

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN DISTINTOS ÁMBITOS Y SISTEMAS DE LA PRÁCTICA

INTRODUCCIÓN AL PROCESO DE EVALUACIÓN

La evaluación de Terapia Ocupacional es un conjunto de procedimientos y un proceso de pensamiento. A pesar DE que los términos de “evaluación” (*evaluation*) e “instrumento de evaluación” (*assessment*) se usan en forma intercambiable, en este libro se distinguirán, para que sean compatibles con las definiciones de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) (Neistadt y Crepeau, 1998). Evaluación es el proceso de obtener e interpretar datos necesarios para la intervención; en cambio, instrumento de evaluación (*assessment*) se refiere al uso de un “instrumento” específico, como por ejemplo una prueba estandarizada. El conjunto de procedimientos involucrados en la evaluación pediátrica incluye la administración de instrumentos del desarrollo, funcionales y de habilidades específicas, estandarizados y no estandarizados; entrevistas y la conducción de observaciones de niños mientras participan en actividades apropiadas para la edad y en varios contextos y ámbitos (Stewart, 2000).

El proceso de pensamiento en la evaluación de terapia ocupacional pediátrica es similar al utilizado por los terapeutas en otras áreas de la práctica. Involucra una manera de pensar acerca de la información obtenida y cómo debiera interpretarse. Este proceso de pensamiento ayuda también a determinar qué información usted, como terapeuta ocupa-

cional, todavía tiene que completar y cómo procederá a obtener esta nueva información. La acción de evaluar es un proceso mental a través del cual los terapeutas observan e interactúan constantemente con los clientes y sus familias para obtener una imagen clara de los problemas, fortalezas y prioridades, y comenzar a construir una hipótesis acerca de las estrategias de intervención posibles. Usted va a participar en el proceso de pensamiento de la evaluación durante los procedimientos de evaluación y durante todas las demás interacciones con los niños y con quienes usted esté trabajando. Así es, los practicantes de terapia ocupacional evalúan los problemas, puntos fuertes y progresos tanto durante las sesiones de evaluación como en las sesiones de intervención. El proceso de pensamiento es continuo, desde el primero hasta el último encuentro con el cliente.

El proceso de la evaluación de terapia ocupacional descrito en este libro está basado en el nuevo **Marco de referencia de la práctica de terapia ocupacional** adoptado por la AOTA (AOTA, 2002). Partes importantes de este documento relacionadas con la evaluación se encuentran incluidas en el Apéndice A.

Una de las primeras decisiones que usted necesita tomar a menudo es si la evaluación de terapia ocupacional es necesaria. Por lo tanto, en algunas ocasiones va ser necesario un **cribado** (tamiz, detección sistemática). Este cribado involucra reunir información preliminar con el único propósito de determinar si se requiere una evaluación. Las actividades involucradas en un cribado varían y pueden incluir: dirigir una entrevista por teléfono con uno de los padres o con la fuente de derivación, conducir una observación en la sala de clases, examinar algunos trabajos de clase, revisar las fichas médicas o educacionales o aplicar un instrumento de evaluación estandarizado diseñado como un instrumento de detección sistemática.

Lo que se destaca en este capítulo se centra en tres áreas que contribuyen de forma significativa al proceso de evaluación en pediatría y que proveen una base de información esencial para prepararlo en la evaluación de niños y de sus familias. La primera, discute el proceso de razonamiento clínico que guía su toma de decisiones a través del proceso de evaluación; la segunda, enfatiza la importancia de la familia, porque en pediatría, ambos, el niño y su familia, se consideran sus clientes. Las funciones de los miembros de la familia a través del proceso de evaluación se discuten en conjunto con los métodos para examinar el funcionamiento de la familia. La tercera, discute las características de los ámbitos y sistemas para la terapia ocupacional pediátrica. Si bien la filosofía básica de la Terapia Ocupacional, los principios de evaluación y la

importancia de considerar tanto al niño como a su familia permanecen estables a través de los ámbitos de práctica, algunos de éstos presentan características únicas y determinan cómo las evaluaciones de terapia ocupacional se llevan a cabo. Los lugares de práctica más frecuentes para los terapeutas ocupacionales pediátricos incluyen 1) intervención temprana, programas de base comunitaria; 2) lugares de enseñanza preescolar y otros ámbitos escolares; 3) programas comunitarios de salud mental, programas residenciales y clínicas de atención ambulatoria y 4) servicios intrahospitalarios. Se presentan las características de estos ámbitos frecuentes de la práctica y cómo influyen en el proceso de evaluación de terapia ocupacional.

RAZONAMIENTO CLÍNICO

El razonamiento clínico es un proceso cognitivo multifacético utilizado por los terapeutas ocupacionales para planificar, dirigir, realizar y reflexionar acerca de los servicios a sus clientes (Schell, 1998). Es importante que usted utilice diferentes tipos de razonamiento clínico durante el proceso de pensamiento de la evaluación (Neistadt, 1998). El cuadro 1-1 define los diferentes tipos de razonamiento clínico y presenta ejemplos de cómo se utiliza cada uno de ellos durante la evaluación y la intervención de terapia ocupacional. Sus evaluaciones e intervenciones de terapia ocupacional serán más efectivas cuando utilice primero el razonamiento narrativo, porque la comprensión de la historia de vida del cliente (prioridades de la familia y del niño, preocupaciones, estilo de vida, antecedentes médicos, etc.) le ayudará a centrarse en lo que es más importante. El razonamiento narrativo le permite pensar acerca del niño y de la familia como únicos, como seres humanos, y no como un conjunto de problemas. La secuencia de evaluación sugerida en el capítulo 2 centra la atención en el cliente y utiliza el razonamiento narrativo durante todo el proceso para asegurar que las prioridades y necesidades del niño se registren de forma adecuada durante todo el proceso de evaluación.

El capítulo 2 también sugiere que se centre en el razonamiento de procedimientos usando un acercamiento de **evaluación de “arriba-abajo”** (Stewart, 2000). Con este acercamiento, usted comienza obteniendo información acerca de las necesidades, problemas y preocupaciones del niño relacionadas con las ocupaciones y actividades significativas de la vida. Esta información se utiliza para desarrollar un **perfil ocupacional** del niño (Marco de trabajo de la práctica de la terapia ocupacional) (AOTA, 2002) (véase apéndice A). Un perfil ocupacional describe la

TIPOS DE RAZONAMIENTO CLÍNICO USADOS DURANTE LA EVALUACIÓN				
CUADRO 1-1				
Tipo de razonamiento clínico	Definiciones	Acciones del profesional	Contribuciones al proceso de evaluación	
Narrativo	Comprende la historia ocupacional del niño; enfatizando sus actividades preferidas, hábitos, roles y prioridades familiares. También encierra la historia del niño y del terapeuta identificando cómo el terapeuta y el cliente trabajarán juntos para construir un futuro significativo para el niño y la familia.	Entrevistar al niño y a la familia acerca de las actividades de rutina, prácticas del niño, preferencias de actividad, escuela e historia social.	Se centra en los objetivos de la familia y del niño, incremento de la participación y la motivación; ayuda a construir el perfil ocupacional del niño.	
Interactivo	Comprende un entendimiento de cuál es el significado de la enfermedad, y la discapacidad para el niño y la familia, es decir, la experiencia de la enfermedad del niño. También incluye la relación entre el terapeuta y los clientes.	Uso terapéutico de uno mismo; trabajar en colaboración con los niños y con la familia.	Incrementa la motivación y participación del niño y la satisfacción del niño y su familia. Asegura que la intervención sea divertida y satisfactoria para el niño.	
De procedimientos	El proceso de definir los problemas relacionados con el diagnóstico del niño con: 1) sus actividades de la vida rutinaria, 2) las habilidades necesarias para desempeñar esas actividades y 3) los ambientes donde esas actividades ocurren, y luego seleccionar intervenciones apropiadas.	Evaluación de procedimientos y aplicación de los instrumentos de evaluación, análisis de actividad y uso de la actividad como modalidad terapéutica.	Identifica los problemas e intervenciones apropiadas de terapia ocupacional para manejar esos problemas.	

Pragmático	Usado para considerar todo lo referente a aspectos prácticos que influyen en los servicios de terapia ocupacional: el ambiente y el sistema de intervención; los valores, los conocimientos y las habilidades del terapeuta y del equipo; los recursos sociales y financieros del cliente; y los materiales.	Conocimiento y control de los sistemas de reembolso, conocimiento de las políticas y regulaciones de los sistemas, efectos del ambiente en los clientes y conocimiento de los recursos del cliente.	Identifica opciones de intervención con toma de decisiones en colaboración para seleccionar la mejor intervención para el ámbito o la situación en cuestión. Planificación de la transición/alta.
Ético	Usado para elegir un curso de acción sólido moralmente con los clientes en el caso de que exista conflicto de intereses.	Atención continua en los objetivos del cliente y la relación con los objetivos de los cuidadores y proveedores. Seguir los estándares éticos de la AOTA.	Identifica intervenciones éticas para cualquier cliente. Práctica basada en la evidencia.
Condicional	Usado para revisar la intervención momento a momento para cumplir con las necesidades del cliente. Esta revisión se realiza considerando los contextos actuales y futuros del cliente.	Flexibilidad de los servicios de terapia ocupacional en cualquier sesión en particular.	Mejor participación del cliente. Resalta la importancia del análisis de actividad para descubrir el potencial terapéutico de todas las actividades.

AOTA. Asociación americana de terapia ocupacional.

historia ocupacional de una persona, los patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Desarrollar un perfil ocupacional involucra la identificación y luego el examen de las habilidades de los niños para desempeñarse en las actividades que son parte de sus vidas diarias, es decir, las actividades que ellos valoran y dan sentido a sus vidas (p. ej., el juego, las actividades escolares, las interacciones con los miembros de la familia, las tareas de autoayuda). La información para desarrollar un perfil ocupacional suele obtenerse a través de entrevistas con los cuidadores, con el niño y con otros miembros de la familia. Además, observar a los niños en acción –cuando desempeñan sus habilidades de autocuidado, juegan en el patio, interactúan con sus familiares y pares, y participan en actividades de la escuela de niños de edad escolar– son útiles para desarrollar perfiles ocupacionales. Éstos son esenciales para comprender las prioridades del niño y de su familia, y estas prioridades guían los servicios que usted, como el terapeuta ocupacional, por último ofrece.

La segunda etapa en el proceso de evaluación genera y prueba hipótesis que determinan los factores que apoyan o disminuyen la habilidad del niño para participar con éxito en sus ocupaciones de interés. Esta segunda etapa se ha llamado “análisis del desempeño ocupacional” (Marco de trabajo de la práctica de la AOTA) e involucra examinar las habilidades de los niños para llevar a cabo sus actividades diarias. El examen de los factores de los niños, como las habilidades motoras, de procesamiento o interacción básicas (algunas veces mencionadas como componentes del desempeño), y los instrumentos de evaluación que miden las demandas de la actividad y los factores contextuales son necesarios para ayudar a identificar por qué el niño presenta dificultad. Luego, las hipótesis generadas pueden explorarse con más detalle al aplicar instrumentos de evaluación formales para examinar los factores específicos de los niños (habilidades motoras, de procesamiento y de interacción) identificadas como áreas deficitarias posibles. Se incluye un cuadro que enumera los factores de los clientes en el Marco de trabajo de la práctica de terapia ocupacional (véase apéndice A).

Este abordaje de “arriba-abajo” le ayuda primero a identificar los problemas del desempeño funcional que concierne a los niños y a sus familias y luego, a identificar aquellos componentes de habilidad que parecen problemáticos. Una de las contribuciones más importantes de la terapia ocupacional al cuidado del cliente en pediatría es la identificación de barreras que impiden al niño realizar sus ocupaciones de interés y la implementación subsiguiente de estrategias para eliminar las barreras. Centrarse en las barreras más relevantes, correspondientes a los compo-

nentes de habilidad del niño o a los factores ambientales, permite que el proceso de evaluación sea más eficiente. Esta eficiencia es vital en el sistema de salud y educacional actual.

LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de terapia ocupacional en pediatría es único debido a que los familiares del niño, en particular los cuidadores, son tan importantes (si no más en muchos casos) para el proceso de evaluación como el niño. De la misma manera en que usted establece la relación inicial con su cliente (el niño), el establecer esa relación y confianza con los padres del niño (también sus clientes) es esencial para proveer servicios efectivos de terapia ocupacional. Sobre todo porque los cuidadores del niño y su ambiente hogareño siempre tendrán un impacto mayor en el desarrollo y finalmente en su desempeño funcional que usted u otros profesionales involucrados en forma temporal (Baloueff, 1998). Sus recomendaciones serán integradas o no en la acción por los familiares. Por lo tanto, la naturaleza del equipo que usted crea con la familia y sus habilidades como terapeuta para fortalecerlos para que puedan llevar a cabo sus responsabilidades de cuidadores día tras día se deben reflejar a través de todo el proceso de evaluación y de intervención.

Hay guías y requerimientos específicos para padres y cuidadores en el proceso de evaluación e intervención incluidos en la legislación de servicios ofrecidos para la intervención temprana, y servicios preescolares y otros servicios basados en la escolaridad (Ley de educación de personas con discapacidad, *Individuals With Disabilities Education Act* [IDEA], 1997, partes B y C). Los servicios de intervención temprana (para niños menores de 3 años), que se describen más adelante, siguen el modelo centrado en la familia. En este modelo, los cuidadores son miembros centrales del equipo que ayudan en desarrollar todos los aspectos de los servicios entregados al niño. Sin embargo, es importante que usted, como el terapeuta ocupacional, sea sensible a las preocupaciones, necesidades y prioridades de los familiares independientemente del ámbito clínico.

Los roles específicos típicos de los cuidadores o padres y familiares durante el proceso de evaluación incluyen: 1) entrevistado o proveedor de información; 2) participante, que apoya y asiste al niño y a usted, el evaluador; 3) participante, al examinar aspectos del funcionamiento de la familia y la calidad de las interacciones entre los miembros de la fa-

milia y 4) colaborador en el intercambio de información (compartiendo y recibiendo), y en la resolución de problemas y en la toma de decisiones a través de todo el proceso de evaluación.

Como proveedor de información, los cuidadores a menudo entregan la historia médica del niño y pueden completar instrumentos de evaluación tipo cuestionarios, como un cuestionario del perfil sensorial, escalas de puntaje de comportamiento, o instrumentos de evaluación del funcionamiento. Es importante obtener información desde la perspectiva de los familiares acerca de las fortalezas y debilidades del niño, lo que le gusta y lo que le disgusta, y de las actividades y ambientes típicos. Las preocupaciones, prioridades, anhelos y sueños para el niño y para la unidad de la familia son piezas vitales de información para el desarrollo del perfil ocupacional del niño y para determinar áreas importantes que requieren de evaluación e intervención adicional. Los cuidadores son los que mejor conocen al niño. Por lo tanto, los cuidadores proveen gran cantidad de información a través del proceso de evaluación.

Un segundo rol es que los cuidadores, y a veces los hermanos, ayuden durante la implementación de actividades de evaluación, sobre todo en infantes y niños jóvenes que no puedan desempeñarse bien delante de extraños. Los instrumentos de evaluación para niños a menudo se diseñan para que los cuidadores puedan evaluar ítems de las pruebas. Según el objetivo de la evaluación, es importante observar el comportamiento del juego entre padres e hijo, el juego social con los hermanos y a los familiares participando de otras actividades de la vida diaria.

Tercero, es importante la comprensión del funcionamiento de la familia y del ambiente del hogar, desde la perspectiva de la influencia del sistema familiar en el desarrollo del niño. Los instrumentos de evaluación especialmente diseñados para el funcionamiento de la familia pueden completarse por sus mismos miembros, y las observaciones informales pueden ser importantes, así como las actividades de evaluación diseñadas para examinar las interacciones, los roles, las influencias culturales y los hábitos de la familia.

Por último, la práctica centrada en el cliente significa enfocar las necesidades y prioridades expresadas por sus clientes, es decir, el niño y sus familiares. Animar a los cuidadores y a los niños mayores a participar de forma activa del proceso de toma de decisiones para identificar otras áreas para mayor evaluación y para intercambiar información durante todo el proceso de evaluación ayuda a establecer *rapport* y a obtener información importante acerca de sus valores y los objetivos de la intervención. Es crucial que usted escuche sus ideas, preocupaciones y prioridades cuando comienza el proceso de planificación de la interven-

ción junto con la familia.

CONSIDERACIONES DEL ÁMBITO Y DEL SISTEMA EN LA EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

Intervención temprana, servicios centrados en la familia

Los apoyos federales para los servicios de intervención temprana se han priorizado porque la investigación actual indica que estos servicios son útiles en 1) promover resultados positivos del desarrollo y de la función en niños en riesgo de presentar problemas del desarrollo y 2) preparar a niños pequeños para que tengan éxito en el comienzo de sus años escolares. La parte C de IDEA (101-476, 1997) (véase apéndice B) se desarrolló para ayudar a la comunidad en la implementación de servicios de colaboración, multidisciplinarios y de organismos gubernamentales de intervención temprana de niños con discapacidad, desde el nacimiento hasta su segundo año, y para sus familias. Los servicios son entregados comúnmente en ámbitos naturales (con mayor frecuencia, el hogar) y mantienen una filosofía con orientación médica y centrada en la familia.

En la intervención temprana, usted evaluará comúnmente niños y sus familias en colaboración con otros profesionales como miembros de un equipo interdisciplinario o transdisciplinario (véase cap. 6). Con una filosofía centrada en la familia, las preocupaciones, fortalezas y prioridades de los padres deben tomarse en cuenta durante todo el proceso de evaluación, y durante el desarrollo e implementación del programa de intervención, que es denominado el plan de servicios individual de la familia (*Individual Family Service Plan*, IFSP). Las evaluaciones del equipo deben determinar elegibilidad de los servicios, que incluye el criterio siguiente: 1) riesgo establecido (niños con una discapacidad conocida, como síndrome de Down, 2) retrasos del desarrollo, medidos por instrumentos de evaluación del desarrollo estandarizados que sean apropiados y 3) en riesgo de problemas del desarrollo, lo que puede incluir factores de riesgo ambiental, como tener una madre adolescente sin pareja, y riesgos biológicos, como tener bajo peso al nacer. Los requerimientos de evaluación de la parte C de IDEA se incluyen en el cuadro 1-2.

El servicio centrado en la familia está basado en varios principios importantes. Se asume que los padres conocen mejor a sus hijos y quieren lo mejor para ellos. Todas las familias son distintas y especiales, y los familiares aportan perspectivas únicas e importantes durante el proceso

CUADRO 1-2	LEY DE EDUCACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PARTE C: LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 3 AÑOS DE EDAD
Tema	Descripción
Elegibilidad	Un bebé o niño pequeño menor de tres años que necesita servicios de intervención temprana porque experimenta retrasos del desarrollo en una de las áreas o más del desarrollo cognitivo, físico, de comunicación, social, o emocional y en el desarrollo adaptativo, o tiene una condición física o mental diagnosticada, la que tiene una alta probabilidad de resultar en retraso del desarrollo; puede también incluir, a discreción de cada estado, bebés y niños pequeños en riesgo.
Servicios de TO	Servicios de apoyo para asistir al niño con discapacidad a beneficiarse de educación especial. TO es un servicio entregado por un terapeuta ocupacional calificado e incluye: 1) mejorar, desarrollar o restablecer funciones dañadas o perdidas a través de la enfermedad, lesión o privación ambiental; 2) mejorar la habilidad de desempeñar tareas para un funcionamiento independiente si las funciones están dañadas o perdidas y 3) prevenir, a través de la intervención temprana, el daño o la pérdida inicial o posterior de la función.
Políticas de evaluación	Un sistema estatal debe proveer: 1) una evaluación multidisciplinaria de las fortalezas y necesidades únicas del bebé o del niño pequeño e identificación de servicios apropiados para satisfacer esas necesidades; 2) una evaluación dirigida a las familias acerca de los recursos, prioridades y preocupaciones de la familia e identificación de los apoyos y servicios necesarios para mejorar la capacidad de la familia de satisfacer las necesidades del desarrollo del bebé o del niño pequeño y 3) revisión periódica de los IFSP una vez al año y revisión del plan cada 6 meses (o más frecuente cuando sea apropiado basado en las necesidades de los bebés, niños pequeños y las familias) y en un tiempo razonable después de finalizar la evaluación.
Programas de intervención	Un IFSP desarrollado por un equipo multidisciplinario, que incluya a los padres. El IFSP debe incluir los niveles actuales del desarrollo del niño; una evaluación dirigida a la familia acerca de recursos y prioridades, los resultados esperados del niño, y el criterio, procedimientos y cronología para determinar el grado en el que los progresos hacia los objetivos se están logrando; si las modificaciones y revisiones de los resultados o servicios son necesarios y debe establecer los servicios específicos de intervención, frecuencia, intensidad, y además arreglos de pagos, si fuera necesario.

IFSP, plan de servicio individual de la familia; TO, terapia ocupacional.

de evaluación y durante toda la intervención. De la misma manera, el manejo del estrés y las capacidades de adaptación de la familia pueden afectar enormemente la habilidad del niño para funcionar (King y col., 1998). En el cuidado centrado en la familia, el profesional colabora con familia como un socio en lugar de ser el “experto”. Los servicios están basados en las fortalezas de la familia, y culturalmente son sensibles y flexibles (Prelock y col., 1999).

Los padres han dejado en claro que los principios del cuidado centrado en la familia y las prácticas interdisciplinarias son más eficaces en cumplir con los desafíos que ellos y sus niños con discapacidad enfrentan y en apoyar sus vidas en los contextos que les son significativos: el hogar y la comunidad (Prelock y col., 1999). Un equipo interdisciplinario consiste en profesionales que proveen servicios más allá de su dominio específico, superponiendo roles e integrando el conocimiento para cubrir las necesidades multifacéticas de la familia (Prelock y col., 1999). Los familiares tienden a valorar la cooperación y organización profesional, y creen que un equipo de profesionales que brinda tantas perspectivas diferentes está más preparado para cumplir con las necesidades complejas de sus hijos con discapacidad (Prelock, 1999). El capítulo 6 brinda información en profundidad acerca de la conducción de evaluaciones de equipo.

Los niños pequeños con condiciones y trastornos mentales, como una falla en el desarrollo no orgánico, autismo, trastornos de apego, y trastornos de regulación multisistémica de infantes y de la niñez temprana, pueden ser abarcados también a través de programas de intervención temprana. Las utilidades de salud mental, como una historia de abuso de sustancias o de depresión, puede exponer a los niños pequeños al riesgo de problemas del desarrollo, negación o abuso, y por lo tanto, tales familias pueden también ser derivadas para evaluación e intervención de los equipos de intervención temprana.

A pesar de que la mayoría de los servicios de terapia ocupacional para niños desde el nacimiento a los 2 años de edad lo imparten programas de intervención temprana centrados en la familia que son subvencionados y dirigidos federalmente, no todos nuestros servicios se entregan bajo este sistema. Las evaluaciones de terapia ocupacional para este grupo etario también pueden conducirse en servicios intrahospitalarios, en clínicas médicas ambulatorias, en programas comunitarios de financiamiento privado, y en programas comunitarios y residenciales de salud mental.

Ámbitos educacionales: terapia ocupacional como un servicio relacionado

En los Estados Unidos, las evaluaciones para niños de edad escolar son a menudo obligatorias y en algún grado controladas por la legislación federal. El congreso aprobó leyes que incluyen diferentes partes y secciones. Algunas de las partes y secciones son especialmente relevantes para terapia ocupacional, mientras que otras son más relevantes para administradores y otros. Cada ley se califica "PL" por "Ley pública" y se le otorga un número y una fecha de cuándo el escrito fue aprobado. La legislación de mayor preocupación para los terapeutas ocupacionales que trabajan en escuelas incluye 1) la IDEA (PL 105-17) (IDEA, 1997), que es legislación educacional, y 2) la sección 504 de la Ley de Rehabilitación Vocacional de 1973, que, similar a la Ley de americanos con discapacidad, es legislación de derechos humanos.

Terapia ocupacional, como se define en la parte B de la IDEA (1997) (véase apéndice C), es un servicio relacionado que se brinda a estudiantes de edades entre 3 y 21 años que son elegibles para educación especial y que han sido identificados por tener necesidades de terapia ocupacional. Los terapeutas ocupacionales que trabajan en escuelas deben seguir las reglas establecidas en la IDEA. En este contexto, las evaluaciones de terapia ocupacional son implementadas por cualquiera de las siguientes razones: 1) para determinar la elegibilidad de servicios de un niño, 2) para determinar el nivel de funcionamiento de un niño (y su progreso) en cualquier número de actividades relevantes a la educación en diferentes momentos y 3) para ayudar en el desarrollo de programas educacionales individuales (*individual education programs*, IEP). Los terapeutas ocupacionales en las escuelas trabajan con niños que presentan todo tipo de minusvalía física, cognitiva, conductual y social.

Los terapeutas ocupacionales de escuelas, ya sea que se ubiquen en programas preescolares o en escuelas de nivel primario o secundario, trabajan en colaboración con otros miembros del equipo educacional, como profesores y profesores especiales y logopedas, para diseñar e implementar los IEP. Tal como en intervención temprana las evaluaciones suelen conducirse en colaboración con otros miembros del equipo, y la información acerca de cómo se conducen las evaluaciones en equipo y el rol del terapeuta ocupacional en este proceso se discute en detalle en el capítulo 6.

Es importante tener presente que los servicios de terapia ocupacional en las escuelas pueden cubrir solo esos factores del niño y las áreas de habilidad consideradas relevantes para la educación o que impactan en la habilidad del niño para participar en forma exitosa en las actividades escolares (IDEA 1997). Por ejemplo, en el área de las actividades de autocuidado o automantenimiento, los terapeutas ocupacionales pueden

evaluar el nivel de independencia en el comedor, su habilidad para usar el baño en la escuela, y su capacidad de vestirse para salir al recreo o a clases de gimnasia. Abarcar la habilidad del niño para usar la tina de baño en la casa u organizar una rutina de autocuidado antes del colegio puede no ser considerada relevante desde el punto de vista educacional. Las intervenciones orientadas en el modelo médico, como actividades de terapia ocupacional para aumentar el rango articular luego de una lesión de la mano o usar técnicas de integración sensorial solamente en el contexto clínico (sin la aplicación en el ámbito educacional) son, a menudo, beneficiosas para ciertos niños, pero pueden no ser consideradas relevantes educacionalmente. Por lo tanto, estas intervenciones se llevan a cabo en el contexto clínico de orientación médica y raramente se pagan por el sistema educacional. Sin embargo, es frecuente que niños en edad escolar reciban servicios a través de varios ámbitos o sistemas.

Además de considerar la relevancia educacional, la IDEA estipula que todos los servicios de educación especial que incluyen terapia ocupacional deben entregarse dentro del ambiente menos restrictivo en donde los servicios del niño puedan ser proporcionados en forma eficaz. Este requerimiento desempeñó un papel importante en obtener un apoyo contundente para la educación inclusiva durante la década pasada. Esto significa que los servicios de educación especial sean entregados en la medida de lo posible en el ámbito de la clase habitual de los niños y en los contextos de las actividades típicas de la sala de clases. Es, por lo tanto, esencial que usted, como terapeuta ocupacional, evalúe de forma específica cómo el niño se desempeña en sus ambientes escolares e incluya observaciones del niño en la clase como parte de la evaluación. Las evaluaciones de terapia ocupacional bajo la IDEA también debería considerar aspectos del currículo del niño y la rutina diaria en la escuela, porque esta información ayuda a determinar las demandas ambientales y las expectativas puestas en el niño.

Como se mencionó antes, la IDEA, parte B, exige los servicios de educación especial para niños entre 3 y 21 años de edad, lo que incluye programas para niños de rangos de edad extrema: servicios preescolares, y programas prevocacionales, vocacionales u otra programación de día para adultos jóvenes con discapacidad. Los servicios para niños preescolares por lo general se llevan a cabo en programas preescolares de educación especial o en programas integrados localizados en escuelas públicas de formación básica, o los servicios se brindan en ámbitos preescolares comunitarios. Los estudiantes de 18 a 21 años pueden continuar en las escuelas de secundaria, con educación especial y servicios relacionados, o pueden ser ayudados por personal de las escuelas en pro-

gramas y ámbitos comunitarios. Además, algunas veces escuelas del distrito contratan programas que están fuera del distrito del colegio, de agencias con fines de lucro o sin ellos, para brindar servicios a niños que viven dentro de sus distritos, en el caso de que estas escuelas no cuenten con los recursos o si las opciones de los programas relacionados se consideran apropiados para un estudiante en particular.

Las evaluaciones para el colegio se producen en tiempos designados. Primero, una evaluación inicial, para determinar la necesidad de servicios puede ocurrir en cualquier momento en el que el niño se acerque a los tres años de edad o más y se sospeche de tener dificultades en cualquier área del desarrollo. Se requieren, a menudo, instrumentos de evaluación estandarizados porque es más probable que éstos provean información diagnóstica y entreguen puntajes estandarizados del desempeño funcional. Los datos de los instrumentos de evaluación son útiles para tomar decisiones acertadas y para la codificación escolar (los niños elegibles para educación especial deben ser aptos al menos con un código educacional diagnóstico). Todos los niños que reciben servicios de educación especial deben tener una evaluación formal y abarcativa a los 6 años de edad y, luego, de ahí en adelante cada 3 años. Además, las evaluaciones anuales son necesarias específicamente por el desarrollo de los IEP. Las influencias específicas de las normas federales que dirigen las evaluaciones de la escuela se resumen en el cuadro 1-3, y las políticas y definiciones relevantes incluidas en la IDEA se entregan en los apéndices B y C.

Además de recibir servicios de educación especial a través de las normas establecidas en la IDEA, los servicios de terapia ocupacional para niños se pueden proveer a través de la legislación de los derechos civiles. Un “plan 504”, que está basado en parte de la Ley de rehabilitación revisada de 1973, asegura que los estudiantes con discapacidad reciban igual acceso a las actividades (como las actividades escolares) en organizaciones públicas y privadas, y que se realicen las acomodaciones adecuadas para permitirle a los estudiantes acceder a dichas actividades (véase apéndice D). A usted le pueden solicitar dirigir evaluaciones de terapia ocupacional para determinar si el estudiante puede acceder a sus actividades deseadas y, si no, determinar qué acomodaciones serían necesarias para permitirle el acceso. Las evaluaciones relacionadas con la Sección 504 deben incluir evaluaciones contextuales (es decir, evaluación del estudiante desempeñando las actividades que necesita hacer en la escuela en los ámbitos naturales), así como evaluaciones de las áreas de desempeño en esos contextos. Las características específicas de los servicios de terapia ocupacional bajo la Sección 504 se resumen en el

CUADRO 1-3	LEY DE EDUCACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PARTE B: NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES DE 3 A 21 AÑOS
Tema	Descripción
Elegibilidad	Un niño entre los 3 y 21 años identificado y codificado con una discapacidad, lo que significa que fue evaluado y tiene una o más de las siguientes actitudes: retraso mental; impedimentos auditivos, que incluyen la sordera; trastornos del lenguaje o el habla; impedimentos visuales, incluida la ceguera; alteraciones emocionales severas; impedimentos ortopédicos; autismo; lesión traumática cerebral; otros trastornos de la salud; una discapacidad de aprendizaje específica; sordera-ceguera; o discapacidades múltiples, y por lo tanto necesite educación especial y servicios relacionados.
Servicios de TO	Terapia ocupacional es un servicio de apoyo entregado por un terapeuta ocupacional, requerido para asistir al niño con alguna discapacidad para que se beneficie de la educación especial e incluye: 1) mejorar, desarrollar, o restablecer funciones dañadas o perdidas a través de la enfermedad, lesión o privación; 2) mejorar la habilidad de desempeñar tareas para un funcionamiento independiente si las funciones están dañadas o perdidas y 3) prevenir, a través de la intervención temprana, daño o pérdida inicial o posterior de la función. Los servicios pueden ser entregados indirectamente, a través de asesoría, supervisión y monitoreo de otros, o directamente en sesiones grupales o individuales.
Políticas de evaluación	En general, una agencia educacional estatal o local debe conducir una evaluación inicial completa e individual antes del comienzo de la educación especial y de los servicios relacionados al niño con discapacidad. Esta evaluación inicial del niño debe determinar si éste tiene una discapacidad y debe identificar las necesidades educacionales del niño. Una agencia educacional local debe asegurar que la reevaluación del niño con discapacidad se realice si las condiciones lo ameritan, si los padres o profesores la solicitan, o, por lo menos, una vez cada 3 años. La agencia educacional local debe informar a la familia describiendo cualquier procedimiento de evaluación que la agencia proponga: al conducir la evaluación, la agencia educacional local debe: 1) usar una variedad de instrumentos de evaluación y estrategias para obtener información relevante funcional y del desarrollo; 2) incluir información entregada por los padres que ayude a determinar si el niño tiene una discapacidad; 3) incluir información útil para determinar el contenido del IEP del niño, incluida información relacionada para facilitar que el niño se involucre en el currículo general o

(continúa)

CUADRO 1-3	LEY DE EDUCACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PARTE B: NIÑOS PREESCOLARES Y ESCOLARES DE 3 A 21 AÑOS (Continuación)
Tema	Descripción
Políticas de evaluación	para niños preescolares, para que participe en actividades apropiadas; 4) no usar cualquier procedimiento aislado, como único criterio para determinar si el niño tiene una discapacidad o para determinar un programa educacional para el niño y 5) usar instrumentos sonoros de evaluación técnicos conocidos que puedan evaluar la contribución relativa de factores cognitivos o conductuales además de factores físicos o del desarrollo.
Programas de evaluación	Un IEP escrito desarrollado por un equipo educacional, que incluye el profesor de la clase, los padres y el niño cuando sea apropiado. El IEP debe incluir el nivel del desempeño educacional del estudiante, metas anuales y objetivos medibles a corto plazo, la educación especial y servicios relacionados que serán implementados, y la duración y localización de los servicios, fechas de iniciación y el tiempo de duración de los servicios en forma anticipada, procedimientos de evaluación y horarios de obtención de datos para determinar si los objetivos se cumplen, y los servicios de transición para niños de 12 años en adelante.

IEP, programa educacional individual; TO, terapia ocupacional.

cuadro 1-4, y las políticas y definiciones relevantes incluidas en la Sección 504 se suministran en el apéndice D.

Programas comunitarios ambulatorios, residencias y clínicas ambulatorias

Como parte de un hospital de niños o un hospital de rehabilitación, las clínicas ambulatorias multidisciplinarias están, algunas veces, disponibles para niños con condiciones crónicas específicas, como parálisis cerebral, artritis reumatoide juvenil o distrofias musculares. Algunas clínicas también están diseñadas para atender problemas específicos, como disfagia (trastornos de la alimentación y de la deglución) y necesidades de adaptaciones tecnológicas (incluidas evaluaciones de silla de ruedas, necesidades computacionales y de comunicación aumentada). El papel

CUADRO 1-4	SERVICIOS ESCOLARES BAJO LA SECCIÓN 504 DE LA LEY DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL
Tema	Descripción
Elegibilidad	Una persona con una discapacidad que requiere adaptaciones moderadas para participar en las actividades de la vida importante (actividades escolares y del entorno) o tener igual acceso a las que se otorgan tanto por los sectores públicos como por los sectores privados.
Servicios de TO	Puede ser el apoyo o servicio más importante requerido para evaluar y determinar las necesidades de adaptaciones de los estudiantes con discapacidad para facilitarles la participación completa en las actividades escolares; puede involucrar el desarrollo de un plan de servicio 504, y su implementación y monitoreo.
Políticas de evaluación	Es necesario que la documentación escrita describa la discapacidad del estudiante, el impacto de la discapacidad sobre la habilidad del estudiante para realizar actividades escolares, y las adaptaciones necesarias para permitirle participar completamente de las actividades escolares.
Programas de intervención	Un plan escrito 504 que determine las adaptaciones que son necesarias y cómo se proveerán.

TO, terapia ocupacional.

más importante de los terapeutas ocupacionales en estos lugares es, a menudo, el de evaluación y asesoramiento acerca de las necesidades de la programación. Los servicios directos, por ejemplo, una vez por semana, pueden también realizarse a corto plazo. Algunas veces los terapeutas que trabajan en estas clínicas actúan como asesores de otros terapeutas que trabajan con mayor regularidad con niños, como los terapeutas ocupacionales que trabajan en escuelas.

Las clínicas comunitarias de pediatría también están disponibles para proveer intervenciones especializadas, como intervenciones de integración sensorial o programas para niños y adolescentes con discapacidad o problemas psicosociales y emocionales. A menudo, estas clínicas, programas, o terapeutas que trabajan en áreas de especialización son contratados por las agencias escolares o programas de intervención temprana para proveer servicios especializados que ellos no pueden ofrecer en

sus distritos. El porcentaje de terapeutas ocupacionales que trabajan específicamente en salud mental de niños es relativamente pequeño (aproximadamente el 10% de los practicantes, encuesta de miembros de la AOTA, 1990), a pesar de que tenemos una riqueza de habilidades para otorgar servicios en el área de salud mental. Los servicios de terapia ocupacional ambulatorios se brindan a través de varios tipos diferentes de ámbitos, como clínicas generales, centros comunitarios de salud mental y programas ambulatorios de los hospitales. Fuentes de financiamiento incluyen Medicaid, proyectos federales, seguros de salud y pago privado. En 1992 el congreso autorizó el Centro comunitario integral de salud mental para niños y sus familias. Este programa federal provee financiamiento a agencias estatales para organizar y entregar servicios de salud mental para niños y familias.

Los centros residenciales de tratamiento son otro tipo de ámbito disponible para niños con problemas significativos de salud mental y conductual. A pesar de que estos lugares no atienden comúnmente problemas agudos, los programas residenciales proveen mayor estructura, restricciones y seguridad que los programas de día. El tiempo de estadía en programas residenciales de tratamiento varía tremendamente desde semanas a varios años con el objetivo de preparar a niños y a adolescentes para el regreso exitoso a la comunidad y a sus familias. Los programas educacionales se brindan con mayor frecuencia dentro de estos lugares, a pesar de que algunas veces los niños puedan asistir a otros colegios privados o públicos. En las residencias, los terapeutas ocupacionales pueden brindar servicios relacionados como parte del IEP del niño (a través de la legislación de IDEA) o pueden implementar evaluaciones e intervenciones a través de los sistemas médicos y de salud mental.

La práctica privada es otra opción para los terapeutas. Pueden establecer su propia práctica y entregar servicios a los niños y a sus familias en forma ambulatoria. También pueden contratar sus servicios a programas de intervención temprana, programas escolares u otros programas comunitarios. El reembolso de los servicios de terapia ocupacional entregados en clínicas pediátricas privadas puede obtenerse a través de acuerdos contractuales con agencias, como los sistemas escolares, o de seguros de salud, de pago privado y Medicaid. Cada una de estas fuentes de pago tiene sus propias regulaciones y políticas con respecto a los procedimientos y requerimientos de reembolso. Relacionadas de forma específica con las evaluaciones, algunas compañías de seguros de salud, por ejemplo, pueden requerir que usted sea un miembro de su red para pagar por los servicios, algunas pueden requerir autorización previa y algunas pueden reembolsar solo por ciertos tipos de códigos de diagnós-

CUADRO 1-5CÓDIGOS FRECUENTES DEL CIE-9 Y CPT PARA EL COBRO DE LOS SERVICIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA^a

Códigos de la CIE-9 (diagnóstico)	Códigos de la CPT (Servicios de TO)
299.0 Autismo	96110 Pruebas del desarrollo
315.4 Trastorno de la coordinación (del desarrollo)	96115 Examen del estatus de comportamiento neurológico
314 Trastorno con déficit de atención e hiperactividad	97110 Ejercicio terapéutico
315.8 Retraso del desarrollo (específico)	97112 Reeducción neuromuscular
315.9 Retraso del desarrollo (inespecífico)	97530 Actividades terapéuticas
348.3 Encefalopatía	97535 Autocuidado/AVD
343.9 Parálisis cerebral	97533 Técnicas de integración sensorial
349.9 Trastorno inespecífico del sistema nervioso	
758.0 Síndrome de Down	
768.9 Hemorragia intracraneana	
312.8 Trastorno conductual	
313.81 Trastorno negativista desafiante	
309.21 Trastorno de ansiedad por separación	

^a Éste no es un listado completo; los códigos se actualizan periódicamente.

AVD, actividades de la vida diaria; CPT, Terminología de Procedimientos Actualizada, CIE-9, Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión; TO, terapia ocupacional.

tico y procedimientos de evaluación. Los códigos de diagnóstico y de evaluación utilizados con más frecuencia para reembolso de las evaluaciones de terapia ocupacional por las compañías de seguro médico, incluidas las organizaciones de mantenimiento de la salud, se presentan en

el cuadro 1-5. Por lo tanto, antes de conducir evaluaciones de terapia ocupacional en las clínicas ambulatorias es esencial que se familiarice con las políticas de cobro y de reembolso, y que esté preparado para seguir cualquier procedimiento que sea requerido por la agencia a la que se le cobra por los servicios. Estos códigos se actualizan con frecuencia, por lo que necesitará mantenerse informado de forma regular.

Servicios intrahospitalarios

Los terapeutas ocupacionales, a menudo, proveen servicios en una variedad de ámbitos y programas de los hospitales que incluyen las unidades de cuidados intensivos neonatales y otras guarderías de cuidado especial, atención de agudos, programas de salud mental y servicios de rehabilitación de niños. Trabajan, en general, como miembros del equipo multidisciplinario. Esto significa que los terapeutas ocupacionales realizan sus evaluaciones individuales y colaboran con otros miembros del equipo de forma regular o informal para compartir información y para desarrollar programas integrales y eficientes (Sparling, 1980).

Los programas de hospital tienen sus propias políticas y procedimientos para ser seguidos en relación con la evaluación de terapia ocupacional. Por ejemplo, pueden haber estipulaciones de tiempo en relación a cuán rápido deben completarse las evaluaciones y estar disponibles en la ficha médica desde el momento que la derivación se recibe. Procedimientos y guías específicas pueden proveerse para documentar una evaluación, y algunas veces, se deben completar registros de evaluación específicos como parte del proceso de evaluación. Los servicios de terapia ocupacional en programas de hospitales pediátricos son casi siempre iniciados a través de las órdenes del médico. Fuentes múltiples de datos, que incluyen la revisión de las fichas médicas, el uso de pruebas estandarizadas y no estandarizadas, observaciones funcionales y entrevistas, son normalmente utilizadas en el proceso de evaluación. El propósito principal de las evaluaciones es determinar el nivel de funcionamiento, establecer necesidades de programación y, en algunos casos, obtener información diagnóstica.

Es su responsabilidad como terapeuta estar al tanto y seguir las políticas y procedimientos en el hospital donde usted trabaja. Los servicios de un hospital pediátrico se financian por diferentes seguros de salud, que incluyen compañías privadas de seguro, organizaciones de mantenimiento de la salud y Medicaid. Puede ser necesaria la autorización previa para los servicios de evaluación de terapia ocupacional, y si un

terapeuta ocupacional recomienda los servicios se debe proveer de evidencia en la evaluación correspondiente de la necesidad médica de la intervención y de los resultados funcionales o potencial de rehabilitación predecibles.

Desde el punto de vista histórico, los niños que requieren de servicios de rehabilitación, por ejemplo, por traumatismo cerebral o una lesión de la médula espinal, permanecían en el hospital por meses e incluso años en algunos casos extremos (Dungeon, 2000). En la actualidad, los programas basados en la escuela y otros centros comunitarios, y programas y apoyos implementados en el hogar han reemplazado muchos de los papeles de rehabilitación de los terapeutas en los programas de los hospitales. Por lo tanto, los programas de hospitales enfatizan hoy las fases más agudas de la enfermedad o lesión, o la evaluación y el tratamiento de niños con condiciones médicas más raras y complejas.

Los niños derivados a sus servicios dentro del hospital pueden, por lo tanto, estar médicamente frágiles debido a la naturaleza aguda de sus entidades médicas. El cuidado debe realizarse durante la evaluación chequeando los signos vitales como el ritmo respiratorio y cardíaco, siguiendo indicaciones para prevenir la expansión de una infección, y siguiendo cualquier otra precaución. Antes de comenzar su evaluación con un niño hospitalizado, se recomienda que usted hable con la enfermera del niño para obtener información actualizada acerca del estado médico del niño y procedimientos de prevención médica que se necesitan seguir.

RESUMEN

Este capítulo introdujo la evaluación del terapeuta ocupacional como un proceso centrado en el cliente, y un proceso “arriba-abajo”. El proceso comienza con el desarrollo de un perfil ocupacional del niño y luego continúa con la evaluación de actividades para descubrir los factores que limitan y que promueven la habilidad del niño de participar con éxito en ocupaciones diarias de su interés. Se presentó la relación entre el razonamiento clínico y la evaluación, y se presentó el Marco de trabajo de la práctica de la AOTA como la base del proceso de evaluación descrito en este libro. Los familiares se presentaron como nuestros clientes en conjunto con el niño derivado a nuestros servicios, y se explicaron las importantes funciones de los familiares a través de todo el proceso de evaluación pediátrica. Por último, se describieron los diferentes ámbitos de práctica y sistemas en donde los terapeutas ocupacionales trabajan

más comúnmente, entre los que se incluyen intervención temprana, programas comunitarios centrados en la familia, ámbitos educacionales, residencias, clínicas ambulatorias y programas dentro del hospital. Se discutieron las características específicas de los ámbitos y sistemas, como las leyes de educación especial y los aspectos relacionados con reembolso de los seguros de salud, que impactan directamente sobre el proceso de evaluación.

El próximo capítulo provee un marco de trabajo de guía para ayudarle a seguir el proceso de evaluación paso a paso, con descripciones detalladas de las acciones que deben realizarse en cada paso.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 609-639.
- Baloueff, O. (1998). Introduction to the pediatric population. En M.E. Neistadt & E.B. Crepeau (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 569-575). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dungeon. B. (2001). Pediatric rehabilitation. En J. Case-Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (4th ed, pp. 843-863).
- Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) Amendments of 1997 (Pub L No.105-17), USC 1400.
- King, G., Law, M., King, S., & Rosenbaum P (1998). Parents' and service providers' perceptions of the family-centeredness of children's rehabilitation services. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 21-37.
- Neistadt, M. (1998). Teaching clinical reasoning as a thinking frame. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, (3), 221-229.
- Neistadt, M. & Crepeau, E.B. (1998). Glossary. En M.E. Neistadt & E.B. Crepeau (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 866-873). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prelock, P.A., J. Beatson, Contompasis, S.H. & Bishop, K.K. (1999). A model for family-centered interdisciplinary practice in the community. *Topics in Language Disorders*, 19(3), 36-51.
- Schell, B. (1998). Clinical reasoning: The basis of practice. En M.E. Neistadt & E.B. Crepeau (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (9th ed., pp. 90-100). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sparling, J. W. (1980). The transdisciplinary approach with the developmentally delayed child. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 1(2), 3-16.
- Stewart, K. B. (2001). Purposes, processes and methods of evaluation. En J. Case-Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (4th ed, pp. 190-213).