Conocimiento y Uso de las Herramientas de Evaluación del Modelo de Ocupación Humana por Terapeutas Ocupacionales en España

Knowledge and Use of the Model of Human Occupation Assessment Tools by Occupational Therapists in Spain

Fecha recepción: 29 noviembre 2021 / fecha aceptación: 29 marzo 2022

Licencia CC BY 4.0. DOI: https://doi.org/10.54761/contexto.num8.25

T.O. María Gracia Carpena Niño

Terapeuta Ocupacional por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Bioética y en Género y Salud. Doctora en Bioética por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Profesora titular y secretaria del Comité de Ética de Investigación en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle de Madrid. Miembro de los grupos de investigación Occupational Thinks e InvestPod.

E-mail: mgcarpena@lasallecampus.es

https://orcid.org/0000-0003-4235-7385

T.O. César Cuesta García

Terapeuta Ocupacional por la Escuela Nacional de Sanidad. Máster en Patología Neurológica. Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Profesor titular y vicedecano del Grado en Terapia Ocupacional en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle de Madrid. Miembro del grupo de investigación Occupational Thinks.

E-mail: cesar.cuesta@lasallecampus.es

https://orcid.org/0000-0001-5214-6026

T.O. Beatriz Madroñero Miguel

Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta por la Universidad Autónoma de Madrid. Estudiante del Máster en Terapia Ocupacional Basada en la Evidencia. Miembro del Comité de Ética de Investigación en el Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle de Madrid.

E-mail: bmadmi@campuslasalle.es

https://orcid.org/0000-0003-4417-9957

Resumen

Fundamentos: A pesar de que los instrumentos de evaluación del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) no están validados en España son utilizados en la práctica profesional, pero se ignora el grado de conocimiento y uso por terapeutas ocupacionales en España. El objetivo principal fue identificar si los y las terapeutas ocupacionales conocen y usan las herramientas del MOHO. Métodos: Se reclutó por conveniencia a través de redes sociales a 185 terapeutas ocupacionales en activo en España que cumplimentaron una encuesta ad-hoc online entre noviembre de 2019 y febrero de 2020. Se realizó un análisis descriptivo y de correlaciones entre variables cualitativas. Resultados: El 56,8% de los participantes utiliza el enfoque del MOHO. Las herramientas más conocidas son AMPS, OQ, SSI y MOHOST, y las más utilizadas son VQ, MIC, OPHI-II y MOHOST. Existe una relación directa ($p<0,01$) entre las herramientas ACIS, VQ, OSA, RC y MOHOST y su uso en el ámbito de la Salud Mental, y entre el MIC y su uso en Geriatría. Conclusiones: Los y las terapeutas ocupacionales que ejercen en España conocen y, en menor medida, utilizan las herramientas de evaluación del MOHO, siendo más usadas en el ámbito de la Salud Mental.

Palabras clave: Terapia ocupacional, Ocupaciones, Encuestas y Cuestionarios, Conocimiento, España

Abstract

Background: Although the Model of Human Occupation (MOHO) assessment tools are not validated in Spain, they are used in professional practice. The degree of knowledge and frequency of their use by occupational therapists in Spain is unknown. The main objective was to identify whether occupational therapists in Spain know and use MOHO assessment tools. Methods: A convenience sample of 185 active occupational therapists in Spain were recruited through social media and completed an ad-hoc online survey between November 2019 and February 2020. A descriptive analysis and a correlation analysis between qualitative variables were performed. Results: 56.8% of the participants use the MOHO framework. The best-known MOHO tools are AMPS, OQ, SSI and MOHOST, and the most used are VQ, MIC, OPHI-II and MOHOST. There is a direct relationship ($p <0.01$) between the ACIS, VQ, OSA, RC and MOHOST and their use in the field of Mental Health, and between the MIC and its use in Geriatrics. Conclusions: Occupational therapists practicing in Spain have knowledge of MOHO assessment tools. To a lesser extent, they use the MOHO assessment tools, being more frequently employed in the field of Mental Health.

Keywords: Occupational therapy, Occupations, Surveys and Questionnaires, Knowledge, Spain

Introducción

La Terapia Ocupacional, según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, es "una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación" (World Federation of Occupational Therapists, 2012).

Los modelos teóricos de la práctica profesional permiten estructurar el conocimiento científico en torno a un esquema que define los elementos más relevantes y significativos para la práctica. Su aplicación en diversas situaciones permite explicar los efectos de la ocupación en la salud y, en consecuencia, reestructura el razonamiento profesional favoreciendo la toma de decisiones y estableciendo una guía para la evaluación, la intervención (Moruno Miralles, 2017).

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) plantea que los seres humanos están compuestos por tres sistemas que se encuentran interrelacionados y en constante evolución. La volición son los pensamientos y sentimientos que la persona tiene acerca de sí misma cuando selecciona, realiza e interpreta las actividades que realiza (Kielhofner, 2002c). La habituación es la incorporación de patrones de comportamientos guiados por los hábitos y roles, y ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de la rutina (Kielhofner, 2002a). La capacidad de desempeño es la capacidad de realizar actividades a través de los componentes físicos y mentales necesarios y la experiencia subjetiva correspondiente (Kielhofner et al., 2002). Este modelo busca entender cómo las personas son capaces de elegir y llevar a cabo actividades significativas, así como comprender y analizar cómo desempeñan sus roles, rutinas y hábitos en las actividades de la vida diaria (Kielhofner, 2002b).

El MOHO utiliza herramientas de evaluación específicas que valoran los ámbitos que desarrolla de manera teórica. En España se han realizado diferentes ediciones de cursos de formación específicas de la Evaluación de las Habilidades Motoras de Procedimiento (Assessment of Motor and Process Skills, AMPS), pero no del resto de herramientas de este modelo. A pesar de no estar validados en España, los instrumentos de evaluación son utilizados en la práctica profesional, aunque se ignora el grado de conocimiento y la frecuencia de su uso por terapeutas ocupacionales de este país.

Por los motivos expuestos, se plantea como objetivo principal del presente estudio identificar si los y las terapeutas ocupacionales en España conocen y usan las herramientas del MOHO, y como objetivos específicos: a) identificar las herramientas más conocidas y utilizadas del MOHO entre los y las profesionales de la Terapia Ocupacional en España, y b) conocer si existen asociaciones entre los ámbitos de trabajo de los y las terapeutas ocupacionales y el conocimiento y uso de las herramientas de evaluación del MOHO.

Metodología

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal.

Participantes

El reclutamiento se realizó por muestreo no probabilístico de conveniencia a través de las redes sociales Twitter, Facebook y LinkedIn, entre los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron los siguientes: a) diplomados/as o graduados/as en Terapia Ocupacional, y b) profesionales en activo en España.

Instrumentos

Se creó una encuesta ad-hoc online en la que se recogieron datos demográficos (sexo y edad), datos relacionados con aspectos laborales (años de experiencia laboral como terapeuta ocupacional, comunidad autónoma en la que ejerce, ámbito laboral, y tipo de institución en la que trabaja), e información acerca del conocimiento, uso y modificación de las herramientas de evaluación del MOHO (evaluaciones observacionales, autoevaluaciones, entrevistas y evaluaciones que utilizan métodos mixtos).

Procedimiento

Se publicó en tres redes sociales (Twitter, Facebook y LinkedIn) el mismo hipervínculo de Google Forms que daba acceso a la encuesta ad-hoc.

Ética y consentimiento

Todos los procedimientos se planificaron respetando los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki. El proyecto de investigación no precisó evaluación del Comité de Ética, dado que consistía en la recolección de encuestas anónimas en población general.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics 27.0, realizándose un análisis descriptivo y estadística no paramétrica con tablas de contingencia chi-cuadrado para establecer la posible existencia de correlaciones entre las diferentes variables cualitativas.

Resultados

La muestra del estudio se compuso por 185 terapeutas ocupacionales en activo que desempeñaban su labor profesional en España.

Datos demográficos y del ámbito laboral

Las características demográficas de los y las participantes y los datos relacionados con su ámbito de trabajo se detallan en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1
Datos demográficos de la muestra

Sexo	**Número de sujetos (%)**
Hombre	23 (12,4)
Mujer	162 (87,6)
Edad	
22-30 años	97 (52,4)
31-40 años	66 (35,7)
41-50 años	18 (9,7)
> 51 años	4 (2,2)

Datos presentados como número de sujetos (%).
TO: terapeuta ocupacional.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2
Datos laborales de la muestra

Experiencia profesional como TO	Número de sujetos (%)
1-5 años	88 (47)
6-10 años	45 (24,3)
11-15 años	30 (16,2)
> 16 años	22 (11,9)
Comunidad autónoma en la que ejerce	
Madrid	81 (43,8)
Andalucía	19 (10,3)
Cataluña	12 (6,5)
Extremadura	11 (5,9)
Castilla La Mancha	11 (5,9)
Otras	51 (27,6)
Ámbito laboral	
Geriatría	74 (40)
Salud mental	41 (22,2)
Pediatría	28 (15,1)
Adultos	42 (22,7)
Tipo de institución en la que trabaja	
Pública	36 (19,5)
Privada	89 (48,1)
Concertada	55 (29,7)
En varias	5 (2,7)

Datos presentados como número de sujetos (%).
TO: terapeuta ocupacional.
Fuente: elaboración propia.

Modelo de Ocupación Humana

El 56,8% de la muestra utiliza el enfoque del MOHO.

A) Conocimiento de las herramientas de evaluación

Las herramientas de evaluación más conocidas son:

- Evaluaciones observaciones: AMPS (88,6%).
- Autoevaluaciones: Cuestionario Ocupacional (Occupational Questionnaire, OQ) (93%).
- Entrevistas: Entrevista de Contexto Escolar (School Setting Interview, SSI) (48,6%).
- Evaluaciones que utilizan métodos mixtos: Herramienta de Evaluación Inicial del Modelo de Ocupación Humana (Model Of Human Occupation Screening Tool, MOHOST) (100%).

Globalmente, la herramienta menos conocida es la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (Occupational Performance History Interview-II, OPHI-II); solo el 14,6% de la muestra la conoce. En la Tabla 3 se detalla el porcentaje de conocimiento de todas las herramientas de evaluación del MOHO.

B) Uso de las herramientas de evaluación

El 56,2% de la muestra utiliza alguna herramienta de evaluación del MOHO. Las herramientas más utilizadas son:

- Evaluaciones observaciones: Cuestionario Volitivo (Volitional Questionnaire, VQ) (25,9%).
- Autoevaluaciones: Listado de Intereses Modificado (Modified Interest Checklist, MIC) (41,6%).
- Entrevistas: Listado de Roles (Role Checklist, RC) (39,5%).
- Evaluaciones que utilizan métodos mixtos: MOHOST (22,7%).

Globalmente, las herramientas menos utilizadas son el Registro de Actividad del Instituto Nacional de Salud (National Institute of Health Activity Record, NIH-ACTRE) y la Evaluación del Funcionamiento Ocupacional (Assessment of Occupational Functioning, AOF); solo el 1,6% de la muestra las conoce. En la Tabla 3 se detalla el porcentaje de uso de todas las herramientas de evaluación del MOHO.

Por otro lado, en cuanto al uso del AMPS (15,1%), solamente el 5,9% de los y las participantes que lo utilizan tiene la acreditación oficial y el 4,3% se encuentra en proceso de acreditación.

C) Modificación de las herramientas de evaluación

El 32,4% de la muestra modifica alguna de las herramientas de evaluación del MOHO que utiliza. Las herramientas más modificadas son:

- Evaluaciones observaciones: AMPS y VQ (4,9%).
- Autoevaluaciones: MIC (20%).
- Entrevistas: OPHI-II (10,8%).
- Evaluaciones que utilizan métodos mixtos: MOHOST (2,2%).

En la Tabla 4 se detalla el porcentaje de terapeutas ocupacionales que modifica cada herramienta de evaluación del MOHO.

En cuanto al tipo de modificaciones que se realizan en las herramientas de evaluación, el 18,9% usa de forma incompleta las herramientas, el 17,3% añade ítems y el 13,5% elimina ítems. Por otro lado, el 64,3% complementa la evaluación con otras herramientas que no pertenece al MOHO, siendo las más empleadas el Índice de Barthel (17,8%) y la Escala de Lawton y Brody (9,7%).

D) Influencia del ámbito laboral en el conocimiento y uso de las herramientas de evaluación

Con relación al conocimiento y uso de las diferentes herramientas de evaluación del MOHO en función del ámbito laboral, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre el conocimiento de las herramientas de evaluación del MOHO en relación a los diferentes ámbitos de trabajo.

Por otro lado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$) en el uso de la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (Assessment of Communication and Interaction Skills, ACIS), el VQ, la Autoevaluación Ocupacional (OSA), el RC, y el MOHOST, siendo los y las terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental quienes más las utilizan. También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p<0,01$) en el uso del MIC, más utilizado en el ámbito de la Geriatría. Los datos pueden consultarse en la Tabla 4.

Discusión

Las herramientas de evaluación del MOHO más conocidas en España son el AMPS, el OQ, la SSI y el MOHOST, y las más utilizadas son el VQ, el MIC, el OPHI-II y el MOHOST, aunque, en ocasiones, se administran de manera incompleta o se modifican. Asimismo, se han encontrado diferencias significativas en el uso de las herramientas de evaluación del MOHO según el ámbito laboral de los y las terapeutas ocupacionales, siendo el ACIS, el VQ, la OSA, el RC y el MOHOST las más utilizadas en Salud Mental y el MIC en Geriatría.

Una de las claves de la intervención en Terapia Ocupacional es incorporar a la persona como elemento clave para las decisiones relacionadas con su tratamiento. El MOHO propone más de diez tipos de herramientas de evaluación (Kielhofner, 2009) que abarcan los diferentes ámbitos del ser humano, concebido como un sistema abierto, dinámico y cuya conducta está en continua interacción con el ambiente (Kielhofner, 2002b).

El presente estudio desvela que las herramientas de evaluación del MOHO más generales son utilizadas sobre todo en el ámbito de la Salud Mental y la Geriatría, exceptuando el ámbito pediátrico, donde sí son utilizadas de forma específica las herramientas del MOHO diseñadas especialmente para esta población.

Los enfoques de las intervenciones de Terapia Ocupacional en Salud Mental deben ser coherentes con la importancia de la ocupación como elemento clave de la intervención, lo que hace necesario el uso de herramientas de evaluación estandarizadas, válidas y fiables que permitan documentar los cambios que se producen con la intervención (Höhl et al., 2017).

El AMPS proporciona características específicas motoras y de procesamiento de las personas con trastornos psiquiátricos y puede ayudar a los y las terapeutas ocupacionales a planificar el tratamiento o hacer que la intervención sea más eficaz (Pan & Fisher, 1994). También ha demostrado tener buenos valores predictivos en relación con la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVDs) en el hogar cuando se evalúa el desempeño de personas con condiciones psiquiátricas asociadas a trastornos cognitivos que se encuentran en unidades psiquiátricas de hospitalización (Cooper, McNulty & Fisher, 2002). Igualmente, en personas con esquizofrenia, el AMPS puede ser útil para valorar sus capacidades en la realización de las AVDs cuando se acompaña de medidas de rendimiento funcional y apoyos para que la evaluación sea completa y recoja el funcionamiento de los y las pacientes en la comunidad (Ayres & Panickacheril Jonh, 2015). En el presente estudio se ha observado que el AMPS es una herramienta conocida por los terapeutas ocupacionales en España, pero no se utiliza en la práctica profesional de manera general ni se ha encontrado ningún ámbito laboral en el que se concentren los escasos terapeutas ocupacionales que lo utilizan. Para poder utilizar esta herramienta de forma adecuada es necesaria una certificación oficial. La formación necesaria para obtener dicha certificación apenas ha llegado a España y, cuando lo ha hecho, ha tenido un precio elevado. Estas razones posiblemente hacen que apenas se utilice esta herramienta en el ámbito profesional. Las posibilidades que ofrece el AMPS para entender el funcionamiento de las personas a las que se aplica hacen que sea una herramienta adaptable a cualquier ámbito de intervención.

El OQ pregunta a la persona sobre las actividades en las que participa durante un día laboral y un día del fin de semana en intervalos de media hora e incluye su percepción, teniendo en cuenta el valor y el agrado de la actividad (Kielhofner, Forsyth, Federico, et al., 2004). La evidencia muestra que el OQ es un instrumento útil para medir los cambios en la participación de personas con discapacidad física y enfermedad obstructiva crónica tras la intervención mediante modificaciones del entorno y el uso de dispositivos de ayuda (Helle et al., 2021; Jo & Kim, 2020). Así, no existe literatura sobre su eficacia en el ámbito de la Salud Mental. Como ocurre en el caso del AMPS, en el presente estudio se ha

observado que el OQ es una herramienta muy conocida por los terapeutas ocupacionales de España, pero no tiene la misma tendencia en cuanto a su utilización. Asimismo, no se ha identificado un ámbito laboral con preferencia en su uso. Dado que es un instrumento que recoge la actividad de un día completo, quizá sea más utilizado en servicios de tipo ambulatorio, en los que en España el terapeuta ocupacional tiene menos presencia.

El OSA tiene un diseño similar al OQ, de manera que se pregunta a la persona sobre su funcionamiento ocupacional (debe indicar cómo de bien realiza las AVDs) y, por otro lado, sobre la importancia del medio ambiente y sus capacidades físicas (Kielhofner, Forsyth, Federico, et al., 2004). El OSA permite, por tanto, recoger información concreta y específica para intervenir en el contexto del paciente con patología de Salud Mental.

El OPHI-II es un instrumento diseñado para recoger una historia precisa y útil del desempeño del trabajo, el juego y el autocuidado de, entre otros, las personas mayores con discapacidad psicosocial y/o física. Se trata de una entrevista semiestructurada acerca de la historia ocupacional de la persona que recopila información sobre la elección de actividades, hechos importantes en su vida, rutinas, roles y comportamiento ocupacional (Kielhofner et al., 1998). Cuenta con tres escalas: una escala que valora los intereses, los valores y la seguridad de la persona, la capacidad de participación ocupacional y el impacto del ambiente sobre su vida, una historia ocupacional que permite conocerla con mayor detenimiento y, por último, una narrativa ocupacional que favorece el vínculo terapéutico (Otaño Lozano, 2017). En un primer momento, el instrumento no tenía unos niveles aceptables de estabilidad (Kielhofner & Henry, 1988), lo que generó estudios posteriores que consolidaron la creación del OPHI-II, que fue validado para personas con alteraciones psiquiátricas (Kielhofner et al., 2001; Mallinson et al., 1996). Los datos que se recogen con esta herramienta pueden ayudar a entender y dar apoyo a los y las pacientes en proceso de recuperación, permitiendo apreciar su experiencia subjetiva, pensamientos y motivaciones y facilitando en gran medida su mejoría (Ennals & Fossey, 2009). Además, permite crear una relación entre el profesional y el/la paciente, conocer sus experiencias vitales y es útil para planificar objetivos terapéuticos (Apte et al., 2005).

El VQ es una escala validada que cuenta con unas buenas características psicométricas y es ampliamente utilizada, probablemente debido a que su formato permite favorecer la relación terapéutica (Chern et al., 1996). Algunos estudios han determinado que es primordial no tener en una visión reduccionista de la enfermedad mental, siendo necesario dar importancia a múltiples aspectos, como la red social del/de la paciente, el acceso a los servicios que necesita o la fuerza de asociación de experiencias y situaciones vitales (Caraveo et al., 1998). Las entrevistas son un componente básico para obtener información clínica relevante más allá del diagnóstico (Agraz & Sánchez, 1996). El VQ se centra en valorar la motivación del/de la paciente en relación a sus intereses y actividades significativas a través de la observación de acciones, obteniendo así una visión de los motivos internos que le llevan a realizar las distintas AVDs y de cómo el ambiente puede promover o inhibir su motivación (Kielhofner, Forsyth, de las Heras, et al., 2004). Esta evaluación se emplea con mayor frecuencia en el ámbito de Salud Mental, pudiéndose justificar su uso a partir de ciertas patologías, como es el abuso de cannabis, en las que pueden verse alteraciones relacionadas con aspectos neurocognitivos, sociales y del lenguaje (García Álvarez et al.,

2019). Además, al ser una herramienta observacional, no tiene requerimientos complejos de lenguaje, permitiendo así expresar a través de las acciones, los intereses, el sentido de eficacia y los valores de aquellas personas que tienen dificultades para expresarse.

El MOHOST es una herramienta ampliamente utilizada en la práctica clínica, es consistente y concisa, apoya el pensamiento centrado en la ocupación y facilita la estructuración de la práctica centrada en el cliente (Forsyth et al., 2011; Hawes & Houlder, 2010; Kramer et al., 2009; Mitchell & Neish, 2007). Además, fue originalmente diseñada para ser utilizada en el ámbito de la Salud Mental, aunque posteriormente su uso se ha extendido a otros contextos (Kramer et al., 2009). Este hecho puede dar explicación de que en España sea la herramienta de evaluación más conocida y una de las más utilizadas en Salud Mental.

Los roles ocupacionales son determinantes para la productividad de las personas, organizan su comportamiento y les permiten incluirse en la estructura social. El éxito de una persona para adaptarse tras una enfermedad puede depender de su capacidad para adoptar de manera competente nuevos roles ocupacionales (Barris et al., 1988). Parece necesario que los y las terapeutas ocupacionales incluyan los roles en las primeras etapas de su intervención en pacientes con problemas de salud mental, siendo el RC una herramienta útil para explorar la dimensión de los roles (Hachey et al., 2001), dado que ha sido validado al español (Colón & Haertlein, 2002) y puede, por tanto, utilizarse para planificar la intervención desde un punto de vista holístico. Casi la mitad de los terapeutas ocupacionales que trabajan en el ámbito de salud mental utiliza esta herramienta, siendo, por tanto, importante para el diseño de los programas de rehabilitación y de desarrollo de competencias de las personas con enfermedad mental. La jubilación supone un cambio vital en la vida de las personas mayores dado que involucra el abandono del rol principal desempeñado durante años y de las tareas laborales que formaban parte de su rutina, necesitando nuevas tareas para formar un nuevo rol relacionado con una mayor cantidad de tiempo libre (Cruz Meléndez, 2011; Hermida & Stefani, 2011). La exploración de los intereses permite establecer actividades sociales, formativas, de ocio y desarrollarlas teniendo en cuenta las características sociales, culturales y motivacionales hacia quienes van dirigidas, con el fin de evitar su aislamiento y favorecer su reconocimiento como persona activa en la sociedad (Yarce et al., 2015). En la actualidad, no existe una herramienta de evaluación que incorpore estos aspectos, a excepción del RC, un hecho que puede justificar el uso que se hace de ella en los ámbitos geriátricos y de adultos, donde los roles establecidos previamente a la discapacidad son fundamentales para el desarrollo de programas de intervención centrada en la persona a través de la selección autónoma de las actividades con significado (Aragonés-Fernández & Martínez-Sánchez, 2017).

Es relevante mencionar que no se ha discutido sobre la SSI porque, a pesar de ser la entrevista del MOHO más conocida por los y las terapeutas ocupacionales en España, apenas es utilizada.

Por último, los usos modificados de las herramientas de evaluación del MOHO parecen indicar que los y las terapeutas ocupacionales que desempeñan su actividad laboral en España no conocen las propiedades psicométricas o las validaciones en español de las

herramientas, un hecho que contribuiría a que sean utilizadas de manera más adecuada y basándose en la evidencia científica. La revisión de Romli et al. (2019) concluyó que el uso de instrumentos estandarizados con propiedades psicométricas adecuadas es necesario para la práctica basada en la evidencia en el ámbito de la Terapia Ocupacional. Sin embargo, en determinados ámbitos ocupacionales (sueño/descanso, social, espiritual, sexual, educación, juego y ocio), actualmente se dispone de pocas herramientas estandarizadas (Romli et al., 2019).

Limitaciones

Este estudio cuenta con importantes limitaciones que deben tenerse en cuenta para interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de un estudio observacional y no se ha calculado el tamaño muestral, por lo que no se pueden establecer relaciones causales y los resultados deben interpretarse con precaución. En segundo lugar, al tratarse de una encuesta, la mayoría de los resultados se encuentran expresados en frecuencias, lo que impide realizar análisis estadísticos complementarios que pudiesen arrojar más resultados. En tercer lugar, la edad fue recogida en rangos fijos, lo que no ha permitido realizar análisis descriptivos con medias y medianas. Por último, la no inclusión de un mayor número de variables cuantitativas, como el tipo de recurso concreto de Salud Mental o Geriatría en el que trabajan los y las terapeutas ocupacionales, podría influir en la interpretación de los resultados.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio sugieren que los y las terapeutas ocupacionales que ejercen en España conocen y, en menor medida, utilizan las herramientas de evaluación del Modelo de Ocupación Humana. Las herramientas más conocidas son la Herramienta de Evaluación Inicial del Modelo de Ocupación Humana y el Cuestionario Ocupacional, mientras que las más utilizadas son el Listado de Intereses Modificado y el Listado de Roles. Asimismo, se observa que las herramientas de evaluación son utilizadas en diferentes ámbitos de la profesión en España, sobre todo en Salud Mental y Geriatría.

Agradecimientos

Se agradece a Pilar Molina Nucilli por sus aportaciones en el presente trabajo.

Referencias bibliográficas

Agraz, F. P. y Sánchez, H. N. (1996). Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental V*, *19*(suppl. 2), 19-25.

Apte, A., Kielhofner, G., Paul-Ward, A. y Braveman, B. (2005). Therapists' and Clients' Perceptions of the Occupational Performance History Interview. *Occupational Therapy in Health Care*, *19*(1-2), 173-192. https://doi.org/10.1080/J003v19n01_13

Aragonés-Fernández, V. y Martínez-Sánchez, M. (2017). Roles a través de la ocupación, justificación bajo el modelo de atención centrada en la persona. *TOG (A Coruña)*, *14*(25), 276-280. https://www.revistatog.com/num25/pdfs/colab.pdf

Ayres, H. y Panickacheril Jonh, A. (2015). The Assessment of Motor and Process Skills as a measure of ADL ability in schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *22*(6), 470-477. https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1061050

Barris, R., Oakley, F. y Kielhofner, G. (1988). The Role Checklist. En B. J. Hemphill (Ed.), *Mental Health Assessment in Occupational Therapy* (pp. 73-91). Slack Incorporated.

Caraveo, J., Martínez, N. y Rivera, B. (1998). Un modelo para los estudios epidemiológicos y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental V*, *21*(1), 48-57. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/693

Chern, J.-S., Kielhofner, G., de las Heras, C. G. y Magalhaes, L. C. (1996). The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use. *The American Journal of Occupational Therapy*, *50*(7), 516-525. https://doi.org/10.5014/ajot.50.7.516

Colón, H. y Haertlein, C. (2002). Spanish Translation of the Role Checklist. *The American Journal of Occupational Therapy*, *56*(5), 586-589. https://doi.org/10.5014/ajot.56.5.586

Cooper McNulty, M. y Fisher, A. G. (2002). Validity of using the Assessment of motor and process skills to estimate overall home safety in persons with psychiatric conditions. *The American Journal of Occupational Therapy, 55*(6), 649-655. https://doi.org/10.5014/ajot.55.6.649

Cruz Meléndez, R. (2011). Retiro laboral y ajuste a la jubilación de hombres y mujeres en la mediana edad. *Actualidades Investigativas en Educación*, *11*(1), 1-28. https://doi.org/10.15517/aie.v11i1.10170

Ennals, P. y Fossey, E. (2009). Using the OPHI-II to Support People with Mental Illness in Their Recovery. *Occupational Therapy in Mental Health*, *25*(2), 138-150. https://doi.org/10.1080/01642120902859048

Forsyth, K., Parkinson, S., Kielhofner, G., Kramer, J., Summerfield Mann, L. y Duncan, E. (2011). The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool and implications for practice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, *58*(2), 5-13.

García Álvarez, L., Gomar, J. J., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2019). Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. *Adicciones*, *31*(2), 89-94. https://doi.org/10.20882/adicciones.1328

Hachey, R., Geneviève, B. y Mercier, C. (2001). Perceived and valued roles of adults with several mental health problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *68*(2), 112-120

Hawes, D. y Houlder, D. (2010). Reflections on using the Model of Human Occupation Screening Tool in a joint learning disability team. *British Journal of Occupational Therapy*, *73*(11), 564-567. https://doi.org/10.4276/030802210X12892992239431

Helle, T., Joho, T., Kaptain, R. J. y Kottorp, A. (2021). Activity repertoires and time use in people living with chronic obstructive pulmonary disease. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *28*(7), 564-570. https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1782982

Hermida, P. y Stefani, D. (2011). La jubilación como un factor de estrés psicosocial. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en Psicología*, *8*(2), 101-107. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483549017015

Höhl, W., Moll, S. y Pfeiffer, A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(4), 300-305. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000339

Jo, Y. J. y Kim, H. (2020). Effects of the model of human occupation-based home modifications on the time use, occupational participation and activity limitation in people with disabilities: a pilot randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, *3107*, 1-7. https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1768306

Kielhofner, G. (2002a). Habituación: Patrones de la Ocupación Diaria. En *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3ª ed., pp. 71-91). Editorial Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2002b). Motivos, Patrones y Desempeño de la Ocupación: Conceptos Básicos. En *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (pp. 15-30). Editorial Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2002c). Volición. En *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3ª ed., pp. 49-70). Editorial Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4ª ed.). F.A. Davis Company.

Kielhofner, G., Forsyth, K., de las Heras, C. G., Hayashi, J., Melton, J. y Raymond, L. (2004). Instrumentos de Evaluación Observacionales en G. Kielhofner (Ed.), *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación* (3ª ed., pp. 217-240). Editorial Panamericana.

Kielhofner, G., Forsyth, K., Federico, J., Henry, A., Keponen, R., Oakley, F. y Woan Pan, A. (2004). Instrumentos de autoevaluación en G. Kielhofner (Ed.), *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3ª ed., pp. 241-267). Editorial Panamericana.

Kielhofner, G. y Henry, A. (1988). Development and investigation of the occupational performance history interview. *The American Journal of Occupational Therapy*, *42*(8), 489-498. https://doi.org/10.5014/ajot.42.8.489

Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K. y Lai, J. (2001). Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *The American Journal of Occupational Therapy*, *55*(3), 260-267. https://doi.org/10.5014/ajot.55.3.260

Kielhofner, G., Mallison, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. y Walens, D. (1998). *OPHI-II entrevista histórica del desempeño ocupacional.* (p. 106). Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad de Illinois.

Kielhofner, G., Tham, K., Baz, T. y Hutson, J. (2002). Capacidad de Desempeño y el Cuerpo Vivido. en G. Kielhofner (Ed.), *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación* (3ª ed., pp. 92-112). Editorial Médica Panamericana.

Kramer, J., Kielhofner, G., Lee, S. W., Ashpole, E. y Castle, L. (2009). Utility of the model of human occupation screening tool for detecting client change. *Occupational Therapy in Mental Health*, *25*(2), 181-191. https://doi.org/10.1080/01642120902859261

Mallinson, T., Kielhofner, G. y Mattingly, C. (1996). Metaphor and meaning in a clinical interview. *The American Journal of Occupational Therapy*, *50*(5), 338-346. https://doi.org/10.5014/ajot.50.5.338

Mitchell, R. y Neish, J. (2007). The use of a ward-based art group to assess the occupational participation of adult acute mental health clients. *British Journal of Occupational Therapy*, *70*(5), 215-217. https://doi.org/10.1177/030802260707000506

Moruno Miralles, P. (2017). La base conceptual de la Terapia Ocupacional en *Principios conceptuales de la Terapia Ocupacional* (pp. 45-65). Editorial Síntesis.

Otaño Lozano, M. (2017). Experiencias de los terapeutas ocupacionales usando el modelo de ocupación humana: una revisión sistemática. *TOG (A Coruña)*, *14*(26), 479-494. https://revistatog.com/num26/pdfs/revision2.pdf

Pan, A.-W. y Fisher, A. G. (1994). The Assessment of Motor and Process Skills of persons with psychiatric disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*, *48*(9), 775-780. https://doi.org/10.5014/ajot.48.9.775

Romli, M. H., Wan Yunus, F. y Mackenzie, L. (2019). Overview of reviews of standardised occupation-based instruments for use in occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, *66*(4), 428-445. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12572

World Federation of Occupational Therapists. (2012). *About Occupational Therapy*. https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy

Yarce, E., Rosas, G., Paredes, Y., Rosero, M. y Morales, A. (2014). Intereses ocupacionales de adultos mayores de 60 años de la ciudad San Juan de Pasto. *Revista UNIMAR, 33*(1), 201-212.

Anexos

Tabla 3

Conocimiento, uso y modificación de las herramientas de evaluación del Modelo de Ocupación Humana por parte de la muestra

	Evaluaciones observacionales (n = 185)				Autoevaluaciones (n = 185)						Entrevistas (n = 185)						Evaluaciones de métodos mixtos (n = 185)		
	AMPS	ACIS	VQ	PVQ	MIC	OQ	NIH-ACTRE	OSA	COSA	PIP	RC	OCAIRS	OPHI-II	SSI	WRI	WEIS	AOF	MOHOST	OT-PAL
Conocimiento																			
Sí	164 (88,6)	154 (83,2)	156 (84,3)	115 (62,2)	165 (89,2)	172 (93,0)	89 (48,1)	118 (63,8)	129 (69,7)	106 (57,3)	170 (91,9)	69 (37,3)	27 (14,6)	90 (48,6)	62 (33,5)	58 (31,4)	57 (30,8)	185 (100)	63 (34,1)
No	21 (11,4)	31 (16,8)	29 (15,7)	70 (37,8)	20 (10,8)	13 (7,0)	96 (51,9)	67 (36,2)	56 (30,3)	79 (42,7)	15 (8,1)	116 (62,7)	158 (85,4)	95 (51,4)	123 (66,5)	127 (68,6)	128 (69,2)	-	122 (65,9)
Uso																			
Sí	28 (15,1)	30 (16,2)	48 (25,9)	12 (6,5)	77 (41,6)	66 (35,7)	3 (1,6)	30 (16,2)	11 (5,9)	6 (3,2)	73 (39,5)	11 (5,9)	50 (27,0)	5 (2,7)	11 (5,9)	11 (5,9)	3 (1,6)	42 (22,7)	5 (2,7)
No	157 (84,9)	155 (83,8)	137 (74,1)	173 (93,5)	108 (58,8)	119 (64,3)	182 (98,4)	155 (83,8)	174 (94,1)	179 (96,8)	112 (60,5)	174 (94,1)	135 (73,0)	180 (97,3)	174 (94,1)	174 (94,1)	182 (98,4)	143 (77,3)	180 (97,3)
Modificación																			
Sí	9 (4,9)	6 (3,2)	9 (4,9)	2 (1,1)	37 (20,0)	12 (6,5)	-	11 (5,9)	4 (2,2)	-	-	1 (0,5)	20 (10,8)	1 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,5)	-	4 (2,2)	1 (0,5)
No	176 (95,1)	179 (96,8)	176 (95,1)	183 (98,9)	148 (80,0)	173 (93,5)	185 (100)	174 (94,1)	181 (97,8)	-	-	184 (99,5)	165 (89,2)	184 (99,5)	184 (99,5)	184 (99,5)	185 (100)	181 (97,8)	184 (99,5)

Datos presentados como número de sujetos (%).

ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; AOF: of Occupational Functioning; COSA: Child Occupational Self-Assessment; MIC: Modified Interest Checklist; MOHOST: Model Of Human Occupation Screening Tool; NIH-ACTRE: National Institute of Health Activity Record; OCAIRS: Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale; OPHI-II: Occupational Performance History Interview-II; OQ: Occupational Questionnaire; OSA: Occupational Self-Assessment; OT-PAL: Occupational Therapy Psychosocial Assessment of Learning Assessment; PIP: Pediatric Interest Profiles; PVQ: Pediatric Volitional Questionnaire; RC: Role Checklist; SSI: School Setting Interview; VQ: Volitional Questionnaire; WEIS: Work Environment Impact Scale; WRI: Worker Role Interview.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4
Ámbito laboral y Uso de Herramientas de evaluación

	ACIS (n=185)		VQ (n=185)		OSA (n=185)		RC (n=185)		MOHOST (n=185)		MIC (n=185)		P valor, X^2
Ámbito Laboral	**Usa**	**No usa**	**Usa**	**No usa**	**Usa**	**No usa**	**Usa**	**No usa**	**Usa**	**No usa**	**Usa**	**No usa**	
Pediatría	3 (10)	25 (16,1)	0 (0)	28 (20,4)	2 (6,7)	26 (16,8)	3 (4,1)	48 (42,9)	3 (7,1)	25 (17,5)	5 (6,5)	23 (21,3)	
Adultos	3 (10)	39 (25,2)	13 (27,1)	29 (21,2)	4 (13,3)	38 (24,5)	14 (19,2)	28 (25)	9 (21,4)	33 (23,1)	14 (18,2)	28 (25,9)	
Salud Mental	18 (60)	23 (14,8)	20 (41,7)	21 (15,3)	19 (63,3)	22 (14,2)	30 (41,1)	11 (9,8)	21 (50)	20 (48,8)	26 (33,8)	15 (13,9)	p<0,001
Geriatría	6 (20)	68 (43,9)	15 (31,3)	59 (43,1)	5 (16,7)	69 (44,5)	26 (35,6)	48 (42,5)	9 (21,4)	65 (45,5)	32 (41,6)	42 (38,9)	

Datos presentados como número de sujetos (%); p valor X2: valor de la prueba chi cuadrado.
ACIS: Assessment of Communication and Interaction Skills; MIC: Modified Interest Checklist; MOHOST: Model Of Human Occupation Screening Tool; OSA: Occupational Self-Assessment; RC: Role Checklist; VQ: Volitional Questionnaire.

Fuente: elaboración propia.