

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



INFORME FINAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

TEMA

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN
EL INVENTARIO DE TAREAS RUTINARIAS AMPLIADO IRT-E; HOGAR LA RIOJA
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, JULIO - AGOSTO 2015.

INTEGRANTES:

AQUINO MENÉNDEZ, ANA GLADIS
CARREÑO ZEPEDA, ANDREA ALEJANDRA
RODRÍGUEZ DÍAZ, ERIKA ALEJANDRA

DOCENTE ASESOR:

CASTILLO DE HERNÁNDEZ, GLENDA ILEANA

SAN SALVADOR, CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE 2015

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Ing. Mario Roberto Nieto Lovo

Rector de la Universidad

Msc. Ana María Glower de Alvarado

Vicerrectora Académica de la Universidad

Msc. Oscar Noé Navarrete

Vicerrector Administrativo de la Universidad

Dra. Leticia Zavaleta de Amaya

Secretaria General de la Universidad

Dr. José Arnulfo Herrera Torres

Decano de la Facultad de Medicina

Licda. Dálide Ramos de Linares

Directora de Escuela de Tecnología Médica

Licda. Nora Elizabeth Abrego de Amado

Directora de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

RESPONSABLES DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

Licda. Glenda Ileana Castillo de Hernández

Docente Asesor de Proceso de Graduación de la Carrera

Lic. Nora Elizabeth Abrego de Amado

Coordinadora de Procesos de Graduación de la Carrera

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida que ha significado para mí tanta felicidad e inspiración y por acompañarme a lo largo de estos años con amor, paciencia y fortaleza, a la virgencita linda por interceder por mí y escuchar mis oraciones.

Agradezco a mis padres por permanecer conmigo incondicionalmente, apoyándome y confiando en mí. Los amo con mi vida! ¡GRACIAS! Porque a través de sus esfuerzos he logrado culminar uno de los grandes logros de mi vida, quiero decirles que siempre tendré presente sus palabras de ánimo que me fortalecieron en los momentos difíciles y también, aquellos en los que compartimos la felicidad de los logros que poco a poco iba adquiriendo.

Por último agradezco a mis compañeras de tesis con las que he compartido alegrías, dificultades, estrés, etc. pero en fin... hermosos recuerdos... ¡GRACIAS! Por acompañarme en este gran reto, son amigas que siempre tendrán todo mi aprecio y admiración.

A mi asesora de tesis licenciada Glenda Castillo a quien le debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanzas.

Ana Gladis Aquino Menéndez.

Agradecimientos

En estos momentos de la vida donde tus sueños, aspiraciones y metas se presentan en persona ante vos, te das cuenta que la palabra agradecimientos se queda muy pequeña para reconocer la presencia del Señor Todopoderoso que me ha acompañado en cada momento de la vida, la gratitud por permitirme llenarme de conocimientos en esta carrera donde si abrimos bien los ojos reconocemos en cada una de las personas que “necesitan de nuestra ayuda” la misericordia del Señor al permitirnos ser instrumentos de su obra en este mundo.

Le doy gracias a Dios porque sé que cada cosa aprendida y lo que falta por aprender es parte del plan que Él tiene para cada uno de nosotros. Así mismo no puede dejar de reconocer la presencia de Nuestra Madre María que con su amor me ha enseñado a ser humilde y reconocer el inmenso valor del servicio y el donarse por amor a los demás.

No puedo dejar de mencionar a mi madre y padre Yesenia Zepeda, quien ha sido ejemplo de fortaleza, lucha y quien siempre con sus acciones me ha demostrado que las barreras y los límites solo están en la mente, gracias porque usted es la persona de este mundo a la que le debo más, gracias por la oportunidad que me ha dado de poder convertirme en una profesional, también a mis hermanos Diana y Rafael que amo con todo mi corazón y también son reflejo de fuerza y de lucha por salir adelante, porque aunque no se den cuenta su presencia en mi vida me llena de alegría, a mi abuelita, mi tía y toda mi familia que llevo en mi corazón y son parte fundamental en mi vida. Agradezco a cada una de las personas que han pasado a lo largo de mi vida y han sido fuente de alegría e inspiración para ser cada vez mejor ser humano, gracias a las personas que me han acercado a la presencia de Dios, a mis compañeras de tesis Gladis y Erika que acompañaron todo el proceso de este trabajo de investigación y cada momento fueron compañeras que entregaron sus esfuerzos y corazón en este trabajo. A nuestra docente asesora Glenda Castillo que aunque no lo sepa su espíritu inspira a seguir adelante con todas las ganas gracias por enseñarnos con el ejemplo.

Por último agradecer a todas las personas que forman parte de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, docentes y compañeros porque cada día en cada momento y en cada módulo de la carrera se aprende tantas cosas, se ganan tantas amistades y se construye un mundo mejor con esta profesión llena de tanto servicio a los demás.

Andrea Alejandra Carreño Zepeda

Agradecimientos

Agradezco a Dios principalmente por darme sabiduría, fortaleza, entendimiento y una familia que me ha apoyado durante este largo camino.

A mi madre Elsa Díaz, por ser un pilar fundamental, que ha luchado incansablemente para verme formada como una profesional, por darme palabras de aliento y porque me impulsó a seguir adelante en todo momento; a mi padre Rigoberto Rodríguez, que me ha brindado su ayuda incondicionalmente, aconsejarme y guiarme.

A mi hermano Marvin Rodríguez, que fue la fuente de inspiración principal para escoger esta hermosa carrera.

A Walter Sorto por estar siempre para mí y darme su apoyo en los momentos que más necesité.

A mi hijo Jefferson Sorto por darme las fuerzas a seguir adelante.

A mis compañeras de tesis Gladis Aquino y Andrea Carreño por haber luchado juntas hasta el último momento, compartir alegrías y apoyarnos mutuamente.

A nuestra asesora de tesis, Licenciada Glenda Castillo por guiarnos durante el desarrollo de la investigación y a todos aquellos docentes que compartieron sus vastos conocimientos con nosotros y demostrarnos que la carrera es mucho más que técnicas de aplicación, es compromiso, dedicación, esfuerzo, compañerismo, empatía y comprensión con los pacientes, a todos ellos gracias.

Erika Alejandra Rodríguez Díaz.

ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción	ix
Resumen	10-11
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Situación Problemática	13-14
1.2 Enunciado del Problema	15
1.3 Justificación	16-17
1.4 Objetivos Generales	18
1.5 Objetivos Específicos	18
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	19
2.1 Antecedentes	20-21
2.2 Fundamentación Teórica	22
2.2.1 Terapia Ocupacional	22
2.2.2 Nacimiento de la Terapia Ocupacional	22-23
2.2.3 Definición de Terapia Ocupacional	23-25
2.2.4 Actividades de la Vida Diaria	25-34
2.2.5 Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva	34-37
2.2.6 Niveles Cognitivos	37-42
2.2.7 Inventarios de las Tareas Rutinarias (RTI)	42-46

Capítulo III	47
3.1 Sistema de Hipótesis	48
3.2 Operacionalización de Variables	49-51
Capítulo IV: DISEÑO METODOLÓGICO	52
4.1 Tipo de Estudio	53
4.2 Universo y Muestra	53
4.3 Método	54
4.4 Recursos	55-56
4.5 Técnicas e Instrumentos	56-58
4.6 Prueba Piloto	59
4.7 Consideraciones Éticas	59
4.8 Criterios de Inclusión y Exclusión	60
4.9 Plan de Tabulación	60
4.10 Análisis y Resultados	61
Capítulo V: Presentación y análisis de resultados	62
Presentación y Análisis de Resultados	63-76
Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones	77
6.1 Conclusiones	78-79
6.2 Recomendaciones	79-80
Glosario	81-86
Cronograma de Actividades	87-88
Presupuesto	89
Bibliografía	90-92
Anexos	93-118

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer los resultados de la evaluación del desempeño en las Actividades de la Vida Diaria, según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” de Mayo a Junio 2015. El Capítulo I tuvo por objetivo explicar la situación problemática en la que se presentaron datos estadísticos de la Discapacidad Cognitiva a nivel mundial y nacional, también se abordó el concepto de Terapia Ocupacional y la importancia que esta tiene en la atención a personas con Discapacidad Cognitiva, este capítulo también abarcó la justificación de la investigación y los objetivos que se propusieron alcanzar. En el Capítulo II se presentaron los antecedentes del lugar donde se llevó a cabo el trabajo, las bases teóricas que respaldan la investigación, y la terminología que se ocupó a lo largo del estudio. El Capítulo III, abordó el sistema de hipótesis y el cuadro de operacionalización de las variables.

En el Capítulo IV, se presentó el diseño metodológico el cual abarcó la población y muestra a trabajar, el instrumento que se utilizó para evaluar las Actividades de la Vida Diaria, el plan de tabulación de la información, la prueba piloto realizada y el plan de análisis de los resultados. Así mismo para un mejor entendimiento del lenguaje utilizado en la investigación se presenta un glosario que refuerza el marco teórico. Luego se expone el cronograma de actividades y los recursos financieros utilizados dentro del presupuesto.

Por último, se presentó la bibliografía que se utilizó como fuente para la información detallada en la investigación; así como los anexos que se citan dentro del documento.

RESUMEN

En la presente investigación se muestra que la persona con Discapacidad Cognitiva en El Salvador representa el 3.92% de la población a las cual se les brinda una atención reducida, debido a que son pocos los centros encargados de trabajar con este tipo de discapacidad, los profesionales que se encargan de atender a esta población son: profesionales en Educación Física, Educación Especial Terapeutas Físicos y un pequeño grupo de Terapeutas Ocupacionales, esta última es de gran ayuda a las personas con Discapacidad Cognitiva debido a que es la ciencia que ayuda a las personas a realizar las Actividades de la Vida Diaria, siendo estas últimas el objeto de estudio de esta investigación.

La importancia de esta investigación se centró en conocer los resultados de la evaluación funcional en las Actividades de la Vida Diaria de una persona con Discapacidad Cognitiva, para identificar la capacidad intelectual remanente de la persona y luego proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarlas como base para la adaptación a su discapacidad; la investigación fue beneficiosa para las personas con Discapacidad Cognitiva debido a que se midió el desempeño en las Actividades de la Vida Diaria logrando así, identificar el nivel cognitivo al que pertenece el usuario; por esta razón el objetivo general de esta investigación fue: Conocer los resultados de la evaluación funcional en las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Mayo-Junio 2015.

Para esta investigación se tomaron en cuenta las Actividades de la Vida Diaria entendidas como aquellas actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo, en esta investigación se utilizó como modelo la evaluación estandarizada Inventario de Tareas Rutinarias IRT-E de Claudia K. Allen para personas con Discapacidad Cognitiva, la cual comprende como Actividades de la Vida Diaria: arreglo personal, vestido, baño, caminar/ejercitarse, alimentación, higiene personal, toma de medicamentos, uso de equipo adaptado, así mismo la evaluación tiene como fin clasificar al usuario dentro de seis niveles

cognitivos que definen la demanda de procesamientos de información de las Actividades de la Vida Diaria, los cuales consisten en:

- Nivel cognitivo 1: Reflejo.
- Nivel cognitivo 2: Movimiento.
- Nivel cognitivo 3: Acciones repetitivas.
- Nivel cognitivo 4: Producto final.
- Nivel cognitivo 5: Variaciones.
- Nivel cognitivo 6: Pensamiento abstracto.

Esta investigación utilizó la escala física ADL del Inventario de Tareas Rutinarias IRT-E para evaluar el desempeño funcional de las Actividades de la Vida Diaria, según los objetivos de la investigación se encontraron las siguientes variables: Actividades de la Vida Diaria y Discapacidad Cognitiva; para la realización de esta investigación se tomó como modelo el tipo de investigación cuantitativa, prospectiva, transversal y descriptiva, tomando como universo y muestra 84 usuarios del “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual”.

El método que se utilizó para la recolección de la información fue la observación del investigador y una entrevista estructurada tanto para el usuario, como para el cuidador o persona encargada de él/ ella; al ejecutar los instrumentos se procedió a realizar la tabulación de la información y luego la realización del análisis de resultados que daría respuesta a los objetivos planteados. Por último se realizaron las conclusiones y recomendaciones que promoverán un punto de vista diferente en el campo de la Terapia Ocupacional y en relación a la Discapacidad Cognitiva.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

A nivel mundial según la OMS más de mil millones de personas, viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad, en El Salvador según el CONAIPD hasta Agosto del 2014 habían 244,755 personas con discapacidad con edad igual o mayor a dieciocho años, lo que equivale a 3.92% de la población, de estas 8,929 personas presentan una Discapacidad Mental, divididas en tres categorías: La Discapacidad Mental con 391 personas, otras Discapacidades Mentales con 7,118 y Síndrome Down con 1,420 personas.

Dentro de las Discapacidades Mentales encontramos la Discapacidad Cognitiva o Intelectual, siendo esta la población a tomar en cuenta en la investigación, la atención que se les brinda a estas personas en El Salvador es reducida debido a que son pocos los centros encargados de trabajar con este tipo de Discapacidad. La mayoría de estos centros están dirigidos por ONG's y atendidos por profesionales en educación: Educación Física, Educación Especial, Psicólogos, Fisioterapeutas y un pequeño número de Terapeutas Ocupacionales.

La Terapia Ocupacional es la ciencia que ayuda a las personas a realizar las actividades diarias que sean importantes y significativas para su salud y bienestar, entre estas actividades están aquellas que se orientan a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo conocidas como Actividades de la Vida Diaria (para este trabajo se entenderá en adelante como AVD), siendo estas últimas el objeto de estudio en esta investigación. En la actualidad se cuenta con una gran cantidad de instrumentos que miden o evalúan el desempeño de las AVD, los cuales utilizan diferentes escalas de medición y clasificación de las habilidades que posee la persona en la vida diaria.

En El Salvador las instituciones que brindan atención a las personas con Discapacidad Cognitiva no trabajan con una evaluación estandarizada de Terapia Ocupacional que les permita medir el desempeño en las diferentes categorías que abarcan las AVD: baño/ducha, control de esfínteres, vestido, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos personales, higiene y aseo personal, actividad sexual, sueño/descanso e higiene en el baño, y que se adapte a la discapacidad que posee esta población.

En el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” se atienden a personas de ambos sexos entre los 9 y 52 años de edad, dicho centro brinda el servicio de Terapia Ocupacional, área encargada de evaluar las AVD, donde se utiliza un instrumento de evaluación que describe las diferentes categorías en las que se desempeña una persona teniendo como referencia lo que el terapeuta observa, de esta forma la evaluación describe únicamente la opinión del terapeuta ocupacional sin tomar en cuenta al cuidador inmediato y a la persona que se evalúa; teniendo una visión reducida del desempeño que la persona posee en sus diferentes contextos; se considera que una evaluación que no cuente con una escala de medición no permite conocer de forma clara y precisa el grado de independencia que posee la persona.

El Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E según Allen, es un instrumento de evaluación que promueve el funcionamiento seguro de las ocupaciones valoradas de un individuo, para maximizar la participación en situaciones de la vida; este instrumento por ser específicamente adaptado a las personas con Discapacidad Cognitiva fue la base para el desarrollo de esta investigación.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cuál fue el resultado de la evaluación funcional en las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Julio - Agosto 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La importancia de esta investigación se centró en conocer los resultados de la evaluación funcional en las AVD de una persona con Discapacidad Cognitiva, según la AOTA, las AVD están orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo, por esta razón se consideró de vital importancia el abordaje de este tema en los centros que trabajan con este tipo de población. En esta investigación se tomó como referente el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” ya que cuenta con el tipo de población que se quería estudiar en la investigación.

La evaluación de estas actividades en personas con Discapacidad Cognitiva fue importante para” identificar la capacidad intelectual remanente de la persona, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarlas como base para la adaptación a su discapacidad” (Allen, 1989).

Para la persona con Discapacidad Cognitiva ha sido beneficiosa esta investigación de forma que sus habilidades se midieron obteniendo como resultado el desempeño en dichas actividades, para luego identificar el nivel cognitivo al que pertenecía y de esta manera lograr la creación de programas que las potencien al máximo. Así mismo, los padres de familia o encargado inmediato se vio beneficiado al tener un conocimiento sobre lo que la persona con Discapacidad Cognitiva puede o no realizar para actuar de forma oportuna en su desarrollo, con los resultados obtenidos de las evaluaciones, facilitándoles la información necesaria para brindar un tratamiento oportuno y en un futuro obtener planes y programas de entrenamiento en forma individualizada dirigidos a aquellas AVD en las que se trabaje con las habilidades remanentes por un objetivo en común de la mano con los padres de familia o encargados inmediatos y la persona con Discapacidad Cognitiva logrando así unos mejores resultados. Por último, el equipo de investigación también formó parte de los beneficiarios al tener la experiencia necesaria en la evaluación de personas con Discapacidad Cognitiva para futuras intervenciones.

Por todo lo anterior se consideró indispensable el manejo de una evaluación que abarque las categorías de las AVD de manera objetiva y específica e identifique las habilidades que se requieren al ejecutar una actividad determinada. Una evaluación que fuera base para la creación de futuros programas que tengan como objetivo la atención individualizada, orientada a una población con características similares, en donde los resultados sean lograr el mayor grado de independencia de acuerdo a las habilidades de cada persona.

1.4 OBJETIVO GENERAL.

Conocer los resultados de la evaluación funcional en las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Julio - Agosto 2015.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Evaluar las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Julio-Agosto 2015.
- Determinar las Actividades de Vida Diaria que al ser evaluadas presentaron dificultad para ser ejecutadas por los usuarios de acuerdo al nivel funcional cognitivo.
- Categorizar a los usuarios según los resultados de la evaluación por género, edad y diagnóstico según la institución.
- Identificar el nivel de independencia, modificada dependencia con supervisión, asistencia mínima, asistencia moderada, dependencia completa con máxima asistencia y asistencia total en las Actividades de la Vida Diaria que posee cada uno de los usuarios de acuerdo a los niveles cognitivos de Allen.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

El Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual antes de constituirse como tal, nace como un esfuerzo privado denominado “Centro de Capacitación Laboral Progreso”, lugar que fue creado con el objetivo de una educación integral capacitando a más de 500 alumnos durante el tiempo transcurrido.

Una vez en funcionamiento el “Centro de Capacitación Laboral Progreso” se vio la oportunidad de dejar de ser una empresa privada y transformarse en una Asociación (ONG sin fines de lucro). A partir de 1993 se realizaron gestiones ante el Ministerio de Gobernación para lograr constituirse como Asociación Salvadoreña pro Ayuda de Personas con Retardo Mental, gestión que les valió la aprobación según Autorización del Ministerio de Gobernación, Acuerdo No. 222 del 30 de Mayo de 1994, que aprueba los Estatutos de la Asociación, publicados en el Diario Oficial Tomo No. 326, del 8 de Febrero de 1995.

Es así como el Centro Progreso, trabajaba con el objetivo de talleres laborales en los cuales los estudiantes vivieran una experiencia de realización, con una visión hacia su propio futuro como persona y la idea de integrarse en la sociedad mediante el trabajo, sin enfocarse en su edad, sino en ser atendidos durante el tiempo requerido.

En la actualidad, el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” es un centro de día que brinda atención integral a niños, jóvenes y adultos a partir de los nueve años de edad, posee programas de educación, de adaptación funcional y formación vocacional, talleres laborales en costura, panadería, carpintería y manualidades, programas recreativos y deportivos.

La visión del Hogar la Rioja es ser líderes y pioneros a nivel nacional en la prestación de apoyos integrales a las personas con Discapacidad Intelectual para su desempeño en actividades productivas. La misión es ser un centro educativo de apoyos integrales que aplique metodologías pedagógicas y de formación laboral para el desarrollo de los aprendizajes significativos de personas con Discapacidad Intelectual para lograr su inclusión en la sociedad.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1 Terapia Ocupacional.

La Historia de la Terapia Ocupacional esta integralmente vinculada a la época de su origen y su desarrollo, el reconocimiento de los efectos sanadores de la ocupación se remonta a miles de años atrás. Las observaciones más antiguas de los efectos sanadores de la ocupación y su uso como parte de un programa terapéutico comenzaron en el tratamiento de la “locura” o “insania”, lo que actualmente se conoce como enfermedad mental. Por ejemplo Thomas Willis (1621-1675), reconoció el valor de la ocupación en el tratamiento de la insania, este autor recomendó dirigir a los pacientes hacia ocupaciones que promovieran “buen humor y alegría” como música, danza, canto, caza, pesca e incluso estudios de química y matemática (Hunter y Macalpine, 1963).

No fue sino hasta comienzos del siglo XIX que se utilizó de forma más amplia el mejor conocimiento del poder sanador de la ocupación; entonces ocurrió un adelanto fundamental en el tratamiento del insano con el nacimiento del asilo: “el tratamiento moral”, este hizo hincapié sobre el conocimiento moral.

2.2.2 Nacimiento de la Terapia Ocupacional.

La génesis de la Terapia Ocupacional ocurrió durante una época notablemente dinámica de cambio cultural en la historia estadounidense y en la historia de la medicina, caracterizada por cambios espectaculares en los estilos de vida y hábitos (Allen, 1952). Los primeros fundadores de la Terapia Ocupacional se esforzaron por crear un nuevo papel para la ocupación en el proceso de curación de la mente y cuerpo. Si bien los primeros escritores reconocieron la antigua tradición del uso de la ocupación como una medida curadora, que incluya el tratamiento moral, el uso sistemático de la ocupación no fue considerado una

continuación de las prácticas pasadas, sino una empresa verdaderamente nueva en la terapéutica. Varios pioneros entre ellos el Dr. James Hall (1905), fue uno de los primeros líderes de la Terapia Ocupacional, el reposo-curación era en aquella época el tratamiento predominante de la enfermedad nerviosa, para el Dr. Hall la enfermedad nerviosa tenía causas psíquicas de etiologías somáticas, el utilizó diferentes ocupaciones en los pacientes en reposo, recomendaba seguir horarios de reposo, trabajo y relajación, ideando así la “curación por el trabajo”.

Así mismo el Dr. May realizó un estudio acerca de los efectos de la ocupación sobre la salud mental, observó que muchos de sus pacientes mejoraban cuando se utilizaba ocupaciones y horarios de actividades como sistema terapéutico. En 1906 la enfermera Susan Tracy entrenó enfermeras que utilizaban ocupaciones en el tratamiento de los pacientes, escribiendo así el primer libro de Terapia Ocupacional para inválidos.

2.2.3 Definición de la Terapia Ocupacional.

La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades diarias que sean importantes y significativas para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones valoradas. La “ocupación” en Terapia Ocupacional proviene de un uso más antiguo de la palabra, que significa como la gente utiliza u “ocupa” su tiempo.

La Terapia Ocupacional se basa en la centralidad de la ocupación para la vida cotidiana, se refiere a todas las actividades que ocupan el tiempo de la gente, la ocupación incluye una red compleja de actividades cotidianas que permiten a las personas mantener su salud, cubrir sus necesidades, contribuir a la vida de su familia y una participación en la sociedad más amplia (AOTA). Por último, la participación ocupacional es importante porque tiene la capacidad de contribuir a la salud y al bienestar.

Como se observa en los escenarios que abrieron este capítulo, los profesionales de Terapia Ocupacional brindan una intervención individual o grupal y servicios de consulta que estimulan la participación comunitaria, la prevención y el bienestar de los grupos en una amplia gama de ámbitos. El resultado deseado de la intervención de Terapia Ocupacional es que las personas vivan sus vidas comprometidas en ocupaciones que las mantengan, sostengan su salud y estimulen la participación con otros en su mundo social.

Los tres principios que guían la Terapia Ocupacional son:

1. Práctica centrada en el cliente.
2. Práctica centrada en la ocupación
3. Práctica basada en la evidencia.

Práctica centrada en el cliente: En el centro de la Terapia Ocupacional está el compromiso de concentrarse en el cliente como agente activo que busca lograr importantes actividades cotidianas, los profesionales de Terapia Ocupacional suelen trabajar con personas que han perdido poder. Para centrarse en el cliente, los profesionales deben tener la voluntad de entrar en su mundo para crear una relación que estimule al otro a mejorar su vida de forma que sean más significativas para esa persona. Los profesionales luchan por comprender al cliente como persona introducida en un contexto particular que consiste en amigos, familia, estatus socioeconómico, cultura entre otros.

Práctica centrada en la ocupación: La Terapia Ocupacional contemporánea destaca la participación ocupacional. Las ocupaciones no son actividades aisladas sino que están vinculadas a una red de actividades diarias que ayudan a las personas a cubrir sus necesidades básicas y a contribuir con su familia, amigos y la comunidad más amplia.

Práctica basada en la evidencia: Una de las tendencias importantes en atención de la salud es el requerimiento creciente de que las intervenciones se basan en “el uso meditado, explícito y prudente de la mejor evidencia actual”. Este proceso, denominado práctica

basada en la evidencia implica ser capaz de integrar la evidencia de la investigación en el proceso de razonamiento clínico para explicar el fundamento que subyace a las intervenciones y predecir resultados probables, como afirmó Gray: “Hacer las cosas correctas de modo correcto”.

2.2.4 Actividades de la Vida Diaria.

La Terapia Ocupacional se concentra en la evaluación de las áreas de ocupación que son: Actividades de la vida diaria (AVD) y Actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD), trabajo o escuela, juego y esparcimiento. Desde el punto de vista conceptual, el término AVD se podría aplicar a todas las actividades que realizan los individuos de rutina. Sin embargo, las AVD se definen más estrechamente como “actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo” (AOTA, 2002, .620.).

Las AVD incluyen once categorías de actividades:

1. Baño/Ducha.
2. Control de esfínteres intestinal y vesical.
3. Vestido.
4. Alimentación.
5. Movilidad funcional.
6. Cuidado de los dispositivos personales.
7. Higiene.
8. Aseo personal.
9. Actividad sexual.
10. Sueño/Descanso.
11. Higiene en el baño.

Las AIVD se definen como actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja (AOTA, 2002, p.620). Las AIVD también incluyen once categorías:

1. Cuidado de los otros
2. Cuidado de mascotas
3. Crianza de niños.
4. Uso de dispositivos de comunicación.
5. Movilidad en la comunidad.
6. Administración económica.
7. Salud y mantenimiento.
8. Establecimiento y administración del hogar.
9. Preparación de las comidas y limpieza.
10. Procedimientos de seguridad y respuestas en emergencias.
11. Compras.

En esta investigación únicamente se tomaron en cuenta las AVD, entendidas como aquellas actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo, excluyendo las AIVD. A menudo las personas desean ser independientes en las AVD; la independencia es el parámetro de desempeño, que es el enfoque de la mayoría de las herramientas de evaluación, de modo que los terapeutas ocupacionales pueden seleccionar entre distintas herramientas de evaluación que miden la independencia.

La evaluación de las AVD, se explican en dos etapas: 1) planificación de la evaluación, que incluye la selección de métodos de evaluación específicos y 2) implementación de la evaluación, que incluye la recolección de los datos de ésta, la realización de las observaciones críticas, la generación de la hipótesis y la revisión del plan de evaluación hasta recoger los datos suficientes.

Tomando en cuenta las consideraciones al realizar una evaluación de las AVD, esta investigación utilizó como modelo una evaluación estandarizada, que se adecuó al tipo de población que se quiso estudiar; el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado de Allen es un instrumento basado en la Discapacidad Cognitiva que aborda las AVD dentro de su evaluación con el nombre de escala física ADL (Activities Daily Living) de la siguiente manera:

CUADRO N° 1		
MEDICIÓN DE LAS AVD SEGÚN LOS NIVELES COGNITIVOS DE ALLEN		
AVD	NIVELES COGNITIVOS	MEDICIÓN
1. ARREGLO PERSONAL (Cuidado del pelo, uñas, dientes y cosméticos)	NÚMERO 1	Ignora apariencia personal; no coopera con el cuidador.
	NÚMERO 2	Necesita cuidado total en la preparación; puede cooperar moviendo la cabeza, las manos y pies o resistir la ayuda del cuidador.
	NÚMERO 3	Se arregla, cepilla los dientes, lava las manos y cara; puede necesitar que le recuerden para seguir la secuencia adecuada; puede no terminar la tarea; no puede utilizar instrumentos agudos (corta uñas, tijera corta pelo, rasuradora o máquina de afeitarse).
	NÚMERO 4	Inicia y sigue la secuencia para terminar la tarea y descuida detalles visibles; los tonos de maquillaje no combinan; deja espacios sin afeitarse; descuida determinada parte de su

		cuerpo; no se cepilla bien los dientes y no utiliza hilo dental.
	NÚMERO 5	Inicia y termina la tarea sin asistencia.
	NÚMERO 6	Independiente.
2. VESTIDO	NÚMERO 1	Debe ser vestido por los cuidadores y coopera para ello posicionándose, sentándose, elevar el brazo y eleva la pierna.
	NÚMERO 2	Coopera cambiando de posición del cuerpo para ponerse la ropa indicada para los cuidadores; no puede vestirse a sí mismo en miembros inferiores; resiste ayuda del cuidador; necesita asistencia para ponerse los zapatos, atar cordones y mantener el equilibrio al sentarse o mantenerse de pie.
	NÚMERO 3	Necesita que le recuerden cómo vestir; se viste a sí mismo pero puede tener errores en la selección del método para vestir
	NÚMERO 4	Puede tener errores en la secuencia de vestido, ya sea de miembros superiores o inferiores: colores y prendas no combinan, se coloca prendas al revés, tiene opciones limitadas en la vestimenta.
	NÚMERO 5	Selecciona él mismo su ropa, sigue correctamente una secuencia y se viste sin error.

	NÚMERO 6	Independiente.
3. BAÑO	NUMERO 1	No puede bañarse por sí mismo por lo que le dan baños de esponja, puede cambiar de posición si se lo ordenan.
	NÚMERO 2	Utiliza equipo adaptado en la ducha y necesita ayuda, puede mover partes del cuerpo si se le pide, puede resistirse a la ayuda del cuidador.
	NÚMERO 3	Necesita que le recuerden que debe bañarse, se baña solo pero debe de recordársele la secuencia del baño, no puede seguir procedimientos como: enjabonarse, enjuagarse, secarse
	NÚMERO 4	Puede lavar por sí mismo la parte anterior del cuerpo pero necesita asistencia en la parte posterior. Verifica la temperatura del agua antes del baño.
	NÚMERO 5	Se baña sin ayuda, utiliza perfectamente shampoo, jabón, toalla, desodorante, etc.
	NÚMERO 6	Independiente.
4. CAMINAR/ EJERCITARSE	NUMERO 1	Necesita asistencia para caminar, trasladarse, sentarse, sostenerse o cambiar de posición; puede no notar objetos que obstruyen su camino.
	NÚMERO 2	No reconoce su discapacidad física, inicia la marcha, puede pararse, sostenerse, acostarse

		en la cama, subir o bajar gradas; puede seguir indicaciones.
	NÚMERO 3	Inicia la marcha dentro de un cuarto para hacer actividades rutinarias y manipular objetos que llamen su atención, puede sentirse perdido en un lugar a menos que este acompañado.
	NÚMERO 4	Puede seguir un programa de ejercicios, no le gusta estar en lugares desconocidos por lo que necesita compañía.
	NÚMERO 5	Visita nuevos lugares o ciudades y busca caminos conocidos o sigue indicaciones, sigue un programa de ejercicios.
	NÚMERO 6	Independiente.
5. ALIMENTACIÓN	NUMERO 1	Puede comer voluntariamente siempre y cuando se le coloca el alimento en la boca o puede comer con los dedos, podría necesitar que se le recuerde cuando masticar y tragar.
	NÚMERO 2	No puede utilizar los utensilios (cuchara, tenedor) correctamente, puede derramar los líquidos, no puede abrir alimentos empaquetados como: galletas, jugos de cajita, dulces, etc.), puede necesitar recordatorios para dejar de comer.
	NÚMERO 3	Puede utilizar utensilios (cuchara, tenedor), sus alimentos deben estar pre-cortados (carne,

		verduras), puede abrir la mayoría de alimentos empaquetados, puede derramar alimentos y no reconocer o intentar limpiar, no tiene modales en la mesa, no reconoce cuando está satisfecho.
	NÚMERO 4	Tiene modales en la mesa, insiste que algunos alimentos de su dieta son dañinos a su salud, requiere ayuda para evitar quemaduras con comidas calientes (sopa), sazonar alimentos o abrir envases desconocidos, se sirve raciones demasiado grandes de comida.
	NÚMERO 5	Se sirve raciones de comida adecuadas, se preocupa por mantener una dieta sana y equilibrada, tiene modales en la mesa, puede cortar los alimentos por sí mismo, abrir bolsas o paquetes.
	NÚMERO 6	Independiente.
6. HIGIENE PERSONAL	NUMERO 1	No controla esfínteres.
	NÚMERO 2	Necesita asistencia para ir al baño ya sea total o parcial en cuanto con la vestimenta, higiene perianal, equipo adaptado.
	NÚMERO 3	Avisa para ir al baño o necesita que le recuerden que debe ir, también recordarle la secuencia correcta en la higiene perianal, colocarse nuevamente la ropa y lavarse las

		manos.
	NÚMERO 4	Necesita indicaciones para ir al baño en un lugar desconocido y que alguien le acompañe, realiza correctamente la higiene perianal y lavado de manos.
	NÚMERO 5	Independiente en su higiene personal y localiza el cuarto de baño en lugares desconocidos siguiendo indicaciones.
	NÚMERO 6	Independiente
7. TOMA MEDICACIÓN	NUMERO 1	Puede tomar sus medicamentos (pastillas, grageas o líquidas) siempre y cuando se coloquen en su boca y se le indique que debe tomarlas.
	NÚMERO 2	Necesita que le recuerden que debe de tomar sus medicamentos.
	NÚMERO 3	Localiza donde se guardan los medicamentos y las toma sin problemas, sin embargo no distingue entre los tipos de medicamentos: vitaminas, analgésicos, etc.
	NÚMERO 4	Sigue un horario establecido de toma de medicamentos con dosis simples (con las comidas por ejemplo), puede utilizar un dispensador, aunque no sabe por qué se le han prescrito y negarse a tomarlas y necesitar asistencia.

	NÚMERO 5	Es responsable con su toma de medicamentos, con dosis y horarios correctos; sabe por qué le fue prescrita y sus contraindicaciones.
	NÚMERO 6	Se adapta a nuevos medicamentos con dosis y horarios, conoce sus contraindicaciones.
8. USO DE EQUIPO ADAPTADO.	NUMERO 1	Debe utilizar equipo adaptado, ignora y no coopera con el cuidador sobre su uso y cuidado.
	NÚMERO 2	Conoce y demuestra el uso del equipo (muletas, silla de ruedas, bastón), puede cooperar con el cuidador en la colocación de férulas, órtesis o prótesis moviendo partes del cuerpo.
	NÚMERO 3	Necesita asistencia total o parcial con las adaptaciones o en vestido de miembro superior o inferior.
	NÚMERO 4	Imita el uso del equipo adaptado y la secuencia, aunque no puede seguir constantes procedimientos y rehusarse a utilizar el equipo.
	NÚMERO 5	Aprende el uso del equipo adaptado aunque no puede anticipar peligros (escalones, piso mojado, etc.), aún necesita asistencia en la colocación de férulas, órtesis.

	NÚMERO 6	Utiliza sin problemas el equipo adaptado, conoce su cuidado y mantenimiento, sabe cuándo debe reemplazarlos, coloca por sí mismo órtesis y prótesis.
--	----------	--

2.2.5 Marco de referencia de la Discapacidad Cognitiva (M.R.D.C.).

El marco de referencia se desarrolla un par de décadas atrás por Claudia K. Allen el cual se ha utilizado en gran parte de EE.UU extendiéndose a países como Inglaterra, Australia y España; los niveles cognitivos se originan de la Psicología del desarrollo, basándose en el estadio sensorio-motor de Jean Piaget, debido a que pacientes con trastornos mentales y las etapas de que este autor menciona presentaban similitudes.

Este marco de referencia se desarrolla para conceptualizar estrategias de intervención para personas que no son capaces de llevar a cabo las actividades vitales, como consecuencia de una patología cerebral; todo esto con el fin de proporcionar al Terapeuta Ocupacional una herramienta básica en cuanto la comprensión en la relación de la patología cerebral y las habilidades funcionales, es decir un instrumento base para identificar las capacidades remanentes y limitaciones de aquellas personas con Discapacidad Cognitiva, la cual es descrita como: “Representa una restricción fisiológica o química de las capacidades de procesar información del cerebro que producen limitaciones observables y medibles en el comportamiento de las tareas de rutina.” (Allen 1985-1992). Algunas enfermedades que pueden producir una Discapacidad Cognitiva, son: eventos cerebrovasculares (ECV), lesiones cerebrales traumáticas, demencia, parálisis cerebral, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol/drogas, trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos primarios y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A) (Grieve, 1995). Esta teoría al relacionarse con el aprendizaje, al ser éste bloqueado o restringido por un proceso

patológico el desempeño en la realización de las actividades se ve limitado. El marco además, deriva de las neurociencias, del procesamiento de la información, Psicología Cognitiva, Psiquiatría Biológica, los conceptos de actividad en la literatura de Psicología Biológica y el empirismo debido a las múltiples evaluaciones que realizó para desarrollar la teoría.

La estructura teórica se fundamenta en los siguientes supuestos:

- La cognición subyace a todos los comportamientos.
- La patología cerebral altera el procesamiento cognitivo de manera que puede ser observado en las actividades rutinarias. La Discapacidad Cognitiva restringe la habilidad cognitiva de la persona para desempeñar una acción motora, lo que dificulta la realización de las actividades normales.
- Para la evaluación, los datos pueden obtenerse mediante la observación del desempeño de las tareas rutinarias, conociendo así las capacidades cognitivas que la persona posee.
- Las observaciones del terapeuta en la realización de las tareas de rutina se clasifican por jerarquías dentro de los niveles cognitivos.
- Se espera en las enfermedades cerebrales con inestabilidad médica, una recuperación mediante una reorganización de sus capacidades cognitivas en secuencia predecible y jerárquica.
- En aquellas condiciones médicas estables o con discapacidades a largo plazo que producen limitaciones cognitivas residuales como en eventos cerebro vascular, lesiones cerebrales traumáticas, discapacidades del desarrollo, esquizofrenias y demencias, se

deberá realizar una estrategia de intervención como compensaciones ambientales.

- El enfoque que debe tener el terapeuta ocupacional es aquel en el que realice un exhausto análisis de la actividad en aquellas actividades rutinarias que la persona con Discapacidad Cognitiva elija, para incluir en su vida, las cuales se modifican para permitirles tener éxito a pesar de su discapacidad.

A partir de esto los terapeutas modifican la estructura de la actividad deseada específicamente en relación a:

- Las señales sensoriales que el paciente es capaz de aprender mientras realiza la actividad en cualquier nivel cognitivo.
- La calidad de la asociación sensorio-motora que el paciente es capaz de comprender.
- El grado de asistencia requerido para capacitar al paciente a completar más efectivamente una acción motora deseada.

El marco de referencia proporciona así un medio para analizar la dificultad relativa de cualquier actividad deseada en función de las demandas de procesamiento de la información requeridas, ya que para Allen la discapacidad restringe la capacidad de procesar la información por lo que a la persona se le dificulta el ejecutar correctamente las actividades rutinarias, Allen proporciona seis niveles cognitivos estrechamente relacionados con los estados de la conciencia, es decir que estos niveles miden desde las conductas inconscientes hasta la consciente; considerando así mismo tres dimensiones del procesamiento que deben evaluarse en los seis niveles:

1. Señales sensoriales: o estímulos sensoriales, Allen refiere dos tipos de procedencia que captan y sostienen la atención: las que resultan del mundo interno de la persona como señales propioceptivas y subliminales y aquellas propias del ambiente ya sea táctiles, visuales, auditivas o simbólicas complejas.
2. Asociaciones sensorio-motoras: son el proceso interpretativo que le sigue a las señales sensoriales, refiriéndose entonces al objetivo implícito en el desempeño de una acción.
3. Acciones motoras: estado final del procesamiento de información, ya sea auto-iniciada o imitada.

2.2.6 Niveles Cognitivos.

Definen las restricciones observables en las capacidades de procesamiento de información de la persona afectada de una patología cerebral, estos proporcionan la base para evaluar el impacto de la patología sobre el procesamiento de información que se requiere para efectuar las actividades cotidianas; estos niveles miden la capacidad del individuo para aprender a adaptarse a una discapacidad, la que deberá realizarse durante la ejecución de distintas actividades, teniendo que procesar la información a través del sistema sensorial; estos además permiten conocer el grado de desempeño de acuerdo al nivel en que se encuentran, en el M.R.D.C. se proponen seis niveles cognitivos que definen las demandas de procesamiento de información de las actividades normales de la vida:

1. Nivel cognitivo: reflejo.

La atención está dirigida a estímulos internos subliminales tales como hambre, gusto y olfato, no responde generalmente a estímulos externos. No hay objetivo o razón, para que ejecuten acciones motrices, estas acciones (mínimas) están limitadas para seguir

directrices (próximas al reflejo) de palabras tales como, “gira”, “come”, “bebe”, es decir sigue indicaciones de una sola palabra, debido a la escasez o ausencia de intenciones y acciones motoras posibles, el paciente posee poca capacidad cognitiva para capitalizar e intentar modificar las actividades.

Actividad: Los familiares y el terapeuta podrán conseguir una respuesta orientada mediante estímulos olfativos como el uso de perfumes o manipulación de flores; y gustativos conocidos y significativos como alimentos y bebidas de sabores variados.

2. *Nivel cognitivo: movimiento.*

Se atenderá a la estimulación propioceptiva de los músculos y articulaciones, que se obtiene para los movimientos corporales familiares propios de cada uno. El objetivo de ejecutar una acción motriz, generalmente sencilla y de carácter repetitivo, es el placer de sus efectos sobre el cuerpo. Las acciones motrices están limitadas a la capacidad de imitar aunque inexactamente, una directriz de un solo paso solamente si ello lleva consigo el uso de un patrón motor grueso muy familiar (próximo al reflejo).

Actividad: El Terapeuta y los familiares observarán que oportunidades pueden proporcionar al paciente para que imite movimientos simples y modifique actividades sencillas y de un único paso, como cortar verdura, doblar la ropa o limpiar muebles, las que pueden ser imitadas si fueron habituales en su vida anterior. Los pacientes de este nivel presentan muchas veces, conductas espontáneas que resultan improductivas o bizarras. Si proporcionamos a los individuos oportunidades para imitar acciones apropiadas al contexto, éstas potenciarán la ejecución funcional y permitirán al individuo mantener su dignidad y obtener un papel dentro del entorno.

Los individuos a este nivel, pueden cooperar moviendo las distintas partes del cuerpo para ayudar en actividades tales como el vestido, el aseo o la alimentación, aunque necesiten

máxima asistencia y supervisión directa. Con supervisión, pueden ser capaces de comer con los dedos comidas más o menos informales, lo cual debemos estimular; pueden ser capaces también de utilizar la cuchara y platos o tazones adaptados para facilitar su uso.

El entorno deberá estructurarse de manera que proporcione un espacio seguro para la deambulación, con cerrojos de seguridad o de difícil manejo, con el objeto de evitar su ingreso a lugares peligrosos como: subsuelos, cocinas, talleres, laboratorios, entre otros. Para evitar deposiciones o evacuaciones en lugares inadecuados se lo llevará al baño cada 2 horas y retiraremos los elementos como cestas o papeleras, que puedan confundirse con un inodoro. Siempre que sea posible se han de mantener abiertas las puertas de las distintas dependencias tales como, las del baño o las del jardín, si es que la institución lo tuviera y mantener los objetos de uso frecuente colocados sobre los muebles o en lugares que estén bien a la vista, para evitar que el paciente deambule en busca de ellos.

3. Nivel cognitivo: acciones repetitivas.

La atención se dirige a las sensaciones táctiles y a los objetos familiares que pueden ser manipulados. El objetivo de realizar una acción motriz está limitado al descubrimiento de los efectos que las acciones de cada uno tienen sobre el entorno. Estas acciones se repetirán para verificar que los resultados obtenidos sean similares. Las acciones motrices están limitadas por la capacidad de seguir una directriz sencilla de un solo paso sobre una tarea muy familiar, que pueda ser demostrada para que el individuo la siga, es poco realista esperar o pensar que el individuo puede aprender nuevas conductas.

Actividad: Son aquellas adaptadas para capitalizar la capacidad de la persona para imitar acciones repetitivas, familiares y de un solo paso que proporcionen efectos táctiles predecibles y aquellas que compensen la incapacidad para seguir indicaciones múltiples o conceptúen un resultado predecible. Deben proporcionarse al paciente

oportunidades para participar en actividades adaptadas que refuercen la relación entre las acciones y efectos táctiles predecibles en el ambiente. Algunas posibilidades son actividades deportivas, actividades de mantenimiento del hogar, actividades de cocina y AIVD que son demostradas de un paso una sola vez. En el nivel tres el desempeño funcional puede ser maximizado enseñando a los cuidadores como presentar las actividades al paciente de manera que promuevan mejorar las acciones motoras productivas.

4. Nivel cognitivo: producto final.

La atención se dirige a las sensaciones táctiles y a los objetos familiares que pueden ser manipulados. El objetivo de realizar una acción motriz está limitado al descubrimiento de los efectos que las acciones de cada uno tienen sobre el entorno. Estas acciones se repetirán para verificar que los resultados obtenidos sean similares. Las acciones motrices están limitadas por la capacidad de seguir una directriz sencilla de un solo paso sobre una tarea muy familiar, que pueda ser demostrada para que el individuo la siga, es poco realista esperar o pensar que el individuo puede aprender nuevas conductas.

Actividad: Aquellas que están adaptadas para capitalizar la capacidad de realizar acciones motoras familiares de dos a tres pasos que tenga resultados visibles, predecibles y aquellas que compensen la incapacidad del paciente para comprender resultados impredecibles o verificar errores cuando ocurren. Debe proporcionarse actividades simples, con pocas posibilidades de error y concretas que apoyen roles sociales deseados. Este objetivo se logra mejor incorporando dentro de la rutina diaria de la persona trabajos de jardinería, trabajos del hogar, deporte, danza, juegos de tableros o rompecabezas simples, escribir o mecanografiar cartas y caminar a destinos conocidos.

El terapeuta no debe esperar que el paciente notifique errores o solucione problemas cuando aparecen generalice aprendizajes a nuevas situaciones o anticipe peligros. Los

resultados deseados, sin embargo, se restringen a aquellos concretos, predecibles y que no causan un proceso de más de tres pasos.

5. Nivel cognitivo: variaciones.

La atención se fija y se mantiene sobre las propiedades de interés de los objetos concretos. El objetivo de la acción motriz es explorar los efectos de la misma sobre los objetos físicos, e investigar estos efectos mediante los ensayos y la resolución de problemas por ensayo-error. Las acciones motrices serán exploratorias, con el fin de producir efectos de interés sobre objetos materiales, y se extenderán según la capacidad de seguir procesos concretos de cuatro o cinco pasos. El individuo es capaz de aprender haciendo.

Actividad: Quizá la mayoría de las actividades puedan llevarse a cabo satisfactoriamente a este nivel, dado que los individuos funcionan con relativa independencia. Las limitaciones cognitivas se hacen aparentes cuando la persona intenta realizar actividades que requieren atención sobre elementos abstractos y simbólicos (como los que llevan instrucciones escritas o habladas, diagramas o dibujos). Las actividades que requieran atención a estos elementos deben ser eliminadas. Las AVD pueden completarse sin asistencia, al igual que las actividades de mantenimiento del hogar, aunque estas últimas deben ser supervisadas o atendidas en cuestiones de seguridad o para prever situaciones negativas aventuradas. Es posible que el paciente encuentre dificultades en las tareas de cocina, donde exista la posibilidad de que se le quemé la comida o no coordine los tiempos de diversos platos.

6. Nivel cognitivo: pensamiento abstracto.

La atención está capturada por indicadores abstractos y simbólicos, el propósito es usar el objetivo abstracto para reflexionar sobre el posible rango de acción, incluyendo

reconsideración de antiguos planes y creación de nuevo. La acción motora espontánea o exploratorias son aquellas que eran solo planeadas de antemano y en la cuales no existen restricciones para su desempeño. El aprendizaje usa el pensamiento simbólico y el razonamiento deductivo y puede ser generalizado a situaciones nuevas. Este nivel representa la ausencia de Discapacidad Cognitiva lo que indica que para compensar limitaciones cognitivas no se requiere adaptaciones en las actividades.

Teóricamente no hay incapacidad cognitiva, por lo que el individuo es totalmente funcional e independiente. Estos niveles cognitivos pueden dividirse y ser comprendidos entre 1 y 2 se relacionan con patologías graves tales como E.C.V., demencia severa y daños cerebrales agudos como ciertos traumatismos craneales; los niveles 3 y 4 se relacionan con patologías moderadas como secuelas de E.C.V., demencia leve y moderada y desórdenes mentales graves. Para continuar con la investigación y evaluar a los pacientes para clasificarlos dentro de los niveles, Allen y varios terapeutas colaboradores analizaron cuidadosamente las demandas de la actividad cognitiva con diferentes proyectos de arte a partir de ahí se desarrolla diferentes elementos de pruebas, entre ellos: mosaicos o azulejos que los pacientes pintaban como abordaje terapéutico; sin embargo se encontraban con una limitante, las piezas a utilizar no eran prácticas ni reutilizables además de ser poco portátiles, sin mencionar que impedían detectar en qué nivel cognitivo funcionaban estos pacientes.

2.2.7 Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado (IRT-E).

El Inventario de Tareas Rutinarias es utilizado en Israel desde el año 1989 como el inventario estándar, una versión ampliada; El IRT actualmente se ha ampliado y se han incluido términos como el equipo adaptado (en la escala física) y cuidado del niño (en la escala de la comunidad), en la escala de la comunicación y en la escala del trabajo con una consistencia interna establecida por Heimann, Allen y Yerxa (1989) para el IRT original, y conducir a la necesidad de confianza para ampliar el análisis de tarea a otras actividades. El

objetivo de la valoración de las tareas rutinarias, es promover el funcionamiento seguro de las ocupaciones valoradas de un individuo, para maximizar la participación en situaciones de la vida. Este manual proporciona las escalas de IRT, una hoja de anotaciones con un formulario de informe, tablas de presentación de resumen de estudios de la investigación, que proporcionan los datos iniciales para la confiabilidad y validez, para diversas versiones del IRT.

Actualmente existe una versión ampliada denominada IRT-E, el cual sirve como un análisis de la actividad debido a su único uso por terapeutas ocupacionales, este se basa en:

1. La observación del desempeño del paciente mientras realiza las actividades cotidianas.
2. Un auto informe que nos proporcionará el paciente, este instrumento es una entrevista estructurada.
3. Un informe del cuidador principal en función de varias observaciones que debe realizar a lo largo de las actividades y que se estructuraran convenientemente por el terapeuta ocupacional.

Esta prueba consta de cuatro secciones:

1. Escala Física. En la escala de actividades de la vida diaria se incluye: preparación, vestido, baño, caminar y hacer ejercicio, alimentación, aseo o tocador, toma de la medicación y uso de equipo adaptado.
2. Escala de la Comunidad. En la segunda escala se evalúa la economía doméstica, preparación y obtención de la alimentación, obtención del dinero, compras, lavado de la ropa, viajar, llamados por teléfono y cuidado de niños.

3. Escala de Preparación de trabajo. Esta escala comprende mantenimiento de los pasos y horarios de trabajo, seguimiento de las instrucciones, desempeño en tareas simples y en tareas complejas, ir o estar junto a los compañeros, seguir normas de seguridad y respuesta a las emergencias, planificación del trabajo y otras supervisiones.

4. Escala de comunicación. Por último, se incluye el significado de la comunicación, como escuchar o comprender, conversar o expresarse, leer y comprender, escritura y expresión.

Para esta investigación se utilizará únicamente la escala física ADL del Inventario de Tareas Rutinarias, debido a que el motivo de la investigación es únicamente evaluar el desempeño funcional de las AVD, en un rango de puntaje del 1 al 6 para las actividades de: arreglo personal, vestido, baño, caminar/ejercicios, alimentación e higiene personal, toma de medicamentos y uso de equipo adaptado (Ver cuadro N° 1).

Posee además tres formas de completar la evaluación, ya sea por medio del auto informe, informe del cuidador e informe del terapeuta:

1. Auto informe del cuidador: Se administran como una prueba durante la entrevista con el paciente y es el individuo, quien se describe así mismo. Si no puede leer, se le proporcionarán una copia de los criterios del IRT que se anotarán y se le pedirá que indique qué artículos describen mejor las conductas que el individuo cree que debe exhibir. El terapeuta explicará que artículos son necesarios y animará al paciente o al cuidador para que proporcione una descripción detallada de los comportamientos.

2. Auto informe del paciente con discapacidad cognitiva: A veces no es confiable y tiene tendencia a la subestimación del grado de dificultad. El auto informe describe el punto de vista del individuo en la valoración sobre los comportamientos en las tareas rutinarias.

3. Informe del terapeuta: Antes de anotar, el terapeuta necesita observar al paciente, en por lo menos cuatro tareas a realizar en cada área. Debe informar qué tareas fueron observadas y la duración de las observaciones en el formulario de informe.

El terapeuta puede registrar solamente los comportamientos que ha observado directamente en él o ella. El puntaje del IRT está basado en la familiaridad con un paciente determinado y la observación hecha durante varios días en diversos contextos. No se basa en el funcionamiento estructurado de una sola tarea y por lo tanto se refiere al desempeño de las tareas rutinarias.

Las cuatro áreas pueden determinarse mediante una escala la cual corresponde a los niveles de cognición funcional, calculando a grandes rasgos cada área: Los puntajes para las tres versiones del IRT se determinan con un proceso que sea sobre todo descriptivo en su naturaleza. Los puntajes que se anotarán serán determinados identificando un patrón de comportamientos para cada tarea del IRT. El terapeuta combinará los datos recopilados con los criterios de puntaje, en el transcurso que administra la evaluación. Luego anotarán el nivel más alto donde se observe un patrón claro del desempeño. Si las conductas que se han registrado en una tarea específica (es decir el vestido, cuidado de niño) aparentan atravesar dos niveles de funcionamiento, puede ser registrada una cuenta intermedia tal como 3.5 o 4.5. Si se anotan en por lo menos cuatro tareas dentro de un área, se calculara un puntaje bajo para esa área

Dentro de esta evaluación se entiende como comportamiento rutinario el funcionamiento ocupacional en las áreas de auto cuidado, AIVD, en la comunidad, comunicación social como la comprensión y expresión verbal. El objetivo de la evaluación es promover el funcionamiento seguro y rutinario de las actividades de la persona con el propósito de maximizar la participación del individuo en las diferentes situaciones cotidianas.

El test así mismo fue preparado además con el propósito de proveer información clara y precisa del estado funcional del paciente, utilizado por los terapeutas, los cuales deben estar previamente informados con el marco de referencia de la Discapacidad Cognitiva para su correcto uso.

CAPÍTULO III

3.1 SISTEMA DE HIPÓTESIS.

Esta investigación ha tenido como objetivo conocer los resultados de la evaluación funcional de las AVD en personas con Discapacidades Cognitiva según el inventario de tareas rutinarias IRT-E. En los usuarios del “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” para la cual se realizaron las siguientes hipótesis:

- El desempeño en las AVD se ve afectado en las personas con Discapacidad Cognitiva.
- El nivel de desempeño en las AVD no dependerá de los diferentes diagnósticos que incluyen una Discapacidad Cognitiva.
- La edad que posea la persona con Discapacidad Cognitiva es indicador importante en el desempeño de las tareas rutinarias de manera que al avanzar en edad se adquieren mayores habilidades de desempeño en las AVD.
- El sexo de la persona con Discapacidad Cognitiva no es un determinante para el desempeño en las AVD.
- El grado de dependencia en las AVD se determina de acuerdo al nivel cognitivo que la persona posee.
- El desempeño funcional en las AVD de las personas con Discapacidad Cognitiva se encuentra influenciado por la relación que existe entre persona-tarea-entorno.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES.	DEFINICION CONCEPTUAL.	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES.
1.Discapacidad Cognitiva	“Restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas rutinarias”. (Allen). Según la teoría de Allen, la Discapacidad Cognitiva se divide en 6 niveles que miden la actividad funcional en las AVD.	La Discapacidad Cognitiva según la teoría de Allen se divide en 6 niveles dependiendo de la funcionalidad en la actividad	
		1. Nivel 1: Reflejo.	Se entenderá como el nivel de funcionamiento donde el patrón de desempeño obtenga una puntuación de uno.
		2. Nivel 2: Movimiento.	Se entenderá como el nivel de funcionamiento donde el patrón de desempeño obtenga una puntuación de dos.

		3. Nivel 3: Acciones repetitivas.	Se entenderá como el nivel de funcionamiento donde el patrón de desempeño obtenga una puntuación de tres.
		4. Nivel 4: Producto final.	Se entenderá como el nivel de funcionamiento donde el patrón de desempeño obtenga una puntuación de cuatro.
		5. Nivel 5: Variaciones.	Se entenderá como el nivel de funcionamiento donde el patrón de desempeño obtenga una puntuación de cinco.
		6. Nivel 6: Pensamiento. Abstracto.	Se entenderá como la ausencia de discapacidad.

<p>1.1 Actividades de la Vida Diaria.</p>	<p>Se comprende como AVD todas aquellas actividades rutinarias orientadas al cuidado del propio cuerpo, las cuales incluyen ocho categorías:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arreglo personal. 2. Vestido. 3. Baño. 4. Caminar/ejercitarse. 5. Alimentación. 6. Higiene personal. 7. Toma de medicamentos. 8. Uso de equipo adaptado. 	<p>Se desarrollará por medio de la observación y una entrevista estructurada, en base al Instrumento de Tareas Rutinarias Ampliado (IRT-E).</p>	<p>Se utilizará la Escala física-ADL del 1 al 5 según Inventario de Tareas Rutinarias de Allen el cual comprende un puntaje de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 puntos para el nivel de independencia. -5 puntos para modificada dependencia con supervisión. -4 puntos para asistencia mínima. -3 puntos para asistencia moderada. -2 puntos para dependencia completa con máxima asistencia. -1 asistencia total.
---	---	---	---

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Para la realización de esta investigación se tomaron como modelo los tipos de investigación **cuantitativa**, en la cual se mide el desempeño de las personas con Discapacidad Cognitiva en las AVD, según el instrumento estandarizado IRT-E, que mide las habilidades en las diferentes actividades de forma numérica clasificando estas en niveles cognitivos del 1 al 6. Según el tiempo en el cual se registró la información, el estudio fue **prospectivo** ya que se tomó como referencia únicamente el tiempo en el que se realizó la recolección de información, de Julio a Agosto de 2015.

Según el periodo en el que se estudiaron las variables de investigación, se utilizó un **estudio transversal**, realizando una observación de las variables en un tiempo determinado. Por último, según el análisis de los resultados obtenidos el tipo de estudio fue **descriptivo**, ya que como objetivo general se busca conocer los resultados de la evaluación del desempeño en las AVD.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo: En el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” existen 84 usuarios que cumplen con la principal característica que se quiere investigar: la Discapacidad Cognitiva; razón por la que se tomó como población a estudiar en la investigación. (Ver anexo 1)

Muestra: En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir que el grupo a investigar fueron 30 de los 84 usuarios del “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual”, las características que se tomaron en cuenta para la

inclusión fueron: tener el permiso y consentimiento informado (Ver anexo 2) de los padres o encargados inmediatos de la persona en estudio, presentar una Discapacidad Cognitiva y asistir los días en que se llevó a cabo la recolección de la información.

4.3 MÉTODO.

El método principal a través del cual se recolectó la información en esta investigación fue **la observación** del investigador en el desempeño de las AVD de la población en estudio; así mismo, se utilizó la **entrevista estructurada** (Ver Anexo 3) tanto para la persona objeto de estudio como para el cuidador o persona a cargo de ella.

La evaluación en los 30 usuarios que cumplan con los criterios de inclusión, se inició el Viernes 3 de Julio del año 2015, con un horario de jornada de 8:00AM – 12:00 MD donde cada miembro del equipo evaluó 10 usuarios de manera individual logrando obtener el total de 30 evaluaciones al final de la jornada (4 horas). En cada jornada se evaluaron dos actividades de la escala física, iniciando con:

1. Viernes 3 de Julio: Se evaluaron las actividades de arreglo personal y vestido en los 30 usuarios.
2. Viernes 10 de Julio: Se evaluaron las actividades de baño, higiene personal y uso de equipo adaptado en los 30 usuarios.
3. Viernes 17 de Julio: Se llevó a cabo la evaluación de las actividades de caminar/ejercicio, alimentación y toma de medicación.

Obteniendo al finalizar un consolidado, como resultado de las 3 intervenciones.

4.4 RECURSOS.

- Recursos humanos: En esta investigación se contó con la participación de 84 personas de las cuales, 30 formaron parte de la población objeto de estudio con Discapacidad Cognitiva, así mismo fueron 30 padres de familia o cuidadores inmediatos uno por cada persona en estudio, los cuales contribuyeron con la información que se recolectó a través de la entrevista estructurada; luego se tomó en cuenta el personal del Hogar La Rioja contando con la colaboración de la coordinadora del hogar Lic. Patricia Méndez, el terapeuta físico y ocupacional y cuatro maestras de las diferentes aulas de estudio. También se menciona al docente responsable del trabajo de investigación Lic. Glenda Ileana Castillo de Hernández y las 3 estudiantes egresadas de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional que forman parte del equipo investigador.
- Recursos financieros: Para la realización del informe final de investigación se estima que tuvo un costo de \$626.00. (Ver presupuesto, pág. 89)
- Recursos materiales: Para mejor comprensión se define el material que se utilizó para la ejecución de la investigación de acuerdo a los días en que se llevó a cabo la evaluación, de forma que el proceso fuese ordenado y se contara con todo el material, desarrollándose de la siguiente forma:

FECHA	AVD	MATERIALES
Viernes 3 de Julio	Arreglo personal	Cepillo de dientes, pasta dental, vaso plástico, jabón, toalla de manos, peine, colas de pelo, corta uñas, crema corporal, cosméticos, esmaltes de uñas (brillo), hilo dental.

	Vestido	Ropa (Pantalón, camiseta, camisa de botones, calcetines, zapatos de cinta)
Viernes 10 de Julio	Baño	Shampoo, jabón, esponja de baño, toalla de baño, desodorante, crema corporal.
	Higiene personal	Papel higiénico, jabón de maños, toalla de mano.
	Uso de equipo adaptado	Silla de ruedas, bastones, muletas, órtesis, prótesis, etc.
Viernes 17 de Julio	Caminar/ejercicio	Ropa cómoda (Pants, camiseta, zapato tenis), botella con agua.
	Alimentación	Fruta (manzanas, sandía, guineos, melón, tenedores, cuchillos, vasos y platos desechables, servilletas.
	Toma de medicamentos	Vasos desechables, botella con agua.

4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la **observación sistemática, estructurada, regulada y controlada**, tomando como base el instrumento estandarizado de Claudia Allen; Inventario de tareas rutinarias ampliado IRT-E (Ver Anexo 4), en el cual se miden las AVD tomando un puntaje del 1 al 6, según los 6 niveles cognitivos funcionales, para concluir con la siguiente clasificación: Independiente 6 = (FIM 7-6), modificada dependencia con supervisión 5 = (FMI 5), asistencia mínima 4 = (FMI 4),

asistencia moderada 3 = (FMI 3), dependencia completa con máxima asistencia 2 = (FMI 2) y asistencia total 1 = (FMI 1). El Inventario de tareas rutinarias ampliado IRT-E, también posee una evaluación basada en la opinión o perspectiva de la persona en estudio y el cuidador inmediato, por lo anterior **la entrevista estructurada** (Ver anexo 3) fue otra técnica utilizada, siendo el IRT-E el instrumento que sirvió de base para la recolección de esta información.

El Inventario de Tareas Rutinarias (IRT-E) consta de un formulario de informe, dividido en tres apartados, el primer apartado contiene datos personales del usuario a evaluar y observaciones del terapeuta; el segundo apartado detalla la información demográfica como: género, diagnóstico, empleo actual y roles actuales; en el tercer apartado se muestra la situación de vida actual como: independiente; independiente con supervisión; en comunidad vive con cuidadores; hogares, pensiones o cuidado casero; facilidad de cuidados a largo plazo y sin hogar o asilo. Para nuestra investigación solo se tomaron los primeros dos apartados del formulario de informe.

El IRT-E posee además una hoja de puntaje que consta de cuatro secciones: Escala física ADL, escala de comunidad IADL, escala de comunicación, escala de preparación del trabajo; para esta investigación se utilizó únicamente la escala física ADL del Inventario de Tareas Rutinarias (Ver Anexo 4), debido a que el objetivo de la investigación ha sido evaluar el desempeño funcional en las AVD, en un rango de puntaje del 1 al 6 para las actividades de: arreglo personal, vestido, baño, caminar/ejercicio, alimentación, higiene personal, toma de medicamentos y uso de equipo adaptado. El IRT-E contiene tres formas de completar la evaluación, por medio del Auto informe (S), informe del cuidador (C) e informe del terapeuta (T); para una mejor comprensión del instrumento se entendieron estos como códigos (S, C, T) que facilitaron el llenado de la evaluación, en caso que el usuario no aplicara en los aspectos a tomar en cuenta en la evaluación, se colocaron las siglas (NA) referentes a que la actividad no aplica para la persona.

La hoja de puntaje se llenó mediante esta secuencia:

1° Auto informe del paciente: se le explicó al usuario cada una de las actividades correspondientes dentro de la escala física y los aspectos que contiene cada puntaje, este debía considerar en cual puntaje del 1 al 6 correspondía a su nivel funcional, luego el terapeuta debía colocar esa respuesta en la hoja de puntaje en la casilla correspondiente con el código Auto informe del paciente (S).

2° Informe de conducta del cuidador: se le explicó cada una de las actividades correspondientes dentro de la escala física y los aspectos que contiene cada puntaje, el debía considerar en cual puntaje del 1 al 6 se encuentra el usuario según lo que él o ella ha observado en su rutina diaria.

3° Observación de conducta del terapeuta: El terapeuta colocó en la casilla correspondiente, el puntaje funcional de acuerdo a lo observado en las actividades de la escala física.

Puntaje funcional: Fue determinado por la media aritmética (\bar{x}) obtenida de la suma correspondiente a los 3 puntajes de las observaciones en el desempeño de las actividades.

Nivel de desempeño funcional	Puntaje
Independiente (I)	6
Modificada dependencia con supervisión (MD)	5
Asistencia mínima (AM)	4
Asistencia moderada (AMD)	3
Dependencia completa con máxima asistencia (DC)	2
Asistencia total (AT)	1

4.6 PRUEBA PILOTO.

Esta se llevó a cabo el Viernes 22 de Mayo, de 8:00 AM- 12:00MD en el “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual, se tomó como lugar de ejecución de prueba piloto el mismo lugar donde se llevó a cabo la investigación debido a que es el centro donde se encuentra el tipo de población que se quería estudiar, en otros centros existe población con Discapacidad Cognitiva aunada a una discapacidad física, así mismo, los materiales que se utilizaron para la ejecución no se encontraron disponibles en otros centros. La prueba fue realizada a 6 usuarios por las 3 personas encargadas del proceso de investigación, con el objetivo de lograr que la prueba fuera específica para cada una de las personas y se abordaran todas las AVD de forma ordenada y específica.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para la recolección de la información, como ya se mencionó en el apartado de la muestra, se tomó como consideración ética el consentimiento informado (Ver anexo 2) del cuidador inmediato para obtener información de la persona en estudio, todos los datos recolectados se presentaron a la Institución donde se llevó a cabo la investigación y se contó con la presencia de una persona del personal de la Institución como observador del proceso de recolección de datos.

El equipo investigador previo a la recolección de información fue consiente de todo lo que la LEPINA incluye, al tratar con población con una Discapacidad Cognitiva. Por último en la presentación de la información NO se detalló el nombre real y completo de las personas que se tomaron para la investigación, sino un nombre abreviado al que se hizo mención para resguardar su privacidad.

4.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

De inclusión:

- Participaron todos aquellos usuarios que así lo desearon.
- Contar con el permiso del padre/madre o responsable inmediato.
- Personas con un diagnóstico de Discapacidad Cognitiva.

De exclusión:

- No participaron aquellos usuarios que no quisieron formar parte de la investigación.
- No contar con el permiso del padre/madre o responsable inmediato.

4.9 PLAN DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Al obtener los resultados de las evaluaciones realizadas se procedió con la tabulación mediante una tabla de vaciado de datos (Ver anexo 5) elaborada en el sistema operativo Microsoft Word, la cual detalla datos personales de cada uno de los 30 usuarios, así como las diferentes AVD que contiene la escala física ADL, esta tabla se realizó con el objetivo de reflejar el resultado obtenido de manera individual, lo cual facilitó la clasificación del usuario en los diferentes niveles cognitivos, para luego obtener el puntaje de dependencia según su desempeño en las AVD. Así mismo esta tabla de vaciado de datos sirvió para obtener resultados de manera general permitiendo categorizar al usuario por género, edad y diagnóstico establecido por la institución.

4.10 ANÁLISIS Y RESULTADOS.

Los resultados obtenidos fueron analizados tomando como referencia las **medidas de tendencia central**, específicamente la media aritmética, es decir que se hizo un análisis individual de la persona objeto de estudio en la que se determinó el grado de dependencia y el nivel cognitivo en el que se encuentra según el desempeño en las AVD, así mismo se hizo un análisis general de todas las personas que se tomaron como población de estudio, en el que se analizaron en variables similares como edad, sexo y diagnóstico según la institución para obtener el resultado del desempeño cognitivo y la Discapacidad Cognitiva.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta la información recolectada a través del instrumento de evaluación, Inventario de Tareas Rutinarias IRT-E Ampliado y la Guía de Entrevista estructurada que se realizó a los padres de familia de los usuarios del “Hogar la Rioja para personas con discapacidad intelectual”. La información recolectada fue tabulada (Anexo 5) y posteriormente se clasificó de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación.

Para una mejor comprensión, los datos se presentan en tablas organizadas de la siguiente manera: Las primeras siete tablas muestran los resultados del nivel funcional cognitivo de las actividades que evalúa el instrumento; cabe mencionar que la actividad de equipo adaptado no se presenta ya que al ser evaluada ninguno de los usuarios utiliza equipo adaptado, luego se muestran tres tablas que contienen los resultados del nivel funcional según género, edad y diagnóstico; y por último se presentan los resultados del nivel funcional según los seis niveles cognitivos de Allen.

TABLA 1: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE ARREGLO PERSONAL EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD ARREGLO PERSONAL	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	7	23%
Asistencia mínima	7	23%
Asistencia moderada	15	50%
Dependencia completa con máxima asistencia	1	3%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados de la evaluación para la actividad muestran que ningún usuario es independiente para su realización, es decir que todos necesitan de algún tipo de asistencia; el 50% de la población necesita moderada asistencia en la actividad, la realiza si esta se adapta de forma que sea repetitiva y se realice en un solo paso. El 46% de estos requieren asistencia en la actividad necesita que esta se le explique y demuestre en más de una ocasión con pasos sencillos y solamente un 3% de la población presenta dependencia completa con máxima asistencia.

TABLA 2: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE VESTIDO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD VESTIDO	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	15	50%
Asistencia mínima	9	30%
Asistencia moderada	5	17%
Dependencia completa con máxima asistencia	1	3%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados de la evaluación en la actividad de vestido muestran que ningún usuario es independiente; sin embargo del 100% un 50% necesita de modificada dependencia con supervisión, es decir que la persona es capaz de realizar por sí misma la actividad pero es necesaria la intervención de Terapia Ocupacional para lograr el aprendizaje de la actividad por ensayo-error. El resto de la población necesita asistencia mínima o más para ejecutar la actividad, por lo que necesitarán de mayor asistencia. En la actividad de vestido se espera que el paciente coopere cuando las directrices sean sencillas y no lleven más de tres pasos.

TABLA 3: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE BAÑO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD BAÑO	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	15	50%
Asistencia mínima	13	43%
Asistencia moderada	2	7%
Dependencia completa con máxima asistencia	0	0%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados de la actividad de baño muestran que del 100% de la población ningún usuario es independiente en la realización de esta actividad, un 50% mostró modificada dependencia con supervisión, y un gran porcentaje necesita de asistencia mínima, por lo que se considera que al requerir mayor cantidad de pasos en la realización de esta actividad, los usuarios presentarán mayor dificultad y es necesario el abordaje del terapeuta ocupacional para su entrenamiento.

TABLA 4: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE CAMINAR/EJERCITARSE EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD CAMINAR/EJERCITARSE	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	15	50%
Asistencia mínima	13	43%
Asistencia moderada	2	7%
Dependencia completa con máxima asistencia	0	0%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados de la evaluación mostraron que los usuarios son dependientes en la realización de esta actividad; un 50% de los usuarios necesita de modificada dependencia con supervisión y un 13% necesita de asistencia mínima, es decir, el desempeño en la actividad de caminar/ejercitarse presentó poca dificultad, la mayor parte de la población realiza la actividad por sí solo, sin embargo necesitan compañía en lugares desconocidos; por lo anterior se plantea que una persona con Discapacidad Cognitiva encuentra limitaciones para trasladarse de forma independiente en lugares desconocidos, donde necesita compañía debido a que las limitaciones cognitivas se hacen aparentes al no poder interpretar elementos abstractos y simbólicos (señales de tránsito).

TABLA 5: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE ALIMENTACIÓN EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD ALIMENTACIÓN	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	15	50%
Asistencia mínima	9	30%
Asistencia moderada	5	17%
Dependencia completa con máxima asistencia	1	3%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos para la actividad muestran que no se encontraron usuarios independientes ni que necesiten asistencia total, un 50% de los usuarios evaluados se encontró en modificada dependencia con supervisión lo que significa que puede realizar la actividad sin problemas pero necesita supervisión por razones de seguridad o alguna dificultad inesperada; además un 47% de los usuarios requieren de algún tipo de asistencia al necesitar que la actividad se le demuestre y explique en pocos pasos y de manera sencilla y un 3% presenta dependencia completa con máxima asistencia, el usuario es capaz de lograr ciertos pasos pero necesita ayuda en la mayor parte de la actividad. La actividad de alimentación requiere de la capacidad de secuenciación y verificación de errores cuando ocurren, es decir que es necesario que la Terapia Ocupacional utilice las capacidades remanentes del usuario para lograr la máxima independencia.

TABLA 6: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE HIGIENE PERSONAL EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD HIGIENE PERSONAL	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	15	50%
Asistencia mínima	11	37%
Asistencia moderada	4	13%
Dependencia completa con máxima asistencia	0	0%
Asistencia total	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Para esta actividad los resultados no demuestran usuarios independientes, en asistencia total o en dependencia completa con máxima asistencia, sin embargo se encontró que un 50% de los usuarios necesitan algún tipo de asistencia para realizar la actividad, teniendo que dividirla en pasos sencillos con demostraciones, de igual manera para el otro 50% de usuarios que requieren modificada dependencia con supervisión se necesitará únicamente la supervisión en la actividad. La persona con Discapacidad Cognitiva podrá lograr la independencia en esta actividad al brindarles una enseñanza en las dificultades que presentan.

TABLA 7: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO DE LA ACTIVIDAD DE TOMA DE MEDICAMENTOS EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO ACTIVIDAD TOMA DE MEDICAMENTOS	USUARIOS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	7	23%
Modificada dependencia con supervisión	4	13%
Asistencia mínima	7	23%
Asistencia moderada	6	20%
Dependencia completa con máxima asistencia	5	17%
Asistencia total	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados muestran que un 23% de usuarios son independientes en la toma de medicamentos lo que significa que estos realizan la actividad sin asistencia, sin embargo un 72% necesita asistencia para llevar a cabo la actividad ya sea para seleccionar el medicamento o conocer el horario en que debe tomarla, así mismo un 3% de los usuarios es totalmente dependiente en la actividad al necesitar que se le dé el medicamento correcto en el horario indicado y que se le indique cómo debe tomarlas. La actividad de toma de medicamentos conlleva pocos pasos y es una actividad repetitiva por lo que con el correcto entrenamiento el usuario puede lograr la independencia.

TABLA 8: RESULTADO GENERAL DE LAS SIETE AVD QUE AL SER EVALUADOS OBTUVIERON DIFICULTAD EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO	Arreglo personal		Vestido		Baño		Caminar/ ejercitarse		Alimentación		Higiene personal		Toma de medicamentos	
Independiente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	23%
Modificada dependencia con supervisión	7	23%	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%	4	13%
Asistencia mínima	7	23%	9	30%	1	43%	1	43%	9	30%	1	37%	7	23%
Asistencia moderada	1	50%	5	17%	2	7%	2	7%	5	17%	4	13%	6	20%
Dependencia completa con máxima asistencia	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%	1	3%	0	0%	5	17%
Asistencia total	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
TOTAL	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100
	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia

ANÁLISIS:

Los resultados muestran que de las ocho actividades, la que presenta mayor dificultad para ser realizada es Arreglo personal, ya que los usuarios necesitan de una asistencia moderada para llevarla a cabo, encontrándose en el nivel 3 de los Niveles Cognitivos de Allen. Cinco actividades presentan una tendencia hacia la asistencia moderada con supervisión, es decir los usuarios se encuentran en un nivel cognitivo 5 al realizarlas. Por lo anterior, se observa que la persona con Discapacidad Cognitiva no logra la independencia total en las AVD, es decir es necesaria la intervención de la Terapia Ocupacional para alcanzar la máxima independencia según las el nivel cognitivo que presente el usuario.

TABLA 9: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; SEGÚN GÉNERO DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO SEGÚN GÉNERO	FEMENINO	PORCENTAJE	MASCULINO	PORCENTAJE
Independiente	0	0%	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	4	13%	7	23%
Asistencia mínima	6	19%	6	19%
Asistencia moderada	2	6%	4	13%
Dependencia completa con máxima asistencia	0	0%	1	3%
Asistencia total	0	0%	0	0%
TOTAL	12	100%	18	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados según el género muestran que en el género femenino no hay usuarios independientes, un 13% se encuentra con modificada dependencia con supervisión ya sea por seguridad o dificultad inesperada, el 25% necesita que se les demuestre cómo realizar la actividad previamente, en pocos pasos y de manera sencilla. En los usuarios del género masculino se observa un 23% de ellos en modificada dependencia con supervisión por lo que necesitan únicamente se les supervise durante el desarrollo de la actividad al poder realizarla sin problemas, un 32% requiere un mínimo de asistencia al realizar la actividad y un 3% se encuentra en dependencia completa con máxima asistencia es decir necesita que la actividad se le demuestre repetidamente para poder realizarla. Por lo anterior se considera que el desempeño funcional es mayor en los usuarios del género masculino.

TABLA 10: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; SEGÚN RANGO DE EDAD DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO SEGÚN RANGO DE EDAD	9 A 12 AÑOS	PORCENTAJE	13 A 16 AÑOS	PORCENTAJE	17 A 20 AÑOS	PORCENTAJE	21 A MÁS	PORCENTAJE
Independiente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	0	0%	1	3%	1	3%	9	30%
Asistencia mínima	0	0%	0	0%	5	17%	6	20%
Asistencia moderada	0	0%	3	10%	1	3%	3	10%
Dependencia completa con máxima asistencia	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
Asistencia total	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	0	100%	4	100%	7	100%	19	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Los resultados obtenidos según el rango de edad muestran que no hay usuarios de 9 a 12 años. La edad es una variable que influye en el desempeño funcional de una persona con Discapacidad Cognitiva, al observar que el nivel cognitivo aumenta a medida que el rango de edad es mayor; en el rango de edad de 13-16 los usuarios presentaron un nivel cognitivo 3, el rango de edad de 17-20 con un nivel cognitivo 4 y los usuarios con rango de edad entre 21 a más con un nivel cognitivo de 5. Es decir que si el nivel funcional aumenta con la edad, la intervención temprana de Terapia Ocupacional podría lograr un máximo rendimiento de las capacidades en las AVD dentro de su nivel cognitivo.

TABLA 11: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; SEGÚN DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN	Síndrome Down	Porcentaje	Discapacidad intelectual	Porcentaje	Autismo	Porcentaje
Independiente	0	0%	0	0%	0	0%
Modificada dependencia con supervisión	2	7%	7	23%	2	7%
Asistencia mínima	2	7%	8	27%	2	7%
Asistencia moderada	1	3%	5	17%	0	0%
Dependencia completa con máxima asistencia	1	3%	0	0%	0	0%
Asistencia total	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	6	100%	20	100%	4	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANÁLISIS:

Para el nivel funcional según diagnóstico los resultados obtenidos fueron: los usuarios con Síndrome Down un 20%, Discapacidad Intelectual un 67% y Autismo un 14% necesitan al menos un mínimo de asistencia para desarrollar la actividad, no se encontraron usuarios independientes totalmente, al igual que ninguno necesita asistencia total. Se observa que los resultados no varían de un diagnóstico a otro, es decir esta clasificación no refleja el nivel funcional del usuario en las AVD.

TABLA 12: RESULTADOS DEL NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO EN LOS USUARIOS DEL “HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL”; SEGÚN LOS NIVELES COGNITIVOS DE ALLEN DE JULIO-AGOSTO 2015.

NIVEL FUNCIONAL COGNITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Nivel 6: Pensamiento Abstracto	0	0%
Nivel 5: Variaciones	2	7%
Nivel 4: Producto final	17	57%
Nivel 3: Acciones repetitivas	9	30%
Nivel 2: Movimiento	2	7%
Nivel 1: Reflejo	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Instrumento de evaluación RTI-E estandarizada y entrevista estructurada dirigida a padres de familia.

ANALISIS:

Según los resultados obtenidos para los niveles cognitivos de Allen, se encontró que un 57% de la población se encuentran en el nivel cognitivo 4 lo que nos muestra que los usuarios necesitan asistencia en las actividades por lo que se debe mostrarles previamente con directrices sencillas de pocos pasos; un 30% de los usuarios se encuentran en el nivel cognitivo 3 es decir necesitan asistencia moderada en el desarrollo de las actividades, un 7% de los usuarios se encuentran en el nivel cognitivo 2 por lo que estos necesitan que las actividades sean sencillas y de pocos pasos, al igual que un 7% de los usuarios se encuentra en el nivel cognitivo 5 por lo que estos son capaces de aprender el desarrollo de las actividades realizándolas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del Inventario de Tareas Rutinarias IRT-E Ampliado en los treinta usuarios del “Hogar la Rioja para personas con discapacidad intelectual”, con el fin de evaluar su desempeño funcional en las Actividades de la Vida Diaria durante el proceso de ejecución de la investigación (Anexo 6) se concluye lo siguiente: la Discapacidad Cognitiva restringe la habilidad cognitiva de la persona en la realización de las AVD, para desempeñar una acción motora, por tanto se considera que son capaces de aprender y mejorar en las AVD hasta donde su nivel cognitivo se lo permite, en esta investigación las personas en estudio se colocaron en un nivel cognitivo 4, por consiguiente estas personas podrán llegar a desarrollar habilidades según los alcances y habilidades que representa un nivel cognitivo 4.

Se considera que la actividad de arreglo personal requiere un nivel cognitivo más alto al involucrar componentes de secuenciación, manejo de herramientas (rasuradora, corta uñas) y mayor precisión en los movimientos; actividades como estas que requieren aprendizaje con ensayo-error se verán afectadas en las personas con Discapacidad Cognitiva.

La persona con Discapacidad Cognitiva al obtener un nivel funcional 4 según los niveles cognitivos de Allen es capaz de realizar únicamente actividades donde las acciones motrices estén limitadas por la capacidad de seguir una directriz sencilla de un solo paso sobre una tarea muy familiar, que pueda ser demostrada para que el individuo la siga, es poco realista esperar o pensar que el individuo puede aprender nuevas conductas.

Los diagnósticos establecidos por la institución para clasificar a los usuarios (Síndrome Down, Discapacidad Intelectual y Autismo) no reflejan el desempeño funcional en las

AVD, es decir que el diagnóstico en el que se encuentran clasificados los usuarios no determinan el nivel cognitivo al que pertenece.

El rango de edad determina el nivel funcional, la persona con Discapacidad Cognitiva avanza en su nivel funcional del mismo modo en que aumenta su edad cronológica, esto nos lleva a la conclusión que el entrenamiento en las AVD debe basarse en el neurodesarrollo, las habilidades se desarrollan a medida que se avanza en edad.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 A la institución:

- Implementar el uso de una evaluación de Terapia Ocupacional que abarque las categorías de las AVD, de manera objetiva y específica y que permita identificar la capacidad intelectual remanente de la persona, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita utilizarla como base para la adaptación a su discapacidad.
- Tomar en cuenta la teoría de Claudia K. Allen para la clasificación de los usuarios de la institución, de manera que la enseñanza esté relacionada al nivel cognitivo que posee.
- Incorporar dentro del personal de la institución un mayor número de profesionales que puedan intervenir en el desempeño que el usuario realiza en las AVD.
- Crear un espacio adecuado, en el cual se brinde a los usuarios enseñanza y entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria que presente mayor dificultad.

- Obtener planes y programas de entrenamiento en forma individualizada dirigidos a aquellas AVD en las que se trabaje con las habilidades remanentes por un objetivo en común de la mano con los padres de familia o encargados inmediatos y la persona con Discapacidad Cognitiva logrando así mejores resultados en el desempeño funcional de los usuarios en sus actividades cotidianas.

6.2.2 Al personal de la institución:

- Crear un espacio en el que se brinde enseñanza de las AVD dentro del programa educativo.
- Recibir capacitaciones sobre la Teoría de Claudia K. Allen y sus niveles cognitivos de manera que se brinde una mejor atención centrada en la capacidades que el usuario posee.

6.2.3 A la universidad:

- Incluir en la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional el abordaje del terapeuta en la Discapacidad Cognitiva, sobre todo en aquellas personas con una discapacidad congénita en las que la Terapia Ocupacional sea necesaria desde las primeras etapas de la vida, favoreciendo su desempeño funcional.
- Incluir dentro de las prácticas clínicas de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional el “Hogar la Rioja para personas con discapacidad intelectual” para que el estudiante adquiera un mayor conocimiento sobre la atención a personas con Discapacidad Cognitiva en el campo de la Terapia Ocupacional, y así mismo la persona con discapacidad y los centros de atención comprendan el papel que el terapeuta ocupa dentro de su educación.

GLOSARIO

ACTIVIDAD: Idea abstracta sobre el tipo de cosas que las personas hacen y la manera típica en que las realizan en una cultura determinada.

ACTIVIDADES CON PROPÓSITO: Acciones intencionadas, dirigida a una ocupación las cuales están diseñadas y graduadas para ayudar al cliente a mejorar, recuperarse de una deficiencia, o adquirir un enfoque de adaptación.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Actividades que comprenden los autocuidos también se las denomina actividades de la vida diaria personales y básicas; estas actividades son esenciales para la supervivencia y el bienestar.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES: Actividades que son parte de la vida cotidiana en el hogar y la comunidad, las cuales a menudo requieren interacciones más complejas que las AVD.

ACTIVIDADES OCUPACIONALES: Tareas que están directamente relacionadas al rol ocupacional preferencial del individuo. Dichas tareas deben ser significativas a la persona y relevantes desde el punto de vista ocupacional; la persona debe ser el artífice de la actividad.

ADAPTABILIDAD: Habilidad que la persona demuestra a desafíos y situaciones nuevas adaptativas.

ADAPTACIÓN OCUPACIONAL: La formación de una identidad ocupacional positiva y la adquisición de la competencia ocupacional a lo largo del tiempo en el contexto del entorno de uno mismo.

ADAPTACIÓN: Cambios en las demandas de las tareas para que sean compatibles con la capacidad del individuo, puede implicar la reducción de demandas, el uso de dispositivos auxiliares o modificaciones en el entorno físico o social. Modificación es la capacidad funcional del individuo como resultado de una mayor competencia en los desafíos ocupacionales.

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES: Proceso de aprendizaje de una habilidad o destreza.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD: Análisis de cómo se percibe la realización habitual de una tarea en una cultura determinada por medio de la identificación de las demandas y las habilidades de desempeño que la actividad requiere.

ATENCIÓN: Habilidad cognitiva para enfocarse en una tarea, Un problema o un objeto.

BIENESTAR: La experiencia de sentir vitalidad y satisfacción con nuestra propia vida y circunstancia; percepciones subjetivas del desempeño ocupacional, más que mediciones objetivas de la frecuencia y grado de participación en actividades valoradas.

CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN: Habilidad aparente que el individuo tiene para percibir la necesidad de cambio y recurrir a un repertorio de respuestas adaptativas, lo cual le permitirá ejercer control sobre el entorno.

CAPACIDAD DE DESEMPEÑO: Presencia de habilidades físicas y mentales y la manera en que son usadas y sentidas durante el desempeño. Capacidad para hacer cosas conferidas por la presencia de componentes objetivos subyacentes, físicos y mentales y la experiencia subjetiva correspondiente.

CAPACIDADES: Subyacen en los rasgos biológicos del homo sapiens y están moldeadas por la herencia genética y la historia ocupacional; incluyen fuerza, velocidad, destreza, agilidad, gracia, buen estado cardiovascular, astucia, conocimiento práctico, sabiduría, pensamiento, ternura y muchas más. Habilidades genéricas, inherentes en las personas y

destrezas en tareas específicas, tales como: vestirse, preparar comida, diseñar un sitio de internet y jugar baloncesto en silla de ruedas.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO (CIF): Modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud que describe el nivel funcional del individuo, junto con sus limitaciones para la participación.

COGNICIÓN: Procesos mentales que incluyen la atención, la memoria, la motivación, el control de las emociones, el control motor, el procesamiento sensorial y el pensamiento.

COMPETENTE: Desempeño satisfactorio en una tarea o conducta el cual es valorado de acuerdo a un criterio específico.

COMUNIDAD: El hecho de compartir un área, intereses e interacciones, como también, tener un sentido de identidad compartida.

CONTEXTO: Variedad de condiciones interrelacionadas que influyen el desempeño del cliente.

CONTROL MOTOR: Capacidad de dirigir el movimiento estático dinámico del cuerpo a través de procesos motores y sensoriales, conscientes o inconscientes.

CONTROL POSTURAL: Control y modulación de la posición del cuerpo en el espacio para conservar el equilibrio y la orientación.

COORDINACIÓN: Una respuesta automática que es controlada principalmente a través de la retroalimentación sensorial propioceptiva.

CRIBADO: Recolección y revisión de datos que son relevantes a un cliente potencial a fin de decidir si se necesita realizar una evaluación e intervención adicional.

DEFICIENCIA/DETERIORO: Cualquier trastorno de una función psicológica o fisiológica, como la concentración o la respiración, o de una estructura corporal, tal como una extremidad, una articulación o un órgano.

DEMANDAS AMBIENTALES: Requerimientos que el entorno impone en las personas durante el desempeño de una tarea.

DESTREZA: Tipo de combinación fina que se demuestra principalmente en el uso de las extremidades superiores.

DISCAPACIDAD: Deficiencias, limitaciones en actividades y funciones y restricciones de actividades entorno físico, comprende ambientes hechos por el hombre, entornos naturales, equipamiento y tecnología.

ENTORNO: Entorno físico, social y culturas que constituye el escenario en el cual se vive.

EQUILIBRIO: Capacidad de mantener el cuerpo en equilibrio (sinónimo estabilidad).

ESPACIO: Lugar al que se le da significado por habitarlo y por la suma de experiencias de vida basadas en dicho lugar.

ESQUEMA CORPORAL: Mecanismos inconscientes y subyacentes de la coordinación motora espacial, el cual proporciona información al sistema nervioso central sobre la relación entre el cuerpo y sus partes en el espacio.

ESTABILIDAD: Capacidad de mantener el cuerpo en equilibrio.

ESTÍMULO: Algo que genera un comportamiento.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: Medición de las habilidades o limitaciones del individuo en un contexto de tareas laborales, productivas y seguras.

EVALUACIÓN: Método, herramienta o estrategia específica que se realiza como parte del proceso de evaluación.

FACTORES PERSONALES: Aspectos de la condición humana, tales como la estructura y funciones culturales.

FUNCIÓN: Procesos, acciones y conductas de los diversos órganos del cuerpo.

FUNCIONES CORPORALES: Procesos fisiológicos del cuerpo.

HABILIDAD MOTORA: Movimiento adquirido e intencionado que requiere cierto grado de precisión y exactitud.

HABILIDAD/DESTREZA: Acción con propósito visible que la persona usa en su desempeño.

HÁBITOS: Comportamientos adquiridos para responder automáticamente y desplegarlos de manera coherentes en situaciones o entornos familiares.

INDEPENDENCIA: Medida de desempeño que indica la capacidad de realizar una tarea en forma independiente, con dispositivos de adaptación o sin ellos.

INTERÉSES: Lo que uno disfruta hacer.

JUEGO: Cualquier actividad espontánea u organizada que provea disfrute, entretenimiento.

MEMORIA: Capacidad de registrar, retener y evocar experiencias, conocimiento y sensaciones del pasado.

OCIO: Actividad no obligatoria que tiene una motivación intrínseca y que se realiza durante el tiempo libre.

ORIENTACIÓN: Conciencia de uno mismo en relación al tiempo, el espacio y la identificación de otros.

PERCEPCIÓN: Integración de las impresiones provenientes de diferentes fuentes sensoriales en información psicológica y significativa.

PERFIL OCUPACIONAL: Una síntesis o experiencias e historia ocupacional del cliente, según él o ella la describe; incluye los patrones de vida, los intereses, los valores, y las necesidades del cliente en relación a su situación actual.

POBLACIÓN: Grupo de personas que poseen colectivamente rasgos y características que son de interés para un estudio o intervención en particular.

PRUEBA ESTANDARIZADA: Instrumento de medición que ha sido creado de una manera rigurosa o científica para un determinado constructo y población con un proceso preestablecido de administración y puntuación, y con características sicométricas demostradas.

RESISTENCIA: Habilidad para realizar cierta actividad durante un tiempo.

ROL OCUPACIONAL: Las ocupaciones que una persona asigna a roles particulares.

ROL: Modelos normativos, moldeados por la cultura.

TERAPEUTA OCUPACIONAL: Graduado de un programa de terapia ocupacional acreditado que finalizó la práctica clínica y aprobó un examen de certificación.

TRABAJO: Esfuerzo destinado a producir o lograr algo.

VALIDEZ: Evidencia de un estudio teórico y científico que respalda el significado, utilidad y pertinencia de las inferencias y acciones a consecuencia de los resultados de una evaluación, en concordancia con los objetivos de la evaluación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDAD	FECHA
1	Primer entrega de protocolo	23 Abril 2015
2	Reunión para corrección de forma de protocolo.	25 Abril 2015
3	Reunión para corrección de Bibliografía.	1 Mayo 2015
4	Reunión para establecer Diseño Metodológico	8 Mayo 2015
5	Segunda entrega: Entrega de corrección de protocolo al asesor de Tesis.	15 Mayo 2015
6	Realización de Prueba Piloto	22 Mayo 2015
7	Reunión para corregir observaciones realizadas por grupo investigador.	27 Mayo 2015
8	Tercer entrega de Protocolo con correcciones.	28 Mayo 2015
9	Cuarta entrega de protocolo	05 Junio 2015
10	Entrega de protocolo a Coordinadora de Proceso de Graduación de la Carrera	19 Junio 2015
11	Ejecución de protocolo: Primera intervención	3 Julio 2015
12	Ejecución de protocolo: Segunda intervención.	10 Julio 2015

13	Ejecución de protocolo: Tercera intervención.	17 Julio 2015
14	Tabulación de la información recolectada.	31 Julio a 2 Agosto 2015
15	Reunión de realización de Capítulo V y VI	19 Agosto 2015
16	Asesoría Capítulo V	21 Agosto 2015
17	Reunión para realización de correcciones Capítulo V	26 Agosto 2015
18	Reunión para realización de Conclusiones	28 Agosto 2015
19	Entrega de Capítulo VI	4 Septiembre 2015
20	Reunión para realizar correcciones de Capítulo VI	7 Septiembre 2015
21	Entrega de Informe final	14 Septiembre 2015

PRESUPUESTO

INVERSIÓN	COSTO
Material bibliográfico	\$ 27.00
Fotocopias	\$ 3.00
Transporte.	\$ 272.8
Ejecución de evaluaciones.	\$ 8.12
Impresiones	\$ 35.08
Papelería	\$ 5.00
Alimentación	\$ 250.00
Computadora	\$ 25.00
TOTAL	\$626.00

BIBLIOGRAFÍA

¹ Who.int [internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; [2011; 22 Marzo 2015]. Disponible en:

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1

¹ Gobiernoabierto.gob.sv [internet]. El Salvador: CONAIPD; [27 Octubre 2014; 22 Marzo 2015]. Disponible en: http://publica.gobiernoabierto.gob.sv/institutions/consejo-nacional-de-atencion-integral-a-la-persona-con-discapacidad/information_standards/estadisticas.

¹ Anne Birge James. Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En: Willard Spackman. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana; 2011. Pág 537-633.

¹ Noomi Katz. Jorge Valverdi. Inventario de Tareas Rutinarias (ampliado). [Seriada en línea] 2006 [Citado 2015 Febrero]; pág. 7. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Inventario_Tareas_Rutinarias_Allen_Valverdi_agosto11.pdf

¹ Lic. Jorge Valverdi. Cristina de Diego Alonso. Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva. [Seriada en línea] [Citado 2015, Febrero]; pág. 3. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Claudia_Allen_marco_discapacidad_cognitiva_Valverdi_abril09.doc

¹ Willard Spackman. Elizabeth B. Crepeau. Ellen S. Cohn. Barbara A. Schell. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana.

¹ Willard Spackman. Elizabeth B. Crepeau. Ellen S. Cohn. Barbara A. Schell. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana.

¹ Elizabeth Blesedell Crepeau. Barbara A. Boyt Schell. Ellens S. Cohn. Práctica Contemporánea de la Terapia Ocupacional en los Estados Unidos. En: Willard Spackman. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana; 2011. Pág 202-262.

¹ Anne Birge James. Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En: Willard Spackman. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana; 2011. Pág 537-633.

¹ Anne Birge James. Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. En: Willard Spackman. Terapia Ocupacional. 11a edición. Editorial Médica Panamericana; 2011. Pág 537-633.

¹ Noomi Katz. Jorge Valverdi. Inventario de Tareas Rutinarias (ampliado). [Seriada en línea] 2006 [Citado 2015 Febrero]; pág. 7. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Inventario_Tareas_Rutinarias_Allen_Valverdi_agosto11.pdf

¹ Jorge A. Valverdi. Recorrido histórico del modelo de la Discapacidad Cognitiva y su herramienta de evaluación: El ACLS-5 nueva versión. [Seriada en línea] [Citado el 6 marzo 2015]; pagina 2. Disponible en:

http://www.modelo_discapacidad_cognitiva_allen_historia_valverdi_agosto11.pdf.com

¹ Willard Spackman. Elizabeth B. Crepeau. Ellen S. Cohn. Barbara A. Schell. Terapia Ocupacional. 8a edición. Editorial Médica Panamericana.

¹ Noomi Katz. Jorge Valverdi. Inventario de Tareas Rutinarias (ampliado). [Seriada en línea] 2006 [Citado 2015 Febrero]; pág. 7. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Inventario_Tareas_Rutinarias_Allen_Valverdi_agosto11.pdf.com

ANEXOS

ANEXO 1

LISTADO DE USUARIOS DEL HOGAR LA RIOJA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL.		
N°	Nombre	Diagnóstico.
1	Alejandra María Henríquez Pineda	Discapacidad Intelectual
2	Alex Edgardo Franco Bermúdez	Autismo
3	Alexis de Jesús Rodríguez Anaya.	Autismo
4	Alicia Beatriz Marroquín Moscate	Discapacidad Intelectual
5	Aldrich Fernando Guadamuz Tinico	Discapacidad Intelectual
6	Amanda Guadalupe Ramírez	Discapacidad Intelectual
7	Andrea María Mazariegos	Síndrome Down
8	Andrea Raquel Monge Herrera	Discapacidad Intelectual
9	Ariela María Novoa Cano	Discapacidad Intelectual
10	Aurora Beatriz García	Discapacidad Intelectual
11	Brenda Magali Menjivar Acevedo	Discapacidad Intelectual
12	Bryan Neftalí Aguilar Lizama	Discapacidad Intelectual
13	Roxana Michelle Barrera Argumedo	Discapacidad Intelectual
14	Carlos Daniel Andrade Carrillo	Síndrome Down
15	Carolina de Jesús Prado Gutiérrez	Autismo
16	Celina Guadalupe Girón Méndez	Discapacidad Intelectual
17	Claudia Miladis Martínez	Discapacidad Intelectual
18	David Adalberto Ventura	Síndrome Down
19	Diego Andrés Choto Jiménez	Discapacidad Intelectual
20	David Adalberto Ventura	Discapacidad Intelectual
21	Diego Andrés Choto Jiménez	Discapacidad Intelectual
22	Doris Aiza Anaya Peraza	Síndrome Down

23	Edgar Alexander Guerra Quinteros	Autismo
24	Edgardo Antonio Morales Rodríguez	Discapacidad Intelectual
25	Erick José Herrera Lazo	Discapacidad Intelectual
26	Fabiola Giselle Sánchez Carazo	Discapacidad Intelectual
27	Fernando Gel Torres	Autismo
28	Fernando Javier Alquilar	Síndrome Down
29	Francisco Gerardo Quiñones	Síndrome Down
30	Franklin Ernesto Albizuri	Discapacidad Intelectual
31	Gabriela Elizabeth Álvarez López	Discapacidad Intelectual
32	Gerardo Alexis Arias Pérez	Discapacidad Intelectual
33	Gerardo David Menéndez Barrios	Discapacidad Intelectual
34	Jorge Ernesto Caballero	Discapacidad Intelectual
35	Guillermo Antonio Giménez	Síndrome Down
36	Héctor Alfredo Arévalo Gallardo	Autismo
37	Héctor Gerardo Gallardo Cabrera	Discapacidad Intelectual
38	Herson Ernesto Menjivar Hernández	Síndrome Down
39	Jaime Gerardo Trigueros	Discapacidad Intelectual.
40	Jennifer Michelle Fernández Moran	Discapacidad Intelectual
41	Jennifer Yamileth Arriza Hernández	Discapacidad intelectual
42	Hesse Nahúm Mejía	Síndrome Down
43	Jesús Martínez Molina	Discapacidad Intelectual
44	José Francisco Mendoza	Autismo
45	José Gerardo Merino Silva	Síndrome Down
46	José Guillermo Galdámez Rivera	Discapacidad intelectual
47	José Humberto Ayala Vásquez	Síndrome Down
48	José Roberto Palomo	Discapacidad intelectual.
49	Josué Miguel Díaz Guevara	Discapacidad Intelectual

50	Juan Armando Ramírez Fuentes	Discapacidad Intelectual.
51	Juan Carlos Enrique Álvarez Centeno	Discapacidad Intelectual
52	Juan de Jesús Recinos	Discapacidad Intelectual
53	Juan Francisco Pablo Cea	Discapacidad Intelectual
54	Julio Eduardo Saldaña Cañenguez	Discapacidad Intelectual
55	Larissa Marjorie Palma Menjivar	Discapacidad Intelectual
56	Lorena Alejandra Escalante	Síndrome Down
57	Luis Cesar Rodríguez Anaya	Autismo
58	Luis Francisco Matute	Discapacidad Intelectual
59	Luis Rodrigo Segovia Carpintero	Discapacidad Intelectual
60	Luz Anabella Concepción Arévalo Calderón	Discapacidad Intelectual
61	Marco Cesar Manchan Alvarenga	Discapacidad Intelectual
62	María del Rosario Majella Lanunzzelli Carmona	Discapacidad Intelectual
63	María Elena Moreno Barahona	Discapacidad Intelectual
64	María Guadalupe Artiga Pastor	Discapacidad Intelectual
65	Ana María Mercedes Hayen Sánchez	Síndrome Down
66	Martha Eugenia López Aquino	Síndrome Down
67	Milagro de Jesús Huevo	Discapacidad Intelectual
68	Mir Leonidas Gutiérrez Moreno	Discapacidad Intelectual
69	Mirna Lissette Martínez Martínez	Discapacidad Intelectual
70	Nancy Nohemy Moreira	Discapacidad Intelectual
71	Nahomi Ishii López	Discapacidad Intelectual
72	Oscar Arnulfo Romero Menjivar	Autismo
73	Oscar Ofilio Santamaría	Discapacidad Intelectual
74	Pedro Javier Torres Urbina	Síndrome Down
75	Polec Abimalec Torres	Síndrome Down
76	Rodrigo José Rais Cáceres	Discapacidad Intelectual

77	Sandra Sarai Medina	Discapacidad Intelectual
78	Sergio David Martínez	Discapacidad Intelectual
79	Silvia María Ramírez Portillo	Discapacidad Intelectual
80	Roxana Elizabeth Recinos Anaya	Discapacidad Intelectual
81	Sheyla Alejandra Cuellar Guirola	Discapacidad Intelectual
82	Víctor Adrián López Quintanilla	Discapacidad Intelectual
83	Walter Orellana Sandi	Discapacidad Intelectual
84	William Ernesto Martínez	Discapacidad Intelectual

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado señor/a padre/madre de familia, cuidador inmediato:

El fin de este documento es proporcionarle información clara sobre su participación y la de su hijo, en la investigación que lleva por título: Evaluación funcional de las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en los usuarios del “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Mayo - Junio 2015. El objetivo que se pretende alcanzar con esta investigación es: Conocer los resultados de la evaluación funcional de las Actividades de la Vida Diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en los usuarios del “Hogar la Rioja para Personas con Discapacidad Intelectual” Mayo - Junio 2015.

La evaluación se les realizara a 30 usuarios que cumplan con los siguientes requisitos de inclusión:

- Tener el permiso y consentimiento informado de los padres o encargados inmediatos de la persona en estudio.
- Poseer algún tipo de discapacidad cognitiva.
- Asistir los días en que se llevará a cabo la recolección de la información.

En esta investigación se busca medir el desempeño de las personas con Discapacidad Cognitiva en las Actividades de la Vida Diaria según el instrumento estandarizado IRT-E, que mide las habilidades en las diferentes actividades de: arreglo personal, vestido, baño, caminar/ejercitarse, alimentación, higiene personal, toma de medicación y uso de equipo adaptado. La duración de esta evaluación será de 4 días con un tiempo de 1 hora

aproximadamente, durante la cual cada miembro del equipo evaluara 3 usuarios teniendo un total de 9 usuarios por hora y 30 al final de la jornada (4 horas), para evitar el sobreesfuerzo y el tedio en los participantes.

Los derechos con los que contara el usuario, padres de familia o responsables en esta investigación son:

- La participación en la evaluación es de carácter voluntario.
- Los datos obtenidos de la evaluación serán confidenciales, por lo cual no podrán ser vistos o utilizados por personas ajenas a la investigación y serán usados con el único propósito de: Categorizar a los usuarios según los resultados de la evaluación por sexo, edad y diagnóstico, identificar el nivel de independencia, dependencia modificada, con supervisión, asistencia mínima o dependencia completa en las AVD que posee cada uno de los usuarios de acuerdo a los niveles cognitivos funcionales al que pertenece en la evaluación, determinar las Actividades de la Vida Diaria que al ser evaluadas presentaron dificultad para ser ejecutadas por los usuarios de acuerdo al nivel funcional cognitivo, cada instrumento será anexado a los expedientes de cada uno de las participantes para uso del personal del Hogar la Rioja para personas con Discapacidad Intelectual.

Las responsabilidades que los participantes deberán cumplir al aceptar participar en la investigación son:

- Puntualidad y asistencia a las evaluaciones los días viernes según la hora estipulada por la coordinadora de la institución.
- Asistir a la presentación de los resultados de la investigación que se llevara a cabo en la institución.

El usuario participante en esta investigación será beneficiado debido a que sus habilidades serán medidas obteniendo como resultado el desempeño en dichas actividades, para luego identificar el nivel cognitivo al que pertenece y de esta manera lograr la creación de

programas que las potencien al máximo. Así mismo, los padres de familia o encargado inmediato se verán beneficiados al tener un conocimiento sobre lo que la persona con discapacidad cognitiva puede o no realizar para actuar de forma oportuna en su desarrollo.

Si usted no desea o no se encuentra en condiciones favorables para participar, no se sienta en la obligación de hacerlo, si tiene alguna duda acerca del procedimiento será aclarada de la mejor manera, si alguna de las actividades que se le pida realizar a su hijo(a) le incomoda puede informarlo en cualquier momento.

Agradecemos su participación.

Padre/madre de familia – Encargado inmediato:

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior, me han informado sobre el uso de los datos que serán obtenidos. Doy consentimiento para que mi hijo(a) participe en dicha evaluación.

F: _____

Estudiante (Grupo investigador)

F: _____

ANEXO 3

GUÍA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

- **Objetivo del cuestionario:** Identificar el desempeño funcional en las Actividades de la Vida Diaria en los usuarios del “Hogar La Rioja para personas con Discapacidad Intelectual”.
- **Indicaciones:** Para cada Actividad de la Vida Diaria que se le presenta en esta guía, lea detenidamente cada descripción y marque con una “X” en el cuadro de puntaje las casillas que corresponden al desempeño funcional en el que se encuentra su hijo/a desde su punto de vista.

I. Datos personales:

Nombre del usuario a evaluar: _____

Padre de familia/ encargado inmediato: _____

Fecha de evaluación: _____

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
1.Arreglo personal (Cuidado del cabello, uñas, dientes y utilización de cosméticos).	1. Ignora su apariencia personal evitando cooperar con el cuidador.	
	2.1 Necesita cuidado total en su arreglo personal	
	2.2 Puede cooperar moviendo la cabeza, manos y pies.	
	2.3 Resiste la ayuda del cuidador.	
	3.1 Se arregla, se cepilla los dientes, lava sus manos y cara.	
	3.2 Necesita que le recuerden paso a paso la actividad.	
	3.3 No termina la actividad	
	3.4 No puede utilizar instrumentos como corta uñas, rasuradoras o máquina de afeitar.	
	4. Inicia la actividad de arreglo personal, sigue paso a paso y la termina, PERO descuida detalles visibles como: los tonos de colores, deja espacios sin afeitar, descuida determinada parte de su cuerpo, no se cepilla bien los dientes y no utiliza hilo dental.	
5. Inicia y termina la tarea de arreglo personal sin asistencia y sin supervisión.		

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
2.Vestido	1. Es vestido completamente por el cuidador pero ayuda movilizandolo las partes de su cuerpo.	
	2. Se puede poner la camisa pero necesita ayuda para colocarse pantalón, calcetines, zapatos y atarse las cintas.	
	3. Se viste a sí mismo pero necesita que le recuerden como hacerlo.	
	3.1 Puede tener errores en la selección del vestido: ropa que no es de su talla, ropa que no es acorde al clima.	
	4. Puede tener errores siguiendo la secuencia en el vestido como colocarse el pantalón antes que la ropa interior.	
	4.1 Al vestir ignora detalles como combinar los colores, se coloca al revés las prendas y sus opciones son limitadas en la vestimenta.	
	5. Selecciona él mismo su ropa, sigue paso a paso la actividad correctamente y se viste sin supervisión. Es independiente	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
3.Baño	1. No puede bañarse por sí mismo, pero puede cambiar de posición si se lo ordenan.	
	2.1 Utiliza equipo adaptado en la ducha (se baña sentado, utiliza barras para sostenerse)	
	2.2 Puede mover partes del cuerpo si se le pide, para bañarse.	
	2.3 No coopera con el cuidador en el baño.	
	3.1 Necesita que le recuerden cada paso de la actividad.	
	3.2 No puede seguir procedimientos como enjabonarse, enjuagarse y secarse.	
	4.1 Puede bañarse solo, pero necesita asistencia al enjabonarse, enjuagarse y secarse la parte posterior del cuerpo.	
	4.2 Es capaz de verificar la temperatura del agua antes de bañarse.	
	5. Utiliza perfectamente el shampoo, jabón, toalla y desodorante. Es independiente.	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
4.Caminar/ Ejercitarse	1.1 Necesita asistencia para caminar, trasladarse, sentarse, sostenerse o cambiar de posición;	
	1.2 Cuando camina puede no notar objetos que obstruyen su camino.	
	2. Inicia la marcha, se para, se sostiene, se acuesta en la cama, sube y baja gradas, sigue indicaciones.	
	3. No inicia la marcha en un lugar desconocido a menos que no esté acompañado.	
	4.1 Puede seguir una rutina de ejercicios.	
	4.2 no le gusta estar en lugares desconocidos.	
	5. Visita nuevos lugares y ciudades y busca caminos conocidos y sigue indicaciones.	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
5.Alimentación	1.1 Puede comer siempre y cuando se le coloque el alimento en la boca	
	1.2 Puede comer solo, con los dedos.	
	1.3 Podría necesitar que le recuerden cuando masticar o tragar.	
	2. No puede utilizar utensilios (cuchara, tenedor, cuchillo), abrir alimentos empaquetados, derrama los líquidos y necesita que le recuerden que debe dejar de comer.	
	3.1 Puede utilizar utensilios (cuchara, tenedor, cuchillo)	
	3.2 Sus alimentos deben estar pre-cortados (carne, verduras)	
	3.3 Puede abrir la mayoría de alimentos empaquetados.	
	3.4 No tiene modales en la mesa, no reconoce cuando está satisfecho.	
	4.1 Tiene modales en la mesa	
	4.2 Insiste que algunos alimentos de su dieta son dañinos a su salud	
	4.3 Requiere ayuda para evitar quemaduras con comidas calientes (sopa), sazonar alimentos o abrir envases desconocidos	
	4.4 Se sirve raciones demasiado grandes de comida.	
	5.1 Se sirve raciones de comida adecuadas, se preocupa por mantener una dieta sana y equilibrada	
	5.2 Tiene modales en la mesa, puede cortar los alimentos por sí mismo, abrir bolsas o paquetes. Es independiente.	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
6.Higiene personal (Orinar, defecar y lavado de manos)	1. Orina y defeca en su ropa interior.	
	2. Necesita asistencia para ir al baño ya sea total o parcial en cuanto a bajarse la ropa y la higiene perianal.	
	3. 1 Dice que quiere ir al baño	
	3.2 Necesita que le recuerden que debe ir al baño.	
	3.3 Necesita que le recuerden la secuencia correcta en la higiene perianal, colocarse nuevamente la ropa y lavarse las manos.	
	4.1 Necesita indicaciones para ir al baño en un lugar desconocido y que alguien le acompañe.	
	4.2 Realiza correctamente la higiene perianal y lavado de manos.	
	5.1 Independiente en su higiene personal.	
	5.2 Localiza el cuarto de baño en lugares desconocido siguiendo indicaciones.	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
7.Toma de medicación	1. Puede tragar sus medicamentos (pastillas, grageas o líquidas) siempre y cuando se coloquen en su boca.	
	2. Necesita que le recuerden que debe de tomar sus medicamentos.	
	3.1 Localiza donde se guardan los medicamentos y las toma sin problemas	
	3.2 No distingue entre los tipos de medicamentos: vitaminas, analgésicos, etc.	
	4.1 Sigue un horario establecido de toma de medicamentos con dosis simples (con las comidas por ejemplo), aunque no sabe por qué se le han prescrito.	
	4.2 Puede utilizar un dispensador.	
	4.3 Se niega a tomar las pastillas y necesita asistencia.	
	5. Es responsable con su toma de medicamentos, con dosis y horarios correctos; sabe por qué le fue prescrita y sus contraindicaciones.	
	6. Se adapta a los nuevos medicamentos. Es independiente	

Observaciones:

Actividad	Desempeño funcional	Puntaje
8. Uso de equipo adaptado. (Silla de ruedas, muletas, bastón, andadera, prótesis, órtesis, férulas, etc.)	1.1 Utiliza equipo adaptado.	
	1.2 No coopera con el cuidador sobre el uso y cuidado del equipo.	
	2.1 Conoce el uso del equipo (muletas, silla de ruedas, bastón).	
	2.2 Puede cooperar con el cuidador en la colocación de férulas, órtesis o prótesis moviendo partes del cuerpo.	
	3.1 Necesita asistencia total en el vestido de miembro superior o inferior haciendo uso del equipo adaptado.	
	3.2 Necesita asistencia parcial en el vestido de miembro superior o inferior haciendo uso del equipo adaptado.	
	4.1 No puede realizar actividades con el equipo adaptado (Preparar comidas, ir al baño, juego, vestirse, etc.)	
	4.2 Se rehúsa a utilizar el equipo adaptado.	
	5.1 Aprende el uso del equipo adaptado aunque no puede anticipar peligros (escalones, piso mojado, etc.)	
	5.2 Necesita asistencia en la colocación de férulas, órtesis y prótesis.	
	6.1 Utiliza sin problemas el equipo adaptado, conoce su cuidado y mantenimiento, sabe cuándo debe reemplazarlos	
	6.2 Coloca por sí mismo férulas, órtesis y prótesis.	
	7. No utiliza equipo adaptado.	

Observaciones:



ANEXO 4

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN RTI-E

FORMULARIO DE INFORME

- **Objetivo de la evaluación:** Conocer el nivel de independencia en la evaluación funcional de las actividades de la vida diaria según el Inventario de Tareas Rutinarias Ampliado IRT-E en el “hogar la rioja para personas con discapacidad intelectual” de Mayo a Junio 2015.

- **Indicaciones:**
 - Los datos generales serán llenados según datos proporcionados por el paciente, caso contrario se tomarán del encargado inmediato.
 - El terapeuta deberá llenar el instrumento basado en los tres puntos de vista:
 1. Utilizando la observación para colocar el puntaje de cada actividad.
 2. Utilizando datos proporcionados por la persona objeto de estudio, caso contrario se colocará la descripción NA: No Aplica.
 3. Utilizando datos proporcionados por el encargado inmediato de la persona con Discapacidad.

II. Datos personales

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Nivel escolar: _____

Padre de familia/ encargado inmediato: _____

Fecha de evaluación 1: _____ 2: _____ 3: _____

Esta evaluación fue completada por:



- Por el padre de familia.
- Encargado inmediato.
- Por un terapeuta después de la observación en el desempeño.

Si más de un terapeuta ha contribuido con datos en esta valoración, indicar qué observaciones fueron hechas y porqué terapeuta:

III. Información demográfica:

Género: Femenino Masculino

Diagnóstico establecido por la institución: _____

Empleo actual: Sí No

Si su respuesta fue Si, especifique que tipo de empleo desempeña: _____

Rol que desempeña: _____



HOJA DE PUNTAJE

- **Indicaciones:** Coloque en la casilla correspondiente el puntaje obtenido del 1 al 6 según el desempeño en cada actividad basado en los niveles cognitivos de Allen (Cuadro N° 1). En caso de no ser observado coloque NO y en caso que la actividad no proceda para el usuario se coloca NA (No aplica).

Escala Física ADL Rango de puntaje (1-5)	Códigos		
	S	C	T
Arreglo personal			
Vestido			
Baño			
Caminar/ ejercicio			
Alimentación			
Higiene personal			
Toma de medicación (1-6)			
Uso de equipo adaptado (1-6)			
Total			



ANEXO 5 TABLA DE VACIADO DE DATOS

Códigos:

S: Auto informe del paciente.

C: Informe de conducta del cuidador.

T: Observación de conducta del terapeuta.

Escala física ADL:

Independiente (I): 6 Puntos.

Modificada dependencia con supervisión (MD): 5 Puntos.

Asistencia mínima (AM): 4 Puntos.

Asistencia moderada (AMD): 3 Puntos

Dependencia completa con máxima

Asistencia (DC): 2 Puntos.

Asistencia total (AT): 1 Punto.



ANEXO 5
TABLA DE VACIADO DE DATOS

N ^o	Nombre	Edad	Diagnóstico según la institución.	Escala Física								Total	Clasificación
				Arreglo personal	Vestido	Baño	Caminar/	Alimentación	Higiene personal	Toma medicamentos	Uso de equipo		
1	Lorena E.	28	SD	5	5	5	5	5	5	6	NA	4.5	MD
2	Saraí M.	17	DI	3	5	5	5	5	5	5	NA	4.1	AM
3	Rodrigo R.	14	DI	3	5	4	5	3	4	1	NA	3.1	AMD
4	Víctor L.	13 - 15	DI	3	2	3	4	3	4	2	NA	2.6	AMD
5	Gerardo M.	43	SD	3	4	4	5	5	4	3	NA	3.5	MD
6	Erick H.	33	DI	5	5	5	5	5	5	6	NA	4.5	MD
7	Juan Carlos H.	43	DI	5	5	5	5	5	5	6	NA	4.5	MD
8	Jennifer A.	18	DI	5	5	5	5	5	5	6	NA	4.5	MD
9	Héctor Gallardo	43	DI	3	5	5	5	5	5	6	NA	4.2	AM
10	William M.	38	DI	5	5	5	5	5	5	6	NA	4.5	MD
11	Silvia	18	SD	3	4	4	4	4	4	4	NA	4.0	AM
12	Alicia	18	DI	3	4	5	3	4	4	3	NA	4.0	AM
13	Aurora	39	DI	3	4	4	4	5	4	4	NA	4.0	AM
14	Roxana	21	DI	4	4	4	3	4	3	2	NA	3.4	AMD
15	María Guadalupe	22	DI	3	4	4	4	3	4	2	NA	3.4	AMD
16	Gerardo Barrios	21	DI	3	3	4	4	4	4	4	NA	3.7	AM
17	Juan Armando	27	DI	3	3	4	4	4	4	4	NA	3.7	AM
18	Carlos Barba	16 - 21	AUT	4	5	4	4	4	4	4	NA	4.1	AM
19	Pedro A.	38	SD	3	3	3	4	3	4	3	NA	2.2	DC
20	José	25	DI	2	3	4	4	3	3	3	NA	3.1	AMD
21	Sheila	18	DI	4	5	5	4	4	5	3	NA	4.3	AM



ANEXO 5 TABLA DE VACIADO DE DATOS

22	Luis Cesar R.	27	AUT	4	5	5	5	5	5	5	NA	4.8	MD
23	Alexis de Jesús	26	AUT	5	5	5	5	5	5	6	NA	5.0	MD
24	Ofilio	16 - 21	DI	3	4	4	4	4	3	3	NA	3.5	AM
25	Alejandra	16	DI	5	5	5	5	5	5	5	NA	5.0	MD
26	Carlos Andrade	13 - 15	SD	3	3	4	4	2	3	2	NA	3.0	AMD
27	Sergio Martínez	22 M	DI	4	4	5	5	5	5	4	NA	4.5	MD
28	María Elena	22 M	DI	4	5	5	5	4	5	4	NA	4.6	MD
29	Celina G.	24	SD	4	4	4	4	5	5	5	NA	4.4	AM
30	Héctor A.	27	AUT	3	5	5	5	5	5	2	NA	4.3	AM



ANEXO 5 TABLA DE VACIADO DE DATOS

Códigos:

S: Auto informe del paciente.

C: Informe de conducta del cuidador.

T: Observación de conducta del terapeuta.

NO: No se observó.

Puntaje:

- Independiente (I): 6 Puntos.
- Modificada dependencia con supervisión (MD): 5 Puntos.
- Asistencia mínima (AM): 4 Puntos.
- Asistencia moderada (AMD): 3 Puntos.
- Dependencia completa con máxima asistencia (DC): 2 Puntos.
- Asistencia total (AT): 1 Punto.

ANEXO 6





