

VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN GERIATRÍA: ¿LA VIRTUD DE MEDIR EL DEFECTO?

OCCUPATIONAL THERAPY VALUATION IN GERIATRICS: THE VIRTUE OF MEASURING THE FAULT?

Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Valoración, Actividades de la vida diaria, Escalas de valoración, Valoración Geriátrica Integral

Key Words: Occupational Therapy, Activities of Daily Living, Process Assessment, Outcome Assessment, Geriatric Assessment

DECS: Terapia Ocupacional, Evaluación de Proceso (Atención de Salud), Actividades cotidianas, Evaluación de Resultado (Atención de Salud), Evaluación Geriátrica

MESH: Occupational Therapy, Process Assessment (Health Care), Activities of Daily Living (ADL), Outcome Assessment, Geriatric Assessment

Dña. Ana I Corregidor Sánchez

Diplomada en Terapia Ocupacional. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Universidad Castilla la Mancha

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Corregidor Sánchez AI. Valoración de Terapia Ocupacional en geriatría: ¿la virtud de medir el defecto?. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 32-50 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/medir.pdf>

Introducción

La heterogeneidad y la complejidad que caracteriza al continuo salud-enfermedad que puede darse en población geriátrica, hacen que la Valoración Ocupacional Geriátrica (VGO) pueda concebirse como ese espacio de *continuo encuentro* entre las consecuciones funcionales del anciano y la avezada mirada del terapeuta ocupacional. *Mirada particular*, que busca hallar tanto en los tiempos de valoración formal¹ como en aquellos *momentos de valoración informal*² los cambios en la ejecución ocupacional y el grado de satisfacción personal del paciente, que pueda deducirse del itinerario del tratamiento. Este *encuentro compartido*, es el espacio apropiado para iniciar la relación terapéutica y recabar datos

¹ Entiéndase la *Valoración Formal*, como los espacios de tiempo dedicados específicamente al examen del desempeño ocupacional en el área ocupacional seleccionada, incluyendo componentes y condicionantes ocupacionales, a través del herramientas o protocolos de valoración.

² El concepto de *Valoración Informal* hace referencia a los momentos no específicos de valoración, como pueden ser las conversaciones espontáneas que surjan con el usuario, familiares o cuidadores, la observación de las respuestas y reacciones de éste ante el tratamiento diario, el análisis de la relación mantenida con el resto de usuarios durante su estancia en el centro, la puntualidad con la que asiste al departamento (puede ser indicativo de motivación o actitud positiva ante el tratamiento), etc.

RESUMEN

La heterogeneidad que caracteriza al colectivo de personas mayores y los procesos de fragilidad y comorbilidad que pueden presentar, hacen necesarios procesos de valoración específicos, que identifiquen, describan y expliquen las repercusiones que estos problemas pueden causar en el desempeño de las actividades de la vida diaria. La Terapia Ocupacional desde su concepción holística del individuo ofrece un marco apropiado para desarrollar valoraciones funcionales globales y centradas en las expectativas y potencialidades del paciente. En el presente artículo se desarrollan las características y las fases que componen la Valoración Ocupacional Geriátrica (VOG), así como su estrecha contribución a la Valoración Geriátrica Integral (VGI). Se revisan además, los criterios para la selección de instrumentos de medida y se examina el grado en el que estos instrumentos reflejan los valores fundamentales de la profesión

SUMMARY

The specific processes of valuation that they identify, they describe and make clear repercussions that these problems can cause in the performance of the activities of daily life are necessary due to the heterogeneity that characterizes to the group of major persons and the processes of fragility and comorbidity that they can present. Occupational therapy offers a appropriate frame to develop global functional valuations and centred on the expectations and potentials of the patient, all this form it holistic conception. Characteristics and phases that compose Occupational Geriatric Valuation and it contribution to the Integral Geriatric Valuation (VGI) are developed in this article. In addition, criterions for selection of measure instruments are checked in this article and it is examined the degree in that these instruments reflect the fundamental values of the profession.

ocupacional en los distintos contextos institucionales y/o comunitarios y la entrevista con el paciente y sus allegados son las principales fuentes de información de las que el terapeuta ocupacional se sirve.

La traducción e interpretación de la información recabada es orientada, siguiendo un proceso de arriba-abajo o de lo general a lo específico según Trombly (1993) para dar respuesta a tres cuestiones fundamentales:

1. Situación del desempeño ocupacional: ejecución en las diferentes áreas ocupacionales.
2. Condicionantes del desempeño y
3. Influencia del contexto.

(cuantitativos y/o cualitativos) sobre los que construir, modificar o dar por finalizadas las posibles líneas de tratamiento.

El propósito de la VOG, es llegar a *comprender* no solo el desempeño actual del anciano, sino también su historia funcional previa y los condicionantes que han conducido a la situación vigente. La revisión de la documentación clínica (historia clínica, informes de ingreso y alta en los distintos niveles asistenciales, informes quirúrgicos si los hubiere, etc.), la observación del desempeño

La *situación del desempeño* ocupacional comprende las actividades de la vida diaria que son fundamentales para la identidad de la persona mayor y que otorgan sentido a su vida. La valoración ha de contemplar tanto la dimensión cuantitativa como la cualitativa del desempeño. La primera hace referencia tanto a aquellas actividades que son realizadas por el sujeto como las que han sido desarrolladas en la etapa previa al deterioro funcional, pudiendo incluir también actividades que nunca han formado parte de la historia ocupacional sujeto, pero que en el momento actual aparecen como significativas por las demandas del contexto (como por ejemplo, el desarrollo de destrezas para la comunicación virtual o la cocina, para un anciano que reside lejos de sus familiares).

La dimensión de calidad del desempeño tiene en cuenta el grado de autonomía y seguridad que presenta la persona mayor en cada una de las actividades anteriormente valoradas, así como los riesgos que puedan derivarse. Por ejemplo, la debilidad en la ejecución de actividades como la movilidad funcional (deambulación, transferencias, escaleras) pueden conducir a caídas y a un empeoramiento funcional.

Por su parte la evaluación de los *condicionantes del desempeño* recoge los componentes ocupacionales que están afectados y causan un desempeño diario ineficaz o insatisfactorio para la persona. Así como, los componentes que promueven un desempeño compensatorio y contribuyen a mantener un determinado nivel de actividad.

La influencia del contexto, en todas sus variantes (físico, cultural, social, personal, espiritual, temporal y virtual.....) (AOTA, 2008) puede fomentar o dificultar la realización de actividades, en mayor medida que otros componentes del desempeño. Este puede ser el caso, de una persona mayor con deterioro funcional causado por un accidente cerebrovascular que reside en un tercer piso sin ascensor y a pesar de haber recuperado el nivel de destreza para realizar actividades en el exterior del hogar, no puede salvar los condicionantes

de su entorno físico para desarrollar las destrezas recuperadas. El análisis transversal de los contextos de ejecución ocupa un papel primordial en la valoración ocupacional geriátrica.

En este sentido y apuntando a contextos culturales, la consideración del grado de conocimientos que posean cuidadores/familiares sobre la discapacidad, así como las actitudes hacia la misma y los métodos de compensación que emplean, viene ocupando un aspecto central en el abordaje que desde la profesión se está desarrollando en pacientes con demencia (Dooley R.N&Hinojosa J. 2004; Graff MJ et al, 2006)

Valoración Ocupacional Geriátrica: desmontando Iceberg

A pesar de ser un encuentro compartido y de su doble direccionalidad (del terapeuta hacia el paciente, pero también del paciente al terapeuta), no es infrecuente pensar el proceso de valoración desde una única perspectiva: la que parte y regresa al terapeuta. Es fácil, por el sesgo profesional³, obviar la vivencia que el paciente anciano pueda tener del proceso de valoración, de esas preguntas que indagan sobre las actividades que ya no desempeña satisfactoriamente, las características de su casa o de la implicación de su familia en el itinerario de su enfermedad.

Concebir la valoración en único sentido dificulta el ajuste entre los recursos profesionales y las expectativas del paciente. Así, mientras el terapeuta tiene el propósito de iniciar la relación terapéutica y comenzar a obtener datos (ya sean cuantitativos o cualitativos) sobre los que construir las posibles líneas de tratamiento, el paciente intenta “describir” por qué este nuevo profesional que entra en escena (de nombre difícilmente pronunciable) se preocupa por “sus cosas diarias”, e intenta vislumbrar a través de sus palabras si llegará a “valerse por si mismo” como lo hacía antes o la *discapacidad* se instalará en sus días.

³ El sesgo profesional hace referencia a creer saber perfectamente lo que el paciente desea o espera

La confluencia entre estos dos mundos, que han sido identificados por Popper y Eccles (1982) como "mundo uno" y "mundo dos" compone el universo global del proceso de valoración. El *mundo uno* es el mundo objetivo, el ámbito de las ciencias naturales, de la *autoridad* otorgada por las investigaciones científicas y el objeto de las valoraciones unidireccionales (las que únicamente contemplan la valoración en una sola dirección, normalmente en la dirección terapeuta-paciente); el *mundo dos*, es el mundo subjetivo de los sentimientos, recuerdos y pensamientos. En este mundo, el estado de salud, la relación enfermedad-dependencia, el miedo o el sufrimiento pueden darse cita. En definitiva, el mundo dos representa la manera en la que el paciente experimenta e interpreta su enfermedad o discapacidad dentro del marco de la experiencia de su vida (Kesselring J,2003).

Doble y Caron (2008) destacan la necesidad de repensar las herramientas de evaluación de Terapia Ocupacional en relación a su capacidad para reflejar las experiencias ocupacionales subjetivas y la idiosincrasia de cada individuo.

Al iniciar el proceso de evaluación, clarificar y cuantificar el nivel de desempeño ocupacional (mundo uno) acapara la atención del terapeuta

ocupacional -y del resto de equipo-. Probablemente esto ocurra porque es lo más visible/attractivo a la mirada del profesional, que desde su etapa de formación ha sido aleccionado para identificar aquellas estructuras cuyo funcionamiento no responde a la norma establecida, en nuestro caso, estas estructuras serian aquellas actividades que no pueden realizarse de una forma satisfactoria.

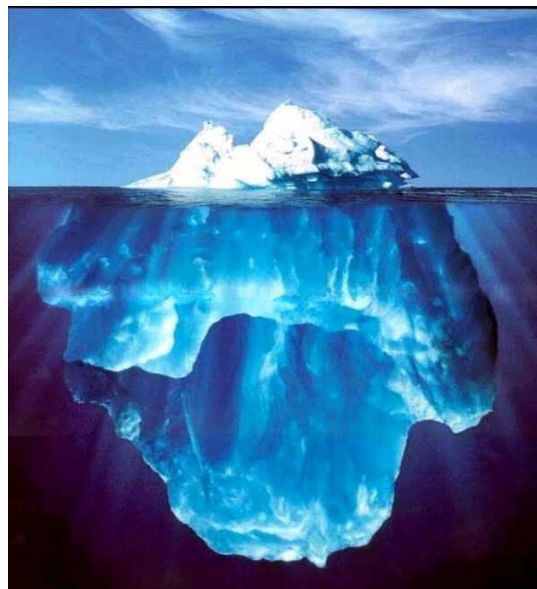


Ilustración 1. Iceberg que muestra los condicionantes ocupacionales que se hayan sumergidos

Es la *virtud (construida y avalada sobre el conocimiento científico) de medir el "defecto"*⁴.

Rescatando la metáfora del iceberg (ilustración 1) utilizada por Pérez del Molino (1994) en la descripción de la valoración geriátrica y a aplicándola a la valoración ocupacional geriátrica, en la cumbre se situara " el defecto"⁴, es decir, las actividades que el anciano no puede realizar satisfactoriamente y aquellas en las que necesita ayuda de una tercera persona.

Los condicionantes de este desempeño, permanecen más ocultos y requieren de mayor tiempo para sacarlos a la luz. La alteración de los componentes ocupacionales, la relevancia que el sujeto otorgue a cada actividad, la motivación, las expectativas ante el tratamiento (mundo dos), el sentimiento que provoca la dependencia o el miedo ante a institucionalización o la ineficacia del tratamiento, permanecen en niveles más inferiores del iceberg, y solo una valoración profunda y de doble direccionalidad, podrá hacerlos emerger.

De igual forma, entender y mensurar la influencia del entorno sobre el desempeño incluye aspectos que se encuentran adosados al fondo del iceberg, como pueden ser, los intereses personales de cada una de las personas que forman parte del la vida del sujeto, el devenir de las relaciones familiares y su posición ante el envejecimiento, y relación de ayuda.

La valoración ocupacional geriátrica ha de erigirse como el proceso comprensivo en el que además de identificar y cuantificar cada área ocupacional, se consideran las motivaciones, los sentimientos y las expectativas derivadas del tratamiento ocupacional ofrecido.

⁴ Cabe especificar, que la utilización del término "defecto" se realiza de forma alegórica, buscando impacto literario y no como presentación del tradicional modelo biologicista-organicista desde el que ha sido abordada la discapacidad.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL Y VALORACIÓN OCUPACIONAL GERIÁTRICA

En 1940 Marjorie Warren introdujo lo que hoy en geriatría se considera un pilar básico en la atención a la persona mayor: la valoración geriátrica integral. De la misma manera que Pinnel a finales del s. XVIII (Foucault, 2005) cambiara la visión del enfermo mental, Warren confió en las posibilidades de rehabilitación de las personas mayores y comenzó a valorar en el anciano dependiente no solo la esfera clínica o física, sino también la esfera cognitiva y la funcionalidad en términos de movilidad y deambulación, de ahí el apellido "integral"⁵. En nuestro país, la valoración geriátrica adquirió el nombre de *Valoración Cuádruple Dinámica* por contemplar aspectos físicos, cognitivos, sociales y funcionales (González Montalvo; Alarcón Alarcon , 2008). La Escala del Hospital Central de Cruz Roja (Guillén Llera,1986) en Madrid, fue el primer instrumento de medida que se diseñó en España. Posteriormente se comenzaron a utilizar instrumentos de ámbito internacional como el Índice de Barthel (Mahoney F&Barthel D,1965) o el Índice de Katz (Katz et al, 1963)

La reveladora concepción de un proceso de evaluación global (o integral) y su materialización en escalas de medida funcional ha contribuido a mejorar la atención al anciano, a través de la detección y cuantificación de los problemas de funcionamiento en las actividades cotidianas. La proliferación y divulgación de estos test a partir de la década de los 70 y en la actualidad, ha impulsado su utilización por los profesionales de la Terapia Ocupacional Geriátrica.

La VOG se integra en la valoración geriátrica integral aportando información pormenorizada sobre el desempeño ocupacional del anciano en cada una de las áreas ocupacionales. La detección de limitaciones y potencialidades en los componentes ocupaciones y su traducción a la vida diaria, convierten la

⁵ En el ámbito geriátrico se atribuye al concepto Integral el conjunto de condiciones físicas, funcionales, psicológicas sociales y ambientales que presente el paciente anciano (Pérez del Molino et al, 2007).

valoración ocupacional en un aspecto central en momentos tan decisivos como el alta hospitalaria o el traslado a otro recurso asistencial más apropiado.

Desde el ámbito médico-geriátrico, las escalas tradicionales de valoración funcional, están siendo sustituidas por las denominadas herramientas de segunda y tercera generación (González Montalvo, 2008), protocolos de evaluación funcional que amplían el radio de evaluación hacia otras actividades no contempladas por las escalas tradicionales. Cabe destacar la adaptación del *Late Life Function and Disability Instrument Function Component* (Jette A et al, 2002) propuesta por Abizanda (2006) como herramienta válida para la medición funcional de ancianos hospitalizados (Tabla 1) o la herramienta FIM (Functional Independence Measure, (Wright, J. 2000), compuesta por 13 ítems que evalúan actividades básicas (tareas de autocuidado, deambulación y subir y bajar escaleras) y 5 ítems de actividades instrumentales.

La última actualización de la valoración integral llegó en 2005 de la mano de protocolos de evaluación en red, diseñados por diferentes grupos de expertos de más veinte países. El sistema InterRAI está formado por una red de colaboración de investigadores multidisciplinares que tiene como propósito mejorar la atención sanitaria de las personas ancianas, frágiles o discapacitadas basada en la evidencia científica. La toma de decisiones se realiza a través de sistemas de registros de valoración que son el resultado de un riguroso proceso de investigación, para establecer siempre la mejor fiabilidad y validez de los ítems, de las escalas de medición de resultados, de los protocolos de valoración, de los algoritmos de *Case Mix* y de los indicadores de calidad.

Estos protocolos o sistemas de valoración tienen como objetivo ayudar al evaluador a interpretar sistemáticamente la información registrada en el instrumento. Existen diferentes protocolos en función del nivel asistencial en el que se ubique el paciente. Los protocolos están formados por distintos ítems que son intercambiables y que han sido validados en grupos focales.

	MMSS		MMII Básica		MMII Avanzada
30		30	Lavar platos	30	Caminar varias manzanas
35	Sostener vaso lleno	35	Quitar, poner un abrigo Caminar por casa	35	Caminar 1,5 Km
40		40	Levantar silla	40	Levantarse del suelo 1 tramo de escaleras fuera de casa
45	Poner/quitar pantalones Usar utensilios	45	Entrar/salir del coche Hacer cama Alcanzar alto de pie	45	3 tramos de escalera en casa Cargar mientras sube escaleras
50	Tocarse la espalda Verter una jarra	50	1 tramo escaleras en casa Inclinarse	50	Correr para coger el autobús Caminar deprisa 1 k
55	Retirar envoltorios	55	Freno arriba y abajo Abrir puertas pesadas	55	Caminar superficie resbaladiza Excursión varios KM
60		60	Subir taburete	60	
			Subir y bajar autobús Levantarse de un sofá blando bajo		
70		70		70	Correr 1 km
75	Desenroscar tapa	75		75	

Tabla 1. Adaptación de la escala Late Life Function and Disability Instrument (Abizanda, 2006)

En la tabla 2 se recogen los 20 dominios que forman parte del protocolo de evaluación referente al anciano que reside en su hogar y que es descrito por el sistema de la siguiente forma: *ancianos frágiles con discapacidad que pueden o no recibir atención de salud o servicios oficiales de apoyo*. La traslación que la terapeuta ocupacional lleva a cabo desde las puntuaciones

de una escala de valoración a la vida diaria del paciente resulta muy valiosa para estimar el grado de funcionalidad real que se está alcanzando con el tratamiento. Por ejemplo, es muy distinto valorar que un paciente puede caminar 20 metros en línea recta durante la consulta del médico geriatra, a valorar si este mismo paciente puede avanzar estos mismos 20 metros en un restaurante lleno de gente hasta llegar a la mesa que se le ha asignado. La aplicabilidad de los resultados de las escalas de puntuación a la cotidianidad de la persona es el principal valor que la VOG aporta a la valoración geriátrica.

De la herencia geriátrica a la valoración ocupacional geriátrica.

Las personas mayores llegan al departamento de Terapia Ocupacional con una historia, un presente vital y proyectos futuros. En este sentido la evaluación ha de ser un proceso cooperativo que gire alrededor del conocimiento de las personas como seres ocupacionales que dan sentido a sus vidas a través de sus ocupaciones. La identificación de sus problemas, sus demandas y sus necesidades es la información que guiará la intervención.

En gran parte de departamentos de Terapia Ocupacional de residencias, centros de día y unidades hospitalarias geriátricas, la evaluación ocupacional recoge los datos del Índice de Barthel (Mahoney F&Barthel D,1965), Índice de Katz (Katz et al, 1963) y Medida de la capacidad funcional(Wright, J. 2000) para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, siendo el Índice de Lawton y Brody (Lawton&Brody 1969)el test más utilizado para determinar el grado de autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria y el Test de Tinetti (Tinetti ME, 1986) para evaluar el equilibrio y la deambulaci3n. Forster (2009) en una revisi3n de 49 ensayos clínicos aleatorizados sobre el proceso de

rehabilitaci3n en personas mayores, identific3 el Índice de Barthel y la Medida de Independencia Funcional (Functional Independence Measure: FIM)como las medidas de resultado mas utilizadas por los distintos autores.

Las puntuaciones obtenidas en estos test facilitan el lenguaje com3n entre los miembros del equipo y el establecimiento de criterios y objetivos en relaci3n al tratamiento rehabilitador global. Sin embargo, muchos son los terapeutas que coinciden en destacar que estas herramientas no recogen todas las áreas ocupacionales ni tampoco todas las actividades que componen cada área. Áreas ocupacionales como el ocio, la participaci3n social o la educaci3n no son contempladas por las escalas de uso tradicional en geriatría. Aunque la utilizaci3n de las escalas generales permite la comparaci3n entre los distintos estados funcionales del paciente durante su recorrido vital, limita las

1.	Informaci3n de identificaci3n
2.	Admisi3n y Inicial Historia
3.	Cognici3n
4.	Comunicaci3n y Visi3n
5.	Estado de ánimo y el comportamiento
6.	El bienestar psicosocial
7.	Estado Funcional
8.	Continencia
9.	Diagn3stico de enfermedades
10.	Condici3n de Salud
11.	Oral y estado nutricional
12.	Condici3n de la piel
13.	Medicamentos
14.	Tratamiento y los procedimientos
15.	Responsabilidad
16.	Social apoya
17.	Evaluaci3n Ambiental
18.	Aprobaci3n de la gesti3n y la posible condici3n general
19.	Aprobaci3n de la gesti3n
20.	Evaluaci3n de la Informaci3n

Tabla 2. Dominios InterRAY para la valoraci3n del anciano que reside en su Domicilio [www.interrai.org]

contribuciones que la disciplina puede aportar a la valoración geriátrica con la utilización de herramientas más específicas.

Actividades que componen el Área Ocupacional de Actividades Instrumentales (AOTA 2008)	Actividades que valora el Índice de Lawton y Brody (1969)
Cuidado de otros	Capacidad para usar el teléfono
Ir de compras	Ir de compras
Procedimientos de Seguridad y respuestas de Emergencia	Preparación de la comida
Preparación de comidas y limpieza	Cuidar la casa
	Lavar la ropa
Crear y mantener un hogar	Medio de transporte
Cuidado de la salud y manutención	Responsabilidad sobre la medicación
Manejo de temas financieros	Capacidad de utilizar el teléfono
Movilidad en la comunidad	
Uso de sistemas de comunicación	
Criar a los niños	
Cuidado de mascotas	

Tabla 3. Comparativa de las actividades que componen el área ocupacional de actividades instrumentales (AOTA, 2008) y las actividades instrumentales valoradas por el Índice de Lawton&Brody.

A modo de ejemplo, la comparación recogida en la tabla 3 entre las actividades recogidas por el Índice de Lawton (Lawton&Brody 1969) y las que componen el área ocupacional de actividades instrumentales propuesto por el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2008), pone de manifiesto la insuficiencia de este índice para hacer frente a las exigencias de la valoración ocupacional geriátrica, ya que actividades instrumentales tan importante como el cuidado de otros o los procedimientos de seguridad y

respuestas de emergencia, quedarían sin valorar.

La realidad ocupacional de cada persona no es tan sencilla como para poder ser “atrapada” en una puntuación. Calibrar o cuantificar la disfunción ocupacional sobre la función, o la dependencia frente a la independencia no solo no representa los valores, las creencias y los principios de la profesión, sino que se contrapone a la filosofía promovida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF, 2001), prima que la interacción dinámica entre la salud y los factores contextuales. La valoración comprensiva del desempeño ocupacional trasciende la puntuación sobre el papel, y no puede verse reducida a puntuar en una o varias escalas.

El terapeuta ocupacional no solo necesita saber si el paciente realiza una actividad con o sin ayuda, sino que necesita conocer la interacción entre los

factores: persona, actividad y entorno para alcanzar la comprensión holística de la situación funcional. Chiou y Burnett (1985) demostraron la diferencia de valor otorgado a las diferentes actividades de la vida diaria por parte de los pacientes y por parte de los terapeutas. La perspectiva centrada en el paciente puede minimizar estas diferencias

Una puntuación es de utilidad relativa en el curso de la intervención ocupacional, pero el desarrollo de un plan de intervención significativo, se construye sobre la comprensión de la situación particular de cada paciente y es esta comprensión debe partir de los componentes ocupacionales que le han conducido a ella y de la influencia del contexto.

Los motivos por los que la actividad no se realiza según los estándares de ejecución previos que tenía el sujeto, es otro punto central de la evaluación conjuntamente con el poder del contexto sobre la funcionalidad de la persona mayor. La selección de instrumentos de evaluación es uno de los pasos más importantes dentro de proceso de valoración. Sin embargo, la VOG no se agota en este paso, sino que como a continuación veremos, consta de 9 pasos estructurados y continuos.

PROCESO DE LA VALORACIÓN OCUPACIONAL GERIATRICA

Las fases de las que consta la evaluación ocupacional han sido enumeradas por diferentes autores, en la Tabla 4 se recogen distintas propuestas. Law y Baum (2005) describen seis fases desde la identificación de problemas de desempeño hasta la interpretación de resultados, mientras que Polonio (2003) reconoce 8 fases, iniciando el proceso en la obtención de la historia clínica hasta las reevaluaciones periódicas para de la intervención y Conh&Boyt&Neistadt (2005) identifican 9 fases (figura 2). En este artículo se desarrollará esta última propuesta por ser la más amplia de las aquí citadas:

Autor	Fases de la Valoración Ocupacional	1. Revisar la información preliminar disponible.
Law y Baum (2005)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los problemas en el rendimiento por parte del persona 2. Identificación del desempeño ocupacional para otras personas 3. Evaluación de las áreas de desempeño ocupacional 4. Evaluación de las condiciones ambientales y componentes ocupacionales 5. Selección de escalas de medida 6. Llevar a cabo la evaluación 7. Interpretar los resultados de las mediciones 	<p>Esta fase incluye la revisión del informe de derivación al servicio de Terapia Ocupacional por parte del médico especialista (geriatra, rehabilitador, neurólogo, etc.), la revisión de los registros de anteriores terapeutas u otros profesionales y el estudio de la historia clínica.</p>
Polonio B (2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtención de datos de la Historia Clínica, informes... 2. Selección del Marco teórico adecuado 3. Selección de las valoraciones basándose en el diagnóstico médico, el pronóstico y la habilidad del paciente para cooperar 4. Implementación del plan de valoración de forma interactiva con el paciente 5. Definición de los problemas y posibles causas 6. Definición de los objetivos de tratamiento 7. Evaluar la efectividad del plan de valoración y fiabilidad 8. Reevaluaciones periódicas para determinar la efectividad de la intervención 	<p>La información obtenida proporciona datos preliminares sobre la historia diagnóstica del paciente y los problemas potenciales en el desempeño ocupacional que pueden presentarse. Pero, los diagnósticos no informan del modo en el que el paciente experimentó sus problemas y como afectó a su actividad cotidiana. Por lo que permanecer receptivo al conocimiento de la particularidad de cada persona es el objetivo de la siguiente fase.</p>
Conh&Boyt&Neistadt (2005)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar información preliminar disponible 2. Entrevista con el paciente 3. síntesis información entrevista 4. Observación del desempeño ocupacional e identificación de factores condicionantes 5. Seleccionar Medidas de forma sistemática los factores que afecten a las habilidades de desempeño ocupacional 6. Interpretar los datos de la evaluación 7. Desarrollar y perfeccionar hipótesis 8. Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación. 9. Fijar objetivos en colaboración con el paciente 	

Tabla 4. Fases de la Valoración de Terapia Ocupacional, según diferentes autores

2. Entrevista con el paciente

Las entrevistas son estrategias planificadas para hacer participar al paciente/familiares en un diálogo. En el caso de la VOG la contextualización del terapeuta ocupacional y de su rol en relación a la recuperación del desempeño de las actividades de la vida diaria, es el punto de partida de la primera

entrevista. Proporcionar información sobre Terapia Ocupacional y de cómo puede contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida facilita que el paciente y familiares/cuidadores puedan expresar sus problemas de desempeño diario y realiza demandas acordes a las posibilidades de intervención ocupacional.

3. Sintetizar la información de la entrevista

Después de la información compartida en el periodo de entrevistas, se han de identificar entre el terapeuta y el paciente las ocupaciones más significativas para proceder a la evaluación exhaustiva de éstas. Esta síntesis exige del terapeuta que preste especial atención a los intereses de la persona y de su entorno. Herramientas de evaluación como la Medida canadiense del desempeño ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure [COMP], Chan C&Lee T,2006) o el AMPS (*Assessment of Motor and Process Skills*, Fisher A, 2003) facilitan esta actitud centrada en el paciente y no en la perspectiva del profesional.

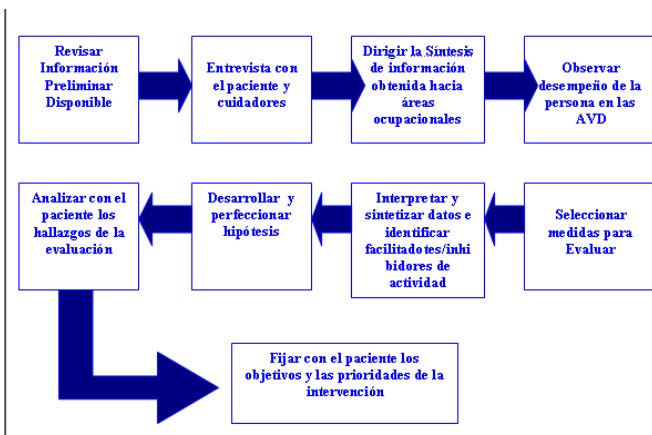


Figura 2. Proceso de Valoración de Terapia Ocupacional (modificado de Conh&Boyt&Neistadt, 2005)

Observación del desempeño ocupacional e identificación de factores condicionantes.

Al comenzar la evaluación del desempeño de las actividades importantes para la persona, el terapeuta ocupacional inicia la formulación de hipótesis sobre los factores que están

influyendo en la ejecución ocupacional. Estas hipótesis nacen de la interacción entre la persona y las demandas de la actividad en los diferentes contextos (hospitalario, comunitario y/o residencial). La interacción puede ser positiva cuando la persona presenta habilidades suficientes para finalizar la tarea o puede ser una interacción negativa cuando la persona no puede resolver las demandas de la tarea y es preciso intervenir para la finalización de la misma.

En cualquiera de los dos supuestos, el refuerzo positivo hacia la ejecución del paciente ha de estar presente.

5. Seleccionar Medidas de forma sistemática los factores que afecten a las habilidades de desempeño ocupacional.

La selección de medidas de evaluación para determinar el grado de afectación de áreas y componentes ocupacionales debe responder a los criterios de validez, sensibilidad y especificidad. En el siguiente epígrafe se desarrollará este punto con más detenimiento, dada su importancia en el proceso evaluador.

6. Interpretar los datos de la evaluación

La interpretación de los datos obtenidos tiene como objeto identificar que factores facilitan el desempeño ocupacional (por ejemplo, la motivación personal de un anciano con un ACV y el apoyo constante de su familia) y que factores obstaculizan la realización de actividades (la dificultad en la comunicación o la disposición inapropiada del entorno) .

Esta fase es una de las más complicadas de todo el proceso. En ocasiones pueden identificarse factores con los que el paciente esté de acuerdo y al intervenir sobre ellos el desempeño no varíe, iniciando de nuevo el proceso.

7. Desarrollar y perfeccionar hipótesis

Las hipótesis del terapeuta marcan el ritmo y la dirección de la intervención ocupacional. Es necesario controlarlas y revisarlas con agilidad para que el tratamiento sea eficaz. Por ejemplo, en el caso del anciano anterior, la imposibilidad de ponerse y quitarse la camisa podría generar la hipótesis de que el problema se encuentra en la amplitud articular y el tono muscular, esto conduciría al terapeuta a evaluar detenidamente estos aspectos. Cuando se comprobase que no existe alteración suficiente para causar este déficit en el desempeño el terapeuta, de nuevo, se buscaría otra hipótesis.

8. Analizar con el paciente los hallazgos de la evaluación

Compartir con el paciente la información que deriva del proceso de evaluación y las consecuencias que tiene en la vida diaria contribuyen a crear un clima de confianza en la que basar la relación terapéutica. Al mismo tiempo, facilita la toma de decisiones por parte del paciente en el momento de decidir las prioridades y objetivos de la intervención ocupacional.

9. Fijar objetivos en colaboración con el paciente

Aunque la evaluación acompaña a todo el proceso terapéutico y puede continuar después del alta del paciente, el ciclo se da por completado cuando se conoce el desempeño ocupacional actual del paciente. Este es el momento de plantear conjuntamente con el paciente y su familiares/cuidadores los objetivos y actividades de intervención factibles.

Seleccionar instrumentos objetivos de medida desde la atención centrada en el cliente

Normalmente el uso de de herramientas estandarizadas para la medición de actividades de la vida diaria responde a tres propósitos. El primero de ellos es definir el problema concreto de desempeño en una o más actividades. En segundo lugar establecer un pronóstico de la situación funcional y por último, la obtención de puntuaciones pueden servir medidas comparativas que indican el grado de efectividad de la intervención programada.

Seleccionar el instrumento que más sensible sea a la situación funcional del paciente y al contexto institucional o domiciliario en el que se halle no es una tarea fácil. Durante los últimos 40 años se han desarrollado escalas para la medición de la ejecución en las distintas actividades básicas e instrumentales. Gromak y Waskel denuncian un exceso de medidas de funcionalidad no validadas y en este sentido McDowell (1987) afirma que pocos autores tienen una sólida base sobre la que desarrollar su medida. La mayoría de escalas se han construido con la selección de elementos de otros instrumentos,

desarrollándose posteriormente las pruebas de fiabilidad y validez. Pero, según este autor, pocas escalas son las que se han construido considerando la perspectiva del paciente sobre las actividades de la vida diaria.

Un examen metodológico de la construcción del instrumento y del proceso de validación es el primer punto a revisar en la selección de las herramientas más apropiadas para valorar el desempeño ocupacional del anciano. Con este objetivo, Law y Letts (1989) proponen un examen compuesto de seis preguntas, que se exponen en la tabla 5, que pretende analizar los criterios de elaboración y aplicación para instrumentos que miden el desempeño en el autocuidado:

1. **¿Cuál es la finalidad de la escala?** Los instrumentos de medida están diseñados para cuantificar la información con uno de estos tres propósitos: descripción, predicción o evaluación. Las escalas *descriptivas* proporcionan una imagen del estado funcional del sujeto en un momento concreto y permite comparar con el estatus de otros pacientes. Un instrumento *predictivo* establece los criterios de evolución en el

Criterio de selección	de	Descripción
Finalidad de la escala		Descriptiva Predictiva De Evaluación
Utilidad clínica		Claridad en la instrucciones Coste Tiempo de aplicación Grado de aceptabilidad
Construcción Metodológica		Selección de Ítems Importancia de cada ítems
Validación		Procedimientos de administración Calificación Interpretación de resultados
Fiabilidad		Resultados al administrarse a la misma persona
Validez		Validez de contenido Validez de constructo

Tabla 5. Criterios de selección de instrumentos de medida (modificado de Law&Letts, 1989)

tiempo en función de la situación actual. Mientras que los instrumentos de *evaluación* permiten valorar la diferencia o el cambio funcional entre dos momentos distintos del tratamiento. Law y Letts (1989) destacan el Índice de Barthel y el Índice de Katz como instrumentos de propósito evaluador, que permiten establecer la severidad de la discapacidad en el autocuidado. A si

mismo, subrayan el valor predictivo de la escala de Klein Bell (Klein RM, Bell B, 1982) en relación a los pacientes que al alta será derivados a su domicilio o a una institución.

2. **Utilidad clínica.** La utilidad clínica abarca los siguientes parámetros: claridad en las instrucciones, coste, tiempo empleado en su administración y grado de aceptabilidad/tolerancia para los pacientes y familiares. Las instrucciones y el sistema de puntuaciones que acompañan a la escala deben estar especificados de forma clara y concisa. El tiempo de administración debe ser considerado por dos motivos, el tiempo disponible del profesional y la posible fatiga del paciente. Se consideran que la administración de la escala no debe superar los 60 minutos de

3. **Construcción metodológica.** Este criterio hace referencia a la selección de ítems, la importancia otorgada a cada ítem y el tipo de medida. La selección de los ítems que componen la escala dependerá fundamentalmente del propósito de la escala. Por ejemplo, una herramienta descriptiva debe incluir todos los aspectos de autocuidado, mientras que una escala de evaluación sólo debe aquellos aspectos que sean más sensibles al cambio. Los ítems pueden ser seleccionados en base a la opinión de expertos en evaluación de ABVD o sobre los resultados de datos estadísticos de cada ítem en relación a su capacidad para discriminar, predecir o evaluar la funcionalidad de ABVD. Ejemplos de selección de ítem adecuados sobre la base de la evaluación de expertos es el Índice de Barthel o la Escala de Actividades Diarias de Donalson (1973). El índice de Actividades de la Vida Diaria (Katz, 1963) es la única escala en la que la selección de ítems se ha confeccionado partiendo de actividades estadísticamente significativas.

La importancia concedida a cada ítem, hace referencia a la puntuación asignada a cada actividad en relación al total de la escala. Por ejemplo, en el

Índice de Barthel la ponderación de las actividades de transferencias y deambulación (puntuadas con 15 puntos frente a otras actividades como la alimentación, el vestido la continencia urinaria que puntúan 10) se realizó en función de juicios clínicos. De la misma forma, ha sido realizado el Índice de Katz (Katz S, 1963) o la escala Klein-Bell (Klein RM, Bell B, 1982) .

El tipo de medida puede responder a cuatro niveles: nominal, ordinal, de intervalo o de razón. La mayoría de instrumentos de valoración de ABVD utilizan o escalas ordinales como la Valoración de auto cuidados de Kenny (Schoening H et al, 2965), con rangos de 0 a 4, donde 0 de dependiente y 4 es independiente. El tipo de medida utilizada tendrá implicaciones en la interpretación de los resultados de puntuación. Por ejemplo, en el caso de una escala ordinal, no puede asumirse que existe una distancia igual, en términos de función, entre las puntuaciones de 1 y 2 y las puntuaciones de 3 y 4. Dos ancianos podrían conseguir la misma puntuación en la escala, pero tienen diferentes patrones de ADL discapacidad

4. **Validación.** Este criterio, se refiere a si la escala esta respaldada por un trabajo de los autores que además de diseñar la prueba hayan comprobado su efectividad. Este trabajo suele publicarse en un manual en el que además se describen los procedimientos de administración, la calificación y la interpretación de los resultados. Las únicas escalas de actividades básicas, que han publicado estos manuales son la escala Klein-Bell (Klein RB, Bell B, 1982), el formulario de actividades de la vida diaria de Donaldson (Donaldson S et al, 1973), el Índice de Automantenimiento Físico (Lawton y Brody, 1969) y el LORS-II (Level of Rehabilitation Scale Carey R. Posavac, E 1982).
5. **¿Fiabilidad?** la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias, con independencia de quien lo administre (George&Mallery, 1995). Las medidas que han demostrado una fiabilidad adecuada son el índice de Barthel (Granger et

al., 1979) y la escala de actividades de la vida diaria de Klein-Bell (Klein Bell 1988).

6. **Validez.** La validez es el grado en que una prueba mide lo que se pretende medir. La mayoría de escalas de valoración de ABVD superan con éxito la validez de contenido. En relación a la validez de constructo el Índice de Barthel y el Índice de Katz, han demostrado medir los cambios en el desempeño de ABVD, secundario a intervenciones controladas.

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos por Law y Letss (1989) al aplicar estos criterios de análisis a un total de 13 escalas del autocuidado. De este estudio puede deducirse que los instrumentos con el mejor potencial para medir los cambios en la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria son el índice de Barthel, la valoración de autocuidados Kenny-la Escala de Actividades de la vida diaria Klein-Bell.

Un paso más: buscando instrumentos de valoración que reflejen los principios de la profesión

La aseveración de Gillette (1991) sobre la necesidad de reflejar los conceptos básicos de una profesión también en las pruebas y herramientas de valoración utilizadas, confirma la importancia de seleccionar instrumentos de medidas acordes a los principios de la profesión. Confiando el desempeño ocupacional de la persona mayor a escalas que hayan demostrado ser fiables cumplimos criterios de validez y fiabilidad. Sin embargo, la fidelidad a los principios de la profesión no está garantizada con estos instrumentos, que aunque sin lugar a dudas han contribuido a mejorar y estandarizar la valoración funcional del anciano, no responden a todos los valores sobre los que se ha construido la Terapia Ocupacional. Ante esta nueva exigencia, la de encontrar escalas de evaluación que reflejen en sus ítems la esencia de la Terapia Ocupacional, cabe preguntarse en primer lugar ¿cual es esta esencia⁶? ¿Que distingue a la terapia

⁶ Se utiliza aquí el concepto Esencia en términos platónicos: la Esencia es aquello que hace que una cosa sea lo que es a pesar de los cambios de estado o apariencia. En el caso de la Terapia Ocupacional, su esencia son los principios que han guiado la profesión desde su fundación en 1917 hasta la actualidad

	Propósito	Utilidad Clínica Tiempo Adm. Forma Adm	Selección Items Tipo de medida Nivel de medida	Estandari- zación	Fiabilidad	Validez Contenido Validez Constructo
Escala Valoración AVD (Dinnerstein et al, 1965)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Buena Ordinal NA	Pobre	Pobre	Buena Pobre
Test de AVD (Lawton, 1980)	Descriptiva	Excelente 1 hora Observación	Buena Ordinal NA	Buena	Pobre	Buena Pobre
Indice de Barthel (Mahoney&Barthel, 1965)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1 hora Observación	Excelente Ordinal NA	Excelente	Excelente	Excelente Excelente
BUSTOP (Burke stroke time- oriented profile) (Feigenson et al, 1979)	Descriptiva De Evaluación	Buena 2-3 horas Observación	Excelente Ordinal NA	Pobre	Pobre	Buena Pobre
Formulario de Evaluación AVD (Donaldson, 1973)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente NA Ordinal	Buena	Pobre	Pobre Pobre
Indice de Katz (Katz S. et al, 1963)	Descriptiva Preditiva	Excelente 1-2 horas Observación	Buena Excelente Ordinal	Pobre	Buena	Buena Excelente
Evaluación Autocuidado Kenny(Schoening et al, 1965)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente NA Ordinal	Excelente	Pobre	Buena Excelente
Escala de AVD Klein Bell (Klein RM, Bell B, 1982)	Descriptiva Predictiva De Evaluación	Excelente 1-2 horas Observación	Excelente Excelente Ordinal	Buena	Buena	Excelente Buena
Escala del Nivel de Rehabilitación (LORS)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 10-15 minutos Entrevista	Excelente NA Ordinal	Excelente	Excelente	Excelente Excelente
Escala de auto-mantenimiento físico(Lawton&Brody, 1969)	Descriptiva De Evaluación	Excelente 15 minutos Informe Calificac	Buena NA Ordinal	Excelente	Excelente	Buena Buena
Perfil PULSES (Physical condition +Upper limb functions+Coger limb functions+Sensory components + Excretory functions + S (mental and emotional satus) Granger C. et al, 1979.	Descriptiva De Evaluación	Excelente 15-20 minutos Informe Calificac	Buena NA Ordinal	Pobre	Excelente	Excelente Buena
Examen Simulado de AVD	Descriptiva	Excelente 30 minutos Informe Calificac	Pobre NA Ratio	Buena	Pobre	Pobre Pobre
Medida del tiempo de cuidado (Halstead L , Hartley RB , 1975)	Descriptiva	Buena 24 horas Completar en 1 día	Buena NA Ratio	Pobre	Pobre	Buena Pobre

Tabla 6. Análisis Escalas de Valoración ABVD en base a los criterios de Law y Letts (1989)

Ocupacional de otras profesiones? Y en definitiva, ¿cuáles son los principios de la Terapia Ocupacional? Klein et al (2008) desarrollaron un estudio con

terapeutas ocupacionales que trabajaban en la rehabilitación de pacientes adultos y mayores para conseguir identificar los principios esenciales de la Terapia Ocupacional y su grado de representatividad en las diferentes escalas de evaluación.

Diecisiete fueron los principios básicos de Terapia Ocupacional que inicialmente se identificaron por este grupo de expertos. De éstos, se seleccionaron por orden de importancia un conjunto de cinco principios, como criterios de evaluación que deberían contemplarse en las escalas de evaluación utilizadas por terapeutas ocupacionales: holismo, perspectiva centrada en el cliente, interacción dinámica persona-tarea-entorno, considerar la singularidad de la persona como sujeto único y contemplar también la singularidad de su entorno.

Estos criterios sirvieron de base para formular un total de 24 preguntas que tenían por objeto examinar en que grado las 18 escalas de medida que se incluyeron en el estudio reflejaban los principios esenciales de la Terapia Ocupacional.

Como resultado se obtuvo que de las 18 escalas sometidas a examen, únicamente 5 presentaron un alto ajuste con los valores, creencias y principios de la Terapia Ocupacional, en la tabla 7 y en el gráfico 1 se muestran las preguntas de examen y las puntuaciones obtenidas por las distintas escalas examinadas. El *Perfil de AVD* (ADL profile, Dutil et al, 1990), el *AMPS* (Fisher, 2003), la *Medida del Rendimiento del Funcional* (Functional Performance Measure FPM, Carswell et al, 1995), la *Valoración de las AVD de Rivermead* (Lincoln NB, Edmans JA, 1990) el *Índice de Actividades de la vida diaria Edmans* (Edmans A. Webster], 1997) y la *Valoración de Auto cuidado de Melville-Nelson* (Self Care Assessment SCA, Nelson DL, et al, 2002) son las herramientas que mejor reflejan en sus ítems los principios de Terapia Ocupacional.

Principios de Terapia Ocupacional	Cuestiones para comprobar si la escala/instrumento/herramienta de valoración refleja los principios de T.O
Práctica centrada en el paciente/cliente	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Identifica los valores del paciente?</p> <p>¿Identifica las tareas que son importantes para el paciente y su definición de éxito al desempeñar las mismas?</p> <p>¿Permite al cliente utilizar métodos alternativos/procesos para llevar a cabo la tarea y hacer frente a las expectativas de su rol, valores culturales, restricciones del tiempo, etc.?</p> <p>¿Refleja un enfoque de colaboración?</p> <p>¿Permite que el cliente pueda dar prioridad a lo que desea lograr?</p> <p>¿Tiene solo una puntuación total o también puntúa los componentes valorados por el cliente?</p>
Interacción Dinámica persona-entorno-tarea	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Reconoce la interacción entre persona-entorno-tarea?</p> <p>¿Reconoce si la tarea se ha completado con éxito o ha sido necesario modificarla? Por ejemplo utilizar un calzamedias para finalizar la actividad del vestido</p> <p>¿Identifica el entorno físico en el que el cliente tendrá que utilizar sus capacidades y el nivel de determinación para finalizar la tarea con éxito? Por ejemplo, accesibilidad del baño, elementos distractores ...</p> <p>¿Identifica el apoyo social, incluido el apoyo institucional y el apoyo de los cuidadores?</p> <p>¿Identifica como la cultura afecta la forma en la que se completa la tarea?</p>
Singularidad del individuo	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Reconoce la motivación del paciente para aprender nuevas formas de ser independiente?</p> <p>¿Reconoce la capacidad del cliente para resolver problemas o le ofrece soluciones para alcanzar la independencia en las tareas de las actividades de la vida diaria?</p> <p>¿Reconoce la intención del paciente de completar la tarea?</p> <p>¿Reconoce las fortalezas, los cambios y la capacidad para priorizar tareas?</p> <p>¿Reconoce/evalúa el conocimiento implícito que tiene el paciente sobre las demandas de la tarea?</p> <p>¿Permite la observación cualitativa?</p> <p>¿Permite la observación cuantitativa?</p> <p>¿Identifica las expectativas que el paciente tiene sobre sus roles y sobre los roles de los demás? (por ejemplo como aceptará obtener ayuda de otro miembro de la familia?)</p>
Singularidad del entorno	<p>La escala/instrumento/herramienta de valoración:</p> <p>¿Permite al cliente utilizar métodos alternativos en base a las restricciones del tiempo, los valores culturales o las expectativas del rol?</p> <p>¿Reconoce el éxito al finalizar la tarea aunque ésta haya sido modificada?</p>
Holismo	Incluye todas la preguntas anteriores

Tabla 7.

El *Perfil de de Actividades de la Vida Diaria* (Dutil et al, 1990) desarrollado para evaluar pacientes con lesiones cerebrales (Bottari C, et al 2008) es la única herramienta de las examinadas que incorpora tareas de iniciación en la valoración. El AMPS por su parte tras el examen, resultó cumplir plenamente el criterio de herramienta “centrada en el paciente”, ya que es el propio paciente quien decide que actividades serán evaluadas. Sin embargo, a pesar de sus altas puntuaciones, cabe mencionar dos aspectos detectados en este estudio, el primero de ellos hace referencia al alto coste de la

formación necesaria para utilizar esta escala y en segundo lugar, se cuestionó el nivel de aceptación por parte de otros profesionales en equipos interdisciplinarios.

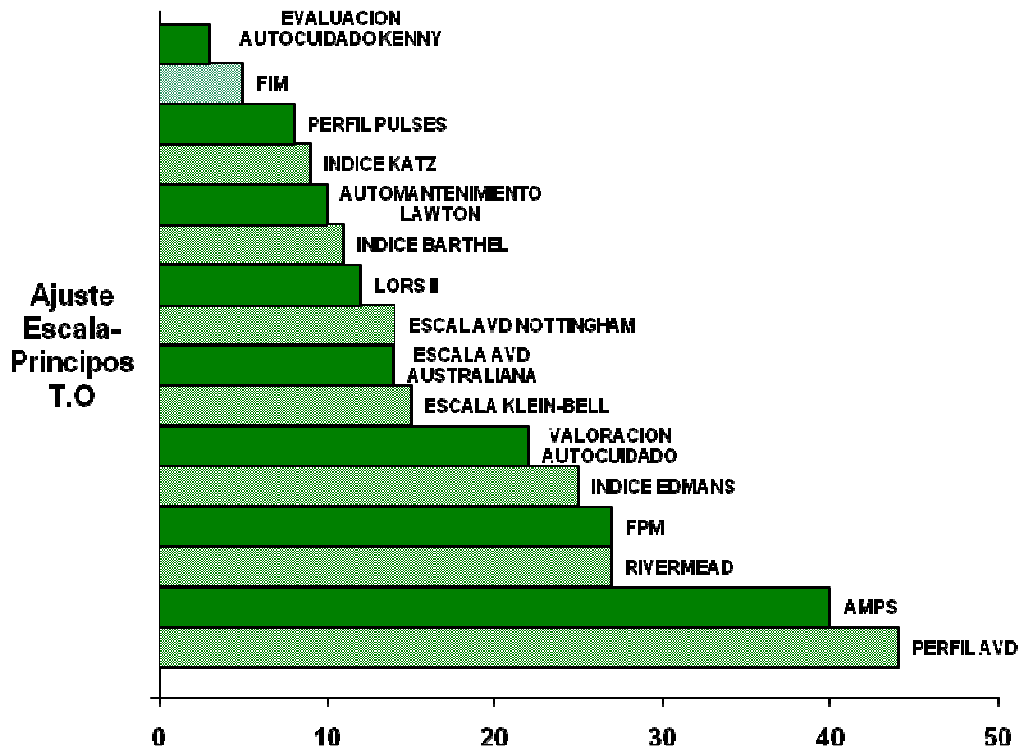


Gráfico Nº1 Puntuaciones de ajuste de los instrumentos de valoración con los valores de Terapia Ocupacional, en un rango de 0-50. Adaptado de Klein et al, 2008

La *medida de rendimiento funcional* alcanza puntuaciones altas en la mayoría de los criterios pero no es una herramienta centrada en el paciente. Aunque habida cuenta de que ha sido diseñada para evaluar a pacientes con enfermedad de Alzheimer, este déficit puede entenderse si hablamos de pacientes a los que la enfermedad les impida decidir que actividades consideran prioritario/necesario evaluar.

La *Escala de Actividades de la vida diaria de Rivermead* se utiliza fundamentalmente en lesiones cerebrales y accidentes cerebrovasculares y ha sido reconocida por la facilidad de uso y la inclusión de una sección de comentarios cualitativos. Sin embargo, carece de la perspectiva centrada en el paciente y de la sensibilidad hacia la interacción dinámica entre el paciente, la tarea y el entorno.

El *Índice de Actividades de la Vida Diaria de Edmans*, se gestó tomando como referencia las alteraciones en el desempeño que pudieran presentar pacientes que hubieran sufrido un accidente cerebrovascular con el objeto de valorar el potencial para vivir de forma independiente en el hogar. Consta de un procedimiento establecido para las tareas estandarizadas y de un registro individual del rendimiento de paciente, aunque no se aborda la interacción con el entorno.

Finalmente, la *Valoración de las Destrezas Motoras y de Procesamiento* (Assessment of Motor and Process Skills: AMPS) obtuvo la mejor puntuación por ser la única medida que cumplía plenamente los criterios identificados. Esta herramienta de evaluación consta de un total de 85⁷ actividades de la vida diaria estandarizadas, Valora 16 destrezas motoras y 20 de procesamiento, en un rango de 1 a 4 (déficit, inefectivo, cuestionable y competente). Una de las características que distinguen este instrumento de evaluación frente a otros, es que el paciente puede seleccionar las tareas en las que prefiere ser evaluado y la forma en la que desea completarlas (Fisher, 1992). Además, la relación entre entorno físico, los objetos utilizados para realizar la tarea y el desempeño de la persona son concebidos como dinámicos y influyendo en la puntuación final. El programa AMPS emite tres tipos de informes (informe narrativo, informe gráfico, informe de evolución de progreso) y un resumen de la ejecución de habilidades (éste último no disponible en español aún).

Dos fueron los inconvenientes encontrados a esta herramienta de valoración, por este estudio y que también han sido reflejados por Donnelly (2002). El primero de ellos es el elevado coste del curso de formación en la escala y en segundo lugar, el nivel de aceptación por parte de otros profesionales de equipo. La alta especificidad en los componentes motores y de

⁷ Además de estas 85 actividades estandarizadas, hay tres actividades de la cultura española en proceso de calibración: hacer una tortilla de patatas con ingredientes adicionales, hacer un bocadillo de carne y/o queso con vegetal y hacer un gazpacho. (Fisher A, 2006)

procesamiento, puede dificultar la comprensión de los resultados a aquellos profesionales que no estén familiarizados con la herramienta AMPS.

Trasladando los resultados obtenidos por Klein et al (2008) a la valoración ocupacional geriátrica, la necesidad de incluir los principios de la profesión, no solo en las intervenciones rehabilitadoras, sino también en los métodos de evaluación es indiscutible. Utilizar herramientas propias de la profesión impulsa la transmisión de los valores de la disciplina y fortalece su esencia. Valoraciones como el AMPS o la valoración Rivermead, centradas en el paciente, ayudan a detectar verdaderamente las necesidades de cada paciente y a plantear objetivos de tratamiento reales y acordes a sus expectativas de éste.

El principal inconveniente en la utilización de herramientas de evaluación específicas de Terapia Ocupacional es el desconocimiento por parte de los profesionales del equipo, tanto de la estructura como del significado de las puntuaciones/resultados obtenidos. Considerando que la valoración del Terapeuta Ocupacional se integra en la valoración geriátrica integral y que utilizar un lenguaje común se ha descrito como un elemento cardinal para el funcionamiento del equipo (Gutiérrez Bezón C. et al, 2007), la utilización de las denominadas escalas tradicionales de valoración (Índice de Barthel, Índice de Katz, etc.) también se hace ineludible.

No se trata pues, de sustituir unas herramientas por otras, sino de seleccionar aquellos instrumentos cuya combinación permita mantener el lenguaje común compartido con el equipo, al mismo tiempo que profundizar en la valoración de los componentes y contextos de desempeño ocupacional del anciano. Las escalas tradicionales no están reñidas con los instrumentos de valoración ocupacional, de hecho ambos grupos se han gestado partiendo de un mismo valor: la funcionalidad de la persona y tienen un objetivo común: captar la

funcionalidad del paciente respecto a una serie de actividades de la vida diaria concretas.

Así pues, un protocolo de valoración ocupacional que combinase aquellas escalas tradicionales que mas se ajustasen a las características del paciente con instrumentos propios de Terapia Ocupacional ayudaría al terapeuta a mantener la comunicación con el equipo y a mantener los valores y la especificidad de la Terapia Ocupacional frente al despeño ocupacional del paciente.

CONCLUSIÓN

La Valoración Ocupacional Geriátrica es un proceso holístico, de doble direccionalidad, sensible a los cambios en el desempeño ocupacional. El proceso de valoración de Terapia Ocupacional contiene la descripción y la cuantificación del rendimiento del anciano en la realización de las actividades de la vida diaria, al mismo tiempo que debe recoger sus expectativas y vivencias. La relación dinámica persona-entorno y actividad es el punto central de este proceso.

La selección de instrumentos de medida debe realizarse en función a parámetros de validez clínica pero también a criterios relacionados con los valores de la profesión (holismo, práctica centrada en el cliente, singularidad del individuo y singularidad del entorno). La combinación de escalas tradicionales como el Índice de Barthel con herramientas propias de la profesión complementa y enriquece la valoración ocupacional geriátrica.

BIBLIOGRAFIA

1. Abinzanda Soler P, Romero Rizos L. Innovación en valoración funcional. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006; 41: 27-35.
2. Bottari C, Dassa C, Rainville C, Dutil E. The criterion-related validity of the IADL. Profile with measures of executive functions, indices of trauma severity and sociodemographic characteristics. Brain Injury. 2009; 23 (4): 322-35.
3. Carey RG, Posavac EJ. Rehabilitation program evaluation. Using a revised level of rehabilitation scale (LORS-II). Arch Phys Med Rehabil. 1982; 63: 367-70.
4. Chan C, Lee T. Validity of the Canadian Occupational performance measure. Occup ther int. 2006; 4 (3): 231-49.
5. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
6. Cohn E, Boyt B, Neistadt M. Consideraciones generales acerca de la evaluación. En: Crepeau EB, Cohn S, Boyt B. Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2005. 279-84.
7. Doble S, Caron J. Occupational well-being: Rethinking occupational therapy outcomes. Can J Occup Ther. 2008; 75 (3): 184-90.
8. Donaldson S, Wagner C, Gresham GE. A unified ADL evaluation form. Arch Phys Med Rehabil. 1973; 54: 175-79.
9. Donnelly C, Carswell C. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther. 2002; 69 (2): 84-94.
10. Donnelly C, Carswell C. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther [internet] 2002; 69(2): 84-94.
11. Dooley RN, Hinojosa J. Improving quality of life for person with Alzheimer's disease living and the family caregivers: brief occupational therapy intervention. Am J Occup Ther [internet] 2004; 58:561-569.
12. Edmans JA, Webster J. The Edmans ADL index: Validity and reliability. Disabi & Rehabil [internet]. 1997; 19(11):465-476.
13. Fisher AG. Assessment of Motor and Process Skill. Development, Standardization and Administration Manual.
14. Fischer AG. Assessment of Motor and Process Skills. In: Development, Standardization and Administration Manual. 5 ed. Three Star Pres, Colorado USA; 1992. 9.10.
15. Fisher AG. Evaluación de Habilidades Motoras y de procesamiento. Manual de usuario. 6ª ed. 2006. Three Star Press, Inc. Fort Collins, Colorado. USA.
16. Fisher A. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization, and Administration Manual. 5ª ed. Colorado: Three Star Press Inc; 2003.
17. Foucault M. El poder psiquiátrico : curso del Collage de France. Madrid: Ediciones Akal; 2005. 35-36
18. Forster A, Lambley R, Hardy J, Young J, Smith J, Green J, Burn E. Rehabilitation for older people in long-term care. Cochrane Database Syst Rev [internet]. 2009 January; 21 (1). <http://www.cochrane.org/reviews>
19. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Revista española de geriatría y

- gerontología [internet] 2008; 43(5): 265-267.
20. Gillette NP. Research directions for occupational therapy. *Am J Occup Ther* [internet] 1991 Jun; 45 (6): 563-565.
21. Guitiérrez Bezón C, Jimenez Rojas C, Corregidor Sánchez AI. El equipo interdisciplinar: Tratado de Geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología [internet] 2007.
22. Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by pulse profile and Bathel Index. *Arch Phys Med Rehabil* [internet] 1979; 60: 145-154.
23. Halstead L, Hartley RB. Time care profile: an evaluation of a new method of assessing ADL dependence. *Arch Phys Med Rehabil* [internet] 1975 Mar; 7(4):1-12.
24. Hasselkus B, Murray B. Everyday occupation, well-being and identity: The experience of caregivers in families with dementia. *Am J Occup Ther* [internet] 2007; 61(1):9-20.
25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. *J Am Med Assoc* [internet] 1963; 12: 914-919.
26. Jette A, Haley S, Coster W, Kooyoomjian J, Levenson S, Heeren T, Ashba J. Late life function and Disability Instrument. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [internet] 2002; 57: 209-216.
27. George D, Mallery P. A simple guide and reference. Belmont CA,USA: Wadsworth Publishing Company; 1995.
28. Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. *BMJ* [internet] 2006; 333(7580): 1196-1199.
29. Guillén Llera F. Unidades Geriátricas de Hospitalización. En: Salgado A, Guillén Llera F, Díaz de la Peña J. *Tratado de Geriatría y Asistencia Geriátrica*. Barcelona: Salvat S.A.; 1986. 59-67.
30. Gromak P, Wakel S. Functional Assessment in the Elderly: A literatura Review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 1989, 7(4):1-
31. Kesselring J. Prólogo en Davis P. *Pasos a seguir*. Madrid: médica Panamericana; 2003.
32. Klein RM, Bell B. Self-care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale. *Arch Phys Med Rehab*. 1982;63(7): 335-38.
33. Law M, Letts L. A critical review of scales of activities of daily living. *Am J Occup Ther*. 1989; 43(8): 522-8.
34. Lawton M.P, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Geront*. 1969; 9(3): 179-86.
35. Lincoln NB, Edmans JA. A Re-validation of the Rivermead ADL Scale for Elderly Patients with Stroke Age. *Ageing*. 1990; 19: 19-24.
36. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* . 1965; 14: 56-61.
37. McDowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: John Wiley and Sons; 1987.
38. Law MC, Baurm CM, Dunn W. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy*. Boston: Slack; 2005.
39. Nelson DL, Melville L, Wilkerson J, Magness R, Grech J, Rosenberg J. Interrater reliability, concurrent validity, responsiveness, and predictive validity of the Melville-Nelson self-care assessment. *Am J Occup Ther*. 2002; 56 (1): 51-59.

40. The American Occupational Therapy Association. OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain and Process. Am J Occup Ther. 2008; 62(6):625-683.
41. Pérez del Molino J, Sanz-Aranguez MJ, Moya López MJ. Valoración Geriátrica: conceptos generales. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino J, Petidier Torregrosa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2º ed. Madrid: Elsevier Masson; 2007. p. 207-225.
42. Pérez del Molino Martín J, Moya López M. Síndromes y Cuidados del paciente geriátrico. En: Guillen Llera F, Pérez del Molino J. Valoración Geriátrica: 12. Barcelona: Masson; 1994. p: 50.
43. Polonio López B. La valoración en Terapia Ocupacional. En: Polonio B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2003. p. 195-210.
44. Popper K, Eccles JC. El yo y su cerebro. Barcelona: Labor; 1980.
45. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona: Masson-Elsevier; 2003.
46. Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley, NC, Bitensky J, Bayley M. Cuestiones para la selección de medidas de resultado en la rehabilitación del movimiento: CIF. Discap Rehabil. 2005; 27 (6): 315-40.
47. Schoening H, Anderegg L, Bergstrom D, Fonda M, Steinke N, Ulrich P. Numerical scoring of self-care status of patients. Arch Phys Med Rehab. 1965; 46(10): 689-697.
48. Sidney Katz MD, Amasa B, Ford MD, Roland W, Moskowitz MD, Beverly A, Jackson BS, Marjorie W, Jaffe MA. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function . JAMA. 1963; 185(12): 914-19.
49. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1986; 34: 119-26.
50. Trombly C. Anticipating the future: assessment of occupational function Am J Occup Ther. 1993; 47(3): 253-7.
51. Warren M. Care of chronic sabled sick. The Lancet. 1946. (2): 841- 43.
52. Wright J. The Functional Assessment Measure. COMBI [Internet]. 2000. Disponible en: <http://www.tbims.org/combi/FAM>