

EL ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

THE ANALYSIS OF THE ACTIVITY IN THE PROCESS OF ASSESSMENT OF DEPENDENCE

DeCS: Evaluación de la discapacidad, Actividades cotidianas, Terapia Ocupacional.

MeSH: Disability evaluation, Activities of daily living, Occupational Therapy.



D. Rubén González-Rodríguez

Doctor por la Universidad de Santiago de Compostela. Profesor Adjunto, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Santiago de Compostela (USC), A Coruña, España.

Terapeuta ocupacional, Servicio de dependencia y autonomía personal, Jefatura Territorial de la Consellería de Traballo e Benestar, Xunta de Galicia, Ourense, España.

Como citar este artículo en sucesivas ocasiones:

González-Rodríguez R. El análisis de la actividad en el proceso de valoración de la situación de dependencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015. [-fecha de la consulta-]; monog 7: [66-86]. Disponible en: <http://www.revistatoq.com/mono/num7/analisis.pdf>

Introducción

Cuando se me propuso la realización de este trabajo, se me encomendaba recoger algún aspecto propio a nuestra disciplina que se vinculase directamente con el campo profesional donde desarrollo actualmente parte de mi actividad laboral, un Equipo de valoración de la situación de dependencia.

He de reconocer que la propuesta me pareció un reto personal, puesto que conllevaba un espacio de reflexión individual para desmenuzar la actividad diaria que llevo a cabo y sintetizar aquellos aspectos que considero más significativos.

Muchas definiciones se han dado de la Terapia Ocupacional (unas más acertadas que otras) y están a nuestra disposición, para poder acceder a ellas, en las diferentes bases bibliográficas. A pesar de ello, todos sabemos las dificultades que nos encontramos

RESUMEN

La creación en España de un nuevo sistema de protección social para la atención específica de las personas en situación de dependencia ha supuesto un nuevo e importante nicho de empleo para los/as profesionales de la Terapia Ocupacional. En el presente trabajo queremos distinguir y destacar el proceso del análisis de la actividad como uno de los aspectos definitorios de nuestra profesión que se vinculan al proceso de valoración de la situación de dependencia y, por lo tanto, entendemos contribuye a nuestra praxis diaria.

SUMMARY

The creation in Spain of a new system of social protection for the specific care of persons in situation of dependence has led to a new and important niche for the professionals of Occupational Therapy. In this paper we distinguish and highlight the process of analyzing activity as one of the defining aspects of our profession that are linked to the process of assessing the situation of dependency and, therefore, we understand that this fact contributes to our daily praxis.

a menudo para definir nuestro trabajo. Probablemente suceda lo mismo a otros colectivos profesionales de diferentes áreas del saber, aunque en el nuestro carguemos con la culpa de pensar que somos los "únicos". Sin embargo, nosotros siempre hemos tenido la voluntad (y la necesidad) de explicar, transmitir, comunicar,..., todo aquello que nos caracteriza y nos diferencia.

Definir es: 1) establecer de manera precisa los límites de una cosa, pero también 2) determinar su naturaleza mediante el *análisis de sus componentes*¹.

En relación a la primera cuestión parece clara la importancia de distinguirnos como disciplina científica de otras con la misma *finalidad*, pero también precisar lo que somos y lo que hacemos. En definitiva, concretar los *medios* que utilizamos para conseguir nuestros objetivos.

En el mundo académico, seguimos estando relegados a solaparnos con otras especialidades. Sin duda, carecer de área de conocimiento propia conlleva que nos sigan vinculando con disciplinas como la Fisioterapia, la Psicología o el área de Radiología y Medicina Física, departamentos a los que muchos/as terapeutas ocupacionales están vinculados puesto que son profesiones con las que podemos compartir propósitos generales; pero no los objetivos ni los medios terapéuticos.

He querido enfatizar, en cursiva, la segunda acepción del verbo *definir* puesto que es una de las capacidades que, en nuestra formación académica, los terapeutas ocupacionales hemos aprendido y desarrollado. Todos podemos recordar como, a la par que se nos instruía sobre conceptos de Anatomía, Fisiología, Biomecánica, Psicología, Sociología, etc., realizábamos un aprendizaje (un verdadero adiestramiento) sobre como analizar meticulosamente las actividades que desarrolla el ser humano y a desmenuzar concienzudamente todos los componentes que forman parte de las mismas.

He aquí por tanto, el concepto que propongo como uno de los aspectos definitorios de nuestra disciplina científica: la Actividad (y el análisis de sus componentes).

En primer lugar expondremos la contextualización del trabajo del terapeuta ocupacional en el ámbito del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) para posteriormente vincularlo al aspecto definitorio que este autor propone tener en cuenta en la conceptualización de nuestra profesión.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

En nuestro país, no ha existido un sistema de protección social específico para atender las situaciones de dependencia hasta el año 2007. Previamente, la atención a personas con discapacidad y las personas mayores, era soportada de forma compartida (en función del marco competencial correspondiente) por el conjunto de las Administraciones Públicas. Por una parte, el Sistema de Seguridad Social competencia del Estado, y por otra el Sistema de Servicios Sociales y el Sistema Nacional de Salud, con competencias compartidas entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las diferentes Administraciones Locales. A través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia² (en adelante, LAPAD), se garantiza el derecho subjetivo de la ciudadanía a ser atendidos

cuando se reconozca, por el organismo competente, una situación de dependencia (entre otros requisitos). Por lo tanto, a efectos de la titularidad de derechos de protección de la dependencia, este reconocimiento actúa como requisito *sine qua non*, sea cual sea el origen de la dependencia, la edad del titular, su situación familiar o sus recursos económicos³.

El instrumento para llevar a cabo el desarrollo de este derecho es el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, tanto públicos como privados.

Muchas definiciones se han dado del concepto de dependencia. Sin embargo, los investigadores de este ámbito acostumbran tomar como punto de partida la que establece en su Resolución (98)9 el Consejo de Europa y en la que define la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de forma particular, los referentes al cuidado personal⁴.

En su art. 2 la LAPAD² define la situación de dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

De las múltiples definiciones aportadas sobre el concepto de dependencia, es importante indicar que, si bien aquí solo hemos recogido dos, en todas ellas nos encontramos con tres factores concurrentes que determinan la esencia de la

misma y que, como señala Sánchez-Urán⁵ ya ponen de relieve desde hace una década organismos internacionales y europeos y que son: 1) la existencia de discapacidad física, psíquica o intelectual (en la LAPAP se diferencia también la discapacidad de tipo sensorial); 2) la incapacidad de la persona para realizar por si misma las Actividades de la Vida Diaria (AVD); y 3) la necesidad de asistencia o cuidados por parte de otra persona. El conocimiento y análisis que de estos tres factores tienen los terapeutas ocupacionales fundamentarán, como veremos en la segunda parte de este trabajo, la importancia de nuestra profesión en los procesos de valoración de la situación de dependencia.

Para poder realizar una valoración (en este caso de la situación dependencia) es preciso contar con un instrumento para efectuar la medida. El Libro Blanco de la dependencia en España⁶ ya recogía de forma precisa la heterogeneidad de herramientas existentes en todo el Estado para la valoración de las situaciones de dependencia. Esgrimía como causa principal de esta variabilidad, la gran diversidad de profesionales de diferentes ámbitos que efectuaban las valoraciones (no siempre con perfil demasiado adecuado). A ello se añadía el condicionante de que normalmente estas valoraciones se efectuaban para acceder a diferentes equipamientos de servicios sociales y/o de tipo sociosanitario, o para tener derecho a determinadas prestaciones bien de carácter económico, bien en forma de servicios.

De entre estos baremos ya existentes, y a los que tradicionalmente se ha recurrido, queremos destacar los más usados y/o reconocidos para cada área como son el índice de Barthel, el índice de Katz, el índice de Lawton y Brody, la escala de Norton, el cuestionario Mini Mental, ...etc^{6,7}. Algunos de ellos, como es el caso de los índices de Barthel y de Katz, siguen siendo dos de las escalas de valoración más utilizadas (no solo en España) en el ámbito de la geriatría y no es previsible que se abandone su uso a corto plazo⁸. Ninguno de estos instrumentos nos es ajeno; es más, en relación a los instrumentos de valoración del desempeño al respecto de las AVD, el profesional de la Terapia Ocupacional es, con frecuencia, el técnico al que se le encomienda su aplicación en

dispositivos tales como los Centros de atención residencial, los Centros de estancias diurnas y otros equipamientos y servicios.

Sin embargo, para medir y poder objetivar la situación de dependencia (y, por consiguiente, acceder al recientemente creado SAAD) se construyó *ex profeso* un instrumento de valoración específico del que a día de hoy ya existen dos versiones. Desde el 22 de abril de 2007 al 17 de febrero de 2012, la puerta de entrada al SAAD la constituía el baremo de valoración recogido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril⁹. A partir del 18 de febrero de 2012, el instrumento al que se acaba de hacer referencia fue sustituido por el baremo recogido en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero¹⁰, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido en la Ley 39/2006, que deroga expresamente el Real Decreto 504/2007.

Es preciso matizar, que en los dos reales decretos anteriormente señalados, se incluyen dos instrumentos de medida: el Baremo de valoración de dependencia (BVD) aplicable en el caso de personas de edad igual o superior a tres años, y la Escala de valoración específica (EVE) que se utilizará en personas menores de tres años. Ambos instrumentos tienen como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)¹¹ adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001.

La graduación de la situación de dependencia se estableció en tres categorías en función de su gravedad. El baremo de valoración recoge la clasificación de la situación de dependencia en tres grados de severidad en función de la autonomía de la persona, así como de la intensidad de apoyo que requiere y que son: (en orden decreciente) la gran dependencia (o grado III), la dependencia severa (o grado II) y la dependencia moderada (o grado I). Al igual que el modelo alemán o francés¹², el baremo de valoración español, tiene en cuenta el grado de apoyo que la persona en situación de dependencia necesita por parte de una persona cuidadora y la intensidad de los apoyos que dicha persona le presta.

En relación a los nuevos instrumentos de valoración se reguló, por los organismos públicos competentes, los profesionales con facultad para aplicarlos. Inicialmente se establecía únicamente, y de modo genérico, que debían ser profesionales del área social y/o sanitaria¹³. Esto dio lugar a que, en algunas Comunidades Autónomas, los técnicos de valoración no se vincularan directamente con profesiones del espectro puramente sociosanitario y, por lo tanto, en muchos casos desconocían la metodología necesaria y las técnicas propias del proceso de valoración así como las características más importantes de los procesos de salud que afectan a los grupos de personas con mayores índices de dependencia.

Vistas las experiencias iniciales, con posterioridad se han regulado una serie de requisitos exigibles al personal técnico para la mejora en la calidad de los procesos de valoración, de los que quiero destacar los siguientes: 1) el conocimiento suficiente sobre las características funcionales de los grupos de personas con dependencia, especialmente en caso de menores, discapacidad intelectual, enfermedad mental y personas mayores con deterioro cognitivo; y 2) manejo adecuado de las diferentes técnicas metodológicas como son la revisión de fuentes documentales, entrevista personal y observación directa. Del mismo modo, se relacionaron nominalmente las categorías profesionales con acceso preferente para realizar las funciones de valoración y que serían las personas en posesión de la titulación de Medicina, Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Fisioterapia y Trabajo Social¹⁴.

En el marco de las competencias atribuidas en la Constitución Española, la Comunidad Autónoma de Galicia, como el resto de Comunidades Autónomas, ha legislado la normativa de desarrollo de la LAPAD. En ella, se ha establecido que uno de los profesionales de los Órganos de valoración y asesoramiento de la dependencia en esta Comunidad Autónoma, sean (seamos) los terapeutas ocupacionales¹⁵. De igual modo, analizando las relaciones de puestos de trabajo de los Servicios de Dependencia y Autonomía Personal de la actual Consellería

de Trabajo e Bienestar observamos que el perfil preferente y mayoritario que conforma actualmente el Equipo técnico de valoración y que realiza la mayor parte de las valoraciones (especialmente las realizadas en el propio entorno de la persona usuaria) son los profesionales de la Terapia Ocupacional. Nuestro colectivo profesional trabaja conjuntamente con otros técnicos como médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y, de forma más residual, fisioterapeutas; de todos los que acabamos de hacer referencia, únicamente los trabajadores/as sociales no aplican el instrumento de valoración.

Al igual que Galicia, también otras muchas Comunidades Autónomas han considerado al terapeuta ocupacional como uno de los pilares técnicos fundamentales en la construcción del nuevo sistema de protección social. Aunque el profesional de la Terapia Ocupacional desempeñe otras funciones diferentes, y de igual relevancia en el marco del SAAD, seguidamente intentaremos motivar por qué nuestra profesión es (o debería ser) referente en todo este proceso y qué fundamentos propios ayudan a que el proceso se realice con mayor calidad y eficacia.

La Actividad

Los procedimientos que se realizan en base a los fundamentos teóricos y metodológicos de la Terapia Ocupacional, siempre han estado muy vinculados a la situación de diversidad funcional de la persona.

Así, Miangolarra Page ya apuntaba que la capacidad para provocar un impacto decisivo en el devenir de los acontecimientos de la vida de una persona con discapacidad, posiblemente ha sido suficiente para crear un cometido profesional específico; el del terapeuta ocupacional¹⁶.

En la propuesta actual de conceptualización de la Organización Mundial de la Salud a través de la CIF se contempla la discapacidad, entendida globalmente como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto

socioambiental en el que se desarrolla, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación y desempeño real de las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales que pueden actuar como barreras o ayudas⁶. Podemos agrupar los componentes y englobarlos en tres grandes bloques: 1. Estructura y funciones del cuerpo (deficiencias); 2. Actividades que realiza la persona (limitaciones y restricciones); y 3. Contexto con el que interactúa (ayudas personales o técnicas y barreras).

Brea Rivero¹⁷ ya señalaba la importancia del término discapacidad y su vinculación directa con nuestra profesión; no en vano recogía que entre los países miembros de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (siglas en inglés) poseedores de una definición propia de la Terapia Ocupacional, el 83% han modificado o revisado su definición con posterioridad a la aparición de la CIF.

Si bien establecer esta conexión nos parece procedente, el cometido de este trabajo no es desarrollar ni discernir sobre el concepto de discapacidad, por lo que re-focalizaremos nuestra atención en la idea de actividad que se propone como determinativa de nuestra profesión. Para ello, relacionamos una serie de definiciones que posibiliten situarnos en el estado de la cuestión.

Definimos *actividad* como el conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad, y también cada una de esas operaciones y tareas¹. Pierce considera que el término actividad describe una clase general de acciones humanas dirigidas a una meta¹⁸. Reed & Sanderson definen actividad como una acción específica, función o esfera de acción que implica aprender o hacer por experiencia directa¹⁹.

Querejeta define las Actividades de la vida diaria como aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social⁷.

En el marco de la CIF¹¹, la *actividad* es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo. Junto a la *participación* (acto de involucrarse en una situación vital) constituye uno de los dos componentes que describen el Funcionamiento y la Discapacidad de la persona, tanto desde una perspectiva individual como social.

Los dominios para el componente Actividades y Participación aparecen en una única lista que abarca todas las áreas vitales (tareas y acciones) y serían los siguientes: D1) Aprendizaje y aplicación de conocimientos; D2) Tareas y demandas generales; D3) Comunicación; D4) Movilidad; D5) Autocuidado; D6) Vida doméstica; D7) Interacciones y relaciones interpersonales; D8) Áreas principales de la vida; y D9) Vida comunitaria, cívica y social.

Los calificadores que la CIF establece para los dominios señalados previamente son: la *capacidad*, que describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción y el *desempeño*, que describe lo que la persona hace en su contexto/entorno vital actual. Esto es, en el entorno ambiental de la comunidad en la que desarrolla su vida y que está condicionado por factores físicos, sociales y actitudinales.

En muchas ocasiones tienden a considerarse sinónimos los conceptos ocupación y actividad y muchos profesionales de la Terapia Ocupacional utilizan (utilizamos) indistintamente ambos términos para describir la participación en los propósitos de la vida diaria²⁰. Sin embargo, la ocupación constituye un dominio coherente de conducta que comprende el juego y ocio, las actividades de la vida cotidiana y el trabajo²¹. No podemos olvidar que la ciencia que la estudia, la Ciencia de la Ocupación, tiende a crear cambios en el modo en que los terapeutas perciben y enfocan su trabajo²².

En la literatura específica sobre Terapia Ocupacional se consideraron tradicionalmente tres áreas de ocupación a las que como acabamos de ver hacía referencia Kielhofner: tareas de la vida diaria, trabajo y ocio y juego²³. En la actualidad, la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales AOTA (siglas en inglés) relaciona ocho áreas de ejecución ocupacional perfectamente definidas en el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional²⁰, y que son: 1) Actividades de la vida diaria (básicas y personales); 2) Actividades instrumentales de la vida diaria; 3) Descanso y sueño; 4) Educación; 5) Trabajo; 6) Juego; 7) Ocio y tiempo libre; y 8) Participación social.

Si bien se ha producido un cambio en la consideración del número total de áreas de ocupación, el término AVD se ha utilizado indistintamente para referirse a todas ellas. Gran número de autores han clasificado a las AVD en Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), siendo estas últimas aquellas que tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria²⁴.

Martorell y Romero señalan que las ABVD tienen características de universalización y gran especificidad, poco influenciadas socioculturalmente. Por el contrario, las AIVD requieren la toma de decisiones e interacciones difíciles con el medio o resolución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal, pudiendo verse influidas por el sexo, la educación, la cultura, la sociedad y la edad²⁴.

Al inicio de este trabajo recogíamos la descripción de definir, como determinar la naturaleza de una cosa a través del análisis de sus componentes. Una vez que hemos hecho una pequeña aproximación al concepto de actividad, queremos señalar como se analiza y la importancia para nuestra profesión.

Desde siempre, la Terapia Ocupacional ha trabajado y posibilitado el estudio científico de las actividades (propositivas). García-Margallo señala que este trabajo investigador se ha realizado con dos fines concretos; primeramente para estudiar la naturaleza de las actividades y posteriormente, para determinar el modo en el que estas actividades podían ser estudiadas para facilitar la *evaluación* y la *intervención*. Concluye la autora que no se puede entender o utilizar la actividad como herramienta terapéutica a menos que se conozcan sus propiedades inherentes²⁵.

El análisis de la actividad es un proceso lógico y simplificador, a través del cual el terapeuta ocupacional determina las múltiples demandas requeridas para ejecutarla y alcanzar el desempeño competente de la misma²⁶.

Los profesionales de Terapia Ocupacional analizamos las actividades para comprender lo que se requiere del cliente y determinar la relación de los requisitos de la actividad para participar en la ocupación. Se definen las *demandas de actividad* como las características específicas de una actividad que influyen en el tipo y cantidad de esfuerzo requerido para realizar la misma²⁰.

Para la realización de las actividades, la persona necesita de unas determinadas destrezas para conseguir un desempeño positivo. Las *destrezas de ejecución* son las habilidades que demuestran los clientes en las acciones que llevan a cabo. Están catalogadas en diferentes categorías interrelacionadas entre sí y que son: 1) destrezas motoras y praxis; 2) destrezas sensoriales-perceptuales; 3) destrezas de regulación emocional; 4) destrezas cognitivas; y 5) destrezas de comunicación y sociales²⁰.

El Baremo de valoración de dependencia

Una vez expuestos los argumentos previos, en este apartado del trabajo pasamos a relacionarlos con el contenido del BVD¹⁰. No pretendemos hacer una relación exhaustiva del fondo del mismo, dado que es un baremo complejo con

numerosos criterios de aplicabilidad que exceden el cometido de este estudio. Por el contrario, sí nos parece oportuno resaltar aquellos aspectos que entendemos son imprescindibles conocer puesto que consideramos son la premisa necesaria para efectuar una evaluación de dependencia precisa y acertada; como podrá observarse, la concordancia es altamente significativa.

La valoración para acceder al SAAD (cuando el instrumento utilizado es el BVD) se realiza respecto del grado de desempeño en la realización de las *actividades de la vida diaria* que se consideran esenciales para el individuo, así como de las tareas que cada una de las actividades comprende. De acuerdo con la CIF, en el BVD se consideran las actividades de *autocuidado* (D5), *movilidad* (D4) y *tareas domésticas* (D6), tres de los nueve dominios previamente referenciados. Del mismo modo, para las personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental u otras situaciones en las que la persona tenga alterada su capacidad perceptivo-cognitiva se valorará su *toma de decisiones* (en la CIF dentro del dominio D1 Aprendizaje y aplicación de conocimientos).

El BVD vigente en la actualidad¹⁰, recoge 11 actividades subdivididas en 59 tareas que se valoran de forma individual y de acuerdo a los criterios de aplicación del mismo. En todo caso, el personal técnico valorador deberá evaluar respecto de cada una de las tareas recogidas en la tabla: 1) el *nivel de desempeño* que el usuario presenta respecto de la tarea concreta que se evalúa; 2) el *problema en el desempeño* de la propia tarea; y 3) los apoyos personales por parte de otra persona que el usuario necesita si no es capaz de llevar a cabo la tarea. Para considerar este último aspecto, el técnico debe considerar, a su vez, dos variables: el *tipo de apoyo* que la persona necesita, y la *frecuencia* en la que necesita ese apoyo por parte de terceros.

Efectuada la evaluación del sujeto el instrumento dictamina, teniendo en cuenta la valoración de cada una de las tareas, la severidad de la dependencia. El BVD determina, con una puntuación que oscila de cero a cien puntos, la capacidad de la persona para realizar las AVD representando cero puntos una situación de

autonomía/independencia y cien puntos una situación de dependencia máxima. Para que se reconozca a efectos administrativos una situación de dependencia, la persona valorada deberá alcanzar una puntuación igual o superior a 25 puntos. La puntuación final obtenida podrá tener carácter provisional o permanente según lo fije el órgano de valoración competente.

Al respecto de la variable *Nivel de desempeño*, las categorías de la misma serán: Positivo (P1), Negativo por dependencia (N1), Negativo por otras causas (N2) y No aplicable (NA). Al respecto del desempeño negativo queremos resaltar aquel que viene motivado por otras causas; por ello es preciso matizar que, "las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar".

En relación a la variable *Problema de desempeño*, ha de determinarse (en coherencia con el informe de salud) si la problemática que interfiere en el desempeño de cada una de las 59 tareas es de tipo físico, mental o ambos.

El técnico, en relación al *Tipo de apoyo*, ha de considerar si el apoyo que la persona valorada necesita de terceros es de índole: Supervisión, que comprende la estimulación verbal o gestual de la persona valorada y la orientación en la toma de decisiones; ayuda Física Parcial, que supone la colaboración física con la persona valorada y/o la preparación de los elementos necesarios para la ejecución de la tarea; Sustitución máxima, cuando la persona valorada no puede ejecutar por si misma la tarea de ningún modo; y Apoyo especial cuando, prestándose cualquier apoyo de los anteriormente descritos, existe una interferencia significativa por condiciones excepcionales de salud de la persona valorada.

A las tres variables citadas, se añade una cuarta variable denominada *Frecuencia de apoyo* (variable que, al igual que la categoría N1 del nivel de desempeño, el RD 504/2007 no contemplaba). En ella se identificará el número de ocasiones en que la persona valorada necesita apoyos personales cuando ésta deba realizar una tarea concreta. La graduación se determinará del siguiente modo, de acuerdo con los intervalos que propone la escala genérica de la CIF¹¹: Casi nunca (0), Algunas veces (1), Bastantes veces (2), Mayoría de las veces (3) y Siempre (4).

Según lo que venimos de exponer, cada una de las tareas que componen el BVD sólo van a condicionar la puntuación final del instrumento siempre y cuando se valore un Nivel de desempeño por dependencia del tipo N1; se determine un Grado de apoyo personal; y la Frecuencia del apoyo sea Mayoría de las veces (3) o Siempre (4). Por lo tanto, para determinar la severidad de la situación de dependencia se desprecian frecuencias de apoyo inferiores a 3.

Es necesario añadir que el BVD recoge unos criterios generales de aplicación extensos entre los que queremos destacar: 1) se valora el desempeño de cada una de las tareas con el empleo de los productos de apoyo prescritos; 2) han de considerarse siempre las barreras y facilitadores del entorno físico; y) la valoración global de las diferentes tareas ha de realizarse teniendo en cuenta el proyecto vital de la persona valorada.

Conclusión

Parece fundamental que para evaluar, "medir" y poder objetivar las situaciones de discapacidad y dependencia es preciso partir de los déficits que la persona presenta, pero es imprescindible saber determinar y evaluar el desempeño de las AVD considerando además el contexto en el que éstas se desarrollan.

El conocer y saber analizar las demandas de las diferentes actividades, así como las destrezas para su ejecución serán sumamente importantes para

efectuar una correcta valoración. Sin embargo, no podemos obviar el ambiente en que éstas se llevan a cabo.

Recordemos que el BVD precisa que es necesario tener en cuenta las barreras y facilitadores del entorno físico. Sin apartarnos del contenido de la CIF, que es el marco normativo a nivel internacional, esta clasificación ya consideraba la importancia del entorno y el contexto vital de la persona y para ello diferenciaba la capacidad del desempeño.

Como ya señalábamos al inicio de este trabajo, una característica que nos diferencia de otras profesiones y que creemos fundamental resaltar, es nuestra visión global de la persona en su contexto vital. Cada vez en mayor medida, la Terapia Ocupacional está más vinculada al ámbito comunitario. Sin duda nuestro aprendizaje en diferentes áreas básicas del saber (también en lo social) son el punto de partida, pero sin duda nuestra formación en las actividades y las ocupaciones marcan nuestra principal valía.

La Red Europea de Estudios Universitarios de Terapia Ocupacional ENOTHE (siglas en inglés) ya identificaba como una de las competencias específicas de nuestra profesión (dentro del proceso de Terapia Ocupacional y razonamiento profesional) el emplear el potencial terapéutico de la ocupación a través del uso de la síntesis y análisis de la ocupación y de la actividad²⁷.

Este conocimiento propio de nuestra disciplina científica, supone una importante contribución de los profesionales de la Terapia Ocupacional dentro de los equipos de valoración de dependencia (hecho que también debería darse en los equipos de valoración de la discapacidad así como en otros equipos del ámbito sociosanitario cuya función sea la valoración y/o intervención).

Nuestra formación académica nos prepara para: 1) conocer los diferentes déficits en relación a las condiciones de salud de la persona; 2) analizar y evaluar el desempeño, positivo o negativo, de las diferentes actividades; y 3) a

evaluar los contextos y entornos, teniendo en consideración las barreras (de todo tipo, no solo físicas) así como los diferentes productos de apoyo necesarios.

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 al bienestar²⁰.

Tal importancia ha tenido la actividad para la Terapia Ocupacional que incluso ha dado lugar al nacimiento de modelos propios para guiar nuestra práctica profesional²⁸. Por ello, no podemos finalizar este trabajo sin citar el Modelo de las actividades de salud de Cynkin y Robinson. Como su nombre indica resalta la importancia de la actividad sobre la persona y, lo que es más significativo, la conexión entre actividades y salud. A este respecto Cynkin y Robinson concluyen que la participación del individuo en las actividades puede producir un cambio desde la disfunción hacia la función²⁹.

A la vista de todo lo expuesto, entendemos que la Actividad, y también el proceso de análisis de la misma, es claramente un aspecto definitorio de nuestra profesión prácticamente inherente a nuestra praxis profesional en todos los campos de actuación (recordemos las vertientes que señalaba García-Margallo²⁵).

Respecto al espacio de reflexión iniciado con este trabajo consideramos que en el ámbito de la valoración de la dependencia dicha capacidad y destreza profesional supone una mejor calidad en el desempeño de nuestro trabajo, a la par que justifica (así lo entendemos) nuestra presencia en los equipos técnicos interprofesionales de las diferentes administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario da Real Academia Galega. A Coruña. Consulta realizada 14/02/2015. Disponible en: www.realacademiagalega.org
2. Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15 de diciembre de 2006).
3. Charro P. Titulares del derecho. En Sempere AV, director. Comentario sistemático a la Ley de la dependencia. Navarra: Thomson-Aranzadi; 2008. p. 181-94.
4. Consejo de Europa. Recomendación nº R (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativos a la dependencia. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1998.
5. Sánchez-Urán Y. La nueva protección de la dependencia: naturaleza. En Roqueta R, coordinador. La situación de dependencia: Régimen jurídico aplicable tras el desarrollo estatal y autonómico de la Ley de Dependencia. Valencia: Tirant lo Blanch; 2009. p. 29-57.
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.
7. Querejeta M. Discapacidad/ Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.
8. González JI, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43(5): 265-7.
9. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 504/2007 de 20 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 96, (21 de abril de 2007).
10. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero.

- Boletín Oficial del Estado, nº 42, (18 de febrero de 2011).
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
 12. Albarrán I, Alonso P, Bolancé C. Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 379-92.
 13. Resolución del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establecen los acuerdos en materia de valoración de la situación de dependencia. Resolución de 23 de mayo de 2007. Boletín Oficial del Estado, nº 136, (7 de junio de 2007).
 14. Resolución de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos de valoración de la situación de dependencia. Resolución de 4 de febrero de 2010. Boletín Oficial del Estado, nº 62, (12 de marzo de 2010).
 15. Orden de 2 de enero de 2012 de desarrollo del Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del programa individual de atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes. Diario Oficial de Galicia, nº 9, (13 de enero de 2012).
 16. Miangolarra Page JC. Prólogo. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. XVII-XIX.
 17. Brea Rivero M. ¿Redefiniendo la terapia ocupacional o la búsqueda del consenso?. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2011 [acceso 16 de marzo de 2015]; monog. 4: 28-38 Disponible en: <http://revistatog.com/mono/nu4/mono4.pdf>.
 18. Pierce D. Untangling occupation and activity. Am J Occup Ther. 2001; 55: 138-46.
 19. Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy, 3ª ed. Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins; 1992.

20. 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. 2ª ed. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso 13 de abril de 2015]; [85p.] Disponible en: <https://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Barcelona: Masson; 2003. p. 319-58.
21. Kielhofner G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
22. Zemke R, Clark F. Occupational science: the evolving discipline. Philadelphia: FA Davis; 1996.
23. Durante P. Conceptos básicos de terapia ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 13-24.
24. Martorell MC, Romero DM. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En Romero D, Moruno P. Terapia ocupacional, teoría y técnicas. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 8-23.
25. García-Margallo P. Antecedentes y relación de la actividad con la vida cotidiana. En García-Margallo P, San Juan M, Jorquera S, Navas I. El análisis y la adaptación de la actividad en terapia ocupacional. Madrid: Aytona; 2005. p. 8-23.
26. Polonio B. Destrezas y habilidades profesionales del terapeuta ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 133-51.
27. European Network of Occupational Therapy in Higher Education. Competencias de terapia ocupacional [Internet]*. [acceso 13 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.enothe.eu/tch/tq/docs/specific_competencies_spanish.pdf
28. Polonio B, Durante P, Noya B. Modelos propios de Terapia Ocupacional. En: Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p. 99-122.

29. Cynkin S, Robinson AM. Occupational therapy and activities health: toward health through activities. Boston: Little, Brown & Company; 1990.