

¿QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE EL MARCO DE LA AOTA Y LA CIF?

WHAT IS THE RELATION BETWEEN AOTA FRAMEWORK AND ICF?



Andrea Rozas Muñoz*

Terapeuta ocupacional y Fisioterapeuta. Agencia Navarra para la Autonomía de las personas (ANADP). Gobierno de Navarra.

E-mail de contacto
andrearozasterapeuta@yahoo.es

*autora para la correspondencia



Yosune Roncal Marcilla

Terapeuta ocupacional. Servicio Navarro de salud OSASUNBIDEA. Área de Salud Mental de Tudela. Navarra. España.



Mercedes Zapata-Jiménez

Terapeuta ocupacional. Hospital San Juan de Dios Pamplona-Tudela

Resumen la revisión de los diferentes Marcos de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso (OTPF) de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) nos proporciona, ya desde su primera edición, continuas referencias a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF). A través de este artículo pretendemos analizar la relación que existe entre el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional de la AOTA y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y salud (CIF) y responder a una serie de cuestiones relativas a esta relación, llevando a cabo una revisión de artículos que versen sobre estos temas en las principales bases de datos de ciencias de la salud.

Abstract The review of the different Frameworks for the Practice of Occupational Therapy: domain and process (OTPF) of the American Occupational Therapy Association (AOTA) provides us, since its first edition, continuous references to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In this article we intend to analyze the relation that exists between the AOTA Framework for the Practice of Occupational Therapy and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and answer some questions related to this relationship. The articles dealing with these topics in the main health science databases are reviewed.

DeCS CIF; terapia ocupacional; participación; valoración
Palabras clave CIF; marco de trabajo; AOTA **MeSH** ICF; occupational therapy; participation; assessment **Keywords** ICF; framework; AOTA

Publicado 15 febrero 2022

INTRODUCCIÓN

Es evidente como el marco de trabajo de la AOTA, en su origen y a través de su evolución, se ha ido nutriendo de terminología procedente de la CIF ⁽¹⁾, marco conceptual e instrumento de clasificación desarrollado por la OMS, que permite describir el funcionamiento de las personas asociado a las condiciones de salud y tiene por objeto promover un lenguaje uniforme que pueda ser utilizado por profesionales de diferentes disciplinas.

Esta integración de términos procedentes de la CIF tiene por objeto lograr en la audiencia externa una comprensión más amplia de la disciplina y mejorar la comunicación con profesionales de otras disciplinas y se sustenta en base a que el marco de la AOTA y la CIF comparten aspectos que acreditan la coherencia de esta relación.

Pero también existen aspectos en los que difieren y son los que llevan a los terapeutas ocupacionales a plantearse



hasta qué punto es factible aplicar directamente la CIF en la evaluación y la intervención para que haya una uniformidad en cuanto al lenguaje utilizado entre diferentes disciplinas y mejorar así la comunicación entre los profesionales.

El Marco de la AOTA

El marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional de la AOTA, documento de referencia para nuestra disciplina, es un documento cuya evolución ha proporcionado una actualización y con ello una mejora en la concepción y organización de la terapia ocupacional. Describe los conceptos centrales que fundamentan la práctica de la terapia ocupacional y desarrolla una comprensión común de los principios básicos y de la contribución distintiva de la profesión.

Tiene por objeto promover una práctica de la terapia ocupacional uniforme y hacer más comprensible a la audiencia externa tanto la naturaleza de nuestra disciplina como la terminología empleada, nuestras áreas de competencia y el proceso de intervención.

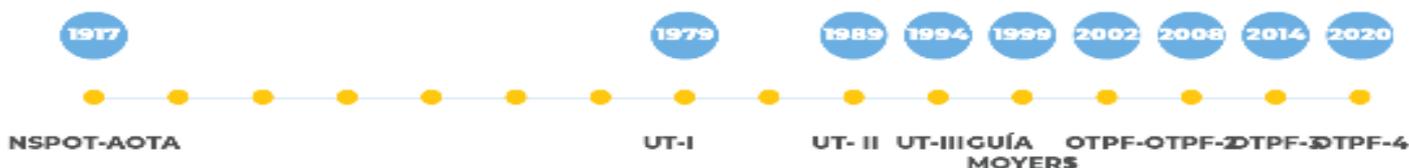


Figura 1. Línea cronológica evolución Marco de la AOTA. Elaboración propia 2021

Este documento ha ido evolucionando (ver figura 1) desde sus antecedentes, los documentos de terminología uniforme (UT) para la terapia ocupacional de la AOTA (1979, 1989, 1994), y la primera edición ⁽²⁾ del marco en 2002, siendo revisado en posteriores ediciones (segunda edición ⁽³⁾ en 2008, tercera edición ⁽⁴⁾ en 2014) hasta llegar a la cuarta edición ⁽⁵⁾ que se ha publicado en 2020 (ver figura 2).



Figura 2. Imagen cuarta edición del Marco de trabajo de la AOTA. Traducción del original.

Las aportaciones continuas tras las revisiones de los marcos proporcionan una visión más amplia y estructurada de la disciplina, que podemos resumir en:

- ❖ una mejor categorización y organización del campo de la terapia ocupacional
- ❖ un aumento de las definiciones y con ello la clarificación profesional
- ❖ una inclusión de términos fundamentales para la profesión como ocupación, participación (primera edición), razonamiento clínico, análisis de la actividad, justicia ocupacional (segunda edición), uso terapéutico del uno mismo, auto abogacía (tercera edición), pilares para la práctica, piedras angulares y desarrollo mayor y actualizado de términos previos (cuarta edición)
- ❖ un énfasis en la práctica basada en la evidencia ya desde su segunda edición, así como que todos sus elementos tienen una relación transaccional.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF)

El 22 de mayo de 2001 se aprobó, en la 54 Asamblea Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como una nueva versión de la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que se había aprobado en 1980, a partir de una revisión de esta última ⁽⁶⁾.

En el año 1993 la Organización Mundial de la Salud había iniciado el proceso de revisión de la CIDDM, de la cual se planteó su revisión porque:

- ❖ estaba basada en un modelo biomédico en el que la relación entre las deficiencias, discapacidades y minusvalía tenían una relación causal unidireccional que no respondía a la realidad, que no permitía explicar un fenómeno tan complejo como el de la discapacidad
- ❖ ofrecía una clasificación de "consecuencias de enfermedades"
- ❖ implicaba por lo indicado previamente y por su propia denominación una connotación negativa al hacer énfasis en las restricciones de funcionamiento de las personas
- ❖ no ofrecía una estructura que permitiera relacionar la información de una forma clara, significativa e interrelacionada.

La CIF surgió, como una nueva versión, que ofreciera un nuevo marco conceptual que permitiera:

- ❖ establecer un lenguaje uniforme, aplicable transculturalmente, para describir de manera fiable y replicable los estados funcionales inherentes a las condiciones de salud de las personas, mejorando por un lado la comunicación entre sus usuarios (ya sean profesionales de la salud, investigadores, gestores sanitarios o población en general) y por otro lado evitando connotaciones negativas al poner el foco de atención en el funcionamiento de las personas más que en sus limitaciones
- ❖ proporcionar una base científica para la comprensión y estudio de la salud y los estados relacionados con ella, que permite describir los cambios en funciones y estructuras corporales, lo que una persona puede hacer en un entorno estándar (capacidad) y lo que puede hacer en un entorno real (desempeño)
- ❖ la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias y/o servicios
- ❖ proporcionar un sistema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria, que en su uso pudiera extenderse a otros sectores (desarrollo legislativo y política sanitaria y social, sistemas de evaluación de la atención médica y social, economía, educación, estudios de población de ámbito local, nacional e internacional...).

La CIF forma parte de la familia de clasificaciones de la OMS, la cual promueve su utilización de forma complementaria con la clasificación CIE 10 para describir la salud de los individuos y poblaciones, siendo esta última una clasificación de condiciones de salud y la primera permitiendo describir el funcionamiento de las personas asociado a esas condiciones de salud dentro de un contexto.

El modelo teórico en el que se basa la CIF (ver figura 3) es un modelo biopsicosocial de la discapacidad en el que el funcionamiento de una persona se concibe como el resultado de la interacción entre sus capacidades y limitaciones (derivadas de sus condiciones de salud) y los factores contextuales (ambientales o personales).

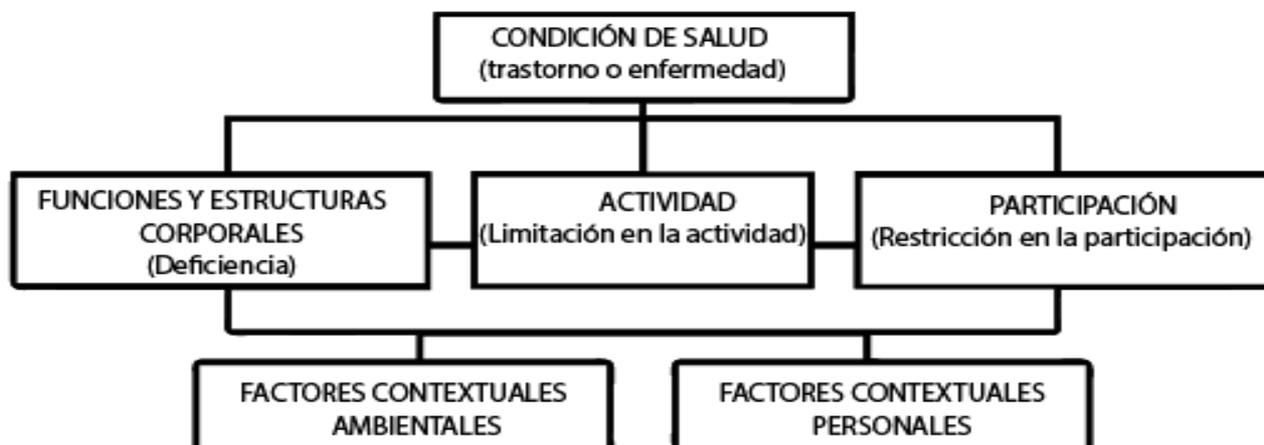


Figura 3. Modelo teórico de la CIF. Fuente: Jiménez Tordoya E. 2016 ⁽⁷⁾.

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100011

La CIF tiene una estructura jerárquica que se divide en dos partes principales Funcionamiento y Discapacidad por un lado y Factores Contextuales por el otro; estas partes se dividen en componentes y estos a su vez en dominios y dentro de estos encontramos las categorías que son las unidades de clasificación. Ver figura 4.

Los componentes se pueden expresar en términos de funcionamiento o de discapacidad en lo que respecta a los componentes de la primera parte, y de barreras o facilitadores en lo que respecta a los componentes de la segunda parte.

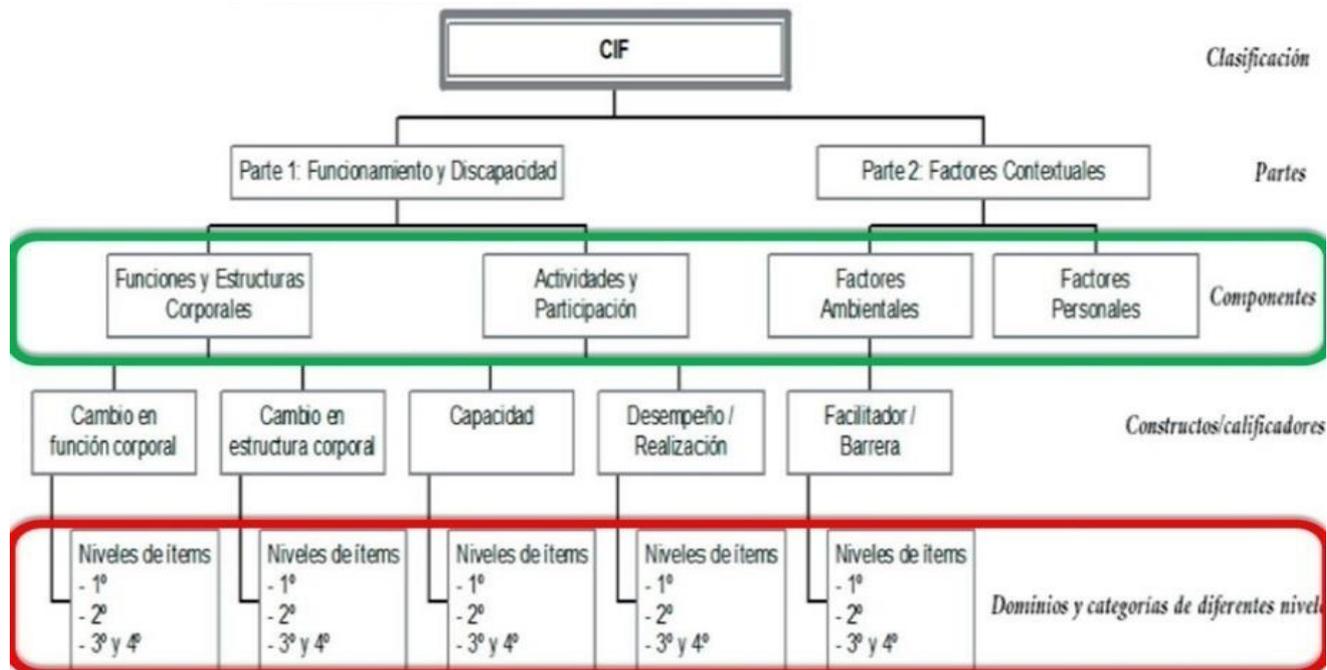


Figura 4. Estructura CIF. Fuente: Iribarne Wiff Marie Jossette. Centro Chileno de Referencia en Clasificaciones de Salud-FCI Departamento de Estadísticas e Información de Salud. <https://slideplayer.es/slide/2826056/>

En la descripción del funcionamiento de las personas la CIF utiliza un sistema alfanumérico para la codificación, donde las letras se utilizan para indicar cada uno de los componentes (b-funciones corporales, s-estructuras corporales, d-actividades/participación, e-factores ambientales) seguidas de un código numérico que empieza con el número del capítulo (un dígito), seguido del segundo nivel (dos dígitos) y del tercer y cuarto nivel (un dígito para cada uno). Ver figura 5.

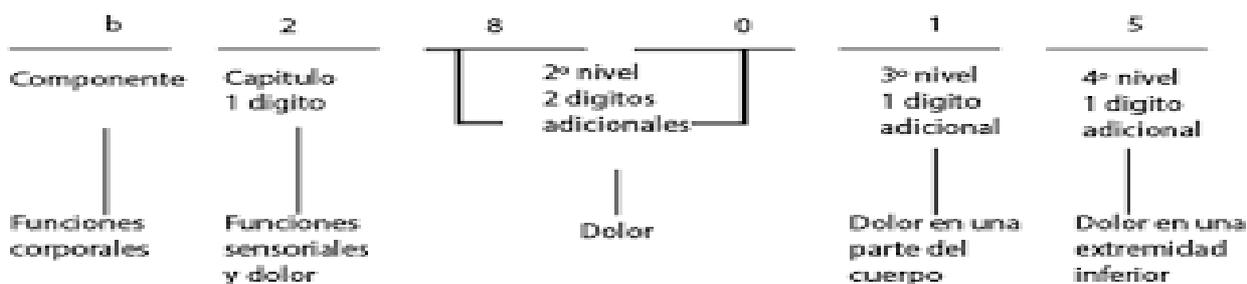


Figura 5. Ejemplo de codificación según la CIF. Fuente: Jiménez Tordoya E. 2016. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100011

A este sistema alfanumérico que hace referencia a componentes de la salud concretos se añaden calificadores (ver figura 6), números que informan de la extensión de un problema y de la naturaleza del cambio.

Escala de calificadoros	Equivalencia cuantitativa
0 No hay problema	0-4 %
1 Problema LIGERO	5-24%
2 Problema MODERADO	25-49%
3 Problema GRAVE	50-95%
4 Problema COMPLETO	96-100%
8 Sin especificar	-
9 No aplicable	-

Figura 6. Calificadores CIF. Fuente: Jiménez Tordoya E.2016. (7).

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100011

METODOLOGÍA

Para poder responder a la cuestión que planteamos en el título de esta revisión, así como a las preguntas que han ido surgiendo en el desarrollo de la misma, se realizó una revisión bibliográfica en la que se incluyeron aquellos artículos que versaran sobre cuestiones relativas tanto al marco de la AOTA como a la CIF en general y sobre aspectos concretos de esta relación en particular, en las principales bases de datos de ciencias de la salud.

Posteriormente se llevó a cabo una integración de la información de los artículos y de los conocimientos y experiencia de los autores en la materia.

RESULTADOS

La revisión llevada a cabo nos ha permitido para empezar detectar como se ha ido nutriendo el marco de trabajo de la AOTA de la CIF. Este es un proceso que comenzó en la primera edición y es en la segunda edición donde nos hablan ya de "términos adaptados de la CIF", los continuamos viendo como tal en la tercera edición y es en la cuarta edición en la que se integran literalmente términos procedentes de la misma. Los términos en concreto son los que se incluyen dentro de las características del cliente, aquellas intrínsecas al cliente y que pueden afectar al desempeño de las áreas de ocupación:

- Funciones corporales: funciones fisiológicas, funciones psicológicas incluidas.
- Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo como órganos, extremidades y otros componentes que mantienen funciones corporales.

Estos términos aparecen dentro de la descripción del dominio de la terapia ocupacional pero no sólo afectan al dominio sino también al proceso porque ambos están intrínsecamente unidos.

Profundizando en esta revisión hemos podido comprobar cómo la relación que existe entre estos dos marcos conceptuales, va más allá de cuestiones terminológicas y se puede concretar en diferentes puntos:

- Comparten objetivos, como el de promover una terminología uniforme para mejorar la comunicación entre profesionales.
- Comparten un paradigma similar, ambos se basan en una visión holística del ser humano (8).
- Ambos se basan en modelos teóricos multidimensionales en los que se tiene en cuenta no sólo las características de las personas sino el entorno en el que viven.
- Ambos marcos contemplan tanto una micro perspectiva del entorno (entorno inmediato de la persona) como una macro perspectiva del entorno (haciendo referencia al entorno no inmediato de la persona como cultura, políticas, legislación...), derivando de esta última perspectiva, la justicia ocupacional, como el derecho de las personas a la participación inclusiva en las ocupaciones cotidianas es común y parte de las bases principales de los dos marcos.
- Se analizan tanto las capacidades como las limitaciones o restricciones, pero se pone el foco de atención en el funcionamiento de las personas, la capacidad de una persona para participar en actividades en el contexto de su entorno es indicativa del nivel de funcionamiento y discapacidad de la persona.
- Comparten los conceptos y dominios básicos de la práctica en terapia ocupacional.
- El concepto de participación no sólo desempeña un papel importante en ambos marcos, sino que se convierte en una construcción central en la atención de la salud, la rehabilitación y en la terapia ocupacional. En ambos marcos se desarrolla el concepto de participación, hacen referencia a la relación entre la ocupación y la salud de las personas y permiten poner de relieve las oportunidades y restricciones que tiene una persona para participar en la vida en la comunidad.

Pero también existen aspectos significativos en los que difieren estos marcos conceptuales:

- Respecto al concepto de participación en el marco de la AOTA se incluye la dimensión subjetiva de la ocupación, lo que abarca valores, motivaciones e intereses de la persona y la experiencia subjetiva de autonomía, la percepción de la persona de poder involucrarse en una situación vital. En la CIF se define la participación como involucrarse en situaciones vitales y cuando se describe el funcionamiento de las personas no se incluye el significado que tiene esa ocupación para la persona ⁽⁹⁾, esto se debe a que se hace una descripción del funcionamiento de la persona desde la perspectiva del observador y a que no se codifican los factores personales. En consecuencia, valora la participación en base a indicadores externos no en base a la experiencia de la persona, lo cual es esencial a la hora de llevar a cabo la evaluación desde terapia ocupacional y la posterior intervención.
- En cuanto a las categorías de clasificación aportadas por la CIF, no son suficientes para analizar con el detalle y la profundidad requerida el desempeño de las personas, así como plantear la compensación y/o el tratamiento de sus limitaciones, es necesario terminología adicional a la aportada por la CIF ⁽¹⁰⁾.
- Y en lo que respecta al contexto, tanto en el marco de trabajo de la AOTA como en la CIF se hace referencia al contexto, entorno y factores contextuales respectivamente, pero en el marco de la AOTA se hace referencia al contexto temporal mientras que en la CIF no se hace una referencia concreta a este contexto.

Ver tabla 1. Aspectos comunes y discrepancias entre la cuarta edición del Marco de trabajo de la AOTA y la CIF ⁽¹¹⁾.

Una última cuestión que nos hemos planteado es sobre la aplicabilidad de la CIF en la práctica clínica de la terapia ocupacional, ya que en la revisión realizada hemos encontrado diferentes reflexiones sobre ello:

- ❖ hay estudios que refieren que mediante el uso de la CIF en entornos clínicos y la planificación adecuada de los procedimientos de evaluación y tratamiento, todos los aspectos de salud de los pacientes se pueden planificar de manera integral y completa, y se puede abrir una ventana útil para proporcionar servicios de terapia ocupacional holísticos y centrados en el cliente ⁽¹²⁾.
- ❖ otros estudios revisados hacen referencia a que a pesar de que los profesionales de terapia ocupacional conocen de la existencia de la CIF, no recurren a su aplicación en la práctica clínica porque la consideran compleja, siendo el conocimiento superficial que tienen de la CIF, la percepción de que supondría una sobrecarga de trabajo su utilización y la necesidad de invertir tiempo y dinero para aprender a utilizarla los motivos esgrimidos con más frecuencia para no proceder a su utilización ⁽¹³⁾.
- ❖ y hemos encontrado artículos que refieren que no se puede aplicar directamente la CIF en la práctica asistencial de terapia ocupacional porque en la CIF no se considera la perspectiva subjetiva de la ocupación ⁽¹⁴⁾ y en otros se destaca que la terminología de la CIF no es suficiente para abordar con la profundidad que se requiere la valoración e intervención desde nuestra disciplina ⁽¹⁵⁾.

Tabla 1. Aspectos comunes y discrepancias entre la cuarta edición del Marco de trabajo de la AOTA y la CIF

	OTPF-4	CIF
ASPECTOS COMUNES	<p>Características del Cliente</p> <p>El desempeño se puede ver afectado por factores que residen dentro del cliente. Los terapeutas ocupacionales son conscientes de la variedad de características de los clientes: físicas, cognitivas y psicosociales que influyen en el desarrollo y ejecución, y cómo la enfermedad, el sufrimiento y la discapacidad afectan a estas características. Estas características de los clientes influyen en sus habilidades para involucrarse con sus ocupaciones, y de igual modo, el compromiso con sus ocupaciones afecta a las características del cliente.</p> <p>La categorización de las características del cliente</p> <p>En OTPF-4: Para funciones corporales dentro de la categoría factores del cliente, la identidad de género está ahora incluida en "experiencia de sí mismo y tiempo", la definición de psicosocial se amplía para que coincida con la descripción del ICF, y la interocepción se incluye dentro de funciones sensoriales</p> <p>Áreas ocupacionales: varios tipos de actividades de la vida en las que la gente participa, incluyendo las siguientes categorías:</p>	<p>Se ha seleccionado esta Clasificación debido a que es ampliamente conocida y presenta un lenguaje común que es entendido por el público general para ofrecer una información en profundidad respecto a los términos clasificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Funciones corporales: las funciones fisiológicas de los sistemas del cuerpo (incluyendo las funciones Psicológicas). ➤ Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo como los órganos, los miembros y sus componentes (que mantienen las funciones corporales). <p>Sí constan los términos: Actividades y Participación</p> <p>- <i>Actividades: "Ejecución de una tarea o acción por un individuo"</i></p>

AVD, AIVD, educación, trabajo, juego, ocio, y participación social.

Habilidades de desempeño: habilidades usadas en la gestión y modificación de acciones durante el proceso de realización de las tareas de la vida diaria

El **entorno** rodea y está subyacente durante el proceso. Los entornos existen alrededor y dentro de la persona.

Se modifican en el OTPF-4 los contextos y entornos como aspectos del dominio de la terapia ocupacional en base a la taxonomía de la CIF.

- *Participación: "Involucrarse en una situación de la vida". Ejemplos de ambas: Aprendizaje, demandas de tareas (rutinas), comunicación, movilidad, autocuidado, vida doméstica, interacción social y relaciones sociales, tareas principales de la vida, vida comunitaria, social y cívica.*

Los ejemplos de las actividades y participación de la CIF se solapan con las Áreas ocupacionales, habilidades de desempeño y patrones de desempeño en el Marco de Trabajo.

Factores contextuales

Se refieren a los antecedentes personales y la experiencia vital. Incluyen factores medioambientales y factores personales que pueden tener un efecto sobre la salud del individuo.

- Factores ambientales "Constituyen el entorno físico, social y educacional en el cual las personas viven. Los factores son externos al individuo..." (p.16)
- Factores personales que pueden tener un efecto sobre la salud del individuo.

DISCREPANCIAS

El término **ocupación** dentro de la terapia ocupacional incluye el considerar los deseos, necesidades y elecciones que hace la persona durante el proceso de evaluación e intervención. El involucrarse en una ocupación tiene dos aspectos; aspectos subjetivos de desempeño o actuación (emocional o psicológico) y aspectos objetivos del desempeño o actuación (los que se pueden observar físicamente).

No consta el término **ocupación**.

Terapia ocupacional¹centran su actuación en hacer que la gente se involucre en las AVD que tienen sentido para cada persona y por lo tanto un propósito.

Demandas de la actividad

No consta

Resultados

No consta

En características del cliente se añaden valores, creencias y espiritualidad

No están incluidos esos términos y aportaciones

Elaboración propia 2021

CONCLUSIÓN

La CIF fue promovida por la OMS con el objetivo entre otros, de facilitar la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas a partir de una terminología uniforme, y dada la proyección de esta, el marco de trabajo de la AOTA ha integrado terminología procedente de la CIF con el fin de lograr en la audiencia externa una comprensión más amplia de la disciplina y mejorar la comunicación con profesionales de otras disciplinas.

Ambos son marcos en evolución, dándose en el caso de la CIF la circunstancia de que a día de hoy no se codifican los factores personales, al considerar estos como muy heterogéneos y subjetivos y quedando pendiente esta cuestión para futuras revisiones de la CIF. Por esta razón no se contempla en la descripción del funcionamiento de las personas desde la CIF la dimensión subjetiva de las ocupaciones, y siendo esta clave tanto en el dominio como en el proceso de intervención de nuestra disciplina, puede no ser aplicable directamente la CIF en la práctica clínica de la terapia ocupacional.

En una futura revisión de la CIF si este aspecto fuera abordado, cabría la posibilidad de que pudiera ser aplicada en la práctica clínica sin las reservas mencionadas, e incluso la terapia ocupacional podría contribuir al abordaje de este aspecto en esa futura revisión, al ser este aspecto considerado en el dominio y proceso de intervención de los terapeutas ocupacionales.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA



El orden de los autores está marcado en función de la dedicación y participación en la realización de este documento. Concepción y diseño del trabajo: ARM, MZJ, YRM; Búsqueda bibliográfica: ARM, YRM, MZJ; Redacción del manuscrito: ARM; Revisión crítica del manuscrito: MZJ, YRM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (2001). International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva, Switzerland: Author.
2. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. First Edition. Am J Occup Ther. 2002; 56, 609-639.
3. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. Second Edition. Am J Occup Ther. 2008; 62, 625-683.
4. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. Third Edition. Am J Occup Ther. 2014; 68 (Suppl.1). S1-S48.
5. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. Fourth Edition. Am J Occup Ther. 2020; 74, Supp.2
6. Crespo M, Campo M, Verdugo MA. Historia de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF): un largo camino recorrido. Revista española sobre discapacidad intelectual. 2003; Volumen 34 (1).205. Pág.20-26.
7. Jiménez Tordoya E. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterápico según la CIF. Gac Med Bol. 2016;39(1): 512-546
8. Pérez de Heredia Torres M, Brea Rivero M, Martínez Piédrola R, Máximo Bocanegra N, Sánchez Camarero C, Calvo Til MJ &show all. Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) y Terapia Ocupacional: ¿un mismo paradigma? Boletín WOFT. 2016; 37-43.
9. Larsson-Lund M, Nyman A. Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. Scand J Occup Ther. 2016. <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257>
10. Haglund L and Erickson C. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. Occup Ther Int. 2003; 10 (4), 253-268
11. Fernández Cerrato M, Fernández Huete J. Traducción al Español del artículo: Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. Am J Occup Ther. 2002; 56, 609-639.
12. Fallahzadeh Abarghuei A, Hassani Mehraban A, Lajevardi L, and Yousefi M. The clinical application of ICF model for occupational therapy in a patient with stroke: A case report. Med J Islam Repub Iran. 2018; 32-65.
13. Pereira Pernambuco A, De Carvalho Lana R, Cunha J. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. 2018. DOI: 10.1590/1809-2950/16765225022018
14. Hemingsson H, Jonsson H. The issue is - An occupational perspective on the concept of participation in the international classification of functioning, disability and health-some critical remarks. Am J Occup Ther. 2005; 50, 569-576.
15. Kjelberg A, Bolic V, Haglund L. Utilization of an ICF-based assessment from occupational therapist's perspectives. Scand J Occup Ther. 2012; (19), 3, 274-281

Derechos de autoras

