

# Intervención de terapia ocupacional para la reincorporación a una actividad productiva en paciente con baja visión

Occupational therapy intervention for return to productive activity in a patient with low vision

Intervenção de terapia ocupacional para a reintegração a uma atividade produtiva em paciente com baixa visão

*María de Jesús Yauri Chonón<sup>1</sup>, Magali Patricia Vicente Córdova<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

## RESUMEN

Este reporte de caso describe la rehabilitación en terapia ocupacional de una paciente con baja visión atendida de manera ambulatoria en un hospital nacional de nivel III. La intervención, orientada a la reincorporación productiva real, integró entrenamiento sensoriomotor (discriminación táctil, orientación espacial, equilibrio y movilidad segura), educación en técnicas de guía, y una visita domiciliar para análisis y adaptación del entorno. Se aplicaron instrumentos estandarizados (FIM, Tinetti y Lawton-Brody) antes y después del programa. Tras ocho sesiones semanales y la visita domiciliar, se observó mejora en la independencia funcional y la seguridad en actividades cotidianas, además de retomar actividades de repostería. Al tratarse de un caso singular, los hallazgos constituyen evidencia clínica descriptiva.

**Palabras clave:** terapia ocupacional; baja visión; rehabilitación visual; actividades instrumentales de la vida diaria; reincorporación productiva.

**Recibido:** 24-10-2025

**Aceptado:** 20-12-2025

OPEN ACCESS



© 2025 Las autoras. Publicado por la  
*Revista Herediana de Rehabilitación.*

## CITAR COMO:

Yauri MJ, Vicente MP. Intervención de terapia ocupacional para la reincorporación a una actividad productiva en paciente con baja visión. Rev Hered Rehab. 2025; 8(2): e7225. DOI: [10.20453/rhr.v8i2.7225](https://doi.org/10.20453/rhr.v8i2.7225)

## ABSTRACT

This case report describes the occupational therapy rehabilitation of a patient with low vision receiving outpatient care at a tertiary-level national hospital. The intervention, aimed at real-world return to productive activity, integrated sensorimotor training (tactile discrimination, spatial orientation, balance, and safe mobility), education in sighted guide techniques, and a home visit to assess and adapt the living environment. Standardized instruments (FIM, Tinetti, and Lawton -Brody scales) were administered before and after the program. Following eight weekly sessions and the home visit, improvements were observed in functional independence and safety in daily activities, along with resumption of baking activities. As a single-case report, these findings constitute descriptive clinical evidence.

**Keywords:** occupational therapy; low vision; vision rehabilitation; instrumental activities of daily living; return to productive activity.

## RESUMO

Este relato de caso descreve a reabilitação em terapia ocupacional de uma paciente com baixa visão atendida em regime ambulatorial em um hospital nacional de nível III. A intervenção, orientada à reintegração produtiva real, integrou treinamento sensório-motor (discriminação tátil, orientação espacial, equilíbrio e mobilidade segura), educação em técnicas de guia e uma visita domiciliária para análise e adaptação do ambiente. Foram aplicados instrumentos padronizados (FIM, Tinetti e Lawton-Brody) antes e após o programa. Após oito sessões semanais e a visita domiciliária, observou-se melhoras na independência funcional e na segurança das atividades cotidianas, além da retomada de atividades de confeitaria. Por se tratar de um caso singular, os achados constituem evidência clínica descritiva.

**Palavras-chave:** terapia ocupacional; baixa visão; reabilitação visual; atividades instrumentais da vida diária; reintegração produtiva.

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad visual compromete significativamente el desempeño y la participación laboral, lo que limita la autonomía de las personas en diferentes ámbitos de su vida diaria. Para abordar estas dificultades, los servicios de rehabilitación para personas con baja visión tienen como objetivo optimizar su autonomía funcional y promover su plena participación social (1). En este marco, esta intervención busca maximizar la visión funcional y la seguridad en el desempeño ocupacional, lo cual contribuye a la mejora de la independencia y la calidad de vida del paciente. Por su naturaleza, este procedimiento suele requerir un enfoque de equipo, que puede incluir al médico, el optómetra y otros profesionales de la salud, tales como el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta (2).

Lo singular del presente caso radica en la demostración de una reincorporación productiva en un contexto real (repostería). Esta intervención se articuló con entrenamiento sensoriomotor y estrategias de movilidad/orientación, complementada con una visita domiciliaria

que permitió identificar barreras y realizar ajustes de seguridad. A diferencia de reportes y revisiones previas que describen resultados globales de programas interdisciplinarios o recomendaciones generales en rehabilitación de baja visión (1-3), este reporte aporta una descripción clínica detallada del proceso, con medidas estandarizadas pre- y posintervención, con énfasis explícito en una ocupación productiva significativa.

El objetivo de este reporte de caso es describir el proceso y los resultados de una intervención de terapia ocupacional orientada a la reincorporación productiva de una paciente con baja visión, con previa aceptación del consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 50 años con diagnóstico de baja visión, con un tiempo de enfermedad de 1 año y 6 meses, quien acude de manera ambulatoria al servicio de terapia ocupacional en un hospital nacional de nivel III.

En cuanto al diseño, se trata de un reporte de caso clínico, elaborado siguiendo las guías CARE para este tipo de estudios (4). El proceso terapéutico se organizó en evaluación, planificación, implementación y reevaluación, de acuerdo con el proceso de terapia ocupacional descrito en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (OTPF-4), de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) (5).

## Evaluación

La evaluación se realizó en tres sesiones, considerando observaciones durante la entrevista inicial. En la tabla 1 se muestra un resumen de las evaluaciones realizadas y detalla las áreas ocupacionales que representaron un mayor grado de dificultad para la paciente.

**Tabla 1.** Evaluaciones y áreas de dificultad en la paciente con baja visión.

Evaluación	Contenido a evaluar	Áreas de dificultad
Entrevista	Áreas de la ocupación, habilidades cognitivas, motoras y sensoriales	AIVD, ocupación de trabajo y de participación social
Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)	Nivel de independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria	Grado de dependencia alta en movilidad, ambulación y conocimiento social Puntuación total: 93/126 (dependencia parcial)
Escala de Tinetti	Equilibrio y marcha	Puntuación en marcha: 4/12 Puntuación en equilibrio: 11/16 (alto riesgo de sufrir caídas)
Índice de Lawton y Brody	Nivel de independencia en AIVD	Puntuación de nivel de dependencia: 2/8 (dependencia grave)

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

### Entrevista

La paciente presenta un tiempo de enfermedad de 1 año y 6 meses, con una pérdida progresiva de la visión a causa de un tumor benigno que afectó el nervio óptico. Vive con su esposo e hija y abandonó gradualmente su emprendimiento de pastelería/repostería. A nivel cognitivo, no se evidencian alteraciones. En lo motor, presenta marcha alterada con pasos acortados y requiere asistencia para desplazarse. En relación con el sistema sensorial, no hay déficits auditivo, gustativo ni táctil; sin embargo, refiere episodios de mareo al incorporarse de sedente a bipedestación y dificultades de orientación en entornos desconocidos, sugerentes de compromiso vestibular-propioceptivo.

### Escala de Medida de Independencia Funcional

Esta escala evalúa o se enfoca en áreas prioritarias como el aspecto motor y cognitivo con el fin de planificar la rehabilitación. A su vez, permite reconocer y comparar la eficiencia y eficacia de un tratamiento (6). La evaluación se realizó a través de la observación y la entrevista tanto con la paciente como con su familiar. Se obtuvo una puntuación de 93 sobre 126, lo que indica que la paciente presenta una dependencia parcial en el desempeño de sus actividades diarias, requiriendo mayor apoyo en algunas tareas vinculadas a las categorías de movilidad, ambulación y cognición social.

### Escala de Tinetti

Se trata de un instrumento clásico que evalúa el equilibrio en sujetos que viven en comunidad. Su aplicación no solo resulta útil para predecir el riesgo de caídas, sino también para monitorizar los cambios en el nivel de funcionalidad de los pacientes a lo largo del tiempo (7). Se realizó esta evaluación debido a las observaciones de la primera sesión, donde se identificaron dificultades en el traslado, la incorporación y la sedestación de la paciente, además de la manifestación de mareos al ponerse de pie. Obtuvo una puntuación total de 15 puntos en la valoración de marcha y equilibrio, lo que indica un alto riesgo de sufrir caídas.

### Índice de Lawton y Brody

La Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton-Brody (AIVD) se creó como una herramienta de medición para evaluar el nivel de independencia funcional (8). En este caso, la paciente obtuvo una puntuación de 2 sobre 8, lo que indica una dependencia grave en las AIVD.

## Plan de intervención

Se toma en cuenta el siguiente diagnóstico ocupacional para formular el plan de intervención: la paciente presenta alteración en la orientación espacial y concien-

cia corporal, junto con dificultades en la movilidad y el equilibrio, lo que impacta su independencia funcional y su capacidad para desempeñarse en AIVD y en una ocupación productiva. Estas dificultades afectan su seguridad en el desplazamiento y su participación en actividades significativas como la pastelería y la repostería.

### Enfoques de intervención

Se utiliza el OTPF-4, el cual establece que el desempeño ocupacional está determinado por la interacción entre la persona, la actividad y el entorno. En este caso, se considera la influencia de los factores sensoriomotores, cognitivos y psicosociales en la capacidad de la paciente para participar en sus actividades diarias y ocupacionales; por esto, alteraciones en movilidad, equilibrio u orientación espacial impactan directamente en su independencia y participación (5). De igual forma, se considera el modelo Persona-Entorno-Ocupación-Desempeño (PEOP), dado que la paciente presenta dificultades en la interacción entre sus habilidades sensoriomotoras y las demandas de su entorno, dinámica que compromete su nivel de independencia en las AIVD y restringe su participación ocupacional. Este modelo se centra en fortalecer el desempeño ocupacional a través de la integración de habilidades personales, el ajuste del entorno y el uso de estrategias compensatorias, permitiendo a la paciente optimizar su funcionalidad y reincorporarse a su ocupación productiva (9). Se incorporó también un enfoque multicomponente y estrategias compensatorias multisensoriales (p. ej., entrenamiento táctil, organización del entorno y práctica de tareas en contextos reales), coherentes con la evidencia disponible sobre intervenciones de terapia ocupacional en rehabilitación de baja visión (10, 11).

### Objetivo de la intervención

Potenciar las capacidades de percepción táctil, orientación espacial, equilibrio y coordinación motriz, requeridas para el desempeño de AIVD y la reincorporación a su ocupación productiva, favoreciendo su autonomía y seguridad en el entorno.

### Implementación

Se realizaron ocho sesiones ambulatorias semanales de 30-35 minutos y una visita domiciliaria, organizadas en tres fases progresivas según la evaluación inicial y las metas funcionales. En la primera fase, se trabajó la percepción táctil, la orientación espacial y la movilidad segura mediante estimulación táctil, propioceptiva y vestibular; se reforzó la discriminación de texturas, la coordinación óculo-manual y el control postural, y se instruyó a la paciente y a su familiar técnicas de guía para desplazamientos en línea recta, cambios de dirección y tránsito

por escaleras. También se abordó la conciencia corporal con ejercicios de respiración y movimientos controlados en sedente y bipedestación para mejorar el equilibrio. En la segunda fase, se profundizó en la coordinación motriz y la integración propioceptiva (reconociendo el movimiento corporal ante distintos estímulos) y se fortaleció la discriminación táctil con superficies variadas; además, se analizaron barreras del hogar y se realizaron ajustes de accesibilidad y seguridad, incluida la reorganización del espacio de la cocina. La tercera fase se centró en la reincorporación productiva: la paciente planificó y preparó un producto de repostería, entrenó la manipulación de ingredientes y herramientas, y practicó la orientación e interacción social distribuyendo el producto en el hospital. La visita domiciliaria culminó con la elaboración completa de un postre, desde la compra hasta su preparación, aplicando las estrategias aprendidas y gestionando el entorno de manera segura. Estos resultados corresponden a un solo caso y deben interpretarse como evidencia clínica descriptiva, sin pretensión de generalización.

La intervención centrada en percepción táctil, movilidad y orientación espacial mejoró de forma consistente la seguridad y la autonomía de la paciente en su entorno cotidiano. Al finalizar, afinó el uso del tacto para explorar objetos y organizar el espacio doméstico, lo que redujo la necesidad de asistencia en actividades diarias. Su marcha se hizo más fluida y estable: junto con la educación en técnicas de guía y el entrenamiento del familiar, logró desplazamientos más seguros, con mejor equilibrio y orientación en ambientes nuevos. Además, retomó su actividad productiva al elaborar trufas en el servicio, experiencia que incrementó su confianza y motivación para continuar con su oficio. En el ámbito familiar, los avances observados favorecieron la delegación progresiva de responsabilidades, permitiéndole retomar el aseo personal y el uso del baño con supervisión mínima al inicio. Estos logros se tradujeron en mayor participación social, con un desenvolvimiento más seguro en reuniones y encuentros con su red cercana (tabla 2).

**Tabla 2.** Resultados de evaluación inicial y reevaluación final.

Evaluación	Resultados iniciales	Resultados finales
Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)	93/126	117/126
Escala de Tinetti	15	25
Índice de Lawton y Brody	2/8	6/8

*Nota:* Evaluación inicial (semana 1) y reevaluación final (semana 9).

## DISCUSIÓN

La rehabilitación en baja visión se recomienda de manera temprana cuando la pérdida visual genera limitaciones funcionales y afecta la seguridad o el desempeño en AIVD, con el fin de optimizar la visión funcional, la movilidad y la participación (12). En este caso, la intervención se planteó luego de evidenciar restricciones en la movilidad, alto riesgo de caídas y dependencia en AIVD, lo que justificó un abordaje orientado a seguridad y autonomía, sin perder de vista la meta ocupacional significativa de retomar su emprendimiento.

En concordancia con lo descrito en revisiones y reportes previos, la intervención incorporó componentes habituales de rehabilitación visual y terapia ocupacional, como el entrenamiento en desempeño de actividades, estrategias compensatorias y adaptación del entorno (2, 3, 11). Sin embargo, el aporte adicional de este reporte radica en documentar un proceso estructurado con medidas estandarizadas pre- y posintervención, así como en mostrar una reincorporación productiva en un contexto real (repostería y distribución del producto en el hospital), aspecto que suele quedar menos detallado en estudios que describen resultados globales de programas interdisciplinarios (1) o revisiones generales (2).

La evidencia disponible resalta que los abordajes multi-componentes y centrados en metas, que combinan entrenamiento de habilidades, dispositivos/estrategias de compensación y ajustes ambientales, tienden a mostrar mejores resultados funcionales que intervenciones no personalizadas (10, 11, 13). En ese sentido, la combinación de entrenamiento táctil y de orientación/movilidad con educación al familiar en técnicas de guía y la visita domiciliaria permitió reducir barreras del entorno, incrementar

la seguridad en desplazamientos y favorecer la participación tanto en AIVD como en la ocupación productiva.

En el presente caso, los cambios pre-post observados en las escalas FIM, de Tinetti y de Lawton-Brody sugieren una mejora clínica en independencia funcional, marcha/equilibrio y desempeño en AIVD. Estos hallazgos son consistentes con el rol reportado de la terapia ocupacional en rehabilitación de baja visión, particularmente en entrenamiento de actividades específicas, evaluación ambiental y promoción de un entorno seguro en el hogar y en contextos de desempeño (3, 11).

Pese a lo mencionado, este reporte presenta limitaciones inherentes a un diseño de caso singular: no permite establecer causalidad ni generalizar resultados. Asimismo, no se contó con seguimiento a mediano o largo plazo para verificar el estado de logros y continuidad del desempeño productivo. Finalmente, el apoyo familiar y la supervisión durante el proceso podrían haber influido en los resultados, por lo que se recomienda interpretar los cambios como evidencia clínica descriptiva.

## CONCLUSIONES

Este estudio aporta evidencia clínica descriptiva sobre la utilidad de una intervención de terapia ocupacional en baja visión orientada a seguridad, autonomía y reincorporación productiva. La combinación de entrenamiento sensoriomotor, educación en técnicas de guía, práctica de tareas en contextos reales y adaptación del entorno se asoció con mejoras pre-post en independencia funcional y desempeño en AIVD, además del retorno a actividades de repostería. Se requiere investigación con diseños analíticos y seguimiento longitudinal para explorar la efectividad y sostenibilidad de intervenciones similares.

### Conflicto de intereses:

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

### Financiamiento:

Autofinanciado.

### Aprobación de ética:

La paciente otorgó consentimiento informado por escrito para la publicación de este reporte de caso y el uso de sus datos clínicos. Se resguardó la confidencialidad mediante la omisión de información identificatoria.

### Contribución de autoría:

**MJYC:** conceptualización, metodología, investigación, análisis formal, visualización, redacción del borrador original, administración del proyecto.

**MPVC:** supervisión, validación, redacción (revisión y edición).

### Correspondencia:

María de Jesús Yauri Chonón

✉ maria.yauri@upch.pe

## REFERENCIAS

1. Duquette J, Loiselle J, Fréchette C, Déry L, Sénécal MJ. Occupational performance in the basic and instrumental daily activities of persons with low vision who received rehabilitation services. *Br J Occup Ther* [Internet]. 2019; 82(8): 457-465. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0308022618808734>
2. Wilkinson ME, Shahid KS. Low vision rehabilitation: an update. *Saudi J Ophthalmol* [Internet]. 2018; 32(2): 134-138. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sjopt.2017.10.005>
3. Markowitz M. Occupational therapy interventions in low vision rehabilitation. *Can J Ophthalmol* [Internet]. 2006; 41(3): 340-347. Disponible en: <https://doi.org/10.1139/i06-020>
4. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2014; 67(1): 46-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.003>
5. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process-fourth edition. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2020; 74(suppl 2): 7412410010. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
6. Rozo AL, Jiménez A. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del Hospital Militar Central de Bogotá en el periodo octubre 2010 - mayo 2011. *Rev Fac Med* [Internet]. 2013; 21(2): 43-52. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562013000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000200005)
7. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1986; 34(2): 119-126. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>
8. Wei L, Hodgson C. Clinimetrics: the lawton-brody instrumental Activities of Daily Living Scale. *J Physiother* [Internet]. 2023; 69(1): 57. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2022.06.007>
9. Bass JD, Marchant JK, de Sam Lazaro SL, Baum CM. Application of the Person-Environment-Occupation-Performance model: a scoping review. *OTJR* [Internet]. 2024; 44(3): 521-540. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/15394492241238951>
10. Liu CJ, Brost MA, Horton VE, Kenyon SB, Mears KE. Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: a systematic review. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2013; 67(3): 279-287. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005512>
11. Kaldenberg J, Smallfield S. Occupational therapy practice guidelines for older adults with low vision. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2020; 74(2): 7402397010. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.742003>
12. Jackson ML, Virgili G, Shepherd JD, Di Nome MA, Fletcher DC, Kaleem MA, et al. Vision rehabilitation preferred practice pattern®. *Ophthalmology* [Internet]. 2023; 130(3): P271-P335. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2022.10.033>
13. Van Nispen RM, Virgili G, Hoeben M, Langelaan M, Klevering J, Keunen JE, et al. Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020; (1): CD006543. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006543.pub2>