Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional Tesis de Terapia Ocupacional

2010

Discapacidad intelectual : desempeño en las actividades de la vida diaria

Nicosia, Patricia Alejandra

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/761

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4076

Carrera de Lic. en Terapia Ocupacional.
Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social
Universidad Nacional de Mar del Plata

"Discapacidad Intelectual: desempeño en las Actividades de la Vida Diaria."

Nicosia, Patricia Alejandra

Trabajo Final
Abril de 2010

DIRECTORA

Nélida M. Horno

Dra. en Medicina. Ex miembro del CONICET

TESISTA

Patricia A. Nicosia

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 4076
Signatura top
Vol
Universidad Nacional de Mar del Plata
27 SEP 2012

AGRADECIMIENTOS

** A mamá por sostener mi vuelo;*

** A papá por iluminarme desde su estrella;*

** A Gaby y Mateo por acompañarme y dejarme alcanzar mi sueño profesional;*

** A Vero, Carlín y amigos por no dejarme bajar los brazos;*

** A Juan, por ser mi mensajero de lujo;*

** A Ma. Inés, Carmen, Marta, Norma y Sebastián por asesorarme y apoyarme en el primer tramo del camino de la investigación;*

** A Nélida, Alejandra y Lili por su apoyo permanente, personal y profesional, en el esfuerzo final por alcanzar la meta.*

"No te des por vencido, ni aún vencido;

No te sientas esclavo, ni aún esclavo;

Trémulo de pavor, piénsate bravo

Y arremete, feroz, ya mal herido". Almafuerte

INDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1
TÍTULO, PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	Pág. 4
ESTADO ACTUAL	Pág. 5
MARCO TEÓRICO	Pág. 11
1. Modelo de Ocupación Humana	Pág. 12
2. Terapia Ocupacional y Discapacidad Intelectual	Pág. 20
3. Retraso Mental	
3.1. Definición y características	Pág. 22
3.2. Criterios diagnósticos y tipos de Retraso Mental	Pág. 28
3.2.1 Retraso Mental Leve	Pág. 29
3.2.2 Retraso Mental Moderado	Pág. 31
3.2.3 Retraso Mental Severo	Pág. 33
3.3. Incidencia	Pág. 36
3.3.1 Resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad	Pág. 39
3.4. Discapacidad Mental y Sociedad	Pág. 41
4. Actividades de la Vida Diaria	Pág. 43
4.1. Origen y evolución del término A.V.D.	Pág. 43
5. Terapia Ocupacional y Actividades de la Vida Diaria	Pág. 48
ASPECTO METODOLOGICO	
I. Definición de las variables de Investigación	
Definición Científica	Pág. 52
Definición Operacional	Pág. 52
II. Dimensionamiento de la Variable	
Aspectos Institucionales	Pág. 54
Aspectos del Personal	Pág. 55
Aspectos de los Concurrentes	Pág. 57
III. Características del Diseño de Investigación	
Población	Pág. 59
Muestra	Pág. 60
Tipo de Muestreo	Pág. 60
Criterios de selección de la muestra	Pág. 60
IV. Técnicas de recolección de datos	Pág. 61
V. Trabajo de Campo	Pág. 62
VI. Análisis de Datos	Pág. 63
VII. Conclusiones	Pág. 87

VIII. Bibliografía General Pág. 91
IX. Páginas consultadas en Internet Pág. 94
X. Glosario Pág. 95

X. Anexos
Anexo I: Perfil Institucional Pág. 97
Anexo II: Solicitud de autorización para la investigación Pág. 102
Anexo III :Consentimiento Informado para participar (observación y evaluación) Pág. 103
Anexo IV :Consentimiento Informado para participar (encuesta) Pág. 105
Anexo V: Cuestionario Pág. 107
Anexo VI: Taller sobre AVD Pág. 109
Anexo VII: Planilla de registro para recolección de datos Pág. 112

INTRODUCCION

La **Terapia Ocupacional** es un servicio profesional que comparte con otros profesionales el objetivo común de garantizar una óptima **calidad de vida** de las personas con **discapacidad Intelectual**, entendida ésta desde un enfoque que subraye, en primer lugar, a la persona como cualquier otro individuo de nuestra sociedad y basada en la interacción del sujeto y su contexto.
Si consideramos que las Actividades de la Vida Diaria son aquellas que la persona realiza para mantener su independencia personal, debemos pensar en el desempeño de las mismas no como una rutina sino como favorecedoras del sentimiento de realización personal, aumentando la autoestima y creando la posibilidad de ser autosuficiente, resignificando al sujeto y dándole la posibilidad de adecuarse al ambiente social al que pertenece.

El presente trabajo de investigación surge a partir de la concurrencia realizada en el Centro de Día para Disminuidos Mentales "JUNTOS" de la ciudad de Neuquén Capital, integrado por adolescentes, jóvenes y adultos de entre 17 y 60 años con retraso mental en sus diferentes grados (de moderado a profundo).
A partir de esta experiencia surgió el interés por profundizar sobre las posibilidades de intervención desde Terapia Ocupacional en este tipo de población.

Al realizar una revisión bibliográfica se evidencia que se presta poca atención al campo de retraso mental, son pocos los trabajos de investigación que se centran en estudiar a esta parte de la población con discapacidad intelectual.

Teniendo en cuenta que el objetivo general de este Centro de Día es favorecer el desarrollo de las potencialidades de la persona con discapacidad mental promoviendo mayor independencia y autovalimiento en un marco socio – afectivo de contención, donde la calidad del vínculo permita encontrar modelos de comportamiento que favorezcan el desarrollo de sus posibilidades hacia una mejor calidad de vida, aparece la figura del Terapista Ocupacional como miembro de un equipo interdisciplinario que contribuye a estimular la máxima independencia personal del sujeto apuntando a alcanzar un patrón de vida que se adecue a los requerimientos del medio y responda a sus intereses.

De alguna manera esto responde a la tesis postulada por L. Llorens[1] que plantea a la Terapia Ocupacional como un "proceso facilitador" que acompaña al sujeto en el logro de tareas cotidianas, respondiendo de manera eficiente a los estímulos del ambiente en el que se desenvuelve.

Al ser las Actividades de la Vida Diaria uno de los ejes fundamentales de intervención de la Terapia Ocupacional, surge la necesidad de conocer cual es el nivel de independencia para el desempeño de estas actividades de los concurrentes del Centro de Día JUNTOS y que factores inciden sobre esto.

El Marco de Referencia que sostiene esta investigación es el Modelo de Ocupación Humana que ubica a las Actividades de la Vida Diaria como parte de la conducta ocupacional y que son realizadas por cada individuo de una manera única, según

[1] Llorens, Lela. Marco de Referencia del Desarrollo. Citada por Carole J. Simon en "Fundamentos Teóricos y Filosóficos de la Terapia Ocupacional (1998).

sus experiencias, el ambiente y los modelos de conductas aprehendidos a lo largo del tiempo.

En el desarrollo de este trabajo aparecerán definidos los conceptos de Retraso Mental (y el nuevo paradigma de la AARM: discapacidad intelectual) y de Actividades de la Vida Diaria, además del rol del Terapista Ocupacional respecto de esta problemática.

Título: "Discapacidad Intelectual: desempeño en las Actividades de la Vida Diaria".

Problema: ¿Qué factores inciden en el nivel de independencia para el ejecución de las Actividades de la Vida Diaria en jóvenes de 20 a 35 años con Discapacidad Intelectual que concurren al Centro de Día para Disminuidos Mentales "Juntos" de la ciudad de Neuquén Capital?

Objetivo General:

Analizar que factores inciden (desde diferentes ópticas) en el nivel de independencia para la ejecución de la Actividades de la Vida Diaria en jóvenes con Discapacidad Intelectual que concurren al Centro de Día para Disminuidos Mentales "Juntos" de la ciudad de Neuquén Capital.

Objetivos específicos:

1.- Comparar los factores que se relacionan con el nivel de independencia de los jóvenes que concurren al Centro de Día JUNTOS, según la perspectiva de profesionales, personal auxiliar y los mismos protagonistas.

2- Conocer el nivel de independencia en Actividades de la Vida Diaria según el compromiso intelectual.

3- Realizar un aporte a la Institución, según los resultados obtenidos, respecto del nivel de independencia en las Actividades de la Vida Diaria y el grado de discapacidad intelectual de la población de estudio.

ESTADO ACTUAL

Según la revisión bibliográfica realizada se hallaron los siguientes datos respecto del tema elegido para esta investigación.

En Quito, en 1996, se realizó un estudio aplicado en oligofrénicos[2].

Este estudio presenta al lector la importancia que tiene la Terapia Ocupacional en pacientes con retardo mental, y por ende el trabajo realizado durante un año (1996) en la sala de oligofrénicos del Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

De un total de 42 pacientes, el 30.9% son varones y el 66.6 % son mujeres con edad promedio de 29.5 años, todos con diagnóstico de retardo mental cuyo grado varía del moderado al profundo.

Se ha realizado el seguimiento de 15 pacientes integrados en el área de Terapia Ocupacional, siendo el 20% hombres (3) y el 80% mujeres (12).

Después de haber sido evaluados en lo referente a: Independencia en actividades de la vida diaria (A.V.D), Función músculo – esquelética, Psicomotricidad, Destreza, se ha podido aplicar en varias actividades como: armar juegos didácticos de encaje recíproco, manualidades, recreación, gimnasia, con el fin de hacer más soportable su existencia hospitalaria y el desarrollo de destrezas y habilidades, brindando por consiguiente, una rehabilitación acorde a sus necesidades, mejorando así su calidad de vida.

Se concluyó que la atención que requiere cada uno de los pacientes de la sala amerita esfuerzo, constancia, conocimiento real de la patología y la oportunidad que por derecho les corresponde como seres humanos, que ha pesar de sus limitaciones, tienen un valor singular, cambiando así la imagen del tratamiento y

---

[2] Molina Palacios, Gladys; Salazar Días, Ángela; Sarzosa Guerra, Richard "Terapia Ocupacional en retardo mental: sala de oligofrénicos, Hospital Psiquiátrico Julio Endara". Quito, 1996.

atención que anteriormente se venía realizando en este tipo de pacientes de la sala de oligofrénicos del HPJE.

En el año 2001 en Tennessee, EEUU, se realizó un estudio[3] sobre adultos jóvenes con discapacidades del desarrollo y sus familias, el impacto de la cultura, el acceso a los servicios de cuidado médico y los servicios de salud basados en la comunidad. Es poca la información que existe sobre las necesidades de los padres y demás miembros de la familia que viven con adultos jóvenes con discapacidades del desarrollo lo que plantea un desafío importante para los terapistas ocupacionales que pueden proporcionar los elementos necesarios para restablecer las habilidades (o evitar un deterioro mayor) de estas personas y posibilitar que tengan un futuro mejor.

El mismo año, en Louisiana (EEUU), se publicó una evaluación[4] sobre la utilidad funcional de las actividades en el tratamiento de adultos con discapacidades severas.

Muchos adultos con discapacidades severas pasan cantidades considerables del tiempo en programas de centros de día. Se evaluó el grado en el que estos programas aportan actividades útiles y apropiadas a la edad de estos adultos.

Observaciones realizadas en 100 comunidades indicaron que el 75% ofrecía actividades acordes a la edad. Estos resultados permitieron que los administradores

---

[3] Barnhart, RC. "Adultos jóvenes con inhabilidades del desarrollo y sus familias: desafíos para Terapistas Ocupacionales y Terapistas físicos". Tennessee, EEUU. 2001

[4] "Evaluación de la utilidad funcional de las actividades en el tratamiento del adulto con inhabilidades severas". Centro Humano del Desarrollo. Louisiana, EEUU. 09-2001

de estos programas evalúen por comparación las actividades y reconozcan la necesidad de cambios.

Dos años después, en noviembre de 2003, la Universidad de Umeá (Suecia)[5] realizó un estudio para determinar la validez de un método de evaluación para el funcionamiento en las Actividades de la Vida Diaria en personas con discapacidad del desarrollo.

Se experimentó con personas con diversos tipos de inhabilidades del desarrollo que presentaban dificultades en su desempeño en las actividades de la vida diaria. El propósito de este estudio era determinar la validez de este instrumento de evaluación, utilizado por terapistas ocupacionales, que considera no solo el aspecto motor sino también las habilidades en el proceso de ejecución, es decir que, no solo evalúa la dependencia en las AVD sino también la calidad de cada acción específica que se realiza cuando una persona desempeña estas actividades.

Los datos fueron recopilados a partir de 1724 participantes con diversas discapacidades del desarrollo, incluyendo discapacidad intelectual, parálisis cerebral, espina bífida. La estadística demostró que las tareas y los artículos de la escala de evaluación tenían una validez aceptable.

Los participantes tenían una respuesta válida en el aspecto motor pero tenían niveles levemente más bajos de lo previsto en las habilidades del proceso para la concreción de las AVD.

Los resultados indican que, con discapacidad más severa, pueden presentar diferentes perfiles de funcionamiento, ya que solo el 3% resolvió las tareas con un nivel mas bajo del esperado.

---

[5] Kottorp, A – Bernspang, B. "Validez de una evaluación del funcionamiento en las actividades de la Vida Diaria para la gente con inhabilidades de desarrollo". Suecia. 2003

En agosto de 2005, en Kentucky, se realizó un estudio comparativo sobre la calidad de vida de adultos con discapacidad del desarrollo[6]. Este estudio plantea que la construcción de la calidad de vida ha ganado importante atención en los servicios humanos en los últimos 20 años.

Se investigó la diferencia en la calidad de vida entre los adultos con discapacidades del desarrollo y la población en general. Las diferencias fueron encontradas en las escalas que medían bienestar y la toma de decisiones, determinando que los adultos con discapacidades del desarrollo están en desventaja significativa respecto de la calidad de vida en comparación con la población en general.

Tres meses después, en octubre de 2005, la Universidad de Quebec (Canadá), presentó otro estudio sobre la relación entre la calidad de vida y la autodeterminación[7]. El objetivo de este estudio era evaluar la relación entre autodeterminación y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual de cuatro países: Canadá, EEUU, Bélgica y Francia.

Los participantes eran 182 adultos con discapacidad leve que vivían en comunidad (con las familias o en forma independiente). La calidad de vida fue medida mediante un cuestionario y la autodeterminación fue medida usando la versión del adulto de la Escala de Autodeterminación.

---

[6] Sheppard – Jones K, -Thompson, Prout H – Kleinert, H. "Dimensiones de la Calidad de Vida en adultos con inhabilidades del desarrollo". Kentucky, EEUU. 2005

[7] Verdugo, M.A- Walsh, P.N. "La relación entre la calidad de vida y la autodeterminación. Universidad de Quebec, Canadá. 2005

El análisis de correlación de los datos indicó que las características de autodeterminación de la mayoría de los miembros del grupo evaluado inciden en la calidad de vida de los mismos.

En Belfast (Irlanda), en 2008, se presentó un estudio sobre la eficacia del entrenamiento en las habilidades cotidianas en personas con discapacidad intelectual[8].

Las personas con inhabilidades intelectuales tienen a menudo dificultades en las tareas diarias, requiriendo entrenamiento para aumentar la independencia funcional. Este estudio midió la eficacia del entrenamiento en las habilidades para el uso del teléfono y para realizar compras en la comunidad.

El ensayo fue concretado con un grupo control seleccionado al azar formado por 40 niños entre 9 y 11 años. El grupo recibió intervención del programa de entrenamiento durante 8 semanas (el grupo control no recibió ningún tratamiento).

Todos los participantes fueron evaluados antes y después del tratamiento en las tareas de manejo del teléfono y realización de compras (previo análisis de las actividades).

Los resultados demostraron una diferencia estadística altamente significativa entre el grupo que recibió intervención y el grupo de control respecto de la tarea de realizar compras, en cambio no hubo diferencia significativa respecto del uso del teléfono. Los resultados sugirieron que el entrenamiento en estas habilidades cotidianas era eficaz.

---

[8] Drysdale, J –Casey, J- Portero- Armstrong, A. "Eficacia del entrenamiento en las habilidades cotidianas en personas con discapacidad intelectual". Belfast, Irlanda. 2008

En México, en el año 2008, se publicó un artículo[9] que describe una mejor práctica en el campo de la discapacidad intelectual con el programa para la vida independiente ofrecido por el Centro de Atención Integral y Desarrollo para las personas con Discapacidad Intelectual (CADI) en ese país. Plantea una descripción detallada de un programa eficaz que fomenta la autonomía, inclusión social y alta calidad de vida en la gente que presenta discapacidad intelectual.

El programa abarca cuatro áreas: un área terapéutico – académica que enseña las habilidades de la vida diaria, un área del desarrollo de esas habilidades, un área de habilidades vocacionales y un área para la independencia en el vivir cotidiano.

Se divide en tres niveles: iniciación al vivir independiente, integración e independencia social (que provee a los participantes las habilidades necesarias para la inclusión social y la independencia económica) y práctica y ayuda psicológica (que ofrece el asesoramiento para resolver situaciones particulares y permite mantener su autonomía).

Todas estas investigaciones se sostienen de alguna manera en el nuevo paradigma sobre retraso mental que considera que el retraso mental es producto de la interrelación entre las capacidades de la persona, las expectativas del medio y el funcionamiento que tiene en los diferentes ámbitos.

De este modo, desde Terapia Ocupacional, se busca mantener la independencia en las Actividades de la Vida Diaria para mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual y su entorno familiar.

---

[9]Katz, G – Rangel-Eudave, G- Allen-Leigh, B- Lazcano-Ponce, E. "Una mejor práctica de la educación y servicios de ayuda para la vida independiente de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual". México. 2008

MARCO TEORICO

Uno de los pilares que sostiene esta investigación es la tesis postulada por L. Llorens[10] que plantea a la Terapia Ocupacional como un "proceso facilitador" que acompaña al sujeto en el logro de tareas cotidianas, respondiendo de manera eficiente a los estímulos del medio en el que se desenvuelve.

Las capacidades naturales del individuo (potencialidades innatas con intensidad y ritmos propios de cada sujeto) mas las experiencias con el medio familiar, social y ambiental, son los ejes que sustentan un crecimiento y desarrollo óptimos.
Si se produce una alteración en alguno de estos ejes, se interrumpe el crecimiento provocando un desbalance entre las exigencias del ambiente y las posibilidades de dar respuesta.

Es allí donde juega un rol importante la intervención desde Terapia Ocupacional, utilizando estrategias y actividades que aumentan las capacidades, acortando la distancia entre expectativas y habilidades, entre el potencial remanente y lo esperado.
Identificado el déficit, el objetivo es alcanzar un nivel de realización óptimo que favorezca el desempeño del sujeto y facilite su desenvolvimiento en su propio ambiente, que se desarrolle como persona con motivaciones y metas que apunten a intereses y expectativas propias y que establezca relaciones interpersonales favorables.

[10] Llorens, Lela (1970): *Marco de Referencia del Desarrollo.* Citada por Simon, Carole J. en "Fundamentos Teóricos y Filosóficos actuales de Terapia Ocupacional (1998)

1.-MODELO DE OCUPACION HUMANA

El Modelo de Ocupación Humana[11] describe al hombre como un Sistema Abierto y a la Ocupación Humana como la interacción del sistema con el ambiente.

El ciclo básico del sistema abierto comienza con la **entrada de información** proveniente del ambiente. El joven con discapacidad intelectual incorporará entonces los objetos y modos de vida que le proporciona la institución y su familia.

De acuerdo a cómo se **procese** la información recibida del ambiente se producirá una **respuesta** que mediante el mecanismo de **retroalimentación**, determinará **reacciones en el ambiente** y le posibilitará **aprender** las consecuencias de su conducta.

La propia acción del sistema genera nueva información para el cambio, dando como resultado acciones más flexibles en la interacción con el ambiente. Tal es el caso de las AVD, donde a través del ejercicio y la práctica se hace posible el desempeño de las mismas de una manera lo mas independiente posible.

El sistema de ciclo abierto describe el proceso de Terapia Ocupacional, ya que las personas son capacitadas para mantener y cambiar su capacidad funcional a través de su participación en ocupaciones dirigidas.

De este modo, el proceso de Terapia Ocupacional, apunta a la comprensión de la toma de información necesaria para el desarrollo de las tareas, la traducción y uso de la información para el desempeño y la forma de ejecutarla como resultado de cambios o retroalimentación.

---

[11] Kielhofner, Gary y otros. 1980

Para explicar cuestiones básicas como por qué y cómo las personas eligen participar en determinadas ocupaciones o qué ocurre para organizar las conductas en patrones adaptativos de desempeño, aparece el concepto de **subsistemas** relacionado con lo que será la adaptación o transformación que se produce en el interior del organismo. Estos son: **voluntad, hábitos y desempeño**.

Los subsistemas son entidades funcionalmente coherentes que constituyen un sistema total. Cada subsistema tiene su propia estructura y función y todos interactúan de forma jerárquica (el mas alto gobierna los mas bajos). De esta manera, el **subsistema volitivo** es el mas alto y es el responsable de elegir la participación en ocupaciones, el **subsistema de hábitos** es el intermedio y es el responsable de la organización de la conducta en determinados patrones y el **subsistema del desempeño** es el mas bajo y es el responsable de producir acción.

SUBSISTEMA VOLITIVO:

Está compuesto de recurso de energía e imágenes internas. La fuente de recurso de energía aparece para explorar y conocer su ambiente y adquirir dominio sobre tareas y sobre el curso de sus vidas; provee energía para participar en una ocupación pero debe también contar con elecciones que son influenciadas por imágenes internas que el individuo tiene de si mismo como participante del mundo que lo rodea. Esas imágenes son las que proveen de causas personales, valores e intereses.

Las causas personales están relacionadas con las creencias del individuo sobre su efectividad (si sus destrezas personales son o no eficaces para determinada situación, es decir, expectativas de éxito o fracaso).

Los valores están relacionados con lo que es bueno y lo que está bien; proveen de un sentido de obligación para participar en determinadas ocupaciones y desempeñarse de determinada manera.

Los intereses están relacionados con las preferencias de un individuo para las ocupaciones, basado en experiencias de placer y satisfacción.

Los jóvenes con discapacidad intelectual asimilan **valores**, es decir, las imágenes acerca de lo que es bueno, correcto e importante del ambiente en que viven; del mismo modo, el ambiente también tiene relación con la formación del **interés** en una ocupación.

SUBSITEMA DE HABITOS:

Es el subsistema responsable de organizar la conducta del individuo en patrones o modelos. Está compuesto por un grupo de imágenes (roles y hábitos) que guían la conducta automática en la vida cotidiana.

Los roles son imágenes que las personas tienen de la posición o lugar que ocupan en varios grupos sociales y de la obligaciones relacionadas con estas posiciones (lo que la sociología denomina status).

El equilibrio del rol es el grado en el cual la gente es capaz de integrar satisfactoriamente los roles en un modelo de vida y proveen de un SENTIDO DE IDENTIDAD.

El **rol ocupacional** llega a ser la actividad en la vida de la persona que contribuye a la sociedad, por lo tanto define el valor social de la persona. El **rol** es el patrón de comportamiento esperado, asociado con una posición particular dentro del grupo

social en el que se vive, definiendo el status social y los comportamientos esperados.

Los hábitos son imágenes que llevan al desarrollo rutinario de desempeños en algunas esferas de la vida diaria. Los hábitos pueden guiar las Actividades de la Vida Diaria automáticamente. El grado de organización o desorganización en la estructura de hábitos reflejará la eficiencia y consistencia del desempeño diario. Los hábitos pueden ser flexibles o rígidos. Los modelos de conducta deben conformar patrones aceptados en el grupo social y el individuo va a ser juzgado como competente.

Por lo expuesto podemos decir que la disponibilidad de tiempo para la realización de las AVD y la repetición de las mismas, favorece el desarrollo de **hábitos.**

SUBSISTEMA DEL DESEMPEÑO:

Es el responsable de las conductas ocupacionales. Está compuesto de destrezas, aptitudes o habilidades. Hay tres tipos de destrezas:

- destrezas perceptivo – motoras: relacionadas con las habilidades para seleccionar e interpretar información sensorial y efectual movimientos voluntarios coordinados.
- destrezas de procesamiento: relacionadas con la habilidad para tratar con sucesos del medio (las conductas aparecen como planificación o resolución de problemas).
- destrezas de comunicación e interacción: relacionadas con las habilidades para tratar con la gente y para recibir y compartir información.

En este subsistema hay constituyentes simbólicos (referidos a la internalización de las reglas: imágenes que guían el desempeño óptimo), neurológicos y músculo - esqueléticos (referidos al sistema nervioso y muscular para aceptar la información sensorial y efectuar la acción muscular).

Podemos decir, de este modo, que las Actividades de la Vida Diaria se adquieren a través de la experiencia (exploración, imitación y repetición). Es probable que las expectativas del entorno respecto del desempeño en las AVD en personas con discapacidad intelectual sean menores y, en consecuencia, la estimulación sea menor y por lo tanto, la independencia no se logre.

EL MEDIO

Mientras que los tres subsistemas dan forma a la salida o respuesta del sistema individual de conducta, ésta está altamente influenciada por el ambiente externo en el cual se lleva a cabo el desempeño.

El medio incluye cuatro estratos:

- los objetos (usados cuando se ejecuta una tarea) las tareas (situaciones que se desempeñan en el medio, por ejemplo: manejar un auto, cortar papel, etc.). Las AVD son tareas porque constituyen una secuencia de acción apuntando a satisfacer los requerimientos sociales externos y las motivaciones internas de explorar y lograr un desempeño aceptable.
- los grupos sociales (colecciones naturales de individuos: familias, clubes, etc.)
- la cultura (con valores y tecnología, que tienen impacto social en el desempeño individual)

De este modo, el comportamiento ocupacional consiste en los esfuerzos por contribuir productivamente en la sociedad y en participar en los eventos placenteros de la cultura.

Según Feuerstein[12], *"los retos y exigencias de los nuevos roles en la sociedad del conocimiento, obligan a todos a mejorar sus capacidades para aprender permanentemente y ello no es posible si no se desbloquean las deficiencias adquiridas y los estados de incompetencia".*

Las personas son funcionalmente ocupacionales cuando satisfacen las expectativas de la sociedad y las necesidades de participación productiva y placentera y actúan de tal forma que permiten la exploración y el dominio, mantener y mejorar los hábitos, valores, intereses, roles, destrezas y creencias.

La preocupación del Terapista Ocupacional debe apuntar a determinar de qué manera los diferentes déficits (en este caso, la discapacidad intelectual) impactan sobre las habilidades para participar en la conducta ocupacional "normal". Algunos procesos de enfermedad intervienen sobre los subsistemas provocando efectos negativos en hábitos o desempeño, limitando la posibilidad de elegir adaptativamente o desempeñar conductas ocupacionales sin poder hacer elecciones.

[12] Feuerstein, Reuven. La teoría de la Modificabilidad Estructural Cognitiva. 1954-1965

LA OCUPACION COMO TERAPIA

El Sistema Nervioso desempeña diferentes funciones o actividades que explican neurofisiológicamente la capacidad de las personas para adaptarse humanamente a las nuevas circunstancias, recurriendo a la experiencia vivida en otras situaciones. Conocer que pueden existir **funciones deficientes** es importante para entender y diagnosticar el nivel de desarrollo de las personas y posibilita, de algún modo, "corregirlas" para el logro de un adecuado funcionamiento cognitivo y afectivo.
La disfunción ocupacional describe un mal funcionamiento en la relación entre una persona y el ambiente, con la consecuente desorganización de los subsistemas y sus componentes. Los factores que intervienen provienen tanto del ambiente como de la persona.

La terapia debería consistir en apoyar y capacitar la reiniciación del ciclo del sistema abierto, ayudando a las personas a participar en las ocupaciones directa o indirectamente. El modelo posibilita que el Terapista Ocupacional pueda comprender mejor los factores que interrumpen el desempeño y seleccionar el curso adecuado del tratamiento.

Este modelo esta influenciado por el trabajo de Mary Reilly[13] , basado en la idea de que el individuo requiere de una serie de capacidades mínimas para el desarrollo de sus roles vitales de manera satisfactoria y adecuada a las exigencias del contexto social.

[13] Reilly, Mary. Modelo de Comportamiento Ocupacional. 1962-1974.

El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad para ejecutar las tareas que hacen posible la concreción de "roles ocupacionales".

En este sentido el rol del Terapista Ocupacional consiste en ayudar al sujeto – paciente a alcanzar la máxima independencia posible en las áreas de desempeño ocupacional (actividades de auto-cuidado, trabajo, actividades productivas y actividades de ocio y juego) y a reasumir los antiguos roles o asumir otros nuevos que respondan a su capacidad residual y fundamentalmente a sus intereses y motivaciones.

Según Begonia Polonio López[14], el desempeño ocupacional se sostiene en tres pilares fundamentales:

- Áreas del Desempeño: que incluye AVD, Actividades Productivas (adquisición y desempeño laboral) y Actividades de Ocio y Juego.
- Componentes del Desempeño: que incluye aspectos sensitivos – motores, cognitivos y psicosociales.
- Contexto del Desempeño: que incluye aspectos temporales (relacionados con el ciclo vital y el nivel de discapacidad) y entorno propiamente dicho (físico, social y cultural).

[14] Polonio López, Begonia. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica.* 1° Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2004.

2.-TERAPIA OCUPACIONAL Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La Terapia Ocupacional es uno de los muchos servicios profesionales que comparten el objetivo común de asegurar una elevada calidad de vida de las personas con Discapacidad Intelectual.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)(1999) define a la Terapia Ocupacional como *"el análisis y la aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y le capacita para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas, o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar, en la medida de lo posible, como miembro de su entorno personal, social, cultural o económico".*

El terapeuta podrá intervenir según el momento evolutivo del sujeto. En todos los casos, deberá tener en cuenta la familia del sujeto como elemento de suma importancia impactado por la discapacidad de su miembro y por su potencial apoyo natural en el proceso de intervención.

El Terapista Ocupacional lleva a cabo acciones tendientes a obtener y relevar los signos y síntomas que presenta la persona con discapacidad intelectual en las áreas de la conducta biopsicosocial, a través de observaciones clínicas, entrevistas y evaluaciones y en función de la información obtenida podrá realizar la planificación terapéutica.

Las acciones graduadas y sistematizadas contribuyen al logro de la máxima expresión de las capacidades potenciales del sujeto con discapacidad intelectual y a la interacción e integración social.

La intervención desde Terapia Ocupacional apunta a la funcionalidad de la persona, es decir, el equilibrio entre las exigencias del ambiente y sus posibilidades para responder adecuadamente a las tareas cotidianas, incluyendo AVD.

El Terapista Ocupacional intenta que la persona con discapacidad intelectual logre un desempeño lo mas autónomo posible y una interacción óptima con el ambiente, mejorando su **CALIDAD DE VIDA**.

3.-RETRASO MENTAL

3.1.-Definición y características.

Es difícil realizar una definición de Retraso Mental no solo por lo complejo del diagnóstico sino también por la dificultad de encontrar características comunes dentro de la individualidad de cada sujeto.

Una definición adecuada debería incluir además de la variable intelectual, aspectos afectivos, sociales y culturales de cada individuo.

La OMS define a los *Deficientes Mentales* como *"individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos". "La Deficiencia Mental es un trastorno definido por la presencia de una desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, tales como las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. La adaptación al ambiente está siempre afectada. La determinación del grado de desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo al medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos".*

En el Congreso Mundial de Barcelona, 1978, se definió Deficiente Mental como toda persona que presenta dificultades para atender por sí sola, total o parcialmente, las necesidades de la vida individual y/o social, como consecuencia de un déficit, congénito o no, de sus capacidades mentales.

En nuestro país, la Academia Argentina de Letras acepta el término *"Discapacitado"* a raíz de una consulta formulada en 1972 y reiterada en 1977 por la Dirección Nacional de Rehabilitación.

En grandes líneas se refiere a individuos con capacidades diferentes al común, según su ambiente, sexo y edad, y permite pensar en el desarrollo de las llamadas capacidades residuales o remanentes.

La definición del DSM IV es la que permite, de alguna manera, comprender los aspectos básicos del Retraso Mental.

Se puede definir al Retraso Mental como un trastorno cuya característica esencial es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio (un CI[15] de aproximadamente 70 o inferior) que se acompaña de limitaciones de la actividad adaptativa de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años.

Este trastorno tiene diferentes etiologías y puede ser considerado como el resultado final de varios procesos patológicos que afectan el funcionamiento del sistema nervioso central.

La capacidad adaptativa antes mencionada hace referencia a la forma de cada sujeto de responder a las exigencias de la vida cotidiana y a la autonomía personal esperable según edad, origen socio-cultural y rol social.

[15] CI: Coeficiente Intelectual: valor que define la capacidad intelectual general y que se obtiene mediante tests de inteligencia estandarizados.

Pueden influir diferentes factores: motivacionales, rasgos de personalidad, posibilidades de crecimiento social y la existencia de patologías asociadas (sensorial, motora, comunicativa, etc.)

Autores como, Marchesi, Coll y Palacios, hacen referencia a la influencia del medio ambiente. En su libro "*Desarrollo psicológico y educativo*"[16] refieren que, "*como efecto de la capacidad reducida para aprehender y para anticipar consecuencia de las propias acciones, la persona con retraso mental dispone de una reducida capacidad de autocontrol y de aplazamiento de la gratificación*".
Estos autores manifiestan no saber hasta que punto estas características derivan del propio retraso o más bien *"de experiencias ligadas no tanto al retraso mental sino mas bien al modo en que la sociedad reacciona ante estas personas"*.

A los fines de la Investigación, esta definición de retraso mental teniendo en cuenta exclusivamente el CI sería suficiente pero el nuevo paradigma de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM -2002) nos aporta un concepto mucho más abarcativo y, sin dudas más adecuado a lo que se pretende transmitir en este trabajo, ya que se aleja de la concepción de retraso mental como rasgo del individuo para basarse en la interacción de la persona y el contexto.
La AARM define el retraso mental como *"una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el* ***funcionamiento intelectual*** *y en la* ***conducta adaptativa*** *que se manifiesta en* ***habilidades adaptativas conceptuales, sociales***

[16] Marchesi, A; Coll, C; Palacios, J. *Desarrollo psicológico y educativo. Necesidades educativas especiales.* Capítulo: La Deficiencia Mental, pág. 135, Tomo III. Editorial Alianza Psicológica, 1.999

***y prácticas**. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años".* De allí el término **discapacidad intelectual.**

Esta definición postula cinco premisas esenciales:

I) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en un contexto de ambientes típicos de los iguales en edad y cultura.

II) Una evaluación válida debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, las diferencias de comunicación y aspectos sensoriales, motores y de comportamiento.

III) En una persona las limitaciones coexisten con capacidades.

IV) Para describir las limitaciones es importante desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.

V) Si se ofrecen apoyos personalizados adecuados durante un tiempo prolongado, el funcionamiento de la vida de la persona con retraso mental mejoraría.

De este modo se pasa de un concepto basado únicamente en el Cociente Intelectual a una concepción que categoriza a los sujetos según sus necesidades de apoyo para alcanzar la adaptación.

Los **apoyos** son el concepto clave del modelo. Se definen como *"recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal del sujeto y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y organizaciones".*

Las necesidades de apoyos se clasifican según la intensidad de los mismos, teniendo en cuenta tres parámetros: frecuencia, tiempo de apoyo diario y tipo de apoyos.

Estos son:

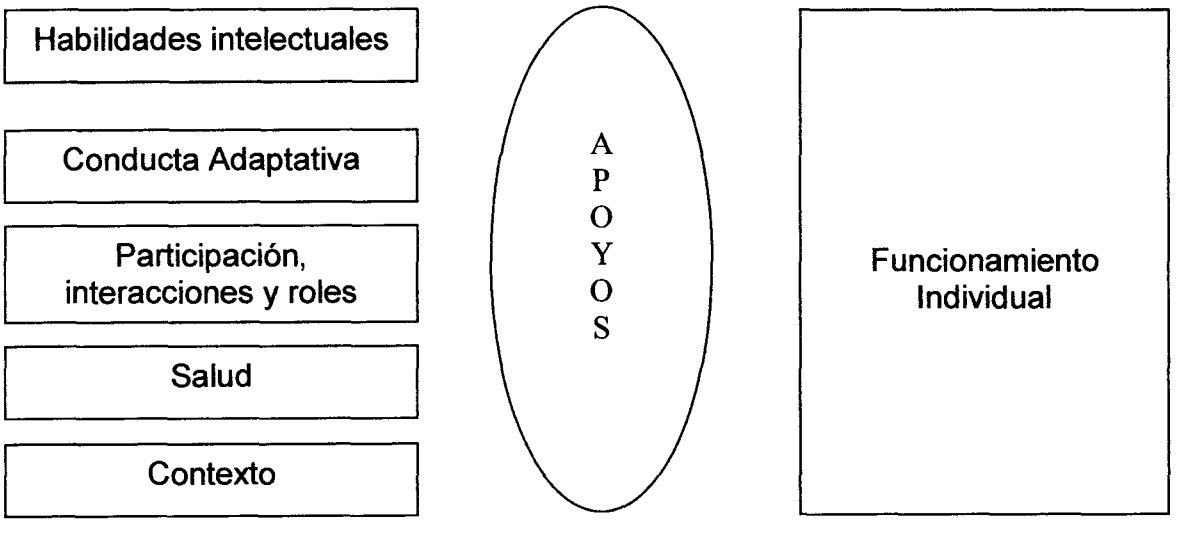
* Intermitentes: se caracteriza por su naturaleza episódica (la persona no necesita siempre los apoyos o requiere apoyos de corta duración).

* Limitado: se caracteriza por su persistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente.

* Extenso: se caracteriza por su regularidad en al menos algunos ambientes y sin limitación temporal.

* Generalizado: se caracteriza por su estabilidad y elevada intensidad, proporcionada en distintos entornos, con posibilidad de mantenerse toda la vida.

MODELO DE RETRASO MENTAL DE LA AARM ,2002:



El modelo incluye cinco dimensiones:

Dimensión I: Habilidades intelectuales. La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye "razonamiento, planificación, solucionar problemas,

pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia".

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica), aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria.

Dimensión III: Participación, interacción y roles sociales, y tiene que ver con la medida en que el sujeto está involucrado con su entorno.

Dimensión IV: Salud (física, mental y etiológica).

Dimensión V: Contexto (ambiente y cultura) en los cuales las personas viven e interactúan cotidianamente.

Este modelo tiene tres funciones: diagnóstico, clasificación y planificación de los apoyos, y en cada una de estas funciones se tienen en cuenta las cinco dimensiones.

El Terapista Ocupacional es considerado un apoyo y el objetivo de intervención es el de facilitar el apoyo necesario para cada deficiencia para que el sujeto pueda alcanzar su máximo nivel de adaptación.

3.2.-Criterios diagnósticos y tipos de Retraso Mental.

Las diferentes clasificaciones internacionales y europeas consideran el Retraso Mental como: *"Un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognoscitivas, lenguaje, motrices y socialización".* Se trata, pues, de una visión pluridimensional del R.M. en sus aspectos biológicos, psicológicos, pedagógicos, familiar y social.

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad de acuerdo con el nivel de compromiso intelectual:

- Retraso Mental Leve (CI entre 50/55 y 70),
- Retraso Mental Moderado (CI entre 35/40 y 50/55),
- Retraso Mental Grave o Severo (CI entre 20/25 y 35/40),
- Retraso Mental Profundo (CI inferior a 20/25).

Si bien estos datos psicométricos permiten establecer una clasificación de la patología de estudio es importante tener en cuenta que las posibilidades de adaptación e integración se van modificando con la edad si el sujeto recibe los estímulos adecuados a sus necesidades.

3.2.1 Retraso Mental Leve

Supone el 85% de todas las personas con retraso mental y son considerados como "educables". En la mayoría de los casos no existe un etiología orgánica, debiéndose a factores constitucionales y socioculturales, por lo que suelen pasar inadvertidos en los primeros años de vida ya que su aspecto físico suele ser normal aunque puede haber algún tipo de retraso psicomotor, poniéndose de relieve el retraso coincidiendo con la etapa escolar donde las exigencias son mayores. Tienen capacidad para desarrollar los hábitos básicos como alimentación, vestido, control esfínteres, etc., salvo que la familia haya tenido una actitud muy sobreprotectora y no haya fomentado dichos hábitos.

Pueden comunicarse haciendo uso del lenguaje tanto oralmente como por escrito, si bien, presentarán déficits específicos o problemas (dislalias) en alguna área que precisará de refuerzo. Con los adecuados soportes pueden llegar a la Formación Profesional o incluso a Secundaria.

Respecto de su conducta motora, aparecen con frecuencia grados variables de torpeza motriz que se evidencia des de el punto de vista de su adecuación social y en función de su grado de ajuste a señales, consignas u otros estímulos cognitivos.

En cuanto a aspectos de la personalidad suelen ser obstinados, tercos, muchas veces, como forma de reaccionar a su limitada capacidad de análisis y razonamiento.

La voluntad puede ser escasa y pueden ser fácilmente manejables e influenciados por otras personas con pocos escrúpulos y, por tanto, inducidos a cometer actos hostiles.

Como se sienten rechazados, con frecuencia prefieren relacionarse con los de menor edad a los que pueden dominar.

Los de mejor nivel intelectual, al ser más conscientes de sus limitaciones, se sienten acomplejados, tristes y huraños.

En la vida adulta pueden manejarse con cierta independencia, trabajando en diferentes oficios con buen rendimiento en las tareas manuales

Las personas con retraso mental leve muestran una reducción significativa de su curiosidad, dirigida habitualmente a objetivos de orden práctico lo que obstaculiza el aprovechamiento de su experiencia. En su razonamiento predomina lo perceptivo por sobre lo intelectual y el egocentrismo infantil, caracterizado por la dificultad para considerar las cosas desde otro punto de vista que no sea el propio.

Etiología:

- Factores orgánicos: malnutrición, factores genéticos, infección.
- Empobrecimiento del entrono social: la pobre estimulación del niño probablemente produzca un retraso mental leve. Puede presentarse cuando se combinan múltiples factores adversos: subsistencia material, malnutrición, familias numerosas, hacinamiento físico, bajo nivel educativo de los padres, entre otros.
- Causas desconocidas.

3.2.2 Retraso Mental Moderado

Se considera que entre las personas con retraso mental el 10 % lo presenta en grado moderado.

La etiología suele ser orgánica por lo que presentan déficits somáticos y neurológicos que se hacen presentes desde la infancia, aunque muchos de ellos pueden presentar un aspecto físico "normal".

En su origen, es común que se especule con anomalías genéticas y cromosómicas, encefalopatías, epilepsia y/o trastornos generalizados del desarrollo (TGD), e incluso, autismo o psicosis infantil hasta establecer un diagnóstico diferencial definitivo.

E desarrollo motor en este tipo de retraso se caracteriza por poseer un retraso generalizado con la coexistencia de conductas motrices primitivas con otras mas avanzadas (persiste la actividad refleja mas allá de los períodos "normales").

Se observan alteraciones en la orientación y organización espacio –e temporal, y en la percepción y control del propio cuerpo (esquema corporal).

Se observa compromiso en el equilibrio (estático y dinámico), lo que produce alteraciones en la coordinación dinámica general con marcha defectuosa, sin elasticidad, con aumento de la base de sustentación, torpeza motora y frecuentes contracturas y sincinesias.

Por su grado de compromiso intelectual pueden llegar a adquirir hábitos elementales que les permitan desempeñarse con cierta independencia en su vida cotidiana.

Respecto de su capacidad de comunicación, ésta puede ser variable; algunos podrán expresarse verbalmente (pero difícilmente por escrito) y otros presentarán deficiente pronunciación y ausencia total de la capacidad para escribir.
Su capacidad intelectual es intuitiva y práctica.
Pueden adquirir conocimientos relacionados con mecanismos simples, memorizados, con dificultad para comprender significados y establecer relación entre los elementos aprendidos.
Son educables a través de *programas educativos especiales*, aunque presenten limitaciones de base.

El carácter que predomina en estos niños es el de la hiperquinesia con aparición frecuente de rabietas. Les gusta reclamar la atención del adulto y pueden utilizar cualquier método para conseguirlo, en especial, aquellos niños que tienen menguadas sus capacidades de expresión verbal.
La afectividad es muy lábil con manifestaciones exageradas de sus sentimientos, pudiendo pasar de la búsqueda afectiva de un adulto a mostrar con él un comportamiento desobediente e incluso provocador y agresivo.

La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples, dependiendo del grado de estimulación recibida.

3.2.3 RETRASO MENTAL SEVERO

El retraso mental severo se evidencia ya en las primeras semanas de vida, aunque los niños afectados no presenten características morfológicas especiales (excepto si presentan Síndrome de Down). Su desarrollo físico es generalmente normal en peso y estatura; no obstante, muestran, por lo general, una total hipotonía abdominal y, consecuentemente, leves deformaciones torácicas con frecuentes escoliosis. Suelen tener insuficiencia respiratoria (respiración corta y bucal) y posibilidad de apnea (suspensión transitoria de la respiración).

Como conductas motrices alteradas están la marcha, el equilibrio, la coordinación dinámica y grandes dificultades de relajación. La paratonía es muy evidente, y las sincinesias, numerosas.

Estos niños pueden realizar algunas adquisiciones verbales, pero su lenguaje es muy elemental. El vocabulario es muy restringido; la sintaxis, simplificada, y suelen presentar trastornos distónicos. La mayoría de ellos tienen considerables dificultades en la coordinación de movimientos, con defectuoso control de la respiración y de los órganos de fonación.

Están incapacitados para emitir cierto número de sonidos, en especial algunas consonantes. La lengua y los labios carecen de necesaria movilidad, la articulación de los fonemas es errónea o débil.

Para llegar a la palabra, deben vencer su incapacidad de seguir un ritmo variado. Consiguen hablar y aprenden a comunicarse, pero no pueden desarrollar el lenguaje escrito.

En cuanto a su personalidad, las diferencias individuales son muchas, aunque son características comunes los estados de agitación o cólera súbita, alternando con la inhibición y los cambios bruscos e inesperados del estado de ánimo. Son frecuentes las situaciones de angustia generalizada.

La inseguridad y la falta de confianza en sí mismos suelen estar presentes en todas las situaciones, sobre todo ante alguna actividad que no les sea familiar. En estos casos necesitan constantemente pedir ayuda o protección. Pueden aprovechar el entrenamiento encaminado a conseguir cierta independencia y automanutención.

Consiguen desarrollar actitudes mínimas de autoprotección frente a los peligros más comunes, siempre que hayan podido beneficiarse de un ambiente propicio. Podrán realizar trabajos mecánicos y manuales simples bajo control.

El grupo de personas con retraso mental severo incluye el 3 – 4% de los individuos con retraso mental.

Durante los primeros años de la niñez alcanzan un lenguaje comunicativo escaso o nulo. En la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades básicas de cuidado personal. Alfabeto y cálculo suelen ser limitados pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la "supervivencia".

En la adultez pueden ser capaces de realizar tareas simples bajo supervisión. Generalmente se adaptan bien a la vida en comunidad, excepto que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o requiera algún tipo de asistencia.

3.3 INCIDENCIA

Con posterioridad al Censo 2001, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), que se desarrolló en dos etapas. En la primera, se incluyó una pregunta destinada a detectar hogares con al menos una persona con discapacidad en el Censo 2001. Los datos obtenidos proporcionaron el marco para seleccionar la muestra de hogares en la que se aplicó la encuesta. La muestra estuvo conformada por una mayoría de hogares con al menos una persona con discapacidad y una proporción menor de hogares sin ninguna persona con discapacidad.

La segunda etapa fue la realización de la encuesta, que tuvo lugar en las principales localidades del país entre noviembre 2002 y el primer semestre de 2003.

Por el momento están disponibles los resultados de hogares con al menos una persona con discapacidad y población con discapacidad del total nacional y de las regiones de los centros urbanos con 5.000 habitantes o más. A nivel provincial sólo se tendrán resultados para las provincias con suficientes unidades primarias de muestreo seleccionadas para el diseño de la muestra.

El 7,1% de la población tiene alguna discapacidad. En números absolutos se trata de 2.176.123 personas, dado que la ENDI fue relevada en una muestra de hogares de centros urbanos de al menos 5.000 habitantes[17].

La distribución por sexo de las personas con discapacidad muestra un leve predominio de mujeres: el 53,6% son mujeres y el 46,4% restante, varones. Debe recordarse que en el total de la población, las mujeres son el 52,0% y los varones, el

[17] Resultados de la ENDI - Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad - realizada por el INDEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - www.indec.gov.ar -)

48%. Por eso, la prevalencia entre las mujeres es algo mayor que entre los varones (7,3 y 6,8 respectivamente).

La distribución por edades muestra que el 11,7% de las personas con alguna discapacidad son menores de 15 años, el 48,5% tiene entre 15 y 64 años y el 39,8% restante (866.258 personas) tienen 65 años o más. En el total de la población, las personas en edad avanzada (65 años y más) son el 9,9%. Esto significa que la prevalencia de la discapacidad en las personas mayores sea del 28,3%, frente a una prevalencia del 5,5% en las edades entre 15 y 64 años y del 3,0% entre los menores de 15 años.

Respecto de la relación de parentesco con el jefe de hogar de las personas con discapacidad, en el 43,9% de los casos se trata de jefes/as de hogar, 23,6% de hijos y las/los cónyuges representan el 16,7%.

La ENDI indagó respecto de la cantidad de discapacidades por persona: el 73,9% de las personas con alguna discapacidad tiene una, el 20,2% dos y hay un 5,9% que tiene tres o más. Entre las personas con tres o más discapacidades (128.182), el 45,4% (58.208 personas) tiene 75 o más años de edad.

¿Cuáles son las discapacidades más frecuentes? En primer lugar, las motoras (39,5%). Le siguen las discapacidades visuales (22,0%), auditivas (18,0%) y **mentales (15,1%)**.

Dentro de cada tipo de discapacidad, se especificó en subtipos. Así resulta que dentro de las discapacidades motoras, como se dijo, las más frecuentes entre las discapacidades, el 61,6% corresponde a miembros inferiores, 30,0% a miembros inferiores y superiores y 8,4% a miembros superiores.

Situaciones de este tipo de discapacidad son la falta o parálisis o atrofia de uno o dos pies o las piernas, uno o dos brazos o las manos, dificultad permanente para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado; dificultad permanente para agarrar objetos con una o dos manos; dificultad permanente para caminar o subir escaleras; necesidad o utilización en forma permanente de silla de ruedas, andador, muletas, bastones canadienses, férulas, prótesis, etc.

El 92,9% de las discapacidades visuales son dificultades para ver y el 7,1% cegueras (45.235). Por dificultades para ver se entiende que aún con anteojos o lentes se tiene dificultad permanente para ver de cerca, de lejos, o que se tienen otras dificultades para ver.

El 86,6% de las discapacidades auditivas son dificultades para oír y el 13,4% restante, sorderas (69.753).

Por dificultades para oír se entiende una dificultad permanente para oír lo que se dice, y/o la necesidad o utilización de audífono para oír lo que se dice y/o la necesidad de leer los labios para entender lo que se dice. La sordera es no poder oír ningún sonido.

El 63,2% de las discapacidades mentales son retrasos mentales (275.863) y el 36,8%, problemas mentales (160.444). Se entiende por retraso mental el tener algún retardo o retraso mental que dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse, y por problema mental tener en forma permanente algún problema mental que dificulte relacionarse y/o trabajar (por ejemplo psicosis infantil, autismo, etc.). La concurrencia a un hospital de día o centro educativo terapéutico por retardo o problemas mentales fue considerada un indicador de discapacidad mental.

3.3.1 Primeros resultados de la encuesta nacional de discapacidad (ENDI) I.

5.257 2/2 INDEC - ENDI

Del total de personas con alguna discapacidad, el 38,4% no tiene cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual. En la región del noreste (NEA) esta proporción supera el 50%.

Uno de los resultados más importantes de la ENDI es que permite ver a las personas con discapacidad en su calidad de miembros de hogares. La discapacidad no es solo un atributo de las personas individuales sino que caracteriza al hogar en que esa persona vive. Mientras la discapacidad caracteriza al 7,1% de las personas, el 20,6% de los hogares -uno de cada cinco hogares de la Argentina- alberga al menos una persona con discapacidad. Se trata de 1.802.051 hogares, una cifra que expresa más claramente la magnitud de la situación de la discapacidad. Como se verá en los resultados a difundir próximamente, son las familias o el resto de los miembros del hogar, los que se ven especialmente involucrados por la presencia de al menos un miembro en esta situación. Este estudio estadístico confirma la idea de que una persona con discapacidad es una persona que necesita apoyo y asistencia y que su familia y el resto de los miembros de su hogar son su principal recurso.

La ENDI -Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad- es una encuesta complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, relevado en 2001. En aquella oportunidad se incluyó una pregunta destinada a detectar hogares con al menos una persona con discapacidad. Esos datos tuvieron como objetivo proporcionar un marco para seleccionar una muestra a visitar con un formulario específico.

La ENDI fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003 en una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos de todo el país. El universo de la muestra es la población residente en localidades de al menos 5.000 habitantes, que representa el 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total. El diseño muestral de la ENDI permite resultados a nivel de total del país (conjunto de los centros urbanos de al menos 5.000 habitantes), regiones, provincias (para doce de ellas) y grandes aglomerados. Los resultados que estarán disponibles próximamente son para el total del país y seis regiones.

La ENDI - complementaria del Censo 2001- constituye la primera experiencia de este tipo en el país y en América Latina y tiene como objetivo *cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana dentro de su entorno físico y social.*

La encuesta destaca que en la región del Noroeste y Cuyo, la cifra supera el promedio nacional, ya que el 26% de los hogares tiene al menos una persona con discapacidad.

Según la ONU 1 de cada 10 personas tiene una deficiencia física, cognitiva o sensorial. Hay 600 millones de discapacitados en el mundo y 400 millones habitan en los países en vías de desarrollo

3.4 DISCAPACIDAD MENTAL Y SOCIEDAD

El nuevo paradigma del Retraso Mental plantea a la sociedad tres compromisos para con las personas con limitaciones de este tipo:

- Comprender sus limitaciones, ubicándolos en un plano de "normalización" y circunscribiéndolas a los aspectos que les son propios. Solo con este enfoque se podrá aceptarlas y comprenderlas para impulsar su integración.
- Confiar en sus capacidades. Si se ha conseguido comprender la limitación, se podrá también aprovechar la capacidad existente en cada persona para posibilitar su desarrollo real y práctico y la incorporación con plenos derechos y deberes de toda persona con retraso mental.
- Apoyar, para que con sus limitaciones y sus capacidades puedan aspirar a una participación en igualdad de condiciones con sus semejantes. Las personas con discapacidad intelectual, en su propia condición, tienen dificultad para realizar la búsqueda y la demanda del apoyo que precisan.

En nuestro país, los compromisos se ven explicitados en la Ley Nacional de Protección Integral de los discapacitados (Ley Nº 22.431) y en el Régimen Jurídico Básico e Integral para las personas discapacitadas (Ley de la Provincia de Buenos Aires Nº 10.592). El objetivo de éstas es eliminar la desventaja que la discapacidad provoca y darles la oportunidad mediante su esfuerzo de desempeñar en la sociedad un rol que le permita una vida lo mas "normal" posible.

Como postula Liliana Pantano, *"todo hombre (con discapacidad o sin ella) es una persona social que forma parte de una sociedad y participa de una cultura en la que influye y por la que es influido".*

Por ello es necesario indagar el medio social en el que vive la persona con discapacidad intelectual para proteger y acrecentar el básico respeto por la naturaleza humana.

A partir de esto se intenta poner en marcha lo inherente al principio de **integración** entendido como el grado de participación en la vida corriente de la comunidad. Esto supone el empeño de convertir a las personas con discapacidad en sujetos a título pleno.

Del principio de integración deriva el principio de **normalización** que sugiere que las personas con retraso mental son mejor asistidas cuando experimentan situaciones de la vida diaria lo mas normal posible, realizando actividades significativas y apropiadas para su edad.

La interacción placentera con el ambiente social y la participación en actividades significativas que conducen al desarrollo de nuevas habilidades pueden considerarse como elementos principales para mejorar la **calidad de vida**.

4.- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

"El ser humano es un ser activo por naturaleza que ocupa su tiempo en actividades encaminadas a responder a sus necesidades y deseos". El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad con intención, con propósito. Utilizando su capacidad de motivación intrínseca, el hombre es capaz de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objeto, con propósito.

La vida es un continuo proceso de adaptación. Los factores biológicos, psicológicos y ambientales, pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento de la vida. La actividad con propósito facilita este proceso de adaptación.

Las Actividades de la Vida Diaria son aquellas tareas ocupacionales que una persona lleva a cabo diariamente para desarrollar su rol y mantener su independencia personal. Incluye: vestido, alimentación, control de esfínteres (función de excreción), baño y arreglo personal.

También incluye movilidad (deambulación, cambios de posturas, entre otros) pero no se evaluará en este trabajo porque la muestra no incluye patologías asociadas que pudieran comprometer la movilidad.

4.1 ORIGEN Y EVOLUCION DEL TERMINO AVD

En 1919, 2 años después de la creación oficial de la Terapia Ocupacional, William Dunton, en su libro "*Reconstruction Therapy*" incluye fotografías de personas utilizando ayudas técnicas para la realización de actividades de aseo, laborales y de transporte.

De esta manera se puede decir que las actuaciones centradas en este tipo de quehacer humano siempre han estado vinculadas a la TO, sin embargo ha sido más compleja y tardía la definición de las AVD como objeto de evaluación y tratamiento. A pesar de que las AVD siempre han interesado a los Terapistas Ocupacionales, la locución con que nos referimos a esta faceta del quehacer humano no ha sido acuñada en nuestra profesión.

Peloquín (2000) cita la obra escrita en 1945 por George G. Deaver, "*The physical demans of daily life*", como el texto en que aparece por primera vez la expresión Actividades de la Vida Diaria para categorizar a este tipo de actividades a las que nos estamos refiriendo.

En la obra citada, Deaver y Brown, médico y fisioterapeuta respectivamente, crearon una escala de evaluación de 37 ítems en la que incorporaron un listado de estas actividades aunque no definieron como tal el concepto de AVD. La primera escala publicada en el contexto de la Terapia Ocupacional se basó en el trabajo de Deaver. Fue publicada en 1947 en la primera edición del manual "*Principies of Occupational Therapy*" de Willard y Spackman, el primero entre los libros de texto de nuestra disciplina. En 1950 aparece la primera escala de AVD desarrollada por Terapistas Ocupacionales publicada en la revista americana de Terapia Ocupacional dedicada a evaluar las destrezas de niños con Parálisis Cerebral (Romero y Martorell, 2003).

Recién en 1978 la Asociación Americana de Terapia Ocupacional elabora la primera definición de las AVD, en un documento denominado "*Glosario de términos utilizados en los estándares de práctica de la TO*".

Allí *"se definen como los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego / ocio".*

En el devenir histórico del concepto de AVD, en el glosario de la primera edición del libro Conceptos de Terapia Ocupacional, publicada en 1980 por Reed y Sanderson define AVD como *"las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de si misma independientemente, comprendiendo autocuidado, comunicación y desplazamiento".* Estas autoras introducen una de las características constitutivas de la AVD y perdurable en el tiempo: el cuidado personal de si mismo, del propio cuerpo, asociado, a su vez, a la independencia del sujeto.

En 1981, Pedretti incorpora nuevos aspectos, definiéndolas como*"tareas de automantenimiento, movilidad, comunicación y manejo del hogar que permiten al individuo alcanzar independencia personal en su entorno".*

Hasta aquí podemos encontrar las siguientes ideas asociadas al concepto de AVD:

- se conciben como tareas o componentes que forman parte de otras actividades
- tienen un valor auxiliar que posibilitarían la participación social del sujeto
- Se vinculan al cuidado personal en forma independiente.

Según esta revisión se podría decir que la evaluación y el abordaje de las AVD no ha sido tarea exclusiva de los Terapistas Ocupacionales, ya que las primeras escalas han sido elaboradas por fisioterapeutas y médicos.

A estas primeras definiciones le han seguido muchísimas otras de importantes autores pero a través del estudio de las mas destacas se puede establecer la evolución de la definición y de las actividades incluidas en ella.

En 1983, la definición de Trombly (traducida de "*Occupational Therapy of physical disfunction*"), en el valor auxiliar de las AVD antes mencionado, las nomina como *"aquellas tareas ocupacionales que una persona lleva a cabo para prepararse, o como un auxiliar, en la tareas propias de su rol".*

En la misma línea conceptual Mosey (1986) plantea que *"las AVD son todas aquellas tareas que uno debe empeñarse en llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida. Estas actividades pueden ser subdivididas en: autocuidado, transporte y comunicación. Las AVD también incluyen la responsabilidad de ser un amo de casa o un administrador de casa."*

Esta ampliación de la definición original produciría una división en el concepto y la clasificación de las actividades en dos categorías: Actividades de la Vida Diaria Básicas y Actividades Instrumentales, logrando un alto grado de acuerdo en nuestra disciplina.

Para tratar de resumir como se definen y clasifican actualmente las AVD, tomaremos como referencia la última edición del documento elaborado por la AOTA. (2002). Este documento ha sido elegido por su difusión y porque tiene como propósito definir el dominio que le concierne a la TO. *"Los terapeutas ocupacionales y auxiliares de TO se centran en asistir a la gente para implicarse en actividades de la vida diaria que consideren significativas y con propósito. El dominio de la TO es consecuencia del interés de la profesión en la capacidad del ser humano en comprometerse en actividades de la vida diaria".*

El amplio término que los Terapistas Ocupacionales y los auxiliares de TO usan para capturar la amplitud y el significado de la AVD es **ocupación**.

Hasta aquí, la locución de AVD usada en el texto hace referencia a un concepto muy amplio similar al de ocupación y equiparable al quehacer humano que permite a éste participar como tal en su medio.

Posteriormente se matizan las diferencias estableciendo que la **ocupación** es considerada un tipo de actividad caracterizada por tener significado y propósito únicos en la vida del sujeto, por ubicarse en un lugar central en su experiencia vital, aportándole identidad y sentimiento de competencia. Frente a esto, tomando la referencia de Pierce (2001), se define ACTIVIDAD como aquel tipo de acciones humanas dirigidas a una meta.

5.- Terapia Ocupacional y Actividades de la Vida Diaria

El Terapista Ocupacional es el especialista "responsable" de aumentar la independencia de las personas en las Actividades de la Vida Diaria ya que posee entrenamiento para evaluar y analizar el desempeño funcional del sujeto.

La evaluación desde Terapia Ocupacional posibilita conocer los factores que impiden el desempeño de determinadas tareas, ver si las deficiencias pueden corregirse, si la persona debe prender a realizar las tareas de cuidado personal o requerirá adaptaciones. De este modo se establece la importancia del desempeño independiente en las actividades en relación a los roles ocupacionales y su ambiente. Este es el objetivo de la rehabilitación, y particularmente de la Terapia Ocupacional, ya que debe determinar las habilidades y limitaciones del paciente.

El Modelo de Ocupación Humana (marco de referencia que sostiene esta investigación), ubica a las AVD formando parte de la conducta ocupacional.

Plantea que las AVD son realizadas por los individuos de manera única y propia, basada en sus creencias y preferencias, su experiencia, su ambiente y los modelos de conducta específicos que hayan adquirido a los largo del tiempo.

El desempeño adecuado en las Actividades de la Vida Diaria en personas con discapacidad intelectual es muy importante no solo porque se logra funcionalidad sino porque también se transmiten valores morales, culturales y sociales. De este modo, las AVD se relacionan con la adecuación de la persona al ambiente social y su independencia en las mismas posibilitará su aceptación social.

De este modo, las Actividades de la Vida Diaria son actividades que una persona realiza cada día para mantener su independencia personal, incluyendo aquellas tareas que una persona realiza regularmente para poder, de algún modo, participar en sus roles sociales y laborales.

Este trabajo de investigación se basa en las Actividades Básicas de la vida diaria relacionadas con el autocuidado e involucra: alimentación, vestido e higiene (aseo personal, baño corporal y rutinas de evacuación).

Como expone la T.O. Berenice Francisco[18] , *"las A.V.D. son comprendidas y utilizadas como repetición mecánica de actos o acciones físicas exigidas que se efectúa día a día"* y si bien este sentido no es cuestionable, *"aceptar este concepto es "sustituir la auténtica ejecución del hombre por funcionalismo (...) dejando de lado lo cotidiano, que es lo social, el contexto en que vivimos."*

El papel del Terapista Ocupacional frente a la discapacidad intelectual, se concreta en su participación profesional específica en el equipo multiprofesional, caracterizado por el trabajo en red, coordinado, que incluye el contexto del sujeto y especialmente a su familia y cuyo objetivo común es garantizar una óptima calidad de vida de estas personas.

La producción de motivación intrínseca a través de la formación de hábitos y, consecuentemente, motivación intrínseca a la tarea, es el fin primordial del abordaje desde T.O, entendiendo a la discapacidad intelectual desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como cualquier otro individuo de nuestra sociedad.

[18] Berenice Francisco, R. *"Terapia Ocupacional"*. Ed. Papirus. Brasil, 1988.

Lo que se debe evaluar debe ir mas allá de la inteligencia y de la medición del C.I. (cociente intelectual), para reflejar las habilidades sociales y prácticas que responden a la integración comunitaria satisfactoria.

El modelo de Ocupación Humana, que sustenta esta investigación, posibilita que el Terapista Ocupacional pueda comprender mejor los factores que interrumpen el desempeño y seleccionar el curso adecuado del tratamiento.

La intervención desde Terapia Ocupacional apunta a la funcionalidad de la persona, es decir, el equilibrio entre las exigencias del ambiente y sus posibilidades para responder adecuadamente a las tareas cotidianas, incluyendo AVD.

El Terapista Ocupacional intenta que la persona con discapacidad intelectual logre un desempeño lo mas autónomo posible y una interacción óptima con el ambiente, mejorando su **CALIDAD DE VIDA**.

Es importante no pensar en el desempeño de las AVD como rutina sino como favorecedor del sentimiento de realización personal, aumentando la autoestima y brindando la posibilidad de ser autosuficiente, resignificando al sujeto como PERSONA y posibilitándole la adecuación al ambiente social al que pertenece.

Para hacer una síntesis del rol del Terapista Ocupacional (sostenido por el Modelo de Ocupación Humana) y su incumbencia en el área de las Actividades de la vida Diaria y en especial, en el desempeño de las personas con discapacidad intelectual, me hago eco de lo que postulan Luckasson y cols. (2002):

" La discapacidad intelectual no algo que tú tienes, no es algo que tú eres, y tampoco es un trastorno médico o mental (...) es un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y está afectado positivamente por apoyos[19] individualizados."

[19] Apoyos: recursos y estrategias que promueven el desarrollo, intereses y bienestar de una persona. El T. O. es considerado un apoyo.

ASPECTO METODOLÓGICO

I.- DEFINICION DE LA VARIABLE DE INVESTIGACION.

Factores que inciden en el nivel de independencia para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria.

Definición científica:

Características o situaciones que afectan, de alguna manera, el desempeño de las Actividades Básicas Cotidianas, es decir, en aquellas tareas que permiten satisfacer las necesidades de autocuidado (alimentación, vestido, higiene, uso del baño y arreglo personal).

Estas características pueden tener relación con la Institución (aspectos institucionales), con el personal y / o con los protagonistas (concurrentes al Centro de Día con discapacidad intelectual).

Definición operacional:

Aspectos que surgen de las características de la Institución, del personal y de los concurrentes que afectan el desempeño en las Actividades de la Vida Diaria (alimentación, vestido, higiene, uso del baño y arreglo personal).

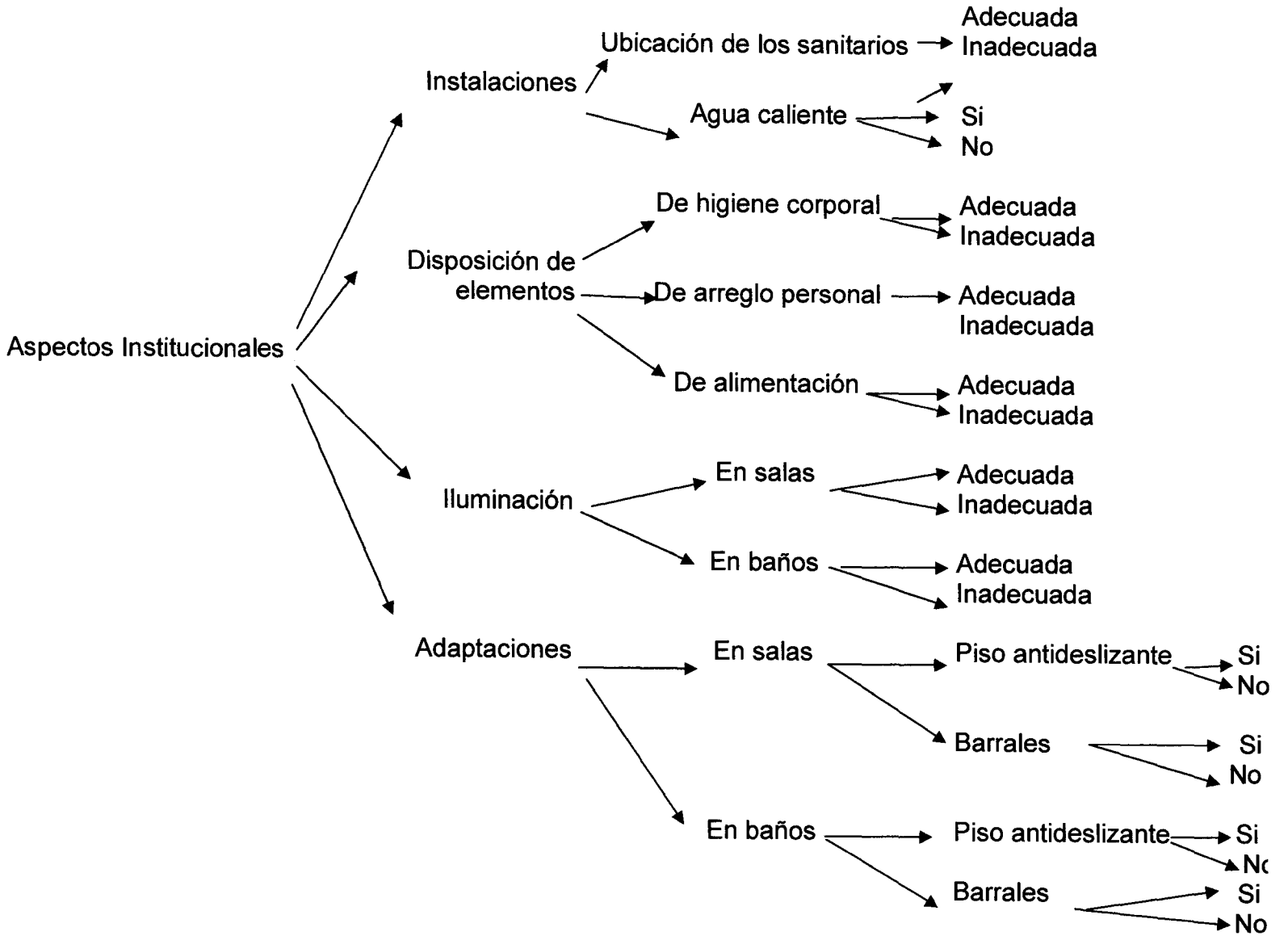
Los aspectos institucionales incluyen: instalaciones (ubicación de los sanitarios, agua caliente), disposición de los elementos (de higiene corporal, de arreglo personal, de alimentación), iluminación (en salas y en baños) y adaptaciones (en baños y en salas).

Los aspectos relacionados con el personal incluyen: dinámica laboral (horas diarias de trabajo, frecuencia semanal, años de trabajo en la institución, personas a cargo, modo de intervención en las AVD, trabajo en equipo) y capacitación (estudios cursados y asesoramiento en relación a las AVD).

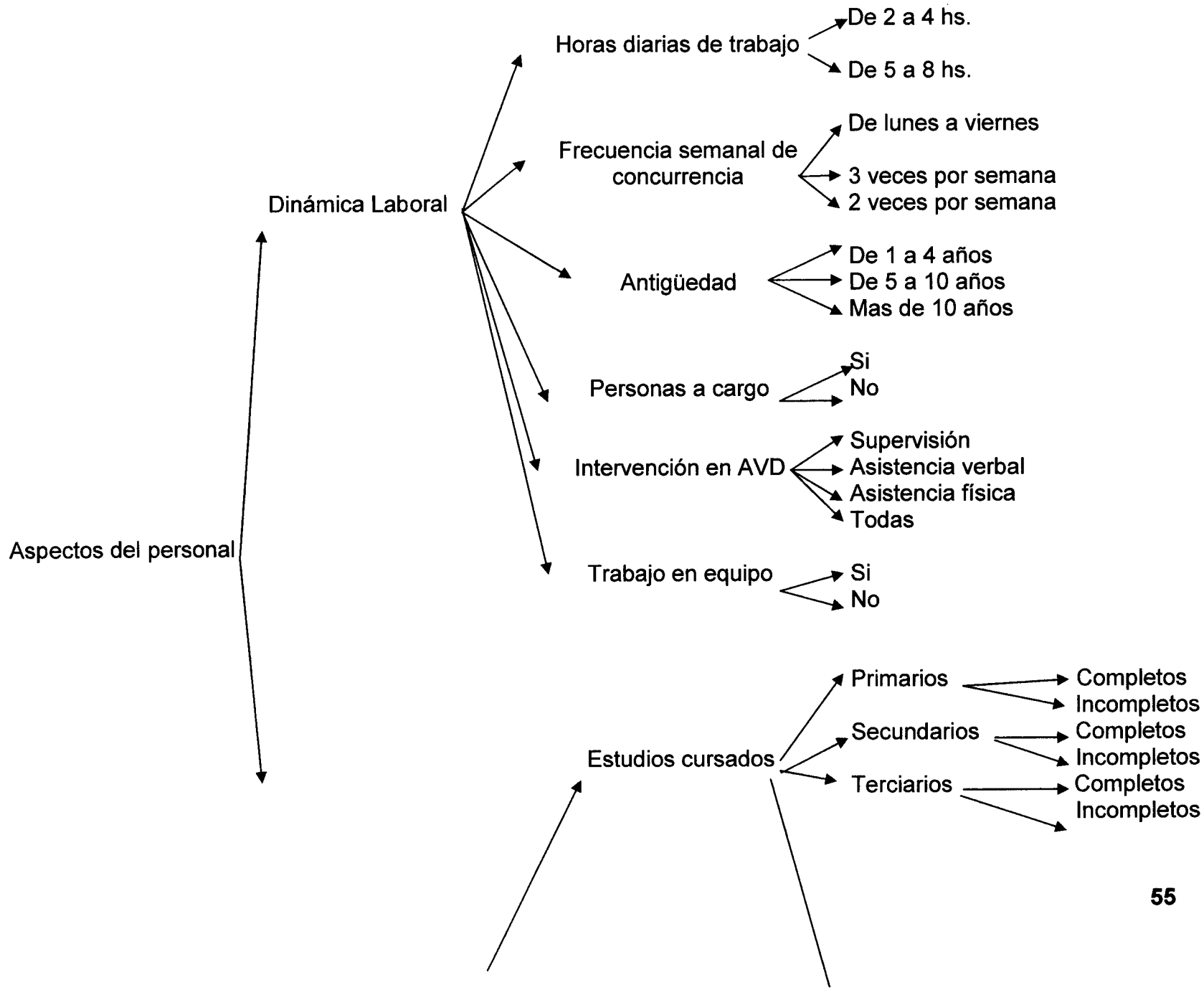
Los aspectos relacionados con los concurrentes con discapacidad intelectual incluyen: comprensión de consignas simples, reconocimiento de objetos de uso cotidiano, identificación de los objetos de uso personal, capacidad de asociación entre objeto y función, iniciativa para la actividad, capacidad para sostener la actividad, nivel atencional, posibilidad de imitar diferentes movimientos, demanda de supervisión, demanda de asistencia (física y/o verbal).

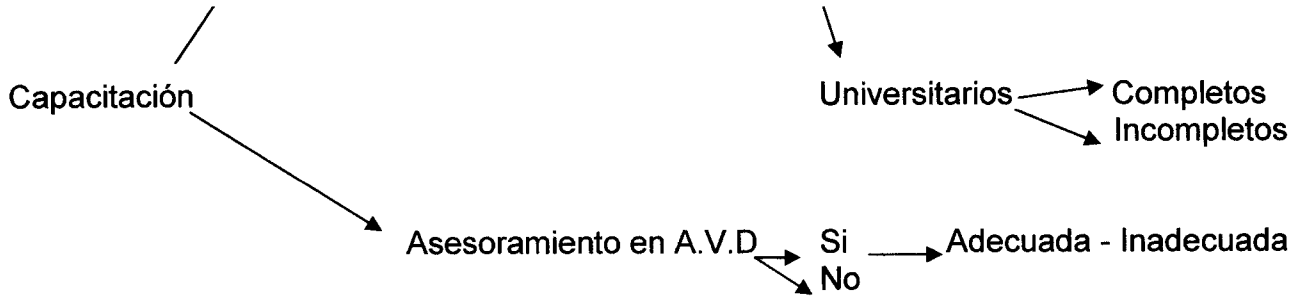
II.-DIMENSIONAMIENTO

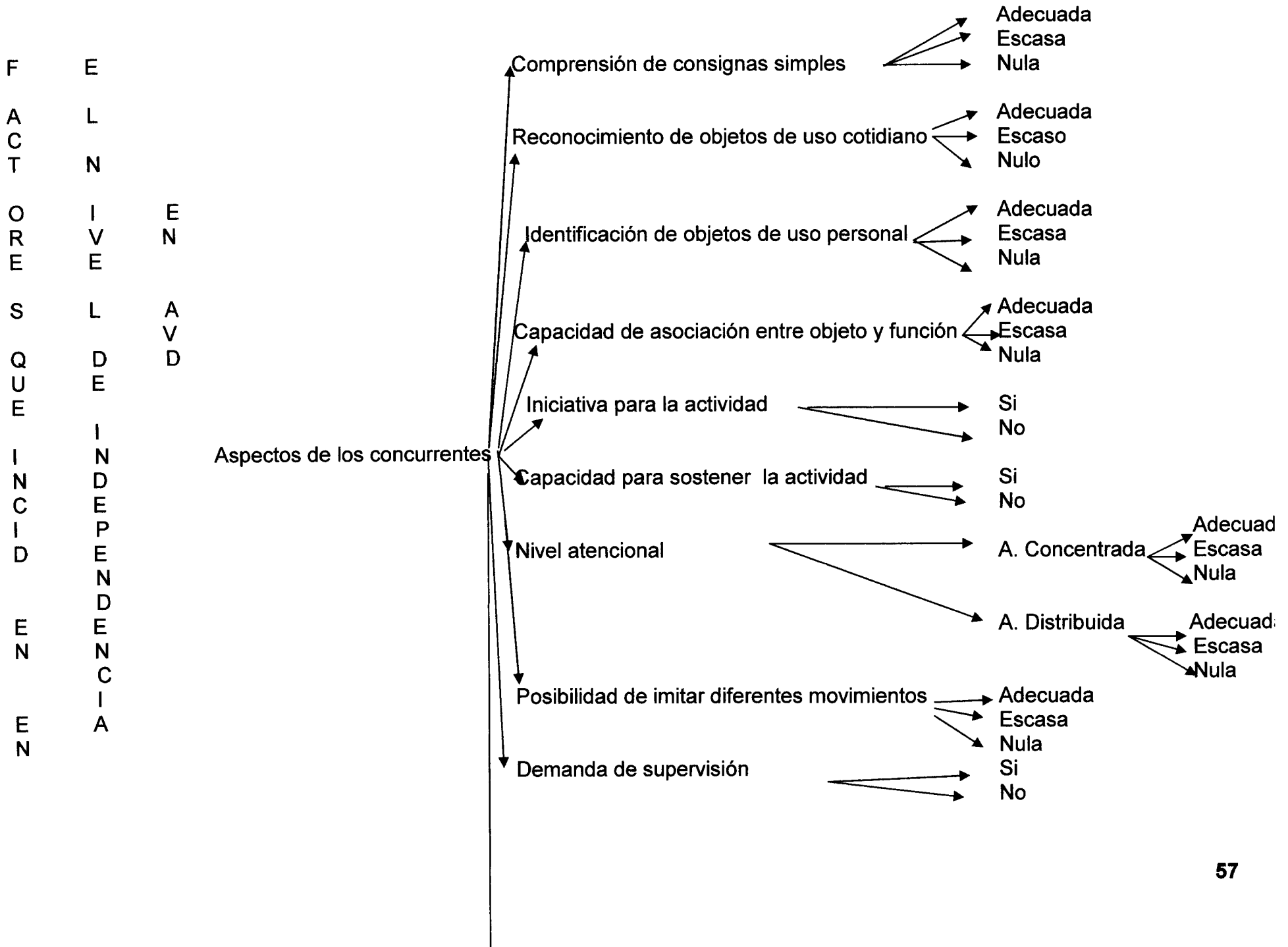
FACTORES QUE INCIDEN EN EL NIVEL DE INDEPENDENCIA EN LA VD

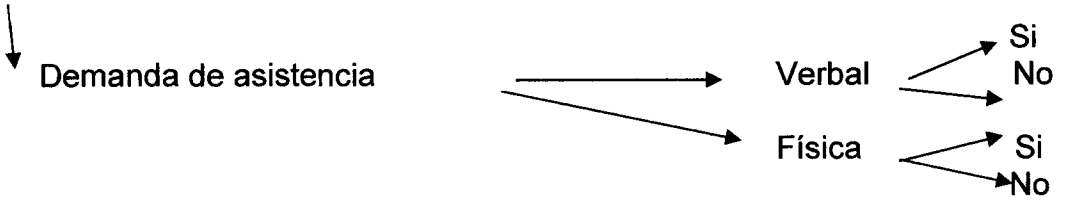


FACTOR ES QUE INCIDEN EN EL NIVEL DE INDEPENDENCIA EN AVD




Capacitación
Universitarios
Completos
Incompletos
Asesoramiento en A.V.D
Si
No
Adecuada - Inadecuada


FACTORES QUE INCIDEN EN EN
EL NIVEL DE INDEPENDENCIA
EN AVD
Aspectos de los concurrentes
Comprensión de consignas simples
Adecuada
Escasa
Nula
Reconocimiento de objetos de uso cotidiano
Adecuada
Escaso
Nulo
Identificación de objetos de uso personal
Adecuada
Escasa
Nula
Capacidad de asociación entre objeto y función
Adecuada
Escasa
Nula
Iniciativa para la actividad
Si
No
Capacidad para sostener la actividad
Si
No
Nivel atencional
A. Concentrada
Adecuad
Escasa
Nula
A. Distribuida
Adecuad
Escasa
Nula
Posibilidad de imitar diferentes movimientos
Adecuada
Escasa
Nula
Demanda de supervisión
Si
No


Demanda de asistencia
Verbal
Si
No
Física
Si
No

III.- Características del Diseño de Investigación:

Teniendo en cuenta la variable de esta investigación y los objetivos planteados, el tipo de diseño es no – experimental; se trata de una investigación **exploratorio - descriptiva**; es exploratorio, porque tiene con objetivo avanzar en el conocimiento de un tema ya estudiado, en este caso *la discapacidad intelectual,* pero intentando alcanzar aspectos novedosos no postulados en otras investigaciones y es descriptivo, porque se busca comprender las relaciones entre fenómenos que se producen en forma natural sin intervención del investigador, es decir, que no habrá manipulación de variables.

Se caracteriza a la población en estudio buscando establecer qué factores inciden en el nivel de independencia para su desempeño en la AVD.

El objetivo de la investigación descriptiva es observar y documentar aspectos de una situación que ocurre en forma natural.

Es de carácter **cuantitativo**, porque se intentará establecer las relaciones que influyen sobre la situación de estudio que aportarán conclusiones factibles de cuantificación.

Es **transversal** ya que se establece un período de tiempo determinado para describir la situación.

Población:

La población de estudio está constituida por 42 personas con discapacidad intelectual que concurren al Centro de Día "JUNTOS" de la ciudad de Neuquén Capital.

Muestra:

La muestra está integrada por 25 jóvenes entre 20 y 35 años con retraso mental moderado y severo que concurren al Centro de Día "JUNTOS" de la localidad de Neuquén Capital.

Tipo de muestreo:

El procedimiento utilizado para la selección de la muestra es no – probabilístico, intencional.

Las unidades muestrales fueron seleccionadas en forma no aleatoria, ya que se incluyeron en el estudio las personas consideradas según criterios de inclusión.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión

- Personas de ambos sexos
- Con edad cronológica entre 20 y 35 años
- Con diagnóstico de retraso mental moderado y severo
- Que concurren al Centro de Día "JUNTOS" en jornada completa (8 hs.)

Criterios de exclusión

- Personas con edad cronológica menor a 20 años
- Con edad cronológica mayor a 35 años
- Con patologías asociadas: alteraciones sensoriales (sordera, ceguera, etc.) y lesiones neurológica (hemiplejías, paraplejías, etc.)

IV.- Técnicas de recolección de datos:

Se utilizaron las siguientes técnicas:

* Recopilación documental: revisión de Legajos de cada unidad muestral lo que aportó datos socio - demográficos, diagnóstico clínico, tiempo de concurrencia a la institución, entre otros.

* Observación: en primera instancia fue no – estructurada, lo que nos permitió comprender el comportamiento y las experiencias de las personas como ocurren en su medio natural. Se intentó observar y registrar información sin intervenir en el escenario en el que se desempeña la acción (en este estudio AVD).

Se realizó una descripción general del medio a estudiar y se observaron las principales actividades, grupos y situaciones y luego se establecieron "estrategias de observación" para obtener los datos necesarios.

En una segunda instancia fue estructurada, seleccionando los comportamientos específicos a observar y preparando una planilla para registrar la información.

* Encuesta: se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas que se aplicó a todo el personal de la institución, lo que permitió obtener información respecto de la temática de esta investigación (Ver Anexo V).

V.-Trabajo de Campo:

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de preguntas cerradas al personal de la institución.

Los concurrentes (unidades muestrales) fueron observados y la información fue registrada en una planilla adaptada de la Evaluación de Cuidados Personales del Dpto. de Terapia Ocupacional del Instituto de Rehabilitación de Chicago (Anexo VII).

Con los jóvenes con discapacidad intelectual en grado moderado se realizó además un taller para establecer cuánto conocen sobre la AVD y cuál es el nivel de desempeño en la ejecución de las mismas (Anexo VI).

Es importante aclarar que los concurrentes cuentan con entrenamiento previo en la modalidad de taller y realizan semanalmente talleres estético – expresivos.

Inicialmente se realizó una reunión con el personal de la institución para presentarles los objetivos del trabajo de investigación y solicitarles su colaboración en la realización de las encuestas (subrayando el carácter anónimo de las mismas) e informarles de las observaciones del trabajo en las salas (especialmente al momento de la realización de las AVD), frente a los cual se mostraron predispuestos y sin reticencias.

Finalizada la reunión, se repartieron las encuestas, se informó del plazo de 15 días para la devolución de las mismas y se aclararon las dudas surgidas de la lectura de las planillas.

Los tiempos de trabajo de campo se administraron de la siguiente manera:

El primer día (luego de la reunión antes mencionada) se realizó la observación global de la institución para establecerlas características edilicias y condiciones ambiéntales de la misma.

En los días sucesivos se realizaron visitas particulares a cada sala (son cuatro) para observar la dinámica grupal y el desempeño individual de cada concurrente en la realización de las AVD.

A la semana siguiente se concretaron las observaciones estructuradas considerando los comportamientos específicos de la planilla de registro, aplicada especialmente a los concurrentes de la muestra.

Finalizado este registro se comenzó con el taller, con la modalidad descripta (un encuentro semanal de 45 minutos aproximadamente). Los concurrentes se mostraron entusiasmados y respondieron a las diferentes consignas con predisposición.

VI.- Análisis de datos:

Se utilizó el análisis estadístico descriptivo que explicita y resume las observaciones y las medidas del investigador (promedios, frecuencias, porcentajes).

Se realizaron además, tablas bivariadas y representaciones gráficas.

Para una mayor comprensión de los datos recogidos y en función de lo que la investigación pretende mostrar, los ejes fundamentales son:

A.- Características Institucionales;

B.- Características del personal;

C.- Características de los concurrentes.

A.- CARACTERISTICAS INSTITUCIONALES:

Respecto de la relación entre las condiciones edilicias de la institución y las necesidades de los concurrentes, el 72.2% de los encuestados respondió que la respuesta a la demanda de los jóvenes es positiva.

De lo observado se puede describir lo siguiente:

*** Disposición de los elementos:**

- De higiene corporal: adecuada;
- De arreglo personal: con dificultad para acceder a estos elementos, limitando la posibilidad de autosuficiencia;
- De alimentación: adecuada.

*** Instalaciones:**

- Ubicación de sanitarios: adecuada;
- Agua Caliente: adecuada.

*** Iluminación:**

- Natural y artificial con disposición adecuada.

*** Adaptaciones:**

- Los baños cuentan con pisos antideslizantes y barrales, no así las salas porque no hay concurrentes con elevado compromiso motor.

B.- CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL:

Tabla Nº 1: Participación del personal de la Institución en la Encuesta realizada.

Encuestas	**Nº**	**%**
Encuestas contestadas	18	78.26%
Encuestas no contestadas	5	21.74%
TOTAL	23	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 2 Sexo del personal que participó en la encuesta.

Sexo	**Nº**	**%**
Femenino	13	72.22%
Masculino	5	27.77%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 3: Edad del personal que participó en la encuesta.

Edad del Personal	**Nº**	**%**
Entre 21 y 25 años	2	11.11%
Entre 26 y 30 años	1	5.5%
Entre 31 y 35 años	3	16.6%
Entre 36 y 40 años	4	22.22%
Mas de 40 años	8	44.44%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Como se observa en esta tabla el 44.4 % del personal tiene una edad que supera los 40 años.

GRAFICO Nº 1: Edad del personal que participó en la encuesta.

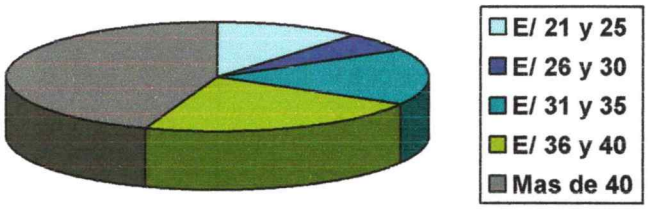


Tabla Nº 4: Estudios realizados por el personal que participó en la encuesta.

ESTUDIOS REALIZADOS	Nº	%
Primarios Completos	1	5.55%
Primarios Incompletos	–	–
Secundarios Completos	1	5.55%
Secundarios Incompletos	–	–
Terciarios Completos	4	22.2%
Terciarios Incompletos	4	22.2%
Universitarios Completos	6	33.3%
Universitarios Incompletos	2	11.1%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla Nº 4 se puede observar que el mayor porcentaje (33.3%) ha realizado estudios universitarios completos y estudios terciarios completos (22.2%).

Tabla Nº 5: Antigüedad del personal en la Institución.

Antigüedad del Personal	**Nº**	**%**
De 1 a 4 años	9	50%
De 5 a 10 años	7	38.9%
Más de 10 años	2	11.1%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Como se puede observar en la Tabla Nº 5 se evidencia que el mayor número de personas trabaja en la institución desde hace un tiempo relativamente breve (de 1 a 4 años).

GRAFICO Nº 2: Antigüedad del personal en la Institución.

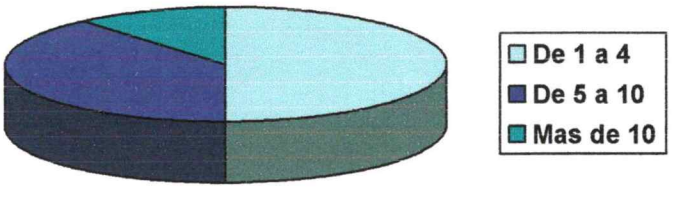


Tabla Nº 6: Horas diarias de trabajo del personal en la Institución.

Horas de trabajo diarias	**Nº**	**%**
De 2 a 4 horas	13	72.2%
De 5 a 8 horas	5	27.8%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nº 3: Horas diarias de trabajo del personal en la Institución.

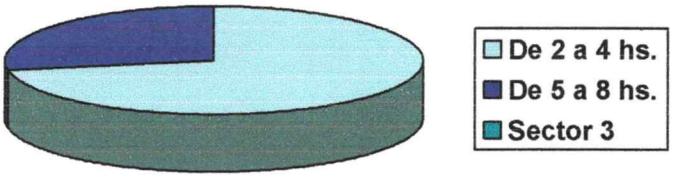


Tabla Nº 7: Frecuencia Semanal de trabajo del personal en la Institución.

Frecuencia Semanal	**Nº**	**%**
De lunes a viernes	14	77.8%
3 veces por semana	3	16.7%
1 vez por semana	1	5.5%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Lo que reflejan las Tablas Nº 6 y 7 es que la mayor parte del personal trabaja en la Institución de 2 a 4 horas diarias y con una frecuencia semanal de lunes a viernes.

Tabla Nº 8: Asignación de personas a cargo del personal en la Institución.

Personas a cargo	**Nº**	**%**
Si	9	50%
No	9	50%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 9: Cantidad de personas a cargo del personal en la Institución.

Cantidad de Personas	**Nº**	**%**
De 1 a 5 personas	3	33.3%
De 6 a 10 personas	1	11.1%
Mas de 10 personas	5	55.6%
TOTAL	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

Aquí se observa que sólo la mitad del personal tiene asignadas personas a su cargo y del 50% que las tiene, la mayoría tiene mas de 10 personas bajo su responsabilidad (55.6%).

Tabla Nº 10: Trabajo con otros miembros de la Institución.

	Nº	**%**
Si	13	72.2%
No	3	16.7%
A veces	2	11.1%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Es importante subrayar que la mayoría de las personas trabajan con otros miembros de la Institución (72.2%).

Tabla Nº 11: Asesoramiento sobre Actividades de la Vida Diaria.

Asesoramiento	**Nº**	**%**
Si	8	44.4%
No	10	55.6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 12: Quien brindó asesoramiento sobre Actividades de la Vida Diaria.

Asesoramiento	**Nº**	**%**
Terapista Ocupacional	5	62.5%
Formación Académica	2	25%
Otros	1	12.5%
TOTAL	8	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 13: Modalidad de Asesoramiento sobre Actividades de la Vida Diaria.

Modalidad	**Nº**	**%**
Teórica	1	12.5%
Teórica- práctica	7	87.5%
TOTAL	8	100%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nº 14: Opinión sobre el asesoramiento sobre Actividades de la Vida Diaria.

	Nº	%
Adecuada	8	100%
Insuficiente	–	–
Inadecuada	–	–
TOTAL	8	100%

Fuente: Elaboración Propia

En las Tablas Nº 11 y 12 llama la atención que sólo el 44.4% del personal recibió asesoramiento sobre A.V.D. y de las 8 personas que recibieron esta capacitación la mayoría (5) refiere que fue brindada por la Terapista Ocupacional.

La modalidad en la que se proporcionó el asesoramiento fue en un 87.5% teórico-práctica y considerada por el 100% del personal como capacitación adecuada. (Tablas Nº 13 y 14). Algunos de los motivos proporcionados por el personal a este respecto fueron los siguientes:

- "sirvió para aportar nuevas estrategias, para mejorar el desempeño laboral" (encuesta Nº 3);
- "mostró todo lo teórico en la práctica, llegando a entender cuán importante es cada paso y palabra que uno utiliza al dirigirse al concurrente y crear hábitos en A.V.D." (encuesta Nº 4);
- "me ayudó a entender la importancia que tienen estas actividades para los concurrentes" (encuesta Nº 5).

Tabla Nº 15: Interviene en las Actividades de la Vida Diaria.

	Nº	%
Si	11	61.1%
No	7	38.9%
TOTAL	8	100%

Fuente: Elaboración Propia

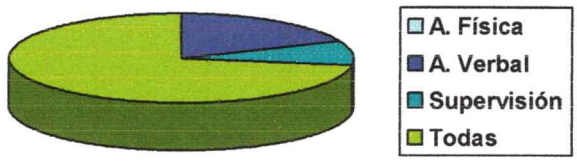
Tabla Nº 16: Modalidad de Intervención en las Actividades de la Vida Diaria.

Modalidad	**Nº**	**%**
Asistencia Física	–	–
Asistencia Verbal	2	18.2%
Supervisión	1	9.1%
Todas	8	72.7%
TOTAL	11	100%

Fuente: Elaboración Propia

Se puede observar en las Tablas Nº 15 y 16 que el 61.1% del personal interviene directamente en el desempeño de los concurrentes en A.V.D y la modalidad de intervención demanda asistencia física, verbal y supervisión.

GRAFICO Nº 4: Modalidad de Intervención en las Actividades de la Vida Diaria.



Es importante destacar que al preguntar sobre qué son las Actividades de la Vida Diaria las respuestas fueron variadas e incluso puede observarse relación directa entre algunas definiciones brindadas y la falta de asesoramiento que menciona el personal.

Algunas de estas definiciones fueron:

- "son los hábitos del día a día, desde el compartir (una merienda, un juego, algún momento), hasta la higiene personal de cada uno, el lavarse los dientes, el uso de utensilios, etc." (encuesta Nº 6).
- "A.V.D. son las actividades que están orientadas al cuidado de uno mismo, haciendo de éstas un hábito." (encuesta Nº 4).
- "...higiene personal, comunicación, etc." (encuesta Nº 11).
- "son aquellas actividades que realizamos todos los días de manera inconciente pero que en algún momento fueron enseñadas para tomar conciencia." (encuesta Nº 10).
- "es el mantenimiento de la vida en función saludable, el desarrollo personal continuo, lograr el mejor grado de bienestar y calidad de vida. Incluye alimentación, higiene, movimiento, reposo, eliminación, respiración, evitar

peligros, prevenir riesgos, interacción social, comunicación verbal y no verbal, divertirse y recrearse." (encuesta Nº 8).

- "son actividades relacionadas con la higiene y arreglo personal de los concurrentes y orden e higiene de la sala." (encuesta Nº 5).

Tabla Nº 17: Condiciones edilicias en relación a las demandas de los concurrentes según el personal.

Responde a la demanda	**Nº**	**%**
Si	13	72.2%
No	5	27.8%
TOTAL	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

Respecto de las condiciones edilicias el mayor porcentaje (72.2%) coincide en que éstas responden a las necesidades de los concurrentes (esto también responde a la descripción hecha en el Anexo I: Perfil Institucional, a partir de lo observado durante la concurrencia).

El 27.8% plantea que si bien en general las características ambientales son adecuadas sería necesaria la existencia de espacios verdes y ambientes especiales para la realización de actividades específicas (salas de estimulación sensorio-motriz, salas de talleres pre -laborales, entre otras).

C.- 1.-DESEMPEñO DE LOS CONCURRENTES EN LAS A. V. D.:

Tabla Nº 18: Nivel de compromiso intelectual de los jóvenes de la muestra.

COMPROMISO INTELECTUAL	Nº	%
Retraso Mental Moderado	16	64%
Retraso Mental Severo	9	36%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO Nº 5: Compromiso intelectual de los jóvenes de la muestra

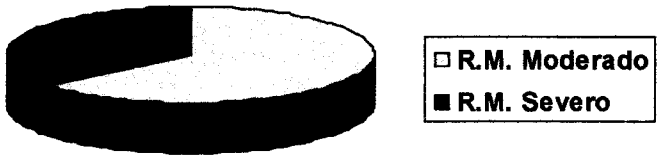


Tabla Nº 19: Sexo de los jóvenes de la muestra.

SEXO	Nº	%
Hombres	15	60%
Mujeres	10	40%
Total	25	100%

Fuente: Elaboración propia

Respecto de lo analizado a partir de las observaciones directas sobre el desempeño de los concurrentes seleccionados para la muestra, se establecieron cuatro categorías de clasificación: independiente, independiente con supervisión, independiente con asistencia y dependiente.

Tabla Nº 20: Nivel de desempeño en Alimentación según compromiso intelectual. (*)

	MODERADOS		SEVEROS	
ALIMENTACION	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Independiente	16	100%	4	44.4%
Independiente c/ supervisión	_		4	44.4%
Independiente c/ asistencia	_		1	11.1%
Dependiente	_		_	_
TOTAL	16	100%	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

Aquí se observa que la totalidad de los concurrentes con retraso mental moderado (100%) se desenvuelve de manera independiente en la actividad de alimentación y solo el 44.4% de los que presentan retraso mental severo logra auto alimentarse.

GRAFICO Nº 6: Nivel de desempeño en Alimentación (R.M. Severo).

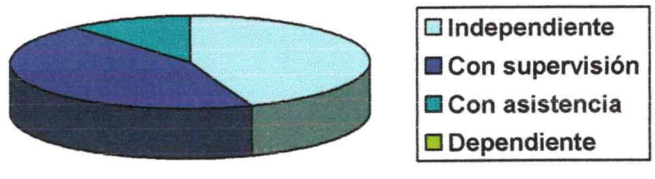


Tabla Nº 21: Nivel de desempeño en Vestido Superior según compromiso intelectual. (*)

VESTIDO SUPERIOR	MODERADOS Nº	MODERADOS %	SEVEROS Nº	SEVEROS %
Independiente	4	25%	–	–
Independiente c/ supervisión	10	62.5%	3	33.35%
Independiente c/ asistencia	2	12.5%	–	–
Dependiente	–	–	6	66.65%
TOTAL	16	100%	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nº 7: Nivel de desempeño en Vestido Superior (R.M. Moderado)

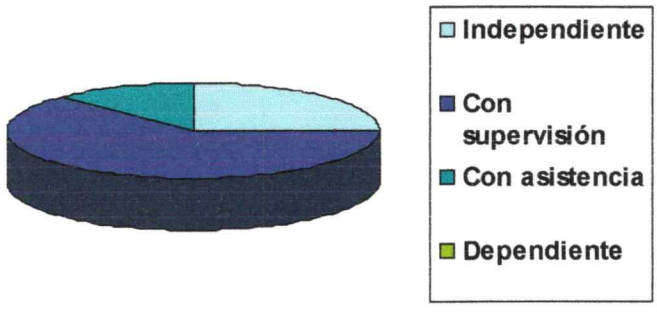


GRAFICO Nº 8: Nivel de desempeño en Vestido Superior (R.M. Severo)

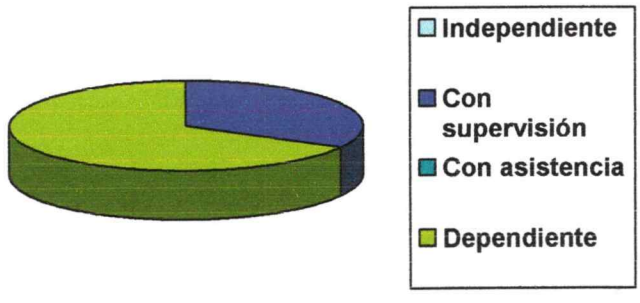


Tabla Nº 22: Nivel de desempeño en Vestido Inferior según compromiso intelectual.(*)

	MODERADOS		SEVEROS	
VESTIDO INFERIOR	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Independiente	10	62.5%	1	11.1%
Independiente c/ supervisión	5	31.25%	2	22.2%
Independencia c/ asistencia	1	6.25%	3	33.3%
Dependiente	_	_	3	33.3%
TOTAL	16	100%	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

Como se observa en las tablas Nº 21 y Nº 22 los concurrentes se desenvuelven con mayor independencia en el vestido de tren inferior (62.5% moderados – 11.1% severos), en tanto en el vestido de tren superior, el mayor porcentaje de los jóvenes con R. M. Moderado (62.5%) requiere supervisión y el mayor porcentaje de los jóvenes con R. M. Severo (66.65%) es dependiente.

GRAFICO Nº 9: Nivel de desempeño en Vestido Inferior (R.M. Moderado)

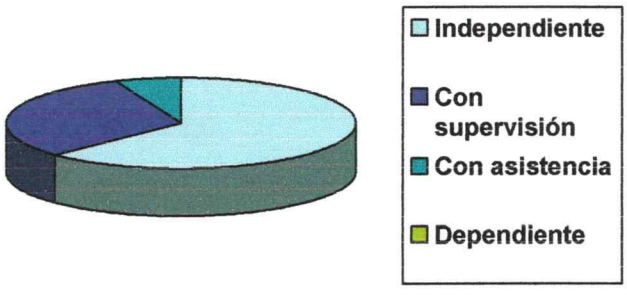


GRAFICO Nº 10: Nivel de desempeño en Vestido Inferior (R.M. Severo)

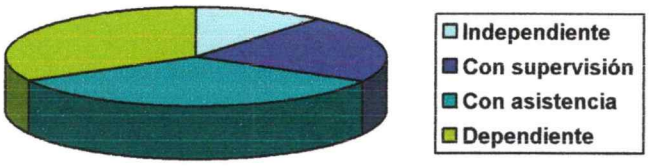


Tabla Nº 23: Nivel de desempeño en Higiene (Aseo) según compromiso intelectual.(*)

	MODERADOS		SEVEROS	
ASEO	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Independiente	16	100%	3	33.3%
Independiente c/ supervisión	_	_	1	11.1%
Independiente c/ asistencia	_	_	3	33.3%
Dependiente	_	_	2	22.2%
TOTAL	16	100%	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO Nº 11: Nivel de desempeño en Higiene (Aseo) (R.M. Severo)

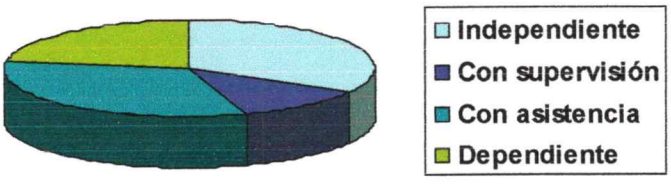


Tabla Nº 24: Nivel de desempeño en Higiene (Baño) según compromiso intelectual.

(*)	MODERADOS		SEVEROS	
BAÑO	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Independiente	9	56.25%	1	11.1%
Independiente c/ supervisión	5	31.25%	2	22.2%
Independiente c/ asistencia	2	12.5%	3	33.3%
Dependiente	_	_	3	33.3%
TOTAL	16	100%	9	100%

Fuente: Elaboración Propia

Lo que se observa en las tablas Nº 23 y Nº 24 es que en lo que respecta al aseo personal la totalidad de los jóvenes con compromiso moderado son independientes y solo el 33.3% de los que poseen compromiso severo logra desenvolverse de esta manera.

En relación al baño corporal el mayor porcentaje de jóvenes con R. M. Moderado (56.25%) realiza la actividad de forma independiente y el 33.3% de los jóvenes con R. M. Severo requieren asistencia o son totalmente dependientes.

GRAFICO Nº 12: Nivel de desempeño en Higiene (Baño) (R.M. Moderado)

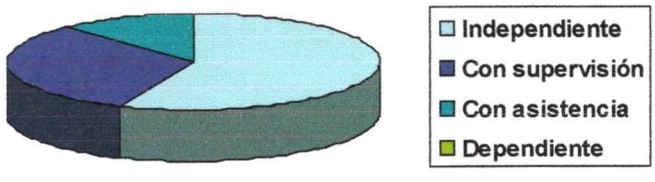
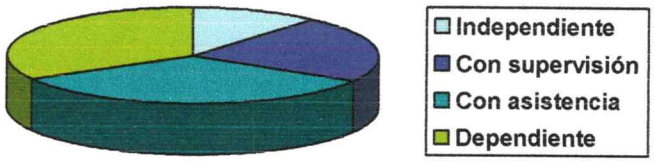


GRAFICO Nº 13: Nivel de desempeño en Higiene (Baño) (R.M. Severo)



(*) Observaciones:

Es importante destacar que en cada una de las actividades observadas hay un déficit importante en acciones específicas, relacionadas principalmente con ejecuciones de precisión. Esto puede interpretarse de la siguiente manera:

* ALIMENTACIÓN: Uso del cuchillo: El 100% de los concurrentes con R. M. Severo no lo utiliza y el 43.75% de los que tienen R. M. Moderado tampoco.

* VESTIDO: De los jóvenes con R. M. Moderado, el 50% no puede abrochar botones, subir cierres y atar cordones; lo mismo ocurre en el 100% de los jóvenes con R. M.

Severo.

* HIGIENE: De los concurrentes con R. M. Moderado solo el 75% puede lavarse y peinarse el cabello solo y con R. M. Severo sólo un concurrente pude hacerlo.

C. 2.-CARACTERISTICAS DE LOS CONCURRENTES (Taller de jóvenes con R. M. Moderado).

Tabla Nº 25: Comprensión de consignas simples.

	Nº	%
Adecuada	8	50%
Escasa	8	50%
Nula	–	–
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Lo que se puede observar en la Tabla Nº 25 es que el 50% de los concurrentes presenta una adecuada comprensión de consignas simples.

Tabla Nº 26: Reconocimiento de objetos de uso cotidiano.

	Nº	%
Adecuado	8	50%
Escaso	8	50%
Nulo	–	–
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que sólo el 50% de los jóvenes reconoce los objetos de uso cotidiano.

Tabla Nº 27: Identificación de objetos de uso personal.

	Nº	%
Adecuada	15	93.7%
Escasa	1	6.3%
Nula	–	–
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 28: Capacidad de asociación entre objeto y función.

	Nº	%
Adecuada	6	37.5%
Escasa	10	62.5%
Nula	–	–
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

De la totalidad de los jóvenes sólo uno (1) no identifica sus objetos de uso personal y sólo seis (6) logran asociar objeto – función (37.5%).

Tabla Nº 29: Iniciativa para la actividad.

	Nº	%
Adecuada	8	50%
Escasa	6	37.5%
Nula	2	12.5%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 30: Capacidad para sostener la actividad.

	Nº	%
Adecuada	8	50%
Escasa	7	43.7%
Nula	1	6.3%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

En las Tablas Nº 29 y Nº 30 se evidencia que el 50% de los concurrentes presenta iniciativa para la actividad y capacidad para sostenerla.

Tabla Nº 31: Nivel de Atención.

	A. CONCENTRADA		A. DISTRIBUIDA	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Adecuada	10	62.5%	7	43.7%
Escasa	6	37.5%	8	50%
Nula	–	–	1	6.3%
Total	16	100%	16	100%

Fuente: Elaboración propia

En relación al nivel atencional, puede observarse en la Tabla Nº 31 que el mayor porcentaje de concurrentes presenta un adecuado nivel de atención concentrada (62.5%), pero sólo el 43.7% conserva su atención distribuida.

Tabla Nº 32: Posibilidad de imitar diferentes movimientos.

	Nº	**%**
Adecuada	11	68.75%
Escasa	5	31.75%
Nula	–	–
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

El 68.75% de los jóvenes tiene posibilidad de imitar diferentes movimientos.

Tabla Nº 33: Demanda de supervisión.

	Nº	%
Si	2	12.5%
No	14	87.5%
Total	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nº 34: Demanda de Asistencia.

	VERBAL		FISICA	
	Nº	%	Nº	%
Si	7	43.75%	1	6.25%
No	9	56.25%	15	93.75%
Total	16	100%	16	100%

Fuente: Elaboración propia

Lo que se puede observar en las Tablas Nº 33 y Nº 34 es que el mayor porcentaje de concurrentes (87.5%) no requiere supervisión en el desempeño de las tareas, sólo el 43.75% demanda asistencia verbal y el 6.25% demanda asistencia física para completar la consigna dada.

CONCLUSIONES

A través de este trabajo de investigación he podido conocer y analizar cuáles son los factores que influyen en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria en los jóvenes con Discapacidad Intelectual (moderada y severa) que concurren al Centro de Día "Juntos" de la ciudad de Neuquén, año 2009.

Al entrar en contacto con la población de estudio se pudo observar que la problemática está atravesada por múltiples variables; a la discapacidad intelectual se suman las patologías psiquiátricas asociadas, la dinámica familiar y la realidad social en la que están inmersos.

Con respecto al objetivo de identificar los factores que se relacionan con el nivel de independencia en las A.V.D. se establecieron tres ejes fundamentales:

A.- Características Institucionales;

B.- Características del personal;

C.- Características de los concurrentes.

En relación a los factores institucionales, el personal considera en un 72,2% que las condiciones ambientales son adecuadas para garantizar un óptimo desempeño den las Actividades de la Vida Diaria.

A partir de la observación realizada (y si bien en general las características edilicias responden satisfactoriamente a las necesidades de los concurrentes) podrías sugerirse: favorecer la identificación de los objetos de uso personal, estimular hábitos de limpieza de los recipientes y elementos de uso cotidiano, mejorar la ubicación de los recipientes de higiene para facilitar el acceso a los mismos de los concurrentes, sugerir adaptaciones (especialmente en el grupo de jóvenes con retraso mental severo), que favorezcan una mayor independencia (por Ej.: engrosar

mangos de de cepillos de dientes y cubiertos, confeccionar cepillos de dientes digitales, entre otras).

Sería también positivo incorporar a las familias en el afianzamiento de estos hábitos para dar continuidad en el hogar al trabajo institucional (Taller de A.V.D. para padres).

Respecto de los aspectos del personal es importante destacar que el 55,5% del personal no recibió capacitación o asesoramiento sobre las Actividades de la Vida Diaria. Esto da la pauta de la necesidad de plantear propuestas institucionales dirigidas al personal, que respondan principalmente a sus intereses, evitando que el trabajo se transforme en rutina y reconociendo y valorando el desempeño cotidiano.

Se evidencia falta de trabajo en equipo lo que, a largo plazo, influye, directa o indirectamente, en la calidad de vida de los jóvenes.

Plantear acciones coordinadas podría ser más favorecedor tanto para el personal como para los concurrentes.

Teniendo en cuenta el rol del Terapista Ocupacional y su incumbencia directa sobre las Actividades de la Vida Diaria sería importante establecer nuevas estrategias de intervención para mejorar el desempeño de los jóvenes en las A.V.D., asesorando al personal e incluso diseñando adaptaciones ambientales que optimicen tiempo y recursos., aprovechando especialmente las capacidad residual del concurrente en lugar de suplir las faltas realizando por ellos las tareas que no pueden completar y revalorizando su calidad de persona con derecho a un desempeño lo mas independiente posible.

Uno de los factores que intervienen en el desempeño para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria guarda relación directa con el compromiso intelectual de cada concurrente.

El desempeño en las Actividades de la Vida Diaria están relacionados mayormente con aspecto propios de los concurrentes cuyo compromiso intelectual afecta directamente el desenvolvimiento cotidiano de los mismos: se registra mínima capacidad de asociación entre los objetos y su función (62.5%) , déficit en la comprensión de consignas simples (50%), dificultad para sostener la actividad (50%) requiriendo casi en forma permanente asistencia verbal y supervisión para completar la tarea (43.8%).

Sintetizando la información obtenida, podría concluirse que:

- La mayor parte del personal tiene mas de 40 años de edad (44.4%), son en su mayoría mujeres (72.2%) y tienen estudios universitarios o terciarios completos (33.3% y 22.2% respectivamente);
- No superan los 4 años de antigüedad en la Institución (50%), trabajan de 2 a 4 Hs. Diarias (72.5%) con una frecuencia semanal de lunes a viernes (77.7%);
- Sólo el 50% tiene personas a su cargo pero en una cantidad que supera los 10 concurrentes (55.5%).
- Aunque el 72.2% refiere que trabaja con otras personas de la Institución, la mayoría incluye aquí a orientadores o auxiliares con los que comparte el trabajo en sala, sin hacer referencia al equipo técnico (lo que sostiene lo planteado al inicio de las conclusiones como falta de trabajo interdisciplinario).

- Si bien el 61.1% interviene en el desempeño de las A.V.D. de los concurrentes (con supervisión, asistencia verbal y asistencia física), el 55.5% manifiesta no haber recibido asesoramiento a este respecto.

Es importante aclarar que no es intención de este trabajo establecer un juicio de valor sobre la institución y su funcionamiento sino, por el contrario, realizar un aporte como futura profesional Terapista Ocupacional, ofreciendo estrategias de intervención que respondan a las necesidades de los concurrentes y beneficien al personal.

El Terapista Ocupacional, en instituciones como el Centro de Día "JUNTOS" puede:

- Brindar asesoramiento y capacitación teórico – práctica sobre las Actividades de la Vida Diaria y la importancia de las mismas para lograr una mayor independencia en el desempeño cotidiano de los concurrentes;
- Adecuar los recursos con los que cuenta la institución en función de la demanda de los jóvenes con discapacidad intelectual.
- Evaluar periódicamente el nivel de desempeño de los jóvenes para actualizar las estrategias de intervención.
- Diseñar adaptaciones y/o adecuar el espacio físico según las características de los concurrentes optimizando tiempo y recursos.

Sin dudas estos aportes deben ser sostenidos por el trabajo en equipo para brindar un abordaje integral de cada joven favoreciendo una mejor **calidad de vida**.

Volviendo al concepto de retraso mental planteado por al AAMR que sustenta este trabajo, se trata de brindar a la persona con discapacidad intelectual los apoyos necesarios para mejorar su funcionamiento en el medio al que pertenecen.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Apunte de la Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento. *La Teoría de la modificabilidad estructural cognitiva y su influencia en la pedagogía para el desarrollo de las inteligencias y las comunidades de aprendizaje.*2003.
- Berenice Francisco, R. *"Terapia Ocupacional".* Ed. Papirus. Brasil, 1988
- Boluarte, Alicia – Méndez, Julia – Martell, Rosana. *Programa de entrenamiento en habilidades sociales para jóvenes con retraso mental leve y moderado.* Perú, 2006.
- Botta, Mirta. *Tesis, monografías e informes. Nuevas normas y técnicas de Investigación y Redacción.* 1ª Ed. Bs. As.: Editorial Biblos, 2002.
- Cieri, Patricia; Cohn, Miriam. *Incidencia del deterioro cognitivo en el desempeño de la AVD en adultos mayores de 60 años.* Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.
- *Diccionario de Ciencias. Médicas.* 8° Ed. Barcelona. Librería "EL ATENEO" Editorial, 1988.
- *D.S.M IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* Ed. Masson, S.A. Barcelona, 1996.
- Fustinoni, Osvaldo. *Semiología del Sistema Nervioso.*12° Ed. Librería "EL ATENEO" Editorial.
- García Moltó, Amelia. *Terapia Ocupacional y discapacidad intelectual.* Madrid, 2003.
- Hill, Judy. *Áreas de Ejecución en Terapias Ocupacional. Actividades de la Vida Diaria.* (s.n.).

- Hopkins, H; Smith, H; Willard / Spackman. *Terapia Ocupacional.* 8º Ed. Editorial Médica Panamericana. España, 1998.
- Irazusta, Liliana; Lardelli, Yamila. *Actividades de la Vida Diaria en adolescentes con retraso mental institucionalizados.* Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2003.
- Maltinskis, Ketty. *Rehabilitación: Actividades de la Vida Diaria.* Apunte de la cátedra de T.O.III Discapacidades Físicas Adultos.
- Marchesi, A; Coll, C; Palacios, J. *"Desarrollo psicológico y educativo. Necesidades educativas especiales."* Capítulo: La Deficiencia Mental. Tomo III. Editorial Alianza Psicológica, 1999.
- Moruno Miralles, Pedro; Romero, Dulce M. *Actividades de la Vida Diaria.* 1º Ed. Editorial Masson. Barcelona, 2005.
- Noguez Casados, Sergio. *El desarrollo del potencial del aprendizaje. Entrevista a Reuven Feuerstein.* Revista electrónica de Investigación Educativa. 2002.
- O.M.S. *Clasificación internacional de enfermedades.* 9º revista. Washington, 1980.
- Pantano, Liliana. *La Discapacidad como problema social: un enfoque sociológico: reflexiones y respuestas.* Ed. Eudeba, 1987.
- Polit y Hungler. *Diseño para la Investigación en Enfermería. Investigación no-experimental.* En "Investigación en Ciencias de la Salud". 4ª Ed. (en español). México: Editorial Interamericana. McGraw – Hill, 1994.

- Polonio López, Begonia. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica.* 1º Ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2004.
- Sierra Bravo, R. *Técnicas de Investigación Social, teoría y ejercicio.* 4º Edición. Editorial Paraninfo. Madrid, 1985.
- Trombly, Catherine y cols. *Evaluación del Desempeño de las tareas ocupacionales.* Apunte de la Cátedra de T.O. III. Discapacidades Físicas Adultos.
- Verdugo Alonso, Miguel A. *Análisis de la Definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002.* Salamanca.

PAGINAS CONSULTADAS EN INTERNET:

- Biblioteca Central Universidad Nacional de Mar del Plata.

"Tesis y Monografías".

www. mdp.edu.ar

- *"Retraso Mental"*

www. medicapanamericana.com

- www. abacolombiana.org.co

Asociación Colombiana par el avance de las ciencias del comportamiento.

- Búsqueda MEDLINE – Mayo de 2009. Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata.
- Búsqueda LILACS – Mayo de 2009. Biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata.
- www. indec.gov.ar

GLOSARIO

Encuesta: Actividad de investigación en la que se recogen datos de una porción de la población con el fin de examinar sus características, opiniones o infecciones. Pueden presentarse como cuestionarios o entrevistas.

Cociente Intelectual: valor que define la capacidad intelectual general y que se obtiene mediante tests de inteligencia estandarizados. Se calcula dividiendo la edad mental sobre la edad cronológica y multiplicando ese resultado por cien.

Adaptación: modificación de los elementos para realizar un tarea, del modo en que se realiza y / o del ambiente, a fin de promover la independencia en el desempeño cotidiano.

Desempeño: desenvolvimiento, desarrollo.

Desempeño Ocupacional: se refiere a la capacidad para ejecutar las tareas que hacen posible la concreción de "roles ocupacionales".

Tarea: pequeños pasos, etapas o componentes en que se divide un actividad, que no tienen por separa do un significado ocupacional (en relación de AVD: abrir la canilla).

Actividad: conjunto de tareas u operaciones de una persona o entidad, seri e de acciones que se concretan con un objetivo determinado (en relación a AVD: arreglo personal).

Paratonía: forma de hipertonía muy intensa, caracterizada por la gran (y a veces total), resistencia que opone la persona al estiramiento pasivo de sus miembros.

Sincinesias: movimientos involuntarios, y a menudo inconcientes, que se producen cuando se realizan otros movimientos generalmente voluntarios y concientes. Son movimientos asociados, es decir que, la ejecución de un movimiento despierta la realización de otro.

Distonía: alteración del tono muscular caracterizada por la alternancia entre hipo e híper tono.

Apoyo: recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual.

ANEXOS

ANEXO I

PERFIL INSTITUCIONAL

El Centro de Día "Juntos" es una Institución dirigida a personas (adolescentes, jóvenes y adultos) con discapacidad mental en sus diferentes grados, que no encuentran un lugar adecuado para su tratamiento o que, habiendo recibido ya alguna educación especial quedaron fuera del sistema por exceder los límites de edad o que no se encuentran en condiciones de incorporarse a las diferentes formas de empleo protegido.

El objetivo general de esta Institución es favorecer el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad mental promoviendo mayor independencia y autovalimiento en un marco socio –afectivo de contención donde la calidad del vínculo permita encontrar modelos de comportamiento favorecedores de una mejor evolución de sus posibilidades.

Funcionamiento: Es un lugar de atención y permanencia continua (media jornada: 4 hs. – jornada completa: 8 hs.) con abordaje interdisciplinario individual y/o grupal, teniendo en cuenta para la conformación de los grupos la similitud de patologías, intereses, posibilidades, edades y nivel de adaptación.

El objetivo de cada uno de los talleres que se brindan es que sirva como instrumento terapéutico y no de producción en si mismo, esto, en concordancia con los lineamientos que se destacan en cada uno de los planes de tratamiento individuales.

El número de integrantes de cada grupo oscila entre 5 y 7 personas guiados por un orientador (Ayudante Terapéutico) que es el responsable del mismo y que acompaña durante toda la jornada la tarea de los concurrentes.

El orientador es apoyado por un equipo interdisciplinario compuesto por: psicólogo, asistente social, profesor de educación física, terapista ocupacional, médico, nutricionista y psiquiatra.

Cada profesional aporta, desde su área, a la tarea específica del grupo y en forma individual dan lineamientos al orientador para el tratamiento específico de cada caso.

Para cada concurrente, el equipo confecciona un plan de tratamiento individual que se plantea desde cuatro áreas básicas: socio – afectiva, sensorio – motriz, cognitiva y hábitos de la vida diaria.

El eje fundamental de la tarea consiste en el ejercitación y adquisición de las diversas conductas y capacidades que una persona necesita para su autovalimiento (higiene personal, vestido, alimentación e independencia motriz y afectiva) reforzando constantemente la socialización del individuo tanto con la familia como con la comunidad.

Recursos Humanos:

Área Dirección:

Ejerce la coordinación terapéutica, controla y hace cumplir lo establecido a nivel administrativo y legal.

El director está en conocimiento de todos los aportes del abordaje terapéutico que recibe cada concurrente y controla que se cumplan en tiempo y forma. Ayuda a objetivar la calidad de los vínculos e interacciones del sujeto y sus terapeutas.

Controla y asesora la interacción con la familia del concurrente y verifica la necesidad de formación científica del personal y da curso a las soluciones, además de verificar las necesidades terapéuticas del personal.

Terapeutas Institucionales:

Es el grupo de profesionales que constituye el equipo interdisciplinario. Los mismos, insertos en la dinámica institucional, interactúan con los orientadores brindando lineamientos desde cada área para cada uno de los concurrentes. El equipo está integrado por: psicólogo, asistente social, profesor de educación física, terapista ocupacional, médico, psiquiatra y nutricionista.

El personal de planta que conforma la institución es el siguiente:

- Coordinador General
- Orientadores (9)
- Auxiliar de Higiene
- Cocinera
- Maestranza
- Prof. de Teatro
- Prof. de Danza - Terapia

Aspecto Edilicio:

El edificio consta de:

- salón de usos múltiples (SUM)
- box de enfermería
- cocina con despensa
- oficina de administración y dirección
- baño adaptado para personas con compromiso motor
- baño para el personal
- patio cubierto

- patio con pileta
- salas para actividad (4)
- baño completo para concurrentes adultos
- baño con ducha, inodoros (2), bidet, y piletas comunitarias (2) para concurrentes severos
- sala de materiales

El ingreso a la Institución se realiza por el SUM. Todas las dependencias cuentan con iluminación natural con ventanas grandes y luz artificial provista por tubos fluorescentes.

Posee pisos de mosaicos y calefactores con protección para evitar quemaduras.

Se pueden observar las medidas básicas de seguridad: matafuegos, salida de emergencia, y tiene organizado un plan de evacuación en caso de incendio.

Los baños cuentan, en la zona de duchas, con alfombra antideslizante, barrales y duchadores de mano para optimizar la asistencia y estantes donde se disponen los recipientes de higiene bucal. La institución cuenta con agua corriente (fría y caliente).

Los patios tienen piso de material con maceteros y plantas y la pileta cuenta con escaleras con barandas para el ingreso a la misma (no así para ingresar al agua), y bancos de madera y sillas de jardín para las actividades al aire libre.

Las salas de actividad cuentan con una mesa larga y sillas para cada uno de los concurrentes, ventiladores de techo para refrigerar los ambientes y percheros para que cada uno cuelgue sus pertenencias y su bolsa de A.V.D.

Actividades que se realizan durante la semana:

Teatro, Danza –terapia, Estimulación sensoperceptiva, Circuitos de psicomotricidad, Taller de A.V.D, Taller de música, Educación Física, Taller de Expresión Vocal, Taller Didáctico Expresivo, Taller de Huerta.

ANEXO II

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACION

Neuquén,..... de Septiembre de 2009.

Al Sr. Hernán Polito Leyes

Director del Centro de Día para Personas con Discapacidad Mental "Juntos".

De mi mayor consideración:

Soy estudiante avanzada de la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata y me encuentro elaborando mi plan de tesis para la obtención de mi título de grado.

El objetivo de mi trabajo de investigación es establecer que factores inciden en el nivel de independencia para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria en jóvenes y adultos que concurren al Centro de Día.

Por este motivo me dirijo a Ud. para solicitarle autorización para realizar encuestas al personal de la institución y observar y concretar un taller sobre el tema de investigación con los concurrentes.

Desde ya garantizo el anonimato y la confidencialidad de los datos y asumo el compromiso de realizar una devolución de los resultados obtenidos.

Sin otro particular y, agradeciendo desde ya su atención, saluda atentamente

Nicosia, Patricia A.
DNI: 23.890.289

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION (OBSERVACION Y EVALUACION DE LOS JOVENES)

TITULO DE LA INVESTIGACION:

"Discapacidad Intelectual: desempeño en las Actividades de la Vida Diaria".

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:

Nicosia, P. Estudiante avanzada de la Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETIVO:

Analizar que factores inciden en el nivel de independencia para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria en jóvenes con Discapacidad Intelectual que concurren al Centro de Día JUNTOS.

PROCEDIMIENTOS:

Si acepto participar sucederá lo siguiente:

Autorizaré a mi hijo/a a ser observado y evaluado bajo supervisión de profesionales idóneos.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La identidad de mi hijo será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y soy libre de negarme a continuar y /o abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Acepto participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y / o que me lo lean.

FIRMA:_____

FECHA:_____

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL TRABAJO DE INVESTIGACION (ENCUESTA).

TITULO DE LA INVESTIGACION:

"Discapacidad Intelectual: desempeño en las Actividades de la Vida Diaria".

RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:

Nicosia, P. Estudiante avanzada de la Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

OBJETIVO:

Analizar que factores inciden en el nivel de independencia para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria en jóvenes con Discapacidad Intelectual que concurren al Centro de Día JUNTOS.

PROCEDIMIENTOS:

Si acepto participar sucederá lo siguiente:

Responderé a preguntas relacionadas con la institución y con mi rol laboral dentro de ella.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será utilizada sólo para la investigación.

Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es totalmente voluntaria y soy libre de negarme a continuar y /o abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Acepto participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y / o que me lo lean.

FIRMA:_____

FECHA:_____

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

ANEXO V

CUESTIONARIO PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA INSTITUCION

TITULO: "Discapacidad Intelectual: desempeño en las Actividades de la Vida Diaria."

Por favor, complete con letra clara o marque con una cruz (x) según corresponda.

Formulario Nº:
Fecha:

DATOS PERSONALES:

Edad:
Sexo: Femenino..... Masculino.....
Función que desempeña en la Institución:

Estudios realizados: Primarios: Completos..... Incompletos.....
Secundarios: Completos..... Incompletos.....
Terciarios: Completos..... Incompletos.....
Universitarios: Completos..... Incompletos.....

DATOS LABORALES:

Años de trabajo en la Institución:
De 1 a 4 años..... De 5 a 10 años..... Mas de 10 años.....

Cuántas horas diarias concurre al Centro de Día?
De 2 a 4 horas..... De 5 a 8 horas.....

Con que frecuencia semanal?
De lunes a viernes..... 3 veces por semana..... 1 vez por semana.....

Tiene asignadas personas a su cargo?
Si..... No.....

En caso de respuesta positiva: cuántas personas?
De 1 a 5..... De 6 a 10..... Mas de 10.....

Trabaja con otros miembros de la Institución?
Si..... No..... Ocasionalmente.....

Puede definir que son las Actividades de la Vida Diaria?
.....
.....
.....
.....

Ha recibido asesoramiento sobre el entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria de los concurrentes?
Si..... No.....

Si la respuesta es si:
Qué profesional realizó el asesoramiento?.....

Con qué modalidad? Teórica..... Teórica – práctica.....

Cree que la información recibida fue:
Adecuada..... Insuficiente..... Inadecuada.....
Por qué?.....
.....
.....
.....
.....

Su función en la Institución implica intervenir en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria de los concurrentes?
Si..... No.....

Si su respuesta es positiva:
Cuál es la modalidad de intervención:
Asistencia física..... Asistencia Verbal..... Supervisión..... Todas.....

Cree que las condiciones edilicias (instalaciones, iluminación, disposición de los elementos, etc.) responden a las necesidades de los concurrentes?
Si..... No.....
Por qué?.....
.
.....
.....

Observaciones:

Muchas gracias por su colaboración.
Patricia Nicosia.

ANEXO VI

TALLER SOBRE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA A REALIZAR CON LOS CONCURRENTES

El objetivo del taller es determinar cuánto conocen los jóvenes con discapacidad intelectual sobre las Actividades de la Vida Diaria y cuál es el nivel de desempeño en la ejecución de las mismas.

Se realizarán 3 encuentros (1 por semana) de 45 minutos aproximadamente, en los que se intentará completar las siguientes actividades:

Primer Encuentro:

1.-Presentación del taller, explicando que es lo que vamos a realizar.

2.-Presentación con el nombre (lo que permitirá establecer el nivel de comprensión y el tipo de lenguaje de cada concurrente (gestual, verbal o ambos).

3.-Pregunta general: que son las Actividades de la Vida Diaria?. En base a las respuestas intentar elaborar una definición acorde al grupo.

4.- Juego de mímica. Se reparten tarjetas con diferentes actitudes posturales y deberán imitar la imagen.

ALIMENTACION:

*Se disponen sobre la mesa objetos que se utilizan para alimentarnos (tenedor, cuchillo, cuchara, servilleta, plato, vaso...) y deberán nombrarlos y decir cual es su función.

*Se colocan fichas con diferentes elementos y deberán rescatar cuales son utilizados par alimentación (cepillo, peine, cuchara, plato, esponja, vaso, entre otros).

Segundo Encuentro:

1.-Presentación con el nombre.

2.- Repasar lo realizado en el encuentro anterior y reforzar la definición de Actividades de la Vida Diaria.

HIGIENE:

*Se realiza una división en: higiene corporal (baño) y arreglo personal.

Se disponen en la mesa objetos y deberán clasificarlos según se utilicen para higiene corporal (baño) o para arreglo personal (cepillo de dientes, toallón, jabón, dentífrico, etc.) En caso de que sean utilizados para las dos actividades se colocaron en el medio.

*Se colocan en parejas de trabajo y se les reparten tarjetas con diferentes acciones que deberán reproducir en "espejo", por Ej.: cepillado de dientes, lavado de manos, peinado, etc.

TERCER ENCUENTRO:

1.-Presentación con el nombre.

2.- Repasar lo realizado en el encuentro anterior y reforzar la definición de Actividades de la Vida Diaria.

VESTIDO:

* Identificar prendas de vestir entre varios objetos.

* Juego por equipos: dividir el grupo en dos equipos; cada equipo deberé elegir a un compañero que jugará el rol de modelo. El juego consiste en vestir (en un tiempo pre- establecido) al compañero con la mayor cantidad de prendas posibles.

* Actividad de asociación: cuando hace frío nos ponemos...?, cuando hace calor nos ponemos...? (deberán seleccionar que prendas se corresponden con cada estación).

ANEXO VII

PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS. Adaptación de la "Evaluación de los cuidados personales, forma y escala de graduación. Dpto. de Terapia Ocupacional del Instituto de Rehabilitación de Chicago.

	1	2	3	4	5	6	7
ALIMENTACION							
Uso de utensilios							
Comer con los dedos							
Beber /sorber							
Uso de la taza							
Cortar comida							
VESTIDO SUPERIOR							
Ponerse la parte superior							
Quitarse la parte superior							
Subir cierres							
Bajar cierres							
Abrochar botones							
Desabrochar botones							
VESTIDO INFERIOR							
Poner ropa							
Quitar ropa							
Poner / Sacar							
Colocar medias							
Sacar medias							
Colocar zapatos							
Quitar zapatos							
HIGIENE PARA EVACUAR							
Manejo de las prendas de vestir							
Higiene							
ARREGLO PERSONAL							
Lavado de manos /cara							
Cepillado de dientes							
Peinar el cabello							
Afeitar /Maquillarse							
Colocarse lentes							
Limpiar lentes							
Secar /arreglar el cabello							
Uso de hilo dental							
Aplicar desodorante							
Cuidado de los oídos							
Cuidado de las uñas							
BAÑO							
Baño de miembros inferiores							
Baño del cuerpo							

Baño de miembros superiores							
Lavado de cabellos							

REFERENCIAS:

7= Independiente

6= Independiente con equipamiento /ambiente modificado

5= Independiente con control /supervisión distante

4= Asistencia minima / supervisión intermitente (75%)

3= Asistencia moderada /supervisión continua (50%)

2= Asistencia máxima (dependientes pero puede dirigir su cuidado (25%)

1= Dependiente (25% o menos)

0= No aplicable; el sujeto no es responsable de sus tareas.

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVIICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

✓ DRA MORNO NELIDA

✓ LIC CAMPISI ALEJANDRA

✓ LIC GARRIDO ROXANA

Fecha de Defensa: 18 - 6 - 10

NOTA : 7 (SIETE)