

MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL: *Dominio y Proceso* 2^{da} Edición

Adaptación al español del documento:

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.

Traducción al español autorizada por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2009.

Traducción y Adaptación al español:

Entre meses de Abril a Septiembre de 2010

Coordinación:

Rosa Mercado Padín y Alicia Ramírez Ríos, terapeutas ocupacionales, Puerto Rico.

Colaboración:

Adriana Ávila Álvarez, Rosa Martínez Piédrola, Rosa Matilla Mora, Nuria Máximo Bocanegra, Betsabé Méndez Méndez, Miguel Ángel Talavera Valverde, Natalia Rivas Quarneti e Inés Viana Moldes.

Maquetación:

Miguel Ángel Talavera Valverde

Publicación y Divulgación:

España: www.terapia-ocupacional.com

Puerto Rico: www.atopr-online.org

Como citar el documento en formato Vancouver

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

Colabora Revista TOG www.revistatog.com



Introducción	2
Dominio de Terapia Ocupacional	3
Visión	3
Apoyar la Salud y la Participación en la Vida mediante el compromiso con la Ocupación	5
Áreas de Ocupación	8
Características del Cliente	13
Demandas de la Actividad	19
Destrezas de Ejecución	21
Patrones de Ejecución	25
Contexto y Entorno	28
Proceso de Terapia Ocupacional	31
Visión	31
Evaluación	35
Intervención	40
Resultados	49
Perspectivas Históricas y Futuras del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional	55
Agradecimientos	61
Tablas y Figuras	
Tabla 1. Áreas de Ocupación	10
Tabla 2. Características del Cliente	15
Tabla 3. Demandas de la Actividad	20
Tabla 4. Destrezas de Ejecución	23
Tabla 5A. Patrones de Ejecución – Persona	26
Tabla 5B. Patrones de Ejecución – Organización	27
Tabla 5C. Patrones de Ejecución – Población	28
Tabla 6. Contexto y Entorno	30
Tabla 7. Proceso de Terapia Ocupacional	34
Tabla 8. Tipos de Intervención	42
Tabla 9. Enfoques de Intervención	45
Tabla 10. Tipos de Resultados	51
Tabla 11. Resumen Revisiones Significativas del Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional	57
Figura 1. Dominio de Terapia Ocupacional	4
Figura 2. Proceso de Terapia Ocupacional	4
Figura 3. Terapia Ocupacional	4
Figura 4. Aspectos del Dominio de Terapia Ocupacional	6
Figura 5. Proceso de la Prestación de Servicios	32
Glosario	62
Referencias	73
Bibliografía	82
Autores	85

MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL¹: *Dominio y Proceso*

2^{da} Edición

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: 2^{nda}. Edición (*Marco de Trabajo–II*) es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). Dirigido a la audiencia interna y externa, es un documento que presenta un resumen de trabajos interrelacionados que definen y guían la práctica profesional de la **terapia ocupacional**². El *Marco de Trabajo* fue desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la **salud**, y la **participación** de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un **compromiso** con la **ocupación**. No es una taxonomía, una teoría o, modelo de terapia ocupacional y, por lo tanto, debe ser usado en conjunto con el conocimiento y la evidencia relevantes para la ocupación y la terapia ocupacional. Las revisiones incluidas en esta segunda edición tienen el propósito de redefinir el documento e incluir un lenguaje y conceptos relevantes para la práctica actual y emergente de la terapia ocupacional.

Implícitamente dentro de este resumen están las creencias centrales de la profesión en una relación positiva entre la ocupación y la salud, y su visión de las

personas como seres ocupacionales “Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar **independencia** o **interdependencia**, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar” (Wilcock y Townsend, 2008, p. 198). Este es el objetivo de la Terapia Ocupacional.

1 Derechos de Autor © 2008, por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Cuando se cite el documento original la referencia en Vancouver es: American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.

2 Muchos de los términos que aparecen en negrita se definen en el glosario.

Los clientes pueden ser categorizados de la siguiente manera.

- **Personas**, incluye familias, cuidadores, profesores, empleadores y otros;
- **Organizaciones**, como negocios, industrias o agencias, y;
- **Poblaciones** dentro de una comunidad, como refugiados, militares excombatientes, personas sin hogar y personas con enfermedades crónicas en condiciones de incapacidad (Moyers y Dale, 2007).

El Marco de Trabajo está dividido en dos secciones principales: (1) el **dominio**, el cual resume el alcance de la profesión y las áreas en las cuales sus miembros tienen establecidos un cuerpo de conocimiento y de experiencia (ver Figura 1), y (2)

“El Marco de Trabajo fue desarrollado para plantear la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones mediante un compromiso con la ocupación.”

el **proceso** dinámico centrado en el cliente y la ocupación utilizado en la prestación de los servicios de terapia ocupacional (ver Figura 2). El dominio y proceso de terapia ocupacional dirige a los profesionales de terapia ocupacional³, a enfocarse en el desempeño en las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica del cliente, el contexto y el ambiente, y las ocupaciones del cliente (Christiansen y Baum, 1997; Christiansen, Baum, y Bass-Hagen, 2005; Ley, Baum, y Dunn, 2005). Aunque el dominio y el proceso son descritos por separado,

en actualidad, éstos están íntimamente interconectados en una relación transaccional (ver Figura 3).

Muchos materiales, incluyendo un apéndice, un glosario, referencias y una bibliografía se suministran al final del documento. Aunque el *Marco de Trabajo* incluye un glosario de términos definidos, no contiene una lista exhaustiva o uniforme de los términos usados en la profesión, ni todas las definiciones de esos términos discutidas en la literatura.

Dominio de Terapia Ocupacional

Visión

Esta edición del *Marco de Trabajo* comienza con una descripción del dominio de la profesión de terapia ocupacional. La declaración general – **apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación** – describe el dominio en su máximo sentido.

² Cuando se utiliza el término profesionales de terapia ocupacional en este documento, se refiere a los terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional (AOTA, 2006).

Dentro de esta diversa profesión, la contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento, y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación. La Figura 4 identifica los aspectos del dominio e ilustran la dinámica de interrelación entre ellos. Todos los aspectos del dominio son de igual valor, y juntos interactúan para influenciar el compromiso del cliente con la ocupación, participación y la salud.



Figura 1. Dominio de la Terapia Ocupacional. Apoyando la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación.



Figura 2. Dominio de la Terapia Ocupacional. La colaboración entre el profesional y el cliente es fundamental para la naturaleza interactiva de la prestación de servicios.

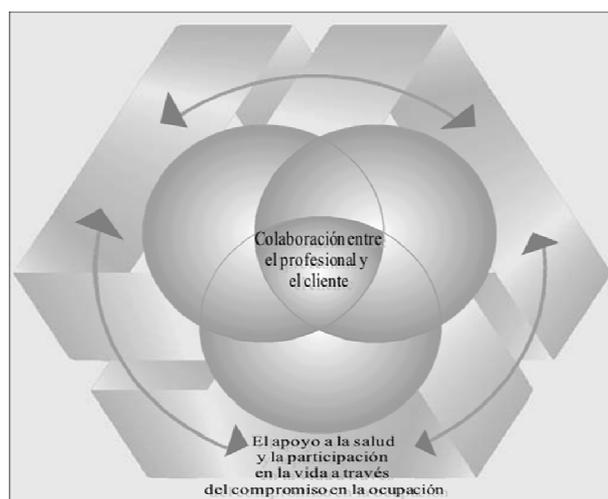


Figura 3. Terapia Ocupacional. El dominio y el proceso están íntimamente relacionados.

Nota: Möbius en las figuras 1 y 3, diseñados originalmente por Mark Dow. Usado con permiso.

Dentro de esta diversa profesión, la contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento, y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación.

La Figura 4 identifica los aspectos del dominio e ilustran la dinámica de interrelación entre ellos. Todos los aspectos del dominio son de igual valor, y juntos interactúan para influenciar el compromiso del cliente con la ocupación, participación y la salud.

Los terapeutas ocupacionales están formados para evaluar los aspectos del dominio de la terapia ocupacional y sus relaciones **transaccionales**. Los terapeutas ocupacionales y asistentes de terapia ocupacional están educados acerca de los aspectos del dominio de la terapia ocupacional y de cómo aplicar este conocimiento en el proceso de intervención en su labor para apoyar la salud y la participación de sus clientes.

Los terapeutas ocupacionales son responsables de todos los aspectos del servicio de terapia ocupacional y de la seguridad y la efectividad de ese proceso de brindar el servicio. Los asistentes de terapia ocupacional brindan el servicio de terapia ocupacional bajo la supervisión de y en colaboración con un terapeuta ocupacional (AOTA, 2004b).

“Todos los aspectos del dominio son de igual valor, y juntos interactúan para influenciar en el compromiso del cliente con la ocupación, participación y la salud”.

La discusión que sigue brinda una breve explicación de cada aspecto identificado en la Figura 4. Las tablas incluidas a lo largo de todo el documento suministran una lista completa y una definición de términos.

Apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación

La profesión de terapia ocupacional usa el término de ocupación para capturar la esencia y significado de “**actividad** diaria”. La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar. Los profesionales de la terapia ocupacional creen que las ocupaciones son multidimensionales y complejas.

El compromiso con la ocupación como el foco de la intervención de la terapia ocupacional incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológica) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño. Los terapeutas

ocupacionales comprenden el compromiso de esta dual y holística perspectiva y dirigen o manejan todos los aspectos del desempeño cuando realizan la intervención.

ÁREAS DE OCUPACIÓN	CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE	DESTREZAS DE EJECUCIÓN	PATRONES DE EJECUCIÓN	CONTEXTOS Y ENTORNOS	DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de la Vida Diaria (AVD)* • Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD) • Descanso y Sueño • Educación • Trabajo • Juego • Ocio/Tiempo Libre • Participación Social <p><i>*También conocida como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) o Actividades Personales de la Vida Diaria (APVD)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valores, creencias y espiritualidad • Funciones del cuerpo • Estructuras del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas Sensoriales • Perceptuales • Destrezas motoras y praxis • Destrezas de Regulación Emocional • Destrezas Cognitivas • Destrezas de comunicación y sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos • Rutinas • Roles • Rituales 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultural • Personal • Físico • Social • Temporal • Virtual 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos utilizados y sus propiedades • Demandas de espacio • Demandas sociales • Secuencia y tiempo • Acciones requeridas • Funciones del cuerpo requeridas • Estructuras del cuerpo requeridas

Figura 4. Aspectos del dominio de la Terapia Ocupacional

Todos los aspectos del dominio interactúan para apoyar el compromiso, la participación, y la salud. Esta figura no implica una jerarquía.

La ciencia ocupacional, es una disciplina dedicada a la ocupación, informa la práctica de la terapia ocupacional expandiendo el entendimiento de la ocupación (Zemke y Clark, 1996). Las ocupaciones están centradas en la identidad del cliente (persona, organización, población) y en su sentido de competencia y tiene un significado particular y un valor para el cliente.

Éstas influyen en cómo el cliente pasa el tiempo tomando decisiones. En la literatura se pueden encontrar muchas definiciones de ocupación que añaden un sentido a este concepto. La ocupación ha sido definida como:

- “Dirigida a un objetivo que se persigue en el tiempo, tiene significado para la acción e incluye múltiples tareas” (Christiansen et al., 2005, p. 548).
- “Actividades diarias que reflejan valores culturales provee estructura de vida, y significado a los individuos; esas actividades se relacionan con las necesidades humanas de auto-cuidado, disfrute, y participación en la sociedad” (Crepeau, Cohn, y Schell, 2003, p. 1031).
- “Actividades en las que la gente se compromete en la vida diaria para ocupar el tiempo y darle un sentido a la vida. Las ocupaciones incluyen habilidades y

destrezas mentales, y puede o no tener dimensiones físicas observables.” (Hinojosa y Kramer, 1997, p. 865).

- Actividades de la vida diaria, nombradas, organizadas y dadas por un valor y significado por los individuos y la cultura. La ocupación es todo lo que la gente hace para ocuparse incluyendo mirar más allá de ellos..., disfrutar de la vida...y contribuir al sostén económico y social de sus comunidades” (Law, Polatajko, Baptiste, y Townsend, 1997, p. 32).
- “Una relación dinámica entre una forma ocupacional, una persona con una estructura de desarrollo única, propósitos y sentidos subjetivos y el desempeño ocupacional resultante” (Nelson y Jepson-Thomas, 2003, p. 90).
- “El hacer de las actividades diarias que pueden ser nombradas en el léxico de la cultura” (Zemke y Clark, 1996, p. vii)

A veces los profesionales de terapia ocupacional utilizan los términos *ocupación* y *actividad* indistintamente para describir la participación en los propósitos de la vida diaria. Algunos estudiosos han propuesto que los dos términos son diferentes (Christiansen y Townsend, 2004; Hinojosa y Kramer, 1997; Pierce, 2001; Reed, 2005) en el *Marco de Trabajo* el término ocupación abarca la actividad.

El compromiso ocupacional ocurre individualmente o con otros. Un cliente puede ser considerado independiente cuando realiza o dirige las acciones necesarias para participar, independientemente de la cantidad o tipo de asistencia deseada o requerida.

En contraste con la estricta definición de independencia, los profesionales de terapia ocupacional consideran a un cliente como independiente si el cliente realiza las actividades por sí mismo, realiza las actividades en un ambiente modificado o adaptado, hace uso de dispositivos o estrategias alternativas, o supervisa la actividad completadas por otros (AOTA, 2002a). Por ejemplo, las personas con una lesión de la médula espinal pueden dirigir a un asistente de cuidado personal para ayudar con sus actividades de la vida diaria (AVD), lo que demuestra la independencia en este aspecto esencial de sus vidas.

Las ocupaciones a menudo son compartidas. Las que incluyen dos o más individuos pueden ser clasificadas como **co-ocupación** (Zemke y Clark, 1996). Dar cuidados o cuidar es una co-ocupación que incluye la participación activa por parte de quien ofrece el cuidado y quien recibe el cuidado. Por ejemplo, la co-ocupación requerida durante la maternidad tales como dar de comer y alimentar, cuidar pueden involucrar a los padres, a la pareja, al niño y a otras personas significativas (Olsen, 2004).

Las actividades intrínsecas de esta interacción social son recíprocas, interactivas, y “co-ocupaciones” establecidas (Dunlea, 1996; Esdaile y Olson, 2004). Los

clientes también pueden realizar varias ocupaciones simultáneamente que pueden ser en conjunto como cuando un cuidador ayuda con el trabajo en el domicilio, paga las facturas y prepara la comida. La consideración de la co-ocupación brinda una visión integrada del compromiso del cliente en relación a otros dentro de un contexto.

Los profesionales de terapia ocupacional reconocen que la salud es alcanzada y mantenida cuando los clientes son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que permiten la participación deseada o necesaria en el domicilio, la escuela, el centro de trabajo y la vida de la comunidad.

Así, los profesionales de terapia ocupacional están comprometidos no sólo con la ocupación sino también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible el compromiso del cliente y la participación en ocupaciones positivas que promueven la salud (Wilcock y Townsend, 2008).

En el año 2003, Townsend aplicó el concepto de **justicia social** al foco de la terapia ocupacional e ideó el término de *justicia ocupacional* para describir el compromiso de la profesión con la ética, moral, y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida de la comunidad. *La justicia ocupacional* asegura que a los clientes se les brinde la oportunidad para una total participación en esas ocupaciones en las cuales ellos optan por comprometerse (Christiansen y Townsend, 2004, p. 278).

Los profesionales de terapia ocupacional interesados en la justicia ocupacional reconocen y trabajan para apoyar las políticas sociales, acciones y leyes, que permiten a la gente comprometerse en ocupaciones que aportan propósito y significado en sus vidas.

El foco de la terapia ocupacional con el compromiso con las ocupaciones y la justicia ocupacional, complementa la perspectiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS, en su esfuerzo para expandir el conocimiento de los efectos, de la enfermedad y la discapacidad en la salud, ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida, causadas por barreras ambientales, así como por problemas que existen con estructuras corporales y funciones corporales (OMS, 2001).

Como miembros de una comunidad global, los profesionales de terapia ocupacional abogan por el bienestar de todas las personas, grupos, y poblaciones con el compromiso de inclusión y no discriminación (AOTA, 2004c).

Áreas de Ocupación

Cuando los profesionales de terapia ocupacional trabajan con clientes, ellos consideran los variados tipos de ocupaciones en los cuales los clientes se pueden involucrar.

La gran cantidad de actividades u ocupaciones está ordenada en categorías llamadas **“áreas de ocupación”** – **actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social** (ver tabla 1).

Las diferencias individuales en la manera en que los clientes ven sus ocupaciones reflejan la complejidad y la multidimensionalidad de cada ocupación. La perspectiva del cliente de cómo una ocupación es categorizada varía dependiendo de las necesidades e intereses del cliente. Por ejemplo, una persona puede percibir lavar la ropa como un trabajo, mientras que otro puede considerarlo como una actividad instrumental de la vida diaria (AIVD).

Una población puede involucrarse en un concurso y ver su participación como un juego, mientras que otra población puede involucrarse en el mismo concurso y verlo como una ocupación educativa.

La manera en la cual los clientes priorizan la acción de involucrarse en las áreas de ocupación puede variar en diferentes momentos. Por ejemplo, una organización comunitaria de rehabilitación psiquiátrica puede tomar como prioridad el registro de los votos de los miembros durante una campaña presidencial y la preparación de la celebración de un período festivo.

La magnitud y la naturaleza del compromiso son tan importantes como el compromiso mismo; por ejemplo, trabajar en exceso sin prestar suficiente atención a otros aspectos de la vida como dormir o las relaciones ponen al cliente en riesgos para su salud (Hakansson, Dahlin-Ivanoff, y Sonn, 2006).

TABLA 1. ÁREAS DE OCUPACIÓN

Diversos tipos de actividades de la vida en los que las personas, poblaciones, o las organizaciones que participan, incluidas las AVD, AIVD, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

<ul style="list-style-type: none"> • <u>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</u> Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994, págs. 181-202). AVD También se refiere a las <i>actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</i> y las <i>actividades personales de la vida (APVD)</i>. “Estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (Christiansen y Hammecker, 2001, p. 156). • Bañarse, ducharse- Obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuaguarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera. • Cuidado del intestino y la vejiga- Incluye el completo control intencional de los movimientos del intestino y de la vejiga urinaria y, de ser necesario, utilizar equipos o agentes de control de la vejiga (Sistema Uniforme de Datos para la Rehabilitación Médica, 1996, págs. III-20, III-24). • Vestirse- Seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales, prótesis u ortesis. • Comer- “La capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquidos en la 	<p>boca y tragarlos; <i>comer y tragar</i> a menudo se usan de manera intercambiable” (AOTA, 2007b).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación- “Es el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento [o líquido] del plato o taza/vaso a la boca; a veces también llamado auto-alimentación” (AOTA, 2007b). • Movilidad funcional- moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos. • Cuidado de los dispositivos de atención personal- Usar, limpiar y mantener artículos de cuidado personal, tales como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo de ayuda técnica, y los dispositivos anticonceptivos y sexuales. • Higiene y arreglo personal- Obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (por ejemplo, usar navajas de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar de pelo, cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar, 	<p>y colocar ortesis y prótesis dentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad sexual- Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual. • Aseo e higiene en el inodoro- Obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso inodoro; limpiarse el cuerpo; y cuidar de las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia (incluyendo el manejo de catéteres, colostomías y supositorios) <p>• <u>ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)</u> Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los otros- (incluyendo seleccionar y supervisar a los cuidadores)- Organizar, supervisar, o proveer el cuidado a otros. • Cuidado de mascotas- Organizar, supervisar, o proveer la atención a mascotas y animales de servicio. • Facilitar la crianza de los niños- proveer el cuidado y supervisión para respaldar las necesidades de desarrollo de un niño. • Gestión de la Comunicación- Enviar, recibir e interpretar la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, incluyendo herramientas de escritura, teléfonos, máquinas de escribir, grabadoras de audiovisuales,
--	---	---

TABLA 1. ÁREAS DE OCUPACIÓN (continuación)

<p>ordenadores, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritorios Braille, dispositivos de telecomunicación para los sordos, sistemas de comunicación aumentativa, y asistentes digitales personales.</p>	<p>diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendental” (Moreira-Almeida y Koenig, 2006, p. 844).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prepararse para el sueño- (1) Participar en las rutinas que nos preparan para un descanso cómodo, tales como el aseo y desvestirse, leer o escuchar música para dormirse, decir buenas noches a los demás, la meditación o las oraciones; determinar el momento del día y la duración del tiempo deseado para dormir, o el tiempo necesario para despertar; y establecer los patrones de sueño que apoyen el crecimiento y la salud (los patrones son a menudo personal y culturalmente determinados).
<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad en la comunidad- Moverse por la comunidad y utilizar el transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, o acceder al autobús, taxi u otros sistemas de transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia- Conocer y realizar procedimientos de prevención para mantener un entorno seguro, así como reconocer situaciones peligrosas inesperadas y repentinas; e iniciar una acción de urgencia para reducir la amenaza a la salud y la seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> (2) Preparar el entorno físico para los períodos de inconsciencia, tales como preparar la cama o el espacio en el que se va a dormir; garantizar la calidez / fresca y protección, colocar el reloj de alarma; asegurar el domicilio, como asegurar las cerraduras, cerrar las puertas ventanas y cortinas; y apagar los enseres electrónicos y las luces.
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de la gestión financiera- Manejar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacción financiera, y planificar y usar las finanzas con objetivos a corto y largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Compras- Preparar la lista de la compra (comestibles y otros), seleccionar, adquirir y transportar los artículos; seleccionar el método de pago, y completar las transacciones monetarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en el sueño-Cuidar las necesidades personales de dormir, como el cese de actividades para garantizar el inicio del sueño, siesta, soñar, mantener un estado de sueño sin interrupciones, y el cuidado nocturno de las necesidades de ir al baño o la hidratación. Negociar las necesidades y requisitos de los demás en el entorno social. Interactuar con los que comparten el espacio para dormir; como los niños o parejas, proporcionando atención en la noche como la lactancia materna, y el seguimiento o vigilancia de la comodidad y la seguridad de otros, como la familia mientras duerme.
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión y mantenimiento de la salud- Desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, nutrición, disminuir comportamientos de riesgo para la salud y rutina de toma de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>DESCANSO Y SUEÑO</u> Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento y gestión del hogar- Obtener y mantener las posesiones personales y del hogar, y mantener el entorno del hogar (por ejemplo, domicilio, patio, jardín, electrodomésticos, vehículos), incluido el mantener y reparar los efectos personales (ropa y artículos del hogar) y saber cómo pedir ayuda o a quién contactar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descansar- Acciones silenciosas y sin esfuerzo que interrumpen la actividad física y mental, resultando en un estado relajado (Nurit y Michel, 2003, p. 227). Incluye identificar la necesidad de relajarse; reducir la participación agotadora en actividades físicas, mentales o sociales; y participar en la relajación u otros esfuerzos que restablezcan la energía, la calma, y un renovado interés en esta participación. 	
<p>Preparación de la comida y la limpieza- Planificar, preparar, servir comidas bien equilibradas y nutritivas; y la limpieza de los alimentos y utensilios después de las comidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir- Serie de actividades que resultan en ir a dormir, permanecer dormido y garantizar la seguridad, a través de la participación en el sueño manteniendo el compromiso con los entornos físico y social. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de la religión- Participar en la religión, “un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos 		

TABLA 1. ÁREAS DE OCUPACIÓN (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> • EDUCACIÓN Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente. • Participación en la educación formal- Incluye las categorías de participación académica (por ejemplo, las matemáticas, la lectura, trabajar para obtener un grado o título), no académica (por ejemplo, en el recreo, comedor, pasillo), extracurricular (por ejemplo, en deportes, banda, animadoras, bailes), y vocacional (pre-vocacional y vocacional / profesional). • Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales (más allá de la educación formal)- Identificar temas y métodos para obtener información o habilidades en los temas identificados. • Participación en la educación personal informal- Participar en clases, programas y actividades que ofrecen instrucción / formación en las áreas de interés identificadas. 	<p>de entrevistas; participar en entrevistas y el seguimiento posterior; discutir los beneficios del empleo; y finalizar las negociaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento en el trabajo / empleo- Rendimiento en el trabajo incluyendo las habilidades y las pautas del trabajo; manejo del tiempo; las relaciones con los compañeros, administradores y clientes; la creación, producción y distribución de productos y servicios; inicio, mantenimiento y finalización de los trabajos; y el cumplimiento de las normas y procedimientos del empleo. • Preparación y ajuste para la jubilación / retiro- Determinar las aptitudes, desarrollar intereses y habilidades, y seleccionar actividades vocacionales apropiadas. <p>Exploración para el voluntariado- Determinar causas, organizaciones u oportunidades comunitarias para el "trabajo" no remunerado en relación a las aptitudes, intereses personales, ubicación y tiempo disponible.</p>	<p>juego simbólico (adaptado de Bergen, 1988, p. 64 - 65).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en el juego- Participar en el juego; mantener un balance entre el juego y las demás áreas de ocupación; y obtener, utilizar y mantener los juguetes, equipos y suministros apropiadamente.
<ul style="list-style-type: none"> • TRABAJO Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado (Mosey, 1996, p. 341). Intereses y actividades para la búsqueda de empleo- Identificar y seleccionar oportunidades de empleo basado en sus recursos, sus limitaciones, sus preferencias, y sus aversiones relacionadas al trabajo (adaptado de Mosey, 1996, p. 342). • Búsqueda y adquisición de empleo- Identificar y solicitar oportunidades de empleo; completar, presentar y revisar los 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación como voluntario- Realizar "trabajo" no remunerado en beneficio de las causas, organizaciones o instalaciones seleccionadas. • JUEGO "Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión" (Parham y Fazio, 1997, p. 252). • Exploración del juego- Identificar actividades de juego apropiadas, las cuales pueden incluir la exploración del juego, la práctica del juego, el juego imaginario o simulado, el juego 	<ul style="list-style-type: none"> • OCIO o TIEMPO LIBRE "Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir" (Parham y Fazio, 1997, p. 250). • Exploración del ocio- Identificar intereses, habilidades, oportunidades, y actividades de ocio apropiadas. Participación en el ocio- Planificar y participar en actividades de esparcimiento adecuadas; mantener un equilibrio de las actividades de ocio con otras áreas de ocupación; y obtener, utilizar y mantener los equipos y suministros, según corresponda. • PARTICIPACIÓN SOCIAL "Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social" (Mosey, 1996, p. 340). • Participación en la comunidad- Participar en actividades que resultan en una interacción exitosa a nivel de la comunidad (es decir, barrio, vecindad, organizaciones, trabajo, colegio).

TABLA 1. ÁREAS DE OCUPACIÓN (continuación)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Participación en la familia- Participar en “[las actividades que resultan en] una interacción exitosa en los roles familiares requeridos y/o deseados (Mosey, 1996, p. 340). | <ul style="list-style-type: none">• Participación con compañeros, amigos- Participar en actividades a diferentes niveles de intimidad, incluyendo participar en actividades sexuales deseadas. |
|---|---|
-

Nota: Algunos de los términos utilizados en esta tabla son de la caducada *Terminología Uniforme de Terapia Ocupacional – Tercera Edición* (AOTA, 1994, pp. 1047-1054).

Características del Cliente

Las **características del cliente** son aquellas habilidades, características o creencias que residen en el cliente y que pueden afectar su rendimiento en el desempeño de una ocupación.

Dado que los profesionales de terapia ocupacional tienen una visión holística del cliente, consideran los factores que involucran los valores, las creencias, la espiritualidad, las funciones y estructuras corporales.

Estas características del cliente se ven afectadas por la presencia o ausencia de enfermedad, la privación y la discapacidad. Esta situación afecta y está afectada por las destrezas de ejecución, las demandas de la actividad y los factores contextuales y del entorno.

A pesar de su importancia, la presencia o ausencia de determinadas funciones del cuerpo y estructuras corporales no son clave para que un cliente obtenga éxito a la hora de desempeñar sus ocupaciones diarias, ni tiene por qué suponer una dificultad para desempeñar su ocupación, o las actividades cotidianas.

Las características que influyen en el desempeño tales como apoyo en el entorno físico y social pueden permitirle al cliente mostrar habilidades en un área determinada aún cuando las funciones o estructuras del cuerpo estén ausentes o con deficiencias.

Es en el proceso de observación del cliente participando en las actividades y ocupaciones que el profesional de terapia ocupacional es capaz de determinar la transacción entre las características del cliente y su desempeño.

Las características del cliente son sustancialmente diferentes en los niveles de persona, organización y población. A continuación se describen las características del cliente para cada nivel.

Persona

- Los **valores**, las **creencias y la espiritualidad**, todo esto influye sobre un cliente y su motivación para dedicarse a las ocupaciones y dar significado a su vida.

Los **valores** son principios, normas, o cualidades consideradas valiosas por el cliente que los tiene. Las **creencias** son contenidos cognitivos que se tienen considerados como verdaderos por el cliente (Moyers y Dale, 2007, p. 28).

La **espiritualidad** es “la búsqueda personal para comprender las respuestas a las preguntas fundamentales sobre la vida, sobre el significado y sobre la relación con lo sagrado o trascendental, que pueden (o no) dar lugar a o surgir de la evolución de rituales religiosos y la formación de la comunidad” (Moreira-Almeida y Koenig, 2006, p.844).

- Las **funciones del cuerpo** se refieren a la “función fisiológica de los sistemas del cuerpo (incluidas las funciones psicológicas)” (OMS, 2001, p. 10). Ejemplos incluyen funciones sensoriales, mentales (afectivas, cognitivas, perceptuales), cardiovasculares, respiratorias y endocrinas (para ampliar contenido, véase la Tabla 2).
- Las **estructuras del cuerpo** son las “partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, miembros/extremidades y sus componentes” (OMS, 2001, p. 10).

Las estructuras y funciones del cuerpo están interrelacionadas (por ejemplo, el corazón y los vasos sanguíneos son las estructuras que apoyan la función del sistema cardiovascular; véase la Tabla 2).

La clasificación de las características del cliente relacionadas a las funciones y estructuras del cuerpo representados en la Tabla 2 se basan en la *Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* propuesta por la OMS (2001).

Esta clasificación fue seleccionada por su amplia exposición y por la claridad del léxico utilizado, comprensible y válido para todo el mundo.

Organización

- Los **valores y las creencias** incluyen la declaración de la visión, código de ética, declaraciones de valor y moral.
- Las **funciones** incluyen la planificación, organización, coordinación, y la aplicación de la misión, los productos o servicios, y la productividad.
- Las **estructuras** incluyen los departamentos y las relaciones departamentales, liderazgo y administración, medidas del desempeño, y los títulos de empleo.

Población

- Los **valores** y las **creencias** pueden ser vistos incluyendo las perspectivas emocionales, intencionales y las tradicionales (Foucault, 1973).
- Las **funciones** incluyen el capital o caudales económicos, políticos, sociales y culturales (Weber, 1978).
- La **estructura** puede incluir los integrantes tales como aquellos con genética, orientación sexual y condiciones relacionadas con la salud similares (Baum, Bass-Haugen, y Christiansen, 2005, p. 381).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE

Nota: Algunos de estos datos fueron adaptados de la CIF (OMS, 2001).

Estas características del cliente incluyen (1) los valores, las creencias, la espiritualidad; (2) las funciones del cuerpo; y (3) las estructuras del cuerpo que residen dentro del cliente y que pueden afectar su desempeño en las áreas de ocupación.

VALORES, CREENCIAS Y ESPIRITUALIDAD

Categoría y Definición	Ejemplos
<p>Valores: Principios, normas, cualidades que el cliente que los posee desea y le da valor.</p>	<p>Persona:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser honesto con uno mismo y con otros. 2. Convicciones religiosas personales 3. Compromiso con la familia. <p>Organización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obligación de servir a la comunidad 2. Equidad; imparcialidad. <p>Población</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La libertad de expresión 2. Igualdad de oportunidades para todos. 3. La tolerancia hacia los demás.
<p>Creencias: El contenido cognitivo que se considera como verdadero.</p>	<p>Persona</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Él o ella no tienen autoridad para influir en los demás. 2. El trabajo fuerte da sus frutos. <p>Organización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los beneficios son más importantes que las personas. 2. El logro de la misión de prestar servicio puede generar cambios positivos en el mundo. <p>Población</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La gente puede influir en el gobierno mediante el voto. 2. La accesibilidad es un derecho, no un privilegio.
<p>Espiritualidad: La "búsqueda personal para comprender las respuestas a las preguntas fundamentales sobre la vida, sobre el significado, y lo sagrado" (Moyers y Dale, 2007, p. 28)</p>	<p>Persona</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La búsqueda diaria del propósito y significado en nuestra vida 2. Dirigir nuestras acciones desde un sentido de valor personal más allá de la adquisición de la riqueza o la fama. <p>Organización y Población</p> <p>(ver ejemplos de "Persona" relacionados con los individuos dentro de una organización y de la población).</p>

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE (continuación)

LAS FUNCIONES CORPORALES: Son las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo (incluyendo las funciones psicológicas)" (OMS, 2001, p. 10). La sección de las "Funciones Corporales" de la tabla está organizada de acuerdo a las clasificaciones de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud* (CIF). Para descripciones y definiciones completas, consulte a la OMS (2001).

Categorías	Funciones Corporales Consideradas Comúnmente por los Profesionales de Terapia Ocupacional (No pretende ser una lista totalmente inclusiva)
Funciones mentales (afectivo, cognitivo, perceptual)	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones mentales específicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones cognitivas superiores ○ Funciones de la atención ○ Funciones de la memoria ○ Funciones de la percepción ○ Funciones del pensamiento ○ Funciones mentales relacionadas con la sucesión de movimientos complejos ○ Funciones emocionales ○ Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo ○ Funciones mentales globales <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones de la conciencia ○ Funciones de la orientación ○ Funciones de la temperamento y la personalidad ○ Funciones relacionadas con la energía y los impulsos ○ Funciones del sueño (proceso fisiológico) 	<p>Funciones mentales específicas</p> <p>Juicio, formación de conceptos, metacognición (organización y planificación), flexibilidad cognitiva, autoconocimiento (introspección), atención, conciencia</p> <p>Atención sostenida, selectiva y dividida</p> <p>A corto plazo, largo plazo y de trabajo</p> <p>Discriminación de sensaciones (por ejemplo: auditivas, táctiles, visuales, olfativas, gustativas, vestibular-propioceptivas), incluidas la de procesamiento multisensorial, memoria sensorial, espacial y relaciones temporales (Calvert, Spence, y Stein, 2004)</p> <p>Reconocimiento, clasificación, generalización, conciencia de realidad, pensamiento lógico/ coherente, y contenido adecuado del pensamiento</p> <p>Realización de los patrones del movimiento aprendidos</p> <p>Manejo de situaciones y regulación del comportamiento (Schell, Cohn, y Crepeau, 2008)</p> <p>Imagen corporal, autoconcepto, autoestima</p> <p>Funciones mentales globales</p> <p>Nivel de alerta, el nivel de conciencia</p> <p>Orientación en personas, lugar, tiempo, de uno mismo y de los demás</p> <p>Estabilidad emocional</p> <p>Motivación, control de los impulsos, apetito</p>
<p>Funciones sensoriales y de dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Visión y funciones relacionadas, incluyendo agudeza visual, estabilidad visual, funciones del campo visual ○ Funciones auditivas ○ Funciones vestibulares ○ Funciones del sentido del gusto ○ Funciones del sentido del olfato ○ Funciones propioceptivas 	<p>Funciones sensoriales y de dolor</p> <p>Identificación y registro, modulación, e integración de las sensaciones del cuerpo y el entorno</p> <p>Conciencia visual del entorno a diversas distancias</p> <p>Tolerancia de sonidos ambientales, conciencia de la ubicación y distancia de sonidos tales como un coche acercándose</p> <p>Sensación de moverse de forma segura en contra de la gravedad</p> <p>Asociación de sabor</p> <p>Asociación de olor</p> <p>La toma de conciencia de la posición del cuerpo y el espacio</p>

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE (continuación)

Categorías	Funciones Corporales Consideradas Comúnmente por los Profesionales de Terapia Ocupacional (No pretende ser una lista totalmente inclusiva)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones táctiles ○ Dolor (por ejemplo, difuso, continuo, agudo, dolor fantasma) ○ Funciones relacionadas con la temperatura y otros estímulos 	<p>Comodidad con la sensación de ser tocados por otros o tocando diferentes texturas, tales como alimentos</p> <p>Localizar el dolor</p> <p>Conciencia térmica o conciencia de la temperatura</p>
<p>Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones de las articulaciones y los huesos <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones ○ Funciones relacionadas con la estabilidad de las articulaciones ○ Funciones relacionadas con la fuerza de los músculos ○ Funciones relacionadas con el tono muscular ○ Funciones relacionadas con la resistencia muscular ○ Funciones relacionadas con los reflejos motores ○ Funciones relacionadas con las reacciones involuntarias de movimiento ○ Funciones relacionadas con el control de movimiento voluntario ○ Funciones relacionadas con el patrón de la marcha 	<p>Funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento</p> <p>Arco o rango de movimiento de la articulación</p> <p>Alineación postural (esto se refiere a la estabilidad fisiológica de la articulación en relación a su integridad estructural, en comparación con la habilidad motora de alinear el cuerpo mientras se mueve en relación a los objetos de las tareas)</p> <p>Fuerza</p> <p>Grado de tono muscular (por ejemplo, flacidez, espasticidad, fluctuación)</p> <p>Resistencia</p> <p>Elasticidad, tónico asimétrico del cuello, tónico simétrico del cuello</p> <p>Enderezamiento y apoyo</p> <p>Coordinación ojo-mano/pie, integración bilateral, cruzar la línea media, control motor fino y grueso, y coordinación oculomotora (por ejemplo, movimientos rápidos de los ojos, seguir con la vista el movimiento de objetos, enfoque de objetos, visión binocular).</p> <p>Patrones de la marcha y su deterioro, como marcha asimétrica, andar rígido. (<i>Nota:</i> los patrones de la marcha son considerados en relación a cómo afectan la capacidad para dedicarse a las ocupaciones en las actividades de la vida diaria.)</p>

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE (continuación)

Categorías	Funciones Corporales Consideradas Comúnmente por los Profesionales de Terapia Ocupacional (No pretende ser una lista totalmente inclusiva)
<p><u>Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Función del sistema cardiovascular ○ Funciones de los sistemas hematológico e inmunológico ○ Funciones del sistema respiratorio ○ Funciones y sensaciones adicionales de los sistemas cardiovascular y respiratorio 	<p><u>Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio</u></p> <p>Funciones de la presión arterial (hipertensión, hipotensión, hipotensión postural), y ritmo cardíaco <i>(Nota: los profesionales de terapia ocupacional tienen conocimiento de estas funciones corporales y comprenden la interacción que se produce en general entre estas funciones para apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Algunos terapeutas pueden especializarse en la evaluación y la intervención de una función específica según éstas se relacionen con apoyar el desempeño y compromiso con la ocupación y actividades dirigidas a la intervención.)</i></p> <p>El control, el ritmo y la profundidad de la respiración Resistencia física, capacidad aeróbica y fatiga</p>
<p>Funciones de voz y el habla</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones de la voz ○ Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla ○ Funciones alternativas de vocalización 	<p><i>(Nota: los profesionales de terapia ocupacional tienen conocimiento de estas funciones corporales y comprenden la interacción que se produce en general entre estas funciones para apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Algunos terapeutas pueden especializarse en la evaluación y la intervención de una función específica, como la incontinencia y trastornos del suelo pélvico, según éstas se relacionen con apoyar el desempeño y compromiso con la ocupación y actividades dirigidas a la intervención.)</i></p>
<p>Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones relacionadas con el sistema digestivo. ○ Funciones relacionadas con el sistema metabólico y el sistema endocrino 	<p><i>(Nota: los profesionales de terapia ocupacional tienen conocimiento de estas funciones corporales y comprenden la interacción que se produce en general entre estas funciones para apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Algunos terapeutas pueden especializarse en la evaluación y la intervención de una función específica, como la incontinencia y trastornos del suelo pélvico, según éstas se relacionen con apoyar el desempeño y compromiso con la ocupación y actividades dirigidas a la intervención.)</i></p>
<p>Funciones genitourinarias y reproductivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones urinarias ○ Funciones genitales y reproductoras 	
<p>Funciones de la piel y estructuras relacionadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones de la piel ○ Funciones del pelo y las uñas 	<p>Funciones de la piel y estructuras relacionadas</p> <p>Funciones protectoras de la piel - presencia o ausencia de heridas, cortaduras o abrasiones Función de reparación de la piel - la cicatrización de heridas <i>Nota: los profesionales de terapia ocupacional tienen conocimiento de estas funciones corporales y comprenden la interacción que se produce en general entre estas funciones para apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Algunos terapeutas pueden especializarse en la evaluación y la intervención de una función específica, según éstas se relacionen con apoyar el desempeño y compromiso con la ocupación y actividades dirigidas a la intervención.)</i></p>

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE (continuación)

ESTRUCTURAS CORPORALES: Son las “partes anatómicas del cuerpo, tales como órganos, extremidades y sus componentes [que apoyan la funciones corporales]” (OMS, 2001, p. 10). La sección de “Estructuras Corporales” de la tabla que mostramos a continuación está organizada de acuerdo con las clasificaciones de la CIF. Para descripciones y definiciones completas, consulte a la OMS (2001).

Categorías	No hay ejemplos incluidos en esta sección de “Estructuras Corporales”
<ul style="list-style-type: none">○ Estructura del sistema nervioso○ Ojos, oídos, y las estructuras relacionadas○ Estructuras implicadas en la voz y el habla○ Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio○ Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino○ Estructura relacionada con el aparato genitourinario y sistema reproductor○ Estructuras relacionadas con el movimiento○ Piel y las estructuras relacionadas	<p>(Nota: los profesionales de terapia ocupacional tienen conocimiento de estas funciones corporales y comprenden la interacción que se produce en general entre estas funciones para apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Algunos terapeutas pueden especializarse en la evaluación y la intervención de una función específica, según éstas se relacionen con apoyar el desempeño y compromiso en la ocupación y actividades dirigidas a la intervención.)</p>

Demandas de la Actividad

Las **demandas de la actividad** se refieren a las características específicas de una actividad que influyen en el tipo y cantidad de esfuerzo requerido para realizar la actividad.

Los profesionales de terapia ocupacional analizan las actividades para comprender lo que se requiere del cliente y determinar la relación de los requisitos de la actividad para participar de la ocupación.

Las demandas de la actividad incluyen los objetos específicos y sus propiedades utilizados en la actividad, los requisitos de espacio físico de la actividad, las demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, las acciones requeridas o habilidades necesarias para llevar a cabo la actividad, y las funciones y estructuras del cuerpo utilizadas durante el desempeño de la actividad. (Ver Tabla 3 para definiciones y ejemplos.)

Las demandas de la actividad son específicas a cada actividad. Un cambio en una característica de una actividad puede cambiar la magnitud de la demanda en otra característica. Por ejemplo, un aumento en el número de pasos o secuencia de pasos en una actividad aumenta la demanda en habilidades de atención.

TABLA 3. DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD

Los aspectos de una actividad, que incluyen los objetos y sus propiedades, espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, acciones y habilidades requeridas, y funciones corporales y estructuras corporales necesarias para llevar a cabo la actividad.

Aspectos de la Demanda de la Actividad	Definición	Ejemplos
Objetos y sus propiedades	Herramientas, materiales y equipo utilizado en el proceso de realizar la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Herramientas (por ejemplo, tijeras, platos, zapatos, pelota de baloncesto). • Materiales (por ejemplo, pinturas, leche, lápiz labial) • Equipo (por ejemplo, mesa de trabajo, estufa, canasto de baloncesto) • Propiedades inherentes (por ejemplo, pesado, áspero, afilado, colorido, alto, sabor amargo)
Demandas del espacio (se relaciona con el entorno físico)	Requisitos del entorno físico que tiene la actividad (por ejemplo, tamaño, arreglo, superficie, iluminación, temperatura, ruido, humedad, ventilación)	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio amplio y abierto, al aire libre, requerido para jugar beisbol o pelota. • Ancho de la puerta o entrada al baño para acomodar una silla de ruedas • Control de ruido, iluminación y temperatura para una biblioteca
Demandas sociales (se relaciona con el entorno social y contexto cultural)	El entorno social y el contexto cultural que pueden ser requeridos por la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Reglas del juego • Expectativas de otros participantes en la actividad (por ejemplo, compartir materiales, utilizar un lenguaje apropiado para la reunión)
Secuencia y ritmo de tiempo	Proceso utilizado para realizar la actividad (por ejemplo, pasos específicos, orden y secuencia, requisitos de tiempo)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pasos para hacer té:</i> Obtener la taza y la bolsa de té, calentar agua, echar el agua en la taza, y así sucesivamente. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Secuencia:</i> calentar el agua antes de colocar la bolsa de té en el agua. • <i>Ritmo de tiempo:</i> dejar en remojo la bolsa de té por 2 minutos. • <i>Pasos para llevar a cabo una reunión:</i> Establecer objetivos para la reunión, coordinar la hora y lugar de la reunión, preparar la agenda, comenzar la reunión. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Secuencia:</i> Permitir que las personas se presenten antes de comenzar el tema de discusión. • <i>Ritmo de tiempo:</i> Permitir suficiente tiempo para discutir el tema y para determinar la acción a seguir.

TABLA 3. DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD (continuación)

Acciones requeridas y destrezas de ejecución	Las habilidades usuales que serían requeridas por cualquier ejecutante para realizar la actividad. Cada una de las destrezas de ejecución sensoriales, perceptuales, motoras, praxis, emocionales, cognitivas, de comunicación y sociales deben ser consideradas. Las destrezas de ejecución demandadas por una actividad deben ser correlacionadas con las demandas de otros aspectos de la actividad (por ejemplo, con los objetos, espacio)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir el calor de la estufa • Agarrar la barra • Seleccionar la vestimenta para la ceremonia • Determinar cómo mover las extremidades para conducir el coche • Ajustar el tono de voz • Responder una pregunta
Funciones del cuerpo requeridas	"Las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo (incluyendo las funciones psicológicas)" (OMS, 2001, p.10) que se requieren para apoyar las acciones utilizadas para llevar a cabo la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad de articulaciones • Nivel de conciencia
Estructuras del cuerpo requeridas	"Partes anatómicas del cuerpo, tales como órganos, extremidades y sus componentes [que apoyan la funciones corporales]" (OMS, 2001, p. 10) que son requeridas para llevar a cabo la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Número de manos • Número de ojos

Destrezas de Ejecución

Se han utilizado diversos enfoques para describir y clasificar las *destrezas de ejecución*. La literatura de terapia ocupacional desde la investigación y la práctica ofrece múltiples perspectivas sobre la complejidad y tipos de destrezas utilizadas durante el desempeño.

De acuerdo a Fisher (2006), las *destrezas de ejecución* son acciones observables, concretas, dirigidas-hacia-una-meta que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria. Fisher también definió estas destrezas como unidades pequeñas y medibles en una cadena de acciones que son observadas mientras la persona lleva a cabo tareas significativas. Éstas son aprendidas y desarrolladas a través del tiempo y son ubicadas en contextos y entornos específicos. Fisher clasificó las destrezas de ejecución como: Destrezas Motoras, Destrezas de Procesamiento, y Destrezas de Comunicación/Interacción. Rogers y Holm (2008) han propuesto que durante las destrezas de ejecución específicas-a-la-tarea, varias funciones y estructuras del cuerpo se unen en combinaciones únicas y emergen para afectar el desempeño en la vida real.

Dado que las destrezas de ejecución se describen y clasifican de muchas formas, dentro del *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional* son definidas como las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo.

Las categorías de las destrezas de ejecución de una persona están interrelacionadas e incluyen

- Destrezas motoras y praxis
- Destrezas sensoriales-perceptuales
- Destrezas de regulación emocional
- Destrezas cognitivas
- Destrezas de comunicación y sociales.

Numerosas funciones y estructuras del cuerpo que permiten la ejecución (Rogers y Hilm, 2008). Mientras las funciones del cuerpo tales como mental (afectiva, cognitiva, perceptual), sensorial neuromuscular y funciones del cuerpo relacionadas al movimiento (OMS, 2001) reflejan las capacidades que residen dentro del cuerpo, las destrezas de ejecución son habilidades demostradas por los clientes. Por ejemplo, las destrezas de praxis pueden ser observadas a través de las acciones del cliente tales como imitar, seguir una secuencia y construir; las destrezas cognitivas pueden observarse según el cliente demuestra organización, manejo del tiempo y seguridad; y las destrezas de regulación emocional pueden observarse mediante comportamientos que el cliente exhibe para expresar sus emociones apropiadamente. Detrás de cada destreza de ejecución, hay muchas funciones del cuerpo.

Múltiple factores, tales como el contexto en el cual la ocupación se lleva a cabo, las demandas específicas de la actividad que se está intentando hacer, y las funciones y estructuras del cuerpo del cliente, afectan la habilidad para adquirir o demostrar destrezas de ejecución. Las destrezas de ejecución están íntimamente relacionadas y se utilizan en combinación para permitirle al cliente llevar a cabo una ocupación. Un cambio en una destreza de ejecución puede afectar otra destreza de ejecución. En la práctica y en la literatura, las destrezas de ejecución están frecuentemente agrupadas en varias combinaciones tales como destrezas perceptual-motoras y destrezas socio-emocionales. La Tabla 4 provee definiciones y ejemplos bajo cada categoría.

Los profesionales de terapia ocupacional observan y analizan las destrezas de ejecución a fin de entender las transacciones entre los factores subyacentes que apoyan o limitan el compromiso en las ocupaciones y en el desempeño ocupacional. Por ejemplo, cuando se observa una persona escribiendo un talón, el profesional de terapia ocupacional observa las destrezas motoras de agarrar y manipular objetos y las destrezas cognitivas de iniciar y secuenciar la actividad. Las destrezas observadas están apoyadas por funciones del cuerpo subyacentes relacionadas al movimiento y la cognición y por el entorno físico del banco. El desempeño ocupacional competente observado al jugar tenis o tocar el piano requiere muchos conjuntos de destrezas de ejecución.

Otras fuentes que informan sobre las destrezas de ejecución en la práctica de terapia ocupacional incluyen a Fisher (2006); Bloom, Krathwohl, y Masia (1984); Harrow (1972); y Chapparo y Ranka (1997). Puede también hallarse información detallada acerca de la forma en que se utilizan las destrezas en la práctica de terapia ocupacional pueden también hallarse en la literatura en teorías específicas tales como la teoría de integración sensorial (Ayres, 1972, 2005) y las teorías de aprendizaje motor y control motor (Shumway-Cook y Wollacott, 2007).

TABLA 4. DESTREZAS DE EJECUCIÓN

Destrezas de ejecución son las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo.

Destreza	Definición	Ejemplos
Destrezas motoras y praxis	<p><i>Motoras:</i> Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para moverse e interactuar físicamente con las tareas, objetos, contextos, y entornos (adaptado de Fisher, 2006). Incluye planificar, secuenciar, y ejecutar movimientos nuevos y novedosos.</p> <p><i>Praxis:</i> Movimientos intencionales habilidosos (Heilman y Rothi, 1993). Habilidad para realizar actos motores en secuencia como parte de un plan completo en lugar de actos individuales (Liepmann, 1920). Habilidad para realizar una actividad motora aprendida, incluyendo seguir un comando verbal, construcción viso-espacial, destrezas oculares y oral-motoras, imitación de una persona o un objeto, y acciones en secuencia (Ayres, 1985; Filley, 2001). Organización de secuencias temporales de las acciones dentro de un contexto espacial, el cual forma ocupaciones significativas (Blanche y Parham, 2002).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Flexionando y alcanzando</i> un juguete o herramienta en un compartimento de almacenaje • <i>Llevando el ritmo</i> y tiempo de los movimientos para limpiar una habitación • <i>Coordinando</i> los movimientos del cuerpo para terminar una tarea en el empleo • <i>Manteniendo</i> el balance mientras se camina por superficies irregulares o mientras se ducha • <i>Anticipando o ajustando la postura y posición del cuerpo</i> en respuesta a circunstancias del entorno, tales como los obstáculos • <i>Manipulando</i> las llaves o cerradura para abrir la puerta
Destrezas sensoriales-perceptuales	<p>Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para localizar, identificar y responder a sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales basados en la discriminación de experiencias a través de una variedad de sensaciones que incluyen las visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles, olfativas, gustativas y vestibulares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Posicionando el cuerpo</i> en el lugar exacto para dar un salto seguro • <i>Oyendo y localizando</i> la voz de tu hijo en una multitud • Determinando <i>visualmente</i> el tamaño correcto de un contenedor para almacenar la sopa que sobró • <i>Localizar</i> las llaves dentro del bolso o cartera mediante el tacto (por ejemplo <i>estereognosia</i>) • <i>Determinando el momento oportuno</i> para cruzar la calle de forma segura determinando nuestra posición y velocidad en relación con la velocidad del tráfico • <i>Distinguiendo</i> distintos sabores en los alimentos o bebidas

TABLA 4. DESTREZAS DE EJECUCIÓN (continuación)

Destreza	Definición	Ejemplos
Destrezas de regulación emocional	Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras participa en actividades o interacciona con otros	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respondiendo</i> a los sentimientos de los demás reconociendo o brindando apoyo • <i>Persistiendo</i> en una tarea a pesar de las frustraciones • <i>Controlando</i> la ira hacia los demás y disminuyendo las acciones agresivas • <i>Recuperándose</i> de una herida o decepción sin arremeter contra los demás • <i>Mostrando</i> las emociones que son apropiadas a la situación • <i>Utilizando</i> estrategias de relajación para manejar eventos de estrés
Destrezas cognitivas	Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para planificar y gestionar el desempeño de una actividad	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Juzgando</i> la importancia o pertinencia de la ropa para la circunstancia • <i>Seleccionando</i> herramientas y materiales necesarios para limpiar el baño • <i>Secuenciar</i> las tareas necesarias para un proyecto del colegio • <i>Organizando</i> actividades dentro del tiempo requerido para cumplir con un plazo • <i>Priorizar los pasos e identificar</i> soluciones para acceder a el transporte • <i>Crear</i> diferentes actividades con amigos que sean divertidas, novedosas y agradables • <i>Multitareas</i> – hacer más de una cosa a la vez, necesario para tareas tales como el empleo, conducir y tareas del hogar
Destrezas de comunicación y sociales	Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para comunicarse e interactuar con otros en un ambiente interactivo (Fisher, 2006)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mirando</i> a donde otro está señalando o viendo • <i>Haciendo gestos</i> para enfatizar sus intenciones • <i>Manteniendo</i> un espacio físico aceptable durante la conversación • <i>Iniciando y respondiendo</i> a preguntas con información relevante • <i>Tomando turnos</i> durante un intercambio verbal y físico con otra persona • <i>Reconociendo</i> la perspectiva de otra persona durante un intercambio

Patrones de Ejecución

Los **patrones de ejecución** se refieren a los **hábitos**, las **rutinas**, los **roles** y los **rituales** utilizados en el proceso de participar en las ocupaciones o actividades. Los *hábitos* se refieren a los comportamientos específicos y automáticos que pueden ser útiles, dominantes o perjudiciales (Clark, 2000; Neistadt y Crepeau, 1998), mientras

“Los profesionales de terapia ocupacional aplican la teoría, la evidencia, el conocimiento y las habilidades con respecto al uso terapéutico de las ocupaciones para influir positivamente la salud, el bienestar y la satisfacción de vida del cliente.”

que las *rutinas* son secuencias establecidas de ocupaciones o actividades que proveen de estructura a la vida diaria. Las rutinas también pueden promover o perjudicar la salud (Fiese et al., 2002; Segal, 2004).

Los *roles* son un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y pueden conceptualizarse y definirse posteriormente por el cliente. Los roles pueden proveer una guía para seleccionar las ocupaciones o pueden conducir a patrones de

participación estereotipados y limitados. Jackson (1998a, 1998b) advirtió que describir a las personas por sus roles puede ser limitante y puede promover ocupaciones segmentadas en lugar de la totalidad de la ocupación.

Las personas, organizaciones y poblaciones demuestran patrones de ejecución en la vida diaria. Éstos se desarrollan a través del tiempo y están influenciados por todos los demás aspectos de dominio. Cuando los profesionales consideran los patrones de ejecución del cliente, entienden mejor la frecuencia y la manera en las cuales las destrezas de ejecución y las ocupaciones están integradas en la vida del cliente.

Mientras que un cliente puede tener la habilidad o la capacidad para ser competente en su desempeño, si él o ella no integra esas destrezas en un conjunto productivo de patrones de compromisos con la ocupación, la salud y la participación pueden afectarse negativamente. Por ejemplo, un cliente que tiene las habilidades y recursos para participar en actividades de arreglo personal, bañarse y preparar los alimentos pero no los convierte en una rutina consistente, puede padecer desnutrición y aislamiento social.

Las Tablas 5a, 5b y 5c proveen ejemplos de patrones de ejecución para personas, organizaciones y poblaciones.

TABLA 5A. PATRONES DE EJECUCIÓN – PERSONA
Nota: La información de la sección de “Hábitos” en esta tabla fue adaptada de Dunn (2000b).

Patrones de comportamiento relacionados a las actividades de la vida diaria de un individuo u otras personas significativas, que son habituales o rutinarias.

Ejemplos

HÁBITOS – “Comportamiento automático que es integrado en patrones más complejos y que le permite a las personas funcionar día a día” (Neistadt y Crepeau, 1998, p. 869). Los hábitos pueden ser de utilidad, dominantes operjudiciales, o bien servir de apoyo o limitar con el desempeño en las áreas de ocupación.

- Coloca automáticamente las llaves en el mismo lugar.
- Mira espontáneamente a ambos lados antes de cruzar una calle.
- Se mece repetidamente hacia adelante y hacia atrás cuando se le pide que inicie una tarea.
- Activa y desactiva el sistema de alarma repetidamente antes de entrar al domicilio.
- Mantiene una distancia exacta entre todos los ganchos cuando cuelga la ropa en el armario.

RUTINAS – Patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria. Éstas pueden ser gratificantes, facilitadoras o perjudiciales. Las rutinas requieren el empleo de un tiempo momentáneo y se integran en los contextos cultural y ecológico (Fiese et al., 2002; Segal, 2004).

- Sigue la secuencia por las mañanas para ir al baño, bañarse, atender su higiene y vestirse.
- Sigue la secuencia de pasos necesarios en la preparación de la comida.

RITUALES – Acciones simbólicas con un significado espiritual, cultural o social, contribuyendo a la identidad del cliente y fortaleciendo sus valores y creencias. Los rituales tienen un fuerte componente afectivo y representan un conjunto de eventos (Fiese et al., 2002; Segal, 2004).

- Utiliza un cepillo antiguo heredado y se cepilla su pelo 100 veces todas las noches como su madre lo hacía.
- Prepara sus comidas en días festivos con sus atuendos preferidos o tradicionales, utilizando la vajilla designada.
- Besa el libro sagrado antes de abrirlo para leer sus páginas.

ROLES – Un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden ser conceptualizados y definidos posteriormente por el cliente.

- Madre de una adolescente con discapacidades en el desarrollo
 - Estudiante con problemas de aprendizaje estudiando informática o tecnología computarizada
 - Ejecutivo de una corporación regresando a su empleo luego de sufrir un accidente cerebrovascular
-

TABLA 5B. PATRONES DE EJECUCIÓN – ORGANIZACIÓN

Nota: En este documento, los hábitos son considerados en la Tabla 5A (Persona).

Patrones de comportamiento relacionados al desempeño de una organización.

Ejemplos

RUTINAS – Patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria. Éstas pueden ser gratificantes, promovedoras o perjudiciales. Las rutinas requieren el empleo de un tiempo momentáneo y se integran en los contextos cultural y ecológico (Fiese et al., 2002; Segal, 2004).

- Sostiene reuniones programadas regularmente con el personal, directores, junta de ejecutivos
- Sigue una práctica de documentación para los informes anuales, tarjetas de registro de asistencia y planes estratégicos
- Entrega la documentación según lo programado
- Sigue la cadena u orden de autoridad
- Sigue las reglas de seguridad y protección (por ejemplo, firmar a la entrada y salida, usar códigos de entrada)
- Mantiene el código de vestir (por ejemplo, vestir casual todos los viernes)
- Socializa durante los descansos, comida y en la fuente de agua
- Sigue las rutinas al comenzar y finalizar (por ejemplo, abrir/cerrar las instalaciones)
- Ofrece actividades para satisfacer las normas o expectativas de desempeño

RITUALES – acciones simbólicas que tienen un significado, contribuyendo a la identidad de la organización y fortaleciendo sus valores y creencias (adaptado de Fiese et al., 2002; Segal, 2004).

- Prepara celebraciones de festividades, y días de campo de la compañía
- Lleva a cabo actividades de motivación, reconocimientos y despedidas de la jubilación
- Organiza reuniones y conferencias anuales
- Mantiene actividades de recaudación de fondos para apoyar organizaciones benéficas locales

ROLES – un conjunto de comportamientos de la organización esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden ser conceptualizados y definidos posteriormente por el cliente.

- Organización sin fines de lucro, provee albergue para personas con discapacidades mentales
 - Organización humanitaria distribuye donaciones de alimentos y ropa a refugiados
 - La universidad educa y provee servicios a la comunidad vecina
-

TABLA 5C. PATRONES DE EJECUCIÓN – POBLACIÓN

Nota: En este documento, los hábitos son considerados en la Tabla 5A (Persona).

Patrones de comportamiento relacionados a una población.

	Ejemplos
RUTINAS – Patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijas, repetitivas y que proveen de estructura a la vida diaria. Éstas pueden ser gratificantes, promovedoras o perjudiciales. Las rutinas requieren el empleo de un tiempo momentáneo y se integran en los contextos cultural y ecológico (Fiese et al., 2002; Segal, 2004).	<ul style="list-style-type: none">- Sigue las prácticas de salud, tales como calendario de vacunas programadas para los niños y revisiones clínicas anuales de salud para los adultos- Sigue las prácticas del negocio, tales como proveer servicios para las poblaciones desventajadas (por ejemplo, préstamos para grupos menos representados)- Sigue los procedimientos legislativos, tales como aquellos asociados con el Ministerio de Salud -IDEA4 y La Seguridad Social-Medicare⁵- Sigue las costumbres sociales del salud
RITUALES – Los rituales son acciones sociales compartidas con un significado tradicional, emocional, proyectado y tecnológico contribuyendo a los valores y creencias dentro de la población.	<ul style="list-style-type: none">- Hace celebraciones culturales- Tiene desfiles y demostraciones- Mantiene afiliaciones y redes nacionales- Sigue las prácticas religiosas, espirituales y culturales, tales como tocar el <i>mezuzá</i> o utilizar agua bendita cuando sale/entra, orar a Mecca
ROLES	<ul style="list-style-type: none">- Ver la descripción de estas áreas para los individuos dentro de una población

Contexto y Entorno

La participación del cliente en una ocupación tiene lugar dentro de un entorno físico y social situado dentro de un contexto. En la literatura, los términos *entorno* y *contexto* se suelen usar indistintamente.

En el *Marco de Trabajo*, ambos términos se usan para reflejar la importancia de considerar la amplia variedad de condiciones interrelacionadas tanto internas y externas al cliente que influyen en el desempeño.

El término **entorno** se refiere a los ambientes físico y social que rodean al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria. El **entorno físico** se refiere al ambiente natural y construido, no humano, y a los objetos dentro de éste.

⁴ *Individuals with Disabilities Education Improvement Act* o Ley de Mejoramiento de Educación para Personas con Discapacidades, Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica.

⁵ Programa de Seguro Médico en los Estados Unidos de Norteamérica autorizado por el título XVIII del Acta de Seguridad Social, para personas mayores de 65 años y para incapacitados que necesiten asistencia.

El **entorno social** está formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con quienes el cliente tiene contacto.

El término **contexto** se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente. Con frecuencia, estos contextos interrelacionados son menos tangibles que los entornos físicos y sociales pero no exentos de una fuerte influencia en el desempeño. Los contextos, tal y como están descritos en el *Marco de Trabajo*, son **cultural, personal, temporal y virtual**.

El *contexto cultural* incluye las costumbres, las creencias, los patrones de la actividad, los estándares de conducta y las expectativas aceptadas por la sociedad a la cual pertenece el cliente.

El *contexto personal* se refiere a las características demográficas del individuo tales como la edad, el sexo, el estado socioeconómico y el nivel de educación que no forman parte de la condición de salud (OMS, 2001).

El *contexto temporal* incluye las etapas de la vida, el momento del día o del año, la duración, el ritmo de la actividad, o el historial.

El *contexto virtual* se refiere a las interacciones en situaciones simuladas en tiempo-real o cercanas en el tiempo, en ausencia de contacto físico. Algunos contextos son externos al cliente (por ejemplo, el virtual), algunos son internos al cliente (por ejemplo, el personal) y algunos pueden tener tanto características externas como creencias y valores internalizados (por ejemplo, el cultural).

El compromiso del cliente en las ocupaciones se desarrolla dentro de un entorno social y físico y refleja su interdependencia con estos entornos. El contexto cultural a menudo influye en cómo se eligen y priorizan las ocupaciones.

Los contextos y entornos afectan a la accesibilidad del cliente a la ocupación e influyen en la calidad y satisfacción del desempeño. Un cliente que tenga dificultad en el desempeño efectivo en un entorno o contexto puede tener éxito cuando se modifique el entorno o contexto.

El contexto dentro del cual sucede el compromiso en la ocupación es único para cada cliente. Contextos y entornos están relacionados unos con otros y con todos los otros aspectos del dominio (Ver la Tabla 6 para una descripción de los diferentes tipos de contextos y entornos).

TABLA 6. CONTEXTOS Y ENTORNOS

El *contexto* y el *entorno* (incluyendo el cultural, personal, temporal, virtual, físico y social) se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que rodean y están dentro del cliente e influyen en el desempeño.

El término *contexto* hace referencia a la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente. Los contextos incluyen el cultural, el personal, el temporal y el virtual.

El término *entorno* se refiere a los entornos físico y social que rodean al cliente y en los que tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria.

Contexto y Entorno	Definición	Ejemplos
Cultural	Costumbres, creencias, patrones de actividad, estándares de comportamientos y expectativas aceptadas por la sociedad de la cual es miembro el cliente. Incluye el origen étnico y los valores así como los aspectos políticos, tales como las leyes que impiden la accesibilidad a determinados recursos y que confirman los derechos de las personas. Además, incluye oportunidades para la educación, empleo y el apoyo económico.	<i>Persona:</i> Dar la mano cuando se es presentado <i>Organización:</i> Los empleados señalan el final de la semana de trabajo vistiéndose de manera informal los viernes <i>Población:</i> Celebrar el Día del Trabajo
Personal	“Características del individuo que no forman parte de su condición o estado de salud” (OMS, 2001, p.17). El contexto personal incluye la edad, el género, el estatus socioeconómico y el nivel educativo. También puede incluir los niveles de organización (por ejemplo, voluntarios y empleados) y los niveles de la población (por ejemplo, miembros de la sociedad).	<i>Persona:</i> Hombre de 25 años desempleado con el título de Bachiller <i>Organización:</i> Voluntarios que trabajan en un refugio <i>Población:</i> Mujeres adolescentes que están embarazadas y madres primerizas
Temporal	“Ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo” (Neistadt y Crepeau, 1998, p. 292). La experiencia del tiempo conformada por el compromiso en las ocupaciones. Los aspectos temporales de la ocupación “que contribuyen a los patrones de las ocupaciones diarias” son “el ritmo... tempo... sincronización... duración... y secuencia” (Larson y Zemke, 2004, p. 610). Incluye las etapas de la vida, el momento del día o del año, la duración, el ritmo de la actividad, o la historia.	<i>Persona:</i> Una persona retirada de su trabajo durante 10 años <i>Organización:</i> Campaña anual de recaudación de fondos <i>Población:</i> Comprometerse en siestas o infusiones
Virtual	Escenario en el que la comunicación se produce por ondas o por ordenadores y en ausencia de contacto físico. Incluye la existencia de un ambiente simulado, en tiempo-real o cercano en el tiempo, como pueden ser, salas de <i>chat</i> , correo electrónico, videoconferencia y transmisiones de radio.	<i>Persona:</i> Enviar un mensaje de texto (por el móvil) a un amigo <i>Organización:</i> Realizar videoconferencias, llamadas telefónicas en conferencia, mensajería instantánea, pizarras interactivas entre todos los miembros <i>Población:</i> Comunidad virtual de jugadores

TABLA 6. CONTEXTOS Y ENTORNOS (continuación)

Contexto y Entorno	Definición	Ejemplos
Físico	<p>Ambiente natural y construido no humano y los objetos dentro de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El entorno natural incluye el terreno geográfico, características sensoriales del entorno, plantas y animales. • El entorno construido y sus objetos incluye los edificios, los muebles, herramientas o dispositivos. 	<p><i>Persona:</i> El domicilio de la persona, apartamento</p> <p><i>Organización:</i> El edificio de la oficina, la fábrica</p> <p><i>Población:</i> El sistema de transporte</p>
Social	<p>Se construye a través de la presencia, relaciones y expectativas de las personas, organizaciones y poblaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad y expectativas de individuos significativos, tales como el esposo/a, amigos y cuidadores. • Relaciones con individuos, grupos u organizaciones. • Relaciones con los sistemas (por ejemplo, político, legal, económico, institucional) que influyen en el establecimiento de normas, expectativas del rol y rutinas sociales. 	<p><i>Persona:</i> Amigos, colegas</p> <p><i>Organización:</i> Junta de asesores</p> <p><i>Población:</i> Ayuntamiento</p>

El Proceso de Terapia Ocupacional

Visión general

Esta segunda sección del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional describe el proceso que representa el modo en que los profesionales de terapia ocupacional ponen en práctica sus conocimientos para proporcionar servicios a los clientes (ver Figura 5). Este proceso incluye evaluación, intervención y el seguimiento de los resultados; sucede dentro de la competencia de la disciplina; y requiere colaboración entre el terapeuta ocupacional, el asistente de terapia ocupacional y el cliente. Los profesionales de terapia ocupacional deben poseer la titulación apropiada y asumir las normas éticas, las leyes existentes y los reglamentos exigidos para cada etapa del proceso de la terapia ocupacional.

En muchas profesiones se valora el proceso de la **evaluación, intervención** y el logro de **los resultados** de la intervención. Sin embargo, sólo los profesionales de terapia ocupacional centran este proceso hacia el objetivo final de apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Los

profesionales de terapia ocupacional también utilizan las ocupaciones como método de implementar la intervención involucrando a través de todo el proceso a los clientes en ocupaciones que son seleccionadas desde el punto de vista terapéutico. El uso que esta profesión hace de la ocupación como medio y como fin es una aplicación única del proceso (Trombly, 1995).

EVALUACIÓN

Perfil Ocupacional – Es el primer paso en el proceso de evaluación y nos proporciona un conocimiento del historial y experiencias ocupacionales del cliente, sus patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades. Se identifican los problemas y preocupaciones del cliente acerca de llevar a cabo sus ocupaciones y las actividades de la vida diaria, y se determinan las prioridades del cliente.

Análisis del desempeño ocupacional – Este es el paso del proceso de evaluación en el que se identifican de manera más específica los problemas actuales y potenciales del cliente. A menudo se observa el desempeño en su entorno real para identificar qué facilita el desempeño y qué es lo que limita. Se tienen en cuenta las destrezas y los patrones de ejecución, el entorno y contextos, las demandas de actividad y las características del cliente, pero sólo se seleccionan aquellos aspectos que pueden ser evaluados específicamente. Se identifican los resultados que se desean.

INTERVENCIÓN

Plan de intervención – El plan guiará las acciones tomadas que se desarrollarán en colaboración con el cliente. Estará basado en una selección de teorías, marcos de referencia y ajustado a la evidencia. Se confirmarán los resultados que se desean.

La aplicación de la intervención – Acciones en curso que se toman para influir y apoyar el progreso en el desempeño del cliente. Las intervenciones se dirigen hacia los resultados identificados. Las respuestas del cliente se supervisan y se documentan.

Revisión de la intervención – Una revisión del plan de intervención y del proceso así como del progreso hacia los resultados esperados.

RESULTADOS

(Apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación)

Los resultados – Determinación del éxito en alcanzar los resultados esperados. La información de la valoración de los resultados se utiliza para planificar acciones futuras con el cliente y para evaluar el programa del servicio (por ejemplo, evaluación del programa).

Figura 5. Proceso de la Prestación de Servicios

El proceso de la prestación del servicio se aplica dentro de las competencias de la profesión para mantener la salud y participación del cliente.

Aunque para fines de organización el *Marco de Trabajo* describe el proceso de forma lineal, en realidad, el proceso no ocurre secuenciado, paso a paso (ver Tabla 7). Por el contrario, es fluido y dinámico, lo que permite a profesionales de terapia ocupacional operar con un enfoque progresivo hacia los resultados, a la vez que adaptan y cambian el plan general para acomodarse a nuevos desarrollos y descubrimientos sobre el propio proceso.

La terapia ocupacional facilita las interacciones entre el cliente, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones con el fin de conseguir que el cliente alcance el

resultado deseado que respalde su salud y su participación en la vida. Los profesionales de terapia ocupacional ponen en práctica la teoría, la evidencia, el conocimiento y las destrezas con respecto al uso terapéutico de las ocupaciones para impactar positivamente en la salud, el bienestar y satisfacción por la vida del cliente.

La definición ampliada de *cliente* incluida en este documento es indicativa de una mayor participación de la profesión en proveer servicios no sólo a la persona sino también a organizaciones y poblaciones. Independientemente de si el cliente es una persona, una organización o una población, los deseos, necesidades, riesgos ocupacionales y problemas del cliente son evaluados, y la información es recopilada, sintetizada y considerada desde una perspectiva ocupacional.

Esta perspectiva se basa en las teorías, los conocimientos y las destrezas generadas y utilizadas por la profesión y bien fundamentadas con la evidencia disponible. Las inquietudes de los clientes se tienen en cuenta en relación a los problemas o riesgos del desempeño ocupacional.

Los profesionales de terapia ocupacional desarrollan una relación de colaboración con sus clientes con el fin de comprender sus experiencias y deseos con respecto a la intervención, según se indica en la Figura 2. El enfoque colaborativo, que se utiliza a través de todo el proceso, valora las contribuciones del cliente y del profesional de terapia ocupacional.

Los clientes brindan el conocimiento de sus experiencias de vida y sus **esperanzas** y sueños con respecto al futuro. Ellos identifican y comparten sus necesidades y prioridades. Los profesionales de terapia ocupacional aportan su conocimiento sobre la manera en que la práctica de las ocupaciones afecta la salud y el desempeño.

Esta información se combina con el **razonamiento clínico** y las perspectivas teóricas del profesional para realizar una observación, análisis y una descripción e interpretación del desempeño humano. Los profesionales de terapia ocupacional también aplican sus conocimientos y habilidades para reducir los efectos de la enfermedad, privación de salud y su promoción y la sensación de bienestar. Juntos, profesionales y clientes, identifican y priorizan el enfoque del plan de intervención.

Esta colaboración puede incluir a la familia, a otras personas significativas, a miembros de una comunidad y a personas interesadas que afectan o son afectadas por el compromiso del cliente con la ocupación, la salud y la participación.

TABLA 7. APLICANDO EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Evaluación		Intervención			Resultados
Perfil Ocupacional	↔ Análisis de Desempeño Ocupacional	Plan de Intervención	Implementación de Intervención	Revisión de Intervención	Apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación
Identificar - ¿Quién es el cliente? - ¿Por qué el cliente solicita los servicios? - ¿Qué ocupaciones y actividades son exitosas o están causando problemas? - ¿Qué entornos y contextos respaldan o interfieren con los resultados deseados? - ¿Cuál es la historia ocupacional? - ¿Cuáles son las prioridades y resultados establecidos por el cliente?	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar la información obtenida en el perfil ocupacional. Observar el desempeño del cliente en la actividad /ocupación deseada. Notar la efectividad de las destrezas y patrones de ejecución y seleccionar evaluaciones para identificar factores (contextos, entornos, demandas de la actividad, características del cliente) que pueden estar influenciando las destrezas y patrones de ejecución. Tener en cuenta la fecha de las evaluaciones para identificar facilitadores y barreras para el desempeño. Desarrollar y refinar las hipótesis acerca de las fortalezas y necesidades del desempeño ocupacional del cliente. Colaborar con el cliente para crear metas que se dirijan a los resultados esperados. Delinear áreas para la intervención basadas en evidencia y la mejor práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un plan que incluya Metas objetivas y medibles con un marco de tiempo, Enfoque de intervención de terapia ocupacional basado en teorías y evidencia, Mecanismos para la provisión de servicios. Considerar necesidades y planificarlas. Seleccionar medidas de resultados. Hacer recomendaciones a otros según sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar los tipos de intervención de terapia ocupacional a ser utilizados y ponerlos en práctica. Supervisar las respuestas del cliente de acuerdo a una evaluación constante. 	<ul style="list-style-type: none"> Re-evaluar el plan en relación a lograr los resultados establecidos. Modificar el plan según sea necesario. Determinar la necesidad para continuar, discontinuar o referir. 	<ul style="list-style-type: none"> Centrarse en los resultados según se relacionen con apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Seleccionar formas para medir resultados. Medir y utilizar los resultados.
		← Continúa para renegociar los planes de intervención y los resultados establecidos. →			
← Interacción continua entre evaluación, intervención y resultados ocurre a través de todo el proceso. →					

Rara vez es solamente el individuo el centro exclusivo de la intervención. Por ejemplo, las necesidades de un niño en riesgo puede ser el impulso inicial para la intervención, pero las inquietudes y prioridades de los padres, del resto de la familia y de las entidades de financiación también son tomadas en cuenta. Del mismo modo, los servicios que se dirigen a las habilidades de la vida independiente para adultos que padecen enfermedad mental seria y persistente pueden involucrar las necesidades y expectativas de las agencias locales (ayuntamientos) o estatales así como de empresas privadas.

Durante el proceso, los profesionales de terapia ocupacional están continuamente realizando razonamiento clínico sobre la implicación del cliente en la ocupación. El razonamiento clínico permite al profesional de terapia ocupacional (1) identificar las múltiples demandas, habilidades y significado potencial de la actividad y (2) conseguir un mayor conocimiento de las interrelaciones entre los aspectos del dominio que afectan el desempeño y aquellos aspectos que apoyan a las intervenciones y resultados centrados en el cliente.

Evaluación

El proceso de evaluación comienza con una evaluación realizada por el terapeuta ocupacional y se centra en indagar lo que el cliente quiere y necesita hacer, determinar lo que el cliente puede hacer y ha hecho, e identificar los factores que actúan como apoyo o limitación a la salud y la participación. Frecuentemente la evaluación ocurre tanto formal como informalmente durante todas las interacciones con el cliente. El tipo y la dirección de la evaluación varían dependiendo del tipo de escenario de la práctica (centro de trabajo).

La evaluación consiste del **perfil ocupacional** y el **análisis de la ejecución ocupacional**. El *perfil ocupacional* incluye información sobre el cliente y sus necesidades, sus problemas y las preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación.

El *análisis de la ejecución ocupacional* se centra en reunir e interpretar la información utilizando **instrumentos de valoración** diseñados para observar, medir y examinar los factores que apoyan o limitan el desempeño ocupacional. Aunque los métodos en que los terapeutas ocupacionales recopilan la información del cliente se describen de forma separada y secuencialmente en el *Marco de Trabajo*, la forma exacta está influenciada por las necesidades del cliente y el centro de trabajo. La información relacionada con el perfil ocupacional se recoge durante el proceso de terapia ocupacional.

Los conocimientos y habilidades del terapeuta ocupacional, así como los principios teóricos y evidencia disponibles, guían su razonamiento clínico para la selección y

aplicación de diversas teorías y marcos de referencia durante el proceso de evaluación. Simultáneamente, los conocimientos y habilidades del terapeuta ocupacional en estas áreas influyen en la información que se obtiene durante la evaluación.

Los conocimientos y las evidencias sobre los problemas en el desempeño ocupacional y las condiciones diagnósticas son utilizados para guiar la recopilación de información y síntesis de la misma tanto para su interpretación como para la planificación de la intervención. Las habilidades del terapeuta ocupacional para interpretar los resultados de las pruebas con respecto a la evaluación completa conducen a un claro bosquejo de las fortalezas y limitaciones que afectan la ejecución ocupacional del cliente. El asistente de terapia ocupacional contribuye al proceso de evaluación según sus competencias adquiridas y bajo la supervisión de un terapeuta ocupacional.

Perfil Ocupacional

Un *perfil ocupacional* se define como un resumen de la información que describe el historial ocupacional y experiencias del cliente, y además tiene en cuenta los patrones de la vida diaria, los **intereses**, valores y necesidades del cliente. Debido a que el perfil está diseñado para obtener una comprensión de la perspectiva y antecedentes del cliente, su formato varía dependiendo si el cliente es una persona, organización, o población. Utilizando un **proceso centrado en el cliente**, el terapeuta ocupacional obtiene información para entender lo que actualmente es importante y significativo para el cliente.

El perfil incluye investigación relacionada con lo que el cliente quiere y necesita hacer en el presente o futuro, así como experiencias e intereses pasados que pueden ayudar a identificar las fortalezas y limitaciones del cliente. Al filtrar la información recogida durante el perfil ocupacional posteriormente se completa el plan de intervención y los resultados identificados.

Durante el proceso de recoger esta información, se identifican las prioridades y los resultados deseados por el cliente que lo conducirán a participar en la ocupación para mejorar su salud. Los clientes identifican las ocupaciones que dan sentido a sus vidas y seleccionan las **metas** y prioridades que son importantes para ellos. Valorar y respetar la colaboración del cliente en el proceso terapéutico ayuda a fomentar su participación y guía las intervenciones con más eficacia.

El proceso y el momento de completar el perfil ocupacional varía dependiendo de las circunstancias. Los profesionales de terapia ocupacional pueden reunir información formal e informalmente en una sesión o durante un período prolongado mientras trabaja con el cliente. Obtener información mediante entrevistas formales así como por conversaciones informales ayuda a establecer una relación terapéutica con el

cliente. Idealmente, la información obtenida durante el desarrollo del perfil ocupacional conduce a un planteamiento más centrado en el cliente en la evaluación, la planificación de la intervención, y las etapas de implementación de la intervención.

Concretamente, la información recogida responde las siguientes preguntas:

- ¿Quién es el cliente (persona, incluidos familiares, cuidadores, y otras personas importantes; población; u organización)?
- ¿Por qué están solicitando los servicios, y cuáles son las preocupaciones actuales del cliente en cuanto a su participación en las ocupaciones y en las actividades de la vida diaria?
- ¿Cuáles son las áreas de la ocupación que son exitosas, y cuáles son las áreas que están causando problemas o creando riesgos (ver Tabla 1)?
- ¿Qué contextos y entornos apoyan o limitan la participación en las ocupaciones deseadas?
- ¿Cuál es el historial ocupacional del cliente (esto es: experiencias de la vida, valores, intereses, patrones previos de participación en las ocupaciones y en las actividades en la vida diaria, incluso los significados asociados con ellas)?
- ¿Cuáles son las prioridades del cliente y sus resultados deseados?

Una vez que los datos del perfil se han recogido y documentado, el terapeuta ocupacional examina la información; identifica las fortalezas del cliente, sus limitaciones, y sus necesidades; y desarrolla una hipótesis provisional sobre las posibles razones para los problemas y las preocupaciones identificadas. El asistente de terapia ocupacional puede contribuir al proceso.

La información del perfil ocupacional suele orientar la selección de las medidas de los resultados. Si el cliente es una organización o una población, las fortalezas y las necesidades son aquellas que afectan a la entidad colectiva en lugar de la persona.

Análisis de la Ejecución Ocupacional

La ejecución ocupacional es el logro de la ocupación seleccionada como resultado de la interacción dinámica entre el cliente, el contexto, el entorno, y la actividad. La evaluación de la ejecución ocupacional implica uno o más de los siguientes:

- Síntesis de la información del perfil ocupacional para centrarse en las áreas ocupacionales específicas y los contextos que deben ser atendidos;
- Observar el desempeño ocupacional del cliente durante actividades relevantes a las ocupaciones deseadas, examinando la eficacia de las destrezas y los patrones de ejecución;
- Seleccionar y utilizar evaluaciones específicas para medir las destrezas y los patrones de ejecución, según corresponda;

- Seleccionar evaluaciones, según sea necesario, para identificar y medir más específicamente los contextos o entornos, demandas de las actividades, y las características del cliente que influyen en las destrezas y los patrones de ejecución;
- Interpretar los datos de la evaluación para determinar qué apoya la ejecución y lo que la limita u obstaculiza;
- Desarrollar y refinar las hipótesis sobre las fortalezas y las limitaciones del desempeño ocupacional del cliente;
- Establecer metas en colaboración con el cliente que se dirijan a los resultados deseados;
- Determinar los procedimientos para medir los resultados de la intervención; y
- Delinear un posible enfoque o enfoques de intervención basado en las mejores prácticas y en las evidencias disponibles.

Frecuentemente se utilizan varios métodos durante el proceso de evaluación para evaluar el cliente, el contexto, la ocupación o la actividad, y el desempeño ocupacional. Estos métodos pueden incluir una entrevista con el cliente y otras personas importantes, la observación del desempeño y del contexto, revisión del expediente, y evaluación directa de aspectos específicos de la ejecución. Pueden ser utilizadas herramientas de evaluación formales e informales, estructuradas y no estructuradas, y de criterio estandarizadas o normalizadas.

Las evaluaciones estandarizadas son las preferidas, cuando son apropiadas, para proporcionar datos objetivos sobre los diversos aspectos del dominio que influyen en la participación y la ejecución. “Obtener información fiable y válida [mediante el uso de las evaluaciones estandarizadas] proporciona un alto nivel de apoyo y puede justificar la necesidad de los servicios de terapia ocupacional” (Gutman, Mortera, Hinojosa, y Kramer, 2007, p. 121).

El **análisis de actividad** es un proceso importante utilizado por los profesionales de terapia ocupacional para comprender las demandas que una actividad específica deseada supone para un cliente. “El análisis de actividad trata de las demandas típicas que supone una actividad, la gama de habilidades involucradas en su ejecución, y los distintos significados culturales que pueden atribuirse a ella” (Crepeau, 2003, p. 192). Cuando se termina el análisis de actividad y se interpretan las demandas de una actividad específica que el cliente quiere y necesita hacer, son entonces comparadas las destrezas y habilidades específicas del cliente con las demandas de la actividad seleccionada.

- El análisis de actividad basado en la ocupación coloca a la persona [cliente] en primer plano. Se toma en cuenta los intereses, metas, habilidades y

contextos particulares de la persona [cliente], así como las demandas de la actividad en sí.

- Estas consideraciones forman los esfuerzos del profesional para ayudar a la persona [cliente] a alcanzar sus metas por un proceso de evaluación e intervención cuidadosamente diseñado. (Crepeau, 2003, p. 193).

Examinar los entornos y contextos en los que el desempeño ocupacional ocurre o puede llevarse a cabo proporciona la oportunidad de formarnos una idea sobre las influencias subyacentes e incluidas en el proceso de participación.

El entorno externo y el contexto (por ejemplo, entorno físico y social, contexto virtual) proporcionan recursos que apoyan o limitan el desempeño del cliente (por ejemplo, el ancho de las puertas como parte del entorno físico que permiten acceso para una silla de ruedas, la presencia o ausencia de un cuidador como parte del entorno social, el acceso a un ordenador para comunicarse con otros como parte del contexto virtual). Entornos distintos (por ejemplo, la comunidad, la empresa, la institución, el domicilio) ofrecen apoyo y recursos distintos para la prestación de servicios (por ejemplo, la evaluación de un infante o niño pequeño en un hospital sin estar presentes los cuidadores principales supone resultados distintos a una evaluación realizada con uno de los padres en el domicilio).

El contexto personal del cliente influye en la prestación de servicios afectando las creencias personales, percepciones y expectativas. El contexto cultural existe dentro de un grupo pequeño de personas relacionadas entre sí, tales como un núcleo familiar, y dentro de grupos grandes de personas, tales como poblaciones de un país o grupo étnico.

“Apoyar la salud y la participación en la vida mediante la participación en la ocupación es el resultado general del proceso de intervención de terapia ocupacional.”

Las expectativas, creencias y costumbres de diversas culturas pueden afectar la **identidad** y las opciones de actividad de un cliente y por lo tanto es necesario que se consideren al determinar cómo y cuándo los servicios pueden proveerse. Observe que en la Figura 2, el contexto y el entorno se presentan como entidades que rodean y sustentan el proceso.

Analizar la ejecución ocupacional requiere una comprensión de la interacción compleja y dinámica entre las destrezas y los patrones de

ejecución, contextos y entornos, demandas de la actividad, y las características del cliente.

Los profesionales de terapia ocupacional atienden cada aspecto y miden la influencia de cada aspecto en los demás — individualmente y colectivamente.

Comprendiendo cómo estos aspectos influyen dinámicamente en cada uno de los demás, los terapeutas ocupacionales pueden evaluar mejor cómo pueden contribuir eventualmente a intervenciones que apoyan el desempeño ocupacional. Cuando se trabaja con una organización o población, los profesionales de terapia ocupacional consideran las capacidades del desempeño ocupacional de los miembros del colectivo.

Intervención

El proceso de **intervención** consiste en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente. Los profesionales de terapia ocupacional utilizan la información sobre el cliente obtenida durante la evaluación y de los principios teóricos para dirigir las intervenciones centradas en la ocupación.

La intervención se provee para ayudar al cliente a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para identificar y lograr aspiraciones; para satisfacer necesidades; y para cambiar o hacer frente al entorno en el que participa. En la Tabla 8 se presenta una variedad de tipos de intervenciones de terapia ocupacional. La intervención es destinada a promover de la salud. La *promoción de la salud* es “el proceso de habilitar a las personas a mejorar y a aumentar el control sobre su salud” (OMS, 1986). Wilcock (2006) escribe

Seguir una visión de promoción de la salud del cliente hacia su bienestar centrado en la ocupación comprende la creencia de que la amplitud del potencial de lo que la gente puede hacer, ser y lo que se esfuerza por convertirse son la preocupación principal, y que la salud es un producto de esto. Un estilo de vida ocupacional variado y completo casualmente mantendrá y mejorará la salud y el bienestar si éste permite a las personas ser creativas y aventureras físicas, mental, y socialmente. (p. 315)

Las intervenciones varían dependiendo del cliente – persona, organización o población – y del contexto de la prestación de servicios (Moyers y Dale, 2007). El término actual utilizado para referirse a los clientes que reciben terapia ocupacional varía entre los escenarios de práctica y los modelos de prestación de servicios. Por ejemplo, cuando se trabaja en un hospital, la persona podría ser contemplada como un *paciente*, y en una escuela, el cliente podría ser un *estudiante, maestro, padre, o administrador*.

Cuando se prestan servicios a una organización, el cliente puede ser llamado *consumidor*. Cuando se sirve a una población, el cliente puede ser entidades específicas, tales como grupos de discapacidad, personas que están sin hogar, o refugiados.

El término *persona* incluye a otros que también pueden ayudar o ser servidos indirectamente, tales como cuidador, maestro, padre, empresario, o cónyuge. Al abordar la persona o un pequeño grupo de personas que apoyan o cuidan al cliente en necesidad de los servicios (por ejemplo, cuidador, maestro, socio, empresario, cónyuge), los profesionales abordan la interacción entre las características del cliente, las destrezas y los patrones de ejecución, los contextos y entornos, y las demandas de la actividad que influyen en el desempeño ocupacional dentro de las ocupaciones que la persona necesita y quiere hacer. La dirección de la intervención está en modificar los entornos/contextos y las demandas de las actividades o patrones, promocionar la salud, establecer o restaurar y mantener el desempeño ocupacional, y prevenir discapacidades adicionales y más problemas relacionados con el desempeño ocupacional.

Las intervenciones proporcionadas a las *organizaciones* están diseñadas para conseguir que la organización satisfaga más eficaz y eficientemente las necesidades de sus clientes o consumidores y accionistas. Los profesionales se enfocan en aspectos de la organización o agencia tales como por ejemplo: su misión, sus valores, la cultura y estructura organizacional, políticas y procedimientos, y su entorno construido y natural. Los profesionales también evalúan cómo cada uno de estos aspectos ayuda o impide el desempeño de los individuos dentro de la organización. Por ejemplo, para que el personal de una institución de cuidado diestro de enfermería pueda proporcionar un mejor servicio, un profesional de terapia ocupacional puede recomendar que se pinten las paredes de cada pasillo de un color diferente, para así lograr que los pacientes/residentes localicen sus habitaciones más fácilmente.

Las intervenciones provistas a las *poblaciones* están dirigidas a todos los miembros de un colectivo en lugar de individualizar a cada persona dentro del colectivo. Los profesionales dirigen sus intervenciones a problemas presentes en ese momento o a prevenir problemas de salud potenciales o a condiciones discapacitantes dentro de la población y la comunidad. Su objetivo es mejorar la salud de todas las personas dentro de la población dirigiendo los servicios y apoyos dentro de la comunidad que pueden ser implementados para mejorar el desempeño de la población.

La intervención a menudo se centra en actividades de promoción de la salud, servicios educativos para la auto-gestión, y la modificación del entorno. Por ejemplo, el profesional de terapia ocupacional puede diseñar el desarrollo de programas basados en el cuidado diario llevados a cabo por estudiantes universitarios voluntarios para los albergues de indigentes que atienden a las familias en un área metropolitana. Los profesionales pueden trabajar con una amplia variedad de poblaciones que experimentan dificultades para acceder a y participar de ocupaciones de la salud debido a condiciones tales como la pobreza, la falta de vivienda, y la discriminación.

El proceso de intervención se divide en tres pasos: (1) plan de intervención, (2) implementación de la intervención, y (3) revisión de la intervención. Durante el proceso de intervención, la información obtenida en la evaluación se integra con la teoría, los modelos de práctica, los marcos de referencia, y la evidencia. Esta información guía el razonamiento clínico del terapeuta ocupacional y del asistente de terapia ocupacional en el desarrollo, la implementación y la revisión del plan de intervención.

TABLA 8. TIPOS DE INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL

1. EL USO TERAPÉUTICO DE YO – El uso planificado de la personalidad, introspección, percepciones y juicio del profesional de terapia ocupacional como parte del proceso terapéutico (adaptado de Punwar y Peloquin, 2000, p. 285).

2. USO TERAPÉUTICO DE LAS OCUPACIONES Y DE LAS ACTIVIDADES⁶ – Ocupaciones y actividades seleccionadas para clientes específicos que cumplen objetivos terapéuticos. El uso de las ocupaciones/actividades de forma terapéutica, los entorno(s), las demandas de la actividad y las características del cliente se deberán tener en cuenta para establecer los objetivos terapéuticos con el cliente. El uso de las ayudas técnicas, aplicación de los principios de diseño universal y modificaciones al ambiente apoyan la habilidad del cliente a participar en las ocupaciones.

Intervención basada en ocupación

Propósito: el cliente participa en aquellas ocupaciones que van de acuerdo a los objetivos de intervención identificados.

Ejemplos:

- vestirse y llevar a cabo su higiene personal en las mañanas utilizando ayudas técnicas o equipo asistido
- hacer compra y preparar la cena
- utilizar el sistema de transportación pública

Actividades con propósito

Propósito: el cliente participa en actividades seleccionadas específicamente para permitirle desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional.

Ejemplos:

- practicar cómo seleccionar la ropa y manejar los cierres de la ropa
- practicar cómo usar un mapa y el horario de la transportación pública

Métodos preparatorios

Propósito: el terapeuta ocupacional selecciona métodos y técnicas que preparen al cliente para su desempeño ocupacional. Se utiliza antes o concurrentemente con actividades con propósito y basadas en ocupación.

Ejemplos:

- sugerir un programa de acondicionamiento en el hogar usando Pilates y yoga
 - Utilizar ortesis/férulas para proveer soporte y facilitar el movimiento
-

⁶ Información adaptada de Pedretti y Early (2001)

TABLA 8. TIPOS DE INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL (continuación)

3. PROCESO DE ASESORÍA – tipo de intervención en el cual el terapeuta ocupacional usa su conocimiento y experiencia para colaborar con el cliente. El proceso de colaboración abarca identificar el problema, crear posibles soluciones, intentar las soluciones y modificarlas de ser necesario para mayor efectividad. Cuando se ofrece asesoría, el terapeuta no es directamente responsable de los resultados de la intervención (Dunn, 2000^a, p. 113).

- | | |
|---------------------|--|
| Persona | <ul style="list-style-type: none">• Aconsejar a la familia sobre cómo crear una rutina preparatoria para la hora de dormir de sus hijos |
| Organización | <ul style="list-style-type: none">• Recomendar estrategias de evacuación en un desastre para una comunidad residencial en relación a la accesibilidad y la disminución de barreras arquitectónicas |
| Población | <ul style="list-style-type: none">• Aconsejar a personas de edad avanzada sobre iniciativas para conducir vehículos de motor |
-

4. PROCESO DE FORMACIÓN O EDUCACIÓN – proceso de intervención que supone el impartir conocimiento e información sobre ocupación, salud y participación. Para esto no es necesario que el cliente lleve a cabo la ocupación / actividad en el proceso de educación.

- | | |
|---------------------|--|
| Persona | <ul style="list-style-type: none">• Educar a un maestro sobre estrategias de regulación sensorial |
| Organización | <ul style="list-style-type: none">• Enseñar al personal de un albergue cómo estructurar las actividades de la vida diaria, juego y tiempo libre para los participantes |
| Población | <ul style="list-style-type: none">• Educar a los oficiales de una ciudad acerca de la importancia de crear veredas para caminar y correr bicicleta que sean accesibles para todos los miembros de la comunidad |
-

5. AUTO-GESTIÓN – esfuerzos dirigidos hacia promover justicia ocupacional y empoderamiento de los clientes para buscar y obtener recursos que le permitan participar en las ocupaciones de la vida diaria.

- | | |
|---------------------|--|
| Persona | <ul style="list-style-type: none">• Colaborar con una persona para que solicite acomodos razonables en su lugar de trabajo |
| Organización | <ul style="list-style-type: none">• Servir en una junta de gobierno de una organización para solicitar acomodos de vivienda para personas con discapacidades |
| Población | <ul style="list-style-type: none">• Colaborar con adultos con enfermedades mentales para crear conciencia pública del impacto de este estigma en ellos |
-

El plan de intervención

El plan de intervención dirige las acciones del terapeuta ocupacional y del asistente de terapia ocupacional. Éste describe los enfoques de terapia ocupacional, y los tipos y las estrategias de intervención seleccionadas para alcanzar los resultados identificados para el cliente. El plan de intervención se desarrolla en colaboración con el cliente y está basado en sus objetivos y prioridades. Dependiendo si el

cliente es una persona, organización o población, otros tales como miembros de una familia, personas importantes, miembros de una junta, proveedores de servicios y grupos comunitarios también pueden colaborar en el desarrollo del plan.

El diseño del plan de intervención está dirigido por:

- Los objetivos, los valores, las creencias y las necesidades ocupacionales del cliente.
- La salud y el bienestar del cliente.
- Las destrezas y patrones de ejecución del cliente.
- La influencia colectiva que tiene el contexto, el entorno, las demandas de la actividad y los factores del cliente sobre éste.
- El contexto de la prestación del servicio en el cual tiene lugar la intervención (por ejemplo, las expectativas del cuidador, la finalidad de la organización, los requerimientos del pagador, la legislación aplicable); y
- La mejor evidencia disponible.

La selección y el diseño del plan de intervención y las metas están dirigidos a hacer frente a los problemas actuales y a los problemas potenciales del cliente relacionados con la participación en ocupaciones o actividades.

La planificación de la intervención incluye los siguientes pasos:

1. *Desarrollar el plan.* El terapeuta ocupacional desarrolla el plan con el cliente, y el asistente de terapia ocupacional contribuye al desarrollo del plan. El plan incluye
 - Metas objetivas y medibles con un plazo de tiempo.
 - **Enfoque o enfoques de intervención** de terapia ocupacional (ver Tabla 9).
 - Crear o promover
 - Establecer o restaurar
 - Mantener
 - Modificar
 - Prevenir.
 - Mecanismos para la prestación del servicio
 - Personas proveyendo la intervención
 - Tipos de intervenciones
 - Frecuencia y duración del servicio.
2. *Considerar las necesidades y planificación para posible alta*
3. *Seleccionar los instrumentos para medir resultado*
4. *Hacer recomendaciones o referidos a otros según sea necesario.*

TABLA 9. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Estrategias específicas de intervención seleccionadas para dirigir el proceso de intervención que se basan en el resultado deseado del cliente, datos de evaluación y la evidencia.

Enfoque	Objetivo de la Intervención	Ejemplos
<p>Crear, promover (promoción de la salud) a</p> <p>– un enfoque de intervención que no asume que está presente una incapacidad o que hayan factores que interfieran con el desempeño. Este enfoque está diseñado para proveer entornos y experiencias de actividades enriquecedoras que mejorarán el desempeño de todas las personas en los ámbitos naturales de vida (adaptado de Dunn, McClain, Brown, y Youngstrom, 1998, p. 534).</p>	<p>Destrezas de ejecución</p> <p>Patrones de ejecución</p> <p>Contexto o contextos o entorno físico</p> <p>Demandas de la actividad</p> <p>Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crear una clase para ayudar a que los padres primerizos promuevan el desarrollo de sus hijos mediante el juego • Promover un manejo efectivo del estrés creando rutinas del uso del tiempo con clientes saludables • Promover una diversidad de experiencias de juegos sensoriales, recomendar una variedad de equipo para parques y otras áreas de juego • Servir alimentos en un comedor, donde se congregan un grupo de personas, para aumentar las oportunidades de socialización • Promover un aumento en tolerancia recomendando períodos de receso al aire libre diariamente para todos los niños de la escuela • Diseñar un programa de baile para viejos que aumentarán su fuerza y flexibilidad
<p>Establecer, restaurar, (remediación, restauración)a– un enfoque de intervención diseñado para cambiar variables del cliente para establecer una habilidad que no ha sido desarrollada aún o para restaurar una habilidad que se ha afectado (adaptado de Dunn et al., 1998, p. 533).</p>	<p>Destrezas de Ejecución</p> <p>Patrones de ejecución</p> <p>Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer sillas ajustables para mejorar la postura del cliente • Trabajar con centros comunitarios para ancianos para ofrecer programas educativos dirigidos a mejorar la destreza de manejar coches (conducir) • Colaborar con los clientes para ayudarlos a establecer una rutina en la mañana para llegar a tiempo al colegio o al trabajo • Ofrecer clases para el manejo de la fatiga en pacientes con cáncer y sus familias • Colaborar con los clientes para ayudarles a establecer sanos patrones de sueño-vigilia • Desarrollar programas de caminar en el centro comercial para los empleados y miembros de la comunidad • Apoyo diario a las clases de educación física para toda la población de niños en una escuela destinado a mejorar la fuerza física y resistencia • Colaborar con los colegios y las empresas para establecer los modelos de diseño universal en sus edificios, aulas, etc. • Aumentar gradualmente el tiempo que se requiere para finalizar un juego en el ordenador para aumentar el lapso de atención del cliente

TABLA 9. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (continuación)

Enfoque	Objetivo de la Intervención	Ejemplos
<p>Mantener – enfoque de intervención diseñado para proveer las ayudas que permitirán al cliente preservar las capacidades de desempeño que se han vuelto a ganar, que continúe cumpliendo con las necesidades de su ocupación o ambas. Se entiende que, sin una intervención de mantenimiento continuo, el desempeño va a disminuir, no se van a cumplir las necesidades ocupacionales o ambas, afectando así la salud y calidad de vida.</p>	<p>Destrezas de ejecución</p> <p>Patrones de ejecución</p> <p>Contexto o contextos o entorno físico</p> <p>Demandas de la actividad</p> <p>Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la capacidad del cliente para organizar las herramientas, proporcionando un dibujo pintado en un tablero • Desarrollar un programa de seguridad para organizaciones industriales para recordarle a los trabajadores la necesidad de usar el equipo de seguridad • Proveer un programa de vivienda- comunitaria para los adultos mayores para mantener las habilidades motoras y la praxis • Habilitar el cliente para mantener la medicación adecuada, proporcionando un programa de temporizador (alarma) para la ayuda con la memoria • Establecer patrones de ejecución ocupacional para mantener un estilo de vida saludable después de la pérdida significativa de peso • Mantener acceso seguro e independiente a las personas con baja visión recomendando que aumenten la iluminación en los pasillos • Durante un desastre natural, trabajar con instalaciones identificadas como "refugios" para proporcionar juegos y actividades de ocio para las personas desplazadas para permitir una apariencia constructiva y de normalidad • Incorporar principios de diseño universal en los hogares para permitir a las personas envejecer en su entorno • Mantener la independencia en jardinería para personas con artritis en las manos recomendando herramientas con mangos modificados, herramientas de mango largo, alternativas para sentarse, jardines elevados, etc. • Proveer actividades multisensoriales en las cuales los residentes de un hogar de ancianos puedan mantenerse alertas • Proporcionar apoyo a través de una férula para el pulgar para el uso del cliente durante períodos de estrés prolongados o durante una actividad intensa y prolongada para mantener las articulaciones sin dolor

TABLA 9. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (continuación)

Enfoque	Objetivo de la Intervención	Ejemplos
<p>Modificar (compensación, adaptación) a – enfoque de intervención dirigido a “encontrar formas para revisar los ámbitos actuales o demandas de la actividad para apoyar el desempeño en un ambiente natural, [incluyendo] técnicas compensatorias, [tales como]... mejorando algunas características para proveer claves o reduciendo otras características para reducir la distracción” (Dunn et al., 1998, p. 533).</p>	<p>Patrones de ejecución</p> <p>Contexto o contextos o entorno físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un calendario visual para ayudar a un estudiante a seguir rutinas y realizar una transición más fácil entre actividades en su domicilio y en el colegio • Simplificar la secuencia de una tarea para ayudar a una persona con discapacidades cognitivas a completar la rutina de cuidado propio en las mañanas • Ayudar a una familia en la determinación de los requisitos necesarios para la construcción de una rampa en su domicilio para uno de sus miembros que regresa a su domicilio después de un período de rehabilitación física • Consultar con los constructores en el diseño de casas que permitan a las familias tener la capacidad de proveer espacio para sus padres mayores (Ej. habitación y baño completo en el primer piso en una vivienda multinivel) • Modificar la cantidad de personas en un aula para mejorar la atención
	<p>Demandas de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptar la superficie de escritura utilizada por un estudiante en el aula añadiendo un plano inclinado ajustable. • Asistir a un paciente con enfermedad terminal y a su familia modificando las tareas para mantenerlo participando en ellas • Ofrecer consultoría a los colegios para colocar los interruptores de forma que se incremente el acceso de los estudiantes a los ordenadores, dispositivos de comunicación aumentativa, dispositivos ambientales, y así sucesivamente • Proporcionar un asiento en la estación de ensamblaje para permitir que un cliente con poca tolerancia a la posición de pie pueda seguir desempeñando su labor

TABLA 9. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL (continuación)

Enfoque	Objetivo de la Intervención	Ejemplos
<p>Prevenir (prevención de discapacidad)⁷ – enfoque de intervención diseñado para dirigirse a clientes con o sin una discapacidad quienes están en riesgos de problemas en su desempeño ocupacional. Este enfoque está diseñado para prevenir que surjan o se desarrollen barreras que limiten la ocupación en los ámbitos. Las intervenciones pueden dirigirse al cliente, ámbito o variable de la actividad (adaptado de Dunn et al., 1998, p. 534).</p>	<p>Destrezas de ejecución</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir una postura pobre al sentarse por periodos prolongados proveyendo una silla con apoyo apropiado en la espalda
	<p>Patrones de ejecución</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar en la prevención del uso de sustancias controladas comenzando una rutina de estrategias que apoye una conducta libre de drogas
	<p>Contexto o contextos o entorno físico</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir el aislamiento social de los empleados promoviendo la participación en actividades grupales después del trabajo. Reducir el riesgo de caídas modificando el entorno y eliminando riesgos conocidos en el domicilio (Ej. quitando alfombras)
	<p>Demandas de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir lesión en la espalda proveyendo educación sobre técnicas apropiadas para levantar equipos
	<p>Características del cliente (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir lesiones por estrés repetitivo sugiriendo a los clientes que utilicen una férula de soporte para las muñecas al escribir. Asesoría a una cadena de hoteles para proveer un programa educativo de ergonomía diseñado para prevenir lesiones en la espalda a sus empleados de mantenimiento.

Revisión de la Intervención

La **revisión de la intervención** es el proceso continuo de re-evaluar y revisar el plan de intervención, la eficacia de la intervención, así como el progreso hacia los resultados. Al igual que durante la planificación de la intervención, este proceso incluye la colaboración con el cliente teniendo en cuenta sus metas.

⁷ Lenguaje paralelo utilizado en Moyers y Dale (2007, p. 34).

Dependiendo si el cliente es una persona, una organización o una población, otras entidades, tales como miembros de la familia, personas significativas, miembros de junta, otros proveedores de servicio, y grupos comunitarios, también pueden colaborar en la revisión de la intervención. La **re-evaluación** y la revisión pueden conducir a cambios en el plan de intervención.

La revisión de la intervención incluye los siguientes pasos:

1. Re-evaluar el plan y cómo éste se está implementando en relación con el logro de los resultados
2. Modificar el plan según sea necesario
3. Determinar la necesidad para continuar o discontinuar los servicios de la terapia ocupacional y la necesidad de referir a otros servicios.

La revisión de la intervención puede incluir la evaluación de los programas para poder calificar la forma en que se ofrecen los servicios de terapia ocupacional. Esto puede incluir la valoración de la satisfacción del cliente y su percepción de los beneficios que obtuvo al recibir los servicios de la terapia ocupacional (adaptado de Maciejewski, Kawiecki, y Rockwood, 1997). Ejemplos, pueden incluir (1) una carta de agradecimiento de la familia de un niño con espina bífida (persona), (2) una solicitud para recibir servicios adicionales de terapia ocupacional para sus clientes en un refugio (organizaciones), y (3) la adquisición de fondos para implementar grupos de apoyo para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer en los Estados Unidos (poblaciones).

Resultados

El resultado general y global del proceso de intervención de terapia ocupacional es apoyar la salud y la participación en la vida mediante el compromiso con las ocupaciones. Esta afirmación sobre el resultado reconoce la creencia que tiene la profesión de que involucrarse de manera activa en las ocupaciones promueve, facilita y mantiene la salud y la participación.

Los *resultados* se definen como dimensiones importantes de la salud, que se atribuyen a las intervenciones, e incluye la capacidad para la función, las percepciones de salud y la satisfacción con el cuidado (adaptado de *Request for Planning Ideas*, 2001). Los resultados son el producto final del proceso de terapia ocupacional y describen lo que puede lograr la intervención de terapia ocupacional con los clientes.

Los tres conceptos interrelacionados incluidos en los resultados globales se definen como:

1. *Salud* - “(Un) concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas” (OMS, 1986).
2. *Participación* - Esto es “involucrarse en una situación de vida” (OMS, 2001, p.10). La participación sucede naturalmente cuando los clientes toman parte activa al llevar a cabo las ocupaciones o las actividades de la vida diaria, que tienen un propósito y significado dentro de los contextos deseados por el cliente. Los resultados más específicos de la intervención de terapia ocupacional (ver Tabla 10) son multidimensionales y apoyan el resultado final de la participación.
3. *Compromiso con las ocupaciones* - El compromiso adoptado al realizar las ocupaciones es el resultado de la elección, motivación y significado e incluye los aspectos objetivos y subjetivos de llevar a cabo las actividades con propósito y significativas para cada persona, organización o población. La intervención de terapia ocupacional se dirige a crear o facilitar las oportunidades necesarias para involucrarse en estas ocupaciones.

Para determinar los logros del cliente en alcanzar la salud y la participación en la vida a través de involucrarse en las ocupaciones, los profesionales de terapia ocupacional evalúan los resultados observables.

Esta evaluación tiene en cuenta las aparentes relaciones entre varios de los aspectos de su desempeño ocupacional. Por ejemplo, el progreso en la capacidad de un cliente para incorporar las destrezas de ejecución en una rutina (patrón del ejecución) y el aumento en la fuerza o del arco de movimiento (funciones corporales) que hace posible participar (o comprometerse) en el manejo del hogar (AIVD).

En cualquier evaluación de los resultados que utilizan los profesionales de terapia ocupacional, están de manera implícita, las creencias y las suposiciones del cliente con respecto al desempeño ocupacional deseado. Las herramientas de evaluación y las variables medidas a menudo llegan a ser la definición del resultado.

Por lo tanto, los profesionales de terapia ocupacional seleccionan las evaluaciones de los resultados que son pertinentes a las necesidades y deseos de los clientes, congruentes con el modelo teórico de la práctica escogido por el profesional, basado en el conocimiento de las propiedades psicométricas de las medidas estandarizadas o la base correcta y los protocolos de las pruebas no estandarizadas, así como la evidencia disponible.

Además, la percepción de éxito que tiene el cliente al comprometerse con su participación en las ocupaciones es vital para cualquier evaluación de los resultados. Como punto de comparación y en colaboración con el cliente, el terapeuta ocupacional puede volver a revisar el perfil ocupacional para evaluar el cambio.

TABLA 10. TIPOS DE RESULTADOS

Los ejemplos citados especifican cómo se aplica el resultado general de comprometerse con la ocupación. Los ejemplos no pretenden incluirlo todo.

Resultado	Descripción
Desempeño ocupacional	<p>El acto de hacer y completar una actividad u ocupación elegida y que es el resultado del intercambio dinámico entre el cliente, el contexto y la actividad. Mejorar o aumentar las habilidades y patrones en el desempeño ocupacional lleva a participar en ocupaciones o actividades (adaptado en parte de de Law et al., 1996, p.16).</p> <p>Mejorar - Se utiliza cuando está presente alguna limitación en el desempeño. Estos resultados documentan el aumento en el desempeño ocupacional para la persona, organización, o población. Ejemplos de estos resultados pueden incluir: (1) la capacidad de un niño con autismo para jugar de manera interactiva con uno de sus pares (persona); (2) la capacidad de una persona mayor para regresar de una unidad de cuidados a su domicilio (persona); (3) la disminución en la incidencia de dolor de espalda en el personal de enfermería, como resultado de un programa de educación de mecánica corporal para llevar a cabo sus tareas de trabajo que requieran inclinarse, levantar peso, etc. (organizaciones); y (4) la construcción de instalaciones deportivas y de recreación para todos los niños en parques municipales de la ciudad (poblaciones).</p> <p>Aumentar - Se utiliza cuando aún no está presente, alguna limitación en su desempeño. Estos resultados documentan el desarrollo de las destrezas de ejecución y de los patrones de ejecución que aumentan el desempeño existente o previenen que se desarrollen problemas potenciales en las ocupaciones en la vida. Ejemplos de resultados pueden incluir: (1) aumentar la confianza y la competencia de las madres adolescentes en la crianza de sus hijos como resultado de grupos sociales estructurados y clases sobre el desarrollo del niño (persona); (2) aumentar los socios del centro de ancianos local como resultado de diferentes programas de bienestar social y ejercicios (organizaciones); (3) aumentar las habilidades del personal del colegio para identificar y manejar la violencia de los jóvenes como resultado de un entrenamiento de solución de conflictos dirigidos a los “jóvenes intimidantes” (organizaciones) y (4) aumentar las oportunidades para que las personas de edad avanzada participen en las actividades de la comunidad mediante programas de educación ambulantes (poblaciones).</p>
Adaptación	<p>Un cambio de enfoque que hace el cliente como respuesta cuando se enfrenta a un reto en su ocupación. “Este cambio se realiza cuando la manera de responder a la que está acostumbrado [el cliente] no es adecuada para producir algún grado de dominio sobre el reto” (adaptado de Schultz y Schkade, 1997, p. 474). Ejemplos de resultados en adaptación incluyen (1) clientes que modifican su comportamiento para obtener privilegios en una dispositivo para tratamiento para adolescentes (persona); (2) una compañía que rediseña un programa diario que permita un flujo de trabajo más uniforme y la disminución de incidencia de estrés (organizaciones); y (3) una comunidad que permite más medios de transporte público accesibles y construye y “reserva” asientos para que las personas mayores socialicen y descansen (poblaciones).</p>
Salud y bienestar	<p>La salud es un recurso para la vida diaria, no es la finalidad de vivir. Para los individuos, es un estado de bienestar físico, mental y social, así como un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales y las capacidades físicas (OMS, 1986). Las organizaciones y poblaciones incluyen estos aspectos individuales y también comprenden la responsabilidad de los miembros de la sociedad como un conjunto. <i>Bienestar</i> es un proceso activo mediante el cual los individuos (organizaciones o poblaciones) son conscientes y hacen elecciones para una existencia más exitosa” (Hettler, 1984, p. 1170). El bienestar es más que una carencia de síntomas de enfermedad; es un estado de equilibrio mental y físico (adaptado del <i>Taber's Cyclopedic Medical Dictionary</i>, 1997, p. 2110). Ejemplos de resultados podrían incluir (1) la participación en salidas a la comunidad de un cliente con esquizofrenia de un hogar social (persona); (2) la puesta en práctica, por parte de una empresa, de un amplio programa dirigido a identificar los problemas y las soluciones para tener equilibrio entre el trabajo, el ocio, y la vida familiar (organizaciones); y (3) disminuir la incidencia de obesidad en la población infantil (poblaciones).</p>

TABLA 10. TIPOS DE RESULTADOS (continuación)

Participación	Participar en las ocupaciones deseadas de manera que sea personalmente gratificante y congruente con las expectativas dentro de la cultura.
Prevención	<p>“La promoción de la salud está igual y esencialmente dirigida a crear las condiciones necesarias para la salud a nivel individual, estructural, social, y ambiental, mediante el conocimiento de los determinantes de la salud: paz, protección, educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, y la equidad” (Kronenberg, Algado, y Pollard, 2005, p. 441). La terapia ocupacional promueve un estilo de vida saludable en el individuo, grupo, organización, comunidad (social), y a nivel gubernamental o político (adaptado de Brownson y Scaffa, 2001). Ejemplos de estos resultados podrían incluir (1) proporcionar un asiento y un área de juego apropiados para un niño con problemas ortopédicos (persona); (2) la puesta en marcha de un programa de ocio y de actividades educativas para un centro de acogida de adultos con enfermedad mental severa (organizaciones); y (3) el acceso a los servicios de terapia ocupacional en áreas marginadas sin tener en cuenta el ambiente cultural o étnico (poblaciones).</p> <p>La apreciación dinámica de la satisfacción de vida del cliente (percepción de progreso hacia sus propias metas), la esperanza (la creencia real o percibida de que uno puede dirigirse hacia una meta por los caminos seleccionados), el auto-concepto; conjunto compuesto de creencias y sentimientos acerca de uno mismo), la salud y el desempeño (incluyendo el estado de salud, las capacidades para el auto-cuidado), y los factores socioeconómicos, por ejemplo, la vocación, la educación, los ingresos económicos; adaptado de Radomski, 1995; Zhan, 1992). Los resultados podrían incluir (1) la participación plena y activa en una actividad recreativa de un niño sordo con una familia de oyentes (persona); (2) los residentes que son capaces de prepararse para salir de excursión y viajar de manera independiente como consecuencia de un entrenamiento para la vida independiente dirigido para un grupo de cuidadores (organización); y (3) la creación de un espacio para promover oportunidades para establecer contactos, realizar actividades de auto-gestión, y compartir la información científica para sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares y sus familias (población).</p>
Calidad de vida	
Competencias para desempeñar sus roles	La capacidad de hacer frente eficazmente a las demandas de los roles en los que el cliente participa.
Auto-gestión	<p>Promoverse o apoyarse de manera activa uno mismo o a otros (individuos, organizaciones o poblaciones); requiere un conocimiento de fortalezas y necesidades, identificar las metas, conocimientos de los derechos y responsabilidades legales, y la comunicación de esos aspectos a otros (adaptado de Dawson, 2007). Los resultados podrían incluir (1) un estudiante con una discapacidad de aprendizaje solicita y recibe ajustes/adaptaciones razonables tales como libros de texto grabados en audio (persona); (2) un comité de empresa a nivel local que solicita y tramita teclados ergonómicos para los ordenadores del trabajo (organización); y (3) las personas con discapacidades defienden el diseño universal en toda construcción pública y privada (población).</p>
Justicia ocupacional	<p>Acceder y participar en una amplia gama de ocupaciones significativas y enriquecedoras que están permitidas a otros. Incluye oportunidades para la inclusión social y recursos para participar en ocupaciones para satisfacer las necesidades personales, de salud y sociales (adaptado de Townsend y Wilcock, 2004).</p> <p>Los resultados podrían incluir (1) personas con discapacidad intelectual asistiendo como miembros de un comité asesor para establecer programas ofrecidos por un centro comunitario de recreación (persona); (2) trabajadores que tienen tiempo suficiente permitido para comer con sus hijos pequeños en la guardería (organización); (3) personas con enfermedad mental crónica que son bien recibidos en un centro comunitario de recreo como resultado de una campaña para combatir la discriminación y el estigma social (organización); y (4) proporcionar opciones alternativas de vivienda adaptada para que una persona mayor pueda vivir “y envejecer” en su propia casa (poblaciones).</p>

Los beneficios de la terapia ocupacional son variados y podrían ocurrir en todos los aspectos del dominio correspondiente. El resultado global del proceso de intervención de terapia ocupacional es apoyar la salud y la participación en la vida mediante el compromiso con las ocupaciones.

El progreso del cliente en su desempeño ocupacional, la felicidad percibida, la auto-eficacia, y el sentido de esperanza sobre su vida y sus habilidades son los resultados más valiosos. Por ejemplo, los padres cuyos hijos recibieron terapia ocupacional se dieron cuenta de que podían entender de forma diferente los comportamientos de su niño y tenían una mayor percepción de eficacia acerca de la forma en que criaban a sus hijos (Cohn, 2001; Cohn, Miller, y Tickle-Degnan, 2000).

Las intervenciones diseñadas para los cuidadores de personas con demencia mejoran la calidad de vida tanto para quien recibe el cuidado como para el cuidador que lo ofrece. Los cuidadores que recibieron la intervención informaron disminución en el menoscabo del desempeño ocupacional de los clientes y menos necesidad de ayuda, y mejoraron sus capacidades y destrezas, la auto-eficacia, y en su propio bienestar. (Gitlin y Corcoran, 2005; Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce, y Hauck, 2001; Gitlin et al., 2003).

Para las personas, los resultados podrían incluir las impresiones subjetivas relacionadas con las metas tal como el progreso en sus actitudes, confianza, esperanza, sentido del humor, la auto-eficacia, mantener las ocupaciones que valoran, la capacidad de recuperación o el bienestar auto-percibido.

Los resultados también pueden incluir incrementos apreciables en cuanto al progreso de los factores relacionados con el desempeño ocupacional tales como la integridad de piel, la cantidad de sueño, resistencia, deseo, iniciación, equilibrio, destrezas viso-motoras, y en el nivel de participación, la participación en la actividad y la reintegración en la comunidad.

Para las organizaciones, los resultados podrían incluir el aumento del estado de ánimo en el puesto de trabajo, la productividad, la disminución de las lesiones, y mejorar la satisfacción del trabajador. Los resultados para las poblaciones podrían incluir la promoción de la salud, la justicia social, y el acceso a los servicios.

Las definiciones y las connotaciones de los resultados son específicas a los clientes, grupos, y organizaciones así como a las entidades administradoras y reguladoras. Tanto los resultados específicos como la documentación de esos resultados varían según el lugar de la práctica y están influenciados por la organización de cada uno de los lugares.

Nuestro enfoque en los resultados se encuentra entrelazado durante todo el proceso de terapia ocupacional. El terapeuta ocupacional y el cliente colaboran durante la evaluación para identificar los resultados iniciales deseados por el cliente, relacionados con el hecho de involucrarse en ocupaciones valiosas o actividades de la vida diaria.

Durante la implementación de la intervención y la re-evaluación, el cliente y el terapeuta y, cuando sea apropiado, el asistente de terapia ocupacional, pueden modificar los resultados deseados para ajustar/ acomodar el cambio a las necesidades, los contextos, y las habilidades para su desempeño. El terapeuta ocupacional y el cliente pueden redefinir los resultados deseados cuando se realice el análisis del desempeño ocupacional y el desarrollo del plan de intervención.

La implementación del proceso de los resultados comprende los siguientes pasos:

1. Seleccionar los tipos de los resultados y la medición de éstos incluyendo, pero sin estar limitado al **desempeño ocupacional, la adaptación, la salud y el bienestar, la participación, la prevención, la auto-gestión, la calidad de vida, y la justicia ocupacional** (ver la Tabla 10).
 - Seleccionar las medidas del resultado al principio del proceso de intervención (ver "Evaluación" más arriba).
 - Seleccionar medidas del resultado que sean válidas, fiables, y apropiadamente sensibles al cambio en el desempeño ocupacional del cliente y que sean consistentes con los resultados.
 - Seleccionar las medidas del resultado o instrumentos para un cliente específico que sean congruentes con sus metas.
 - Seleccionar las medidas del resultado que estén basadas en su habilidad actual o aparente para predecir futuros resultados.
2. Utilizar los resultados para medir el progreso y modificar las metas y las intervenciones.
 - Comparar el progreso con respecto al logro de la meta hacia los resultados durante todo el proceso de intervención.
 - Valorar la utilización del resultado y las consecuencias de tomar las decisiones sobre la futura dirección de la intervención (por ejemplo, continuar, modificar o descontinuar la intervención, proporcionar seguimiento, referir a otros servicios).

Perspectivas Históricas y Futuras del *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional*

El *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional* surge de la revisión de los documentos relacionados a la *Terminología Uniforme*. El primer documento fue “Sistemas de Documentar el Producto de Terapia Ocupacional y Terminología Uniforme para Documentar los Servicios de Terapia Ocupacional” (*Occupational Therapy Product Output Reporting Systems and Uniform Terminology for Reporting Occupational Therapy Services*) (AOTA, 1979).

Este texto original creó una terminología consistente que pudo ser utilizada en documentos oficiales, en la práctica y en la educación. La segunda edición de la “Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional” (*Uniform Terminology for Occupational Therapy*) (AOTA, 1989) fue adoptada por la Asamblea de Representantes de la AOTA (AR) y publicada en el 1989.

El documento estaba dirigido a delinear y definir solamente las áreas de desempeño ocupacional y los componentes del desempeño ocupacional que se trabajaban en el servicio directo en terapia ocupacional. La última revisión, “Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional – Tercera Edición” (*Uniform Terminology for Occupational Therapy-Third Edition (TU-III)*; AOTA, 1994) fue adoptada por la AR en 1994 y se “amplió a fin de reflejar la práctica actual y para incorporar los aspectos contextuales del desempeño” (p.1047).

Cada revisión reflejó cambios en la práctica actual y proveyó una terminología consistente que podía ser utilizada por la profesión. Siendo originalmente un documento que respondía a los requisitos federales para desarrollar un sistema uniforme de documentación, el texto poco a poco pasó a describir y esbozar el dominio de alcance de la terapia ocupacional.

En el otoño de 1998, la Comisión de Práctica de AOTA (CDP) se lanzó a la aventura que culminó en el *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (Marco de Trabajo; AOTA, 2002b). Durante ese tiempo, la AOTA publicó La Guía para la Práctica de Terapia Ocupacional (Moyers, 1999), en la cual se resumen muchos de los cambios contemporáneos, y la CDP revisó cuidadosamente ese documento.

A la luz de aquellos cambios y de los comentarios recibidos durante el proceso de revisión de la TU-III, la CDP decidió que necesidades de la práctica habían cambiado y que era el momento de desarrollar un tipo de documento diferente.

Debido a que el *Marco de Trabajo* es un documento oficial de la AOTA, éste es revisado en un ciclo de cada cinco (5) años. Durante el período de revisión, la CDP

recogió comentarios de los miembros, estudiantes, autores y profesionales a fin de determinar los cambios necesarios.

Las revisiones se dirigieron a mantener la integridad del *Marco de Trabajo* y se cambió sólo lo necesario. La revisión reflejó las contribuciones de la actual CDP, clarificando la redacción del documento y los conceptos emergentes y cambios en la terapia ocupacional. La justificación para los cambios específicos se enumera en la Tabla 11.

El *Marco de Trabajo* es un documento en constante evolución y será objeto de otra revisión en cinco (5) años, en la cual nuevamente será examinada la utilidad del documento y la necesidad de nuevas clarificaciones y cambios. La próxima revisión probablemente cambiará como resultado de la evolución de la profesión hacia la *Visión Centenaria* de la AOTA de 2017 de “la Terapia Ocupacional como una profesión poderosa, ampliamente reconocida, orientada científicamente y basada en la evidencia con una conexión global y diversos equipos de trabajo enfrentando las necesidades ocupacionales de la sociedad” (AOTA, 2007a).

A pesar de que el *Marco de Trabajo* representa lo más reciente en la evolución de la profesión, está construido sobre un conjunto de valores que la profesión de terapia ocupacional ha mantenido desde su fundación en 1917.

Esta visión tiene en su centro una profunda creencia en el valor terapéutico de las ocupaciones como una forma de remediar la enfermedad y mantener la salud (Slagle, 1924). Ésta enfatiza en la importancia de establecer una relación terapéutica con cada cliente y diseñar un plan de tratamiento basado en el conocimiento del entorno del individuo, sus valores, sus metas y sus deseos (Meyer, 1922). Y ésta defiende la práctica científica basada en la observación y tratamiento sistemáticos (Dunton, 1934).

Al interpretar utilizando el léxico de hoy en día, los fundadores propusieron una visión que estaba basada en la ocupación, centrada en el cliente, contextual y basada en la evidencia – la visión articulada en el *Marco de Trabajo* actualmente.

TABLA 11. RESUMEN DE LAS REVISIONES SIGNIFICATIVAS DEL MARCO DE TRABAJO

Área de Dominio	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Título	Apoyar la Salud y la Participación en la Vida a Través del Compromiso con la Ocupación.	Aumentar la claridad de la intención.	Cambio en el título original de la Figura 1, Compromiso con la Ocupación para apoyar la Participación en el Contexto o Contextos, enfatiza que el vehículo de terapia ocupacional para la salud y la participación es el compromiso con la ocupación. Se eliminó "en el contexto" para acortar el título, porque éste es discutido en el texto está implicado en la definición de ocupación.
Espiritualidad	Se movió desde Contexto Característica del Cliente.	Reflejar la forma en la cual los profesionales de terapia ocupacional visualizan y analizan el significado, valores y creencias de una amplia gama de clientes.	Con más frecuencia, los individuos consideran que la espiritualidad reside dentro del cliente en lugar de ser parte de un contexto. Moreira–Almeida y Koenig (2006) han discutido la espiritualidad, la religión y las creencias personales como componentes de la calidad de vida. Sus definiciones están incluidas en el texto.
Destrezas de ejecución	Categorías más generales con un lenguaje más genérico.	Proveer un lenguaje inclusivo de una amplia gama de evaluaciones e intervenciones así como de términos comúnmente utilizados en la literatura relacionados a las destrezas.	Basado en su trabajo con la "Valoración de Habilidades Motoras y de Procesamiento" ("Assessment of Motor and Process Skills" - AMPS), Fisher (2006) proporcionó las categorías y definiciones más claras de cómo funcionan las habilidades. En esta revisión se hace un intento de atender las críticas al Marco de Trabajo del 2002 en relación a que las categorías eran limitadas. Para ampliar las categorías de las destrezas a un lenguaje más genérico e inclusivo, la CDP examinó detenidamente las diferencias entre funciones del cuerpo, habilidades, capacidades, niveles de destrezas y componentes de las ocupaciones. En la mayoría de los artículos, los autores utilizan indistintamente los términos relacionados con destreza, habilidades y capacidades, confundiendo el asunto.

TABLA 11. RESUMEN DE LAS REVISIONES SIGNIFICATIVAS DEL MARCO DE TRABAJO (continuación)

Área de Dominio	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Destrezas de ejecución			<p>Para añadir la dificultad de proporcionar a los lectores con una lista de destrezas de ejecución, las categorías propuestas no son completamente distintas unas de las otras. Sin crear una distinción aparente entre las categorías, es necesario tolerar el traslado en estas áreas de destrezas. Por ejemplo, de acuerdo a Filley (2001), “el aprendizaje y adquisición de las destrezas de praxis pueden ser un fenómeno idéntico” (p. 89). La percepción se discute con frecuencia en la literatura cognitiva, la cognición social implica un conjunto específico de destrezas; como lo son también las destrezas socio-emocionales; y las destrezas sensorimotoras son muchas veces consideradas en conjunto.</p>
Descanso y sueño	Se movió de las AVD a Áreas de Ocupación	Destaca la importancia del descanso y el sueño, especialmente en cómo se relacionan con apoyar o limitar la participación en otras áreas de ocupación.	<p>El descanso y el sueño son dos de las cuatro categorías principales de la ocupación discutidas por Adolf Meyer (1922). A diferencia de cualquier otra área de ocupación, todas las personas descansan como resultado de participar en las ocupaciones y se dedican a dormir por varias horas por día a lo largo del ciclo de vida. Dentro de la ocupación de descanso y sueño se encuentran actividades tales como prepararse y preparar el ambiente para dormir, interactuar con otras personas que comparten el espacio para dormir, leer o escuchar música para dormirse, tomar siesta, soñar, ir al baño durante la noche, responsabilidades de cuidado por la noche y de garantizar la seguridad. El sueño afecta significativamente todas las demás áreas de ocupación. Jonsson (2007) propuso que proporcionarle importancia al sueño en el <i>Marco de Trabajo</i> como un área de ocupación promoverá la consideración de alternativas de estilo de vida como un aspecto importante de la participación y la salud.</p>

TABLA 11. RESUMEN DE LAS REVISIONES SIGNIFICATIVAS DEL MARCO DE TRABAJO (continuación)

Área de Dominio	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Contexto	Cambió a contexto y entorno	Permitir el uso de términos más generales consistentes audiencias externas y las teorías de terapia ocupacional existentes	Los términos <i>contexto</i> y <i>entorno</i> no significan lo mismo, pero muchas veces son utilizados indistintamente. En la literatura general, entorno es utilizado con más frecuencia. Las teorías de terapia ocupacional utilizan a menudo entorno en lugar de contexto. Este cambio permite una confluencia entre los dos términos. En la narrativa, contexto es utilizado para incluir entorno.
Justicia Ocupacional	Incluye la narrativa sobre la importancia de la justicia social específica para terapia ocupacional	Destacar la importancia de los valores de la terapia ocupacional en la comunidad mundial	La discusión de los conceptos de justicia ocupacional exhorta a los profesionales a examinar las múltiples contribuciones al compromiso y a la participación social. Townsend y Wilcock (2004) son líderes en nuestro conocimiento de este concepto importante. Gupta y Walloch (2006) proveen un buen resumen de este trabajo.
Cliente	Incluye persona, organización, población	Ampliar el alcance de los servicios de terapia ocupacional y proveer un lenguaje consistente con los grupos de auto-gestión y creación de políticas	Consistente con <i>La Guía de la Práctica de Terapia Ocupacional</i> (Moyers y Dale, 2007). El lenguaje en la literatura de terapia ocupacional se enfoca con frecuencia en el individuo o la persona. Este cambio destaca la forma en la cual la terapia ocupacional contribuye a grupos de personas, poblaciones y organizaciones, en muchas ocasiones en áreas de práctica no tradicionales.
Razonamiento clínico	Identificar la manera en que los profesionales se informan del cliente. Ven al cliente según sus conocimientos, habilidades y evidencias/ pruebas	Destaca la importancia de las habilidades que tiene el profesional para resolver problemas de los profesionales en la interacción con el cliente	El razonamiento clínico se amplió en el documento para enfatizar su importancia en todo el proceso de terapia ocupacional. De forma intrínseca a cualquier interacción entre el profesional de terapia ocupacional y el cliente está el pensamiento crítico implícito dentro de las habilidades de razonamiento clínico que documentan y dirigen la intervención.
Análisis de la actividad Resumen de la actividad	Incluye la discusión sobre el análisis de las actividades en sí mismas y en relación con el cliente.	Destaca la importancia de esta destreza crítica que documenta la intervención	Los profesionales de terapia ocupacional tienen un alto nivel de habilidad identificando las demandas de una actividad y resumiendo esta información comparándola con las necesidades y habilidades del cliente para identificar las dificultades específicas en su desempeño ocupacional.

TABLA 11. RESUMEN DE LAS REVISIONES SIGNIFICATIVAS DEL MARCO DE TRABAJO (continuación)

Área de Dominio	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Auto-gestión	Incluye la auto-gestión como un resultado	Proveer un enfoque hacia el empoderamiento como un elemento clave en la salud y la participación	Cuando se trabaja con individuos, poblaciones u organizaciones, terapia ocupacional interviene promoviendo la auto-gestión como un medio para mejorar la salud y la participación.
Práctica basada en la evidencia	Destaca el papel de la investigación en la documentación de la práctica	Articula el valor de una profesión orientada hacia la ciencia	Terapia ocupacional es una profesión basada en la ciencia básica y aplicada que documenta la práctica.
Terminología	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Transaccional e Interactivo	Incluye la idea de que áreas del dominio son negociables y el cliente es interactivo	Establece la distinción entre las relaciones de los conceptos dentro del dominio e interacciones entre los clientes y los profesionales de terapia ocupacional	Transaccional es utilizado para describir la forma dinámica en la cual se entrelazan las áreas de dominio de terapia ocupacional. Interactivo es la forma en la cual los clientes y los profesionales de terapia ocupacional participan juntos o con otros. Terapia ocupacional es por consiguiente la interacción entre los profesionales de terapia ocupacional y los clientes dentro de una o más áreas del dominio para cumplir el objetivo general de comprometerse con la ocupación para apoyar la salud y la participación.
Actividad ocupación y actividad con propósito	Utiliza la ocupación para incluir la actividad en el narrativo	Aumentar la legibilidad del documento	Reconociendo la labor de los estudiosos en el campo, los autores reconocen las diferencias entre actividad y ocupación. Sin embargo, este documento no participa en esta discusión. En el Marco de Trabajo, ocupación es utilizada para incluir la actividad. Actividad es utilizada específicamente cuando se consideran las tareas por sí mismas (separadas del cliente). Actividad con propósito se utiliza para describir un tipo de intervención que el terapeuta haya determinado que es "con el propósito" de alcanzar las metas de la intervención, no para considerar si la actividad seleccionada por el cliente es o no con propósito.
Resultados	Cambios	Beneficio Perseguido	Justificación
Resultados	Se añade justicia ocupacional y auto-gestión a la Tabla 10: Tipos de Resultados	Reconoce el compromiso de terapia ocupacional con la justicia ocupacional y la auto-determinación para todas las personas	Reconociendo que un resultado importante en la intervención de terapia ocupacional puede ser permitir que todas las personas sean capaces de satisfacer sus necesidades básicas y tener igualdad de oportunidades en la vida para alcanzar su potencial a través de la participación en ocupaciones diversas y significativas.

Agradecimientos

La Comisión de la Práctica (CDP) expresa su sincero agradecimiento a todos aquellos que participaron en el desarrollo del *Marco de la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso, 2^{da} edición*. Esta nueva edición representa los esfuerzos combinados de muchos estimados colegas proporcionando una descripción colectiva de la arquitectura de la terapia ocupacional en la cual se produce la ecología de la profesión. En adición a los nombres que se enumeran a continuación, la CDP desea agradecer a cada uno de los que contribuyeron al diálogo, retroalimentación y conceptos presentados en el documento.

Se extiende un sincero y profundo agradecimiento a Wendy Schoen por todo su apoyo; a la pasada presidenta, Carolyn Baum, PhD, OTR/L, FAOTA, y a la presidenta actual Penelope A. Moyers Cleveland, EdD, OTR/L, BCMH, FAOTA, por sus análisis y dirección; los miembros del Consejo Coordinador de la Asamblea de Representantes (CCAR), especialmente Brent Braveman, PhD, OTR/L, FAOTA; y Wendy Hildenbrand, MPH, Otr/L, FAOTA; Mary Frances Baxter, PhD, OTR/L; Christine Beall, OTR/L; Stefanie Bodison, MA, OTR/L; Sarah Burton, MS, OTR/L; Denea S. Butts, OTD, OTR/L; Jane Case-Smith, EdD, OTR, BCP, FAOTA; Florence Clark, PhD, OTR/L, FAOTA; Gloria Frolek Clark, MS, OTR/L, FAOTA; Elizabeth Crepeau, PhD, OTR, FAOTA; Anne E. Dickerson, Phd, OTR/L, FAOTA; Winifred Dunn, PhD, OTR, FAOTA; Lisa Ann Fagan, MS, OTR/L; Anne G. Fisher, PhD, OTR, FAOTA; Naomi Gil, MSc, OT; Lou Ann Griswald, OhD, OTR, FAOTA; Sharon A. Gutman, PhD, OTR/L; Jim Hinojosa, PhD, OT, FAOTA; Hans Johsson, PhD, OT(Reg); Paula Kramer, PhD, OTR/L, FAOTA; Patricia LaVesser, PhD, OTR/L; Donna Lucente-Surber, OTR/L; Stephen H. Luster, MS, OTR, CHT; Zoe Mailloux, MA, OTR/L, FAOTA; Jean McKinley-Vargas, MS, OTR/L; David Nelson, PhD, OTR/L, FAOTA; Diane Parham, PhD, OTR/L, FAOTA; Marta Pelczarski, OTR; Kathlyn L. Reed, PhD, OTR, FAOTA; Barbara Schell, PhD, OTR/L, FAOTA; Camille Skubik-Peplaski, MS, OTR/L, BCP; Virginia Carroll Stoffel, PhD, OT, BCMH, FAOTA; Marjorie Vegeley, OTR/L; y Naomi Weintraub, PhD, OTR.

Glosario

A

Actividad (Actividades)

Una clase de acciones humanas que se dirigen hacia una meta.

Actividad con propósito

Un comportamiento o actividad dirigida hacia una meta dentro de un contexto diseñado terapéuticamente que conduce a una ocupación u ocupaciones. Actividades seleccionadas específicamente que permiten al cliente desarrollar destrezas que mejoran su compromiso ocupacional.

Actividades de la vida diaria (AVDs)

Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994, págs. 181-202). **AVD** también se refiere a las *actividades básicas de la vida diaria (ABVD)* y las *actividades personales de la vida (APVD)*. Estas actividades son “fundamentales para vivir en un mundo social, permiten la supervivencia y el bienestar” (Christiansen y Hammecker, 2001, p. 156). (ver Tabla 1 para la definición de términos).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs)

Actividades de apoyo a la vida diaria en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD (ver Tabla 1).

Adaptación

El abordaje de respuesta que el cliente hace cuando se enfrenta a un reto ocupacional. “Este cambio se realiza cuando los abordajes de respuestas a los que está acostumbrado el individuo no son adecuados para producir algún grado de dominio sobre el reto” (Schultz y Schkade, 1997, p. 474).

Análisis de actividad

“...incluye las demandas típicas de una actividad, la gama de habilidades involucradas en su ejecución, y los distintos significados culturales que pueden atribuirse a ella” (Crepeau, 2003, p. 192).

Análisis del desempeño ocupacional

Parte del proceso de evaluación. Recopilar información con herramientas de valoración diseñadas para observar, medir, e indagar acerca de los factores seleccionados que apoyan o limitan el desempeño ocupacional.

Empoderamiento

Conocer tus fortalezas y necesidades, identificar tu meta personal, conocer tus derechos legales y responsabilidades, y comunicar éstos a otros (Dawson, 2007).

Áreas de ocupación

Varios tipos de actividades de la vida, en las cuales las personas se comprometen, incluyendo las siguientes categorías: AVDs, AIVD, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (ver Tabla 1).

Auto-gestión (auto defensa-apoyo, del inglés advocacy)

La “búsqueda de resultados influyentes– incluyendo la política pública y decisiones para localizar recursos dentro de los sistemas político, económico y social y en las instituciones – que afectan directamente la vida de las personas” (*Advocacy Institute*, 2001, según citado en Goodman-Lavey y Dunar, 2003, p. 422).

B

Bienestar

“Un proceso activo mediante el cual los individuos toman conciencia de y toman decisiones hacia una existencia más exitosa” (Hettler, 1984, p. 1117). Bienestar es más que la carencia de síntomas de enfermedad. Es un estado de equilibrio físico y mental y estar en buena forma física (adaptado de *Taber’s Cyclopedic Medical Dictionary*, 1997, p. 2110).

C

Calidad de vida

La apreciación dinámica de la satisfacción de vida del cliente (percepción de progreso hacia sus propias metas), el auto-concepto (el conjunto compuesto de creencias y los sentimientos acerca de uno mismo), la salud y el funcionamiento (incluyendo el estado de salud, las capacidades para el auto-cuidado), y los factores socioeconómicos, (por ejemplo, la vocación, la educación, los ingresos económicos; adaptado de Radomski, 1995; Zhan, 1992).

Características del cliente

Aquellas características que residen dentro del cliente que pueden afectar al desempeño en las áreas de ocupación. Las características del cliente incluyen los valores, las creencias, y la espiritualidad; las funciones del cuerpo; y las estructuras del cuerpo (ver Tabla 2).

Ciencia ocupacional

Una disciplina académica interdisciplinaria en las ciencias sociales y conductuales dedicada al estudio de la forma, la función, y el significado de las ocupaciones humanas (Zemke y Clark, 1996).

Cliente

La entidad que recibe los servicios de terapia ocupacional. Los clientes pueden incluir (1) individuos y otras personas relevantes en la vida del individuo, incluyendo familias, cuidadores, maestros, empleadores y otros que puedan ayudar o recibir servicios indirectamente; (2) organizaciones tales como negocios, industrias o agencias; y (3) poblaciones dentro de una comunidad (Moyers y Dale, 2007).

Compromiso

La acción de compartir actividades.

Contexto

Se refiere a una variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente que influyen en su desempeño. Los contextos incluyen el cultural, el personal, el temporal y el virtual (ver Tabla 6).

Co-ocupaciones

Actividades que implícitamente implican al menos dos personas. (Zenke y Clark, 1996)

Creencias

Cualquier contenido cognitivo considerado como verdadero por el cliente (Moyers y Dale, 2007)

Cultural (contexto)

“Costumbres, creencias, patrones de actividad, estándares de comportamientos y expectativas aceptadas por la sociedad a la cual el [cliente] pertenece. Incluye el origen étnico y los valores así como los aspectos políticos, tales como las leyes que impiden la accesibilidad a determinados recursos y que confirman los derechos de la persona. Además, incluye oportunidades para la educación, empleo y el apoyo económico” (AOTA, 1994, p. 1054).

D

Demandas de la actividad

Las características de una actividad, las cuales incluyen los objetos y sus propiedades físicas, espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, las acciones requeridas o habilidades necesarias para llevar a cabo la actividad, y las funciones y estructuras del cuerpo utilizadas durante el desempeño de la actividad. (Ver Tabla 3).

Descanso

Acciones tranquilas y sin esfuerzo que interrumpen la actividad física y mental, resultando en un estado relajado (Nurit y Michel, 2003, p. 227).

Desempeño ocupacional

La acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. Mejorar o capacitar en habilidades y patrones en el desempeño ocupacional, conduce al compromiso con las ocupaciones o actividades (adaptado en parte de Law et al., 1996, p. 16).

Destrezas cognitivas

Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para planificar y gestionar la ejecución de una actividad.

Destrezas de comunicación y sociales

Acciones o comportamientos que utiliza una persona para comunicarse e interactuar con otros en un entorno interactivo (Fisher, 2006).

Destrezas de regulación emocional

Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para identificar, manejar y expresar sus sentimientos mientras se compromete en actividades o interactúa con otros.

Destrezas motoras y praxis

Motoras

Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para moverse e interactuar físicamente con las tareas, objetos, contextos, y entornos (adaptado de Fisher, 2006). Incluye planificar, secuenciar, y ejecutar movimientos nuevos y novedosos.

Ver también Praxis.

Destrezas sensoriales – perceptuales

Acciones o comportamientos que utiliza un cliente para localizar, identificar y responder a las sensaciones y para seleccionar, interpretar, asociar, organizar y recordar eventos sensoriales que incluyen sensaciones visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles, olfativas, gustativas y vestibulares.

Dominio

Un ámbito de actividad, preocupación, o función (*American Heritage Dictionary*, 2006).

E

Educación

Incluye las actividades de aprendizaje necesarias cuando se participa en un entorno (ver Tabla 1).

Enfoque centrado en el cliente

Una orientación que honra los deseos y las prioridades de los clientes al diseñar e llevar a cabo las intervenciones (adaptado de Dunn, 2000^a, p. 4).

Enfoques de intervención

Estrategias específicas seleccionadas para dirigir el proceso de las intervenciones que se basan en el resultado deseado del cliente, datos de la evaluación y la evidencia (ver Tabla 9).

Entorno

Los ambientes externos, físico y social, que rodean al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria del cliente. (Ver Tabla 6).

Entorno físico

Ambiente no humano, natural y construido, y los objetos dentro de éste.

Entorno social

Está formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones.

Esperanza

La creencia real o percibida de que uno puede dirigirse hacia una meta por los caminos seleccionados (López et al., 2004).

Espiritualidad

“La búsqueda personal para comprender las respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida, sobre el significado y sobre la relación con lo sagrado o trascendental, que pueden (o no) dar lugar a o surgir de la evolución de rituales religiosos y la formación de la comunidad” (Moreira-Almeida y Koenig, 2006, p. 844).

Estructuras del cuerpo

“Partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, miembros/extremidades y sus componentes [que apoyan las funciones del cuerpo]” (OMS, 2001, p. 10) (ver Tabla 2).

Evaluación

“El proceso de obtener e interpretar la información necesaria para la intervención. Esto incluye planificar y documentar el proceso de evaluación y los resultados” (AOTA, 2005, p. 663).

F

Funciones del cuerpo

“Las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo (incluyendo las funciones psicológicas)” (OMS, 2001, p. 10) (ver Tabla 2).

H

Hábitos

“Comportamiento automático que está integrado en patrones más complejos y que le permiten a las personas funcionar en el día a día...” (Neistadt y Crepeau, 1998, p. 869). Los hábitos pueden ser de útiles, dominantes o empobrecedores , así como pueden servir de apoyo o interferir con el desempeño en las áreas de ocupación.

I

Identidad

“una definición compuesta del yo e incluye un aspecto interpersonal...un aspecto de posibilidad o potencial (en quien podemos convertirnos), y un aspecto de valores (que sugiere importancia y provee de una base estable para elecciones y decisiones)... La identidad puede ser vista como una visión subordinada de nosotros mismos que incluye tanto la auto-estima y auto-concepto como también refleja, de modo importante, y está influenciada por el gran mundo social en el cual nos encontramos” (Christiansen, 1999, pp. 548-549).

Independencia

“Un estado auto-dirigido de ser caracterizado por la capacidad de un individuo para participar en ocupaciones necesarias y preferidas de una forma satisfactoria independientemente de la cantidad o tipo de asistencia externa deseada o requerida

- La auto-determinación es esencial para alcanzar y mantener la independencia;
- La independencia de un individuo no está relacionada con si él o ella desempeña las actividades relacionadas a una ocupación por sí mismo o por sí misma, desempeña las actividades en un entorno adaptado o modificado, hace uso de varios aparatos o estrategias alternativas, o supervisa la actividad siendo completada por otros;
- La independencia es definida por la cultura y valores del individuo, sus sistemas de apoyo, y la habilidad para dirigir su vida; y

- La independencia de un individuo no debe fundamentarse en criterios pre-establecidos, la percepción de observadores externos, o en cómo se alcanza la independencia” (AOTA, 2002a, p. 660).

Interdependencia

La “dependencia que las personas tienen unas de las otras como consecuencia natural de vivir en grupo” (Christiansen y Townsend, 2004, p. 277). “la interdependencia genera un espíritu de inclusión social, ayuda mutua, y un compromiso y responsabilidad moral para reconocer y respaldar las diferencias” (p. 146).

Intereses

“Lo que uno encuentra agradable o satisfactorio hacer” (Kielhofner, 2002, p. 25).

Intervención

El proceso y acciones cualificadas tomadas por los profesionales de terapia ocupacional en colaboración con el cliente para facilitar el compromiso con la ocupación relacionado a la salud y participación. El proceso de intervención incluye el plan, la implementación y la revisión (ver Tabla 7).

Intervención basada en ocupación

Un tipo de intervención en terapia ocupacional – una intervención centrada en el cliente en la cual el profesional de terapia ocupacional y el cliente colaboran para seleccionar y diseñar actividades que tienen relevancia o significado específico para ese cliente y respaldan los intereses, necesidades, salud y participación del cliente en la vida diaria.

J

Juego

“Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento, esparcimiento o diversión” (Parham y Fazio, 1997, p. 252) (ver Tabla 1).

Justicia ocupacional

“Justicia referida a las oportunidades y los recursos necesarios para la participación ocupacional suficiente para satisfacer las necesidades personales y la plena ciudadanía” (Christiansen y Townsend, 2004, p. 278). Para experimentar el significado y enriquecimiento en nuestras ocupaciones; para participar en una serie de ocupaciones para obtener salud e inclusión social; para elegir y compartir el poder de tomar decisiones en la vida diaria; y para recibir los mismos privilegios por participar en diversas ocupaciones (Townsend y Wilcock, 2004).

Justicia social

“Distribución ética y compartir recursos, derechos y responsabilidades entre las personas, reconociendo su valor como ciudadanos iguales. [Ésta reconoce] ‘su igual derecho de ser capaces de llenar las necesidades básicas, la necesidad de difundir oportunidades y posibilidades de vida lo más ampliamente posible, y finalmente el requisito de que podemos reducir y, en lo posible, eliminar las desigualdades injustificadas” (Comisión de Justicia Social, 1994, p. 1).

“La promoción de cambio social y económico para aumentar la conciencia, recursos y oportunidades a nivel individual, comunitario y político para alcanzar la salud y el bienestar” (Wilcock, 2006, p. 344).

M

Metas

“El resultado o logro hacia el cual se dirigen los esfuerzos; objetivo; finalidad” (*Webster’s Dictionary of the English Language*, 1994, p. 605)

Métodos preparatorios

Métodos y técnicas que preparan al cliente para el desempeño ocupacional. Se utiliza antes o concurrentemente con actividades con propósito y basadas en ocupación.

O

Ocio o tiempo libre

“Una actividad no obligatoria que está motivada intrínsecamente y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, auto-cuidado o dormir” (Parham y Fazio, 1997, p. 250).

Ocupación

“Actividades dirigidas a una meta que suelen extenderse en el tiempo y tienen significado para el desempeño e incluye múltiples tareas” (Christiansen et al., 2005, p. 548).

“Actividades diarias que reflejan valores culturales, proveen de estructura a la vida, y significado a los individuos; esas actividades se relacionan con las necesidades humanas de auto-cuidado, disfrute, y participación en la sociedad” (Crepeau, Cohn, y Schell, 2003, p. 1031).

“Actividades en las que la gente se compromete a través de su vida diaria para ocupar el tiempo y darle un sentido a la vida. Las ocupaciones incluyen habilidades y destrezas mentales, y pueden, o no, tener dimensiones físicas observables.” (Hinojosa y Kramer, 1997, p. 865).

[A]ctividades... de la vida diaria, nombradas, organizadas y a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. La ocupación es todo lo que la gente hace para ocuparse incluyendo cuidar de ellos mismos..., disfrutar de la vida...y contribuir al entramado económico y social de sus comunidades” (Law, Polatajko, Baptiste, y Townsend, 1997, p. 32).

“Una relación dinámica entre una forma ocupacional, una persona con una estructura de desarrollo única, propósitos y sentidos subjetivos y el desempeño ocupacional resultante” (Nelson y Jepson-Thomas, 2003, p. 90).

“El hacer de las actividades diarias que pueden ser nombradas en el léxico de la cultura” (Zemke y Clark, 1996, p. vii)

Organizaciones

Entidades con un propósito o trabajo común tales como negocios, industrias o agencias.

P

Participación

“Involucrarse en una situación vital” (OMS, 2001, p. 10).

Participación social

“Patrones organizados de comportamiento que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social” (Mosey, 1996, p. 340).

Patrones de Ejecución

Patrones de comportamiento relacionados con las actividades de la vida diaria que son habituales o rutinarios. Éstos pueden incluir hábitos, rutinas, rituales y roles (ver Tabla 4).

Perfil ocupacional

Un resumen del historial ocupacional, patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades del cliente.

Personal

“Rasgos del individuo que no son parte de una condición de salud o estado de salud” (OMS, 2001, p. 17). El contexto personal incluye la edad, el género, el estado socioeconómico y educativo. Puede incluir también los niveles en la organización (por ejemplo, voluntarios, empleados) y los niveles en la población (por ejemplo, miembros de una sociedad).

Personas

Individuos, incluyendo las familias, los cuidadores, los maestros, los empleados y otros que sean relevantes.

Poblaciones

Grupos grandes en sí mismos o como un todo, tales como refugiados, veteranos desamparados, y personas que necesitan silla de ruedas.

Praxis

Movimientos intencionales diestros (Heilman y Rothi, 1993). Habilidad para realizar actos motores en secuencia como parte de un plan completo en lugar de actos individuales (Liepmann, 1920). Habilidad para realizar una actividad motora aprendida, incluyendo seguir un comando verbal, construcción viso-espacial, destrezas oculares y oral-motoras, imitación de una persona o un objeto, y acciones en secuencia (Ayres, 1985; Filley, 2001). Organización de secuencias temporales de las acciones dentro de un contexto espacial, que forman ocupaciones significativas (Blanche y Parham, 2002).

Ver también Motor.

Prevención

“La promoción de la salud está igual y esencialmente dirigida a crear las condiciones necesarias para la salud a nivel individual, estructural, social, y ambiental, mediante

el conocimiento de los determinantes de la salud: paz, protección, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, y la equidad” (Kronenberg, Algado, y Pollard, 2005, p. 441). Promoviendo un estilo de vida saludable en el individuo, grupo, organización, comunidad (social), y a nivel gubernamental o político (adaptado de Brownson y Scaffa, 2001).

Proceso

Una descripción de la forma en la cual los profesionales de terapia ocupacional ponen en práctica su pericia para proveer servicios a los clientes. El proceso incluye evaluación, intervención y supervisión de los resultados; ocurre dentro del alcance del dominio; e incluye la colaboración entre el terapeuta ocupacional, asistente de terapia ocupacional, y el cliente.

Promoción de la salud

“[E]l proceso de capacitar a las personas para mejorar y aumentar el control sobre su salud. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, para satisfacer sus necesidades y cambiar o hacer frente al entorno” (OMS, 1986).

“[C]rear las condiciones necesarias para la salud a nivel individual, estructural, social y del entorno mediante el conocimiento de los determinantes de la salud; paz, protección, educación, alimento, ingreso económico, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, y la equidad” (Trentham y Cockburn, 2005, p. 441).

R

Razonamiento clínico

“Proceso cognitivo complejo y multifacético utilizado por los profesionales para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre la intervención” (Crepeau et al., 2003, p. 1027).

Re-evaluación

Nueva valoración del desempeño y metas del cliente para determinar el tipo y cantidad de cambio.

Resultados

Lo que realmente logra la terapia ocupacional para los consumidores de sus servicios (adaptado de Fuhrer, 1987). El cambio deseado por el cliente que se puede enfocar en cualquier área del desempeño ocupacional del cliente (adaptado de Kramer, McGonigel, y Kaufman, 1991).

Ritual

Acciones simbólicas con significado espiritual, cultural o social que contribuyen a la identidad del cliente y reafirman sus valores y creencias (Fiese et al., 2002; Segal, 2004). Los rituales son altamente simbólicos, con un fuerte componente afectivo y representativo de un conjunto de eventos.

Roles

Los roles son un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y además pueden ser conceptualizados y definidos por el cliente.

Rutinas

Patrones de comportamiento que son observables, regulares, repetitivos, y que proveen de estructura a la vida diaria. Pueden ser placenteras, promotoras de otras conductas o perjudiciales. Las rutinas requieren comprometer un espacio de tiempo, y están embebidas en los contextos cultural y ecológico (Fiede et al., 2002; Segal, 2004).

S

Salud

La salud es un recurso para la vida diaria, no la finalidad de vivir. Es un estado de un completo bienestar físico, mental y social, así como un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (adaptado de OMS, 1986).

Sueño

“Un estado natural de descanso periódico para la mente y el cuerpo, en el cual los ojos usualmente se cierran y la se pierde completa o parcialmente la consciencia, de manera que hay una disminución en el movimiento del cuerpo y en su respuesta a estímulos externos. Durante el sueño, el cerebro en los humanos y en otros mamíferos se somete a un ciclo característico de actividad de ondas cerebrales que incluyen intervalos donde se sueña” (*The Free Dictionary*, 2007) (ver Tabla 1).

Una serie de actividades que resultan en ir a dormir, permanecer dormido y garantizar la seguridad, a través de la participación en el sueño manteniendo el compromiso con los entornos físico y social.

T

Temporal

“Ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo” (Neistadt y Crepeau, 1998, p. 292). La experiencia del tiempo según formada por el compromiso en las ocupaciones. Los aspectos temporales de la ocupación “el cual contribuye a los patrones de las ocupaciones diarias” son “el ritmo... tempo... sincronización... duración... y secuencia” (Larson y Zemke, 2004, p. 610). Éste incluye las etapas de la vida, el momento del día o del año, la duración, el ritmo de la actividad, o la historia.

Terapia ocupacional

La práctica de terapia ocupacional significa el uso terapéutico de las actividades de la vida diarias (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de participar en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes. Los servicios de terapia ocupacional se proveen con el propósito de promover la salud y bienestar y para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, deterioro, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de su participación. La terapia ocupacional atiende los aspectos físico, cognitivo, psicosocial, sensorial, y otros aspectos del desempeño en una variedad de contextos para apoyar el compromiso con las

actividades de la vida diaria que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida (AOTA, 2004a).

Trabajo

“Actividades necesarias para comprometerse en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado” (Mosey, 1996, p. 341).

Transaccional

Un proceso que involucra dos o más individuos o elementos que se influyen y se afectan recíproca y continuamente uno al otro mediante una relación continua (Dickie, Cutchin y Humphry, 2006).

V

Valoración

“Herramientas o instrumentos específicos que son utilizados durante el proceso de evaluación” (AOTA, 2005, p. 663).

Valores

Principios, normas, o cualidades consideradas valiosas o deseadas por el cliente que las tiene (Moyers y Dale, 2007).

Virtual

Entorno en el que la comunicación se produce por ondas o por ordenadores y con ausencia de contacto físico. Incluye la existencia de un ambiente simulado, en tiempo-real o cercanos en el tiempo como pueden ser, salas de chat, correo electrónico, videoconferencia y transmisiones de radio.

Referencias

- American Heritage Dictionary of the English Language* (4th ed.). (2006). Boston: Houghton-Mifflin.
- American Occupational Therapy Association. (1979). *Occupational therapy product output reporting system and uniform terminology for reporting occupational therapy services*. (Available from American Occupational Therapy Association, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824-1220)
- American Occupational Therapy Association. (1989). *Uniform terminology for occupational therapy* (2nd ed.). (Available from American Occupational Therapy Association, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824-1220)
- American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform terminology for occupational therapy (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1047–1054.
- American Occupational Therapy Association. (2002a). Broadening the construct of independence [Position Paper]. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 660.
- American Occupational Therapy Association. (2002b). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609–639.
- American Occupational Therapy Association. (2004a). *Definition of occupational therapy practice for the AOTA Model Practice Act*. Bethesda, MD: Author. (Available from the State Affairs Group, 4720 Montgomery Lane, PO Box 31220, Bethesda, MD 20824–1220)
- American Occupational Therapy Association. (2004b). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 663–667.
- American Occupational Therapy Association. (2004c). Occupational therapy's commitment to nondiscrimination and inclusion (edited 2004). *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 666.
- American Occupational Therapy Association. (2005). Standards of practice for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 663–665.
- American Occupational Therapy Association. (2006). Policy 1.44: Categories of occupational therapy personnel. In *Policy manual* (2007 ed., pp. 33–34). Bethesda, MD: Author.
- American Occupational Therapy Association. (2007a). AOTA Centennial Vision and executive summary. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 613–614.
- American Occupational Therapy Association. (2007b). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 686–700.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.

- Ayres, A. J. (1985). *Developmental dyspraxia and adult onset apraxia*. Torrance, CA: Sensory Integration International.
- Ayres, A. J. (2005). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Baum, C. M., Bass-Haugen, J., & Christiansen, C. H. (2005). Person–environment–occupation–performance: A model for planning interventions for individuals and organizations. In C. H. Christiansen, C. M. Baum, & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed., pp. 373–392). Thorofare, NJ: Slack.
- Bergen, D. (Ed.). (1988). *Play as a medium for learning and development: A handbook of theory and practice*. Portsmouth, NH: Heinemann.
- Blanche, E. I., & Parham, L. D. (2002). Praxis and organization of behavior in time and space. In S. Smith Roley, E. I. Blanche, & R. C. Schaaf (Eds.), *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations* (pp. 183–200). San Antonio, TX: Therapy Skill Builders.
- Bloom, B. S., Krathwohl, D. R., & Masia, B. B. (1984). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: Longman.
- Brownson, C. A., & Scaffa, M. E. (2001). Occupational therapy in the promotion of health and the prevention of disease and disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 656–660.
- Calvert, G., Spence, C., & Stein, B. E. (Eds.). (2004). *The handbook of multisensory processes*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (1997). The perceive, recall, plan, perform (PRPP) system of task analysis. In C. Chapparo & J. Ranka (Eds.), *Occupational performance model* (Australian Monograph 1, pp. 189–197). Sydney: Occupational Performance Network.
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity—An essay on competence, coherence, and the creation of meaning [1999 Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547–558.
- Christiansen, C. H., & Baum, M. C. (Eds.). (1997). *Occupational therapy: Enabling function and wellbeing*. Thorofare, NJ: Slack.
- Christiansen, C., Baum, M. C., & Bass-Haugen, J. (Eds.). (2005). *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Christiansen, C. H., & Hammecker, C. L. (2001). Self care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 155–175). Philadelphia: F. A. Davis.
- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (Eds.). (2004). *Introduction to occupation: The art and science of living*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Clark, F. A. (2000). The concept of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis. *Occupational Therapy Journal of Research*, 20, 123S–137S.
- Cohn, E. S. (2001). Parent perspectives of occupational therapy using a sensory integration approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 285–294.

- Cohn, E. S., Miller, L. J., & Tickle-Degnan, L. (2000). Parental hopes for therapy outcomes: Children with sensory modulation disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *54*, 36–43.
- Commission on Social Justice. (1994). *Social justice: Strategies for national renewal. The report of the Commission on Social Justice*. London: Vintage.
- Crepeau, E. (2003). Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In E. Crepeau, E. Cohn, & B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (10th ed., pp. 189–198). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Schell, B. (Eds.). (2003). *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dawson, J. (2007). *Self-advocacy: A valuable skill for your teenager*. Retrieved January 20, 2007, from www.schwablearning.org
- Dickie, V., Cutchin, M. P., & Humphry, R. (2006). Occupation as transactional experience: A critique of individualism in occupational science. *Journal of Occupational Science*, *13*, 83–93.
- Dunlea, A. (1996). An opportunity for co-adaptation: The experience of mothers and their infants who are blind. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline* (pp. 227–342). Philadelphia: F. A. Davis.
- Dunn, W. (2000a). *Best practice in occupational therapy in community service with children and families*. Thorofare, NJ: Slack.
- Dunn, W. (2000b, Fall). Habit: What's the brain got to do with it? *Occupational Therapy Journal of Research*, *20*(Suppl. 1), 6S–20S.
- Dunn, W., McClain, L. H., Brown, C., & Youngstrom, M. J. (1998). The ecology of human performance. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 525–535). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunton, W. R. (1934). The need for and value of research in occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, *13*, 325–328.
- Esdaile, S. A., & Olson J. A. (2004). *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, *16*, 381–390.
- Filley, C. M. (2001). *Neurobehavioral anatomy*. Boulder: University Press of Colorado.
- Fisher, A. (2006). Overview of performance skills and client factors. In H. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (pp. 372–402). St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Pantheon Books.
- Fuhrer, M. J. (Ed.). (1987). *Rehabilitation outcomes analysis and measurement*. Baltimore: Brookes.

- Gitlin, L. N., & Corcoran, M. A. (2005). *Occupational therapy and dementia care: The Home Environmental Skill-Building Program for individuals and families*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M. A., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized controlled trial of a home environmental intervention to enhance self-efficacy and reduce upset in family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist, 41*, 15–30.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. (2003). Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the caregiver–care recipient dyad: Six-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. *The Gerontologist, 43*, 532–546.
- Goodman-Lavey, M., & Dunbar, S. (2003). Federal legislative advocacy. In G. McCormack, E. Jaffe, & M. Goodman-Lavey (Eds.), *The occupational therapy manager* (4th ed., pp. 421–438). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Gupta, J., & Walloch, C. (2006). Process of infusing social justice into the practice framework: A case study. *OT Practice, 11*(15), CE1–CE8.
- Gutman, S. A., Mortera, M. H., Hinojosa, J., & Kramer, P. (2007). Revision of the occupational therapy practice framework. *American Journal of Occupational Therapy, 61*, 119–126.
- Hakansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science, 13*, 74–82.
- Harrow, A. J. (1972). *A taxonomy of the psychomotor domain: A guide for developing behavioral objectives*. New York: McKay.
- Heilman, K. M., & Rothi, L. J. G. (1993). *Clinical neuropsychology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Hettler, W. (1984). Wellness—The lifetime goal of a university experience. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (p. 1117). New York: Wiley.
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (1997). Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity, and function [Statement]. *American Journal of Occupational Therapy, 51*, 864–866.
- Jackson, J. (1998a). Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science, 5*(2), 49–55.
- Jackson, J. (1998b). Is there a place for role theory in occupational science? *Journal of Occupational Science, 5*(2), 56–65.
- Jonsson, H. (2007). *Towards a new direction in the conceptualization and categorization of occupation* [Wilma West Lecture, Occupational Science Symposium]. Los Angeles: University of Southern California, Occupational Science and Occupational Therapy.
- Dunn, W. (2000a). *Best practice in occupational therapy in community service with children and families*. Thorofare, NJ: Slack.

- Dunn, W. (2000b, Fall). Habit: What's the brain got to do with it? *Occupational Therapy Journal of Research*, 20(Suppl. 1), 6S–20S.
- Dunn, W., McClain, L. H., Brown, C., & Youngstrom, M. J. (1998). The ecology of human performance. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 525–535). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunton, W. R. (1934). The need for and value of research in occupational therapy. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 13, 325–328.
- Esdaile, S. A., & Olson J. A. (2004). *Mothering occupations: Challenge, agency, and participation*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, 16, 381–390.
- Filley, C. M. (2001). *Neurobehavioral anatomy*. Boulder: University Press of Colorado.
- Fisher, A. (2006). Overview of performance skills and client factors. In H. Pendleton & W. Schultz-Krohn (Eds.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (pp. 372–402). St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Pantheon Books.
- Fuhrer, M. J. (Ed.). (1987). *Rehabilitation outcomes analysis and measurement*. Baltimore: Brookes.
- Gitlin, L. N., & Corcoran, M. A. (2005). *Occupational therapy and dementia care: The Home Environmental Skill-Building Program for individuals and families*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M. A., Winter, L., Boyce, A., & Hauck, W. W. (2001). A randomized controlled trial of a home environmental intervention to enhance self-efficacy and reduce upset in family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, 41, 15–30.
- Gitlin, L. N., Winter, L., Corcoran, M., Dennis, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. (2003). Effects of the Home Environmental Skill-Building Program on the caregiver–care recipient dyad: Six-month outcomes from the Philadelphia REACH initiative. *The Gerontologist*, 43, 532–546.
- Goodman-Lavey, M., & Dunbar, S. (2003). Federal legislative advocacy. In G. McCormack, E. Jaffe, & M. Goodman-Lavey (Eds.), *The occupational therapy manager* (4th ed., pp. 421–438). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Gupta, J., & Walloch, C. (2006). Process of infusing social justice into the practice framework: A case study. *OT Practice*, 11(15), CE1–CE8.
- Gutman, S. A., Mortera, M. H., Hinojosa, J., & Kramer, P. (2007). Revision of the occupational therapy practice framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 119–126.
- Hakansson, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2006). Achieving balance in everyday life. *Journal of Occupational Science*, 13, 74–82.

- Harrow, A. J. (1972). *A taxonomy of the psychomotor domain: A guide for developing behavioral objectives*. New York: McKay.
- Heilman, K. M., & Rothi, L. J. G. (1993). *Clinical neuropsychology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Hettler, W. (1984). Wellness—The lifetime goal of a university experience. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (p. 1117). New York: Wiley.
- Hinojosa, J., & Kramer, P. (1997). Fundamental concepts of occupational therapy: Occupation, purposeful activity, and function [Statement]. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 864–866.
- Jackson, J. (1998a). Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science*, 5(2), 49–55.
- Jackson, J. (1998b). Is there a place for role theory in occupational science? *Journal of Occupational Science* 5(2), 56–65.
- Jonsson, H. (2007). *Towards a new direction in the conceptualization and categorization of occupation* [Wilma West Lecture, Occupational Science Symposium]. Los Angeles: University of Southern California, Occupational Science and Occupational Therapy.
- Kielhofner, G. (2002). Motives, patterns, and performance of occupation: Basic concepts. In G. Kielhofner (Ed.), *A model of human occupation: Theory and application* (3rd ed., pp. 13–27). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kramer, S., McGonigel, M., & Kaufmann, R. (1991). Developing the IFSP: Outcomes, strategies, activities, and services. In M. McGonigel, R. Kaufmann, & B. Johnson (Eds.), *Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan* (2nd ed., pp. 41–49). Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.
- Kronenberg, F., Algado, S. S., & Pollard, N. (2005). *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors*. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone.
- Larson, E., & Zemke, R. (2004). Shaping the temporal patterns of our lives: The social coordination of occupation. *Journal of Occupational Science*, 10, 80–89.
- Law, M., Baum, M. C., & Dunn, W. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). Person–environment–occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9–23.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., & Townsend, E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.), *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29–56). Ottawa, ON: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Liepmann, H. (1920). Apraxie. *Ergebnisse der Gesamten Medizin*, 1, 516-543.

- Lopez, S. J., Snyder, C. R., Magyar-Moe, J., Edwards, L. M., Pedrotti, J. T., Janowski, K., et al. (2004). Strategies for accentuating hope. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 388–404). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Maciejewski, M., Kawiecki, J., & Rockwood, T. (1997). Satisfaction. In R. L. Kane (Ed.), *Understanding health care outcomes research* (pp. 67–89). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1–10.
- Moreira-Almeida, A., & Koenig, H. G. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62:6, 2005, pp. 1486–1497). *Social Science and Medicine*, 63, 843–845.
- Mosey, A. C. (1996). *Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation* (2nd ed.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Moyers, P. A. (1999). The guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 247–322.
- Moyers, P. A., & Dale, L. M. (2007). *The guide to occupational therapy practice* (2nd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Neistadt, M. E., & Crepeau, E. B. (Eds.). (1998). *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nelson, D., & Jepson-Thomas, J. (2003). Occupational form, occupational performance, and a conceptual framework for therapeutic occupation. In P. Kramer, J. Hinojosa, & C. Brasic Royeen (Eds.), *Perspectives in human occupation: Participation in life* (pp. 87–155). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nurit, W., & Michel, A. B. (2003). Rest: A qualitative exploration of the phenomenon. *Occupational Therapy International*, 10, 227–238.
- Olsen, J. A. (2004). Mothering co-occupations in caring for infants and young children. In S. A. Esdaile & J. A. Olson (Eds.), *Mothering occupations* (pp. 28–51). Philadelphia: F. A. Davis.
- Parham, L. D., & Fazio, L. S. (Eds.). (1997). *Play in occupational therapy for children*. St. Louis, MO: Mosby.
- Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2001). Occupational performance and model of practice for physical dysfunction. In L. W. Pedretti & M. B. Early (Eds.), *Occupational therapy practice skills for physical dysfunction* (pp. 7–9). St. Louis, MO: Mosby.
- Pierce, D. (2001). Untangling occupation and activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 138–146.
- Punwar, A. J., & Peloquin, S. M. (2000). *Occupational therapy principles and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Radomski, M. V. (1995). There is more to life than putting on your pants. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 487–490.
- Reed, K. L. (2005). An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In C. H. Christiansen, M. C. Baum, & J. Bass-Haugen (Eds.), *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being* (3rd ed., pp. 567–626). Thorofare, NJ: Slack.
- Request for Planning Ideas for the Development of the Children's Health Outcomes Initiative, 66 Fed. Reg. 11296 (2001).
- Rogers, J. C., & Holm, M. B. (1994). Assessment of self-care. In B. R. Bonder & M. B. Wagner (Eds.), *Functional performance in older adults* (pp. 181–202). Philadelphia: F. A. Davis.
- Rogers, J. C., & Holm, M. B. (2008). The occupational therapy process: Evaluation and intervention. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 478–518). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B. A. B., Cohn, E. S., & Crepeau, E. B. (2008). Overview of personal factors affecting performance. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 650–657). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schultz, S., & Schkade, J. (1997). Adaptation. In C. Christiansen & M. C. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Enabling function and well-being* (p. 474). Thorofare, NJ: Slack.
- Segal, R. (2004). Family routines and rituals: A context for occupational therapy interventions. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 499–508.
- Shumway-Cook, A., & Wollacott, M. H. (2007). *Motor control: Translating research into clinical practice* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slagle, E. C. (1924). A year's development of occupational therapy in New York state hospitals. *Modern Hospital*, 22(1), 98–104.
- Sleep. (2007). *The free dictionary*. Retrieved June 1, 2007, from <http://freedictionary.org>
- Taber's cyclopedic medical dictionary*. (1997). Philadelphia: F. A. Davis.
- Townsend, E. A., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice. In C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Eds.), *Introduction to occupation: The art and science of living* (pp. 243–273). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Trentham, B., & Cockburn, L. (2005). Participating in action research: Creating new knowledge and opportunities for occupational engagement. In F. Kronenberg, S. S. Algado, & N. Pollard (Eds.), *Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors* (pp. 440–453). Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone.
- Trombly, C. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanism. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 960–972.
- Uniform Data System for Medical Rehabilitation. (1996). *Guide for the uniform data set for medical rehabilitation (including the FIM instrument)*. Buffalo, NY: Author.

- Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretive sociology* (G. Roth & C. Wittich, Eds.; E. Fischoff et al., Trans.). Berkeley: University of California Press.
- Webster's encyclopedic unabridged dictionary of the English language*. (1994). Avenel, NJ: Gramercy Books.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Slack.
- Wilcock, A. A., & Townsend, E. A. (2008). Occupational justice. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (11th ed., pp. 192–199). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (1986, November 21). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Retrieved February 4, 2008, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. Geneva: Author.
- Zemke, R. (2004). Time, space, and the kaleidoscopes of occupation [Eleanor Clarke Slagle Lecture]. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 608–620.
- Zemke R., & Clark, F. (1996). *Occupational science: An evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795–800.

Bibliografía

- Accreditation Council for Occupational Therapy Education. (2007a). Accreditation standards for a doctoral-degree-level educational program for the occupational therapist. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 641–651.
- Accreditation Council for Occupational Therapy Education. (2007b). Accreditation standards for an educational program for the occupational therapy assistant. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 662–671.
- Accreditation Council for Occupational Therapy Education. (2007c). Accreditation standards for a master's-degree-level educational program for the occupational therapist. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 652–661.
- American Occupational Therapy Association. (1995). Occupation: A position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1015–1018.
- Baum, M. C. (1999, November). *At the core of our profession: Occupation-based practice* [Overhead presentation]. Presented at the AOTA Practice Conference, Reno, Nevada.
- Blanche, E. I. (1999). *Play and process: The experience of play in the life of the adult*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Blount, M. L., Blount, W., & Hinojosa, J. (2004). Perspectives. In J. Hinojosa & M. L. Blount (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy* (2nd ed., pp. 17–38). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Borg, B., & Bruce, M. (1991). Assessing psychological performance factors. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits* (pp. 538–586). Thorofare, NJ: Slack.
- Borst, M. J., & Nelson, D. L. (1993). Use of uniform terminology by occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 611–618.
- Buckley, K. A., & Poole, S. E. (2004). Activity analysis. In J. Hinojosa & M. L. Blount (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy* (2nd ed., pp. 69–114). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Canadian Association of Occupational Therapists. (1997). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Christiansen, C. H. (1997). Acknowledging a spiritual dimension in occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 169–172.
- Christiansen, C. H., & Matuska, K. M. (2004). The importance of everyday activities. In C. H. Christiansen & K. M. Matuska (Eds.), *Ways of living: Adaptive strategies for special needs* (3rd ed., pp. 1–20). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Clark, F. A., Parham, D., Carlson, M. C., Frank, G., Jackson, J., Pierce, D., et al. (1991). Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 300–310.
- Clark, F. A., Wood, W., & Larson, E. (1998). Occupational science: Occupational therapy's legacy for the 21st century. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.),

- Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 13–21). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Culler, K. H. (1993). Occupational therapy performance areas: Home and family management. In H. L. Hopkins & H. D. Smith (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (8th ed., pp. 207–269). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 595–607.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic Books.
- Hill, J. (1993). Occupational therapy performance areas. In H. L. Hopkins & H. D. Smith (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (8th ed., pp. 191–268). Philadelphia: Lippincott.
- Hinojosa, J., & Blount, M. L. (2004). Purposeful activities within the context of occupational therapy. In J. Hinojosa & M. L. Blount (Eds.), *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy* (2nd ed., pp. 1–16). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Holm, M. B., Rogers, J. C., & Stone, R. G. (1998). Treatment of performance contexts. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 471–517). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Horsburgh, M. (1997). Towards an inclusive spirituality: Wholeness, interdependence, and waiting. *Disability and Rehabilitation*, 19, 398–406.
- Intagliata, S. (1993). Rehabilitation centers. In H. L. Hopkins & H. D. Smith (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (8th ed., pp. 784–789). Philadelphia: Lippincott.
- Kane, R. L. (1997). Approaching the outcomes question. In R. L. Kane (Ed.), *Understanding health care outcomes research* (pp. 1–15). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Kielhofner, G. (1992). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Kielhofner, G. (2002). Habituation: Patterns of daily occupation. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation: Theory and application* (3rd ed., pp. 63–80). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Law, M. (1991). The environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58, 171–179.
- Law, M. (1993). Evaluating activities of daily living: Directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 233–237.
- Law, M. (1998). Assessment in client-centered occupational therapy. In M. Law (Ed.), *Client-centered occupational therapy* (pp. 89–106). Thorofare, NJ: Slack.
- Lifson, L. E., & Simon, R. I. (Eds.). (1998). *The mental health practitioner and the law: A comprehensive handbook*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Llorens, L. (1993). Activity analysis: Agreement between participants and observers on perceived factors and occupation components. *Occupational Therapy Journal of Research*, 13, 198–211.
- Ludwig, F. M. (1993). Anne Cronin Mosey. In R. J. Miller & K. F. Walker (Eds.), *Perspectives on theory for the practice of occupational therapy* (pp. 41–63). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Mosey, A. C. (1981). Legitimate tools of occupational therapy. In A. Mosey (Ed.), *Occupational therapy: Configuration of a profession* (pp. 89–118). New York: Raven.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven.
- Nelson, D. L. (1988). Occupation: Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42, 633–641.
- Pierce, D. (1999, September). Putting occupation to work in occupational therapy curricula. *Education Special Interest Section Quarterly*, 9(3), 1–4.
- Pollock, N., & McColl, M. A. (1998). Assessments in client-centered occupational therapy. In M. Law (Ed.), *Client-centered occupational therapy* (pp. 89–105). Thorofare, NJ: Slack.
- Reed, K., & Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schell, B. B. (1998). Clinical reasoning: The basis of practice. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 90–100). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scherer, M. J., & Cushman, L. A. (1997). A functional approach to psychological and psychosocial factors and their assessment in rehabilitation. In S. S. Dittmar & G. E. Gresham (Eds.), *Functional assessment and outcomes measurement for the rehabilitation health professional* (pp. 57–67). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Urbanowski, R., & Vargo, J. (1994). Spirituality, daily practice, and the occupational performance model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61, 88–94.
- Watson, D. E., & Wilson, S. A. (2003). *Task analysis: An individual and population approach* (2nd ed.). Bethesda, MD: AOTA Press.
- Yerxa, E. J. (1980). Occupational therapy's role in creating a future climate of caring. *American Journal of Occupational Therapy*, 34, 529–534.

Autores

LA COMISIÓN DE PRÁCTICA: Susanne Smith Roley, MS, OTR/L, FAOTA,
Presidente, 2005–2008

Janet V. DeLany, DEd, OTR/L, FAOTA, *Presidente-Electa, 2007–2008*

Cynthia J. Barrows, MS, OTR/L

Susan Brownrigg, OTR/L

DeLana Honaker, PhD, OTR/L, BCP

Deanna Iris Sava, MS, OTR/L

Vibeke Talley, OTR/L

Kristi Voelkerding, BS, COTA/L, ATP

Deborah Ann Amini, MEd, OTR/L, CHT, *Enlace SIS*

Emily Smith, MOT, *ASD Enlace*

Pamela Toto, MS, OTR/L, BCG, FAOTA, *Enlace SIS Pasado-Inmediato*

Sarah King, MOT, OTR, *Enlace ASD Pasado-Inmediato*

Deborah Lieberman, MHSA, OTR/L, FAOTA, *Enlace de la Sede de AOTA*

Con aportaciones de

M. Carolyn Baum, PhD, OTR/L, FAOTA

Ellen S. Cohn, ScD, OTR/L, FAOTA

Penelope A. Moyers Cleveland, EdD, OTR/L, BCMH, FAOTA

Mary Jane Youngstrom, MS, OTR, FAOTA

para

LA COMISIÓN DE PRÁCTICA

Susanne Smith Roley MS, OTR/L, FAOTA, *Enlace*

Adoptado por la Asamblea de Representantes 2008C5.

Este documento sustituye el *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional; Dominio y Proceso, 2002.*

Derechos reservados © 2008, por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. A ser publicado en el *American Journal of Occupational Therapy, 62* (Noviembre/Diciembre).