

# Capítulo 1

## **Terapia Ocupacional en el marco de la atención al discapacitado físico. Ámbitos de actuación. Rol del terapeuta ocupacional**

Nohora Rueda Moreno  
Begoña Polonio López  
Esther Duarte Oller

### 1. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN AL DISCAPACITADO FÍSICO

Con objeto de situar la intervención del terapeuta ocupacional en el marco de la atención al discapacitado físico, es necesario remitirse a las concepciones que sobre la salud ha realizado la Organización Mundial de la Salud (OMS) a lo largo de los años. Concretamente, nos referiremos a tres documentos imprescindibles para enmarcar el concepto de salud y su evolución en el tiempo: la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE), la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En la actualidad, la CIE se encuentra en su décima revisión (CIE-10), siendo este documento el origen y complemento de la CIDDDM y la CIF.

Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente en la CIE-10 (OMS, 1992-1994), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. La CIE-10 proporciona un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud, sin referirse al impacto de éstas sobre el funcionamiento y la discapacidad asociada a las mismas.

Para complementar la CIE-10, de la que existían nueve versiones anteriores, la OMS propuso los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía y su organización en un sistema (OMS, 1980). La importancia de dicha clasificación radica en la comprensión y categorización de las

de las personas que las padecen (discapacitadas) y en el reconocimiento de la desventaja social (minusvalía) que obstaculiza el desempeño autónomo y satisfactorio de las personas en ambientes cotidianos (Trujillo, Cuervo y Villate, 1996). Estos tres conceptos son:

- Deficiencia: tiene que ver con anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y con el funcionamiento de un órgano o sistema, resultantes de distintas causas. En principio, las deficiencias representan trastornos a nivel de los órganos. En el contexto de la experiencia de la salud, una deficiencia es la pérdida o anormalidad de la estructura psicológica, fisiológica o anatómica.
- Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia en términos de desempeño funcional y actividad del individuo. Las discapacidades representan trastornos al nivel de la persona. En el contexto de la experiencia de la salud, una discapacidad es una restricción o falta de habilidad para desempeñar una actividad de la manera habitual o dentro del rango considerado normal para una persona, como resultado de una deficiencia. La discapacidad depende no sólo de la deficiencia, sino también de otros factores como la edad, la comorbilidad o los déficit sensoriales añadidos.
- Minusvalía: está relacionada con la desventaja sentida por el individuo, derivada de las deficiencias y las discapacidades. Las minusvalías reflejan los obstáculos que se oponen a la integración social y a la adaptación de la persona al ambiente que lo rodea. En el contexto de la experiencia de la salud, una minusvalía es una desventaja para un individuo, resultante de una deficiencia o una discapacidad, que limita o evita el cumplimiento de un desempeño que se considera normal para ese individuo, según su edad, sexo y factores sociales y culturales.

Más actualmente, la OMS ha establecido una nueva descripción de la salud y de los estados «relacionados con la salud». Se trata de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF (OMS, 2001). Con este documento, se pretende proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado, y un nuevo marco conceptual para la comprensión del concepto de salud. La clasificación define los componentes de la salud y algunos componentes del bienestar «relacionados con la salud» (tales como educación, trabajo, etc.). Ambos dominios se describen desde la perspectiva corporal individual mediante dos listados básicos: 1) Funciones y Estructuras Corporales; 2) Actividades-Participación, que reemplazan a los denominados anteriormente como deficiencia, discapacidad y minusvalía, ampliando el ámbito de la clasificación, para que se puedan describir también experiencias positivas.

La CIF agrupa sistemáticamente los distintos dominios de una persona

| <p>Tabla 1</p> <p>DEFINICIONES DE LOS CONCEPTOS CLAVE DE LA CIF</p>   |
|---|
| <p>En el contexto de la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).</li> <li>— Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.</li> <li>— Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida.</li> <li>— Actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.</li> <li>— Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.</li> <li>— Limitaciones en la actividad son dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades.</li> <li>— Restricciones en la participación son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.</li> <li>— Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.</li> </ul> |

Tomado de: OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS Publications.

un trastorno o una enfermedad hace o puede hacer). El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación, de manera similar a como el término discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

La CIF también enumera factores ambientales que interactúan con todos estos conceptos teóricos. Por lo tanto, la clasificación permite a sus usuarios elaborar un perfil de gran utilidad sobre el funcionamiento, la discapacidad y la salud del individuo en varios dominios. En la tabla 1, podemos ver algunas de las definiciones más relevantes de la CIF y, en la tabla 2, una visión de conjunto de la misma.

Como enuncian Trujillo, Cuervo y Villate (1996), la discapacidad es una realidad universal, y la OMS estima que el 10% de la población mundial tiene alguna forma de discapacidad. Esto significa que, como consecuencia de deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, hay en el mundo 500 millones de personas con discapacidades. Sin embargo, se estima que la existencia de la discapacidad involucra aproximadamente un 25% de los miembros de la sociedad para la realización de sus actividades productivas, si se tiene en cuenta no sólo a los discapacitados, sino también a sus familiares y a todos aquellos que los asisten.

Frente a los problemas de discapacidad, es necesario que los países formulen políticas cuyos fines sean: 1) asegurar el cumplimiento de los derechos ciudadanos de las personas con discapacidades y 2) asegurar los presupuestos económicos necesarios para la planificación y ejecución de programas de servicios relacionados con la salud, el trabajo, la seguridad

| <div> <div>Tabla 2</div> <div>VISIÓN DE CONJUNTO DE LA CIF</div> </div> |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
|   | Funcionamiento y discapacidad   |  | Factores contextuales  |  |
| Componentes   | Funciones y estructuras corporales  | Actividades y participación  | Factores ambientales   | Factores personales  |
| Dominios  | Funciones corporales.<br>Estructuras corporales   | Áreas vitales (tareas, acciones)   | Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad                                   | Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad |
| Constructos   | Cambios en las funciones corporales (fisiológicos).<br>Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos) | Capacidad.<br>Realización de tareas en un entorno uniforme.<br>Desempeño/ realización de tareas en el entorno real | El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal | El efecto de los atributos de la persona                       |
| Aspectos positivos  | Integridad funcional y estructural  | Actividades.<br>Participación  | Facilitadores  | No aplicable   |
|   | Funcionamiento  |  |  |  |
| Aspectos negativos  | Deficiencia   | Limitación en la actividad.<br>Restricción en la participación   | Barreras/ obstáculos   | No aplicable   |
|   | Discapacidad  |  |  |  |

Tomado de: OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: OMS Publications.

telecomunicaciones y la rehabilitación de estas personas. En síntesis, es necesario legislar el acceso a los beneficios de la sociedad y a la equiparación de oportunidades para garantizar la igualdad de todos los ciudadanos.

Para enfrentar los problemas de discapacidad, han surgido en las sociedades contemporáneas los programas de rehabilitación, diseñados para tratar a las personas con deficiencias y discapacidades, de manera que su desempeño físico, social y psicológico sea óptimo. Por tanto, la rehabilitación debe tener un enfoque interdisciplinar, donde la Terapia Ocupacional constituye una parte importante de los programas de rehabilitación (Cuervo, Trujillo y Villate, 1993).

investiga el proceso de desarrollo del individuo y sus competencias para interactuar socialmente, profundizando en el conocimiento de la ocupación como expresión vital social del hombre. El fin de la Terapia Ocupacional es intervenir en casos de déficit en el desarrollo del individuo, aplicando la actividad como medio preventivo o terapéutico, con la finalidad de lograr la armonización del sujeto en relación con su ocupación, trabajo y ocio, buscando la integración social.

Con base en la anterior definición, puede resaltarse que el terapeuta ocupacional fundamenta su acción profesional en la actividad que realiza el individuo desde sus primeras etapas, en las cuales el juego constituye la forma de relacionarse con el medio; esta actividad va contribuyendo al desarrollo del individuo y, en etapas posteriores, se constituye en la ocupación laboral del adulto. Las actividades de autocuidado, juego/ocio y trabajo son utilizadas por el terapeuta ocupacional como medio de intervención en la recuperación de personas que han sufrido alteraciones de orden físico o psíquico, o son orientadas con el fin de prevenir la aparición de disfunciones de índole sensorio-motor, perceptivo o psicosocial, en personas de riesgo (Rueda y Vásquez, 1985).

## 2. CATEGORÍAS Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

La Terapia Ocupacional suscribe un abordaje holístico, el cual se encarga de la corrección de los problemas y la promoción de la salud, pretendiendo mejorar la función en diferentes tipos de discapacidad. Como resultado, la aplicación de los servicios no está confinada a un tipo particular de institución o lugar. La variabilidad de los lugares en los que se pueden prestar servicios de Terapia Ocupacional para discapacitados físicos es muy elevada. El mayor número de terapeutas ocupacionales trabajan en lugares bien conocidos por todos, pero existen otros, no tan conocidos, en los cuales también se prestan servicios de Terapia Ocupacional.

Podemos clasificar los diferentes tipos de ámbitos de actuación ocupacional en discapacitados físicos en tres grupos, de acuerdo con:

- Administración de la institución.
- Niveles de cuidado/estadio de la enfermedad.
- Esfera principal de práctica.

### 2.1. Según la administración de la institución

Un centro de atención a discapacitados físicos puede clasificarse como público o privado. Según sea de uno u otro tipo, su misión y propósito

Los centros de atención públicos dependen de la administración central, del gobierno autónomo o de la administración local. Pueden ser servicios de salud o servicios sociales. Podemos incluir en esta categoría hospitales, clínicas, centros de atención primaria, residencias de larga estancia, centros de día, centros de rehabilitación, etc., que proporcionan atención a personas con enfermedades, disfunciones físicas, trastornos del desarrollo, etc. Estos hospitales y clínicas proporcionan servicios a sus clientes de tipo médico y paramédico, incluyendo rehabilitación, prevención y promoción de la salud, donde se incluyen los servicios del terapeuta ocupacional.

Los centros de atención privados se diferencian de los anteriores en cuanto a que los servicios son financiados por el usuario. Entre ellos encontramos clínicas, centros de atención llevados por religiosos, por fundaciones privadas, etc., que atienden a todo tipo de pacientes físicos.

Los terapeutas ocupacionales también pueden ejercer libremente su profesión en una consulta o centro especializado en Terapia Ocupacional, un gabinete, en el ámbito domiciliario, etcétera.

Otro tipo de centros, a caballo entre lo público y lo privado, son los centros concertados o los de gestión privada, en los cuales, los servicios son prestados por una empresa privada que gestiona el centro y las prestaciones del mismo, mientras que la dependencia administrativa y titularidad del centro es pública. Algunos ejemplos son las asociaciones o fundaciones, que cubren una parcela de atención no satisfecha por otros servicios públicos o privados.

## 2.2. Niveles de cuidado según el estadio de la enfermedad

Otro aspecto característico de las instituciones de salud es el nivel de cuidados requerido por el paciente según el estadio de su enfermedad. Los cuidados de salud son proporcionados al usuario a lo largo de un proceso continuo, determinado por las necesidades del mismo. A menudo este proceso se denomina continuum de cuidados. El punto en el cual el individuo abandona el continuum viene determinado por el tipo de institución y el tipo de servicios que proporciona.

Los cuidados agudos son el primer nivel del continuum. El paciente en este nivel suele tener necesidad de servicios de corta duración y se encuentra típicamente en un hospital. El tipo de atención que se requiere en estos niveles es de carácter clínico y el objetivo general de la intervención es lograr la estabilidad del proceso.

Una vez sobrepasada la fase aguda, el paciente suele necesitar cuidados de nivel intermedio denominados cuidados subagudos o cuidados intermedios. En este nivel el usuario todavía necesita cuidados, pero no

|   |
|---|
| <p>Tabla 3</p> <p>CATEGORÍAS DE INTERVENCIÓN EN EL EJERCICIO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (REED Y SANDERSON, 1979)</p>   |
| <p>Categorías de intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención de la disfunción.</li> <li>2. Desarrollo o recuperación de la función.</li> <li>3. Mantenimiento de la función.</li> <li>4. Evaluación y orientación vocacional.</li> </ol> |

especializado. Los pacientes típicamente ingresados en una unidad de cuidados subagudos son personas que requieren cuidados rehabilitadores, principalmente. Los cuidados médicos y de enfermería requeridos en agudos pasan, en este nivel, a un segundo término, adquiriendo un papel preponderante los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas y otro personal auxiliar de rehabilitación. Las patologías típicas de estos recursos asistenciales son los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos craneoencefálicos, las fracturas, etcétera.

El siguiente nivel de cuidados son los denominados cuidados de larga duración o de larga estancia; el cliente está médicamente estabilizado pero padece un trastorno o una enfermedad de naturaleza crónica. Las necesidades de servicio de los usuarios de este nivel responden a cuidados que se deben mantener durante un largo período de tiempo, en muchos casos durante toda la vida. Las personas que requieren este nivel de cuidados incluyen individuos que padecen trastornos neurológicos progresivos, trastornos resultantes de discapacidades severas, historia de enfermedad de larga duración, etc. Los servicios proporcionados pueden tener lugar en una institución, en una residencia, en un centro especializado, en el domicilio del paciente, en una clínica privada o en programas comunitarios.

### 2.3. Según las esferas de práctica profesional

Los lugares en donde trabajan los terapeutas ocupacionales pueden clasificarse de acuerdo con el concepto denominado «esferas de práctica profesional», que incluyen los distintos tipos de problemas tratados por los terapeutas ocupacionales. Si bien en el presente libro se aborda el tratamiento de Terapia Ocupacional en discapacitados físicos (que constituiría por sí misma una esfera de práctica bien definida), podemos distinguir una mayor o menor atención a los componentes psicosociales de la discapacidad física, según se trate de una intervención en fases agudas, subagudas o crónicas. En las fases aguda y subaguda de la enfermedad o lesión la intervención ocupacional se dirige primariamente

discapacidad, mientras que, en la fase crónica, el tratamiento se orienta más a la integración social y laboral de la persona con discapacidad.

En cualquier caso, no debemos olvidar que el interés central de nuestra profesión es lograr el máximo nivel posible de autonomía y satisfacción en el desempeño ocupacional y, para lograrlo, es necesario considerar tres niveles de habilidad que interactúan entre sí y que son necesarios: la capacidad para planificar la actividad (componente cognitivo), el deseo de participar (componente afectivo) y la capacidad para ejecutar la acción (componente sensitivomotor). Así, los problemas de salud pueden producirse en cualquiera de estas esferas, afectando, en cualquier caso, a las habilidades de la persona para ejecutar de forma competente sus actividades u ocupaciones vitales. El terapeuta ocupacional puede ayudar al individuo en el proceso de ajuste ocupacional y a encontrar nuevos modos de realizar sus actividades cotidianas de manera funcional. Para ello, aunque su intervención se dirija primariamente hacia el área físico-motriz, no se deben descuidar las otras esferas necesarias para alcanzar un rendimiento ocupacional adecuado. El rol del terapeuta ocupacional consiste en solucionar los problemas, planificando y guiando el proceso de mejoría funcional.

Reed y Sanderson (1979) señalan cuatro categorías de intervención en el ejercicio de la Terapia Ocupacional que podemos ver en la tabla 3. Estas categorías se pueden definir de la siguiente forma:

- Prevención de la disfunción: es el nivel en el cual se atiende a aquellos usuarios para quienes la meta es: 1) evitar déficit funcionales, cuando se detectan riesgos que pueden producirlos, y 2) mejorar la función en personas que presentan escasas destrezas funcionales debido a enfermedades o traumas, y de quienes se puede esperar que recobren algunas habilidades y reaprendan ciertas actividades a través de una intervención especializada.
- Desarrollo o recuperación de la función: comprende: 1) la atención oportuna a los desórdenes físicos o mentales, con el objetivo de mejorar el propósito y recuperar la eficiencia individual, y 2) la aplicación de acciones que reduzcan el efecto del daño incapacitante, promoviendo al máximo la función del individuo.
- Mantenimiento de la función: implica realizar actividades destinadas a mantener la función física, mental o perceptiva en individuos que, usualmente, son capaces de poner en práctica bastantes destrezas independientemente, pero que deben ejecutar esas habilidades bajo control especializado, con el fin de conservar su funcionalidad.
- Evaluación y orientación vocacional: es el objetivo final de un programa de Terapia Ocupacional; consiste en promover la ubicación del usuario en la sociedad en las formas de educación, trabajo y ocio. Para ello, una vez alcanzado el máximo nivel posible



Tabla 4  
ROLES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES PRINCIPALES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL  
EN DISCAPACITADOS FÍSICOS

Funciones y roles asistenciales: la función asistencial del terapeuta ocupacional consiste en proporcionar servicios de Terapia Ocupacional de calidad, incluyendo valoración y evaluación, intervención, planificación e implementación de programas, planificación del alta, documentación y comunicación. Esto puede llevarse a cabo de diferentes formas: mediante abordajes directos, monitorizados y de consulta. Para poder desempeñar con éxito estas labores, se requiere la puesta en práctica de una serie de destrezas y funciones profesionales, entre las que se encuentran:

- Responder a las demandas de servicios y a las remisiones de pacientes iniciadas, cuando sea apropiado
- Hacer valoraciones rápidas (screening) para determinar la necesidad de la intervención
- Valorar a los clientes para obtener e interpretar los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo
- Interpretar los hallazgos de la valoración de forma adecuada
- Reevaluar periódicamente al paciente para monitorizar los cambios y tomar decisiones terapéuticas
- Desarrollar evaluaciones o intervenciones avanzadas y especializadas
- Desarrollar protocolos y procedimientos para programas de intervención, basándose en la teoría y la práctica actualizada de la Terapia Ocupacional
- Desarrollar y coordinar planes de intervención, incluyendo objetivos, abordajes y métodos para alcanzar los objetivos establecidos conjuntamente con el paciente. Implementar el plan de intervención directamente o en colaboración con otros
- Adaptar el entorno, las herramientas, los materiales y las actividades, de acuerdo con las necesidades del paciente y con su contexto social y cultural
- Monitorizar la respuesta del paciente a la intervención y modificar el plan de tratamiento, si es necesario
- Desarrollar programas adecuados de soporte domiciliario y comunitario en el entorno natural del individuo
- Asegurar que los procedimientos y los métodos de trabajo, así como el entorno, son seguros
- Comunicarse y colaborar con otros miembros del equipo, individuos, miembros de la familia y cuidadores
- Seguir las políticas y los procedimientos requeridos en el lugar de trabajo
- Finalizar los servicios cuando el nivel máximo de beneficio se haya alcanzado y formular planes de alta y seguimiento
- Documentar los servicios prestados y/o requeridos
- Desarrollar controles de calidad utilizando criterios predeterminados
- Monitorizar el propio desempeño profesional e identificar las necesidades de supervisión o mejora
- Examinar críticamente la propia práctica profesional e integrar el nuevo conocimiento
- Proporcionar educación dentro del servicio a los miembros del equipo y a la comunidad
- Identificar y proponer programas de desarrollo y formación continuada para el propio profesional y el servicio
- Participar en actividades profesionales y comunitarias

Funciones y roles administrativos:

- Planificar, desarrollar y monitorizar los servicios de Terapia Ocupacional para asegurar un servicio

Tabla 4 (continuación)  
ROLES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES PRINCIPALES DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN  
DISCAPACITADOS FÍSICOS

- Asegurar que los procedimientos y los métodos de trabajo, así como el entorno, son seguros
- Desarrollar y supervisar los programas de control de calidad continuada
- Formular y gestionar los presupuestos
- Diseñar el horario del personal de Terapia Ocupacional y de las intervenciones
- Establecer prioridades dentro del servicio
- Alcanzar los objetivos y los fines de las unidades del servicio a través de la asignación de los recursos
- Evaluar las conductas desempeñadas y las actividades de desarrollo del staff
- Colaborar con otros administradores dentro de la organización para el desarrollo y gestión de los sistemas organizativos
- Supervisar el proceso de educación de campo
- Colaborar con otros profesionales externos a la organización con respecto a los asuntos de gestión administrativa
- Trabajar de acuerdo con el código ético y los estándares para la práctica profesional
- Participar en organizaciones profesionales y comunitarias
- Participar en planes de estrategia organizativa y establecer planes estratégicos para las áreas asignadas
- Desarrollar e implementar estrategias de mercadotecnia para las tareas asignadas
- Facilitar el desarrollo de sistemas de apoyo a la investigación clínica
- Asumir el rol de líder dentro de la organización y en los proyectos interorganizacionales

Funciones y roles docentes y de investigación:

- Desarrollar y mantener un elevado nivel en las áreas de enseñanza a través de la investigación, formación continuada o práctica profesional
- Participar en el desarrollo del curriculum profesional
- Participar en la planificación y desarrollo de la formación continuada del terapeuta ocupacional
- Participar en la planificación y desarrollo de programas educativos dirigidos a la universidad, a la comunidad profesional y a la sociedad en general
- Planificar y desarrollar programas de concienciación y orientación dirigidos al personal subalterno o auxiliar, así como a los familiares o el entorno del paciente/cliente
- Mantener los registros de los estudiantes de acuerdo con las regulaciones y procedimientos vigentes
- Evaluar e incorporar los resultados de las investigaciones recientes y la tecnología a la enseñanza y la investigación
- Participar activamente en organizaciones profesionales
- Promover y participar en actividades de investigación
- Leer, interpretar y aplicar la información erudita relativa a la Terapia Ocupacional
- Recoger datos para la investigación
- Dirigir la finalización de estudios de investigación, incluyendo el análisis de los datos, la interpretación y la publicación de resultados
- Colaborar con otras personas para facilitar los estudios concernientes a la profesión
- Probar métodos científicos, información teórica o diseños de investigación para responder a cuestiones importantes para la profesión