciones son preventivas, terapéuticas y/o rehabilitadoras implementadas en el ámbito de la discapacidad sensorial, física, mental y social, a través de la utilización de las ocupaciones o las actividades seleccionadas y adaptadas. Éstas se fundamentan en la adaptación funcional en las diferentes etapas vitales y en las diversas categorías de la actividad humana, así como en la utilización adecuada de las técnicas correspondientes a un referente modelo teórico específico de terapia ocupacional, como, por ejemplo: Modelo del Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia ocupacional, Modelo de la Discapacidad Cognitiva de Allen, Modelo de la Ocupación Humana, etc.

La intervención del terapeuta ocupacional va destinada a conseguir que la interacción persona-entorno sea óptima. Los profesionales de la terapia ocupacional intentan restaurar o, si no fuera posible, mantener la capacidad funcional de cada usuario, estableciendo aquellas intervenciones y estrategias compensadoras necesarias para mejorar la interacción con el medio.

Bajo este concepto las intervenciones se plantean sobre el entorno, entendido como el conjunto de factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, emocionales, que influyen en que las personas decidan participar en las ocupaciones inherentes a sus roles. La intervención del terapeuta sobre la interacción persona-entorno tiene doble objetivo:

- Mejorar la accesibilidad y la adaptación funcional.
- Eliminar las barreras (arquitectónicas, de transporte, de accesibilidad cognitiva, etc.)

Supone actuar sobre la accesibilidad orientada a una mejora colectiva de la calidad de vida. Sin embargo, la adaptación funcional, que, en la nueva terminología establecida en la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (BOE de 3 de diciembre/ley 51/2003) se refiere como "ajuste razonable", es un proceso modulado por el terapeuta ocupacional y orientado a disminuir la fricción entre la persona con discapacidad y su medio ambiente para lograr una integración personalizada. Para que la adaptación funcional sea óptima, conviene

valorar además de los condicionantes físicos, derivados de la lesión del paciente y de las barreras del medio, factores emocionales e, incluso, socioculturales.

Esta triple aproximación conceptual de la terapia ocupacional al usuario permite que uno de los ámbitos de actuación más importantes del terapeuta ocupacional sea el ámbito sanitario (hospitales, hospitales de día, ambulatorios de especialidades, centros de salud, etc.) y encontrándose entre sus funciones generales (Libro Blanco de la Terapia ocupacional, 2004): evaluación-valoración; identificación de las áreas de disfunción; tratamiento e intervención; consejo, asesoría y consulta; prevención y promoción de la salud.; investigación y docencia; enseñanza y supervisión; dirección, administración y gestión.

Por último, destacar que según el "Marco de Trabajo para la Practica de Terapia ocupacional: Dominio y Proceso" (AOTA, 2014) los terapeutas ocupacionales dirigen su conocimiento a las múltiples áreas de ocupación y actividades humanas en las que están involucradas la vida de las personas. Los terapeutas ocupacionales promueven que las personas se involucren en ocupaciones y en AVD (Tabla 1), necesitando y utilizando, para ello, diversas destrezas de ejecución, por lo que se justifica y argumenta los programas de terapia ocupacional expuestos a continuación en la AP de salud.

**Tabla 1. Áreas de ocupación**

ABVD	AIVD	Educación	Trabajo	Juego	Ocio	Participación social
Bañarse/ducharse	Cuidado de otros	Participación	Interés y	Exploración	Exploración	Comunidad
Control de esfínteres y vejiga	Cuidado de mascotas	en la	búsqueda de	del juego	del tiempo	Familia
Vestido	Criar niños	educación	empleo	Juegos de	libre	Compañeros
Comer	Uso de sistemas de	formal	Encontrar y	participación	Preparación	Amigos
Alimentación	comunicación	Participación	conseguir un		para el ocio	
Movilidad funcional	Movilidad en la	personal en	empleo			
Cuidado de	comunidad	educación	Desempeño			
productos de apoyo	Manejo de temas	informal	del trabajo			
personales	financieros		Preparación			
Higiene y aseo personal	Cuidado de la salud y la		para la			
Actividad sexual	manutención		jubilación			
Dormir y descansar	Crear y mantener un		Exploración			
Higiene del inodoro	hogar		del			
	Preparación de la		voluntariado			
	comida y la limpieza		Participación			
	Procedimientos de		como			
	seguridad y		voluntariado			
	respuestas de					
	emergencia					
	Compras					

## MARCO LEGISLATIVO DE REFERENCIA

**1.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud *como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (OMS, 2012). En su esfuerzo por ampliar la comprensión de los efectos de la enfermedad y la discapacidad sobre la salud, reconoce que la salud se puede ver afectada por la incapacidad de llevar a cabo actividades y participar en la comunidad. Desde este enfoque, la salud puede entenderse en términos de funcionalidad considerando las actividades que la persona es capaz de llevar a cabo para responder a las demandas de su entorno.

**2.** El objetivo que marca la Unión Europea en cuanto a "la atención a las personas a largo plazo" consiste a proporcionarles un alto nivel de protección contra el riesgo de enfermedades y dependencia (Comisión Europea, 2008). En 1989 ya apuntaba la necesaria coordinación entre el sector hospitalario, el de atención a domicilio y el social para que las personas dependientes puedan permanecer en su hogar y recibir apoyo a domicilio, y así evitar o retrasar su institucionalización (Consejo de Europa, 1998).

**3.** El Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, redactado en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 (Boletín Oficial del Estado, 2008) establece que:

Artículo 26: *Habilitación y rehabilitación.*

*"Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las*

*necesidades y capacidades de la persona; b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.”*

4. Dentro del ámbito nacional, La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE, 2006) establece que:

Artículo 13: Objetivos de las prestaciones de dependencia.

*“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo a con los siguientes objetivos: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual todo el tiempo que desee y sea posible; y b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.”*

Artículo 14: Prestaciones de atención a la dependencia.

*“Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las ABVD.”*

Artículo 21. Prevención de las situaciones de dependencia.

*“Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.”*

5. La terapia ocupacional es una profesión sanitaria regulada por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (Boletín Oficial del Estado, 2003).

En su artículo 7 establece como funciones de los terapeutas ocupacionales *"la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones"*.

Por lo tanto, el terapeuta ocupacional es el profesional responsable de la valoración e intervención en las actividades de carácter ocupacional o AVD en los diferentes contextos de la persona, ya sean contextos clínicos, domésticos o comunitarios (educativos, laborales, de ocio y participación social).

6. La terapia ocupacional es un grado universitario, de acuerdo con la Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, publicada en el BOE de 26 de marzo de 2009 (BOE, 2009). Entre otras consideraciones establece los siguientes aspectos como parte del conocimiento y razonamiento profesional del terapeuta ocupacional:

- *Comprender los fundamentos conceptuales de la naturaleza ocupacional del ser humano y el desempeño de sus ocupaciones a lo largo del ciclo vital.*
- *Realizar la evaluación y la adaptación del entorno para promover la participación en ocupaciones significativas en las diferentes facetas de la vida diaria, la autonomía personal y la calidad de vida.*
- *Determinar las disfunciones y necesidades ocupacionales, definir la planificación y establecer la intervención de Terapia ocupacional, utilizando el potencial terapéutico de la ocupación significativa, a través del uso de la actividad, con el consentimiento y la participación de los individuos y poblaciones.*

7. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE, 2006) determina que:

La terapia ocupacional forma parte de la cartera de servicios comunes de atención especializada en la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable:

*"Comprende los procedimientos de diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de pacientes con déficit funcional, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual. Se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud y métodos técnicos (ortoprótesis, reguladas en el anexo VI de cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica)."*

Artículo 2. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

*"El acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este real decreto, se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del sistema, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares y de las Ciudades de Ceuta y Melilla."*

Podemos concluir que tanto el modelo sanitario como el modelo social están replanteando la idea sobre el paradigma de la enfermedad y el cuidado y se están orientando hacia la salud y la funcionalidad. Los diferentes marcos legislativos referidos suscriben la importancia de centrar la atención en la persona con una clara visión preventiva que tiene la voluntad de ayudar a conservar la máxima autonomía personal, priorizando la provisión adecuada de servicios profesionales en el entorno domiciliario y comunitario de la persona. La terapia ocupacional complementa esta visión, siendo la disciplina sanitaria y social que se encarga de la prevención, mantenimiento y recuperación del desempeño de las AVD en las diferentes etapas de la vida.

Por lo tanto, en cumplimiento con la LOPS (BOE, 2003) y con el fin de asegurar la continuidad asistencial en los diferentes niveles de atención sanitaria, la terapia ocupacional debería formar parte de la cartera de servicios de AP del Sistema Nacional de Salud, en todas y cada una de las comunidades autónomas del territorio nacional.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA AP EN ESPAÑA Y EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

Actualmente la terapia ocupacional se encuentra dentro de la cartera de servicios de AP de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón y Cataluña, así como en diferentes países del ámbito internacional.

### 1. Comunidad Autónoma de Andalucía

Desde el año 2003, la Cartera de Servicios de AP del Servicio Andaluz de Salud (Servicio Andaluz de Salud, 2017) incluye la terapia ocupacional dentro del servicio de rehabilitación y establece la "*asistencia domiciliaria de terapia ocupacional para valorar y entrenar a las y los pacientes en las ABVD, adaptación de principios ergonómicos para la salud y adaptaciones del entorno*". Además, dentro del *Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas del Servicio Andaluz de Salud* recoge la incorporación de los servicios móviles de rehabilitación en domicilio y el desarrollo de la terapia ocupacional en AP.

#### 1.1. Breve recorrido histórico de la implantación de la terapia ocupacional en AP en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Servicio Andaluz de Salud, 2017; Aldaz, 2007; Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 2002) .

El ***Plan de apoyo a las familias andaluzas*** fue promulgado por la Junta de Andalucía, con la publicación en el boletín Oficial de la Junta de Andalucía del Decreto 137/2002, de 30 de abril. Este Decreto establece un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se traducen en el apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global. Así mismo, incide en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y de personas con discapacidad, inserción laboral y la adaptación funcional de viviendas. Este plan es dinámico, y apoya en líneas de actuación como cuidados domiciliarios, *salud mental infanto-juvenil (USMI-HD)* y el *Plan Andaluz de Alzheimer*.

Dicho decreto dispone en su capítulo VII la promoción de medidas a favor de las personas mayores y con discapacidad. En concreto en el artículo 25 señala "*se facilitará la accesibilidad de los/as pacientes a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno y, de este modo, ayudar a compatibilizar la atención*

*familiar con la actividad laboral de los/las cuidadores/as. Se establecerá una red de Unidades de Fisioterapia y Rehabilitación en los Distritos de AP'.*

A partir de la entrada en vigor del mencionado decreto se potenciaron las intervenciones dirigidas a las personas mayores y a las personas con discapacidad en AP de salud, lo cual se aprecia en la creación de nuevas figuras de intervención, como son:

- la enfermería de enlace
- los equipos móviles de rehabilitación
- la fisioterapia
- **la terapia ocupacional a domicilio.**

En 2002, para hacer efectivo lo recogido en dicho Decreto, el Servicio Andaluz de Salud crea los **dispositivos de apoyo de fisioterapia y rehabilitación en AP**. Estos dispositivos están compuestos por las **salas de tratamiento** en los Centros de Salud y los **Equipos Móviles**.

Dichos dispositivos están constituidos por el conjunto de medios personales y materiales destinados a prestar apoyo a todos los **Equipos Básicos de Atención Primaria** (EBAP) del Distrito al que pertenezcan.

Realizan funciones preventivas, docentes, de investigación y asistenciales y tal y como se recoge en el documento ***Rehabilitación y Fisioterapia en AP. Guía de Procedimientos*** "engloban la atención rehabilitadora y fisioterapéutica a pacientes con déficits funcionales con posibilidad de recuperación total o parcial y a pacientes discapacitados físicos para mejorar su capacidad de forma compensatoria, en sala de tratamiento o en su domicilio. Ofertando además apoyo y orientación a los/as cuidadores/as principales y profesionales de AP. Se trata de facilitar la atención de los enfermos discapacitados y sus cuidadores/as desarrollando una Red de Servicios de Rehabilitación y Fisioterapia en AP, que mejore la accesibilidad de los/as pacientes y sus familias a este tipo de atención, ofertando preferentemente los tratamientos y cuidados en domicilio.

## Los Equipos Móviles de Rehabilitación, Fisioterapia y Terapia ocupacional en domicilio.

En la *Guía de Procedimiento de los Equipos de Rehabilitación en Domicilio, 2003*, se define el servicio como “*Dispositivo asistencial que engloba la atención rehabilitadora a pacientes con discapacidad física que son cuidados en su domicilio, ofertando, además, apoyo y orientación a los/as cuidadores/as principales y a profesionales de AP*”.

Cuando se pusieron en marcha los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en el 2002, estos Equipos **no contaban con la figura del terapeuta ocupacional**. Diversas entrevistas de la Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales con diferentes personalidades del Servicio Andaluz de Salud, las aportaciones de varias terapeutas ocupacionales y el trabajo de un equipo multidisciplinar que elaboró la ***Guía para el desarrollo de la Terapia ocupacional en AP de Salud*** hicieron posible la incorporación en octubre de 2003 de las primeras terapeutas ocupacionales a los Equipos Móviles de AP. El 1 de octubre de 2003 nueve terapeutas ocupacionales son contratadas por el Servicio Andaluz de Salud y comenzaron a desarrollar su actividad profesional en AP. Andalucía se convierte así, en la primera comunidad autónoma que incorpora este profesional a los niveles básicos de salud, lo que constituye una propuesta innovadora y un hito histórico en la profesión.

Según la ***Guía para el desarrollo de la Terapia ocupacional en AP de Salud*** recogida dentro del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2003) la cartera de servicios de terapia ocupacional en esta Comunidad Autónoma incluye las consultas domiciliarias de terapia ocupacional, estableciendo las siguientes funciones:

- Valoración y entrenamiento de AVD.
- Aplicación de principios ergonómicos para la salud en las AVD (economía articular, simplificación de la tarea, conservación de la energía, higiene postural).
- Adaptaciones del entorno.
- Prescripción, elaboración, educación y entrenamiento en órtesis y productos de apoyo.
- Educación y entrenamiento en prótesis.
- Entrenamiento y atención al cuidador.
- Consultorías a las enfermeras comunitarias de enlace.
- Consultorías a fisioterapeutas y otros profesionales del EBAP.

- Formación de profesionales de la AP de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con profesionales, cuidadores y colectivos con afectaciones, en el marco de la AP.

En la actualidad, existen los siguientes Equipos Móviles: 1 en Almería, 1 en Córdoba, 1 en Cádiz, 1 en Granada, 1 en Huelva, 1 en Jerez, 1 en Jaén, 1 en Málaga, 2 en Sevilla. En Granada existe un servicio de terapia ocupacional sin equipo móvil en distrito área de gestión sanitaria sur de Granada, con funciones diferentes.

El número de profesionales que compone cada Equipo, varía de una provincia a otra, pero en todos ellos, trabajan los siguientes profesionales: administrativa/o, celador-conductor, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y médico rehabilitador.

## **1.2. Papel de la terapia ocupacional en el avance de la renovación de la AP en Andalucía.**

En marzo de 2017, el Servicio Andaluz de Salud, incluyó a APATO dentro del grupo de trabajo para el abordaje y debate de diversos temas sobre ***"El avance en la renovación de la AP desde la perspectiva de los cuidados"***, realizándose las siguientes propuestas que consideramos podrían ser aplicables a todo el territorio nacional y que, por resultar de gran interés, reproducimos de manera íntegra:

### **1.2.1. Mejora de la cartera de servicio de AP actual**

#### *Propuestas de acciones de mejora:*

- Actualizar y ampliar los recursos de la cartera de servicios existente de la terapia ocupacional en AP.
- Incorporar más plazas de terapeutas ocupacionales en los equipos móviles de rehabilitación para la mejora de la atención al domicilio en todos los distritos sanitarios de Andalucía, con el objetivo de que nuestra cartera de servicio llegue a toda la población.

- Ampliar y potenciar la figura del terapeuta ocupacional como asesor/a del EBAP para la prescripción de material ortoprotésico, adecuación y adaptación de la vivienda, eliminación de barreras, accesibilidad cognitiva y productos de apoyo personalizados. A diario se valoran pacientes con material ortoprotésico prescrito y recetado que no es adecuado para el paciente, siendo incluso peligroso para su salud. Se ve necesario que sean los propios terapeutas ocupacionales que son los que evalúan y recomiendan los productos de apoyo que también los puedan prescribir recetándolos.
- Proponer como mejora que en las unidades de gestión clínica interniveles e intercentros la figura de un terapeuta ocupacional de "enlace" como nexo de unión de las derivaciones desde la terapia ocupacional de los recursos de la Atención Especializada, a la terapia ocupacional de los recursos de la AP. Por ejemplo, que haya un terapeuta ocupacional de "enlace" cuando se den de alta los pacientes de las unidades de neurológicos a su domicilio para dar pautas y entrenamiento de las AVD en su propio hogar. El sentido de esta acción es dar continuidad al tratamiento recibido en la Atención Especializada y además para valorar la adecuación del hogar, productos de apoyo y la transferencia de las habilidades adquiridas en la vida diaria en su hogar. Se ha comprobado y existen evidencias de que este tipo de actuaciones disminuye el número de reingresos de estos pacientes y como consecuencia existe un ahorro económico importante en el Sistema Público de Salud.
- Potenciar la figura del terapeuta ocupacional como agente formador en promoción de la salud en AP con la inclusión de: talleres de prevención de caídas, economía articular, higiene postural, estimulación cognitiva, salud emocional, diseño para todos/as, salir de los centros de salud a los espacios comunitarios.
- Incluir planes de formación al paciente desde la terapia ocupacional con programas de prevención y promoción de salud en atención a domicilio desde la visión integral de la terapia ocupacional. Por ejemplo, programas como el plan formativo de vida basado en funcionalidad que incluye áreas de: AVD, educación, trabajo, juego, ocio, tiempo libre, participación social, descanso y sueño.

## 1.2.2. Nuevas propuestas en la cartera de servicio de AP

### Propuestas de acciones de mejora:

- Crear desde la unidad de terapia ocupacional: **“La escuela para el funcionamiento de la vida diaria de la persona dependiente”** para los familiares o cuidadores, con el fin de asesorar y enseñar el manejo de las personas dependientes a sus familiares o cuidadores. Por ejemplo, la realización correcta de hacer sus traslados sin lesionarse ellos mismos, asesorar de los productos de apoyo o adaptaciones del hogar que más les convengan en su hogar para realizar más cómodamente las AVD, asesorar de la rutina diaria adaptada a sus necesidades, tanto para el paciente como para el cuidador, mostrar actividades de participación social y ocio que sean de su interés y adaptadas a las necesidades, etc.
- Incluir la terapia ocupacional en la participación en el diseño y la implementación de “planes especiales” como la prevención de caídas y la higiene postural del cuidador. La intervención del terapeuta ocupacional en estos “planes” a través de la intervención grupal del paciente y la familia, orienta hacia la optimización del tiempo y esfuerzo en los avances funcionales de las dos partes paciente y cuidador, dando lugar a resultados más satisfactorios en el proceso de rehabilitación.
- Crear “equipos de coordinación de casos crónicos complejos” con la inclusión del terapeuta ocupacional para aportar su visión del apoyo sociosanitario y acompañamiento en procesos de cambio de pacientes y familias vulnerables. En pacientes frágiles, paliativos, con enfermedades neurodegenerativas, oncológicos, pluripatológicos y otros.
- Aportar la experiencia de los terapeutas ocupacionales como profesionales de perfil socio sanitario en la intervención mediante activos de salud y en la “red de pares”. Ampliar la implementación de esta metodología en AP y especializada.

## 1.2.3. Potenciar la participación en actividades formativas y/o de acompañamiento a paciente o cuidadoras

### Propuestas de acciones de mejora:

- Participar en las actividades de formación organizadas en la **“Escuela de Pacientes”**.
- Ofrecer a distintas entidades, colectivos y asociaciones de afectados la posibilidad de derivar a terapia ocupacional en AP para generalizar/transferir al domicilio las habilidades desarrolladas en sus recursos, por ejemplo: una paciente que ha aprendido a ducharse sola pero que necesita un producto de apoyo o una adaptación en su cuarto de baño para poder hacerlo.
- Colaborar en las actividades de formación organizadas por entidades, colectivos y asociaciones de afectados, siguiendo el ejemplo del programa **“Al lado”**.

## 1.2.4. “Nuevos campos de actuación” en la red sanitaria andaluza

### Propuestas de acciones de Mejora:

- Incluir al terapeuta ocupacional en los EBAP en salud mental y en rehabilitación física con el objetivo de continuar el seguimiento de los planes de intervención una vez dado de alta en los servicios, bien, de primer o de segundo nivel, según corresponda. Este método de trabajo proporciona una continuidad de cuidados desde la terapia ocupacional que contribuye a la vida activa de los pacientes y mejora la autonomía e independencia de los mismos, reduciendo la ansiedad de la familia gracias a su asesoramiento. Además, evita reingresos y aporta un ahorro económico importante al Sistema Público de Salud.
- Incluir al terapeuta ocupacional en los servicios de atención especializada y unidades especiales, por ejemplo, unidades de ictus, neurológicos y rehabilitación infantil.

- Impulsar la participación de los terapeutas ocupacionales en la educación infantil y primaria, así como se realiza con enfermería en secundaria mediante el programa **"Forma Joven"**. El objetivo es asegurar el correcto funcionamiento en el desempeño ocupacional en las AVD de los niños y niñas con diversidad funcional, hasta ahora desatendido. Un inicio podría ser incluir al terapeuta ocupacional de AP en las reuniones periódicas con los equipos de educación de motóricos.
- Incluir al terapeuta ocupacional en los diseños e implantación de los planes de cuidados, procesos asistenciales integrados u otros planes sanitarios que se generen desde el Sistema Andaluz de Salud.

## 2. Comunidad Autónoma de Aragón

El servicio de terapia ocupacional se encuentra dentro de la Cartera de Servicios Sanitarios de AP del Sistema de Salud de Aragón como uno de los servicios asistenciales y rehabilitadores que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de la persona (Gobierno de Aragón, 2019). La Cartera de Servicios de esta Comunidad Autónoma especifica la importancia del abordaje de la atención sanitaria de las personas en procesos agudos y crónicos mediante equipos interdisciplinarios, incluyendo la figura del terapeuta ocupacional tanto en la consulta del centro de salud de AP como en consulta domiciliaria, es decir, en el lugar de residencia del paciente.

Dentro del ámbito de la rehabilitación del Sistema de Salud de Aragón (Gobierno de Aragón, 2019), la intervención del terapeuta ocupacional en la consulta del centro de salud y en la intervención domiciliaria se enfoca hacia la mejora funcional en procesos crónicos musculo esqueléticos, incluyendo las siguientes funciones:

- Tratamientos de terapia ocupacional para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculo esqueléticos.
- Valoración funcional, de las AVD y ocupacional.
- Valoración del entorno (accesibilidad y barreras arquitectónicas).
- Valoración de la necesidad de utilización de productos de apoyo (asesoramiento en la elección y adiestramiento).

- Valoración necesidad férulas y órtesis (confección y entrenamiento).
- Adecuación del entorno, entrenamiento de las AVD y adiestramiento ortoprotésico.
- Técnicas terapéuticas.
- Escuelas monográficas.
- Valoración final con informe al alta.

Por extensión, la valoración e intervención en AVD es una de las principales competencias del terapeuta ocupacional, pudiéndose llevar a cabo con personas con diferentes perfiles clínicos, como por ejemplo la mejora funcional y por lo tanto de la calidad de vida dentro de la atención paliativa a enfermos terminales, la enseñanza de técnicas de ahorro energético durante la realización de las AVD a personas con patologías cardiovasculares o el fomento de la autonomía e inclusión social de las personas con trastorno mental. Estas y otras propuestas sobre la inclusión de la terapia ocupacional en la cartera de servicios de AP son las que se recogen en el presente documento.

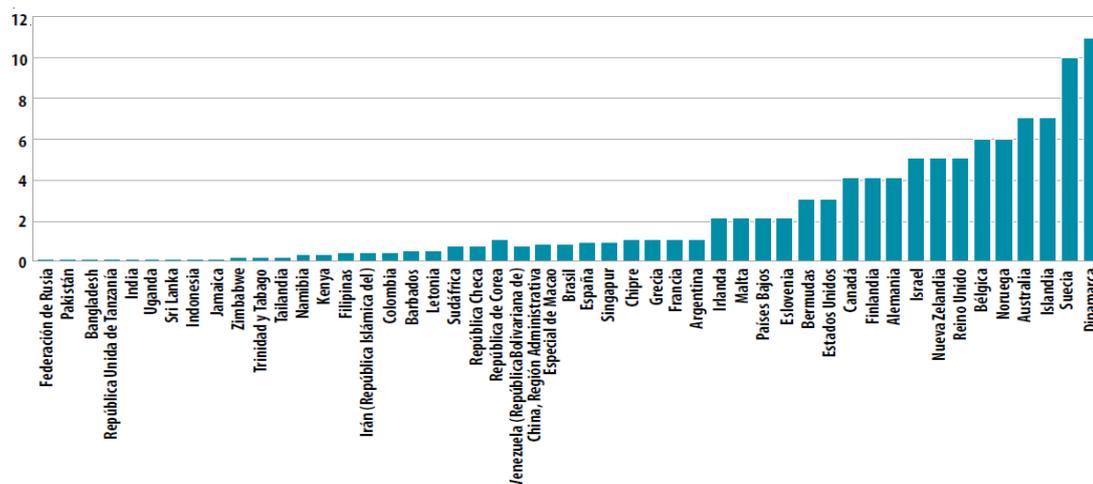
### **3. La terapia ocupacional en el ámbito internacional.**

La terapia ocupacional está presente en el ámbito de la AP, en países como Estados Unidos, desde los orígenes de la profesión, abordando cuestiones como la gestión, el bienestar y la prevención de la salud, entre otros aspectos (Devereaux & Walker, 1995; Foto, 1996; Halle et al., 2018). Sin embargo, en 2014 la terapia ocupacional en la AP adquiere una mayor relevancia publicándose un documento que en el que se destaca cómo los profesionales de la terapia ocupacional pueden aportar una perspectiva única al equipo de AP (Roberts et al., 2014). Parte de esta perspectiva se basa en el conocimiento específico sobre el análisis de actividades y las estrategias compensatorias que pueden contribuir a la independencia funcional de las personas, incluyendo modificaciones ambientales y personales, y productos de apoyo (AOTA, 2013). Además, se destacan aspectos importantes como la seguridad y prevención de caídas, la prestación del servicio domiciliario para el apoyo de la participación en actividades de la vida cotidianas, el empoderamiento de las personas con trastorno crónicos (incluyendo condiciones de salud mental), la estimulación de la movilidad comunitaria y aspectos relacionados con la conducción (Metzler et al., 2012; Roberts et

al., 2014; Murphy et al., 2017) y el retraso de la institucionalización a largo plazo (AOTA, 2014; Hooper et al., 2017; Leland et al., 2017; Rogers et al., 2016; Halle et al., 2018). Además, uno de los aspectos más importantes de la AP es la educación de la salud, en la cual, los terapeutas ocupacionales utilizan intervenciones individuales y/o grupales para proporcionar una educación ocupacional sobre la modificación de la actividad necesaria para aumentar la participación en actividades significativas (Garvey et al., 2015; Moore, 2013; Richardson et al., 2012; Roberts et al., 2014; Dahl-Popolizio et al., 2016).

Según la encuesta de la Federación Mundial de Terapia ocupacional (WFOT) publicada en el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS (OMS, 2011), nuestro país se encuentra en una situación de clara desventaja con respecto al acceso al servicio de terapia ocupacional por parte de la población, muy por detrás de países como Dinamarca, Suecia, Reino Unido, Canadá o Estados Unidos que sí cuentan con la terapia ocupacional en la cartera de servicios sanitarios de AP.

**Figura 1. Terapeutas ocupacionales por cada 10.000 habitantes (en países seleccionados)**



Nota: Muchas asociaciones profesionales recopilan datos sobre el personal de rehabilitación. No obstante, los profesionales no están obligados a ser miembros ni a responder a los cuestionarios de las encuestas. Estos datos proceden de 65 organizaciones miembros con una tasa de respuesta del 93%.

**Fuente: Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS (OMS, 2011).**

Se podría suponer que la amplia diferencia de estos países en la ratio terapeuta ocupacional/población podría ser un factor determinante en la no inclusión de la terapia ocupacional en la AP, sin embargo, países como Irlanda, más cercanos a la realidad española en relación al número de terapeutas ocupacionales por cada 10.000

habitantes, nos encontramos con que la terapia ocupacional juega un papel importante en la AP de salud, trabajando como parte del equipo multidisciplinar para satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad (Health Service Executive, 2018).

En este país los terapeutas ocupacionales trabajan con personas con discapacidad, enfermedades o lesiones para ayudarles a mantener o lograr la independencia en sus AVD y teniendo un papel fundamental en algunos de los siguientes ámbitos de actuación:

- Evaluaciones funcionales a domicilio.
- Recomendaciones sobre vivienda y/o adaptaciones ambientales.
- Asesoramiento sobre el sistema de subvenciones de la autoridad local y realización de informes funcionales de terapia ocupacional.
- Asesoramiento y provisión de equipos especializados y habilitadores para optimizar la seguridad e independencia de la persona.
- Evaluación de sillas de ruedas, provisión de asientos adaptados y consejos para aliviar la presión en relación con los asientos.
- Evaluaciones para el uso de grúas para personas con movilidad reducida y otros productos de apoyo.
- Asesoría y apoyo a los cuidadores.
- Derivación a otras especialidades de terapia ocupacional según sea necesario: p.ej. pediatría.

## EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA CONTRIBUCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AP, OBJETIVOS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

### Introducción

*“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social” (Boletín Oficial del Estado, 2014).*

La AP de salud y la terapia ocupacional tienen una base filosófica común que apoya un enfoque holístico de la salud, la responsabilidad personal para lograr la salud y un enfoque intersectorial que abarca los sectores educativos, de salud y personal, familiar y comunitario (CAOT, 2000).

La salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que desean y que son necesarias para el mantenimiento de su hogar, colegio, lugar de trabajo o en situaciones de la vida comunitaria. La terapia ocupacional complementa la perspectiva de la OMS al ser la disciplina sociosanitaria que se encarga de la recuperación/mantenimiento del desempeño de las AVD en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, juventud, adultos y mayores.

Hay muchos ejemplos para mostrar cómo las competencias de terapia ocupacional pueden agregar valor a los programas y servicios de salud de AP. La literatura describe una gama de modelos de prestación de servicios que involucran a terapeutas ocupacionales en la AP, que son consistentes con un marco de salud de la población. Estos modelos utilizan estrategias de promoción y prevención de la salud para empoderar a las personas y comunidades para alcanzar los niveles más altos de bienestar disponibles.

En la actualidad, los servicios de terapia ocupacional se encuentran dentro de la atención sanitaria especializada de nuestro país, por lo que para asegurar la continuidad asistencial tal y como establece la LOPS (Boletín Oficial del Estado, 2014) consideramos necesario la inclusión de la terapia ocupacional en la cartera de servicios de AP dentro del ámbito nacional, como ya ocurre en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón y Cataluña; y en otros países como Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos o Irlanda.

Esta inclusión generaría beneficios en la salud de las personas, tal y como demuestra la evidencia científica disponible que se muestra a continuación y podría suponer un ahorro económico en el Sistema Nacional de Salud como ya se ha evidenciado en estudios sobre coste-eficacia en otros países (Dahl-Popolizio et al., 2016; Mroz et al., 2015; Leland et al., 2017).

## Adultos y 3ª edad



### **Evidencia contextualizada**

Existen varias áreas de la práctica comunitaria desde terapia ocupacional específicas para adultos mayores que muestran pruebas sólidas de la participación de la terapia ocupacional en la AP de salud.

Una revisión sistemática publicada recientemente señala firmemente que la terapia ocupacional mejora el funcionamiento independiente diario en personas mayores, físicamente frágiles, que viven en comunidad (De Coninck et al., 2017). En la misma línea, otra revisión sistemática publicada en el 2016 por Nagayama et al., indica que la terapia ocupacional en las personas mayores es clínicamente efectiva y rentable en comparación con la atención estándar u otras terapias de AP. Con referencia a su implicación clínica, estos estudios de intervención (utilizando un enfoque centrado en la persona) sugieren medios potencialmente rentables para motivar a las personas a mantener su propia salud.

El terapeuta ocupacional, al adoptar un enfoque centrado en la persona, guía al adulto mayor dentro de su **entorno** y de su **hogar** de tal forma que reduce los posibles riesgos de salud (reingresos, caídas accidentales), optimiza la participación en actividades cotidianas e integra enfoques de estilo de vida saludables en su rutina diaria, promoviendo habilidades de autocontrol y empoderamiento. De esta forma, se reducen **costes** al sistema sanitario, ya que el coste de una intervención domiciliaria

puede considerarse mucho más bajo en comparación al alto gasto económico que suponen las intervenciones médicas y farmacológicas (Dahl-Popolizio et al., 2016; Mroz et al., 2015; Clark et al. 2012, Jutkowitz et al.; Hand et al., 2011; Metzler et al., 2012; Richardson et al., 2014; Sanders & Van Oss, 2013; Taylor, 2004; Leland et al., 2017). Stark et al. (2009) llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental con personas mayores que vivían en **comunidad**. El objetivo del estudio era identificar el beneficio de la adaptación del hogar a sus necesidades clínicas y el impacto de la intervención sobre el desempeño de la AVD a lo largo del tiempo. Tras las modificaciones ambientales oportunas, la percepción de los participantes sobre su desempeño cotidiano en las actividades del hogar mejoró significativamente y se mantuvo hasta dos años después de la intervención. Esto indica que la modificación del domicilio puede beneficiar notablemente al adulto mayor que intentan envejecer en su hogar y reducir notablemente costes sanitarios.

Brown et al. (2012), en su estudio, indicaron que la continuidad de la atención entre el hospital y el hogar puede reducir los ingresos hospitalarios y mejorar la calidad del paciente, sobre todo en personas con necesidades complejas, como pueden ser gran parte de las personas mayores. Además, esta atención proporcionó tranquilidad y orientación a la incertidumbre que supone la adaptación a una situación desconocida, como por ejemplo cómo volver a desenvolverse en casa, especialmente tras cambios en la capacidad funcional. Esto está en consonancia con el estudio cualitativo llevado a cabo por Atwal et al. (2012), en el que aseguran que los terapeutas ocupacionales en muchos países realizan rutinariamente visitas domiciliarias previas al alta, con el objetivo primordial de facilitar un alta hospitalaria oportuna, segura y exitosa.

**Conducir** es importante para la vida laboral, las actividades sociales y para el sentimiento de independencia, por lo que podría considerarse una actividad significativa para la persona (AOTA, 2014). La decisión de dejar de conducir afecta a la calidad de vida y se ha asociado con movilidad reducida, aislamiento social y tristeza. Por ello, son muchos los adultos mayores que a pesar de experimentar leves-moderados déficits visuales, motores, cognitivos o conductuales siguen conduciendo (Jacobs et al., 2017). Esto conlleva un grave peligro para la persona y la comunidad en la que reside. En países como en Estados Unidos los accidentes de coche son la causa principal de muertes de personas de entre 65 a 74 años y la segunda causa (después de las caídas) en personas de 75 a 84 años (Hanrahan et al., 2009). Los cambios en la

visión, la audición, la cognición y las habilidades motoras afectan a la seguridad de la conducción a medida que las personas envejecen (Koppel et al., 2016). Como parte del equipo de AP en Estados Unidos, los terapeutas ocupacionales son quienes proporcionan evaluaciones similares a las psicotécnicas y un entrenamiento en la conducción, de tal forma que esto ayude a los médicos a determinar la aptitud psicofísica para que un adulto mayor conduzca o no (Unsworth et al., 2019; Rybar, 2016.). Un estudio llevado a cabo en California (Karia et al., 2016), indica que las conversaciones entre médico y adulto mayor sobre la conducción no están siendo llevadas a cabo por temor a dañar la relación médico-paciente. Además, muchos médicos no están seguros de cómo ayudar a las personas a retirarse de la conducción (Bogner et al., 2004). Parece que hay una desconexión entre la voluntad del médico para hablar sobre la conducción y su conocimiento de cómo hacerlo.

Las **caídas** son frecuentes en el adulto mayor y se asocian con mayor mortalidad, movilidad reducida, ingresos prematuros en residencias de ancianos y disminución de la capacidad para realizar AVD (Tolley y Atwal, 2003). Se ha encontrado que los programas de prevención de caídas de terapia ocupacional previenen y reducen significativamente las caídas entre los adultos mayores en riesgo (Pettersson et al., 2019; Pighills et al., 2019). Se encontró que los programas de terapia ocupacional que toman en cuenta los factores de riesgo de caídas intrínsecas y extrínsecas, e incluyen visitas al hogar, modificaciones ambientales y educación, fueron los más efectivos para reducir el número y la tasa de caídas recurrentes en adultos mayores (Tolley y Atwal, 2003).

## Objetivos

- Promover que las personas atendidas sean sujetos autónomos para gestionar su salud y / o bienestar (empoderamiento en la búsqueda de salud).
- Educar hacia la propia salud y responsabilidad de la misma.
- Fomentar la prescripción social de actividades en la comunidad.
- Promover la inserción laboral de los adultos evitando bajas de larga duración
- Detectar problemas y necesidades de independencia funcional.
- Determinar el producto de apoyo o adaptación más adecuada para cada situación.

- Prevenir riesgos de caídas y otras complicaciones.
- Fomentar el bienestar de las personas con dependencia.

## **Intervención**

- Implantación de visitas de terapia ocupacional para realizar una exploración ocupacional individualizada de manera regular para personas en situación de riesgo o de dependencia.
- Realización de intervenciones de terapia ocupacional a nivel domiciliario (adaptación del entorno, reentrenamiento in situ del uso de productos de apoyo, entrenamiento de actividades de la vida diaria, estimulación física y cognitiva, y pautas de acompañamiento en actividades cotidianas).
- Creación de grupos de reentrenamiento activo de las AVD.
- Evaluación de la persona y prescripción social de actividades en la comunidad para fomentar la red social y el desarrollo de las personas dependientes.

## Cuidando de los cuidadores



### **Evidencia contextualizada**

Los terapeutas ocupacionales valoran las necesidades de la persona que se encuentra en situación de dependencia y que además convive en su hogar el máximo tiempo posible de forma segura, aportando calidad e intentando evitar en la medida de lo posible la hospitalización de los mismos. Detrás de esta situación seguramente que se hallen familiares, cuidadores principales, a los que no se les debe interrumpir el apoyo. Sino que se debe valorar la capacidad del cuidador no profesional o familiar de la persona dependiente, asesorando y educando sobre formas adecuadas de ayudar a llevar a cabo la realización de actividades cotidianas, sobre la adaptación del hogar y los productos de apoyo que pueden facilitar y aportar calidad de vida a la persona. Es importante que el terapeuta ocupacional enseñe y eduque sobre técnicas de movilización, de ahorro energético, hábitos saludables, de prevención de caídas o riesgos y de activación a la persona. Además de ofrecer soluciones individualizadas para el cuidado personal. No solo existe el conocido *burnout* del cuidador, sino que ya hay estudios que registran que los cuidadores pueden cursar con síntomas depresivos. En el estudio de Kuo et al. (2017), grupo de profesionales entre los que se encontraban terapeutas ocupacionales, llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado con 116 cuidadores de familiares con demencia. A la mitad de los cuidadores se les ofrecía atención telefónica o domiciliaria (casos) y a la otra mitad pautas escritas con material educativo (controles). Los cuidadores que estaban asignados al grupo de

casos tenían una menor probabilidad de persistir con síntomas depresivos comparado con los cuidadores en el grupo control.

## Objetivos

- Formar y asesorar a los cuidadores no profesionales y familiares.
- Promover la autonomía personal de las personas atendidas en su hogar, entorno y comunidad.
- Prevenir ingresos hospitalarios y residenciales evitables.
- Fomentar la prescripción social de actividades en la comunidad.

## Intervención

- Educación en programas de ahorro energético, economía articular, transferencias, uso de productos de apoyo, etc.
- Formación de auxiliares, trabajadores familiares, auxiliares del hogar.
- Asesoramiento a la familia.
- Creación de un espacio de trabajo grupal para la búsqueda de empleos de ocio satisfactorias por los cuidadores no profesionales (familiares que ejercen de cuidadores).
- Creación de un punto de asesoramiento al cuidador no profesional.
- Creación de un grupo de apoyo a la autonomía para los cuidadores familiares

## Enfermedades crónicas. Pluripatología



### Evidencia contextualizada

El manejo de enfermedades crónicas es otra área en la que la terapia ocupacional desempeña un papel en los servicios de salud de AP. Las enfermedades crónicas se encuentran entre las afecciones más frecuentemente vistas por los terapeutas ocupacionales que trabajan en la comunidad (Chiu y Tickle-Degnen, 2002; Siemens, 2004).

En España es necesario un rediseño del sistema de salud en el que haya una transformación de la AP, dirigiéndose hacia una verdadera atención centrada en la persona, especialmente en relación con determinados ámbitos, como pueden ser hacia las personas con **enfermedades crónicas**. Lograr una atención eficiente, reducir costes y mejorar la salud en este grupo de personas es fundamental para todo el sistema de atención médica, ya que su atención afecta al acceso y al coste económico del sistema de salud para todos. El rol de la terapia ocupacional en la AP, con personas en condiciones de salud crónicas integra estrategias de prevención de la salud dirigidas hacia la educación sobre el autocontrol, el cambio de funcionamiento, la capacitación, el asesoramiento sobre la independencia funcional y el seguimiento para evaluar los cambios. Especialmente en las primeras etapas de una enfermedad crónica como puede ser la artritis (Hammond y Freeman, 2004; Hammond, Young y Kidao, 2004), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, caídas accidentales y las

afecciones cardíacas (Leland et al. 2017). Diversos estudios científicos en otros países con terapeutas ocupacionales en el área de AP avalan una mejoría en la funcionalidad y la salud de las personas con enfermedades crónicas (Donnelly et al., 2013; Murphy et al., 2017). En concreto, en el 2015 Garvey et al. llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado sobre la efectividad de la terapia ocupacional en pluripatología crónica en AP, hallando mejoras significativas sobre la frecuencia de participación en las actividades cotidianas, la autoeficacia y la calidad de vida de estas personas en el entorno comunitario.

Otros estudios también han demostrado que la integración de la terapia ocupacional al equipo multidisciplinar de AP que trabaja con personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica contribuyó significativamente al desempeño de las ABVD en comparación con los grupos que no recibieron terapia ocupacional (Benstrup et al., 1997; Lorenzi et al., 2004). La literatura científica sobre terapia ocupacional apoya el trabajo con individuos para prevenir enfermedades cardiovasculares o la recurrencia de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Los terapeutas ocupacionales trabajan para modificar el estilo de vida y las conductas de riesgo, utilizando un enfoque de bienestar con personas en riesgo de desarrollar o que ya han desarrollado una enfermedad cardiovascular (Duboloz et al., 2001; Martínez Piedrola et al., 2002; Reitz, 1999). Los terapeutas ocupacionales, junto con otros miembros del equipo interprofesional, también contribuyen a la prevención de complicaciones secundarias asociadas con la diabetes a través de la educación sobre el manejo de la enfermedad, el ejercicio, los problemas de seguridad ambiental, incluido el manejo de la neuropatía periférica y la retinopatía, y/o la movilidad funcional (Maritz y Kohler, 2001).

## Objetivos

- Hallar ocupaciones e intereses significativos.
- Detectar dificultades en la realización de AVD.
- Fomentar la adquisición y realización de hábitos básicos de autocuidado.
- Detectar barreras arquitectónicas en el entorno personal.
- Escoger la adaptación o el producto de apoyo más adecuado a las características y la situación de las personas.
- Planificar rutinas en la participación en actividades.
- Potenciar y mantener las capacidades cognitivas.
- Desarrollar habilidades sociales que faciliten su integración en la comunidad.

## Intervención

- Re-entrenamiento en el uso de actividades que impliquen un menor gasto energético o cardíaco mediante técnicas de ahorro de energía.
- Entrenamiento en el domicilio en el uso de productos de apoyo y adaptaciones.
- Entrenamiento en AVD básicas e instrumentales.
- Programa de ocio e inclusión en la comunidad.

## Ergonomía postural



### **Evidencia contextualizada**

Los terapeutas ocupacionales participan en la provisión de programas de prevención de lesiones en el puesto de trabajo a través de programas de seguridad y salud ocupacional. Para los empleados lesionados en el espacio laboral, los programas de alojamiento y tareas adecuadas, el contacto entre los proveedores de atención médica y el lugar de trabajo, y las visitas ergonómicas al lugar de trabajo realizadas por un terapeuta ocupacional pueden reducir la duración de la discapacidad laboral y sus costos asociados (Franche et al., 2004).

### **Objetivos**

- Educar en técnicas de higiene postural.
- Conseguir el rendimiento óptimo integral de las capacidades sensoriomotoras necesarias para la autonomía en las AVD.
- Prevenir y/o mantener las capacidades neuromusculares (rangos articulares, fuerza, tono muscular, resistencia, control postural, etc.).
- Prevenir y/o mantener las capacidades motoras (tolerancia a la actividad, coordinación motora, lateralidad, integración viso-motora, etc.).

## Intervención

- Movilizaciones pasivas, activas y/o resistidas para reducir adherencias.
- Programas de fortalecimiento y mejora de la destreza manual.
- Terapia/entrenamiento de coordinación motora gruesa, fina y bilateral.
- Programa de reeducación sensorial (protectiva, discriminativa...).
- Realización de vendajes (funcionales, neuromusculares, antiedema, otros).
- Formación en técnicas de ergonomía/economía articular.

## Salud mental



### **Evidencia contextualizada**

La intervención de la terapia ocupacional puede incluir la promoción de opciones de estilo de vida saludables y facilitar la participación en actividades significativas que repercutan en una mejora de su salud. Varios estudios han demostrado la importancia de la participación en ocupaciones significativas de personas con problemas de salud mental que viven en la comunidad (Legault y Rebeiro, 2001; Mee y Sumsion, 2001; Wu, 2001). Los terapeutas ocupacionales que trabajan desde un enfoque basado en la evidencia están utilizando el empleo de apoyo individual como un método para permitir que las personas con problemas de salud mental obtengan y conserven el empleo, la educación y el trabajo voluntario (Auberbach, 2001; Oka et al., 2004). Son muchos los estudios de investigación que se recogen acerca de la intervención de la terapia ocupacional en la comunidad con personas con trastorno mental, como así muestra la revisión sistemática de Bullock et al. (2011).

Los terapeutas ocupacionales pueden ofrecer una perspectiva valiosa hacia la promoción de la salud, particularmente con respecto a cómo los factores ocupacionales pueden impactar en la salud y el bienestar (Moll et al., 2015), abordando una variedad de problemas de salud tanto a nivel individual como comunitario o poblacional (Tucker et al., 2014). El metaanálisis realizado por Ikiugu et al. (2017) que incluyó 11 ensayos controlados aleatorizados, mostró la efectividad de las intervenciones de terapia

ocupacional en el desempeño de las AVD y el bienestar entre adultos con un diagnóstico de salud mental. Fieldhouse (2012), mostró como la colaboración terapeuta ocupacional-usuario ayudó a las personas a reconectarse con roles preciados, alcanzar metas y desarrollar sentimientos de autoeficacia, pertenencia y bienestar. E incluso se ha descrito el papel de la terapia ocupacional en la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico mediante el uso de productos de apoyo o adaptaciones ambientales (AOTA, 2016) o la mejora de la salud mediante el aumento de la actividad física centrada en la exploración de actividades intrínsecamente motivadoras y significativas para la persona (Northey y Barnett, 2012), que, además, contribuya al abordaje de otras problemáticas de salud de estas personas como, por ejemplo, la obesidad (Reingold y Jordan, 2013).

## Objetivos

- Apoyar en la recuperación de roles significativos que contribuyan a la reconstrucción de su identidad personal, evitando así la adquisición del "rol de enfermo" y del autoestigma.
- Explorar de manera conjunta actividades significativas para la persona que contribuyan a una mejora de su salud, de su funcionalidad y de su satisfacción personal.
- Acompañar en la planificación y puesta en marcha de estas actividades mediante intervenciones de carácter individual y grupal.
- Explorar de manera conjunta recursos comunitarios donde puedan desarrollar estas actividades que faciliten las oportunidades de participación social y de recuperación de roles significativos.
- Apoyar en la consecución de un equilibrio entre autocuidado (aseo personal, descanso, alimentación, rutina de toma de medicación...), productividad (búsqueda y/o mantenimiento de empleo, formación, participación en tareas domésticas, asistencia a programas terapéuticos...) y ocio.
- Promover la actividad física en la comunidad y apoyar en la adquisición de hábitos de alimentación saludables, en colaboración con otros profesionales, como elemento esencial de la salud de las personas.

- Promover programas de estimulación y rehabilitación cognitiva que contribuyan al mantenimiento y mejora de estas capacidades en las personas que se encuentren afectadas.
- Contribuir a la prevención y disminución del estigma social hacia las personas con trastorno mental.

## Intervención

- Programas de entrenamiento en ABVD e AIVD, incluyendo apoyo en la planificación y/o realización de estas actividades tanto en el centro de salud como en el domicilio y en la comunidad:
  - Aseo personal.
  - Tareas domésticas como limpieza, cocina o realización de la compra semanal.
  - Planificación económica mensual y manejo financiero (cuentas corrientes, tarjetas de crédito...)
  - Cuidado de otras personas a su cargo (hijos y/o personas dependientes) y/o animales domésticos.
- Programas de orientación vocacional en el ámbito educativo y laboral.
- Programas culturales y de ocio que fomenten la participación e inclusión social en la comunidad.
- Programas de acciones de concienciación comunitaria enfocadas hacia la prevención del estigma social hacia las personas con trastorno mental.
- Programas de actividad física y otras técnicas corporales como psicomotricidad, expresión corporal y relajación.
- Programas de estimulación y rehabilitación cognitiva.
- Programas de habilidades sociales.
- Colaboración con otros profesionales en programas de promoción de hábitos de alimentación saludable y adherencia al tratamiento farmacológico.

## Riesgo social



### **Evidencia contextualizada**

Hay un cuerpo de evidencia emergente para el uso de un enfoque de desarrollo de habilidades con personas sin hogar. Trysennar, Jones y Lee (1999) informaron los hallazgos de un estudio que examinó las necesidades de desempeño ocupacional de una población sin hogar. Las actividades AIVD, como el acceso al empleo, la gestión financiera, la vivienda y la recreación, se informaron como más importantes que las ABVD. Los programas de terapia ocupacional se han desarrollado en refugios de emergencia para personas sin hogar; estos programas se enfocan en habilidades vocacionales, manejo del estrés, habilidades sociales e interpersonales y habilidades para la vida comunitaria (Herzberg & Finlayson, 2001; Shordike & Howell, 2001). Marshall et al. (2018), llevaron a cabo un estudio en el que exploraron la transición ocupacional con personas que habían estado sin hogar por mucho tiempo y que han sido realojadas en viviendas, para contribuir a una mejor perspectiva profesional de los terapeutas ocupacionales que trabajan con esta población. Sus resultados concluyeron en que es esencial una especial atención a las ocupaciones de estas personas sin hogar para poder promover estrategias holísticas de inclusión en la comunidad, la retención de vivienda, y disminuir el tiempo de estancia sin hogar, incluso, evitar la cronicidad.

Por otro lado, la adicción es un fenómeno conductual complejo y multideterminado que involucra elementos genéticos, epigenéticos, de desarrollo, educativos, psicológicos,

ambientales y culturales. Se caracteriza por el establecimiento de hábitos o comportamientos repetitivos que evitan los mecanismos de supervisión del comportamiento debido a sus efectos agradables a corto plazo, a pesar de las consecuencias negativas (Volkow y Baler, 2014). El comportamiento adictivo puede conllevar la pérdida de familia, amigos, puesto laboral, etc. Otras veces es como un medio para enfrentar las dificultades de la vida que refleja una condición de la persona en relación con un entorno particular (Rojo-Mota et al., 2017). Las personas pueden recuperarse de un trastorno adictivo al aprender a manejar mejor sus dificultades, y su entorno puede modificarse para promover la plena integración de la persona en ese entorno (Hall, Carter y Forlini, 2015; Levy, 2013; Satel & Lilienfeld, 2014). Por ello, es de vital importancia la educación desde una visión ocupacional y significativa, que evite el consumo adictivo.

## Objetivos

- Apoyar en la recuperación de roles significativos que contribuyan a la reconstrucción de su identidad personal.
- Explorar de manera conjunta actividades significativas para la persona que contribuyan a una mejora de su salud, de su funcionalidad y de su satisfacción personal.
- Acompañar en la planificación y puesta en marcha de estas actividades mediante intervenciones de carácter individual y grupal.
- Explorar de manera conjunta recursos comunitarios donde puedan desarrollar estas actividades que faciliten las oportunidades de participación social y de recuperación de roles significativos.
- Apoyar en la consecución de un equilibrio entre autocuidado (aseo personal, descanso, alimentación, rutina de toma de medicación...), productividad (búsqueda y/o mantenimiento de empleo, formación, participación en tareas domésticas, asistencia a programas terapéuticos...) y ocio.
- Promover la actividad física en la comunidad y apoyar en la adquisición de hábitos de alimentación saludables, en colaboración con otros profesionales, como elemento esencial de la salud de las personas.

- Promover programas de estimulación y rehabilitación cognitiva que contribuyan al mantenimiento y mejora de estas capacidades en las personas que se encuentren afectadas.
- Contribuir a la prevención y disminución del estigma social hacia las personas en riesgo de exclusión social.

## Intervención

- Programas de entrenamiento en ABVD e AIVD, incluyendo apoyo en la planificación y/o realización de estas actividades tanto en el centro de salud como en el domicilio (si lo hubiese) y en la comunidad:
  - Aseo personal.
  - Tareas domésticas como limpieza, cocina o realización de la compra semanal.
  - Planificación económica mensual y manejo financiero (cuentas corrientes, tarjetas de crédito...)
  - Cuidado de otras personas a su cargo (hijos y/o personas dependientes) y/o animales domésticos.
- Programas de orientación vocacional en el ámbito educativo y laboral.
- Programas culturales y de ocio que fomenten la participación e inclusión social en la comunidad.
- Programas de acciones de concienciación comunitaria enfocadas hacia la prevención del estigma social hacia las personas en riesgo de exclusión social.
- Programas de actividad física y otras técnicas corporales como psicomotricidad, expresión corporal y relajación.
- Programas de estimulación y rehabilitación cognitiva.
- Programas de habilidades sociales.
- Colaboración con otros profesionales en programas de promoción de hábitos de alimentación saludable y adherencia al tratamiento farmacológico.

## Población infantil y adolescentes



### **Evidencia contextualizada**

La evidencia muestra que las influencias desde el nacimiento hasta la edad de seis años son las más importantes en el ciclo de vida para el desarrollo del cerebro. La estimulación positiva temprana en la vida mejora el aprendizaje, el comportamiento y la salud hasta la edad adulta (Canadian Institute for Health Information, 2003). Los programas de intervención temprana en terapia ocupacional con una población saludable de bebés y madres se han desarrollado e implementado en diversos entornos comunitarios (Parush y Hahn-Markowitz, 1997). Los programas han incluido un enfoque sobre: aumentar la competencia materna en madres primerizas (Burke et al., 1987); enseñar a los padres sobre el desarrollo y el enriquecimiento de los niños (Atchison y Nasser, 1989); y aprender sobre la maternidad (Parush y Hahn-Markowitz, 1997). Se ha demostrado que estos programas de prevención primaria ofrecidos durante el primer año de vida de un niño tienen un efecto sostenido en el conocimiento, las actitudes y las prácticas de crianza de los hijos durante un mínimo de 2 años después de la intervención (Case-Smith, 1997; Parush & Hahn-Markowitz, 1997). Los terapeutas ocupacionales también contribuyen a la identificación temprana y el tratamiento de las discapacidades de aprendizaje, como el trastorno de la

coordinación del desarrollo, lo que ayuda a prevenir problemas académicos, sociales y emocionales (Cameron, 2002; Johal, 2002).

Un enfoque específico de la ocupación en el desarrollo de la comunidad presenta un servicio en el que los terapeutas ocupacionales efectúan cambios y capacitan a las personas para que tomen el control de los factores que influyen en su salud y sus vidas. Dentro de un marco de terapia ocupacional, esto podría verse como una ayuda a los niños, los jóvenes y sus familias para desarrollar y fortalecer sus roles ocupacionales en relación con los esfuerzos comunitarios existentes, cambiantes o nuevos (Scaletti, 1999). Este enfoque empodera a los individuos y ayuda a desarrollar un sentido de bienestar y control sobre sus propias necesidades y los roles de la vida futuros. El desarrollo comunitario, junto con la teoría de la terapia ocupacional establecida, ofrece el potencial para que la terapia ocupacional sea más proactiva en el cambio de salud comunitaria para niños, adolescentes y sus familias.

## **Infancia**

### **Objetivos**

- Asesorar a los padres en el desarrollo psicomotriz del niño.
- Supervisar las actividades básicas de los niños: autonomía en la alimentación, el vestido, el sueño,
- las deposiciones y el juego.
- Supervisar la relación con el adultos.
- Empoderar a los padres en el desarrollo de la autonomía del niño.
- Recomendar ambientes facilitadores de acuerdo con la edad del niño.
- Detectar signos de alarma y derivar al servicio correspondiente.
- Prevenir alteraciones en el desarrollo.

### **Intervención**

- Asesoramiento a parejas (y personas individuales) que están esperando un hijo, en relación a la crianza y el desarrollo psicomotriz del niño.
- Creación de grupos preparto: adaptación de las actividades durante el embarazo.

- Creación de grupos posparto para trabajar pautas de estimulación psicomotriz y masaje infantil.
- Entrevistas con padres para tratar y estimular la autonomía en las actividades básicas de los niños: alimentación, sueño, deposiciones, juego y relación con los adultos.
- Control periódico del niño sano: evaluación periódica del desarrollo psicomotriz
- Sesiones preventivas de psicomotricidad.
- Visitas domiciliarias para evaluar el entorno directo del niño.
- Intervención domiciliaria para orientar a los padres en la actividad cotidiana del niño.

## Adolescencia

### Objetivos

- Detectar y derivar al servicio correspondiente posibles casos de riesgo de suicidio y psicosis incipiente.
- Disminuir la presencia de conductas de riesgo en el adolescente.
- Formar profesionales y familiares en la detección de signos de alarma.
- Disponer de una figura profesional transversal que integre los diferentes recursos con una mirada holística hacia el adolescente.

### Intervención

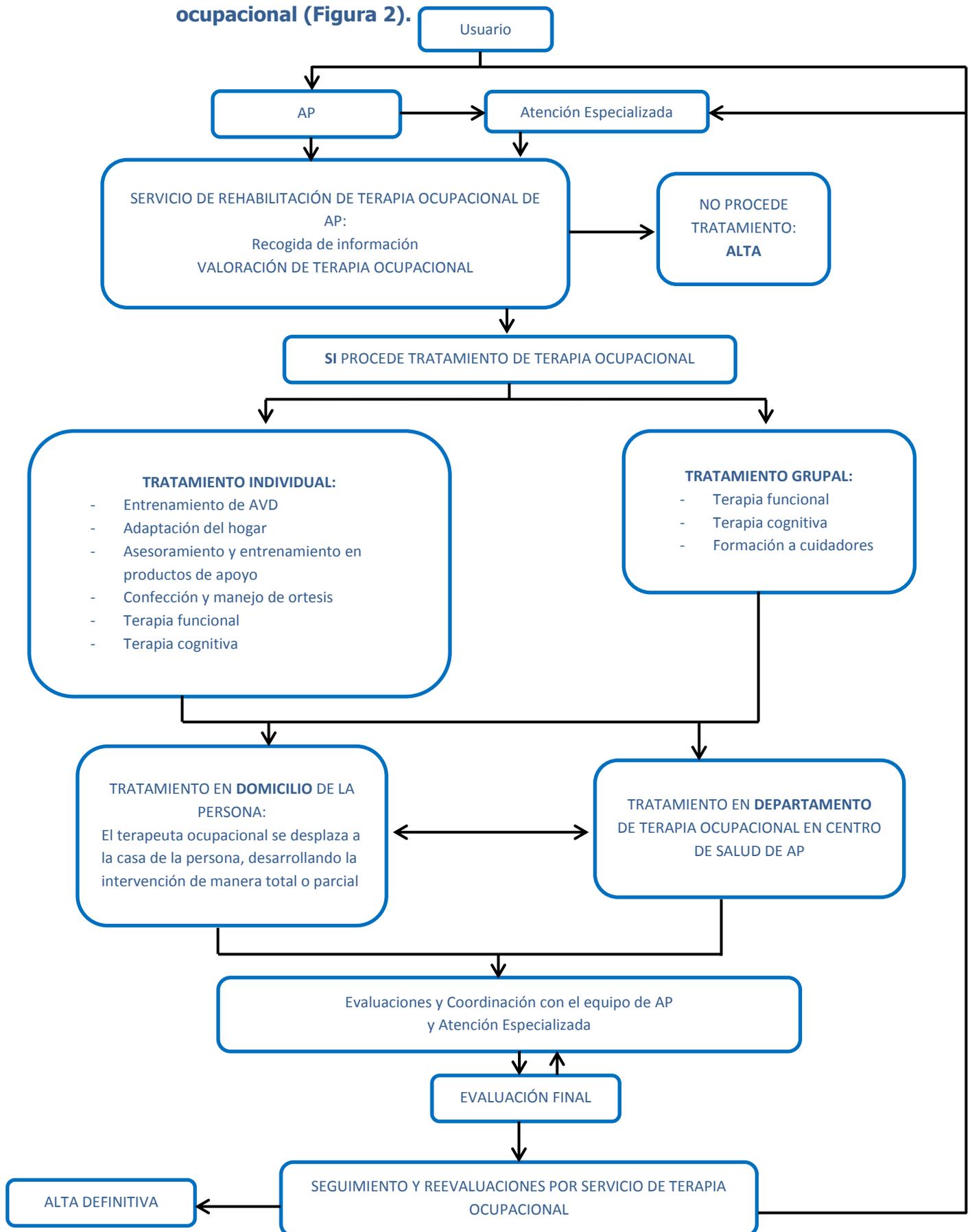
- Seguimiento y prescripción de actividades.
- Espacios temáticos de reflexión: sexualidad, religión, política, proyecto de vida, actividades académicas, orientación vocacional.
- Formación a profesionales que trabajan con adolescentes en el impacto de la actividad sobre el estado de salud del joven.

## **PROPUESTA PRÁCTICA DE UN SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN AP DE SALUD.**

En este apartado se pretende recoger una propuesta práctica de un servicio de terapia ocupacional en AP de salud especificando:

- 1.** Flujograma de derivación a terapia ocupacional y proceso de terapia ocupacional.
- 2.** Criterios de inclusión en el servicio de terapia ocupacional y finalización del servicio.
- 3.** Requisitos técnico-sanitarios del servicio de terapia ocupacional.
- 4.** Protocolo de evaluación ocupacional y funcional.
- 5.** Programas de terapia ocupacional en AP de salud.
- 6.** Muestra representativa de casos clínicos con diferentes perfiles personales.

## 1. Flujoograma de derivación a terapia ocupacional y proceso de terapia ocupacional (Figura 2).



## 2. Criterios de inclusión en el servicio de terapia ocupacional y finalización del servicio (Tabla 2).

Criterios de inclusión	Criterios de finalización del servicio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que residan dentro de la zona de actuación.</li> <li>• Aquellas personas que presenten déficits funcionales susceptibles de recuperación total o parcial.</li> <li>• Personas que tengan déficits establecidos, idóneos para incrementar su capacidad mediante el tratamiento.</li> <li>• Aquellas personas que dependan de un cuidador principal, que deba ser conocedor de las habilidades adquiridas en el departamento por la persona que atienden y por lo tanto sean informados y educados en ellas.</li> </ul> <p>En el <u>tratamiento domiciliario</u>, además, se tendrán en cuenta en las características siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones en la movilidad funcional que les sea imposible desplazarse al centro de AP debido a las barreras arquitectónicas insalvables.</li> <li>• Suponga un riesgo, a nivel de seguridad dada la comorbilidad.</li> </ul> <p>Posean una gran limitación funcional que requieran tratamiento postural, movilizaciones, productos de apoyo o adaptaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida; y por lo tanto sea necesario ofrecer asesoramiento, orientación, educación y entrenamiento en el domicilio a los cuidadores principales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecución de objetivos.</li> <li>• Cambio en el estado de salud que permite el traslado de la persona al departamento de terapia ocupacional.</li> <li>• Ingreso en el hospital.</li> <li>• Empeoramiento del estado de salud que impide o contraindica la atención terapéutica.</li> <li>• Cambio de domicilio que quede situado fuera de la zona de cobertura del servicio.</li> <li>• Se ha completado la instrucción al cuidador sobre el manejo de la persona atendida.</li> <li>• Superación del número de sesiones estipuladas.</li> </ul>

### 3. Requisitos técnicos-sanitarios del servicio de terapia ocupacional en AP de salud

Según lo establecido en la Orden de 25-11-2008, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional:

Se entiende por **unidad asistencial de terapia ocupacional (U60)**, aquella que, *"bajo la responsabilidad de un terapeuta ocupacional, se utiliza con fines terapéuticos las actividades de autocuidado, trabajo y ocio para que los pacientes adquieran el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y consigan el máximo de autonomía e integración"* (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2008).

El servicio de terapia ocupacional de AP de Salud deberá tener los siguientes **requisitos generales:**

- a) Cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad, medidas de protección y seguridad y prevención de riesgos laborales.
- b) Mantener las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación adecuadas para garantizar el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan.
- c) Una placa identificativa en la puerta de entrada del mismo: "Servicio de Terapia ocupacional".
- d) Suelos impermeables, lisos, fácilmente lavables, resistentes a la mayoría de los productos químicos que se empleen y antideslizantes.
- e) Comunicación telefónica con el exterior durante el tiempo de apertura del servicio.

El servicio de terapia ocupacional AP de Salud se dividirá en las siguientes **áreas funcionales:**

- Área de servicios generales: despacho de 15m<sup>2</sup> para atención a usuarios y sus familiares y zona de almacenaje para guardar productos de apoyo y material de férulas.

- Área asistencial: zona de terapia con una superficie mínima de 50 m<sup>2</sup> que podrá ser distribuida en varias zonas, mediante biombos. Se dividirá en dos zonas en función de las actividades a realizar: zona de tratamiento y zona audiovisual.
- Área de AVD:
  - *Zona de entrenamiento en ABVD:* Vestido, alimentación, movilidad funcional, cuidado de productos de apoyo personales...
  - *Zona de entrenamiento en AIVD:* cuidado de la salud y manutención, crear y mantener un hogar, preparación de la comida y limpieza, procedimientos de seguridad a respuestas de emergencia, ir de compras, manejo de temas financieros...
  - *WC accesible para realizar tratamientos individualizados:* baño-ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, higiene personal y aseo; higiene del inodoro...

A continuación, se enumera el material necesario que debe tener cada área y zona de la sala de terapia ocupacional:

## Despacho:

- Una mesa de despacho y tres sillas o sillones confidente.
- Estantería para historias clínicas. Ordenador. Acceso telefónico al exterior e internet.

## Almacén:

- Estanterías para almacenaje y armarios para productos de apoyo.

## Área asistencial:

- Zona de tratamiento de terapia ocupacional:
  - Mesas ligeras-acoplables y sillas con y sin reposabrazos.
  - Una colchoneta y material de psicomotricidad.
  - Una camilla regulable en altura.
  - Espejo de pared de cuerpo entero.

- Pila con grifo monomando de brazo largo, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos, todos ellos accesibles.
  - Material de valoración: Baterías de valoración como por ejemplo: LOTCA, COTNAB, goniómetro, dinamómetro, volumetro, pinzómetro, Test Minnesota, Purdue Pegboard Test, monofilamentos de la mano, sistema de evaluación de la mano y otros instrumentos de evaluación funcional y ocupacional de la persona.
  - Material para rehabilitación física válida para todas las edades, compuesto por arco curvado para hombro, escalerillas de pared, tablero y barra para trepar, material para desensibilización, soporte deslizante de antebrazo, masilla resistente terapéutica, conos, tablero o soporte con cintas de distinta resistencia, cuentas, atril.
  - Material para rehabilitación cognitiva válida para todas las edades, compuesto por fichas, tableros que trabajen el esquema corporal, la orientación temporo-espacial, la memoria, la atención, la concentración, la numeración y la lógica y material fungible de papelería.
  - Material para accesibilidad en el entorno: alzas, barras con ventosa, mesa regulable-abatible.
  - Material termoplástico y cubeta para férulas.
- Zona audiovisual:
    - Televisión, equipo de música, sistema de video/DVD, ordenador y soporte informático.
    - Dispositivos de ordenador: brazo articulado, teclado con carcasa, ratón adaptado, puntero y sistemas de comunicación alternativo y aumentativo (Go Talk 9, álbum parlante, etc)
- Área de AVD. Zona de ABVD:
    - Una cama dura y firme, con altura regulable y asientos adecuados.
    - Productos de apoyo para vestido: gancho para vestido, velcros, pinza alargada, calzador largo, ponemedias, abrochabotones y cordones elásticos.
    - Productos de apoyo para movilidad funcional: sillas de ruedas (ligera y multiposicional con accesorios) y diferentes tipos de cojines antiescaras,

andadores (fijo, articulado, con ruedas y de exterior), bastón, muleta y trípode. Tablas de transferencias, disco giratorio y transfer. Gancho para cama y escalerilla para incorporaciones.

- Productos de apoyo para el ocio: soporte para cartas, juegos adaptados en tamaño, lupa y atril.
  
- Área de AVD. Zona de AIVD:
  - Electrodomésticos: una cocina-horno (con adaptadores de mandos), una lavadora de carga frontal, una plancha, un frigorífico y un fregadero con grifo monomando de brazo largo;
  - Mobiliario y equipamiento de cocina: armarios bajos con tiradores horizontales, bandejas giratorias, banco de cocina amplio y asientos de cocina regulables, tendedero plegable, tabla de plancha con asiento y adaptador de plancha, mesa con cubo, taburete y cubo de ropa con ruedas, escoba, recogedor y tapetes antideslizantes;
  - Menaje de cocina: kit de cubiertos adaptados, cuchillos de sierra especial, pelapatatas, exprimidores especiales, abrelatas, sacacorchos especiales, material antideslizante y engrosadores.
  
- WC accesible:
  - Aseo accesible dotados de zona de ducha y bañera para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidado.
  - Productos de apoyo para el baño e higiene personal: Silla de ducha adaptada, silla giratoria, dispensador para jabón y gel, esponja y cepillo arqueados y de mango alongado, adaptadores de peine, cepillo de dientes, máquina de afeitar eléctrica, tijeras de uñas y cepillo de uñas fijado con ventosas.

## 4. Protocolo de Evaluación Ocupacional y Funcional.

A continuación, se expone un resumen de las principales herramientas de evaluación estandarizadas globales y específicas de las que puede hacer uso el terapeuta ocupacional en el ámbito de la AP (Tabla 3 y 4).

**Tabla 3. Herramientas de evaluación globales**

- Herramienta de screening del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST). Parkinson, Forsyth, Kielhofner (2004).
- Evaluación del Funcionamiento Ocupacional (AOF-CV). Watts, Brollier, Bauer, Schmidt, Kielhofner (1991).
- Autoevaluación Ocupacional (OSA). Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer, Wolenski (1998).
- Autoevaluación Ocupacional para niños (COSA). Keller, Kafkes, Basu, Federico, Kielhofner (2006).
- Perfil Ocupacional Inicial del niño (SCOPE). Bowyer, Kramer, Ploszaj, Ross, Schwartz, Kielhofner, Kramer (2008).
- Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM). Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko, Pollock (1998).
- Escala de Evaluación del Desempeño Ocupacional (EVDO). Guijarro Barbas, Rodríguez Montes (2005).
- Escala de Evaluación y Entrevista de Evaluación de Circunstancias Ocupacionales (OCAIRS). Forsyth, Deshpande, Kielhofner, Henriksson, Haglund, Olson, Skinner, Kulkami (2005).
- Adaptación española de la Escala de Evaluación Comprehensiva en Terapia ocupacional (COTE). Bellido, Berrueta, Sanz, López, Gea (2015).

Áreas ocupacionales	Herramientas de evaluación
<p><b>ABVD</b></p> <p><b>AIVD</b></p> <p><b>DESCANSO Y SUEÑO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de ABVD y AIVD. AOTA (2008).</li> <li>- Adaptación española de la Escala de habilidades básicas de la vida diaria (BELS). Grupo andaluz de investigación en salud mental (2000).</li> <li>- Valoración AIVD. Pellegrini (2006).</li> <li>- Valoración de AVD psiquiatría. Guzmán (2003).</li> <li>- Autoevaluación Ocupacional (OSA). Baron, Kielhofner, Iyenger, Goldhammer, Wolenski (2002).</li> <li>- Índice de Barthel. Mahoney, Barthel (1965)</li> <li>- Índice de Independencia en AVD o Índice de Katz. Katz et al. (1963)</li> <li>- Escala de Lawton y Brody. Lawton, Brody (1969).</li> <li>- Registro de medida de la independencia funcional (FIM). Martínez-Martín (2009)</li> <li>- Milwaukee Evaluation of daily living skills (MEDLS). Leonardelli (1988).</li> </ul>
<p><b>EDUCACIÓN</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional. Moorhead (1979).</li> <li>- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI II). Kielhofner, Mallison, Crawford, Nowak, Rigby, Henry, Walens (1998).</li> <li>- Pirámide de Roles-Tareas-Actividades. Christiansen.</li> <li>- Listado de roles (RC) Oakley, Kielhofner, Barris (1985).</li> <li>- Evaluación del rol del adolescente (ARC) Black (1982).</li> <li>- Entrevista del ambiente escolar (SSI). Hemmingsson, Egilson, Hoffman, Kielhofner. (2005)</li> <li>- Evaluación psicosocial de terapia ocupacional sobre el aprendizaje (OT-PAL). Townsend et al. (2001).</li> </ul>
<p><b>TRABAJO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional. Moorhead (1979).</li> <li>- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI II). Kielhofner, Mallison, Crawford, Nowak, Rigby, Henry, Walens (1998).</li> <li>- Pirámide de Roles-Tareas-Actividades. Christiansen.</li> <li>- Listado de roles (RC) Oakley, Kielhofner, Barris (1985).</li> <li>- Entrevista del Rol de Trabajador (WRI). Velozo, Kielhofner, Fisher (1998).</li> <li>- Evaluación de Habilidades Prelaborales. Romero Ayuso (2001).</li> <li>- Escala de Impacto del Ambiente laboral (WEIS). Moore-Corner, Kielhofner, Olson (1998).</li> <li>- Registro de evaluación del área laboral adaptado. Galilea, Pagola (2001).</li> <li>- Cuestionario de motivación para el trabajo para personas con enfermedad mental crónica. Colis, Coy, Galilea, López, Pascual (1996).</li> </ul>
<p><b>JUEGO</b></p> <p><b>OCIO Y TIEMPO LIBRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de valoración del Ocio y Tiempo libre (EVOLT). Hernández (2001).</li> <li>- Cuestionario de Ocio. Romero Ayuso (2001).</li> <li>- Listado de roles (RC) Oakley, Kielhofner, Barris (1985).</li> <li>- Listado de Intereses adaptado. Kielhofner, Neville (1983).</li> <li>- Perfil Ocupacional sobre Ocio (POO). Sánchez Rodríguez (2011).</li> </ul>
<p><b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado de Intereses adaptado. Kielhofner, Neville (1983).</li> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional. Moorhead (1979).</li> </ul>

- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI II). Kielhofner, Mallison, Crawford, Nowak, Rigby, Henry, Walens (1998).
- Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS). Forysth, Salamy, Simon, Kielhofner (1998).

**Tabla 4. Herramientas de evaluación áreas específicas**

- Batería de Valoración Cognitiva de Terapia ocupacional de Loewenstein (LOTCA). Itzkovich et al. (1990).
- Valoración Cognitiva de Terapia ocupacional de Loewenstein para pacientes Geriátricos (LOTCA-G). Itzkovich, Katz (1996).
- Batería de Valoración Cognitiva de Terapia ocupacional para niños (DOTCA-CH). Katz, Goldstand, Traub Bar-Ilan, Parush (2007).
- Batería de Evaluación Neurológica de Chessington para Terapeutas Ocupacionales (COTNAB). Tyerman et al. (1986).
- Mini Examen Cognoscitivo (MEC). Lobo et al. (1979).
- Cuestionario del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ). Pfeiffer (1975).
- Escala de valoración del equilibrio y de la marcha de Tinetti. Tinetti (1986).
- Functional Ambulation Classification (FAC). Holden (1984).
- Cuestionario sobre la preocupación por las caídas. Baloh et al. (1995).
- Valoración Funcional de pacientes con Deficiencia Visual. García (2001).
- Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento (AMPS). Fisher (1999).
- Cuestionario Volitivo (VQ). De las Heras, Geist, Kielhoffner, Li (2002).
- Cuestionario Volitivo Pediátrico (PVQ). Geist, Kielhoffner, Basu, Kafes (2002).
- Perfil de Intereses del Niño (PIP). Alexis, Henry (2000).
- Evaluación Comportamental del Síndrome de Disejecución (BADS). Norris, Tate (2000).

## 5. Programas de terapia ocupacional en AP de Salud

**Tabla 5. Programa de entrenamiento en AVD**

<p><b>DEFINICION</b></p>	<p>Los terapeutas ocupacionales promueven que las personas se involucren en ocupaciones y en AVD, teniendo en cuenta los distintos tipos de actividades que la persona puede abarcar. Estas actividades están clasificadas en 7 categorías llamadas "Áreas Ocupacionales". Los terapeutas ocupacionales dirigen el resultado de su trabajo a estas áreas ocupacionales y a las habilidades deterioradas o perdidas para que la persona pueda participar en sus ocupaciones y actividades.</p>
<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Conseguir la autonomía e independencia de la persona en las AVD, de modo que sea funcional en su propio domicilio.</p>
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la independencia en las ABVD: vestido, alimentación, baño e higiene personal...</li> <li>- Mejorar la independencia en las AIVD: cuidado de otros, cuidado del hogar, preparación de la comida, realización de compras, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, uso de sistemas de comunicación.</li> <li>- Disminuir los cuidados prestados por parte del cuidador principal, y en consecuencia, disminución de la sobrecarga de este.</li> </ul>
<p><b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas dependientes o con riesgo de dependencia en cualquiera de las AVD, independientemente de la causa que provoque esta dependencia.</li> <li>- Familiares y/o cuidadores principales, profesionales o no, de personas dependientes o con riesgo de dependencia.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<p>Este programa se desarrollará tanto en la unidad de terapia ocupacional como en el domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de destrezas de ejecución perdidas o deterioradas.</li> <li>- Entrenamiento de la AVD que la persona no realiza de forma autónoma y/ o adecuada.</li> <li>- Análisis y adaptación/ modificación de la actividad.</li> <li>- Graduación de la actividad.</li> </ul>

**Tabla 6. Programa de terapia funcional**

<p><b>DEFINICION</b></p>	<p>La terapia funcional se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas, teniendo en cuenta las motivaciones de los usuarios para así, llevar a cabo las actividades con sentido terapéutico.</p> <p>El programa de terapia funcional se individualiza con el fin de ajustar al máximo el tratamiento a las necesidades de la persona.</p>
<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Conseguir el rendimiento óptimo integral de las capacidades sensoriomotoras necesarias para la autonomía en las AVD.</p>
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular las destrezas preceptuales y el procesamiento sensorial.</li> <li>- Mejorar y/o mantener las capacidades neuromusculares (rangos articulares, fuerza, tono muscular, resistencia, control postural, etc.)</li> <li>- Mejorar y/o mantener las capacidades motoras (tolerancia a la actividad, coordinación motora, lateralidad, integración viso-motora, etc.)</li> </ul>
<p><b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas con cualquier tipo de enfermedad o patología que una vez valorados, se observe que existen alteraciones sensoriomotrices que influyan en la ejecución de las AVD y en el desempeño ocupacional autónomo de la persona, o se considere que esas alteraciones pueden influir en un futuro próximo:</li> <li>- Enfermedades neurológicas (Parkinson, Accidente cerebrovascular, Esclerosis múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Corea de Huntington, etc.)</li> <li>- Patología traumatológica (fracturas y luxaciones de miembro superior, Amputaciones, Traumatismos, Sdme. Del Túnel del Carpo, Hombro doloroso, Lesión medular, etc.)</li> <li>- Patología Músculo-Esquelética (Artritis o Poliartrosis, Osteoartrosis, Tendinitis, Enfermedad de Dupuytren, Osteoporosis, etc.)</li> <li>- Patología Cardio-pulmonar (Enfermedades cardíacas, EPOC, etc.)</li> <li>- Alteraciones Sistémicas (Diabetes, Esclerodermia, etc.)</li> <li>- Alteraciones de la piel (Quemados, otros)</li> <li>- Alteraciones y disfunciones Sensoriales (Deficiencias sensoriales, dolor crónico, Hiper/hiposensibilidad, apraxias, etc.)</li> </ul>

## **TÉCNICAS UTILIZADAS**

- Movilizaciones pasivas, activas y/o resistidas
- Terapia de Destreza Manual: Agarre, Pinza (fina – gruesa; bidigital-tridigital; lateral, etc.), grafomotricidad, otros.
- Terapia/entrenamiento de Coordinación
- Tratamiento del rango articular y fuerza
- Terapia de Reeducción Sensorial (Protectiva, discriminativa, otros)
- Vendajes (Funcionales, neuromusculares, antiedema, otros)
- Técnicas ergonómicas/economía articular

**Tabla 7. Programa de entrenamiento cognitivo**

<b>DEFINICION</b>	La intervención cognitiva es importante como parte del tratamiento no farmacológico en los pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL) constituyendo una "frontera" entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, que afecta su funcionalidad. La detección y tratamiento temprano resulta vital para el mantenimiento de la autonomía personal.
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Facilitar el correcto funcionamiento de las capacidades mentales superiores (Orientación temporal, espacial y personal. Atención. Memoria. Lenguaje. Percepción y reconocimiento de objetos. Elaboración de las respuestas motoras. Organización y planificación de actividades. Razonamiento...)
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir el curso involutivo del DCL.</li> <li>- Estimulación de capacidades mentales</li> <li>- Minimizar el impacto del DCL en el desempeño de las AVD y maximizar la funcionalidad</li> <li>- Proporcionar accesibilidad cognitiva en los entornos del paciente.</li> <li>- Asesorar a las familias y cuidadores para que apoyen un desempeño autónomo del paciente</li> </ul>
<b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas que presenten deterioro cognitivo leve y demencia leve con dificultad para realizar las distintas AVD o que, a pesar de realizarlas, no lo hagan de forma segura, existiendo riesgo para su integridad.</li> </ul>
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimentalización de las rutinas de la vida cotidiana</li> <li>- Acondicionamiento del contexto y uso de ayudas externas</li> <li>- Terapias de orientación a la realidad</li> <li>- Terapia de reminiscencia</li> <li>- Adaptación de entornos cotidianos</li> <li>- Técnicas de comunicación y validación para familiares</li> <li>- Talleres de entrenamiento de la memoria</li> </ul>

**Tabla 8. Programa de adaptación del hogar**

<p><b>DEFINICIÓN</b></p>	<p>El propósito de una adaptación es modificar los entornos discapacitantes para restablecer o permitir la vida independiente, la privacidad, confianza y dignidad de las personas y sus familias.</p> <p>La adaptación del entorno o adaptación ambiental, representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas mayores y/o con discapacidad. Engloba todas aquellas modificaciones que se pueden cometer en el ambiente físico que rodea a las personas y que les permiten la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera más segura, sencilla e independiente.</p>
<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Adaptar y/o modificar el domicilio, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente, de modo que la persona se sienta segura en su medio, evitando posibles caídas y promoviendo la independencia en AVD.</p>
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar el espacio suficiente para la realización de transferencias, giros, sensación de amplitud.</li> <li>- Organizar el espacio para minimizar la movilidad necesaria y así facilitar la realización de las tareas en casa.</li> <li>- Eliminar cualquier barrera que dificulte e impida la movilidad, pudiendo causar caídas.</li> <li>- Colocar los distintos muebles, electrodomésticos y útiles en un lugar que pueda ser usados y con seguridad.</li> <li>- Proporcionar accesibilidad al domicilio, eliminando todo tipo de barreras.</li> <li>- Dotar de suficiente espacio y altura para poder almacenar todo lo disponible y crear un ambiente ordenado y armonioso.”</li> </ul>
<p><b>PERFIL DESTINATARIO</b></p>	<p>Personas que presenten dificultad para realizar las distintas AVD debido a la presencia de barreras arquitectónicas o cualquier otra circunstancia que convierta su domicilio en un entorno discapacitante.</p> <p>Personas que, a pesar de realizar las AVD, no lo hagan de forma segura, existiendo riesgo de caídas, accidentes domésticos,...</p>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión de información.</li> <li>- Eliminación, cambio y/o sustitución de mobiliario.</li> <li>- Creación de entornos facilitadores y accesibles (iluminación, adaptaciones...)</li> </ul>

**Tabla 9. Programa de formación cuidadores**

<b>DEFINICIÓN</b>	<p>La enfermedad y no la edad, es la principal causa de dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario.</p> <p>La mayoría de las personas que se encargan del cuidado de personas en riesgo o en situación de dependencia, son mujeres entre 45 y 65 años de edad. Muchas de estas personas no están preparadas para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado, apareciendo sobrecarga del cuidador.</p>
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	<p>Evitar situaciones de estrés y mejorar la calidad de vida tanto de la persona con dependencia y/o discapacidad como del cuidador, a través de la formación e intervención con cuidadores principales, profesionales u otros.</p>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar, ayudar y preparar al cuidador principal de la persona en situación de dependencia en el entorno familiar.</li> <li>- Evitar la institucionalización de la persona dependiente por sobrecarga del cuidador.</li> <li>- Evitar trastornos y/o patologías ocasionadas por el cuidado continuado de personas dependientes, tanto a nivel físico como psíquico.</li> </ul>
<b>PERFIL DESTINATARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidadores principales de personas dependientes.</li> <li>- Familiares de personas encargadas del cuidado de otros con necesidades especiales.</li> <li>- Auxiliares del servicio de ayuda a domicilio.</li> <li>- Profesionales de centros asistenciales</li> </ul>
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación grupal teórico-práctica sobre los cuidados a las personas dependientes o en riesgo de dependencia.</li> <li>- Formación individual sobre técnicas específica de cuidado en el propio domicilio de la persona.</li> <li>- Técnicas de comunicación.</li> <li>- Técnicas de relajación</li> </ul>

**Tabla 10. Programa de diseño, elaboración y uso de ortesis**

<b>DEFINICIÓN</b>	<p>Una ortesis es cualquier dispositivo aplicado externamente sobre el cuerpo humano, que se utiliza para modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuro-musculo-esquelético. Están en contacto permanente con el cuerpo humano, lo que las diferencia del resto de productos de apoyo, y se utilizan para el tratamiento de alguna deficiencia física o discapacidad.</p> <p>Este programa se centra en la confección y aprendizaje del manejo de férulas, entendidas éstas como aparatos, en este caso de termoplástico, neopreno o gomaeva, que se aplican para mantener y/o modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuro-músculo-esquelético.</p> <p>Se utilizan con la intención de modificar, mantener o mejorar la función de partes móviles o desplazadas patológicamente, especialmente huesos fracturados o luxados.</p>
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	<p>Modificar, mejorar o restaurar la función, para conseguir que la persona sea más independiente en la realización de sus AVD sin perjudicar el segmento corporal afecto.</p>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmovilizar segmentos músculo esqueléticos.</li> <li>- Disminuir la presión durante el apoyo.</li> <li>- Prevenir o corregir deformaciones.</li> <li>- Mejorar una o varias funciones</li> <li>- Incrementar el rango de movimiento</li> <li>- Inmovilizar una extremidad para ayudar a promover la cicatrización tisular.</li> <li>- Aplicar tracción para corregir o prevenir contracturas.</li> <li>- Aliviar el dolor mediante reposo articular</li> <li>- Servir como un conector o vínculo para dispositivos de asistencia (AVD)</li> <li>- Bloquear movimientos inadecuados de una articulación (estabilización)</li> </ul>
<b>PERFIL DESTINATARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes a los que tras el diagnóstico y la prescripción por parte del médico les ha sido recomendado la fabricación y uso de algún tipo de férula y es derivado para ello al servicio de Terapia ocupacional.</li> </ul>
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Férula anterior o palmar</li> <li>- Férula posterior o dorsal: El contacto dorsal, facilita trabajar la flexión. También se usan como base de férulas dinámicas de extensión.</li> <li>- Férula lateral: El contacto es por una de las caras laterales del antebrazo.</li> <li>- Férula circunferencial: Envuelve completamente una articulación o segmento.</li> <li>- Férula bivalva: Compuesta por dos partes separadas que entre ambas encierran la articulación o estructura.</li> <li>- Férula espiral: El contacto con el miembro tiene esa misma forma.</li> <li>- Férula de dos superficies, que cruzan una articulación contactando cada superficie con una cara de ella.</li> </ul>

**Tabla 11. Programa de asesoramiento y entrenamiento de productos de apoyo**

<b>DEFINICIÓN</b>	Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (UNE-EN ISO 9999:2007).
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Asesorar y entrenar en el uso de productos de apoyo a personas con déficit residuales y necesidades especiales, para facilitar la realización de las AVD y mejorar la autonomía personal.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir situaciones peligrosas, mejorando la seguridad en el domicilio.</li> <li>- Facilitar y/o mejorar la realización de AVD.</li> <li>- Favorecer la integración y utilización de recursos en el entorno.</li> <li>- Aportar beneficios psicológicos, ofreciendo confianza en el usuario.</li> <li>- Dar ventajas para el cuidador y/o profesionales de ayuda a domicilio.</li> <li>- Evitar ingresos prematuros o inadecuados en instituciones debido a dificultades para el desempeño ocupacional en el propio hogar.</li> </ul>
<b>PERFIL DESTINATARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas que no tienen expectativas de recuperación.</li> <li>- Personas que se encuentren en procesos de rehabilitación.</li> <li>- Cuando se vaya a realizar una actividad que requiera un gran esfuerzo.</li> <li>- Personas que sufren procesos degenerativos: modificar la realización de la actividad, evitar deformidad.</li> <li>- Cuidadores de personas dependientes.</li> </ul>
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<p>CLASIFICACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO (CEPAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado.</li> <li>- Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de capacidades.</li> <li>- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales.</li> <li>- Productos de apoyo para la movilidad personal.</li> <li>- Productos de apoyo para las actividades domésticas.</li> <li>- Mobiliario y adaptaciones para vivienda y otros inmuebles.</li> <li>- Productos de apoyo para la comunicación e información.</li> <li>- Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos.</li> <li>- Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas.</li> <li>- Productos de apoyo para el esparcimiento.</li> <li>- Valoración de las necesidades de la persona para la realización de las AVD.</li> <li>- Selección del producto de apoyo más apropiado a las necesidades específicas de la persona.</li> <li>- Entrenamiento en el uso correcto de ese producto de apoyo.</li> <li>- Prevención de situaciones peligrosas por el uso inadecuado del producto de apoyo.</li> <li>- Seguimiento y evaluación del producto de apoyo y del usuario.</li> </ul>

## 6. Muestra representativa de casos clínicos con diferentes perfiles personales.

**Tabla 12. Caso clínico: Esclerosis múltiple**

J. es una mujer de 39 años diagnosticada en el año 1991 de Esclerosis múltiple remitente recurrente.

### HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Deambula en silla de ruedas debido a la fatiga y a la espasticidad en miembros inferiores, en trayectos cortos camina con andador.
- Deterioro cognitivo leve. Lentitud en el procesamiento de información.
- Escasa involucración en actividades.

### ÁREAS OCUPACIONALES

- Independiente en la mayoría de AVD básicas, excepto vestido de miembros inferiores, ducha, deambulación y subir/bajar escaleras. Dificultad para conciliar el sueño
- No realiza AIVD, únicamente toma la medicación si es preparada.
- Inactividad laboral. Percibe una pensión no contributiva de tipo invalidez.
- Negación a participar en actividades de ocio.
- Reticencia a relacionarse con personas de su localidad debido al temor de sufrir rechazo social.

### ENTORNO

- Vive con sus padres en un pueblo pequeño, en una casa de planta baja. Tiene el baño adaptado y el resto de la casa es accesible. No realiza actividades en el entorno cercano, a pesar de estar éste adaptado.
- Sobreprotección familiar, que favorece la inexistencia de ocupaciones.
- Escasa red social. Únicamente se relaciona con el entorno familiar.
- Temor al acceso a cualquier medio/lugar de su localidad.

### OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Promocionar la salud y mejorar la calidad de vida para conseguir la máxima independencia.
- Fomentar la adquisición y realización de hábitos básicos de autocuidado.
- Adquirir habilidades para el manejo del hogar y la comunidad.
- Organizar la distribución del tiempo evitando así la fatiga.
- Potenciar y mantener las capacidades cognitivas.
- Desarrollar habilidades sociales que faciliten su integración en la comunidad.
- Búsqueda de ocupaciones e intereses.
- Apoyar, informar y orientar a la familia.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de entrenamiento en ABVD y AIVD.
- Programa de entrenamiento cognitivo.
- Técnicas de ahorro de energía y distribución del tiempo.
- Programa de entrenamiento en habilidades sociales.
- Programa de ocio.
- Programa de formación y apoyo a familiares.

**Tabla 13. Caso clínico Accidente cerebrovascular**

Varón de 59 años, con hemiparesia derecha a consecuencia de un Accidente Cerebrovascular hemorrágico subaracnoideo bilateral y parte anterior del lóbulo temporal izquierdo, que sufrió hace tres meses. Miembro superior derecho dominante.

## **HABILIDADES DEL DESEMPEÑO**

- Desplazamiento de la línea media hacia la izquierda.
- Acortamiento del tronco en el lado derecho y ausencia de carga sobre este lado con resistencia.
- Falta de enderezamiento axial y alineación en tronco.
- Inestabilidad en pierna derecha por debilidad de la musculatura y flexo de cadera y rodilla.
- Aumento de la base de sustentación con rotación del tronco. Ausencia de disociación de cinturas y balanceo.
- Disminución de las reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo, siendo incapaz de realizar el apoyo con el miembro superior derecho.
- En miembro superior derecho: Hombro doloroso a partir de los 110° y 80° de abducción, con limitaciones del rango articular hasta esos puntos. Disminución de la rotación externa. Escápula "alada" en rotación externa y codo en flexión ambas con debilidad de la musculatura.
- Acortamiento y espasticidad moderada en los flexores de muñeca. Mano en flexión cerrada en puño, con amputación del segundo dedo. Rigidez de los dedos en flexión de las interfalángicas tanto proximales como distales. Ligero edema.
- Sensibilidad afectada.
- Alteraciones práxicas en el uso de objetos cotidianos.
- Afasia mixta severa con dificultades de comprensión, producción, afectación de la lectura/escritura y copia.
- Ausencia de expresión facial ante los distintos estados de ánimo.

## **ÁREAS OCUPACIONALES:**

- Alteraciones importantes en la movilidad funcional: transferencias con supervisión verbal y con señas para realizar volteos, paso de sedestación a decúbito, pero presenta dependencia para el resto de ellas.
- Dependiente en el resto de las ABVD: Vestido y desvestido, aseo, afeitado, baño, uso del retrete, comida (alteraciones en la deglución), alimentación.
- Dependiente en todas las AIVD, que realizaba normalmente antes del accidente: uso del teléfono, ordenador, sistemas de emergencia, movilidad en la comunidad y manejo de temas financieros.
- Limitaciones totales en su puesto de trabajo. Abandona su labor como autónomo que desarrollaba en su granja de animales.
- Desde el accidente, no realiza ninguna actividad de ocio y tiempo libre que le motive.

## ENTORNO

### Entorno físico:

- Vive en una casa muy grande de dos plantas, con 16 escalones para acceder a la segunda planta que es donde se encuentra la mayoría de las estancias de la vivienda.
- En el baño dispone de bañera, con grifos de mano de rosca, sin ningún tipo de agarres sanitarios.
- No existen desniveles de suelo para pasar a ninguna estancia, tanto en la planta superior como inferior.
- En la planta baja tiene un gran patio, con muchos animales tanto domésticos como de granja. En el mismo hay un establo y gallineros. A parte de estas zonas todo el suelo está con cemento al mismo nivel.
- Dormitorio muy amplio, con alfombras a ambos lados de la cama.

### Entorno personal.

- Todos los patrones de conducta de su vida diaria que son habituales se ven alterados tras el accidente. Su rol de padre de familia, todas sus rutinas y hábitos.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Facilitar la independencia en las ABVD.
- Conseguir el máximo arco de movimiento activo y coordinación de los miembros afectados.
- Proporcionar una estimulación controlada.
- Promover el desarrollo de patrones normales del movimiento.
- Mejorar las habilidades perceptivo-cognitivas.
- Motivar y concienciar a la familia de la habilidad funcional.
- Asesorar y entrenar sobre apoyos externos necesarios en el domicilio, así como la eliminación de barreras.
- Recuperar funciones de los roles perdidos.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de Higiene Postural en sedestación y decúbito.
- Programa de AVD:
  - Técnicas de movilidad en cama.
  - ABVD: aseo, vestido, alimentación, manejo del retrete, transferencias...
- Programa de Terapia funcional
  - Actividades de control de tronco y equilibrio.
  - Actividades para las pérdidas o alteraciones sensoriales.
  - Actividades soportando el peso del cuerpo en el miembro superior afectado.
  - Actividades bilaterales (automovilizaciones)
  - Ejercicios y actividades activo-asistidos amplios.
  - Actividades en bipedestación.
- Programa de Apoyo familiar

**Tabla 14. Caso clínico: Alzheimer**

M. es un varón de 73 años de edad diagnosticado de Demencia senil tipo Alzheimer en fase 2.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Habilidades motoras: presenta falta de coordinación manual, pérdida de fuerza en miembros inferiores...
- Habilidades de procesamiento: deterioro de la percepción del espacio y el tiempo.
- Habilidades de comunicación e interacción: desempeño deficitario en el lenguaje (afasia), dificultad para mantener una conversación fluida, y no reconoce a los familiares (prosopagnosia).

## ÁREAS OCUPACIONALES

### ABVD

- Deambulación independiente. Ducha, vestido e higiene personal, necesita ayuda. Presenta también alteraciones en el sueño.

### AIVD

- Necesita ayuda para la utilización de transportes públicos, manejo financiero, hábitos saludables (nutrición, ejercicio físico, medicación...), compras, y manejo de dinero.

### Ocio y participación social

- Ha dejado de jugar al dominó con sus nietos y ha perdido el interés por los medios de comunicación.
- No realiza actividades en la comunidad, se niega a salir con antiguos amigos.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Fomentar la independencia de las ABVD y la adaptación a la rutina.
- Potenciar las capacidades cognitivas.
- Favorecer la participación e integración social para ampliar la convivencia en su entorno.
- Fomentar la normalización de su situación familiar y social.
- Dotar a la familia de estrategias de manejo acorde a la fase de la enfermedad de su familiar.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de entrenamiento en ABVD y ocio.
- Programa de estimulación cognitiva.
- Programa de adaptación del hogar.
- Programa de formación a cuidadores.



**Tabla 15. Caso clínico: Artritis reumatoide**

Mujer de 61 años diagnosticada de artritis reumatoide generalizada. Ambas manos afectadas, con mayor deterioro en la derecha. Presenta nódulos subcondrales subcutáneos y dedos en cuello de cisne.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Disminución de la movilidad articular y fuerza del MMSS, principalmente en muñecas.
- Rigidez y deformidad en articulaciones MCF e IFP, con limitación del recorrido articular
- Dolor en borde cubital de muñeca

## ÁREAS OCUPACIONALES

### ABVD (Índice de Barthel 55)

- Autónoma en deambulación y continencia, tanto fecal como urinaria
- Necesita ayuda en alimentación, uso del w.c., vestido, transferencias y subir y bajar escaleras
- Dependiente total para el baño

### AIVD

- Autónoma en la gestión de trámites burocráticos, uso del teléfono fijo
- Necesita ayuda para la realización de comidas y tareas domésticas
- Dependiente total para tareas aisladas que requieran de fuerza en MMSS, como por ejemplo cambiar la botella de butano de la cocina.

### Ocio y participación social

- Mantiene actividades tales como: reuniones en la calle con sus vecinas, ver televisión y escuchar la radio
- Ha dejado de hacer ganchillo y punto de cruz que eran de gran interés para ella.
- Disminuye la participación en actividades grupales organizadas por el Cetro de la mujer.

## ENTORNO

Núcleo familiar formado por ella y su marido. No tienen hijos.

Vive en una casa de planta baja, con 1 ó 2 escalones en diferentes zonas.

En el baño dispone de bañera, sin agarres en ninguno de los sanitarios.

Los grifos, tanto del baño como de la cocina son de mando de rosca.

En la cocina, la disposición de los muebles es en "U", con una altura adecuada. Los cubiertos que tiene son de mangos finos y cuchillos de mango usual.

En el dormitorio no dispone de alfombras, ni otros elementos que limiten el acceso.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Conseguir calidad de vida, así como el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de AVD dentro de su entorno habitual.

- Aumentar recorrido articular y fuerza de hombro y codo
- Mantener y/o mejorar funcionalidad de muñeca y dedos
- Incrementar destrezas manipulativas bilaterales
- Eliminar gestos nocivos y sustituirlos por otros que favorezcan la alineación de las articulaciones de las manos
- Prescribir productos de apoyo que incrementen autonomía en alimentación, vestido y elaboración de comidas principalmente
- Conseguir higiene postural en las articulaciones más afectadas, muñecas y articulaciones interfalángicas proximales
- Dar a conocer al cuidador principal la repercusión de la artritis reumatoide en el desempeño ocupacional de la persona afectada, así como incluso en su estado de ánimo, humor, etc.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de entrenamiento en AVD
- Programa de Terapia Funcional:
  - Termoterapia (baños de parafina)
  - Ejercicios activos que incluyan la flexión de las articulaciones implicadas
  - Manipulaciones óseas
  - Ejercicios de destreza y potenciación funcional de ambas manos
  - Técnicas de economía articular
- Programa de Asesoramiento y entrenamiento de Productos de apoyo:
  - Cubiertos engrosados
  - Pelador de patatas
  - Velcros para la ropa
  - Calzamedias, etc.
- Programa de confección y manejo de ortesis. Férulas:
  - De protección y estabilización de muñeca
  - Para dedos en cuello de cisne que evite la hiperextensión de las articulación IFP en la realización de AVD.
- Programa de adaptación del hogar para baño y zonas de paso con escalones.
- Programa de formación a cuidadores

**Tabla 16. Caso clínico: Espina bífida (Infantil)**

M. es una niña de 8 años de edad, diagnosticada de Espina Bífida Oculta (forma muy frecuente, tratándose de una anomalía puramente ósea, con ausencia de cierre del arco posterior de la vértebra S1). : Presentando piel intacta y la médula y las meninges en posición normal.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Afectación motórica.
- Deformidades ortopédicas de miembros inferiores (talus valgus, flexo de cadera y una hiperlordosis lumbar compensatoria).
- Incontinencia urinaria y vesical.
- No retraso mental.

## ÁREAS OCUPACIONALES

- Nivel intelectual conservado (según psicología evolutiva)
- Área motriz (parálisis motora Nivel S1).
- Área sensitiva. (Por falta de inervación bajo nivel de lesión)
- Área Social (secundaria a la incontinencia).

## ENTORNO

- Núcleo familiar: padre (maestro), madre (auxiliar de enfermería) y hermana menor, de 3 años de edad. La aceptación e implicación de la familia en el tratamiento general de M. es satisfactorio. Colaboran activamente en una asociación de familiares de discapacitados. La familia reside en una ciudad de unos 60.000 habitantes.
- M. asiste de forma habitual, a un colegio público ordinario en el que existe un equipo de apoyo a alumnos/as con necesidades educativas especiales, entre los que se encuentra el fisioterapeuta; para éste y otros traslados debe ir acompañada por uno de sus padres o familiares (abuelos).
- M. presenta una pubertad precoz desde hace un año, aproximadamente.
- Recibe tres veces a la semana en sesiones de rehabilitación, Fisioterapia (dos) y Terapia ocupacional (una) en una asociación de afectados presentando avances notables.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Promover el mayor nivel de autonomía personal de M. (deambulación, aseo, vestido, incontinencia, etc.).
- Recuperación motórica, a través de la reeducación y entrenamiento de ortesis y/o dispositivos de apoyo apropiadas para su caso concreto.
- Mejorar aquellas habilidades sociales (asertividad, empatía,...) que puedan suponer un impacto psicosocial que por su patología (psicomotora y/o sensitiva) pueda sufrir, ahora o en un futuro.
- Explorar iniciativas de ocio terapéutico para M. y su familia.
- Asesorar y apoyar a la familia sobre el uso de dispositivos de apoyo, así como la modificación del entorno más cercano (adaptaciones ambientales).

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de entrenamiento en AVD (ABVD y ocio).
- Programa de terapia funcional.
- Programa de habilidades sociales.
- Programa de confección y manejo de ortesis.
- Programa de asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo.
- Programa de formación a cuidadores.

**Tabla 17. Caso clínico: Esquizofrenia paranoide**

J.M.S., Varón de 45 años diagnosticado de Esquizofrenia paranoide cuando tenía 21 años. Su estado actual es crónico con sintomatología positiva y negativa residual que le impiden mantener una rutina en AVD.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Componente sensoriomotor conservado en la mayoría de las capacidades. Se detecta enlentecimiento de movimientos y reflejos, así como un patrón postural con tendencia a la flexión de tronco.
- Componentes cognitivos. No se detecta deterioro cognitivo importante, aunque sí una disminución en el rendimiento de capacidades tales como: memoria, atención, cálculo y resolución de problemas.
- Componentes psicosociales. Mantiene delirios de referencia hacia la madre, así como alucinaciones auditivas muy esporádicas y sin contenido de peligro para sí mismo u otros. Pérdida de intereses que motiven su día a día. Tiene confianza en sí mismo, aunque el hecho de haber pasado por diferentes recursos hace que no tenga expectativas de recuperación. Conoce su enfermedad pero no aplica los conocimientos para conseguir mejor funcionamiento ocupacional. Ejerce el rol de hijo y hermano, pero no tiene roles ocupacionales. Importante grado de apatía y desgana que limitan la organización de su tiempo.

## ÁREAS OCUPACIONALES

### ABVD

- En alimentación, las comidas principales son variadas y con dieta equilibrada, pero entre comidas tiende a abusar de dulces, embutidos, etc. Sobrepeso.
- Higiene personal descuidada. Reconoce que la pereza le impide asearse y ducharse con la frecuencia que él considera adecuada (días alternos).
- Es continente y autónomo para el uso del w.c.
- Deambulación independiente.
- Tiene tendencia al abandono de la medicación. Su implicación en la preparación de la misma es escasa.

### AIVD

- Actualmente es la madre la que se encarga de la mayor parte de AIVD, como cuidado de la casa, elaboración de comidas, trámites burocráticos, etc. J. participa de forma ocasional de la realización de compras y adquisición de medicamentos, y siempre bajo indicación de la madre.

### Ocio y participación social

- Las actividades que ocupan gran parte de su tiempo son: ver televisión y escuchar la radio.
- No participa en actividades grupales de carácter social y/o lúdico.
- A diario acude a una cafetería del pueblo, pero no mantiene conversación con otras personas.
- Desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, donde aún mantiene contacto, en alguna ocasión se interesa por viajes y los llega a realizar.

## ENTORNO

- Vive con su madre de 76 años y tiene otros 2 hermanos que no viven en la misma localidad.
- La vivienda es cómoda, con las zonas comunes y de descanso en planta baja. Dispone de un patio considerable, con una pequeña zona para huerta que anteriormente cuidaba su padre.
- No se detectan barreras arquitectónicas que limiten la autonomía de J.M.S.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Conseguir calidad de vida, así como el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de AVD dentro de su entorno habitual.

- Dar a conocer las ventajas de una buena dieta y motivar para hacer un cambio en los alimentos que toma entre horas.
- Elaborar una planificación de tareas importantes que incluyan el hábito de ducha / aseo deseado y preparación de la medicación. Posteriormente conseguir la automatización en la rutina diaria de las actividades planificadas.
- Añadir a su rutina roles ocupacionales, que aumenten su participación en tareas domésticas, huerta, etc.
- Conseguir la responsabilidad en la toma y adquisición de recetas de su medicación.
- Motivar para retomar actividades de ocio desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
- Incluir paseos o alguna actividad física guiada adecuada a sus características que potencie el componente motor.
- Estimular funciones cognitivas más afectadas.
- Reforzar las habilidades sociales utilizadas en las tareas anteriormente expuestas.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de entrenamiento en AVD. Planificación de actividades que incluya:
  - Baño/Aseo.
  - Hábitos alimenticios saludables.
  - Preparación y toma de medicación y adquisición de recetas.
  - Cuidado y limpieza de su dormitorio.
  - Tareas domésticas comunes: poner/quitar la mesa, etc.
  - Cuidado de huerta.
- Programa de terapia funcional:
  - Ejercicios activos de miembro superior e inferior (Cicloestática, tablas de potenciación de musculatura de miembros superiores).
  - Paseos progresivos diarios.
- Programa de terapia cognitiva.
- Programa de intervención familiar.
- Programa de habilidades sociales.

**Tabla 18. Caso clínico Lesión medular**

F. es un varón de 42 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Lesión Medular C6 derecho, C7 izquierdo Asia B, desde el 26/06/2009.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Movilidad de miembro superior reducida, falta de fuerza.
- No pinza con mano derecha y con izquierda lo hace con tenodesis, además de necesitar vendaje en ocho para conseguir flexión de interfalángicas.
- Equilibrio grado 4.
- No se pulsa de forma autónoma.

## ÁREAS OCUPACIONALES

- Dependiente en baño, sondajes, colocación de ropa interior, empapadores, transferencia a coche...
- Necesita ayuda de otra persona y/o producto de apoyo para transferencia a cama, subir piernas, poner pantalón, calzado, calcetines, movilidad en cama, movilidad en silla por exteriores o terreno irregular...
- Necesita adaptación o dispositivos de apoyo para escribir, uso del ordenador, alimentación, afeitarse, lavarse los dientes....
- Ayuda mínima para poner camiseta.

## ENTORNO

- F. vivía solo, tras sufrir el accidente que le ocasiona la lesión medular, decide que cuando acabe el periodo de rehabilitación se irá a vivir a casa de sus padres. La vivienda de estos es de dos plantas rodeada de un jardín. F. vivirá en la planta alta.
- La habitación en la que se instalará su dormitorio es amplia y tiene baño dentro, también espacioso, pero con bañera.
- En cuanto a su entorno social, cuenta con un buen apoyo de familiares, padres, hermanos y cuñados, y amigos, no tiene pareja.
- En lo laboral, no tiene pensamiento volver a trabajar, al menos por el momento.

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Conseguir la máxima independencia en las ABVD: Vestido (pantalón, zapatillas, calcetín, ropa interior) colocación de empapador, pañal, higiene personal, afeitado...
- Realizar las siguientes ABVD con la mínima ayuda posible: transferencia a cama, coche, subir piernas.
- Mejorar la funcionalidad de los miembros superiores y de las manos.
- Adaptación de la vivienda familiar donde Francisco va a vivir: acceso a la vivienda, acceso a la planta alta, adaptación de baño y dormitorio, adaptación de salón, cocina y zonas de paso.
- Buscar alternativas e independencia en actividades de ocio, uso de ordenar, escritura...
- Posibilitar, si él quisiera, la inserción laboral, al trabajo anterior o a otro que el pudiese desarrollar.
- Formar a sus familiares /cuidadores habituales en la realización del baño, uso de productos de apoyo necesarios (silla de ducha, grúa si fuese necesaria, cama articulada), técnicas de movilización.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de entrenamiento en AVD:
  - ABVD (transferencias, vestido y alimentación).
  - Actividades de ocio.
- Programa de terapia funcional (pinza con todos los dedos, agarre, movilidad de miembro superior, fuerza, control de tronco y mejora del equilibrio).
- Programa de asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo.
- Programa de adaptación del hogar.
- Programa de formación a cuidadores.

**Tabla 19. Caso clínico: Parálisis cerebral (Adolescencia)**

R. es un adolescente de 17 años de edad diagnosticado de Parálisis cerebral espástica.

## HABILIDADES DEL DESEMPEÑO

- Hipertonía
- Diplejia (afectación motora de miembros inferiores).
- Grado III de Funcionalidad:
  - Contracciones patológicas en los miembros.
  - Insuficiente respuesta antigravitatoria del eje del cuerpo.
  - Correcciones posturales por estimulaciones táctiles son muy incompletas.
  - La selectividad es limitada con poca amplitud, siendo difícil la función de locomoción de las piernas.
  - Gran dificultad en las funciones manuales de los brazos / manos.

## ÁREAS OCUPACIONALES

### ABVD

- Es autónomo para realizar transferencias.
- En el resto de actividades necesita ayuda.

### AIVD

- Dependiente total.

### Ocio y participación social

- Dependiente de su familia.

## ENTORNO

- El núcleo familiar de R. está compuesto por sus padres (nivel socio-cultural medio) y dos hermanos, un varón de 21 años (trabaja empleado empresa de Fontanería) y una hembra, de 13 años (estudiante). La familia reside en un municipio de 18.000 habitantes. El grado de sobreprotección que los miembros de la familia le ofrecen a R. es tal que, le ha forjado una personalidad totalmente dependiente y con demandas continuas de atención.
- R. acude de lunes a viernes, a un colegio de educación especial, en una localidad a 30 Km. de su domicilio (uso de vehículo comunitario adaptado). Se está tramitando su futuro ingreso en un recurso de Centro de Día para personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas que hay en su lugar de residencia, en las que contaría con los Servicios de Fisioterapia, Terapia ocupacional y Logopedia, entre otros (comedor y transporte).

## OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Favorecer el mayor grado de autonomía personal, tanto en habilidades manipulativas como en las de movilidad.
- Mejorar las habilidades sociales y conductas sociales adaptativas, minimizando su constante demanda de refuerzos (verbales y/o sociales).
- Retrasar o controlar el desarrollo de las deformidades de la columna y otros osteoarticulares, a través de higiene postural.
- Buscar y facilitar la participación de R. en iniciativas de ocio terapéutico.
- Asesorar y apoyar a la familia sobre el uso de dispositivos de apoyo, así como la modificación del entorno más cercano (adaptaciones ambientales).

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de terapia funcional.
- Programa de entrenamiento en AVD.
- Programa de habilidades sociales.
- Programa de formación a cuidadores.
- Programa de asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo.

## CONCLUSIONES

- 1.** Los datos disponibles sobre discapacidad en España en personas que residen en su domicilio muestran que un alto porcentaje (74 %) tiene dificultades para realizar sus actividades de la vida diaria de manera total o parcial, produciéndose restricciones en la funcionalidad, participación y desempeño ocupacional.
- 2.** La OMS y las diferentes legislaciones y acuerdos nacionales e internacionales reconocen la salud en términos de autonomía, funcionalidad, capacidad, participación en la comunidad y calidad de vida, poniendo el foco sobre la necesidad de prevenir la aparición de nuevas situaciones de dependencia y que las personas sean atendidas por los servicios de salud en su propio entorno durante el máximo tiempo posible.
- 3.** La terapia ocupacional es la profesión sanitaria regulada por la LOPS que se encarga de la evaluación e intervención en las actividades de la vida diaria; teniendo como objetivo principal dotar a las personas de la máxima autonomía posible para que puedan seguir participando en su domicilio y en la comunidad, mediante la prevención, habilitación y rehabilitación de su funcionalidad.
- 4.** La legislación española establece que el acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud se garantizará a todos los ciudadanos independientemente del lugar del territorio nacional, estando la terapia ocupacional incluida en la cartera de servicios de AP de salud de Andalucía, Aragón y Cataluña.
- 5.** La evidencia científica muestra la intervención de la terapia ocupacional en AP como una disciplina que mejora la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas en diferentes condiciones de salud y enfermedad.
- 6.** La evidencia científica muestra que la inclusión de la terapia ocupacional en la cartera de servicios de AP de salud produce un beneficio en términos de coste/eficacia en el sistema de salud de aquellos países donde se han desarrollado este tipo de estudios; estando incluida en la cartera de servicios de AP de países como Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos o Irlanda.
- 7.** Por todas estas razones, consideramos que la terapia ocupacional debe ser incluida en la cartera de servicios de AP del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional.

## Bibliografía

- AJOT (2014). Occupational therapy practice framework: Domain & Process. (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1), S1-S48.
- Aldaz, S. (2007). Tema 54. Rehabilitación en Atención Primaria. Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación. Los Equipos Móviles de Rehabilitación, Fisioterapia y Terapia Ocupacional en Domicilio. Terapia Ocupacional en Sala de Atención Primaria. Cartera de Servicios. Población diana. Criterios de inclusión y exclusión. Finalización del servicio. En: Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud. Volumen I. Sevilla: Editorial MAD.
- American Occupational Therapy Association (2016). Role of occupational therapy in assessing functional cognition. Recuperado de: <http://www.aota.org/Advocacy-Policy/Federal-Reg-Affairs/Resources/Role-OT-Assessing-Functional-Cognition.aspx>
- Association American Occupational Therapy (2014). Occupational therapy practice framework: domain and process (OTPF). Am J Occup Ther; 68:S1-S48.
- American Occupational Therapy Association (2013). AOTA Forum on Interprofessional Team-Based Care: A discussion about evolving primary care delivery models: Exploring contributions from occupational therapy. Recuperado de: <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Secure/Advocacy/Health-Care-Reform/forum-report.PDF>
- Atchison, B., & Nasser, S. (1989). Health promotion for babies and their parents: Starting a development enrichment clinic. Occupational Therapy in Health Care, 6(1), 17-27.
- Atwal, A.; Spiliotopoulou, G.; Plastow, N.; McIntyre, A.; McKay, E.A. (2012) Older adults' experiences of occupational therapy pre-discharge home visits: a systematic thematic synthesis of qualitative research. Br J Occup Ther ; 75: 118-127.
- Auerbach, E. S. (2001). The individual placement and support model vs. the menu approach to supported employment: Where does occupational therapy fit in?

Occupational Therapy in Mental Health, 17: 1-19.

Bendstrup, K. E.; Ingemann Jensen, J.; Holm, S.; & Bengtsson, B. (1997). Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. *European Respiratory Journal*, 10: 2801-2806.

Bogner, H.R.; Straton, J.B.; Gallo, J.J.; et al. (2004). The role of physicians in assessing older drivers: Barriers, opportunities. Strategies. *J Am Board Fam Pract*; 17:38-43.

Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2002). Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2002/52/1>

Boletín Oficial del Estado (2003). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2003). Ley 51/2003, de 02 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-22066-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2006). Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2008). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de

diciembre de 2006. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-6963-consolidado.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2009). Orden CIN/729/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional. <https://www.boe.es/boe/dias/2009/03/26/pdfs/BOE-A-2009-5036.pdf>

Boletín Oficial del Estado (2014). Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

Brown, S.; Craddock, D.; Greenyer, C.H. (2012). Medical patients' experiences of inreach occupational therapy: continuity between hospital and home. *Br J Occup Ther.*; 75(7): 330-336.

Bullock, A.; Bannigan, K.; (2011). Effectiveness of activity based group work in community mental health: a systematic review. *Am J Occup Ther*; 65(3):257-66.

Burke, J.P.; Clark, F.C.; Hamilton-Dodd, C.; & Kawamoto, T. (1987). Maternal role preparation: A program using sensory integration, infant-mother attachment, and occupational behaviour perspectives. *Occupational Therapy in Health Care*; 4(2): 9-21.

Cameron, D. (2002). Occupational therapy in action: Using the CO-OP program. *Occupational Therapy Now*, 4(5): 6-7.

Canadian Association of Occupational Therapists. (2000). Position statement on primary health care. Recuperado de: <http://www.caot.ca/default.asp?ChangeID=188&pageID=188>

Canadian Institute for Health Information. (2003). Health care in Canada. Ottawa, ON: Author.

Case-Smith, J. (1997). Clinical interpretation of "The efficacy of an early prevention program facilitate by occupational therapists: A follow-up study". *American Journal of Occupational Therapy*; 51: 252-255.

- Chiu, T.; & Tickle-Degnen, L. (2002). Evidence-based practice forum. Learning from evidence: service outcomes and client satisfaction with occupational therapy home-based services. *American Journal of Occupational Therapy*; 56:217-220.
- Clark, F.; Jackson, J.; Carlson, M.; Chou, C.P.; Cherry, B.J.; Jordan-Marsh, M. et al. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*; 66 (11): 782-790.
- Comisión Europea (2008). Documento: Atención a largo plazo en la Unión Europea. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las CCEE.
- Coninck, L.D.; Bekkering, G.E.; Bouckaert, L.; Declercq, A.; Graff, M.J.L.; Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*; 65: 1863–1869.
- Consejería de Salud y Bienestar Social (2008). Orden de 25-11-2008, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional. Recuperado de: <https://elautoclave.files.wordpress.com/2018/07/orden-25-11-08-centros-toc.pdf>
- Consejo de Europa (1998). Recomendaciones del Comité de Ministros relativa a la dependencia.
- Dahl-Popolizio, S.; Manson, L.; Muir, S.; Rogers, O. (2016) Enhancing the value of integrated primary care: The role of occupational therapy. *Fam Syst Health*; 34(3): 270-80. doi: 10.1037/fsh0000208. Epub 2016 Jul 21.
- Devereaux, E. B.; & Walker, R. B. (1995). The role of occupational therapy in primary health care. *American Journal of Occupational Therapy*; 49: 391–396. <https://doi.org/10.5014/ajot.49.5.391>
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Coordinación de Salud (2003). Guía para el desarrollo de la terapia ocupacional en atención primaria de salud. Plan 2003-2004. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

- Donnelly, C.; Brenchley, C.; Crawford, C.; & Letts, L. (2013). The integration of occupational therapy into primary care: A multiple case study design. *BMC Family Practice*; 14: 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-60>
- Dubouloz, C.; Chevrier, J.; & Savoie-Zajc, L. (2001). Transformation learning among persons with cardiac problems to achieve a balance of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 68: 171-185.
- Fieldhouse, J. (2012) Community participation and recovery for mental health service users: an action research inquiry. *British Journal of Occupational Therapy*; 75(9): 419–428.
- Franché, R.L.; Cullen, K.; Clarke, J.; MacEachen, E.; Frank, J.; Sinclair, S.; et al. (2004). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative and qualitative literature. Toronto: ON. Institute for Work & Health.
- Foto, M. (1996). Generalist versus specialist occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*; 50: 771–774. <https://doi.org/10.5014/ajot.50.10.771>
- Garvey, J.; Connolly, D.; Boland, F.; & Smith, S.M. (2015). OPTIMAL, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Family Practice*; 16: 59. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0267-0>
- Gobierno de Aragón (2018). Cartera de Servicios Sanitarios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón. Recuperado de: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OfertaServicios/CARTERA+ATENCION+PRIMARIA.PDF>
- Hall, W.; Carter, A.; & Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105–110. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00126-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00126-6)

- Halle, A.D.; Mroz, T.M.; Fogelberg, D.J.; Leland, N.E. (2018). Occupational Therapy and Primary Care: Updates and Trends. *Am J Occup Ther*; 72(3): 7203090010p1-7203090010p6. doi: 10.5014/ajot.2018.723001.
- Hammond, A.; & Freeman, K. (2004). The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*; 18: 520.
- Hammond, A.; Young, A.; & Kidao, R. (2004). A randomised controlled trial of occupational therapy for people with early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*; 63: 23-30.
- Hand, C.; Law, M.; & McColl, M. A. (2011). Occupational therapy interventions for chronic diseases: A scoping review. *American Journal of Occupational Therapy*; 65: 428–436. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.002071>
- Hanrahan, R.; Layde, P.; Zhu, S. et al. (2009). The association of driver age with traffic injury severity in Wisconsin. *Traffic Inj Prev*; 10: 361–367.
- Health Service Executive (2018). Occupational Therapy. Recuperado de: <https://www.hse.ie/eng/services/list/2/primarycare/pcteams/dublinsouthpcts/dunlaoghaireglasthulepct/ot.html>
- Herzberg, G.; & Finlayson, M. (2001). Development of occupational therapy in a homeless shelter. *Occupational Therapy in Health Care*; 13: 133-147.
- Hooper, L.; Delosh, A.; Parsons, H.; & Trudeau, S. (2017). The emergence of primary health care and the key role for occupational therapy. Short course presented at the AOTA Annual Conference & Expo, Philadelphia.
- Ikiugu, M.N.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maassen, A.; Van Peurse, K. (2017). Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: a meta-analysis. *American Journal of Occupational Therapy*; 71(5): 1-9.
- Jacobs, M.; Hart, E.P.; Roos, R.A.C. (2017). Driving with a neurodegenerative disorder: an overview of the current literature. *J Neurol*; 264(8): 1678-1696. doi: 10.1007/s00415-017-8489-9.

- Johal, H. (2002). Primary care: Early identification of DCD. *Occupational Therapy Now*; 4(5): 7-8.
- Jutkowitz, E.; Gitlin, L.M.; Pizzi, L.T.; Lee, E.; Dennis, M.P. (2012). Cost Effectiveness of a Home-Based Intervention That Helps Functionally Vulnerable Older Adults Age in Place at Home. *J Aging Res*; 2012(11): 1-6.
- Karia, P.; Davis, J.; Kerby, A.; Gonzalez, A.; Smith, C.; Mezher, R. (2016). Importance of addressing driving with older adults in primary care and the role of occupational therapy. *Journal of the American Geriatrics Society*; 64(9).
- Kilian, C.; Fisher, G.; Muir, S. (2015). Primary care: a new context for the scholarship of practice model. *Occupational Therapy In Health Care*; 29(4): 383-396.
- Koppel, S.; Charlton, J.L.; Langford, J.; Di Stefano, M.; MacDonald, W.; Vlahodimitrakou, Z.; et al. (2016). Driving Task: How Older Drivers' On-Road Driving Performance Relates to Abilities, Perceptions, and Restrictions. *Can J Aging*; 35 Suppl 1:15-31. doi: 10.1017/S0714980816000015.
- Kuo, L.M.; Huang, H.L.; Liang, J.; Kwok, Y.T.; Hsu, W.C.; Su, P.L.; Shyu, Y.L. (2017). A randomized controlled trial of a home-based training programme to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *J Adv Nurs*; 73(3): 585-598. doi: 10.1111/jan.13157
- Legault, E.; & Rebeiro, K.L. (2001). Case report. Occupation as means to mental health: A single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*; 55: 90-96.
- Leland, N.E.; Fogelberg, D.J.; Halle, A.D.; Mroz, T.M. (2017). Occupational Therapy and Management of Multiple Chronic Conditions in the Context of Health Care Reform. *The American Journal of Occupational Therapy*; 71(1): 7101090010p1-p6
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*; 4: 24. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00024>
- Lorenzi, C.M.; Cilione, C.; Rizzardi, R.; Furino, V.; Bellantone, T.; Lugli, D.; et al. (2004). Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. *Respiration*; 71: 246-251.

- Malet-Larrea, A.; Goyenechea, E.; García- Cárdenas, V.; Calvo, B.; Arteché, J.M.; Aranegui, P.; Benrimoj, S.I. (2016). The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/bcp.13012>
- Marshall, C.A.; Lysaght, R.; Krupa, T. (2018). Occupational transition in the process of becoming housed following chronic homelessness: La transition occupationnelle liée au processus d'obtention d'un logement à la suite d'une itinérance chronique. *Can J Occup Ther*;85(1): 33-45. doi: 10.1177/0008417417723351.
- Martinez Piedrola, R.M.; Perez de Heredia Torres, M.; & Miangolarra Page, J.C. (2002). Terapia ocupacional en los programas de rehabilitación cardíaca. *Rehabilitación (Madr)*; 36: 227-234.
- Maritz, C.A.; & Kohler, K. (2001). Using education as an intervention for the community-dwelling frail elderly to minimize the complications of diabetes mellitus [Abstract]. *Journal of Geriatric Physical Therapy*; 24 (3): 24-25.
- Mee, J.; & Sumsion, T. (2001). Mental health clients confirm the motivating power of occupation. *British Journal of Occupational Therapy*; 64: 121-128.
- Metzler, C.A.; Hartmann, K.D.; & Lowenthal, L.A. (2012). Defining primary care: Envisioning the roles of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*; 66: 266–270. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.663001>
- Ministerio de Sanidad, Política Social y e Igualdad (2012). Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020. Recuperado de: [https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_espanola\\_discapacidad\\_2012\\_2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf)
- Moll, S.E.; Gewurtz, R.E.; Krupa, T.M.; Law, M.C.; Larivière, N.; Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well": a Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 82(1): 9-23.
- Moore, K. (2013). Wellness navigator: An innovative role in primary health care for occupational therapists. *OT Now*; 15: 20–21.

- Mroz, T. M.; Pitonyak, J. S.; Fogelberg, D.; Leland, N. E. (2015). Client centeredness and health reform: Key issues for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*; 69: 6905090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015/695001>
- Murphy, A.D.; Griffith, V.M.; Mroz, T.M.; Jirikowic, T.L. (2017). Primary Care for Underserved Populations: Navigating Policy to Incorporate Occupational Therapy Into Federally Qualified Health Centers. *Am J Occup Ther*; 71(2): 7102090010p1-7102090010p5. doi: 10.5014/ajot.2017.712001.
- Nagayama, H.; Tomori, K.; Ohno, K.; Takahashi, K.; Yamauchi, K. (2016). Cost-effectiveness of Occupational Therapy in Older People: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Occup Ther Int*; 23(2): 103-120.
- Northey, A.; Barnett, F. (2012). Physical health parameters: comparison of people with severe mental illness with the general population. *Br J Occup Ther*; 75(2): 100-105.
- Oka, M.; Otsuka, K.; Yokoyama, N.; Mintz, J.; Hoshino, K.; Niwa, S. et al. (2004). An evaluation of a hybrid occupational therapy and supported employment program in Japan for persons with schizophrenia. *Am J Occup Ther*; 58: 466-475.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Recuperado de: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/es/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. Recuperado de: [https://www.who.int/topics/human\\_rights/Instrument\\_derechos\\_OMS\\_spa.pdf](https://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf)
- Parush, S. & Hahn-Markowitz, J. (1997). The efficacy of an early prevention program facility by occupational therapists: A follow-up study. *Am J Occup Ther*; 51: 247-251.

- Pettersson, B.; Wiklund, M.; Janols, R.; Lindgren, H.; Lundin-Olsson, L.; Skelton D. A.; Sandlund, M. (2019). Managing pieces of a personal puzzle' - Older people's experiences of self-management falls prevention exercise guided by a digital program or a booklet. *BMC Geriatr*; 19(1):43. doi: 10.1186/s12877-019-1063-9.
- Pighills, A.; Tynan, A.; Furness, L.; Rawle, M (2019). Occupational therapist led environmental assessment and modification to prevent falls: Review of current practice in an Australian rural health service. *Aust Occup Ther J*; doi: 10.1111/1440-1630.12560.
- Reitz, S.M. (1999). Cardiac rehabilitation: An opportunity for promoting wellness. *Phys Disab S Int Sect Quart*, 22: 1-4.
- Richardson, J.; Letts, L.; Chan, D.; Officer, A.; Wojkowski, S.; Oliver, D.; Kinzie, S. (2012). Monitoring physical functioning as the sixth vital sign: Evaluating patient and practice engagement in chronic illness care in a primary care setting—A quasi-experimental design. *BMC Fam Pract*; 13-29. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-29>
- Richardson, J.; Loyola-Sanchez, A.; Sinclair, S.; Harris, J.; Letts, L.; MacIntyre, N. J.; Martin Ginis, K. (2014). Self-management interventions for chronic disease: A systematic scoping review. *Clinic Rehab*; 28: 1067–1077. <https://doi.org/10.1177/0269215514532478>
- Roberts, P.; Amini, D.; Farmer, M.; Lamb, A.; Muir, S.; & Siebert, C. (2014). Occupational therapy in primary care; Recuperado de: <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Publications/Primary-Care-Position-Paper.PDF>
- Roberts, P.; Farmer, M.E.; Lamb, A.J.; Muir, S.; & Siebert, C. (2014). The role of occupational therapy in primary care. *Am J Occup Ther*; 68(3): 25–33. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.686S06>
- Robinson, M.; Fisher, T.F.; & Broussard, K. (2016). Role of occupational therapy in case management and care coordination for clients with complex conditions. *Am J Occup Ther*; 70. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.70200>

- Ryba, J. (2015). Training, research, and education for driving safety (TREDS) [on-line]. Available at <http://treds.ucsd.edu/old>
- Rogers, A.T.; Bai, G.; Lavin, R.A.; & Anderson, G.F. (2016). Higher hospital spending on occupational therapy is associated with lower readmission rates. *Med Care Res Rev*; 74: 668–686. [https:// doi.org/10.1177/1077558716666981](https://doi.org/10.1177/1077558716666981)
- Sanders, M.J.; & Van Oss, T. (2013). Using daily routines to promote medication adherence in older adults. *American J Occup Ther*; 67: 91–99. [https:// doi.org/10.5014/ajot.2013.005033](https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005033)
- Satel, S.; & Lilienfeld, S.O. (2014). Addiction and the brain-disease fallacy. *Front Psych*; 4: 141. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00141>
- Scaletti, R. (1999). A community development role for occupational therapists working with children, adolescents and their families: A mental health perspective. *Austr Occup Ther J*; 46: 43-51.
- Sebastián Herranz, M.; Valle Gallego, I.; Vigara Cerrato, A. (2012). Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: productos de apoyo para la autonomía personal. IMSERSO: Madrid
- Servicio Andaluz de Salud (2017). Consejería de Salud y familias. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Recuperado de: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_cartera\\_IV\\_2\\_2](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cartera_IV_2_2)
- Shordike, A.; & Howell, D. (2001). The reindeer of hope: An occupational therapy program in a homeless shelter. *Occup Ther Health Care*; 15: 57-68.
- Siemens, B.L. (2004). Profile of Community Therapy Services Inc. clients receiving occupational therapy and physiotherapy through the Winnipeg Regional Health Authority Home Care Program. Unpublished master's thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada.
- Stark, S.; Landsbaum. A.; Palmer, J. L.; Somerville, E. K.; Morris J. C. (2009) Client-centred home modifications improve daily activity performance of older adults. *Can J Occup Ther*; 76: 235-245.

- Taylor, R.R. (2004). Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: Findings from a randomized clinical trial. *Am J Occup Ther*, 58: 35–43. <https://doi.org/10.5014/ajot.58.1.35>
- Tolley, L.; & Atwal, A. (2003). Determining the effectiveness of a falls prevention programme to enhance quality of life: An occupational therapy perspective. *Br J of Occup Ther*; 66: 269-276.
- Trysenaar, J.; Jones, E.J.; & Lee, D. (1999). Occupational performance needs of a shelter population. *Can J Occup Ther*; 66: 188-196.
- Tucker, P.; Vanderloo, L.M.; Irwin J. D.; Mandich, A.D.; Bossers, A.M. (2014) Exploring the nexus between health promotion and occupational therapy: synergies and similarities. *Can J Occup Ther*, 81(3): 183-193.
- Unswort, C.A.; Russell, K.; Lovell, R.; Woodward, M; Browne, M. (2019). Effect of Navigation Problems, Assessment Location, and a Practice Test on Driving Assessment Performance for People with Alzheimer's Disease. *J Alzh Dis.*, 67(3):1035-1043. doi: 10.3233/JAD-181069.
- Volkow, N.D.; & Baler, R.D. (2014). Addiction science: Uncovering neurobiological complexity. *Neuropharmacol*, 76: 235–249. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.05.007>
- WFOT (2002). Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. WFOT. Recuperado de: [www.wfot.org](http://www.wfot.org)

## **AUTORAS DEL DOCUMENTO TÉCNICO** **“TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA:** **DOTANDO DE FUNCIONALIDAD A LA VIDA DE LAS PERSONAS”**

El documento técnico “**Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas**” surge de la colaboración de la Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO) con Colegios y Asociaciones Profesionales de Terapia ocupacional, cuyas guías, documentos y aportaciones han sido recopiladas e integradas en el presente documento técnico y que se nombran a continuación:

### **Asociación Profesional Andaluza de Terapeutas Ocupacionales (APATO).**

En el presente documento técnico se encuentra integrado el documento “*Propuestas de mejora de APATO para el avance en la renovación de la AP desde la perspectiva de los cuidados*”:

#### Autoras:

María Ángeles Domingo Sanz.

Jaione Ignacio de Jesús.

Con la colaboración y aportaciones de terapeutas ocupacionales de Equipos móviles de Rehabilitación del Servicio Andaluz de Salud.

### **Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla La Mancha (COFTO-CLM).**

En el presente documento técnico se encuentra integrada la “*Guía De Terapia ocupacional en Atención Primaria: Promoción de la Salud y Prevención de la Dependencia*”.

#### Autoras:

Ana Isabel Corregidor Sánchez.

Sandra De La Cuadra Sánchez.

María Jesús Laguna Cañadilla.

Aranda Moreno González.

Inmaculada Fernández Padilla.

María Eugenia San Félix Santiago.

Montserrat Huete Valencia.

## **Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC).**

En el presente documento técnico se encuentra integrado el documento "*Teràpia Ocupacional en l'Atenció Primària i Comunitaria: Contextualització i propostes d'intervenció*" / "*Terapia ocupacional en la Atención Primaria y Comunitaria: Contextualización y propuestas de intervención*". Depósito legal: 10235-2017.

### Autoras:

Silvia Callejas.

Estela Medina.

Marta Gutiérrez.

Catalina Comas.

Estefanía Montiel.

Jennifer Gallego.

Patricia Martínez.

Manuela Yerbes.

Marta Iglesias.

Roser Massana.

Coordinado por Jennifer Gallego.

Con la colaboración de: Mieke Gerritsma, Teresa Elorduy Hernández-Vaquero, Carme Olivera Noguerola y Laia García Sabanay.

## **Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra (COTONA-NALTE).**

En el presente documento técnico se encuentra integrado el documento "*Terapia ocupacional en Geriatría: Atención Primaria y hospitalaria*". ISBN 978-84-09-02466-7.

### Autoras:

Mercedes Zapata.

Olaya Irene Maeztu.

## **Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO).**

Recopilación e integración de documentos autonómicos y colaboración en la autoría del presente documento técnico "*Terapia Ocupacional en Atención Primaria: dotando de funcionalidad a la vida de las personas*".

### Autoras:

Jorge Pérez Corrales.

Elisabet Huertas Hoyas.

Cristina García Bravo.

Con la colaboración de: Marta Pérez de Heredia Torres.

## **Asociaciones y Colegios Profesionales de Terapia Ocupacional colaboradores:**

Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Aragón (COPTOA).

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias (APTOCA).



Sociedad Científica de Terapia Ocupacional  
(SOCINTO)