

Funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá Norte de Santander”



María Catalina Castro Medina

Universidad de Pamplona  
Facultad de Salud  
Terapia Ocupacional  
Pamplona  
2017

Funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá Norte de Santander”



María Catalina Castro Medina

Trabajo presentado como requisito de grado para obtener el título de Terapeuta Ocupacional

Asesora Científica

Mcs. Jennit Lorena Córdoba Castro

Asesora metodológica

Mcs. Heddy Yasmit Tuta García

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Terapia Ocupacional

Pamplona

2017

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar este logro Dios y al espíritu santo en primera instancia por haberme ayudado en este caminar, llenándome de sabiduría cada día, inteligencia, amor, compañía y paciencia, bríndame la fuerza cuando sentía que no podía más, cuando había momento en que me sentía derrotada tú me levantabas DIOS, gracias porque siempre te sentí en cada una de mis acciones, decisiones, aunque no te pudiera ver, ahora entiendo todo lo importante que soy para ti, la niña de tus ojos, igualmente por ser mi escudo y fortaleza en los momentos de angustia.” Todo te lo debo a ti mi vida y mi esperanza”. Te doy gracias mil gracias padre celestial por cumplir esta meta tan anhelada que parecía que era imposible, pero con tu gran ayuda fue posible, mi corazón hoy se llena de alegría y felicidad. Gracias por ser mi padre celestial.

A mi madre, Ledys Medina Vega que siempre estuvo pendiente de mí, por haberme acompañado en este caminar, brindándome su ayuda incondicional y económicamente por haber confiado en mí, siempre con tus oraciones para que todo me saliera bien, gracias mama por ser tan especial conmigo.

A mi padre, José Samuel Castro por haberme ayudado económicamente para que pudiera cumplir mi meta, gracias por sus palabras de apoyo y por haber confiado en mí papá.

A mis abuelos Germania Vega, José Miguel Medina, que fueron los que me criaron que son mis padres también, dándome su ayuda incondicional, su voz de aliento en los momentos de angustia, gracias por todo lo que hicieron por mí, formándome en valores y principios. Mil gracias

A mis hermanos Verónica Castro, Gisela Castro, Yesica Castro, Yenderson castro y Samuel castro por apoyarme en todo este proceso, con sus palabras de aliento de que, si era capaz, igualmente a mi bella sobrina Ivana por llenarme de felicidad.

## **Agradecimientos**

Primeramente, agradezco a DIOS y al Espíritu santo por todo lo que soy, dándome toda la sabiduría e inteligencia y fortaleza para cumplir esta meta. A mis tíos entre ellos a Francisco Medina quien ya partió a la gloria eterna, quien en vida me apoyo incondicionalmente. Igualmente, a mi tío Eusebio Castro por su ayuda económica, disminuyendo cada dificultad en mi carrera.

A mi gran amiga Rosa Neleidy Calvo Peñaranda, quien es como mi hermana de corazón, que me brindo su ayuda incondicional. Así mismo a Cecilia Tóala, Hislanda milena jaimes, Carmen Buitrago, Raquel Correa, quienes he estrechado una bonita amistad.

A mis primos entre ellos a Delianis Herrera Castro, quien me dio su voz de aliento para seguir adelante en este caminar, igualmente a Sara Castro Lozano, que hizo parte de mi formación.

A mi gran asesora Científica Jennit Lorena Córdoba, a quien admiro mucho, gracias mi profe por su dedicación, paciencia, orientación e incondicional entrega en mi proyecto de investigación, que mi DIOS me la siga llenando de sabiduría, inteligencia y amor. La bendigo mucho y su familia también.

A mi asesora metodóloga Heddy Yasmit Tuta García por brindarme la orientación necesaria para culminar mí proyecto.

## Contenido

	Págs.
Resumen .....	14
Abstract .....	15
Introducción .....	16
Capítulo I.....	18
Titulo .....	18
Planteamiento del problema .....	18
Descripción del problema. ....	18
Formulación del problema. ....	21
Justificación .....	21
Objetivos.....	24
Objetivo General.....	24
Objetivos Específicos.....	24
Capítulo II .....	26
Marco referencial .....	26
Antecedentes Investigativos .....	26
Antecedentes internacionales.....	26
Antecedentes investigativos nacionales.....	28
Antecedentes Regionales.....	30
Antecedentes locales.....	31
Marco teórico.....	34
Funcionamiento Ocupacional.....	34
El funcionamiento ocupacional prioriza.....	35
Actividades de la vida diaria.....	37
Clasificación de las actividades de la vida diaria.....	38
Evaluación de las actividades de la vida diaria.....	40
Características contextuales que afectan la evaluación en las actividades de la vida diaria. .....	41

Discapacidad física. ....	42
Discapacidad cognitiva. ....	43
Discapacidad sensorial. ....	44
Modelos que se aplican a la investigación. ....	44
Modelo de la Ocupación Humana. ....	44
Modelo del funcionamiento ocupacional. (Trombly). ....	45
Marco de referencia de la rehabilitación. ....	45
Marco referencia compensatorio. ....	45
Ecología del desempeño humano. ....	46
Marco legal. ....	46
Constitución política de Colombia 1991. ....	46
Ley 361 de 1997 – (Ley de discapacidad). ....	47
Ley 1618 de discapacidad en Colombia. ....	48
Decreto 276 2000. ....	48
El Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad de 1999- 2002. ....	49
Marco ético. ....	49
Marco conceptual. ....	51
Marco contextual. ....	52
Misión. ....	52
Visión. ....	53
Funciones. ....	53
Política de calidad. ....	54
Objetivos de calidad. ....	54
Sistema de variables. ....	56
Variables. ....	56
Variable independiente. ....	56
Variable dependiente. ....	56
Variable ajena. ....	56
Formulación de hipótesis. ....	64
Hipótesis nula (H <sub>0</sub> ). ....	64
Hipótesis afirmativa (H <sub>1</sub> ). ....	64

Capítulo III .....	65
Metodología .....	65
Diseño de investigación.....	65
Tipo de investigación.....	66
Población y muestra.....	67
Población.....	67
Muestra .....	68
Tipo de muestra.....	70
Criterios .....	71
Inclusión.....	71
Exclusión.....	71
Técnicas e instrumento de investigación.....	72
Técnica.....	72
Técnicas primarias.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Consentimiento informado.....	50
Técnicas secundarias.....	72
Técnicas terciarias.....	72
Instrumento.....	72
Descripción general y validez.....	73
Aplicación y población objeto.....	73
Descripción.....	73
La puntuación estaba basada sobre una escala de 7 niveles.....	74
Tiempo de administración.....	74
Administración.....	74
Aplicación y costo.....	76
Capítulo IV .....	77
Resultados .....	77
Datos sociodemográficos y características de la población.....	77
Medida de independencia funcional (Wee-FIM) del cuidado propio.....	85

Discusión de resultados .....	108
Resultados Actividades Realizadas .....	110
Capítulo V .....	111
Plan de acción .....	111
Título .....	111
Introducción.....	111
Justificación.....	112
Objetivos.....	113
Objetivo General.....	113
Objetivo específicos.....	113
Población .....	114
Metodología.....	114
Medios de intervención. ....	114
Ambiente terapéutico. ....	114
Ambiente humano.....	115
Ambiente no humano. ....	115
Ambiente físico. ....	115
Ambiente temporo-espacial.....	115
Recursos.....	115
Recurso humano.....	115
Recurso financiero. ....	115
Relación Terapéutica. ....	116
Proceso enseñanza-aprendizaje. ....	116
Verbal .....	116
Demostrativa.....	116
Ilustrativa.....	117
Modalidades de intervención.....	117
Semiestructuradas. ....	117
Directa.....	117
Tipo de actividades .....	117

Psicoeducativas.....	117
Reentrenamiento.....	117
Simulación.....	118
Secuenciación.....	118
Grupal.....	118
Fases de intervención.....	118
Fase 1. “Promoviendo mi higiene personal”.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Fase 2. “Reentrenándome en el vestido”.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Cronograma de actividades.....	119
Descripción de las actividades a realizar dentro del plan de acción.....	121
Fase 1. “Promoviendo mi higiene personal”.....	121
Fase 2. “Reentrenándome en el vestido”.....	122
Sustentación por enfoques.....	175
Enfoque.....	175
Premisa.....	175
Sustentación.....	175
Enfoque.....	175
Premisa.....	175
Sustentación.....	175
Enfoque.....	176
Premisa.....	176
Sustentación.....	176
Capítulo VI.....	177
Producto final.....	177
Producto final a la institución.....	177
Producto final a la universidad y al programa de Terapia Ocupacional.....	177
Recomendaciones.....	179
Referentes bibliográficos.....	181
Apéndices.....	185

## Listado de tablas

	<b>Págs.</b>
Tabla 1. Sistema de variables .....	57
Tabla 2. Población.....	67
Tabla 3. Muestra.....	69
Tabla 4. Elementos del instrumento Wee-FIM .....	75
Tabla 5. Distribución porcentual según el género.....	77
Tabla 6. Distribución porcentual según las edades de la población en situación de discapacidad	78
Tabla 7. Distribución porcentual según las zonas donde reside la población en situación de discapacidad. ....	79
Tabla 8. Distribución porcentual según el nivel socioeconómico.....	81
Tabla 9. Distribución porcentual según la patología.....	82
Tabla 10 . Distribución porcentual según el tipo de discapacidad .....	84
Tabla 11. Distribución porcentual según la comida.....	85
Tabla 12. Distribución porcentual según el baño .....	88
Tabla 13. Distribución porcentual según el vestido de tren superior .....	89
Tabla 14. Distribución porcentual según el vestido de tren inferior .....	90
Tabla 15. Distribución porcentual según el Toilet .....	92
Tabla 16. Distribución porcentual según el manejo de vejiga. ....	93
Tabla 17. Distribución porcentual según el manejo de intestino. ....	94
Tabla 18. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a (camina, silla, silla de rueda) .....	96
Tabla 19. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a ir al baño .....	97
Tabla 20. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia hacia la ducha.....	98
Tabla 21. Distribución porcentual según la locomoción (camina / silla de ruedas).....	100
Tabla 22. Distribución porcentual según la locomoción en las escaleras .....	101
Tabla 23. Distribución porcentual según las destrezas de comunicación (comprensión). ....	102
Tabla 24. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (expresión). ....	103
Tabla 25. Distribución porcentual según destrezas de interacción social .....	105
Tabla 26. Distribución porcentual según la resolución de problemas.....	106

Tabla 27. Distribución porcentual según la memoria .....107

Tabla 28. Fase 1. Población urbana.....123

## Listado de figuras

	<b>Págs.</b>
Figura 1. Alcaldía de Chitagà - Norte de Santander .....	52
Figura 2. Organigrama .....	55
Figura 3. Análisis porcentual según el género .....	78
Figura 4. Análisis porcentual según las edades de la población en situación de discapacidad.....	79
Figura 5. Análisis porcentual según las zonas donde reside la población en situación de discapacidad. ....	80
Figura 6. Análisis porcentual según el nivel socioeconómico .....	81
Figura 7. Análisis porcentual según las patologías .....	83
Figura 8. Análisis estadístico según el tipo de discapacidad.....	84
Figura 9. Análisis porcentual según la comida .....	85
Figura 10. Distribución porcentual según el aseo personal.....	86
Figura 11. Análisis porcentual según el aseo personal.....	87
Figura 12. Análisis porcentual según el baño .....	88
Figura 14. Análisis porcentual según el vestido de tren inferior.....	91
Figura 15. Figura 14. Análisis porcentual según el toilet.....	92
Figura 16. Análisis porcentual según el manejo de la vejiga .....	93
Figura 17. Análisis porcentual según el manejo de intestino .....	95
Figura 18. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a (camina, silla, silla de rueda) .....	96
Figura 19. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a ir al baño .....	97
Figura 20. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia hacia la ducha .....	99
Figura 21. Análisis porcentual según la locomoción (camina / silla de ruedas) .....	100
Figura 22. Análisis porcentual según la locomoción en las escaleras.....	101
Figura 23. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (comprensión). ....	102
Figura 24. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (expresión).....	104
Figura 25. Análisis porcentual según destrezas de interacción social.....	105
Figura 26. Análisis porcentual según la resolución de problemas .....	106
Figura 27. Análisis porcentual según la memoria .....	108

## **Listado de apéndices**

	<b>Págs.</b>
Apéndice A. Consentimiento informado .....	186
Apéndice B. Instrumento de evaluación .....	187
Apéndice C. Evidencias .....	213

## Resumen

El funcionamiento Ocupacional son todas aquellas actividades que realiza el ser humano, acordes a los sistemas de volición, habituación y ejecución entre los factores ambientales y personales que dispone el individuo, dentro de la presente investigación en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá-Norte de Santander, se evidencia alteración en el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria, debido que necesitan de la mayor parte del tiempo de sus familiares para desempeñar actividades de autocuidado, las cuales fueron valoradas por medio del instrumento de la medida de independencia funcional (Wee-FIM), que nos permite evaluar la funcionalidad e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria, el cual se logró evidenciar que un 37.1% es dependiente, necesitando de ayuda de sus cuidadores y/o familiares para ejecutar actividades de autocuidado, así mismo un 34.3% presentan dificultad para desarrollar destrezas de interacción social debido a la discapacidad no logran integrarse en el contexto en que se desempeñan, por lo cual se busca implementar actividades con propósito desde el área disciplinar de Terapia Ocupacional y así favorecer el funcionamiento ocupacional en la ejecución de estas actividades, logrando autonomía e independencia en la población en situación de discapacidad y mejoren su calidad de vida.

La presente investigación tiene un diseño cuantitativo, fundamentado en un tipo exploratorio, así mismo contiene elementos de tipo descriptivo, debido que se realizó una matriz en Excel para organizar los datos sociodemográficos y realizar la caracterización de la población dentro del municipio e invitarlas a participar dentro de la investigación, diligenciando el consentimiento informado, así mismo se valora a la población para identificar el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria.

**Palabras claves:** funcionamiento ocupacional, actividades de la vida diaria, personas en situación de discapacidad, autonomía e independencia.

### **Abstract**

The Occupational functioning are all those activities performed by the human being, related to the systems of volition, habituation and execution between the environmental and personal factors that the individual disposes. Within the present investigation in the population in situation of incapacity of the municipality of Chitagá-Norte de Santander, it is evidenced an alteration in the occupational functioning in the daily life activities, due to the fact that they need most of the time their relatives to perform self-care activities, which were assessed using the functional independence measure instrument (Wee-FIM), which allows us to evaluate the functionality and independence in the performance of activities of daily living, which showed that 37.1% are dependent, needing help from their caregivers and / or relatives to carry out self-care activities; also, 34.3% have difficulty developing social interaction skills due to the disability, they are unable to integrate in the context in which they perform, so it is intended to implement activities with a purpose from the Occupational Therapy disciplinary area and thus favor the occupational functioning in the execution of these activities, achieving autonomy and independence in the population in situation of disability and improve their quality of life.

The present research has a quantitative design, based on an exploratory type. It also contains descriptive elements, due to the fact that a matrix was made in Excel to organize socio-demographic data and characterize the population within the municipality and invite them to participate in the investigation, filling in the informed consent, and the population is valued in order to identify the occupational functioning in daily life activities.

Key words: occupational functioning, daily live activities, people with disabilities, autonomy and independence.

## Introducción

La iniciativa e interés por desarrollar este proyecto de investigación es la de abordar desde Terapia Ocupacional a la población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagá del Departamento Norte de Santander, el cual carece de diferentes atenciones e intervenciones, siendo así una necesidad debido a que residen muchas personas que padecen patologías que les implica grados de dificultad en el Funcionamiento Ocupacional y en los diferentes roles que cada uno de ellos ejecuta para poder vivir y mantener sus estilos de vida.

Según (Kielhofner, 2002 ), el funcionamiento Ocupacional son todas aquellas actividades que realiza el ser humano, acordes a los sistemas de volición, habituación y ejecución entre los factores ambientales y personales que dispone el individuo; para ello se vale del análisis previo de las capacidades del usuario. Es así como el Terapeuta Ocupacional selecciona con el paciente las actividades a desarrollar para favorecer la adquisición, mantenimiento, y la recuperación del desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria.

Así mismo, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional( AOTA,2010), refiere que las actividades de la vida diaria están orientadas al cuidado propio del cuerpo y son fundamentales para vivir en un mundo social, permiten la supervivencia y el bienestar, constituyen uno de los pilares fundamentales del Terapeuta Ocupacional para tratar a sus pacientes entre ellas encontramos: baño, cuidado de intestino y la vejiga, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene en el inodoro.

Teniendo en cuenta las teorías anteriores, a través de Terapia Ocupacional se busca favorecer a la comunidad a través de intervenciones basadas en actividades con propósito que permitan identificar cómo se encuentra el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria; dado que muchas de las personas que habitan en esta localidad, padecen alguna discapacidad y a su vez no cuentan con los procedimientos necesarios que disminuya de alguna manera este tipo de limitación o disfuncionalidad. Terapia Ocupacional es una disciplina que promueve el Bienestar en el Funcionamiento Ocupacional de las personas debido a que todo ser humano necesita mantener

sus habilidades para poder cumplir con su propio desempeño ocupacional satisfactorio en el cumplimiento de roles y hábitos acorde a su edad cronológica. La población se evalúa a través de la aplicación del instrumento de evaluación de la medida de independencia funcional(Wee-Fim), que permite evaluar la funcionalidad e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria con personas en situación de discapacidad.

## **Capítulo I**

### **Título**

Funcionamiento Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria en la Población en Situación Discapacidad del Municipio de Chitagá-Norte de Santander”.

#### **Planteamiento del problema**

##### **Descripción del problema.**

La Organización Mundial de la Salud -OMS, utiliza un enfoque “Biopsicosocial”, el cual define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, sensoriales, intelectuales o mentales) de la persona, del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona.

Según el Informe de la Organización Mundial de Discapacidad, (2011) más de 1.000 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad, cifra que es equivalente aproximadamente al 15% del total de la población mundial, estimaciones para la población 2010, el cual corresponde a casi 200 millones de personas que experimentan dificultades considerables en su vida diaria.

Se han estimado múltiples factores causales asociados a la aparición de algún tipo de discapacidad; por ejemplo, en los países industrializados, se presentan mayores casos relacionados a defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos y accidentes de tránsito; mientras que en los países de América Latina se relacionan con enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales y problemas de salud relativos al desarrollo del feto y el parto. También encontramos aquellas relacionadas con el medio ambiente, las cuales comprenden problemas de contaminación ambiental y sus efectos en la salud, como por ejemplo el uso irracional de plaguicidas en los cultivos que aumentan los riesgos de deficiencias y discapacidades en la región. Por otra parte, se encuentran también los accidentes laborales, los accidentes de tránsito y los conflictos armados en algunos países tales como el Salvador, Guatemala y Nicaragua, causan traumas psicológicos y emocionales (Amate & Vázquez, 2006).

De acuerdo a lo anterior la discapacidad provoca uno de los efectos más invasivos sobre la ocupación de las personas, debido que no encuentran satisfacción y placer en la vida, además, las dificultades en el desempeño y el temor de ser reconocidos como seres incompetentes, pueden evadir oportunidades para desarrollar cualquier tipo de ocupación: así lo describe Gary Kielhofner en el Modelo de la Ocupación humana, este modelo permite comprender a la persona compuesta por tres elementos fundamentales e interrelacionados entre sí, siendo estos la volición, como un patrón de pensamientos y sentimientos, habituación como una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamientos guiados por nuestros hábitos, roles y capacidad de desempeño como aquella provista por las condiciones físicas y mentales de la persona.

Es así como en Colombia, de acuerdo con el Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2010 existen 2.624.898 personas que presenta discapacidad lo que equivale al 6,3% del total de la población. Sin embargo, en el Registro para la localización y caracterización de las personas en situación de discapacidad (RLCPD) a través del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) registra 981.181 personas a mayo de 2013, cantidad que, a la fecha, corresponde al 37,4% de las personas identificadas en el Censo. En el departamento Norte de Santander se han registrado 6.024 personas en situación discapacidad con algún tipo de alteración permanente, de las cuales el 52.4% corresponde a hombres y el 47.6% a mujeres; La alteración permanente más representativa es aquella relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (22.2%), seguida por alteraciones del sistema nervioso (20.8%) y la ceguera parcial o total (16.6%) (Díz & Orlando, 2010).

De la misma manera en el año 2016, en el Municipio de Chitagá se caracterizó la población residente en el casco urbano y rural a través del Registro para la localización y caracterización de las personas en situación discapacidad (RLCPD), por el ministerio de salud y protección social (minsalud); en el cual se determinó un grupo de 256 personas en situación de discapacidad, en edades comprendidas entre los 6 a 80 años de edad cronológica, presentando discapacidades las cuales se pueden clasificar según los lineamientos contenidos en la convención sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad (ONU, 2006), de esta población se toma una muestra de 35 personas con un rango de 5 a 21 años; según datos entregados por el referente de discapacidad del Municipio de Chitagá, donde 8 de ellos presentan discapacidad cognitiva, 7 discapacidad física

y/o motora, 3 discapacidad auditiva, 9 discapacidad mental, 4 discapacidad visual, 3 sordoceguera y 1 discapacidad múltiple. En el primer grupo encontramos a personas con diagnósticos médicos de Síndrome de Down, secuela de poliomielitis, microcefalia, retraso mental leve y moderado, autismo e hidrocefalia. En el segundo grupo se encuentran las personas con extremidades asimétricas, secuelas de neuropatía sensoriomotriz tipo charcot Marie, perdida de las tres falanges distales. Y, por último, como discapacidad múltiple se encuentran las personas con síndrome de Down con retraso en el desarrollo psicomotor. Este grupo de personas solo ha sido intervenido por el fisioterapeuta debido que se encuentran ausente los servicios de Terapia Ocupacional, además que residen en zonas rurales cuyos factores contextuales y de acceso son limitados estableciendo barreras para su participación.

Es así como Terapia Ocupacional a través de este estudio investigativo busca identificar el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria de las personas en situación de discapacidad del municipio de Chitagá y así mismo poder incursionar profesionalmente, debido a que, al ser un Municipio aislado del casco urbano y al no contar con los recursos necesarios muchas de estas personas no reciben tratamientos oportunos y adecuados que reduzca el progreso de este tipo de patología y no siga afectando el desempeño en la ejecución de estas actividades.

De acuerdo a lo anterior generalmente esta población tiene alteraciones en el funcionamiento ocupacional, donde la disciplina de Terapia Ocupacional utiliza la ocupación como fin y como medio para mantener la funcionalidad del individuo, autora como Trombly citado por (polonio, Durante, & Noya, 2003), consideran que la ocupación puede ser usada como medio de tratamiento para producir cambios en el funcionamiento ocupacional deteriorado. En las personas en situación de discapacidad de este municipio, según información de la referente de discapacidad del municipio de Chitagá, se ve afectado el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria, debido que gran parte de ellos son dependientes, requiriendo la mayor parte del tiempo de su núcleo familiar, para desempeñar actividades del cuidado propio, pero la mayoría de ellos no cuentan con personas que le coayuden en la ejecución de estas actividades, generándose por ello alteración en el desarrollo de estas rutinas, las cuales con el paso del tiempo dejan de desarrollarlas, debido a que al verse con esta limitación muchas de estas personas pierden el interés y la motivación para realizar las ocupaciones de su diario vivir. La principal área de intervención del

Terapeuta Ocupacional, es en las actividades de la vida diaria debido a que es uno de los medios más eficaces para que la persona pueda ser funcional e independiente. Según “Trombly” define las actividades de la vida diaria como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal.

Por lo tanto, considera que es muy importante en Terapia Ocupacional debido a que le permite al individuo establecer diferentes hábitos y rutinas para lograr establecer un equilibrio en su desempeño ocupacional. Las actividades de la vida diaria están relacionadas con el logro de la independencia personal, autonomía y la necesidad humana. El Terapeuta Ocupacional es el encargado de entrenar las actividades generalmente cuando el paciente se encuentra con una discapacidad por lo tanto se debe intervenir precozmente con el objetivo de prevenir cualquier tipo de dificultad que pueda surgir en esta población. Así mismo el proceso de intervención, implica al individuo a realizar independientemente las áreas de ocupación especialmente las actividades de la vida diaria, con la finalidad de lograr independencia y autonomía personal. Es por esto que nace la propuesta de investigación con el fin de identificar cómo se encuentra el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá y, a partir de esto, establecer estrategias o actividades de intervención que impacten en la elección de una actividad que les genere motivación y permita alcanzar un óptimo desempeño ocupacional funcional e independiente.

### **Formulación del problema.**

¿Cómo influye el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación discapacidad del Municipio de Chitagá Norte de Santander?

### **Justificación**

Las personas en situación de discapacidad generalmente tienen mayor deterioro en la salud que la población promedio, además sus logros educativos en la mayoría de los casos son más bajos, suelen tener menos oportunidades económicas y por ende mayores tasas de pobreza; esto se debe en gran parte a las barreras que enfrentan en la vida cotidiana debido a su discapacidad. Esto no es sólo un problema de salud pública, sino también una cuestión de derechos humanos y del

desarrollo. La OMS ha hecho esfuerzos para apoyar a este tipo de población, para hacer frente a la discapacidad y establecer estrategias para mejorar la calidad de vida de estas personas. (OMS, 2014). Así mismo, se ha convertido en un elemento fundamental para que las personas con discapacidad, obtengan mayores oportunidades para participar en la comunidad, vivir en forma independiente y participar en la educación, del mercado laboral y la vida cívica.

Con base en lo anterior, es oportuno mencionar que el Terapeuta Ocupacional fundamenta su acción profesional en la actividad como principal herramienta, la cual, es vista no sólo como medio, sino una finalidad en sí misma orientadas con el fin de prevenir la aparición de disfunciones de índole sensoriomotor, perceptivo o psicosocial, en personas de riesgo (Rueda y Vásquez, 1985) citado por Polonio, (2003). La Terapia Ocupacional busca adaptar al individuo a la ocupación y la ocupación al individuo (Torres y Pérez, 2002); y desde el ámbito de la discapacidad física, cognitiva y sensorial cuenta con una gama importante de marcos de referencia, enfoques y modelos para utilizar en su práctica clínica. Así mismo se puede referir que la intervención de Terapia Ocupacional se fundamenta en el abordaje terapéutico, entre las cuales se encuentra, el modelo del funcionamiento ocupacional (MFO) de Trombly (Polonio, 2003), teoría que guía la evaluación y la intervención del Terapeuta Ocupacional en casos de disfunción secundaria a enfermedades, trastornos y lesiones físicas. Uno de los principios del MFO es la ocupación debido a que esta le permite a las personas ejecutar actividades de la vida diaria de manera independiente con la finalidad de sentirse útil en el funcionamiento ocupacional, los Terapeutas Ocupacionales analizan la ocupación para determinar las necesidades que pueden generar disfuncionalidad en su desempeño ocupacional, así mismo ofrecerle al cliente la oportunidad de implicarse en una ocupación y pueda alcanzar o a recuperar este sentimiento mediante la actividad propositiva con el fin de que sea competente y contribuya al sentido de desarrollo individual.

Los Terapeutas Ocupacionales tienen en cuenta que la ocupación es lo más importante para todos los seres humanos, es de allí donde se analizan las diversas formas que tienen las personas de esta población en situación de discapacidad para cumplir con un funcionamiento ocupacional que les permita suplir y desempeñar rutinas ocupacionales como todas las personas que hacen parte de una sociedad. A través de Terapia Ocupacional con la utilización de actividades con propósito dirigidas a las áreas de la vida diaria, debido que estas personas se encuentran limitadas (por una

discapacidad física, cognitiva, sensorial y múltiple), lo que se busca es poder incrementar el nivel de independencia en actividades de la vida diaria, con el fin de prevenir la discapacidad, mejorar el desarrollo y mantener la salud, incluyendo la adaptación de tareas y/o la intervención sobre el ambiente para lograr la máxima funcionalidad y optimizar la calidad de vida. Por lo tanto, a través de la ejecución se analiza como es el desarrollo del funcionamiento ocupacional teniendo presente que toda ocupación es cumplida por una rutina diaria.

La necesidad e importancia de acoger este tipo de población para el presente estudio, se debe a que existe un alto índice de población en situación de discapacidad, la cual no ha sido tratada e intervenida desde esta disciplina, y por lo tanto a través de esta intervención de Terapia Ocupacional, se busca promover y favorecer el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria de estas personas pese a sufrir algún tipo de discapacidad, reentrenando al individuo con el fin de lograr el mayor grado de independencia posible en la ejecución de estas actividades y en el desempeño de los diferentes roles, favoreciendo la reestructuración global de la personalidad debido que es una de las más afectadas, desarrollando capacidades, habilidades de adaptación y compensación, teniendo en cuenta los elementos relacionados con su medio y permitan la participación social, promoviendo la elección de actividades que generen interés con el fin de contribuir en roles que intervienen en la vida diaria de todo ser humano.

Este proyecto investigativo permite abordar una temática interesante y con gran auge en la actualidad, como es el funcionamiento ocupacional, en población poco intervenida desde nuestra área en el Municipio de Chitagá, el cual se diferencia de otros proyectos debido no se había realizado estudios investigativos, lo que se busca marcar la diferencia de nuestra labor como Terapeuta Ocupacional y dejar en vista lo que se puede llegar a generar y favorecer con la población en situación de discapacidad dado que estas comunidades vulnerables son poco favorecidas, igualmente se da apertura a campos profesionales nuevos en el municipio.

A sí mismo el presente trabajo se realizará metodológicamente de la siguiente manera, como primera instancia se realiza la caracterización de la población a través de la revisión de historias clínicas del censo y base de datos de la alcaldía de Chitagá, con el fin identificar el nombre, edad, género, diagnóstico, tipo de discapacidad, nivel socioeconómico y las zonas donde residen.

Seguidamente, se realizará la evaluación de la población en situación de discapacidad a través del instrumento WeeFIM de la medida de independencia funcional, encargado de evaluar la funcionalidad e independencia en actividades de la vida diaria; posteriormente se diseñará un plan de acción para implementar con la población objeto de estudio, una vez aplicado y culminado el cronograma de actividades con propósito desde nuestra disciplina, se ejecuta el análisis de los datos obtenidos a partir de cada intervención para obtener los resultados de cómo se encuentra el funcionamiento ocupacional de la población objeto. De igual manera desde el punto de vista práctico del Campo de Acción Profesional del programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona, en el cual se ejecutan diferentes actividades con propósito desde el quehacer profesional que contribuyan al desarrollo integral, logrando la autonomía e independencia, debido que para el ser humano es primordial la elección de una actividad u ocupación. igualmente, los beneficiarios directos de esta investigación, son la población en situación de discapacidad y los cuidadores de estas personas del municipio de Chitagá, Norte de Santander, puesto que se aplicarán estrategias que favorezcan y contribuyan un óptimo desempeño funcional en actividades de la vida diaria y por ende se logre un funcionamiento ocupacional en cada ser humano.

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

Identificar el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá Norte de Santander.

### **Objetivos Específicos.**

Caracterizar la población objeto de estudio a través de la revisión de historias clínicas del censo y base de datos de la Alcaldía de Chitagá Norte de Santander.

Evaluar el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá a través del instrumento WeeFIM de la medida de independencia funcional.

Interpretar los resultados obtenidos del funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagá-Norte de Santander.

Aplicar el plan de acción según los resultados obtenidos que promueva el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación discapacidad del municipio de Chitagá-Norte de Santander.

## Capítulo II

### Marco referencial

#### Antecedentes Investigativos

Después de la revisión de artículos, tesis de grados e investigaciones realizadas sobre el tema a desarrollar se relaciona la siguiente información, considerando que proporcionan suficientes aportes para sustentar esta investigación y así mismo tener una idea más amplia sobre la problemática a estudiar, los cuales fueron realizados desde los internacionales hasta lo locales entre ellos tenemos los siguientes:

##### **Antecedentes internacionales.**

Sánchez Bermejo Laura, Moreno Gutiérrez Lourdes. (2015). *Intervención de terapia ocupacional para personas con discapacidad de un campo de refugiados palestino en la franja de Gaza. TOG (A Coruña)*; Revista Gallega de Terapia Ocupacional.

Este estudio concluye que desde Terapia Ocupacional se puede trabajar en temas de Cooperación y ayuda humanitaria, propiciando la participación ocupacional y posibilitando la inclusión social y el acceso a la rehabilitación. Después de conocer datos sociopolíticos en cómo viven los palestinos, llevan a concienciar de la necesidad de ayuda, no solo humanitaria, sino de empoderamiento. Un empoderamiento para que la Terapia Ocupacional pueda poner su granito de arena. No se trata de poner voz a quienes no pueden hablar, no somos dueños de voces ajenas, se trata de hacer que se vuelvan activos, para que nunca más nadie les quite ni la razón, ni la fuerza, ni la esperanza. El artículo aporta a la investigación debido que puede incursionar en comunidades desfavorecida y ayudar aquellas personas que presentan restricción en la participación ocupacional, logrando independencia funcional, en cada uno de los hábitos y con el fin de que sean participe dentro de la sociedad y pueda acceder a ocupaciones significativas, creando comunidades inclusivas en la sociedad para que las personas con limitación contribuyan al reconocimiento de habilidades y a la participación social.

Carlosama Moreno Jhoselin Beatriz, Ichao Morejón Katy Daniela. (2015). *Diagnóstico Georeferenciado de la discapacidad en las comunidades de Pamplona, Barrio Nuevo, San Luis,*

*Barcelona, San Francisco, la loma y central de la Parroquia de Selva a legre del Cantón Otavalo de Enero. Ecuador.*

En este estudio se concluye que la población de la Parroquia de la Selva Alegre presenta un índice medio de discapacidad, como consecuencia de la falta de ingresos económicos, sumado a esto no cuenta con vías accesibles que permitan el fácil traslado de las personas con discapacidad al servicio de salud y lo que conllevó a que no obtuvieran un diagnóstico oportuno. Igual se concluye que las personas con discapacidad en su mayoría tienen un nivel de instrucción baja, debido que muchos de ellos no cursaron sus estudios debido a su discapacidad, lo que desencadenan un alto índice de analfabetismo.

Se puede establecer en el anterior estudio cómo influye de manera directa e indirecta los limitantes económicos y la no oportunidad que tienen las personas en condición de discapacidad y como esto interfiere en la ejecución de roles, participación de ocupaciones y acceso a oportunidades que tiene este tipo de población lo cual les impide en ocasiones desempeñarse como seres activos de igual manera estas personas se limitan a participar en actividades productivas y de interés debido a las barreras que le impone la sociedad, es por esto que las personas con cualquier deficiencia ya sea física, mental, sensorial se sienten como seres incompetentes.

Yessenia Teresa Siavichay Sinchi. (2016). *Desarrollo social de las personas con Discapacidad en Ecuador. Tesis de grado para optar el título en licenciada en trabajo social. Cuenca Ecuador.*

Este trabajo concluye como se ha podido reflejar un Desarrollo Social de las personas con discapacidad, pues a pesar de los esfuerzos realizados por los actores principales de esta realidad social, sumando a esto las normativas nacionales, internacionales y locales no se da una efectivización integral de sus derechos, los beneficios para las personas con discapacidad aún tienen un perfil de caridad, es cierto que este grupo es de atención prioritaria para el país, pero no se debe confundir prioridad con las acciones de generar personas con discapacidad dependientes, es necesario generar espacios en donde los y las ecuatorianas sean considerados desde sus diversidades, visualizar a una persona como ser humano más allá de sus capacidades o discapacidades, todos y todas tenemos diferentes destrezas y somos parte de esa diversidad.

Se tiene en cuenta este estudio en cuanto a las normativas nacionales, internacionales y locales las cuales rigen los derechos de las personas en situación de discapacidad y los beneficios que cada persona tiene al presentar cualquier limitación en la participación, generando espacios de oportunidades para que sean personas activas en la sociedad, puesto que las personas en condición de discapacidad se consideran que no poseen habilidades y destrezas para desempeñarse en cualquier actividad, por eso es de gran importancia generar espacios donde estas personas sean seres activos dentro de la comunidad.

### **Antecedentes investigativos nacionales.**

Ninfa Rocío León García. (2015). *Accesibilidad de personas en situación de discapacidad en la universidad militar nueva granada sede 100*. Bogotá, Colombia.

Este proceso investigativo llegó a la conclusión de como la accesibilidad física y tecnológica es un reto que tan sólo se logra manteniendo una designación presupuestal para la adquisición de tecnología y adecuación de instalaciones, de forma como dicen Ainscow, (2001) y Cañedo, (2003) y se les dé un uso más eficiente de los recursos y se puedan incorporar formas de aprendizaje que optimicen las capacidades de la persona. Promover la cultura en el respeto a la diversidad y el reconocimiento de los estudiantes como sujetos, donde toda la comunidad, especialmente la conocedora en inclusión, para que se interactúe bajo estas premisas, ya que sólo así se podrá evidenciar con los cambios de actitud de los miembros de la comunidad, con el compromiso y la responsabilidad para lograr la inclusión de la población con discapacidad en la sociedad.

El aporte que deja este estudio es como se puede generar nuevas tecnologías para la accesibilidad de todas las personas en situación de discapacidad y lograr la funcionalidad para que puedan participar sin ninguna restricción en ocupaciones que para todo ser humano es necesario desempeñar y ser activos dentro del margen que se considera normal para la vida, y generar la inclusión en cada una de las personas que presenta cualquier limitación en la actividad.

Mónica María Mongui Monsalve (2009). *Análisis socio- ocupacional de personas con discapacidad: “asociación de discapacitados de Piedecuesta” Santander Colombia, tesis de grado para optar el título de trabajadora social.*

Se concluye que el reconocimiento de los grupo poblacional como sujeto de derecho constitucionales, llevando a entender la discapacidad como una dimensión no solo individual sino que a su vez social, por lo que éste centra su base en la articulación con el enfoque bio-psico-social, pues se observa como una situación cambiante y fluida que obedece a las ayudas disponibles que ofrece el ambiente y por lo tanto afecta a la persona en la relación con su familia y contexto, por lo que no necesariamente la discapacidad plantea una desventaja, sino que es el entorno que lo rodea y la falta de oportunidades para superar la restricción y la exclusión lo que genera su condición.

Esta investigación resalta la importancia de como el entorno puede influir en las personas en situación de discapacidad dado que la sociedad limita e impide que las personas que presenta cualquier tipo limitación puedan desempeñarse como un ser activo y competente dentro de la humanidad, puesto que el ser humano como ciudadanos no se le puede negar los derechos a una vida digna y que participen de ocupaciones significativas y de interés.

Martha Liliana Hijuelos Cárdenas, Adriana Angarita Fonseca. (2011). *Prevalencia y caracterización de la población con discapacidad del municipio de los Santos Santander, Colombia.*

Este estudio concluye que la discapacidad es un problema de salud pública en el ámbito mundial afecta las oportunidades de desarrollo integral del individuo y lo vuelve vulnerable, debido principalmente a las limitaciones de accesibilidad a salud y educación, ya sea por barreras físicas, económicas, sociales y de la misma condición, las cuales hacen difícil su desarrollo individual, productivo y su integración a la sociedad. Adicionalmente, las condiciones de vida, la familia, el entorno, su ubicación geográfica, así como las condiciones sociales, económicas y culturales, determinan el bienestar de las Personas con Discapacidad y el perfil epidemiológico de cada territorio.

Se tiene presente este estudio investigativo partiendo de que las personas en situación de discapacidad viven con poco acceso a roles productivos y le son vulnerados sus derechos a participar de actividades que son para ellos de gran importancia para desempeñarse de manera

productiva dentro de la sociedad y así tener oportunidades en cuanto a la educación, trabajo considerándolos como seres integrales.

Eliana Isabel Parra Esquivel, Olga Luz Peñas Felizzola (2015) *El niño con discapacidad: elementos orientadores para su inclusión social. Barranquilla Colombia.*

Este estudio concluye que los referentes conceptuales más avanzados sobre discapacidad priorizan la participación del niño en los contextos y roles que le son cotidianos. Por tanto, la evaluación e intervención de cada caso deberán considerar tales particularidades. El campo de estudio en discapacidad ha avanzado en la construcción de herramientas evaluativas integrales, las cuales permiten valorar las ejecuciones, participación, autonomía y requerimientos de los niños con discapacidad desde una mirada multidimensional, coherente con los modelos conceptuales de mayor alcance explicativo. Las acciones que dispongan los cuidadores, profesionales y maestros para potenciar el desempeño ocupacional de los niños con discapacidad deben reconocer la importancia que juegan tres factores: el significado, la independencia y la seguridad de las ejecuciones. Lo anterior con miras a garantizar procesos que efectivamente redunden en bienestar e inclusión para tal población. La educación inclusiva proporciona múltiples opciones que facilitan el reconocimiento de la diversidad de los niños (entre ellos especialmente quienes enfrentan situaciones de discapacidad) para asumir procesos de aprendizaje más enriquecedores.

Por lo tanto, desde la investigación se pretende dar a conocer la importancia que tiene la ocupación, como medio de tratamiento en las actividades cotidianas, donde las personas en situación de discapacidad identifiquen gustos, intereses, fortalezas y debilidades, logrando la exploración de actividades u ocupaciones significativas, lo cual beneficia la autonomía e independencia y conlleva a la participación social y al mejoramiento de la calidad de vida de cada persona con limitación.

### **Antecedentes Regionales.**

Rodríguez, Rojas, (2015). *Imagen corporal y la influencia en el desempeño ocupacional del deportista en situación de discapacidad física. Cúcuta, Norte de Santander.*

La siguiente investigación tuvo como finalidad determinar la influencia de la imagen corporal en el desempeño ocupacional del deportista en situación de discapacidad física; La

discapacidad provoca insatisfacción específica con la funcionalidad, el control o el dominio del cuerpo, y alterar la percepción del atractivo físico y del control de este (Grogan, 2008). El estudio se realizó a 92 deportistas en situación de discapacidad física los cuales 51 pertenecían al grupo piloto, deportistas de alto rendimiento en la ciudad de Bogotá y 41 deportistas de iniciales población del Instituto Municipal de Recreación y Deporte (IMRD) de Cúcuta, se aplicó la prueba de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física y el cuestionario volicional, la investigación fue de tipo exploratoria y descriptiva, Se pretende correlacionar imagen corporal, respecto a la satisfacción e insatisfacción con sigo mismo, el atractivo y la aceptación en la sociedad, con las dificultades que presenta la población en el desempeño del deporte como lo es el trabajo en grupo, la comunicación e interacción, la participación social, puesto que esto es principal en el individuo para su estabilidad emocional y social. Igualmente, uno de los objetivos de la investigación es fortalecer los conocimientos teóricos e innovar en el área de discapacidad física en el deporte desde terapia ocupacional.

Se tiene presente este trabajo de investigación, puesto que se prende observar como las actividades con propósito se pueden aplicar para analizar cómo es el funcionamiento a pesar de estar con una discapacidad y como se puede fortalecer el desempeño ocupacional de estas personas, y lograr el cambio para que mejoren la calidad de vida.

#### **Antecedentes locales.**

Adriana Margarita Gutiérrez Ávila, Katherine Ortiz Ruiz, (2015) *Influencia de la participación social en el proceso de rehabilitación basada en comunidad, en las personas con discapacidad del municipio de pamplona - norte de Santander.*

La organización de la salud en el 2004, define la rehabilitación basada en comunidad como: una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad, esta se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, sus familias, organizaciones, comunidades, servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social y otros”. Que permite que las personas con discapacidad cuenten con la Participación Social, la cual se define como un grupo organizado, activo, comprometido y corresponsable de los actores de la sociedad para alcanzar beneficios comunes.

Con base en lo anterior este estudio se ajusta al proyecto de investigación el cual pretende determinar el proceso de rehabilitación basada en comunicada con la importancia de proteger e integrar a las personas que presentan cualquier tipo limitación y/o discapacidad, igualmente a los familias, con el objetivo de que estas personas que presentan limitaciones sea incluidas en la sociedad como seres activos y abordar a la RBC con esta población que carece de tratamiento e intervención desde terapia ocupacional.

Jeymy Tatiana Hernández, Audry Stefany Rincón (2016), *Capacidad de desempeño y el deporte como ocupación en personas en situación de discapacidad en el municipio de Pamplona Norte de Santander*.

Se puede concluir que mediante la caracterización de la población objeto de estudio, conformada por 100 personas en situación de discapacidad, se realizó a través del perfil sociodemográfico, donde se logró concluir que las edades entre 7 y 12 años son las que más prevalecen con un 54% teniendo en cuenta que fue tomada de los Colegios Normal Superior de Pamplona y San Francisco de Asís, predominando la discapacidad cognitiva con un 48%; de acuerdo a patologías presentes como déficit cognitivo y síndrome de down, alterando su capacidad de desempeño, además de sobresalir el nivel socioeconómico 1 con un 82%, encontrándose en condiciones de vulnerabilidad, con pocas o nulas oportunidades del uso de recursos, que afectan su calidad de vida.

Igualmente mediante el proceso de valoración de la capacidad de desempeño de la población, donde se utilizaron los instrumentos estandarizados de Terapia Ocupacional, para la población infantil el Perfil inicial del niño SCOPE, y para la población adulta el Perfil ocupacional del Modelo de la Ocupación Humana MOHOST, las habilidades de procesamiento se encuentran con mayor alteración en niños con un 70% que en los adultos con un 53,4% debido al déficit cognitivo, en cuanto a las habilidades de comunicación e interacción se observaron más disfuncionales los adultos con un 53,07% que los niños con un 26,97%, puesto que a los mayores se les dificulta la comunicación e interacción en grupos sociales, y en las habilidades motoras se presenta mayor compromiso en los menores con un 22,05% que en los adultos con un 12,5%, mostrando restricción en la coordinación, fuerza y movilidad para la ejecución de actividades.

Se logró concluir que las personas en situación de discapacidad presentan disfuncionalidad en el subsistema de volición, en niños con un 47,05% y en adultos con un 41,65%, encontrando restricción en la exploración y elección ocupacional, no muestran placer por actividades significativas, no participan en ocupaciones, requiriendo del apoyo constante de familiares, conllevando a la dependencia, la falta de autonomía e independencia para la elección de ocupaciones que los motive, les genere placer y satisfacción en su ejecución.

La anterior investigación favorece las expectativas de mi proyecto debido a que fue realizado a nivel local bajo el mismo programa y universidad, se promueve la calidad de Terapia Ocupacional en el Departamento Norte de Santander ya que es una disciplina poco conocida, razón por la cual muchas personas con discapacidad carecen de tratamientos de rehabilitación que favorezcan la calidad de vida y el Funcionamiento Ocupacional satisfactorio. Igualmente abre las puertas a campo laboral en este Municipio de Chitagá y en otros Municipios de nuestro Departamento.

Ángela Jojoa Carvajal, Mabel Giomar Soto Rojas (2014). *incidencia de la participación social en el proceso de rehabilitación basado en la comunidad en la población con discapacidad en el área rural y urbana en el municipio de pamplona.*

Este estudio concluye como los procesos de rehabilitación basado en la comunidad desde el rol del terapeuta ocupacional se logra determinar la incidencia de la participación social en el sector rural y urbano del municipio de pamplona. A si mismo se identificó la población con discapacidad del municipio teniendo en cuenta la búsqueda sobre bases de datos suministradas por la alcaldía del municipio de pamplona lo que requirió la revisión de AZ y datos en medio magnético.

El presente trabajo de investigación es importante debido a que se plantean conocimientos a nivel local por parte de Terapia Ocupacional dando nueva perspectiva a la profesional, trascender en contextos en los cuales la rehabilitación basada en comunidad busca suplir comunidades altamente vulnerables que son parte de la misma sociedad en que se vive y a su vez poder minimizar alteración en el desempeño en el funcionamiento ocupacional de la población con discapacidad.

## Marco teórico

### **Funcionamiento Ocupacional.**

De acuerdo con las investigaciones que se han venido realizando, El Funcionamiento Ocupacional teóricamente basado en el Modelo de la Ocupación Humana son todas aquellas acciones que realiza una persona a través de sus habilidades y destrezas, son las que le permiten mantener sus intereses dentro de su desempeño ocupacional como persona y ser social (Círez, García, & Barbero, 2009)

Según (Kielhofner, 2008) el Funcionamiento Ocupacional parte del conocimiento y de la importancia de la Ocupación Humana como paradigma o concepto fundamental de lo que es una Ocupación.

La Terapia Ocupacional parte de dos premisas fundamentales:

*La Ocupación:* es parte de la condición humana, los seres humanos poseen una naturaleza ocupacional.

*La ocupación:* es necesaria para la sociedad y la cultura, es un elemento crucial de integridad y salud humana.

La Ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona. Es por ello que a través del funcionamiento ocupacional se analizan aspectos importantes del ser humano a través de la volición, habituación y ejecución, lo que permite favorecer las habilidades y destrezas en la ejecución del desempeño ocupacional (Círez, García, & Barbero, 2009).

En conclusión, la ocupación y el desarrollo del Funcionamiento Ocupacional permite a al ser humano dar respuesta a la necesidad de supervivencia y de auto-mantenimiento.

Proporciona un sentimiento de utilidad, de aportar al crecimiento y evolución general de la comunidad.

Permite satisfacer la necesidad de explorar, descubrir, experimentar placer y desconexión.

Aporta un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar. Una identidad psicológica y una identidad espiritual.

Proporciona un papel, un sentimiento de pertenencia a un grupo o cultura y una identidad social.

La ocupación forma parte de la identidad social y personal de un individuo.

Según (Kielhofner, 2008) tal como lo expone el Modelo de la Ocupación Humana, la Terapia Ocupacional se relaciona con actividades efectuadas por razones personales que sirven a la necesidad básica de exploración y dominio del entorno. Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

El Funcionamiento Ocupacional se emerge dentro del Modelo de la Ocupación Humana el cual es la base de la Terapia Ocupacional permitiendo el desarrollo y ejecución de las intervenciones terapéuticas basadas en los conocimientos científicos por quien sea terapeuta ocupacional y que aún se halle en formación de la misma.

***El funcionamiento ocupacional prioriza.***

La ocupación: es la realización o participación en actividades, tareas y roles que incorporan objetivo y significado desde el punto de vista del que lo hace (Círez, García, & Barbero, 2009).

Actividad: es un comportamiento y una unidad básica de acción orientados a un objetivo específico.

Las tareas: constituyen un conjunto de actividades que pueden ser divididas y analizadas en función de su complejidad, estructura y propósito.

Los roles: definen los comportamientos y expectativas sociales.

A si mismo se retoma el funcionamiento ocupacional de la teoría de trombly (Polonio B. , 2003), donde refiere que el funcionamiento ocupacional está organizado jerárquicamente en las ocupaciones fin y las ocupaciones como medio de tratamiento definiendo que enlazando las actividades con la funcionalidad ocupacional del paciente le conducirá a: un sentimiento de eficacia y autoestima, un sentimiento de competencia, a su implicación en roles, sus tareas, actividades, habilidades, capacidades desarrolladas y el sustrato orgánico. Trombly selecciona explicar la ocupación empezando por la meta o el resultado. Considera que una persona competente tiene suficientes recursos como para interactuar de manera efectiva en el entorno físico o social y para enfrentarse a las demandas de una situación.

Trombly propone dos formas de considerar la ocupación:

*Ocupación como fin:* La actividad es significativa para el sujeto y permite que la persona organizar su conducta y horarios. Hace referencia a que la actividad se realiza porque es significativa para el sujeto y además de beneficiarle, también es productiva. La ocupación como fin se corresponde a los tres niveles superiores de la jerarquía del modelo (roles, tareas y actividades). A este tipo de ocupación la autora la considera propositiva (porque permite a la persona organizar su conducta, horarios y poner orden en su vida) y significativa (porque son importantes para el sujeto). Un ejemplo sería la fabricación de edredones si la actividad es significativa para él porque mejoraría las habilidades del paciente y además los edredones se venderían (Polonio B. , 2003).

*Ocupación como medio:* La actividad propicia el cambio o la recuperación de un déficit. Al utilizar la actividad como medio, lo que se desea conseguir es la recuperación total o parcial de algún déficit mediante la realización de actividades determinadas. Un ejemplo sería realizar series

de movimientos horizontales con el brazo para mejorar la movilidad articular del codo (Polonio B., 2003).

### **Actividades de la vida diaria.**

Las actividades de la vida diaria constituyen uno de los pilares fundamentales de la práctica de la terapia ocupacional, su conceptualización ha ido cambiando, a la vez que se ido ampliando su aplicación. De este modo, el término actividades de la vida diaria podría aplicarse a todas las tareas que los individuos realizan rutinariamente, igualmente se define como aquellas actividades que oscilan desde las fundamentales para la supervivencia (actividades personales de la vida diaria). Un término distinto utiliza Turner ya que, en lugar de hablar de actividades, emplea el concepto de habilidades de la vida diaria, definiendo las habilidades cotidianas como: las capacidades individuales, adquiridas y desarrolladas con el fin de realizar con éxito las tareas cotidianas (Polonio, 2010).

En otro lugar (Romero & Moruno, en prensa), se puede encontrar una evolución del término, dónde y cómo fue su original aplicación. Baste ahora recordar, que, en un principio, se entendía que las actividades de la vida diaria era únicamente las actividades básicas, como lavarse, vestirse, comer, etc. Sin embargo, actualmente el término AVD (actividades de la vida diaria) engloba todas las áreas ocupacionales definidas por la American Occupational therapy Association (AOTA, 1999): autocuidado, productividad, ocio y tiempo libre, es decir todas las actividades que realiza una persona desde que se levanta hasta que se vuelve a levantarse al día siguiente, de alguna manera, se puede entender que el Terapeuta Ocupacional es el profesional que acompañará al paciente a lo largo de todo su proceso terapéutico, desde la fases más agudas hasta la integración comunitaria, proporcionándole niveles de desafíos óptimos para su desempeño ocupacional, en función de las habilidades y destrezas del paciente. Se trata de que el Terapeuta Ocupacional favorezca la participación y genere engagement en la ocupación. El engagement incluye aspectos objetivos y subjetivos relacionados con las experiencias de las personas, fruto de la interacción entre mente, cuerpo y espíritu. Por tanto, la intervención de la terapia ocupacional debe centrarse en la creación y facilitación de oportunidades para participar en las actividades de la vida diaria (AOTA,2008).

Por otro lado, Trombly, (2002) citado por (Polonio, 2010) indicó que las actividades de la vida diaria son el componente principal del rol de mantenimiento. el Terapeuta Ocupacional es el especialista en rehabilitación responsable de enseñar al paciente a lograr estas tareas. Asume que la persona quiere cuidar de sí misma de la mejor forma que pueda. Puede incluir, dirigir o delegar en otras tareas que están por encima de sus posibilidades. Bajo el término de mantenimiento subyace el concepto de autonomía personal, que muestra una visión más amplia de las actividades de la vida diaria, ya que implica tener la capacidad para la toma de decisiones que afectan a su propia vida. Uno de los atributos más claros de la dignidad de la persona se refiere a la libertad, en cuanto a la capacidad de elegir entre diferentes posibilidades, de ser actor responsable de sus propios actos y, en consecuencia, de dirigir de forma responsable su propia vida.

El desempeño de las actividades de la vida diaria está relacionado con el bienestar, calidad de vida relacionado con la salud. En general, a mayor nivel de independencia personal y autonomía para el ejercicio de las AVD (actividades de la vida diaria) se entiende que la persona disfruta de un mayor grado de bienestar y calidad de vida (Polonio B. , 2010).

### **Clasificación de las actividades de la vida diaria.**

Polonio, (2010) según esta autora refiere que los tipos de actividades de la vida diaria permiten al Terapeuta Ocupacional hacer una evaluación más exhaustiva, maximizando sus aspectos cualitativos. En general, las clasificaciones suelen establecer un orden que puede ser o no jerárquico, y que obedece a algún modelo explicativo de la realidad de la que da cuenta. De este modo, la clasificación también permitirá predecir los resultados en la evaluación de un subtipo de las actividades de la vida diaria en comparación con el resultado en otro, estableciendo relaciones entre ellas. Al mismo tiempo, facilita la toma de decisiones sobre qué es prioritario y de qué dependerá del resto.

Las actividades cotidianas del sujeto pueden agruparse en distintas categorías. Dependiendo del contexto y del marco teórico que maneje. No obstante, en este texto se seguirá la clasificación de la AOTA, (2010) por ser la más conocida de la nueva edición del marco para la práctica de terapia ocupacional, refiere que las actividades de la vida diaria que están orientadas al cuidado del

propio cuerpo, y son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar. Dentro de las cuales están:

***Bañarse, ducharse:*** obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera.

***Cuidado del intestino y la vejiga:*** incluye el completo control intencional de los movimientos del intestino y de la vejiga urinaria y, de ser necesario, utilizar equipos o agentes de control de la vejiga.

***Comer:*** la capacidad para manipular y mantener los alimentos o líquido en la boca y tragarlos; comer y tragar a menudo se usan de manera intercambiable.

***Alimentación:*** es el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento [ o líquido] del plato o la taza/vaso a la boca; a veces también llamado auto- alimentación.

***Movilidad funcional:*** moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, silla de ruedas, cama, coche, bañera/ ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos.

***Cuidado de los dispositivos de atención personal:*** usar, limpiar y mantener artículos del cuidado personal, tales como aparatos auditivos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo de ayuda técnica y los dispositivos anticonceptivos y sexuales.

***Higiene y arreglo personal:*** obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (usar navaja de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos, lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar de pelo, cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz, aplicar el desodorante; limpiar la boca; cepillar dientes y usar hilo dental o eliminar, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales.

**Actividad sexual:** participar en actividades que busquen la satisfacción sexual.

**Aseo e higiene en el inodoro:** obtener y utilizar los suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso inodoro; limpiarse el cuerpo, y cuidar de las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia (incluyendo el manejo de catéteres, colostomía y supositorios).

### ***Evaluación de las actividades de la vida diaria.***

El objetivo de la terapia Ocupacional es lograr la salud, el bienestar y la participación en la vida a través de la participación en la ocupación tanto en la práctica de la profesión como en el proceso de intervención con las personas. La enfermedad, la discapacidad u otro trastorno puede interrumpir en muchos casos los patrones de vida rutinarios de una persona, alterando los roles que acepta como habituales (Polonio, 2010).

El terapeuta ocupacional debe considerar también la naturaleza de las habilidades implicadas en la ejecución de las actividades propias del sujeto. Necesitará analizar cada actividad en término de sus componentes (físico, sensoriales, cognitivos, perceptivos, efectivos, conductuales y sociales) y considerar en qué grado estos componentes pueden modificarse o son transferibles de un área otra. Por tanto, uno de los primeros objetivos que hay que alcanzar puede ser el análisis de las interrelaciones de las capacidades y habilidades individuales en la ejecución de las distintas actividades. La evaluación de las actividades de autocuidado tiene como objetivo identificar que actividades desea realizar la persona, qué actividades puede o no puede hacer, cuánto puede mejorar en la realización de ellas y cuánto durará el proceso y cuáles serán los métodos más apropiados. Establecer una línea base, predecir la evaluación y hacer una evaluación final serán actuaciones necesarias para identificar las necesidades y monitorizar el progreso. La evaluación debe contemplar l menos los siguientes parámetros (Polonio B. , 2010).

*Valor*, que refleja la importancia o significado de una tarea para el cliente.

*Independencia*, que es el parámetro más común y que se valora en todas las escalas de las actividades de la vida diaria. Se refiere exactamente al nivel de independencia que exhiben los

sujetos cuando realizan una actividad. La independencia se puede clasificar en tres niveles: precisa, ayuda física, supervención visual o verbal o ayuda técnica.

*Seguridad*, que se refiere a la forma en la que se realiza una actividad, libre de riesgos, o la forma en que se relaciona el sujeto con su entorno para realizar las actividades.

*Adecuación*, es un parámetro complejo que se refiere a la calidad de la acción utilizada para ejecutar las tareas, así como la calidad de los resultados de la actividad.

### ***Características contextuales que afectan la evaluación en las actividades de la vida diaria.***

*Contexto físico*: aquí se observa el desempeño en la actividad bajo condiciones naturales o clínicas. Bajo condiciones naturales, el desempeño se observa en el contexto donde habitualmente tiene lugar o se espera que tenga lugar, que incluye la localización (por ejemplo, el hogar), los objetos que utilizan habitualmente para las actividades (p.eje. bañarse, jabón) y el horario habitual en que ocurren las actividades, cuando sea posible. Estas condiciones, que a menudo pueden cumplirse en contextos de cuidados prolongados y cuidado domésticos. Proporcionan la evaluación más precisa del desempeño de los clientes (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

*Contexto social*: el Terapeuta Ocupacional debe vigilar el desempeño en la actividad durante la evaluación, y su sola presencia puede afectar la forma y la adecuación de las actividades realizadas. La presencia del profesional afecta especialmente la capacidad del cliente para iniciar la participación en las actividades de la vida diaria, dado que la estructura del proceso de evaluación por si sola estimula a los pacientes a participar en las tareas. Si se deteriora el inicio del desempeño en las áreas, el terapeuta debe complementar las medidas de desempeño a partir de una sesión de terapia estructurada. (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

*Discapacidad*. La fundación nacional de los discapacitados define discapacidad de la siguiente forma “Como un concepto genérico, amplio, que se relaciona con una determinada condición física, sensorial, mental, intelectual, psiquiátrica o multidéficit, que limita actividades y restringe la participación, determinando por lo general, una relación negativa entre quienes

presentamos una o más deficiencias y los factores contextuales que nos rodean” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008).

Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), se puede identificar numerosas clases de discapacidades dentro de las cuales tenemos:

### **Discapacidad física.**

Se considerará que una persona tiene deficiencia física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores). También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejías y tetraplejías y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras. Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico y sistema inmunitario (Hurtado & Agudelo, 2014 ) dentro de las cuales tenemos:

*Parálisis cerebral:* es un trastorno motor que se caracteriza por el deterioro del movimiento voluntario resultado de anomalías del desarrollo prenatal o daño perinatal del sistema nervioso central que ocurre antes de los 5 años de edad. Las dificultades frecuentes asociadas con la parálisis cerebral incluyen retardos cognitivos, dificultad en la palabra, trastornos comiciales, problema con la alimentación, deterioros de visión y audición, sensibilidad y percepción anormales, dificultad en el control intestinal, problemas respiratorios debido a una mala postura, trastornos cutáneos como resultado de las úlceras por decúbito (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

*Síndrome de Guillain - Barré:* el sistema inmunitario del organismo ataca parte del sistema del sistema nervioso periférico. El síndrome puede afectar los nervios que controlan los movimientos musculares, así como a los que transmite sensaciones dolorosas, térmicas y táctiles. Esto puede producir debilidad muscular y pérdida de la sensibilidad en las piernas y brazos (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

*Asimetría de extremidades inferiores:* la anisomelia o diferencia de longitud entre ambas extremidades inferiores constituye una causa común de estudio radiológico en la edad pediátrica. Si bien la discrepancia de longitud entre las extremidades es un hecho frecuente en la población, con reportes que refieren compromiso entre un 40 y un 70%(1). Algunos autores definen anisomelia con discrepancias superiores a 20 ó 30 mm, mientras otros establecen su importancia en términos del resultado funcional (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

### **Discapacidad cognitiva.**

La discapacidad cognitiva es una distinción relativamente nueva, que se relaciona con las de discapacidad mental e intelectual. Se entiende como un conjunto de condiciones que afectan el desarrollo intelectual y/o la adaptación social de algunas personas. Entre las dificultades asociadas están las sicolingüísticas y de pensamiento lógico. Comprende condiciones como el autismo, la disfasia, síndrome de Down, síndrome de Asperger y síndrome X Frágil, entre otras (Lyon, 2015).

*Síndrome de Down:* el síndrome de Down es un trastorno genético producido por una mutación cromosómica que conducen a un tercer cromosoma 21(trisomía 21) en el 95% de los casos. También puede ser causado por una translocación desbalanceada de material genético o mosaicismo, en la cual una línea celular es típica, y una muestra trisomía 21. El síndrome de Down puede ser diagnosticado a través de las pruebas prenatales o poco después del nacimiento (Crepeau, Cohn, & Barbara, 2011).

*Autismo:* es un grupo de niños con discapacidades mentales graves compartirían un patrón característico de comportamientos que incluían aislamiento social con retraimiento, incapacidad de comunicarse con otros un intenso deseo de uniformidad del ambiente y una tendencia a participar en rutinas repetitivas elaboradas y a menudo estereotipadas hasta la exclusión del juego imaginativo normal. Típicamente estas conductas desviadas se presentan inclusive en los primeros meses de vida (Hopkins & Helen, 2000 ).

*Retraso mental:* es un trastorno caracterizado por déficits de la capacidad intelectual y funcional. La persona con retraso mental se identifica durante la infancia porque demuestra capacidades intelectuales por debajo del promedio que se reflejan en un promedio más lento de

aprendizaje y problemas en el componente del desempeño cognitivo. El retraso mental se presenta en 3 ó 4 de cada 1.000 personas, la presencia de un déficit intelectual es un trastorno crónico, pero con apoyo de la familia y un programa, mejora el desempeño ocupacional (Hopkins & Helen, 2000 ).

### **Discapacidad sensorial.**

En este tipo de discapacidad incluye trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje entre las cuales tenemos:

Según la Organización Mundial de la Salud (2011), la discapacidad visual es” cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en junto, como puede ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas.

*Discapacidad auditiva:* es una noción relativamente simple, ya que se refiere a la función del órgano auditivo tomado aisladamente sobre la vida social del individuo (Santos, Zenker, Fernández, & José, 2006).

*Discapacidad del habla:* Se refiere a personas con deficiencias de comprensión y/o elaboración del lenguaje, la producción y/o emisión del habla, y los trastornos de la voz (Santos, Zenker, Fernández, & José, 2006)

### **Modelos que se aplican a la investigación.**

A continuación, se darán a conocer algunos enfoques, marcos de referencias y modelos propios desde el área disciplinar de terapia ocupacional, el cual brindan la base conceptual desde la profesión, y dentro de ellos se ajustan al proyecto de investigación, entre los cuales se menciona:

#### ***Modelo de la Ocupación Humana.***

Kielhofner, (2010) el cual considera a la persona como un sistema abierto que evoluciona y sufre diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio a través de una interacción progresiva

con el ambiente externo. Dentro de este modelo está la teoría general de los sistemas: perteneciendo a su estructura y viendo al universo como una unidad interconectada e interdependiente. Se retoma este enfoque debido que las personas con discapacidad a pesar de tener una limitación o deterioro en la ejecución de las actividades de la vida diaria o una Disfunción ocupacional pueden mejorar la independencia a través de la ocupación con el fin de que realicen hábitos y roles en cada una de las etapas de la vida y así estas personas logre un desempeño ocupacional satisfactorio.

### ***Modelo del funcionamiento ocupacional. (Trombly).***

Según Trombly, este modelo se centra en la ocupación como fin y como medio para producir cambios en el funcionamiento ocupacional deteriorado. Los Terapeutas analizan la ocupación para determinar qué respuestas son necesarias para desafiar a la persona para que alcance un óptimo desempeño funcional. Este modelo se basa en la premisa en que la persona pueda desempeñar satisfactoriamente sus roles vitales y es necesario que sea capaz de realizar las tareas que, en su opinión, integren ese rol, las tareas están compuestas de actividades, las cuales son pequeñas unidades de conducta.

### ***Marco de referencia de la rehabilitación.***

Alice C. Seidel este enfoque permite que una persona con una discapacidad física, mental o con una enfermedad crónica alcance una función máxima, en el desempeño de sus actividades diarias. Se centra en los métodos compensatorios, los dispositivos de asistencia y las modificaciones ambientales que el individuo necesita para desempeñarse a pesar de su deterioro. Dado que, con estrategia y técnicas de compensación, un individuo puede recuperar la independencia cuando no es posible remediar el deterioro subyacente. Se retoma este enfoque dado que se ajusta a la investigación con la población con discapacidad puesto que desde Terapia Ocupacional es importante abordar este tipo de población debido que el objetivo es ayudar a las personas con limitación a desempeñarse de manera independiente en las actividades de la vida diaria y en la participación social, a través de técnicas de compensación.

### ***Marco referencia compensatorio.***

Annie Tunner este marco de referencia está basado en la creencia de que los seres humanos somos seres funcionales y de que nuestro bienestar depende de habilitación para funcionar,

independientemente de los medios. Resalta el beneficio secundario adquirido a través de la mejora de la realización de la actividad u ocupación a pesar de las posibles disfunciones físicas, cognitivas, psicológicas o sociales. Este enfoque se basa en la premisa de que las actividades del rol diario es una necesidad básica humana; el individuo discapacitado puede beneficiarse aprendiendo métodos alternativos para desarrollar estas actividades. Debido a lo anterior se retoma este enfoque puesto que a través de actividades con propósito se busca que esta población en situación de discapacidad adquiera mayor funcionamiento en cada una de las actividades de la vida diarias y pueda desempeñarse de manera competente aprendiendo nuevas habilidades, con el fin de que puedan participar en roles ocupacionales acorde a la edad cronológica.

### ***Ecología del desempeño humano.***

Winnie Dunn el marco se basa en la interacción entre una persona y el contexto, influye en el comportamiento humano y en el desempeño de las tareas. El desempeño humano es un proceso de interacción a través de la cual la persona, el contexto y el desempeño de las tareas interactúan entre sí. Este marco se aplica al proyecto de investigación dado que desde terapia ocupacional se busca realizar inclusión con las personas en situación de discapacidad en todos los contextos en que se desempeñan y lograr que estas personas reciban los derechos, deberes y puedan ser participe dentro de la sociedad, logrando un desempeño funcional.

### **Marco legal**

Dentro de esta investigación se resalta la importancia de establecer leyes, decretos, artículos que protegen los derechos y deberes de las personas, los cuales están establecidos por estado que vela por el bienestar de las personas en situación de discapacidad, entre las cuales esta:

### **Constitución política de Colombia 1991.**

En la reforma de la Constitución Política de Colombia de 1991 Asamblea Nacional Constituyente, la cual establece artículos, decretos que protegen los derechos y deberes de las personas con discapacidad o limitación, el cual son establecidos por el estado, que vela por el bienestar de su pueblo, con el fin de garantizar una vida digna con igualdad de oportunidades; y así mismo los deberes y responsabilidades que deben cumplir para que sus derechos se respeten sin importar las condiciones de cada ser humano. Así mismo en el artículo 13. Que estable que todas

las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, igualmente el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados y su vez protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. Igualmente, en el Artículo 47. En donde el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran. De igual manera el Artículo 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud. Por otra parte, el Artículo 68. La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

Con base en los anteriores artículos que se ajustan al proyecto de investigación el cual se ejecutará con las personas con discapacidad del Municipio De Chitagà, puesto que el Estado Social de Derechos en Colombia protege y respalda a las personas que presenta una limitación que por su condición de debilidad, pueden verse afectados por su estado de vulnerabilidad, razón por la cual el estado busca proponer los lineamientos para clasificar a las personas con discapacidad, así dar propuestas de prevención y rehabilitación con el fin de que las personas no sean discriminados por la sociedad y logren realizar cualquier actividad de interés y sean seres activos.

### **Ley 361 de 1997 – (Ley de discapacidad).**

Por la cual se establece mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones y a su vez determina el conjunto de derechos de las personas con discapacidad. Esta disposición normativa puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentran en esta situación, puedan alcanzar su completa realización personal y su total integración social, es

así como se ocupa de asuntos como la prevención, educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad; además a través de esta norma, se constituye el “Comité Consecutivo Nacional de las Personas con Limitación” en calidad de asesorar institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado y se prevé la conformación de Grupos de Enlace Sectorial.

Esta ley se fundamenta en los Artículos 13, 47, 54 y 68 de la Constitución Nacional que reconocen la dignidad propia de las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social.

#### **Ley 1618 de discapacidad en Colombia.**

Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. El objetivo de la presente ley es garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajuste razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la ley 1346 de 2009. Esta ley rige por los principios de dignidad humana, respeto, autonomía individual, independencia, igualdad, equidad, inclusión, progresividad en la financiación, equiparación de oportunidades, protección, no discriminación, solidaridad, pluralismo, accesibilidad, diversidad, respeto, aceptación de las diferencias y participación de las personas con discapacidad. Igualmente dicta medidas específicas para garantizar los derechos de los niños, niñas y los adultos con discapacidad; el acompañamiento de los familiares, a la habilitación y rehabilitación de estas personas; a la salud; a la educación, protección social, el trabajo y la accesibilidad al transporte, a la vivienda.

#### **Decreto 276 2000.**

Por el que se crea el Consejo Asesor de Personas con Discapacidad y se establece la conformación, define las funciones y señala el funcionamiento del comité Consecutivo Nacional de las Personas con Limitación, fija las funciones del Secretario Técnico, define la coordinación del comité Consecutivo Nacional en la Consejería Presidencial para la Política Social y reglamenta

la conformación y funciones de los Grupos de Enlace Sectorial. Por otra parte, el colectivo de personas con discapacidad requiere, como fruto de la mejora de sus condiciones sanitarias, económicas y sociales, tener un papel activo en la planificación y desarrollo de las políticas sociales que les afectan.

Del mismo modo El Consejo Asesor de Personas con Discapacidad se constituye así, como un órgano de asesoramiento, participación y corresponsabilidad en todos aquellos temas relacionados con el bienestar social y calidad de vida de estas personas, con el objetivo dar posibles soluciones a los problemas que afectan a estas personas con discapacidad.

### **El Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad de 1999- 2002.**

Cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la Población con Discapacidad, y así como atendiendo el fortalecimiento y la ampliación de los servicios existentes, facilitando su acceso, calidad y cobertura. De igual manera, se busca estimular la extensión y consolidación de las redes territoriales y sociales de apoyo para la atención a la Discapacidad, de carácter intersectorial e interinstitucional, que permitan el desarrollo de una cultura de convivencia y respeto de los derechos fundamentales.

El enfoque del Plan es integral en cuanto busca el compromiso de los sectores público, privado y comunitario, de las diferentes instituciones sectoriales estatales que tienen competencias, del nivel nacional y territorial, en los procesos de planeación, ejecución y evaluación de acciones que conduzcan al cumplimiento del objetivo general. También y desde ésta perspectiva de integralidad, el Plan empieza a desarrollar aspectos relacionados con la situación de discapacidad desde diferentes componentes estratégicos que permiten un manejo global: la Prevención, la Habilitación/Rehabilitación y la Equiparación de Oportunidades.

### **Marco ético**

Desde de las leyes que rigen el estado colombiano, la profesión de Terapia Ocupacional se acogen a un régimen jurídico, que permite la labor de los Terapeutas ocupacionales en los diferentes contextos sociales enmarcando artículos que respaldan el desempeño de estos profesionales, por la cual se rige la **ley 949 del 17 de marzo de 2005** y de esta forma se dictan

normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente, donde menciona en el artículo primero que la Terapia Ocupacional es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación y cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio. A sí mismo, en su artículo 3. Refiere en el sector salud, dado que está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensoriomotoras, cognoscitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y habilitación cuando el desempeño ocupacional está al sometido a riesgo o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida, de igual manera en la actividad investigativa está orientada hacia la búsqueda, renovación y desarrollo del conocimiento científico aplicable dentro del campo de sus actividades, para el estudio de problemáticas y planteamiento de soluciones que beneficien a la profesión, al individuo y a la comunidad en general. Se retoma esta ley debido a que reglamenta el poder ejercer en el ámbito profesional del sector salud, de cómo puedo entrar a intervenir y a su vez marca las pautas de lo que debemos y no debemos realizar con este tipo de población con discapacidad teniendo en cuenta que el profesional en terapia ocupacional identifica, analiza, evalúa, interpreta, diagnostica, conceptúa e interviene sobre la naturaleza y las necesidades ocupacionales de individuos con el fin de que estas personas a pesar de tener una discapacidad o limitación no le sean violados los derechos dentro de la sociedad de participar en cualquier actividad productiva acorde a la edad cronológica.

### ***Consentimiento informado.***

Es una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica. El consentimiento informado es, adicionalmente, una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales. También conocido como consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información o consentimiento educado al igual que permite garantizar la

autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica (Cañete, 2012).

Para llevar a cabo el proceso investigativo es necesario realizar un consentimiento informado, el cual se utilizará al inicio de la investigación, en donde en primera instancia se le hará entrega y explicación del mismo a la población objeto de estudio con el objetivo de informarle el procedimiento a seguir en la investigación (Ver Apéndice A).

### **Marco conceptual**

*Desempeño ocupacional:* se refiere a la capacidad para ejecutar aquellas tareas que hacen posible desarrollar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno.

*Funcionamiento Ocupacional:* son todas aquellas acciones que requieren de la ejecución de varios patrones a nivel Sensoriomotor, cognitivo y psicosocial, reflejando así respuestas adaptativas antes el adecuado desempeño ocupacional de una persona en un contexto determinado.

*Actividades de la vida diaria:* son un conjunto de tareas que una persona realiza de forma diaria y le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir con sus roles dentro de la sociedad.

*Ocupación:* actividad dirigida hacia un fin, que tiene significado para el individuo. Las ocupaciones deben capacitar al individuo para relacionarse con el entorno y encontrar satisfacción a sus necesidades mediante un equilibrio en las áreas de productividad, autocuidado y ocio.

*Discapacidad:* falta o limitación de alguna facultad física, mental, intelectual o sensorial que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de la persona y afecta la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

*Participación social:* es la capacidad para actuar y ser un agente activo dentro de la sociedad

*Capacidad Funcional:* habilidad para ejecutar actividades de una manera normal o aceptada. Tener la habilidad para ejecutar competentemente los roles, relaciones y ocupaciones requeridas en el curso de la vida diaria.

*Disfunción:* incapacidad para mantenerse en el entorno, con un nivel de satisfacción determinado, por la inexistencia de las habilidades necesarias para desenvolvernosen él.

*Independencia:* es la capacidad de sobre vivir uno mismo, capaz de hacer lo que se requiere para mantener la salud, sin necesidad de nadie más que lo ayude.

*Prevención:* adopción de medidas encaminada a impedir que se produzca deficiencia física, psíquica y sensoriales o a impedir que las deficiencias, una vez producidas, tengan consecuencia físicas, psicológicas y sociales.

## Marco contextual

Figura 1. Alcaldía de Chitagà - Norte de Santander



Fuente: Castro, M., 2017

### **Misión.**

Prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso municipal, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación, mejoramiento social y cultural de sus habitantes, prestando especial interés al desarrollo del ser humano y sus

derechos como eje fundamental de la sociedad, con sentido de responsabilidad frente a las generaciones futuras, administrando los recursos públicos con justicia y probidad en su manejo.

### **Visión.**

Para el año 2026, Chitagá será un municipio líder de la región en promoción del desarrollo integral y endógeno de sus comunidades, caracterizado por la protección continua de los derechos de sus ciudadanos, de la familia como célula de la sociedad, orientado por principios de construcción de paz; territorio con una perspectiva de sociedad incluyente, responsable, educada, ética, justa y respetuosa de lo público. Un municipio económicamente competitivo y productivo desde su área rural, generador de desarrollo económico y social, ambientalmente sostenible y con su hábitat protegido.

### **Funciones.**

Se entiende por administración pública municipal el conjunto de organismos, áreas y unidades por medio de los cuales se desarrollan las acciones necesarias tendientes al cumplimiento de los cometidos estatales, dentro de los fines del Estado Social de Derecho en el área territorial y administrativa del Municipio del Espinal, incluyendo las entidades del orden descentralizado que se creen por acuerdo. Los siguientes artículos de la Constitución de 1991 exponen las normas que rigen a la administración municipal.

Promover el desarrollo del municipio en sus diversas dimensiones: economía, social, política e institucional, cultural, ambiental.

Propiciar el desarrollo permanente del municipio, utilizando adecuadamente sus potencialidades.

Mejorar la calidad de vida y el acceso a oportunidades de todos los habitantes del municipio en igualdad de condiciones.

Superar los desequilibrios sociales existentes.

Ordenar el uso de los recursos y garantizar la sustentabilidad del medio ambiente.

Aprovechar al máximo los recursos disponibles.

Asegurar eficiencia, transparencia y equidad en la asignación de recursos, mediante proyectos de inversión.

Democratizar la administración pública con la participación de la comunidad en todas las etapas de la gestión.

Orientar la gestión del mandatario municipal y su equipo de gobierno, así como del sector privado.

### **Política de calidad.**

La Administración del municipio de Chitagá se compromete a atender las necesidades y requerimientos de la comunidad en general; enmarcados en los principios de eficacia, eficiencia y efectividad, especialmente de las personas más vulnerables, garantizando su satisfacción, brindando además Condiciones culturales con el fin de cultivar y fortalecer valores familiares y de convivencia, seguridad y activa participación, mediante el trabajo conjunto con las capacidades, habilidades, competencias del talento humano para gestionar los procesos, la infraestructura, contando con un ambiente de trabajo y atención, cumpliendo con las directrices nacionales, departamentales y con el plan de desarrollo municipal; basándonos siempre en el mejoramiento continuo de sus procesos y el bienestar de sus habitantes.

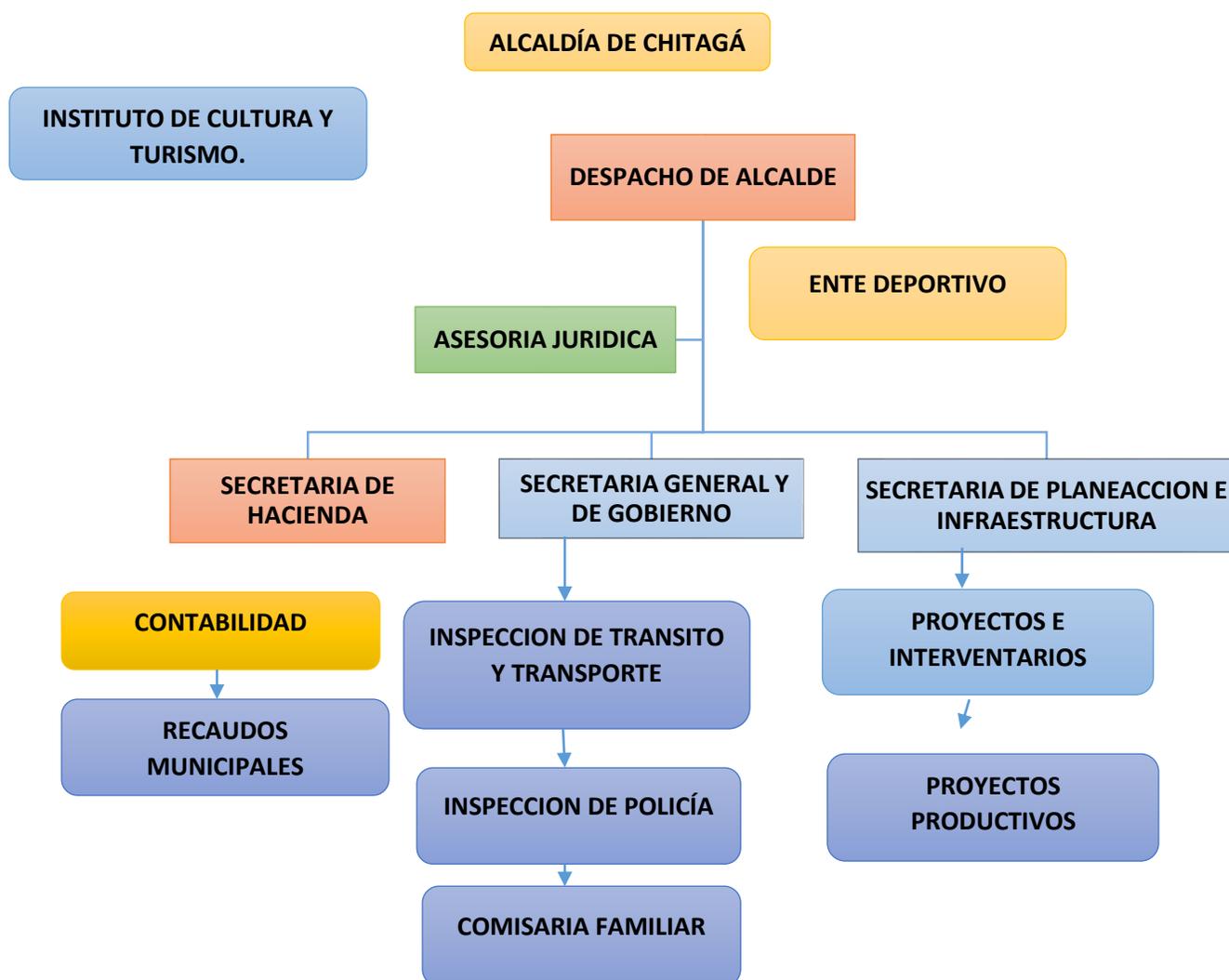
### **Objetivos de calidad.**

Garantizar la calidad en la atención y prestación de servicios con miras a la satisfacción de manera oportuna y efectiva a la demanda de servicios y trámites de la población.

Asegurar la eficiencia y transparencia en la administración de los recursos financieros, físicos y tecnológicos del Municipio, asegurando el desarrollo integral de los Servidores durante su ingreso, permanencia y retiro.

Mejorar continuamente la gestión municipal y sus resultados en términos de conveniencia, adecuación y eficacia, eficiencia y efectividad.

Figura 2. Organigrama



Fuente: Alcaldía Municipal de Chitagá| 2017.

## Sistema de variables

### **Variables.**

Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse, es decir se aplican a un grupo de personas u objetos, los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a la variable. Las variables son los elementos que vamos a medir, controlar y estudiar dentro del problema formulado, de allí que se requiera la posibilidad real y cierta de que se puedan cuantificar, (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010).

Dentro de este estudio se manejan las siguientes variables:

**Variable independiente.** Quitanar, Cabañas, & Gómez (2003), Representa los tratamientos o condiciones que el investigador controla para probar sus efectos sobre algún resultado. Para este caso la variable independiente es Funcionamiento Ocupacional en actividades de la vida diaria.

**Variable dependiente:** es la que refleja los resultados de un estudio de investigación, es la que el investigador modifica o manipula (Quitanar, Cabañas, & Gómez, 2003). De acuerdo a esta investigación la variable dependiente es personas en situación discapacidad.

**Variable ajena.** La variable ajena dentro de la investigación es población, edad, tipo de discapacidad y el nivel socioeconómico.

Tabla 1. Sistema de variables

Objetivo específico	Denominación	Tipo de variable	Naturaleza	Medición	Indicador	Instrumento	Dimensión operacional	Definición conceptual
Caracterizar la población objeto de estudio a través de la revisión de historias clínicas del censo y base de datos de la Alcaldía de Chitagá Norte de Santander.	Edad	Ajena	Cuantitativa	Razón	Fecha de nacimiento	Sociodemográficos	Femenino/masculino	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales
	Patología	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Tipo de discapacidad	Historias clínicas del censo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Síndrome de Down</li> <li>Déficit cognitivo</li> </ul>	Condición orgánica, masculina o femenina de los seres vivos.  Enfermedad física,

- Microcefalia sensorial o mental que
- Hidrocefalia padece parecer una
- Extremidades persona.  
es  
asimétricas
- Perdidas de las tres falanges distales
- Síndrome de Asperger
- Retraso mental
- Secuela de displasia de cadera y retraso mental

- Hipoacusia  
bilateral
- Trastorno  
del habla y  
del  
lenguaje
- Autismo
- Hemiparesi  
a izquierda
- Miopía
- síndrome  
convulsivo
- Amputació  
n  
supracondil  
ia izquierda
- afectación  
orofacial
- ojo ciego  
OD PVF  
glaucoma

<p>Evaluar el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población de situación de discapacidad del municipio de Chitagá, Norte de Santander a través del instrumento WeeFIM, de la medida de independencia funcional.</p>	<p>Evalúa la funcionalidad en las AVD</p>	<p>Independiente</p>	<p>Cualitativa Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Escala numérica de 7 al 1 donde el 7 es “sin ayuda” y el 1 “dependencia total”</p>	<p>WeeFIM</p>	<p>secundario queratopatía en banda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sordomudez</li> <li>• secuela de neuropatía periférica</li> <li>• sensorio motriz</li> </ul> <p><b>1. Cuidado personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Aseo</li> <li>• Baño</li> <li>• Vestido superior</li> <li>• Vestido inferior</li> </ul>	<p>Es el grado de asistencia que requiere el niño para realizar las actividades de la vida diaria acorde a su edad cronológica.</p>
---	---	----------------------	-------------------------------------	----------------	---	---------------	--	---

- Ir al baño(Toilet)

## **2. Control de esfínter**

- Manejo de la vejiga
- Manejo del intestino

## **3. Movilidad o transferencia.**

- Cama, silla, silla de ruedas
- Ir al baño(Toilet)
- Ducha

## **4. Locomoción**

- Camina/ silla de ruedas

- Escaleras

### **5. Comunicaci**

### **ón**

- Comprensión

- Expresión

### **6. Conexión**

### **social**

- Interacción

social

- Resolución de problemas

- Memoria

<p>Interpretar los resultados obtenidos del funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagá/Norte de Santander.</p>	<p>Análisis estadístico</p>	<p>Independiente Dependiente</p>	<p>Cualitativa Cuantitativa</p>	<p>Numerica</p>	<p>Graficas</p>	<p>SPSS</p>	<p>Distribución de porcentual de las variables medibles</p>
---	-----------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	-----------------	-----------------	-------------	---

Fuente: Castro, M.,2017

**Formulación de hipótesis**

Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente (Williams, 2003) citado (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010) y deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación.

Las hipótesis son el centro, la medula o el eje del método deductivo cuantitativo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010).

**Hipótesis nula (H<sub>0</sub>).**

El funcionamiento Ocupacional en actividades de la vida diaria no influye en la Población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagà-Norte de Santander.

**Hipótesis afirmativa (H<sub>1</sub>).**

El Funcionamiento Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria si influye en la Población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagà-Norte de Santander.

### **Capítulo III**

#### **Metodología**

La metodología es un procedimiento general para lograr de manera precisa el objetivo de la investigación. Morlés anota: “la metodología constituye la médula del plan; se refiere a la descripción de las unidades de análisis o de investigación, las técnicas de observación y recolección de datos, los instrumentos, los procedimientos y las técnicas de análisis”, (Tamayo, 2004 ). De acuerdo a lo anterior el presente capítulo se llevará a cabo a través de la recolección de la información de las personas en situación de discapacidad de las zonas rurales y urbanas que se encuentran registradas en la base de datos de la alcaldía de Chitagá, igualmente por medio de la revisión de historias clínicas del censo realizado por el ministerio de salud y protección social, las cuales fueron seleccionadas y entregadas por la referente de discapacidad.

#### **Diseño de investigación**

Un diseño de investigación definido por (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010), es determinar los pasos a seguir de acuerdo a las diferentes técnicas y métodos empleados en una investigación, permitiendo conocer las variables de un evento o situación que han sido sometidas a un análisis.

De acuerdo con (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010), el enfoque cuantitativo se basa en la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías es secuencial y probatoria. Cada etapa procede a lo siguiente y no podemos brincar o eludir el orden. Desde la pregunta se establece hipótesis y determina variables; se desarrolla un plan para probarlas (diseño); se miden las variables de un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas (con frecuencia utilizando métodos estadísticos) y se establece una serie de conclusiones respecto de la 5 hipótesis. De acuerdo a lo anterior esta investigación es de tipo cuantitativo, puesto que se manejan las variables sociodemográficas en cuanto edad, género, tipo de discapacidad, nivel socioeconómico y de igual manera a través del instrumento, éste nos brinda una visión amplia del mecanismo para la recolección de la información a nivel cuantitativo, donde los factores medibles de la población en situación de discapacidad se dan a través de cada uno de los elementos a utilizar que contiene 18 ítems, con una escala del 1 -7. Una clasificación 1 refleja que el paciente requiere atención

total en una actividad y una clasificación de 7 refleja que paciente, realiza totalmente independiente una actividad, 7 = independencia completa, 6= independencia modificada,5= supervisión o inducción, 4 asistencia mínima, 3= asistencia moderada, 2 = asistencia máxima, 1 = asistencia total.

De acuerdo a (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010)“refiere que un diseño de investigación es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea.” De acuerdo a lo anterior se retomó un diseño no experimental, debido que el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria es un proceso cambiante y subjetivo por no tanto no puede ser manipulado ni controlado por la investigadora.

### **Tipo de investigación**

Siendo congruente con el planteamiento del problema, este estudio se determina el tipo de investigación exploratorio, cuyo objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, el cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010). De acuerdo con lo anterior este estudio es de tipo exploratorio, debido que se han realizado estudios con estos tipos de variables, mas no se han realizado un estudio investigativo en el municipio de Chitagá en la población en situación de discapacidad en cuanto al funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria.

De manera semejante, esta investigación contiene elementos de tipo Descriptivo, el cual busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, dado que pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren que es un objetivo (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010). De acuerdo a lo anterior la investigación es de tipo descriptiva, puesto que proporciona una explicación de la relación entre las variables que se pretenden analizar cómo es el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá, el cual se realizará mediante la obtención de perfiles sociodemográficos y la aplicación del instrumento establecido(de la medida de independencia funcional (Wee-FIM), y de esta manera dar respuestas a la pregunta de investigación del estudio planteado, probando las hipótesis para

luego elaborar un plan de acción con el fin de promover y lograr el mayor grado de independencia posible en la ejecución de estas actividades de su diario vivir.

## Población y muestra

### Población.

Entendida según (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010) es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. La población objeto de estudio está conformada por 256 personas en edades comprendidas de los 5 a 80 años de edad que se encuentran inscritas en la base de datos del censo realizado por el ministerio de salud y protección social, igualmente por el registro de localización y caracterización de las personas en situación de discapacidad de la alcaldía del municipio de Chitagá.

Tabla 2. Población

No	Edad	Genero	Diagnóstico Médico	Tipo de discapacidad	Total
1	5 años	M	Hemiparesia izquierda	Física y/o motora	1
1	12 años	M	Síndrome de Down	Cognitiva	1
1	5 años	M	hipoacusia bilateral	Sensorial	1
1	6 años	M	hipoacusia bilateral	Sensorial	1
1	21 años	M	Amputación supracondilia izquierda	Física y/o motora	1
1	13 años	F	Secuela de displasia de cadera	Física y/o motora	1
1	21 años	F	Autismo	Física y/o motora	1
1	21 años	M	retraso mental	Mental	1
1	9 años	F	Síndrome de Down	Cognitiva	1
1	9 años	M	afectación orofacial	Sensorial	1
1	13 años	M	ojo ciego OD PVF glaucoma secundario queratopatía en banda	Sensorial	1
1	15 años	M	Déficit cognitivo	Cognitiva	1
1	13 años	F	Retraso mental	Mental	1
1	5 años	F	Microcefalia	Mental	1
1	9 años	F	Hidrocefalia	Mental	1

1	8 años	M	Extremidades asimétricas	Física y/o motora	1
	17 años	M	Miopía	Sensorial	1
	15 años	M	Perdidas de las tres falanges distales	Física y/o motora	1
	6 años	M	Retraso en el desarrollo del lenguaje	Sensorial	1
	11 años	M	síndrome de Down y retraso en el desarrollo psicomotor severo	Múltiple	1
1	9 años	M	Síndrome de asperger	Mental	1
1	6 años	F	trastorno del habla y del lenguaje	Sensorial	
1	14 años	F	déficit cognitivo	Cognitiva	1
1	18 años	M	síndrome de Down	Cognitiva	1
1	20 años	M	Sordomudez	Sensorial	1
1	12 años	M	síndrome de Down	Cognitiva	
1	21 años	F	Retardo Mental	Mental	1
1	15 años	F	Déficit cognitivo	Cognitiva	1
1	21 años	M	déficit cognitivo	Cognitiva	1
1	12 años	M	Síndrome convulsivo	Mental	1
1	17 años	M	Secuela de neuropatía periférica sensoriomotriz	Física y/o motora	1
1	6 años	M	trastorno del habla y del lenguaje	Sensorial	1
1	12 años	M	Microcefalia	Mental	1
1	13 años	F	Deficiencia en el habla	Sensorial	1
1	8 años	M	Retraso en el desarrollo del psicomotor	Física y/o motora	1

Fuente: Castro, M.,2017

### Muestra

Según (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010) señala que la muestra es un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. De acuerdo a lo anterior se tomará una muestra

representativa de 35, sus edades oscilan entre los 5 y 21 años de edad cronológica que se encuentran registrados en el censo de la base de datos de la alcaldía que hacen parte de la zona rural y urbana del Municipio de Chitagá, Norte de Santander, la cual fue seleccionada y entregada por la referente de discapacidad de la alcaldía.

Tabla 3. Muestra

	Genero		Diagnóstico	Tipo de	Total
	M	F	Médico	discapacidad	
1	1		Hemiparesia izquierda	Física y/o motora	1
2	1		Afectación orofacial	Sensorial	1
3	1		Amputación supracondilífera izquierda	Física y/o motora	1
4		1	Autismo	Mental	1
5		1	Deficiencia en el habla	Sensorial	1
6	1	3	Déficit cognitivo	Cognitiva	4
7	1		Extremidades asimétricas	Física y/o motora	1
		1	Hidrocefalia	Mental	1
	2		Hipoacusia bilateral	Sensorial	2
	1	1	Microcefalia	Mental	2
	1		Miopía	Sensorial	1
	1		Ojo ciego OD PVF Glaucoma secundario Queratopatía en banda	Sensorial	1
	1		Perdida de las tres falanges distales	Física y/o motora	1
	1	2	Retardo mental	Mental	3
	1		Retraso en el desarrollo del lenguaje	Sensorial	1
	1		Secuela de displasia de cadera	Física y/o motora	1

1	Secuela de neuropatía periférica sensoriomotriz	Física y/o motora	1
1	Síndrome convulsivo	Mental	1
1	Síndrome de asperger	Mental	1
3	síndrome de Down	Cognitiva	4
1			
1	Retraso en el desarrollo psicomotor	Física y/o motora	1
1	Sordomudez	Sensorial	1
1	Trastorno del habla y del lenguaje	Sensorial	2
1	Síndrome de Down y retraso en el desarrollo psicomotor	Múltiple	1
<b>Total</b>			<b>35</b>

Fuente: Castro, M.,2017

### **Tipo de muestra.**

Es no probabilístico debido que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra, este procedimiento no es mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que va acorde a la toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y a otros criterios de investigación (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010). Ajustándose a la estructura de la investigación y de acorde a la definición anterior, se establece que el tipo de muestra es no probabilística ya que se seleccionaron los participantes siguiendo determinados criterios de inclusión y exclusión.

## **Criterios**

### **Inclusión.**

Dentro de los criterios de inclusión para la presente investigación se encuentran:

Personas en situación de discapacidad que se encuentren registradas en el censo de la base de datos de la alcaldía del municipio de Chitagá.

Personas en situación de discapacidad que sus edades estén comprendidas entre los 5 A 21 años.

Personas en situación de discapacidad que hayan firmado el consentimiento informado, para participar dentro de la investigación.

### **Exclusión.**

Dentro de los criterios de exclusión para la presente investigación se encuentran:

Personas en situación de discapacidad que no estén inscritas en el programa de discapacidad de la alcaldía de Chitagá.

Personas en situación de discapacidad que no se encuentren registradas en el censo de la base de datos de la alcaldía del municipio de Chitagá.

Personas en situación de discapacidad que sus edades no estén comprendidas entre los 5 y 21 años.

Personas en situación de discapacidad que no hayan firmado el consentimiento informado para participar dentro de la investigación.

## **Técnicas e instrumento de investigación**

### **Técnica.**

Según Rodríguez, (2008) citado por (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010) las técnicas, son los medios empleados para recolección de la información, entre las que destacan la observación, cuestionario, entrevistas, encuestas.

La observación, es un método fundamental el cual es aplicado para reunir datos e información de primera mano en situación natural. En la mayoría de los casos las actividades observadas son de rutina para los participantes. El investigador se centra en los detalles de la rutina, (Sampieri, Collado, & Lucio, 2010). En la investigación se retomará esta técnica, puesto que uno de los pasos del instrumento de evaluación se realiza por medio de la observación directa del paciente para determinar las habilidades funcionales al momento de ejecutar las actividades. A si mismo se aplicó la técnica de la entrevista al cuidador para seguir recolectando información para una mayor profundidad y describir el desempeño en sus actividades de la vida diaria.

### ***Técnicas secundarias.***

Se llevará a cabo revisión de historias clínicas registradas en el censo y base de datos de las personas en situación de discapacidad de la Alcaldía del Municipal de Chitagà, registro de programas y estrategias desarrolladas en el municipio, así mismo revisiones de monografías y artículos científicos para dicha investigación.

### ***Técnicas terciarias.***

Se aplicará el instrumento de valoración.

## **Instrumento**

Wee-Fim es un instrumento que está diseñado para evaluar a niños y adolescentes de los 6 meses a hasta los 21 años que presentan patologías discapacitante en el ámbito de la salud, desarrollo, educación y comunidad. El manual clínico del Wee-fim creado en 1998, señala que la herramienta tiene una buena correlación al ser reaplicada y entre distintos encuestadores. Sus

fundamentos se basan en dos conceptos de la independencia funcional: el primer extraído de la definición de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se menciona la importancia de la interferencia en las actividades de la vida diaria; y segundo la asistencia que requiere el niño o el adolescente en sus actividades y la repercusión que tiene está a nivel social y económico.

### **Descripción general y validez.**

El Wee-FIM es una adaptación del funcional Independence Measure(FIM), para niños y adolescentes con discapacidad, creado y validado por un grupo de expertos en 1990, su estandarización se realizó con una muestra de más de quinientos niños y adolescentes sin discapacidad y setecientos cinco niños y adolescentes con discapacidad. Múltiples autores han reportado excelente consistencia entre mediciones (IC95%: 0,79 a 0,99). La confiabilidad entre encuestadores también fue aprobada utilizando el coeficiente de Kappa que varía entre 0,44 y 0,82.

### **Aplicación y población objeto.**

El Wee-FIM está diseñado para ser contestado por observación directa o por una entrevista presencial al cuidador principal o por teléfono. Ha sido utilizado en niños y adolescentes con parálisis cerebral, prematuridad, síndrome de Down, espina bífida, epilepsia, alteraciones cardiacas, síndrome de Rett, síndrome shaken baby, deficiencia de extremidades, trastornos genéticos y motores, entre otras.

### **Descripción.**

El instrumento Wee-FIM describe el desempeño, en sus actividades de la vida diaria., “Que hace el niño o el adolescente actualmente, no lo que él o ella es capaz de hacer”.

El instrumento Wee-FIM: son 18 ítems que documentan el status funcional a través de los siguientes dominios:

Autocuidado (6 ítems de autocuidado y 2 ítems de vejiga e intestino)

Movilidad (3 ítems de transferencia y 2 ítems de locomoción)

Cognitivo (2 ítems de comunicación y 3 ítems de desempeño social)

Esta información es obtenida a través de una observación directa /o entrevista a un cuidador, con el conocimiento acerca de las habilidades funcionales del niño o el adolescente.

***La puntuación estaba basada sobre una escala de 7 niveles.***

Cada uno de los 18 ítems da un puntaje de 1 – 7. El puntaje 1 refleja a un niño o el adolescente que requiere total asistencia en la actividad, y el puntaje 7 refleja a un niño o el adolescente con completa independencia en su desempeño de la actividad.

***Tiempo de administración.***

Aproximadamente 15-30 minutos dependiendo del nivel de habilidad del entrevistador, edad del paciente, la complejidad del problema o severidad de la discapacidad.

***Administración.***

Observación directa del niño o el adolescente y/ o entrevista con el pariente o cuidador.

Si usa la entrevista para recolectar datos, es necesario una explicación sobre la valoración del Wee-FIM a los padres o cuidadores. Para hacer que el cuidador se sienta comfortable, se le puede explicar lo siguiente:

No hay buenas o malas respuestas.

Esta es una evaluación de las habilidades funcionales o cuan asistencia su hijo necesita para completar cada una de las actividades.

El puntaje está basado en las habilidades de su hijo para realizar la actividad en una rutina básica, no si su hijo puede realizar la actividad ocasionalmente.

Completar el sistema Wee-FIM y código de valoración de formas:

Referirse al Wee-FIM System Case Coding Form & assessment

Tabla 4. Elementos del instrumento Wee-FIM

Cuidado propio
Comida
Aseo personal
Baño
Vestido de tren superior
Vestido de tren inferior
Toilet
Control de esfínter
Manejo de la vejiga
Manejo de intestino
Movilidad o transferencia
Cama, silla, silla de ruedas
Ir al baño
Ducha
Locomoción
Camina/silla de ruedas
Escaleras
Comunicación
Comprensión
Expresión
Conexión social
Interacción social
Resolución de problemas
Memoria

Fuente: Castro, M., 2017

***Aplicación y costo.***

El Wee-FIM fue traducido a la versión 5.01 y 6.0 en el instituto de rehabilitación de Teletón de Santiago, igualmente se requiere de un entrenamiento que dura dos horas y de completar una pequeña prueba para quedar registrado. Fue publicado el 2004 por Gall y Cols, el cual intentaba responder la pregunta clínica sobre que instrumento es mejor para evaluar a niños, adolescente con daño cerebral adquirido. La medición de la funcionalidad a través de las actividades de la vida diaria han demostrado ser una forma eficaz de dimensionar cómo están adaptados con niños y los adolescentes con discapacidad, es una herramienta validada desde el punto de vista estadístico y de gran utilidad para ser aplicado en la población con patologías discapacitante.

En Estados Unidos se ha demostrado el beneficio del instrumento Wee-FIM el cual han sido utilizado en la rehabilitación para los pacientes.

El Wee-FIM es una herramienta objetiva que ayuda a evaluar la mejoría funcional de los pacientes; da un panorama en el cual los médicos y los profesionales relacionados que tratan a pacientes con discapacidad tengan la forma de valorar el tratamiento de rehabilitación, planear metas, plantear objetivos y para la toma de mejores decisiones.

## Capítulo IV

### Resultados

De acuerdo a la elaboración e interpretación de los resultados obtenidos de la presente investigación del “Funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá-Norte de Santander”, se recolectó la información a través de la caracterización de la población objeto de estudio, igualmente se aplicó el formato de evaluación de la Medida de Independencia Funcional el (Wee-FIM), encargado de evaluar la funcionalidad e independencia en actividades de la vida diaria, el cual permitió obtener información específica de las dos variables, para luego realizar un análisis estadístico de la información, donde se ingresó e interpretó por el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics 23 y se pretende determinar el número de variables descriptivas y de frecuencia del instrumento de evaluación, distribución porcentual, frecuencia de la información ingresada y obtenida del instrumento de evaluación, elaboración de tablas con valores estadísticos descriptivos, construcción de gráficas estadísticas en diagramas de barra con distribución porcentual de los datos y el Análisis e interpretación de cada gráfica para identificar el funcionamiento ocupacional, para así desarrollar e implementar diferentes estrategias que contribuyan a favorecer la funcionalidad e independencia en la población objeto de estudio.

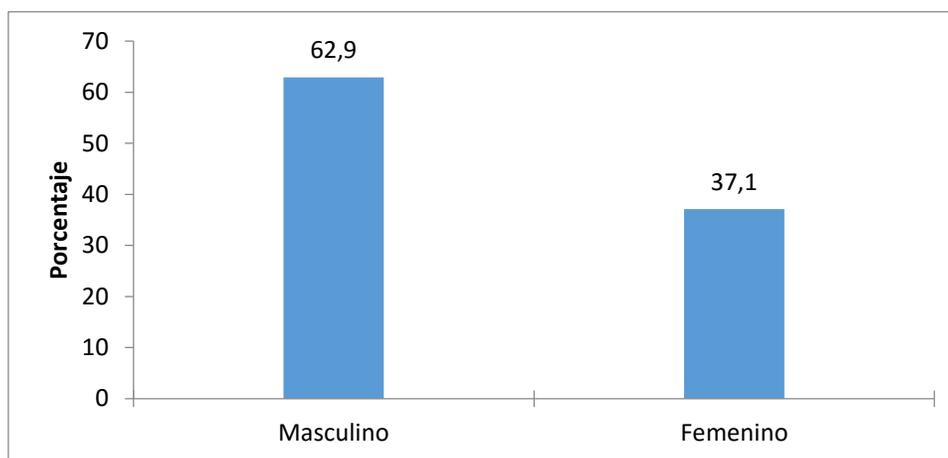
### Datos sociodemográficos y características de la población

Tabla 5. Distribución porcentual según el género

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	22	62,9
Femenino	13	37,1
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 3. Análisis porcentual según el género



Fuente: Castro, M., 2017

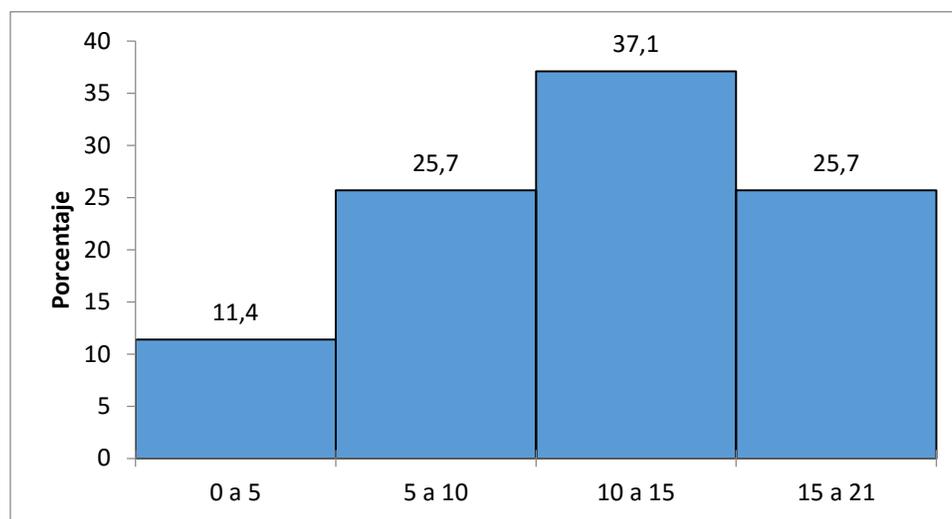
El análisis de los datos obtenidos indica que en el 62.9 % de la población prevalece al género masculino, mientras que en el 37.1% al género femenino. Según la (Organización Mundial de la Salud , 2017) el género es un proceso social y relacional en donde existe una diferencia entre hombre y mujeres, pero a su vez son incluyentes en la misma sociedad, así mismo afirma que es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades entre mujer y hombre, donde le hombre está susceptible a sufrir diversas enfermedades. Para (Duran, 2009) el género es una variable alternativa que se desprende de una idea natural humana en la cual incorpora la diferencia biológica de cada género. Con relación a lo anteriormente mencionado se pudo evidenciar que en la investigación planteada prevalece más el género masculino con discapacidad.

Tabla 6. Distribución porcentual según las edades de la población en situación de discapacidad

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
0 a 5	4	11,4
5 a 10	9	25,7
10 a 15	13	37,1
15 a 21	9	25,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 4. Análisis porcentual según las edades de la población en situación de discapacidad



Fuente: Castro, M., 2017

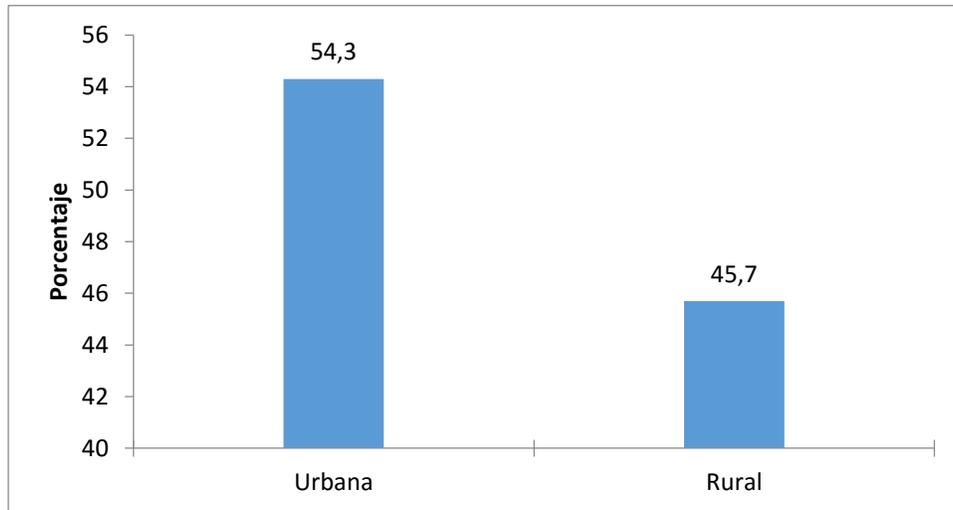
En la gráfica anterior se puede evidenciar que la población que prevalece en situación de discapacidad está en edades comprendidas entre 10 a 15 años (37.1%), sin embargo, el 25.7% son menores entre 5 y 10 y el 11.4% menores de 5 años. Según (Piaget, 2017 ),afirma que las edades pasan a través de etapas específicas conforme a su intelecto y capacidad para percibir las relaciones maduras, dado que para cada etapa del desarrollo las habilidades van cambiando. De lo anterior se puede concluir que la población con mayor incidencia de la presencia en situación de discapacidad, dentro del municipio de Chitagá, son los preadolescentes, dado que esta es una de las edades en las cuales se logra el desarrollo de habilidades que permiten al ser humano suplir con las demandas del medio en el que se encuentra.

Tabla 7. Distribución porcentual según las zonas donde reside la población en situación de discapacidad.

Zona	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	19	54,3
Rural	16	45,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 5. Análisis porcentual según las zonas donde reside la población en situación de discapacidad.



Fuente: Castro, M., 2017

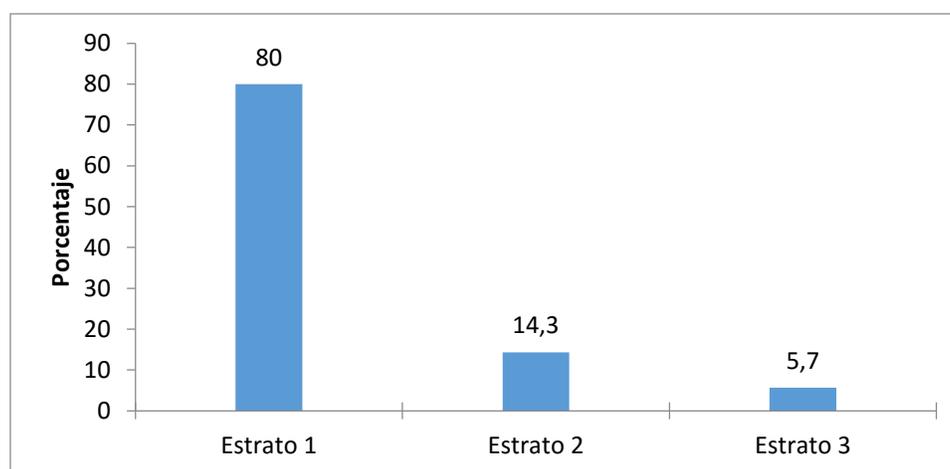
De acuerdo a la gráfica anterior se puede observar que el 54.3% pertenece a la zona urbana del municipio, mientras que el 45.7 % se encuentra en el territorio rural. según la (Organización Mundial de la Salud , 2017), el sector urbano es caracterizado por tener mayor densidad de población y diversidad de personas, en comparación con las zonas rurales. Para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), el contexto es la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodean al ser humano. Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que la población en situación de discapacidad prevalece en el sector urbano, principalmente en los barrios villa camén, la Alejandra, el Carmen, el Contento, la Aurora, el Huilcan, Amapola y el Puerto, dado que hay mayor diversidad de personas, por la cual están expuestas a múltiples factores ambientales que pueden generar algún tipo de discapacidad.

Tabla 8. Distribución porcentual según el nivel socioeconómico

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Estrato 1	28	80
Estrato 2	5	14,3
Estrato 3	2	5,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 6. Análisis porcentual según el nivel socioeconómico



Fuente: Castro, M., 2017

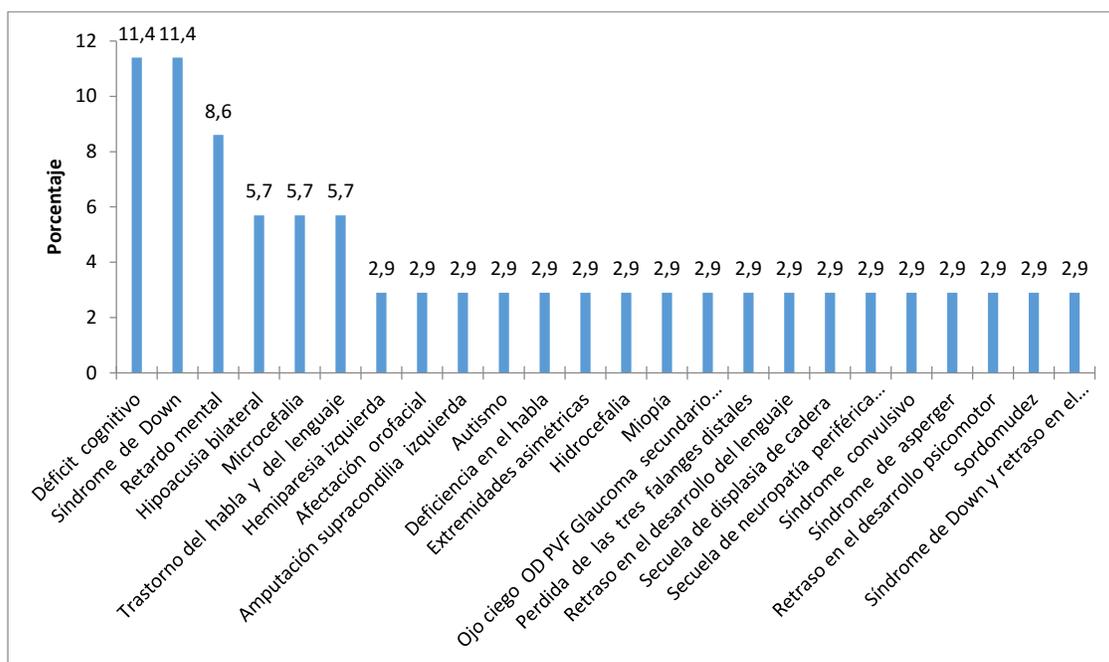
De acuerdo al nivel socioeconómico de la población objeto de estudio, se determina que el 80 % pertenece al estrato socioeconómico 1, un 14.3% al estrato 2 y el 5.7% al estrato 3. Para la (Organización Mundial de la Salud, 2011), las personas con discapacidad presentan más tasas de pobreza que las personas sin discapacidad, esto se debe a privaciones como inseguridad alimentaria, condiciones deficientes de vivienda y la falta de atención en salud. Teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar que en las personas en situación de discapacidad del municipio de Chitagá, prevalece el estrato socioeconómico 1, siendo población de bajos recursos, lo cual implica necesidades básicas insatisfechas, dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, falta de recursos económicos, entre otros.

Tabla 9. Distribución porcentual según la patología

Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Déficit cognitivo	4	11,4
Síndrome de Down	4	11,4
Retardo mental	3	8,6
Hipoacusia bilateral	2	5,7
Microcefalia	2	5,7
Trastorno del habla y del lenguaje	2	5,7
Hemiparesia izquierda	1	2,9
Afectación orofacial	1	2,9
Amputación supracondilia izquierda	1	2,9
Autismo	1	2,9
Deficiencia en el habla	1	2,9
Extremidades asimétricas	1	2,9
Hidrocefalia	1	2,9
Miopía	1	2,9
Ojo ciego OD PVF Glaucoma secundario queratopatía en banda	1	2,9
Perdida de las tres falanges distales	1	2,9
Retraso en el desarrollo del lenguaje	1	2,9
Secuela de displasia de cadera	1	2,9
Secuela de neuropatía periférica sensoriomotriz	1	2,9
Síndrome convulsivo	1	2,9
Síndrome de asperger	1	2,9
Retraso en el desarrollo psicomotor	1	2,9
Sordomudez	1	2,9
Síndrome de Down y retraso en el desarrollo psicomotor	1	2,9
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 7. Análisis porcentual según las patologías



Fuente: Castro, M., 2017

Según los datos obtenidos las patologías más comunes que inciden en el municipio de Chitagá se encuentra el déficit cognitivo y el síndrome de Down con un (11.4% respectivamente), el retardo mental está presente en el 8.6%, el trastorno del habla y lenguaje, la microcefalia y la hipoacusia bilateral en un 5.7% respectivamente. Para la tabla y figura 6 muestran el tipo de alteraciones permanentes en este grupo de personas. Según (Hernandez, 2008), el síndrome de Down es una alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, que origina retraso mental y de crecimiento produciendo determinadas anomalías físicas. Teniendo en cuenta la relación anterior se puede concluir que en la población objeto de estudio, el síndrome de Down es una de las patologías más comunes en la población intervenida, en la cual se encuentra alteraciones a nivel sensorial. Para (Arredondo, 2011), el déficit cognitivo es un trastorno mental que afecta las funciones cognitivas, principalmente, la memoria, la percepción y la resolución de problemas. De la misma manera con respecto a lo anterior se pudo evidenciar que es otra patología común de la población investigada en el municipio de Chitagá la cual afecta las destrezas de ejecución tales como sensorial, cognitivo, perceptual, emocional y social, debido a estas

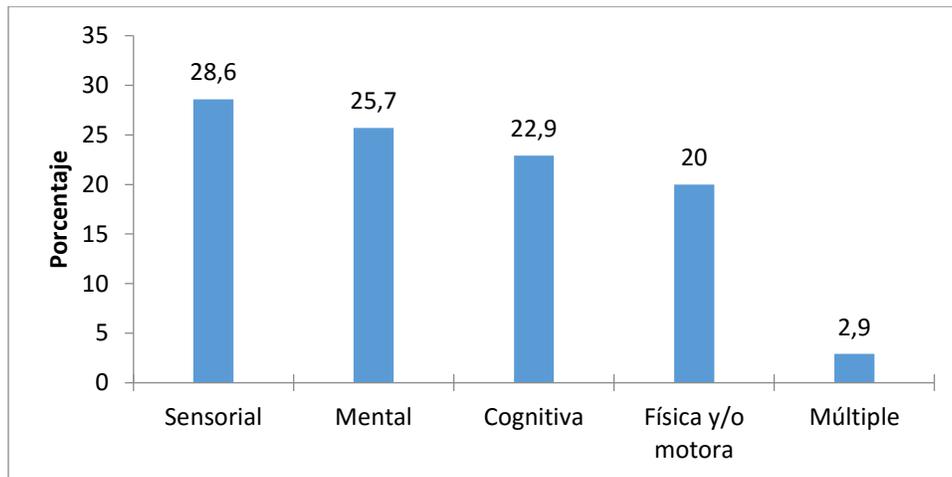
alteraciones el funcionamiento ocupacional en el desempeño de las actividades de la vida diaria se ve limitado.

Tabla 10 . Distribución porcentual según el tipo de discapacidad

Tipo de Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Sensorial	10	28,6
Mental	9	25,7
Cognitiva	8	22,9
Física y/o motora	7	20
Múltiple	1	2,9
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 8. Análisis estadístico según el tipo de discapacidad



Fuente: Castro, M., 2017

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que los tipos de discapacidad que predominan en el municipio de Chitagá son las alteraciones de tipo sensorial (28.6%), la mental (25.7%) y la cognitiva (22.9%). En menor proporción se encuentran las alteraciones físicas o motoras. Según (Organización Mundial de la Salud , 2017), se estima que en el mundo una persona puede sufrir algún tipo de discapacidad ya sea física, mental, cognitiva y sensorial, debido que la

población se encuentra expuesta a diversos factores personales y ambientales. De acuerdo a anterior se puede observar que en el municipio de Chitagá se prevalecen estos tipos de discapacidad, puesto que la población objeto de estudio, se expone a diferentes factores de riesgo como son los prenatales, perinatales y postnatales.

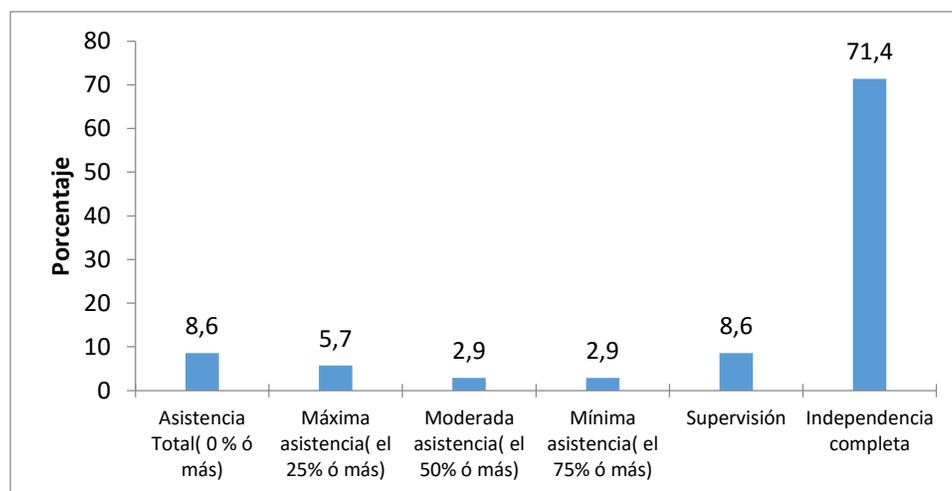
**Medida de independencia funcional (Wee-FIM) del cuidado propio**

Tabla 11. Distribución porcentual según la comida

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total( 0 % ó más)	3	8,6
Máxima asistencia( el 25% ó más)	2	5,7
Moderada asistencia( el 50% ó más)	1	2,9
Mínima asistencia( el 75% ó más)	1	2,9
Supervisión	3	8,6
Independencia completa	25	71,4
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 9. Análisis porcentual según la comida



Fuente: Castro, M., 2017

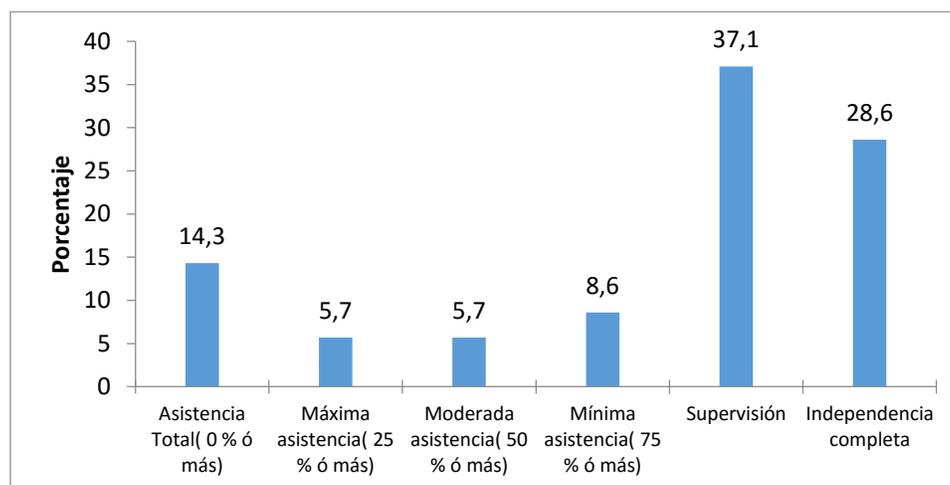
Frente a la independencia funcional, se logró evidenciar que las personas en situación de discapacidad, el 71.4 % son independiente frente a la comida; sin embargo, un 8.6 % lo realiza con supervisión, el 2.9% necesita de mínima o moderada asistencia, mientras que el 5.7% necesita máxima asistencia y un 8.6% de asistencia total. (Trombly , 2001 ), considera que, para ser capaz de realizar una actividad, la persona debe poseer ciertas habilidades sensitivomotoras, perceptivas, cognitivas y emocionales. De acuerdo a lo anterior se puede observar que en la población objeto de estudio prevalece la independencia en la comida, dado que en estas personas dependiendo de la edad el funcionamiento ocupacional va hacer diferente, por lo tanto, tienen la capacidad para manipular y mantener los alimentos y líquidos en la boca.

Figura 10. Distribución porcentual según el aseo personal

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total( 0 % ó más)	5	14,3
Máxima asistencia( 25 % ó más)	2	5,7
Moderada asistencia(50 % ó más)	2	5,7
Mínima asistencia( 75 % ó más)	3	8,6
Supervisión	13	37,1
Independencia completa	10	28,6
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 11. Análisis porcentual según el aseo personal



Fuente: Castro, M., 2017

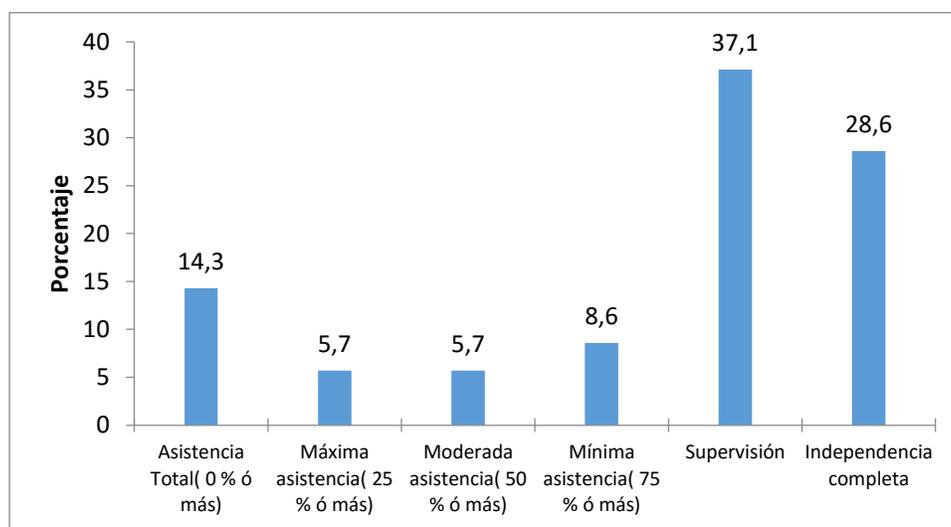
Se pudo observar que el 37.1 % de la población objeto de estudio es dependiente, necesitando de supervisión para realizar actividades de aseo personal, un 28.6 % lo ejecuta de manera independiente, el 14.3 % necesita de asistencia total, el 8.6 % requiere de mínima asistencia, un 5.7% de moderada asistencia y el 5.7 % con máxima asistencia. Según (Polonio B. , 2010), refiere que la enfermedad, discapacidad u otro trastorno puede interrumpir en muchos casos los patrones de las actividades de la vida diaria. Para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), considera que una persona es dependiente cuando necesita de ayuda de otra persona para realizar diversas actividades. De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que la población en situación de discapacidad prevalece la dependencia para desempeñar la rutina del aseo personal, dado a la severidad de los tipos de patologías y edades de cada uno de los usuarios la funcionalidad es limitada, por lo cual necesitan de sus familiares y/ o cuidadores para realizar las actividades de autocuidado (aseo personal).

Tabla 12. Distribución porcentual según el baño

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total( 0 % ó más)	5	14,3
Máxima asistencia( 25 % ó más)	2	5,7
Moderada asistencia( 50 % ó más)	2	5,7
Mínima asistencia( 75 % ó más)	3	8,6
Supervisión	13	37,1
Independencia completa	10	28,6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 12. Análisis porcentual según el baño



Fuente: Castro, M., 2017

Según la gráfica anterior se puede evidenciar que, del total de personas en situación de discapacidad, un 28.6% es independiente para desempeñar la rutina del baño; el 37.1% es dependiente requiriendo de supervisión, un 8.6% necesita de mínima asistencia, el 14.3% requiere de asistencia total, un 5.7 % de moderada asistencia y el 5.7 % de máxima asistencia. para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), afirma que para desempeñar la rutina del baño la persona debe tener la capacidad de obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera.

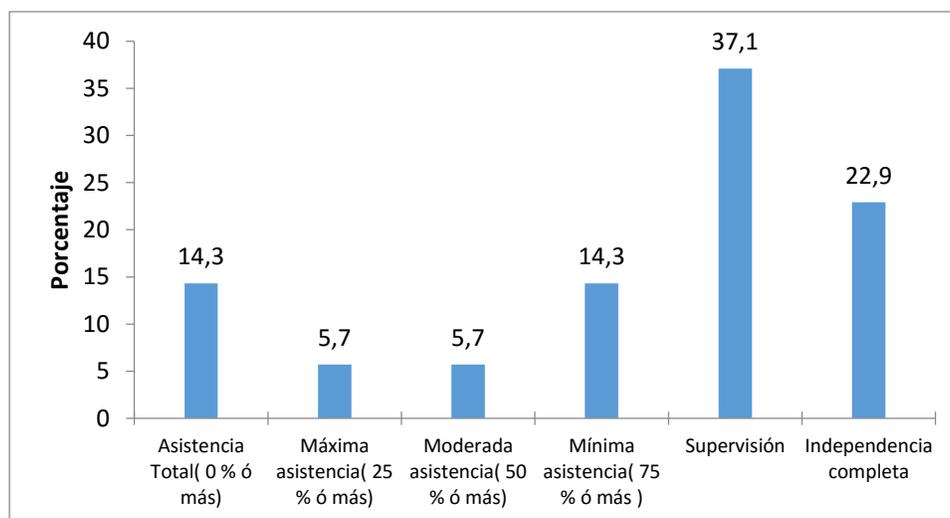
(García , 2010) describe que dependiendo de las causas de cada patología una persona va presentar ciertas limitaciones o dificultades para ejecutar de manera independiente las actividades de autocuidado. De acuerdo a lo anterior es preciso decir que la población objeto de estudio debido a la patología de base que presentan, prevalece la dependencia para estructurar la rutina del baño, lo cual requieren de apoyo constante de sus familiares y/o cuidadores para la organización y equilibrio de la misma.

Tabla 13. Distribución porcentual según el vestido de tren superior

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total( 0 % ó más)	5	14,3
Máxima asistencia( 25 % ó más)	2	5,7
Moderada asistencia( 50 % ó más)	2	5,7
Mínima asistencia( 75 % ó más )	5	14,3
Supervisión	13	37,1
Independencia completa	8	22,9
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 13. Análisis porcentual según el vestido de tren superior



Fuente: Castro, M., 2017

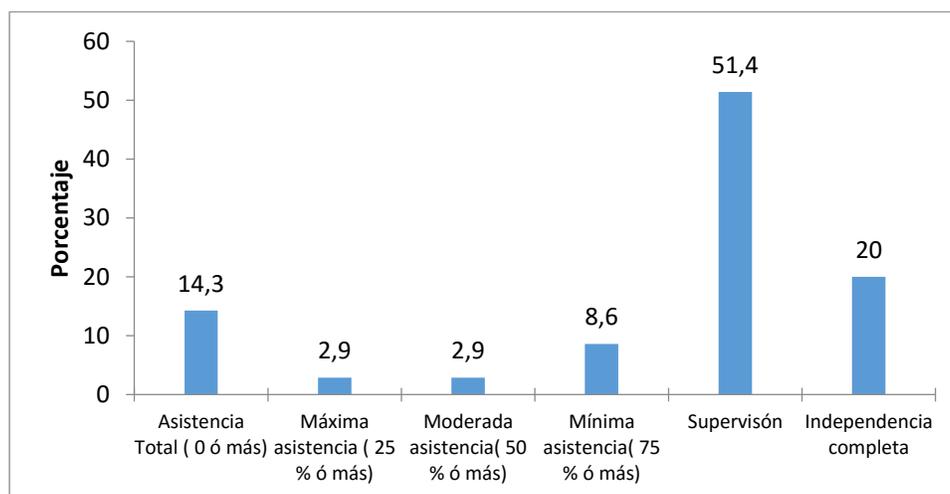
De acuerdo a la anterior gráfica, se evidencia que el 37.1 % es dependiente, necesitando de supervisión, pautas o directivas verbales para vestirse y desvestirse, pero un 22.9% lo realiza con independencia completa, el 14.3% requiere de asistencia total, igual porcentaje lo hacen con mínima asistencia, el 5.7% con moderada asistencia y en igual proporción con máxima asistencia. Según la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), refiere que para desempeñar la tarea del vestido, la persona debe tener la capacidad para seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa. (Polonio, 2003), afirma que una persona al presentar una disfuncionalidad de índole motor, psíquico y sensorial, el funcionamiento ocupacional se va a ver alterado al realizar una actividad en la vida diaria. Con relación a lo anterior es preciso decir, que en la población en situación de discapacidad del Municipio de Chitagá, prevalece la dependencia para desempeñar la tarea del vestido de la parte superior debido a los diferentes tipos de discapacidad que cada usuario, el funcionamiento ocupacional está limitado, por lo tanto, necesitan de ayuda de sus cuidadores y/ o familiares para desarrollar esta tarea.

Tabla 14. Distribución porcentual según el vestido de tren inferior

Vestido tren inferior	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 ó más)	5	14,3
Máxima asistencia ( 25 % ó más)	1	2,9
Moderada asistencia( 50 % ó más)	1	2,9
Mínima asistencia( 75 % ó más)	3	8,6
Supervisión	18	51,4
Independencia completa	7	20
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 13. Análisis porcentual según el vestido de tren inferior



Fuente: Castro, M., 2017

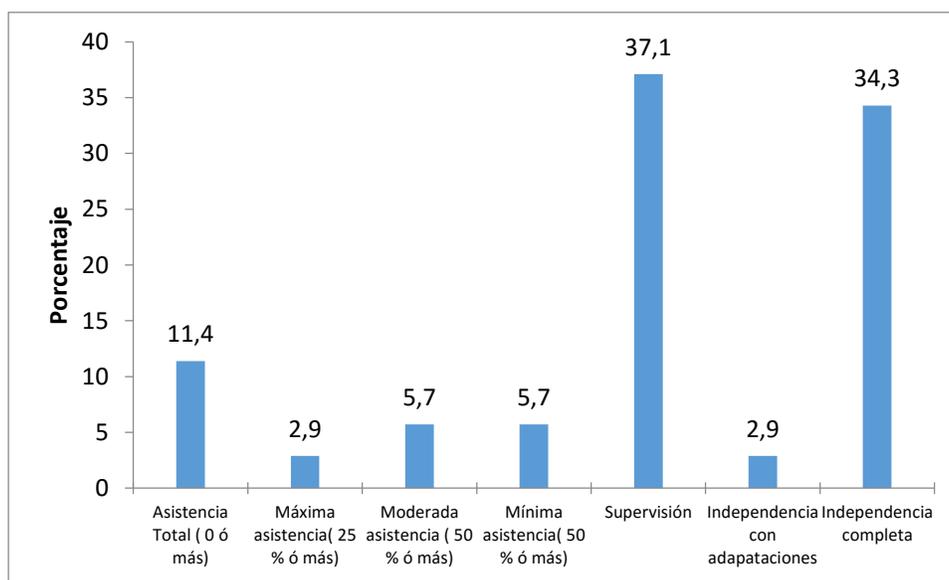
Con relación a la gráfica anterior, se puede observar que el 51.4 % requiere de dependencia o supervisión para realizar la tarea del vestido de tren inferior, pero un 20 % lo realiza con independencia completa, un 14.3% lo ejecuta con asistencia total, el 8.6% con mínima asistencia, el 2.9 % con moderada asistencia y el 2.9 % con máxima asistencia. Según la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), para desempeñar la tarea del vestido de la parte inferior la persona debe tener la capacidad de seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos. Según (García, , 2010), al presentarse una discapacidad la persona pierde la habilidad para desempeñar ciertas actividades en su vida diaria. Con relación a lo anterior se puede observar que en la población en situación de discapacidad prevalece la dependencia para ejecutar la tarea del vestido de la parte inferior debido a la severidad de cada una de las patologías, necesitan de ayuda de sus cuidadores para desempeñar esta tarea.

Tabla 15. Distribución porcentual según el Toilet

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 o más)	4	11,4
Máxima asistencia( 25 % o más)	1	2,9
Moderada asistencia ( 50 % o más)	2	5,7
Mínima asistencia( 50 % o más)	2	5,7
Supervisión	13	37,1
Independencia con adaptaciones	1	2,9
Independencia completa	12	34,3
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 14. Figura 14. Análisis porcentual según el toilet



Fuente: Castro, M., 2017

En la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá, se puede evidenciar que el 37.1 % es dependiente necesitando de supervisión, pautas o directivas verbales en la higiene perineal y para acomodarse la ropa antes y después de usar el inodoro, un 34.3 % lo realiza con independencia completa, el 11.4 % lo ejecuta con asistencia total, el 5.7 % con moderada asistencia, el 5.7 % requiere de mínima asistencia, un 2.9 % lo hace con máxima asistencia y el 2.9 % con

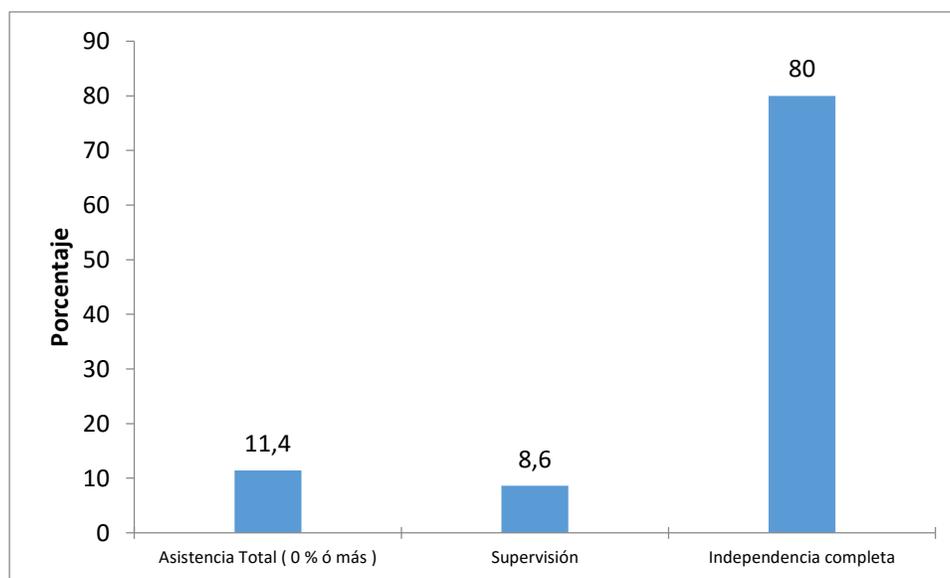
independencia con adaptaciones, según (Polonio, 2003), para desempeñar el aseo e higiene en el inodoro la persona debe tener la habilidad para obtener y utilizar suministros; manejo de la ropa, mantener la posición en el inodoro, transferirse hacia y desde la posición para el uso inodoro; limpiarse el cuerpo; y cuidar de las necesidades de la menstruación y las necesidades de la continencia. De acuerdo a lo anterior se puede decir que en la población objeto de estudio, debido a la severidad de algunas patologías en los usuarios, prevalece la dependencia para desempeñar de forma funcional la ejecución de la tarea de la higiene perineal, requiriendo de ayuda de sus cuidadores y/ o familiares para realizar esta actividad de manera independiente.

Tabla 16. Distribución porcentual según el manejo de vejiga.

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más )	4	11,4
Supervisión	3	8,6
Independencia completa	28	80
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 15. Análisis porcentual según el manejo de la vejiga



Fuente: Castro, M., 2017

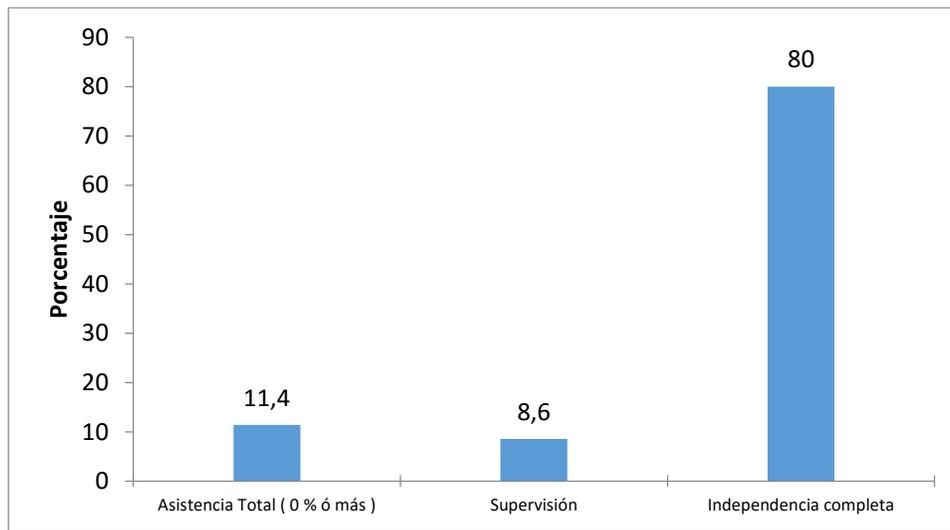
En concordancia a la gráfica anterior, se determina que en las personas en situación de discapacidad, el 80.0% de éstas personas maneja con independencia completa el control de esfinter; no obstante un 11.4% necesita de asistencia total y un 8.6 % requiere se supervision, dado que para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008) para que una persona tenga el manejo de la vejiga es necesario tener el control intencional de los movimientos de la vejiga urinaria, y de ser necesario, utilizar equipos o agentes de control de la vejiga. (García E. , 2010), refiere que la personas con discapacidad dependiendo de la severidad y consecuencia de la enfermedad puede tener la capacidad para controlar la vejiga urinaria. según lo anterior se puede evidenciar que cierta cantida de usuarios controlan independientemente su vejiga en forma completa e intencional, dado a la edad y el tipo de patologia no requiere de ayuda para controlar de manera funcional esta actividad.

Tabla 17. Distribución porcentual según el manejo de intestino.

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más )	4	11,4
Supervisión	3	8,6
Independencia completa	28	80
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 16. Análisis porcentual según el manejo de intestino



Fuente: Castro, M., 2017

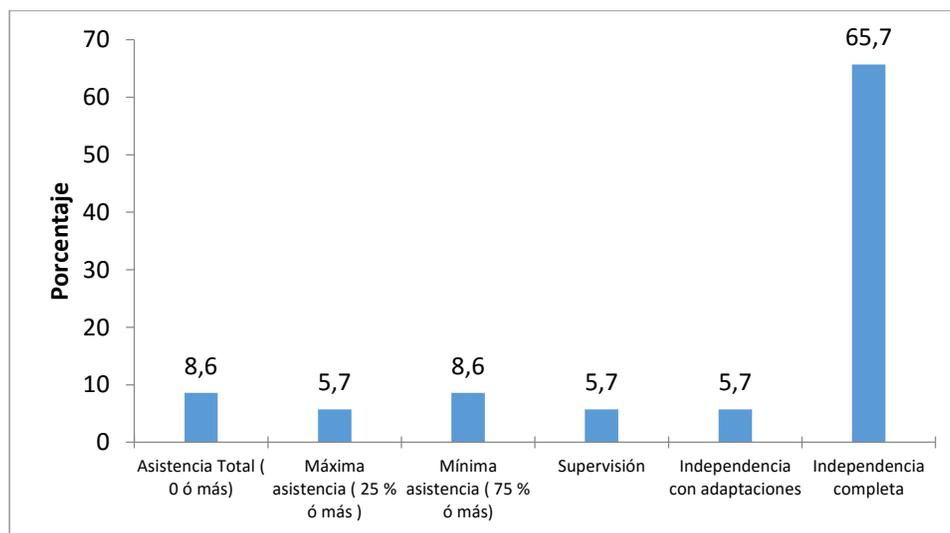
Con respecto a la gráfica anterior se pudo determinar que las personas en situación de discapacidad el 80.% realiza con independencia completa el manejo de intestino, un 11.4 % requiere de asistencia total y el 8.6 % necesita de supervisión, teniendo en cuenta los resultados obtenidos autores como (Polonio B. , 2003), considera que una persona tiene la capacidad para el manejo del control intencional de los movimientos del intestino y de ser necesario utilizar equipos o agentes de control del intestino. Para (García E. , 2010), una personas con discapacidad dependiendo de la severidad y consecuencia de la enfermedad puede tener la capacidad para controlar el intestino. De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que cierta cantida de usuarios controlan independientemente el instestino en forma completa e intencional, dado a la edad y el tipo de patología no requieren de ayuda para controlar de manera funcional esta actividad.

Tabla 18. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a (camina, silla, silla de rueda)

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 ó más)	3	8,6
Máxima asistencia ( 25 % ó más )	2	5,7
Mínima asistencia ( 75 % ó más)	3	8,6
Supervisión	2	5,7
Independencia con adaptaciones	2	5,7
Independencia completa	23	65,7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 17. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a (camina, silla, silla de rueda)



Fuente: Castro, M., 2017

De acuerdo a la gráfica anterior, se puede observar que las personas en situación de discapacidad, el 65.7 % se desplaza con independencia completa; el 8.6 % lo realiza con mínima asistencia, un 8.6 % requiere de asistencia total, mientras que un 5.7% requiere supervisión o uso de ayudas técnicas; otro 5.7% necesita máxima asistencia. Según (Polonio B. , 2003), refiere que

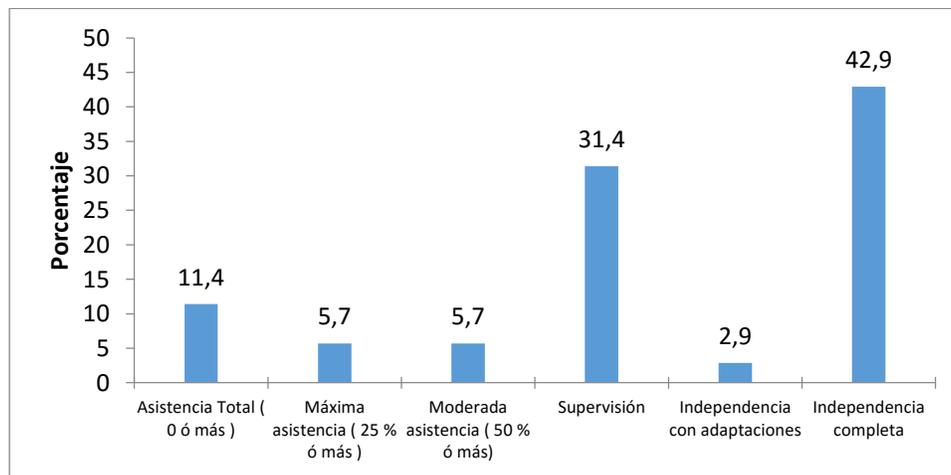
para realizar de manera funcional la movilidad la persona debe tener la habilidad de moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos. Para (García E. , 2010), Las personas es dependiente acorde al tipo de enfermedad que presenten pueden sufrir algún grado de inactividad. De acuerdo a lo anterior se puede observar que prevalece la independencia para desplazarse de manera funcional, dado que cierta cantidad de población no necesita de ayudas técnicas o dispositivos para moverse.

Tabla 19. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a ir al baño

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 ó más )	4	11,4
Máxima asistencia ( 25 % ó más )	2	5,7
Moderada asistencia ( 50 % ó más)	2	5,7
Supervisión	11	31,4
Independencia con adaptaciones	1	2,9
Independencia completa	15	42,9
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 18. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia en cuanto a ir al baño



Fuente: Castro, M., 2017

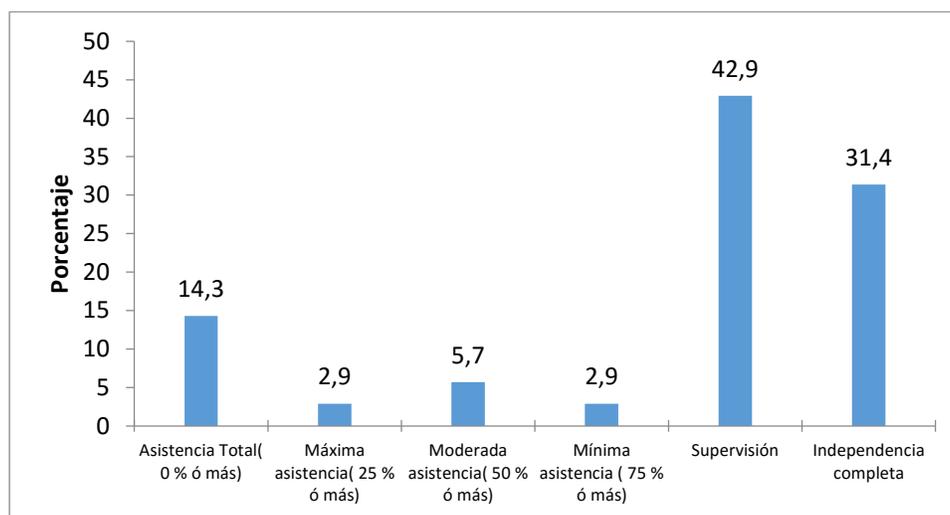
En cuanto a la movilidad para ir al baño, se pudo observar que el 42.9% lo realiza con independencia completa, el 31.4 % requiere de supervisión, 11.4 lo ejecuta con asistencia total, el 5.7 % necesita de máxima o moderada asistencia, mientras que el 2.9% lo hace independientemente con adaptaciones. Para (Polonio & Durante, 2001), consideran que una persona dependiendo del tipo de discapacidad puede tener la habilidad para moverse de una posición o lugar a otro y ejecutar una deambulación funcional y transportar objetos. Según (OMS , 2007 ), de acuerdo al tipo de discapacidad la persona puede llevar habitualmente una existencia independiente para realizar alguna determinada actividad. De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que prevalece la independencia en las personas en situación de discapacidad para desplazarse para ir baño dado que la mayor cantidad de personas no necesita de ayuda técnicas o dispositivos para caminar.

Tabla 20. Distribución porcentual según la movilidad o transferencia hacia la ducha

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total( 0 % ó más)	5	14,3
Máxima asistencia( 25 % ó más)	1	2,9
Moderada asistencia( 50 % ó más)	2	5,7
Mínima asistencia ( 75 % ó más)	1	2,9
Supervisión	15	42,9
Independencia completa	11	31,4
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 19. Análisis porcentual según la movilidad o transferencia hacia la ducha



Fuente: Castro, M., 2017

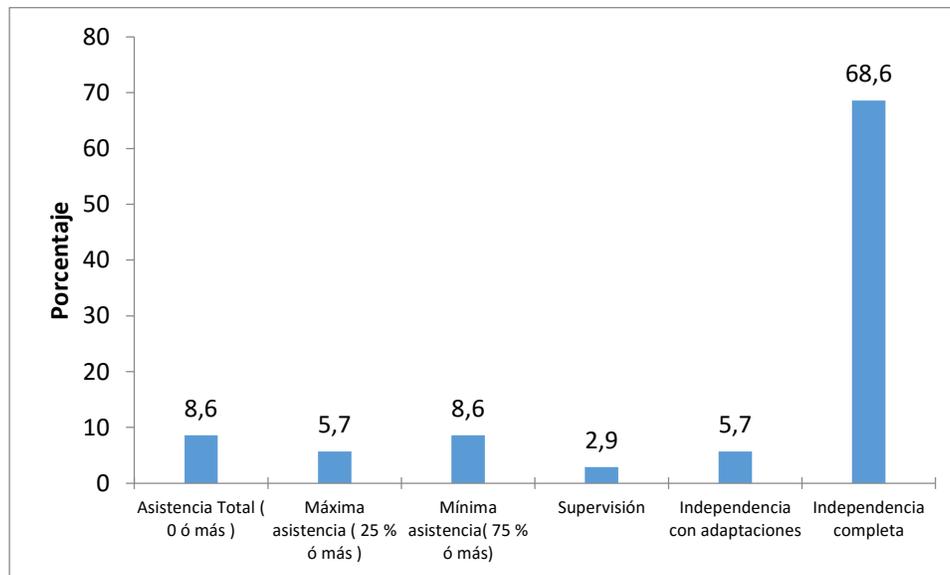
Con relación a la movilidad específica para desplazarse hacia la ducha, el 42.9 % necesita de supervisión, el 31.4 % lo realiza con independencia completa, un 14.3 % requiere de asistencia total, el 5.7 % lo ejecuta con moderada asistencia, un 2.9 % con máxima asistencia y un 2.9% lo hace con mínima asistencia. según (Polonio & Durante, 2001), la persona tiene la capacidad para moverse de una posición o lugar a otro, por ejemplo transferencia (silla de ruedas, cama, coche, baño/ducha, WC, silla, suelo); ejecutar una deambulaci3n funcional y transportar objetos. Para (García, 2010), en las personas que presentan discapacidad la independencia para desplazarse va hacer limitada. De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que la poblaci3n en situaci3n de discapacidad prevalece la dependencia para movilizarse hacia la ducha, dado que cada tipo de discapacidad es diferente, por lo tanto, la funcionalidad de cada usuario se ve alterada para realizar desplazamiento hacia la ducha.

Tabla 21. Distribución porcentual según la locomoción (camina / silla de ruedas)

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 o más )	3	8,6
Máxima asistencia ( 25 % o más )	2	5,7
Mínima asistencia( 75 % o más)	3	8,6
Supervisión	1	2,9
Independencia con adaptaciones	2	5,7
Independencia completa	24	68,6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 20. Análisis porcentual según la locomoción (camina / silla de ruedas)



Fuente: Castro, M., 2017

De acuerdo a la gráfica anterior se puede evidenciar que las personas en situación de discapacidad el 68.6 % lo realiza con independencia completa, un 8.6 % lo realizan con mínima asistencia, 8.6 % requiere de asistencia total, un 2.9 % lo ejecuta con independencia, pero con adaptaciones y el 2.9 % necesita de supervisión. para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), para realizar la movilidad la persona debe tener la capacidad de moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse

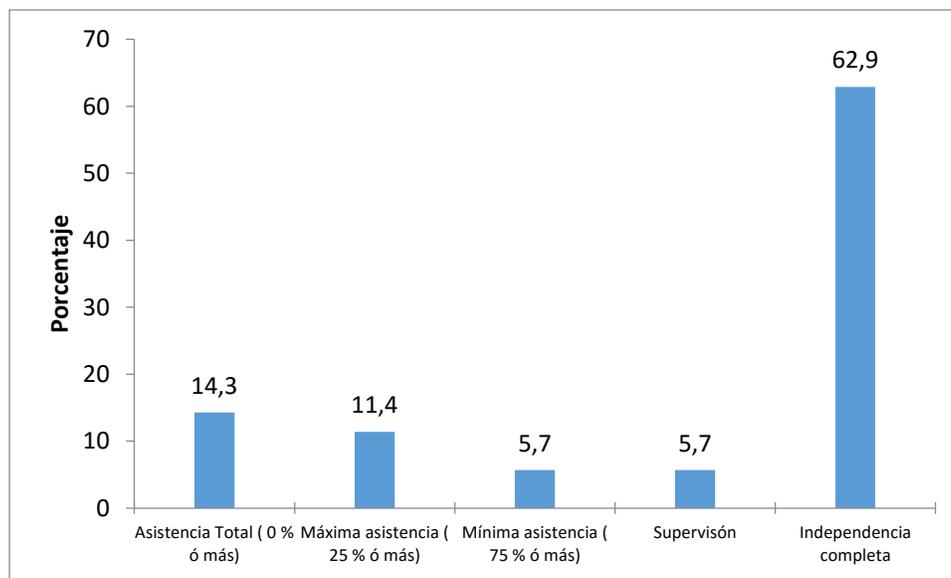
en la cama, moverse en silla de ruedas, y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ ducha, silla, piso). Según la (OMS , 2007 ), una persona con una discapacidad no necesariamente puede ser dependiente en la movilidad. Con respecto a lo anterior se puede decir que prevalece la independencia en la movilidad funcional dado que la mayoría de estas personas no necesitan de ningún tipo de ayuda técnicas o dispositivos que les limite moverse en la comunidad o entorno en que se desempeñan.

Tabla 22. Distribución porcentual según la locomoción en las escaleras

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más)	5	14,3
Máxima asistencia ( 25 % ó más)	4	11,4
Mínima asistencia ( 75 % ó más)	2	5,7
Supervisión	2	5,7
Independencia completa	22	62,9
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 21. Análisis porcentual según la locomoción en las escaleras



Fuente: Castro, M., 2017

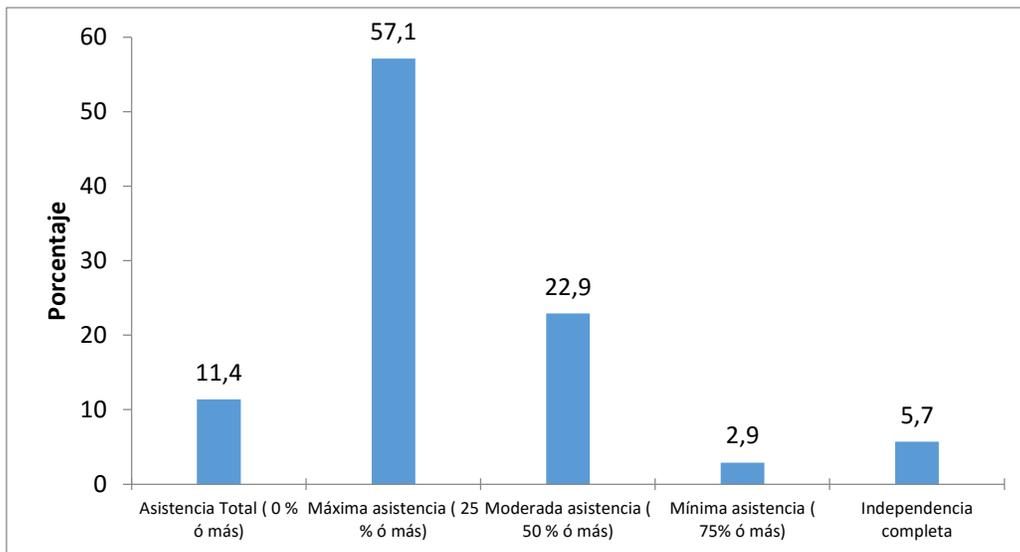
De acuerdo a tabla anterior se puede evidenciar que la población en situación de discapacidad, el 62.9 % de estas personas baja y sube escaleras de manera independiente, el 14.3 % requiere se asistencia total, un 11.4 % necesita de máxima asistencia, el 5.7 % lo ejecuta con mínima asistencia y el 5.7 % lo hace con supervisión. De acuerdo a los resultados obtenidos en la población intervenida prevalece la independiente en bajar y subir las escaleras, pero algunos necesitan de ayuda o supervisión dado a la severidad de la patología y edad de los usuarios el funcionamiento ocupacional esta alterado, por lo tanto, no le permite realizar esta actividad.

Tabla 23. Distribución porcentual según las destrezas de comunicación (comprensión).

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más)	4	11,4
Máxima asistencia ( 25 % ó más)	20	57,1
Moderada asistencia ( 50 % ó más)	8	22,9
Mínima asistencia ( 75% ó más)	1	2,9
Independencia completa	2	5,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 22. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (comprensión).



Fuente: Castro, M., 2017

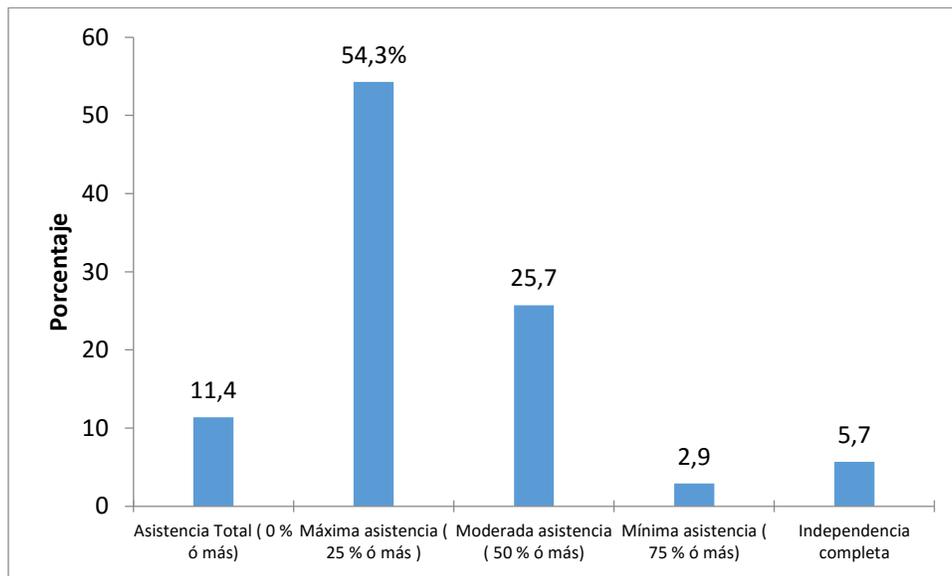
Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la gráfica anterior, se puede observar que la población en situación de discapacidad, respecto a las destrezas de comunicación o comprensión, el 57.1 % requiere de máxima asistencia, el 22.9 % necesita de moderada asistencia, un 11.4% lo realiza con asistencia total, el 5.7 % con independencia completa y por último 2.9 % con mínima asistencia. Para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), las destrezas de comunicación son las acciones o comportamientos que utiliza la persona para comunicarse con otros en un ambiente interactivo. Según (Hoover & Marín, 2010), refieren que la comunicación puede verse alterada tras presentar una discapacidad física, psíquica o sensorial. Con respecto a lo anterior en la población objeto de estudio, se puede establecer que los usuarios debido a los diferentes tipos de discapacidad, prevalece la dependencia para entablar una conversación fluida, por lo tanto, necesitan de ayuda de sus cuidadores y/ o familiares para poder tener un intercambio verbal y físico en el contexto en que se desempeñan.

Tabla 24. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (expresión).

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % o más)	4	11,4%
Máxima asistencia ( 25 % o más )	19	54,3
Moderada asistencia ( 50 % o más)	9	25,7
Mínima asistencia ( 75 % o más)	1	2,9
Independencia completa	2	5,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 23. Análisis porcentual según las destrezas de comunicación (expresión).



Fuente: Castro, M., 2017

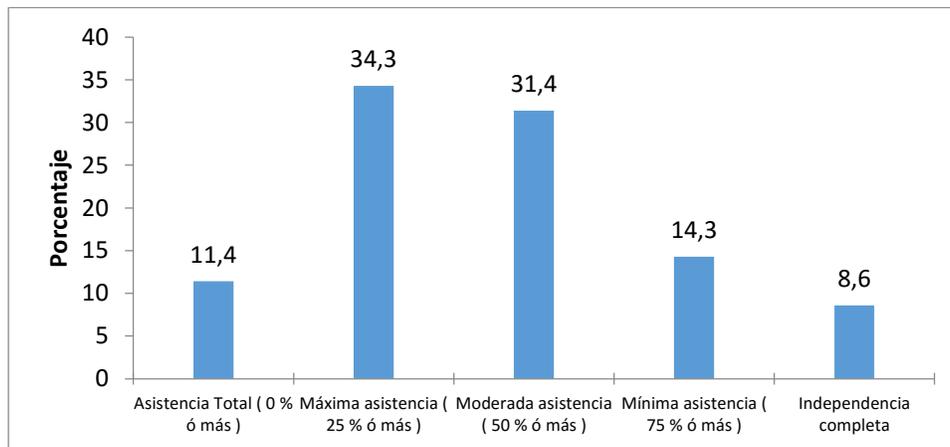
Según la gráfica anterior, se puede analizar que la población en situación de discapacidad el 54.3 % necesita de máxima asistencia, un 25.7 % de moderada asistencia, el 11.4 % requiere de asistencia total y un 5.7 % de mínima asistencia. Para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), las destrezas de comunicación son las acciones o comportamientos que utiliza la persona para comunicarse con otros en un ambiente interactivo. Según (Hoover & Marín, 2010), refieren que la comunicación puede verse alterada tras presentar una condición física, psíquica o sensorial. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que la población objeto de estudio dado a la patología, prevalece la dependencia en la expresión debido que su lenguaje no es claro presentando dificultad para el intercambio de palabras.

Tabla 25. Distribución porcentual según destrezas de interacción social

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más )	4	11,4
Máxima asistencia ( 25 % ó más )	12	34,3
Moderada asistencia ( 50 % ó más )	11	31,4
Mínima asistencia ( 75 % ó más )	5	14,3
Independencia completa	3	8,6
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 24. Análisis porcentual según destrezas de interacción social



Fuente: Castro, M., 2017

Con respecto a la gráfica anterior, se puede determinar que el 34.3 % necesita de máxima asistencia frente a las destrezas de interacción social, un 31.4% requiere de moderada asistencia, el 14.3% lo ejecuta con mínima asistencia, un 11.4 % con asistencia total y por último el 8.6 % lo realiza con independencia completa. Para la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008), las destrezas de interacción social son las habilidades para llevar a cabo las propias intenciones y necesidades, coordinando la conducta social para actuar conjuntamente con la persona (corporalidad, intercambio de información, relaciones). Según (García, 2010 ), en las personas con discapacidad pueden presentar dificultades para adquirir habilidades social, ya que la enfermedad les impiden alcanzar, en ocasiones, habilidades de interacción con otra persona en

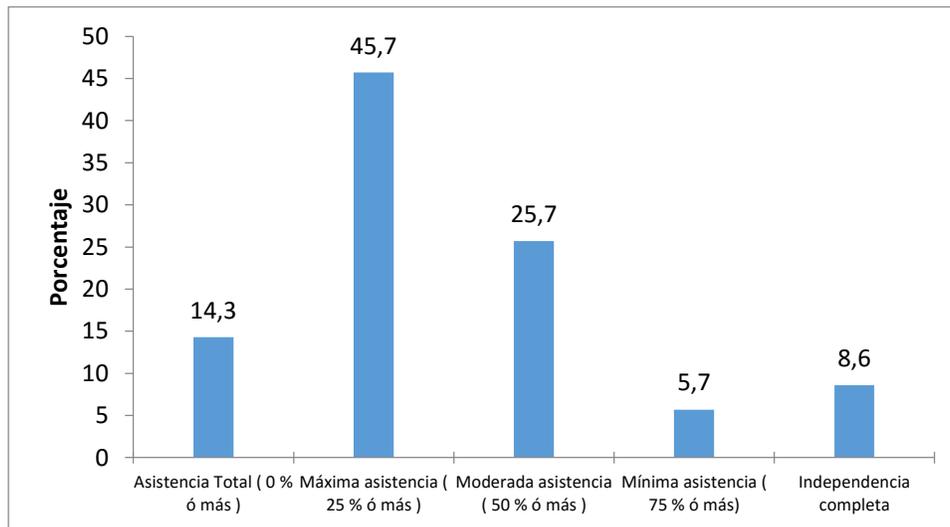
un mismo contexto. De acuerdo a los resultados anteriormente mencionados se puede decir que la población objeto de estudio presentan dificultad en las destrezas de interacción social Por lo cual se puede decir que según las causas de la patología se evidencia limitación y alteración para interactuar y mantener relaciones sociales, se destaca también su entorno social en el que se desenvuelven, lo cual impide lograr una comunicación asertiva en el contexto.

Tabla 26. Distribución porcentual según la resolución de problemas

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más )	5	14,3
Máxima asistencia ( 25 % ó más )	16	45,7
Moderada asistencia ( 50 % ó más )	9	25,7
Mínima asistencia ( 75 % ó más )	2	5,7
Independencia completa	3	8,6
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 25. Análisis porcentual según la resolución de problemas



Fuente: Castro, M., 2017

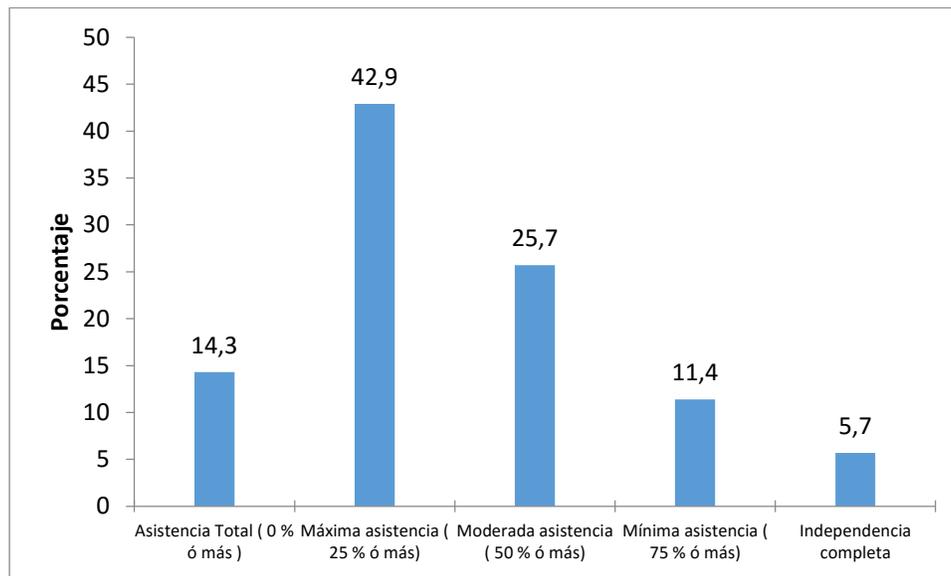
En concordancia con la gráfica anterior, se puede evidenciar que, en la población en situación de discapacidad, el 45.7 % requiere de máxima asistencia en la resolución de problema, un 25.7 % de moderada asistencia, un 14.3 % de asistencia total, el 8.6 % lo hace con independencia completa y por último el 5.7 % necesita de mínima asistencia. Dado que según (Polonio & Durante, 2001), para la resolución de problema la persona debe tener la habilidad para el reconocimiento y resolución de una actividad en la vida cotidiana. Con relación a la resolución de problema prevalece la dependencia en la población objeto de estudio, dado a la patología presentan limitación en el funcionamiento ocupacional para realizar tareas cotidianas completas en forma satisfactoria o resolver situaciones no planteadas o planificadas de antemano durante las actividades de la vida diaria, por lo tanto, necesitan de ayuda de sus cuidadores y/o familiares para tomar decisiones en forma segura, iniciar y proseguir las tareas para auto corrección de la misma.

Tabla 27. Distribución porcentual según la memoria

Independencia funcional	Frecuencia	Porcentaje
Asistencia Total ( 0 % ó más )	5	14,3
Máxima asistencia ( 25 % ó más)	15	42,9
Moderada asistencia ( 50 % ó más)	9	25,7
Mínima asistencia ( 75 % ó más)	4	11,4
Independencia completa	2	5,7
Total	35	100

Fuente: Castro, M., 2017

Figura 26. Análisis porcentual según la memoria



Fuente: Castro, M., 2017

Con relación a la gráfica anterior, se pudo determinar que la población en situación de discapacidad frente a la independencia en términos de memorización, el 42.9 % necesita de máxima asistencia, el 25.7 % de moderada asistencia, un 14.3 % con asistencia total, un 11.4 % requiere de mínima asistencia y un 5.7 % la ejecuta con independencia. según (Polonio & Durante, 2001), refiere que la memoria es la recuperación de información tras un periodo breve o largo de tiempo. Para (OMS , 2007 ), la discapacidad puede estar relacionada con afecciones que están presentes desde el nacimiento y puedan afectarse las funciones mentales superiores en la vida de una persona, incluidos el conocimiento (memoria, aprendizaje y entendimiento). De acuerdo a lo anterior se puede evidenciar que en la población objeto de estudio debido a la discapacidad, prevalece la dependencia para recordar situaciones y hechos de corta y larga duración, lo que le dificulta retener y recuperar información para realizar actividades de la vida diaria.

### Discusión de resultados

Es importante retomar los resultados con mayor incidencia tras la aplicación del instrumento de evaluación que se darán a conocer de la siguiente manera: en cuanto a los datos sociodemográficos el género que mayor prevalece dentro de la población objeto es el de sexo masculino con un porcentaje del 62.9% lo que corresponde a 22 personas, el rango de edad está

comprendido entre los 5 hasta los 21 años, donde prevalece el rango entre los 10-15 años con un porcentaje del 37,1% que corresponde a 13 personas, la población en situación de discapacidad se encuentra en la zona urbana con un porcentaje de 54.3% que hace referencia a 19 personas, a nivel de estrato socioeconómico el que más predomina es el estrato 1 con un porcentaje de 80% que hace referencia a 28 personas, las patologías más comunes que se presenta en el municipio es el déficit cognitivo y el síndrome de Down con un 11.4%, el tipo de discapacidad que predomina son las alteraciones sensoriales con el 28.6% correspondiendo a 10 personas, según (Polonio, 2003) refiere que la discapacidad puede interrumpir en muchos casos las actividades de la vida diaria de una persona, alterando los roles que esta acepta como habituales.

De acuerdo a la información arrojada mediante el instrumento de evaluación de la medida de independencia funcional (WeeFIM), encargado de evaluar la funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria, es necesario retomar la teoría de trombly y de la asociación americana de Terapia Ocupacional (AOTA2008), que establecen que las actividades de la vida diaria son las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, entre ella encontramos bañarse, cuidado del intestino y la vejiga, vestirse, comer, movilidad funcional, aseo personal y aseo e higiene en el inodoro, en la población en situación de discapacidad a partir de los resultados se puede evidenciar que presentan limitaciones en la realización de estas actividades necesitando de ayuda de sus cuidadores para poder desempeñarse en una tarea por lo cual el 37.1% necesita de supervisión para realizar el aseo personal, en la rutina del baño un 37.1% lo ejecutan con supervisión de los cuidadores, en la independencia funcional del vestido del tren superior se puede observar que el 37.1% necesita de supervisión y de pautas directivas verbales para el arreglo personal así mismo en el vestido de tren inferior el 51.4% requiere de supervisión, según el toilet el 37.1% necesita de supervisión en la higiene perineal y para acomodarse la ropa antes y después de usar el inodoro; en la movilidad o transferencia en cuanto a la cama, silla de rueda el 65.7% de la población se desplaza con independencia completa, en el desplazamiento hacia la ducha el 42.9% requiere de supervisión; en la compresión el 57.1% requiere de máxima asistencia para poder estructurar adecuadamente el proceso de comunicación igualmente en la expresión el 54.3% presenta limitación; en la conexión social, el 34.3% necesita de máxima asistencia en la interacción social para poder participar activamente dentro del contexto en que se desenvuelve; de la misma manera

en la resolución de problema el 45.7% requiere de máxima asistencia para solucionar problemas rutinarios, en cuanto a memoria el 42.9% de esta población necesita de máxima asistencia para reconocer y recordar mientras se lleva a cabo una actividad cotidiana. De acuerdo a los resultados anteriormente mencionados se puede observar que la población en situación de discapacidad debido a la patología de base que presenta, es un factor que les impide realizar de manera independiente la ejecución de las actividades de la vida diaria, necesitando de ayuda de sus familiares y /o cuidadores para poder desempeñarse de manera funcional.

### Resultados Actividades Realizadas

Fase	Número de Actividades	de Número participantes	de Total
Fase 1. "Promoviendo mi higiene personal "	7	120	120
Fase 2. "reentrenándome en el vestido"	5	85	85

Fuente: Castro, M., 2017

## Capítulo V

### Plan de acción

#### Título

Confío en mis capacidades para favorecer mi calidad de vida”



#### Introducción

Según la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008) bajo la teoría de que toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace, y experimentar independencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar. Con base en lo anterior se pretende favorecer en la población objeto de estudio independencia y autonomía en la realización de actividades de la vida diaria en cuanto al autocuidado, movilidad o transferencia, en la comunicación entre ellas (comprensión y expresión), por último en la conexión social como (interacción social, resolución de problemas y memoria), siendo estas evaluadas a través del instrumento WeeFIM de la medida de independencia funcional; el cual evalúa la funcionalidad en las AVD, donde se encontró que la población presenta limitaciones y dificultades en el funcionamiento ocupacional, debido que la mayor parte del tiempo necesitan la ayuda de sus cuidadores para ejecutar las actividades de

cuidado propio, para movilizarse, igualmente se observó falencias en las destrezas de comunicación entre ellas comprensión, expresión y en la conexión social(interacción social, resolución de problemas y memoria).

Siendo esta la problemática encontrada en la población en situación de discapacidad, se elabora e implementa un plan de acción con el fin de cubrir las necesidades identificadas en cada uno de los diferentes tipos de discapacidad teniendo en cuenta la edad cronológica de cada usuario a intervenir; se diseñarán actividades con propósitos basadas en el fortalecimiento de actividades de autocuidado, logrando mayor grado de independencia en las áreas de desempeño ocupacional, generando interés y motivación para el cumplimiento de los roles acorde a la edad y así contribuir en el bienestar de la población.

### **Justificación**

El siguiente plan de acción, se aborda desde la disciplina de Terapia Ocupacional, como es el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad, partiendo de que todo ser humano necesita ser funcional y desempeñarse en sus diferentes actividades, así sufra algún tipo de dificultad.

Por lo cual se evalúa a la población objeto de estudio a través del instrumento WeeFIM de la medida de independencia funcional, donde se evidenció que la población presenta limitaciones en la realización de las actividades diarias, observándose que el 37.1% necesita de supervisión o ayuda para desempeñar la rutina del aseo personal, así mismo un 37.1% requiere de supervisión de sus familiares y/o cuidador para realizar la tarea del baño, en la independencia funcional respecto al vestido del tren superior e inferior el 37.1% lo ejecuta con supervisión y pautas directivas verbales de sus cuidadores, lo que quiere decir que la población en situación de discapacidad es dependiente para realizar actividades del cuidado propio necesitando la mayor parte del tiempo de terceros para desempeñarse en una tarea.

De acuerdo a los resultados obtenidos anteriormente se pretende implementar el siguiente plan de acción denominado “confío en mis capacidades para favorecer mi calidad de vida “ con el objetivo de promover la funcionalidad e independencia en las áreas de ocupación como las

actividades de la vida diaria, dando respuesta a la problemática encontrada en la población del municipio de Chitagá; así mismo se ejecutarán actividades prácticas de entrenamiento, psicoeducativas, de simulación, cognitivas a nivel de las AVD, actividades grupales, logrando que la población comprenda cada uno de los pasos para realizar el proceso de intervención.

Por otra parte, durante la realización de las actividades es necesario el acompañamiento, colaboración y participación del cuidador y/o familiar con el fin de formar parte del proceso de intervención, además de sensibilizar sobre la importancia de que las personas en situación de discapacidad sean autónoma e independiente en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Favorecer el funcionamiento ocupacional a través de actividades prácticas de reentrenamiento que favorezca la independencia y autonomía en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad de las zonas urbanas y rurales.

### **Objetivo específicos**

Fortalecer hábitos y rutinas a través de actividades psicoeducativas, favoreciendo las actividades de la vida diaria.

Favorecer el cuidado propio por medio de actividades prácticas de reentrenamiento, que favorezca la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria.

Facilitar destrezas cognitivas a través de actividades de secuenciación que favorezca hábitos y rutinas.

Promover la interacción social a través de actividades grupales que favorezca las destrezas de comunicación.

**Población**

El presente plan de acción denominado “CONFIÓ EN MIS CAPACIDADES PARA FAVORECER MI CALIDAD DE VIDA”, será implementado con la población en situación de discapacidad cognitiva, mental, físico y/o motora, múltiple y sensorial, la cual está conformada por 35 usuarios en edades comprendidas de los 5 a los 21 años y se encuentran inscritos en la base de datos del censo realizado por el ministerio de salud, de las zonas urbanas y rurales del municipio de Chitagá.

**Metodología**

Teniendo en cuenta la problemática encontrada en la población a intervenir se diseñarán actividades de acuerdo al tipo de discapacidad y la edad cronológica de cada usuario, las cuales se ejecutarán de forma directa en un tiempo aproximadamente de 4 semanas, donde se trabajarán 2 semanas en las zonas rurales de lunes a viernes de 8:00 am – 12:00 am y de 2:00 pm – 6:00 pm se convocará a la población en un punto estratégico o en las viviendas de cada usuario, las 2 semanas restantes se convocará a la población de la zona urbana de lunes a viernes de 8:00 -12:00 y de 2:00pm -6:00 pm, donde se realizan actividades prácticas de entrenamiento, psicoeducativas, de simulación, de secuenciación, grupales, cognitivas a nivel de actividades de la vida diaria, utilizando diversos materiales como láminas llamativas de las AVD, audiovisuales, fichas, imágenes de útiles de aseo y prendas de vestir entre otras, cabe resaltar que para la utilización de estos materiales se tendrá en cuenta las edades de los usuarios y los tipos de discapacidad.

**Medios de intervención.****Ambiente terapéutico.**

Según (Hopkins & Smith, 1998) definió el ambiente como el agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y existencia de la misma. El ambiente se compone de factores no humanos, como condiciones físicas, cosas e ideas, y componentes humanos, como individuos y grupos, de acuerdo a lo anterior el ambiente terapéutico está compuesto por:

**Ambiente humano.**

Estará conformado por la Terapeuta Ocupacional en formación las personas en situación de discapacidad, cuidador y/o familiar y docente supervisor.

**Ambiente no humano.**

*Ambiente físico.*

Para el desarrollo de las actividades se convocará a la población en puntos estratégicos o en las viviendas de cada usuario, debido que se realizarán desplazamiento a las diferentes veredas del municipio de Chitagá como (vereda tapurgua, tane, palmera, burgua, siaga, Chucarima, el placer, rio colorado, san Carlos), contando con espacios abiertos y cerrados con ventilación e iluminación natural, con los materiales a utilizar, logrando que los usuarios sientan confianza y seguridad al momento de ejecutar la actividad.

*Ambiente temporo-espacial.*

Se realizan intervenciones de forma directa teniendo en cuenta la edad y el tipo de discapacidad de los usuarios, en un tiempo aproximadamente de 4 semanas, con una duración de 45 minutos, las cuales se ejecutarán en puntos estratégicos o vivienda de cada usuario de las zonas urbana y rural de lunes a viernes 8:00 am a 12:00am y de 2:00 pm a 6:00 pm.

**Recursos.**

**Recurso humano.**

Terapeuta Ocupacional en formación, población en situación de discapacidad, cuidador y/o familiar.

**Recurso financiero.**

Para la realización de las actividades del presente plan de acción los materiales (imágenes llamativas de los utilices de aseo personal, útiles de aseo personal reciclables, cartulina, revista de útiles de aseo personal, prendas de vestir, cinta, colbón), equipo (Video-Beam, computador), herramientas(tijeras) serán suministrados por la investigadora.

**Relación Terapéutica.**

Es un proceso interactivo complejo, en el que se toman parte dos o más personas que intercambian información, emociones, sensaciones, etc., para el cual son necesarias una serie de habilidades. Cuando esa interacción tiene lugar entre un terapeuta ocupacional y un paciente o cliente, requiere unas habilidades más complejas que las que se utilizan en las interacciones humanas corrientes (Polonio, 2003).

La relación terapéutica estará basada en la empatía, el respeto hacia los usuarios, brindando seguridad y confianza, facilitando una comunicación asertiva, favoreciendo la ejecución de la actividad, generando interés y motivación para cumplir los objetivos propuesto en la intervención.

**Proceso enseñanza-aprendizaje.**

Son una serie de señales y respuestas, el Terapeuta Ocupacional y el usuario aprenden uno del otro. El Terapeuta Ocupacional determinan cuidadosamente el estilo de aprendizaje del paciente. El usuario puede aprender por demostración asistida manualmente, observando e imitando, mediante cuadros, y diagramas, así como también de instrucciones verbales (Hopkins & Smith, 1998).

En el proceso de enseñanza aprendizaje se tendrá en cuenta la edad de los usuarios y el tipo de discapacidad esto debido a que es una población heterogena.

**Verbal**

Brindando instrucciones de forma clara con un lenguaje concreto para que sea de fácil entendimiento teniendo en cuenta la edad de los usuarios, los cuales están comprendidas entre los 5 a 21 años y los tipos de discapacidad como cognitiva, mental, físico y/o motora, múltiple y sensorial, logrando participación activa en la actividad.

**Demostrativa**

Donde se desarrollan acciones ejecutadas por la Terapeuta Ocupacional en formación y luego serán realizados por los usuarios y el cuidador de forma práctica para que las instrucciones sean comprendidas y entendidas en cada intervención.

### **Ilustrativa**

En este proceso se utilizarán imágenes, laminas llamativas de secuenciación relacionadas con actividades de la vida diaria dependiendo de los tipos de discapacidad cognitiva, mental, físico y/o motora, múltiple, sensorial y las edades de los usuarios de los 5 a los 21 años que permita mayor entendimiento en cada uno de los pasos para la ejecución de la actividad.

### **Modalidades de intervención**

Para el desarrollo de estas actividades serán de tipo.

#### **Semiestructuradas.**

Dado que las actividades se podrán modificar de acuerdo al tipo de discapacidad y edad que presenta la población a intervenir.

#### **Directa.**

Para el desarrollo de estas actividades la población estará bajo el acompañamiento continuo y constante de la Terapeuta Ocupacional en formación durante la ejecución de cada una de las actividades a realizar.

### **Tipo de actividades**

En el presente plan de acción se realizarán actividades como:

#### **Psicoeducativas.**

Donde se orientan y se guía a los usuarios y/o cuidadores sobre el manejo de cada una de las actividades de la vida diaria, favoreciendo la autonomía e independencia.

#### **Reentrenamiento.**

Se realizarán actividades de reentrenamiento en las actividades de la vida diaria debido que según la autora (Trombly) refiere que el Terapeuta Ocupacional puede intervenir en el reentrenamiento de las actividades de la vida diaria para lograr el nivel más alto de independencia posible. Cada una de estas tareas debe ser secuenciada en pequeños pasos, facilitando su aprendizaje.

**Simulación.**

Para el desarrollo de esta actividad la población estará en contacto directo con lo que se quiere aprender en cuanto a las actividades de la vida diaria, cumpliendo los objetivos propuestos para cada intervención.

**Secuenciación.**

Debido que se realizarán acciones por medio de imágenes de las actividades de la vida diaria llevando un orden establecido en cada uno de los pasos de la actividad.

**Grupal.**

Con el fin de favorecer destrezas de comunicación y habilidades de interacción social, debido que al tener una discapacidad muchos de estas personas no se integran en el contexto en el que se desempeña y por lo tanto no hacen participe de una actividad.

**Fases de intervención.**

Para el desarrollo de cada intervención se realizarán a través de dos fases donde se trabajarán los mismos tipos de actividades, debido que la población es heterogenia y se encuentran ubicados en diferentes zonas de difícil acceso dentro del municipio de Chitagá, por lo tanto, se tomará primeramente la zona urbana, una vez finalizado en este contexto, se implementará en la zona rural, ejecutando intervenciones de acuerdo a las edades de los usuarios y los tipos de discapacidad.

**Cronograma de actividades**

Primera semana actividades con la población con discapacidad sensorial, física y/o motora, cognitiva, mental y múltiple en la zona urbana.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades prácticas de reentrenamiento en la población con discapacidad sensorial.	Para la ejecución de esta actividad se trabajará actividades de simulación en la población con discapacidad física y/o motora	Para la realización de esta actividad se trabajará actividades cognitivas por medio de imágenes llamativas e ilustrativas a nivel de actividades de la vida diaria en la población con discapacidad cognitiva.	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades prácticas de reentrenamiento en la población con discapacidad múltiple.	Para el desarrollo de esta actividad se ejecutará actividades de simulación en la población con discapacidad mental.

Secunda semana actividad en la población con discapacidad sensorial, cognitiva, física y/o motora, mental y múltiple en la zona urbana.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Para la ejecución de esta actividad se trabajará actividades prácticas de reentrenamiento	Para la ejecución de esta actividad se trabajará actividades de simulación en la población con	Para el desarrollo de esta actividad se ejecutará actividades cognitivas por medio de	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades prácticas de reentrenamiento	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades de simulación en la población con

en la población con discapacidad sensorial.	discapacidad física y/o motora.	láminas ilustrativas llamativas a nivel de actividades de la vida diaria en la población con discapacidad cognitiva.	con la población con discapacidad múltiple.	discapacidad mental.
---	---------------------------------	--	---	----------------------

3 semana actividad en la población con discapacidad sensorial, física y/o motora, cognitiva y múltiple en la zona rural.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades de prácticas de reentrenamiento en la población con discapacidad sensorial.	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades cognitivas por medio de láminas ilustrativas llamativas a nivel de actividades de la vida diaria en la población con discapacidad cognitiva.	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades de simulación en la población con discapacidad física y/o motora.	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades de prácticas de reentrenamiento en la población con discapacidad múltiple.	Para el desarrollo de esta actividad se trabajará actividades de simulación con la población mental.

Cuarta semana actividades con la población con discapacidad sensorial, física y/o motora, cognitiva, mental y múltiples en la zona rural.									
Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
Para	el	Para	el	Para	el	Para	el	Para	el
desarrollo	de	desarrollo	de	desarrollo	de	desarrollo	de	desarrollo	de
esta actividad se	trabaja	esta actividad se	trabaja	esta actividad se	trabaja	esta actividad se	trabaja	esta actividad se	trabaja
trabaja	rá	trabaja	rá	trabaja	rá	trabaja	rá	trabaja	rá
actividades	de	actividades	de	actividades	de	actividades	de	actividades	de
prácticas	de	cognitivas	por	prácticas	de	prácticas	de	simulación	en la
reentrenamiento	en la población	medio	de	reentrenamiento	en la población	reentrenamiento	en la población	población	con
con	discapacidad	laminas	a	con	discapacidad	con	discapacidad	discapacidad	mental.
discapacidad	sensorial.	ilustrativas	de	discapacidad	física	discapacidad	y/o		múltiple.
		nivel	de		motora.				
		actividades	de						
		la vida diaria	en						
		la población							
		con							
		discapacidad							
		cognitiva.							

Fuente: Castro, M., 2017

**Descripción de las actividades a realizar dentro del plan de acción.**

***Fase 1. “Promoviendo mi higiene personal”***

En esta fase se implementarán actividades de autocuidado en cada usuario, buscando de promover las actividades de la vida diaria a través de actividades psicoeducativas, simulación y cognitivas de autocuidado, donde se involucra al cuidador y/ o familiar para favorecer la autonomía e independencia en el desempeño de estas actividades.

***Fase 2. “Reentrenándome en el vestido”***

Para la ejecución de esta segunda etapa se implementarán actividades del vestido de la parte superior e inferior por medio de actividades de reentrenamiento con el fin de favorecer la autonomía e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria así mismo se involucrará al cuidador en la realización de estas actividades.

Tabla 28. Fase 1. Población urbana

Nombre de la actividad	Objetivo	Población	Tipo de discapacidad	Descripción	Recursos	Control y evaluación
<p>Me entreno en mis hábitos y rutinas</p> 	<p>Sensibilizar a la población y/o cuidadores a través de actividades psicoeducativas sobre hábitos y rutinas que favorezca las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Usuarios y cuidadores</p>	<p>Todos los tipos de discapacidad y cuidadores</p>	<p>Para el desarrollo de esta actividad se realizará con la población de zona rural, donde se convocará a la población en puntos estratégicos o en las viviendas de cada uno de los usuarios. Donde se sensibilizará a los cuidadores sobre la importancia de cómo establecer hábitos y rutinas</p>	<p>Computador Con las diapositivas. Recurso humano Terapeuta Ocupacional, población y/o cuidadores.</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.</p>

diarias para sus hijos desde que se levantan hasta que se acuestan a dormir con la finalidad de promover mayor independencia en la realización de las actividades durante el día. igualmente se les darán pautas de seguimiento a los cuidadores.

Cuidemos nuestra higiene personal	Fortalecer la higiene personal por medio de actividades cognitivas	la 8 a 9 años por de que	Discapacidad Cognitiva y Cuidador	Para dar inicio a esta actividad se coloca productos de aseo personal reciclable sobre un ¼ de cartulina,	Cartulina Jabón Champú Colonia Talco Toalla	Registro fotográfico y audiovisuales
-----------------------------------	--	--------------------------	-----------------------------------	---	---	--------------------------------------



favorezca las actividades de la vida diaria.

donde se explica la función que cumple cada objeto y la importancia de utilizarlos, momento de realizar la rutina del aseo personal, seguidamente se le entrega al usuario una imagen del cuerpo humano y dibujos de aseo personal donde tienen que colocarlos en la parte que considere que se utiliza ese

Listado de asistencia.

Recursos humano  
Terapeuta Ocupacional  
Usuario  
Docente supervisor.

producto, una vez finalizado tienen que decir porque lo ubico en esa parte y qué importancia tiene para nuestro cuerpo.

Observo y aprendo asearme diariamente



Favorecer el 10 a 13 años aseos personales por medio de actividades de secuenciación que favorezca el autocuidado.

Cognitiva y Cuidadores

Para dar inicio a la actividad se le explica al usuario por medio de útiles de aseo personal reciclables la importancia de asear nuestro cuerpo todos los días y mantener una apariencia

Papel boom Colbón Tijeras Revistas **Recursos** humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.

Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.

personal  
agradable,  
seguidamente se  
le hace entrega de  
un papel boom  
divido con una  
línea y revistas  
donde debe  
buscar y recortar  
los útiles que  
considere  
necesario para  
realizar un  
adecuado aseo  
personal, el cual  
debe ubicarlos en  
la mitad del papel  
boom llevando  
una secuencia de  
con cada una de  
las acciones que

se realiza al momento de realizar la rutina del aseo personal, donde en una mitad debe colocar todos los útiles que se utilizan para asearnos el cuerpo y en el otro lado los que se utilizan para el lavado de los dientes. Se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador de seguir reforzando

		esta actividad con el usuario.		
Me visto y me desvisto solo.	Favorecer el vestido por medio de actividades prácticas de reentrenamiento que favorezca independencia y autonomía en el vestido de parte superior.	14 a 16 años	Cognitiva y Cuidador	Para dar inicio a la actividad se realiza la demostración con el fin de enseñarle cómo debemos de vestirnos correctamente, seguidamente se le hace entrega al usuario de una prenda de vestir (camisa, correa) o una blusa en caso de que sea una niña, donde se le indica que debe colocarse la
				Prendas de vestir (camisa o blusa y correa). Listado de Recursos humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor

---

camisa, una vez  
finalizado en este  
paso se procede  
con la colocación  
de la correa, se le  
ira reformando a  
través de  
comandos  
verbales de cómo  
ejecutar la  
actividad.se  
finalidad con la  
retroalimentación  
al cuidador sobre  
la importancia de  
colocar en  
práctica esta  
actividad a la  
hora de la rutina  
del vestido para  
lograr la

---

autonomía e independencia en el vestido.

Vistiendo la figura humana. Favorecer el cuidado propio a través de actividades cognitivas que favorezca el vestido de la parte inferior.



Para dar inicio se le explica al usuario los pasos que debe seguir para realizar la actividad, dándole a conocer cada una de las prendas de vestir que debe utilizar en los diferentes climas, seguidamente se colocan hacia abajo cada tarjeta y se le indica que debe de buscar

Materiales Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.

Figura humana Tarjetas con las diferentes Prendas de vestir

**Recursos** humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.

una prenda de vestir, para vestir cada una de las figuras del cuerpo humano, el cual tiene que identificar cada una de las prendas para los diferentes climas y ubicarla en cada figura. se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador sobre la importancia de que el usuario identifique las prendas que debe

<p>Panel de actividades de la vida diaria.</p>	<p>Favorecer cuidado propio(vestido), a través de actividades prácticas que favorezca la independencia.</p>	<p>17 a 21 años</p>	<p>Física y/ o motora y cuidador, cognitiva</p>	<p>utilizar en los diferentes climas.</p>	<p>Para dar inicio a la actividad se coloca un panel de actividades de la vida diaria donde están plasmado diferentes figuras para realizar actividades como vestirse, atarse los zapatos, las botas, abrocharse el cinturón, hacer una lazada, etc., seguidamente se le explica al usuario cada uno de los pasos</p>	<p>Materiales Panel de actividades para favorecer el vestido. <b>Recursos</b> humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.</p>
--	---	---------------------	---	---	---	--	--



---

través de la  
demostración de  
cómo debe  
realizar la  
actividad,  
posteriormente el  
usuario debe  
ejecutar la  
actividad a la  
medida que se le  
indique, el cual  
debe iniciar con  
subir el cierre y  
así  
sucesivamente  
hasta finalizar la  
actividad.se  
finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador de  
seguir

---

practicando la actividad de manera que logre la autonomía e independencia en abrocharse el cinturón de vestirse.

Aprendiendo hacer independiente.



Promover el autocuidado por medio de actividades simulación que favorezca el aseo personal.

5 a 7 años Sensorial y Cuidador

Para dar inicio a la actividad se explica al usuario que tiene que sacar de una caja diferentes útiles de aseo personal, donde tiene que seleccionarlos y colocarlos en cuadros que están pequeños de los Utilices de aseo Recursos humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.

Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia

útiles de aseo personal con el fin de que los valla identificando, se le indica que tiene que buscar el jabón y ubicarlo en el cuadrito donde está el dibujo pintado y así sucesivamente hasta colocar todos los productos en el cuadro, una vez terminada la actividad se le refuerza al usuario que debe

ir al baño y  
buscar el cepillo  
de diente con el  
colgante y  
agregarle la pasta  
con el objetivo de  
que el usuario  
logre  
independencia al  
momento de  
realizar la rutina  
del aseo personal.  
Se finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador de  
colocar al  
paciente a que el  
mismo  
seleccione los  
útiles de aseo  
personal que se

					necesitan al momento de ejecutar la rutina del baño.		
“Atándome los zapatos”	Favorecer el vestido de la parte inferior a través de actividades de reentrenamiento que favorezca la independencia en las actividades de la vida diaria.	8 a 9 años	Sensorial y cuidador	Para dar inicio a esta actividad se ubica al usuario en posición sedente y se le explica a través de la demostración de un zapato elaborado en cartón paja, cada uno de los pasos de la actividad con la finalidad de que observe como atarse los zapatos,	Materiales Figura del zapato. Recursos humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.	Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia	

seguidamente se le hace entrega del zapato para que valla insertando cada cordón en el orificio hasta realizar el atado del zapato. Se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador de colocar al usuario a que realice de manera independiente esta actividad cada vez que ejecute esta tarea.

---

Bañarse correctamente



Fortalecer el 10 a 13  
 baño a través de años  
 actividades  
 reentrenamiento  
 que promueva  
 las actividades  
 de la vida diaria.

Sensorial y  
 Cuidador

Para dar inicio a la actividad se ubica al usuario en posición sedente y se le proyecta un video de cómo realizar la rutina del baño correctamente con los útiles necesarios, una vez terminado el video se le pregunta cuales son las acciones que se debe seguir para realizar un adecuado baño y que implementos se necesitan.

Materiales  
 Video del aseo del baño  
 Computador  
 Util de aseo personal.

Registro  
 del fotográfico y del audiovisuales  
 Listado de asistencia

Posteriormente se le entrega un útil reciclable, donde el usuario debe realizar la demostración según lo observado del video. Se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador de seguir implementando estrategias en casa para favorecer el autocuidado en el usuario.

Lavado de los dientes



Fortalecer el 5 a 7 años lavado de los dientes por medio de actividades de simulación que promueva el autocuidado.

Mental y Cuidador

para dar inicio a la actividad se explica al usuario o cuidador sobre la importancia de realizar diariamente el lavado de los dientes, donde se le hace entrega al paciente un cepillo de diente con crema dental, posteriormente se le hace la demostración al usuario para que luego la ejecute de forma práctica. Se

Materiales Registro de fotografías y audiovisuales  
Cepillo de diente Colgate  
Listado de asistencia  
Recursos humanos  
Terapeuta Ocupacional  
Usuario  
Docente supervisor.

finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador sobre la importancia de que el usuario realice esta actividad de manera independiente.

<p>Buscando mis prendas de vestir.</p>	<p>Favorecer el 8 a 9 años Mental Cuidador          cuidado propio (vestido) a través de actividades cognitivas que favorezca las AVD.</p>	<p>La actividad consiste en colocar en la pared diferentes tarjetas con imágenes llamativas de prendas de vestir, el cual se les mostrará antes de iniciar la actividad.</p> <p>Materiales: Imágenes de prendas de vestir (pantalón, camisa, medias, ropa interior).</p> <p>Registro: fotográfico y audiovisuales. Listado de asistencia.</p> <p>Terapeuta Ocupacional</p>
--	--	--



							<p>actividad para el reconocimiento de estas, luego se colocan boca abajo y se les pide a los usuarios que destapen una por una, expresando que imagen encontró, luego de haber destapado la tarjeta con la figura debe buscar la pareja que encontró anteriormente.</p>	<p>Usuario Docente supervisor.</p>
Debemos lavar las manos	Lavar las manos	Fortalecer el lavado de manos a través	el 10 a 13 años	Mental Cuidador	Para dar inicio a la actividad se colocará en la	Materiales Cartelera con los	Registro fotográfico y audiovisuales	



de actividades  
de simulación  
que promueva  
el autocuidado.

pared una pasos del  
cartelera con los lavado de las Listado de  
pasos del lavado manos, asistencia  
de las manos, Jabón  
seguidamente se liquido  
les explica por Toalla  
medio de la Taza  
demostración Recursos  
como realizar humanos  
cada uno de los Terapeuta  
pasos del lavado Ocupacional  
de mano, Usuario  
posteriormente se Docente  
le aplica a cada supervisor.  
usuario en las  
manos jabón  
líquido, donde a  
través de  
comandos  
verbales se le  
refuerza los pasos

para que los ejecuten, donde el primer paso se les indican que deben de abrir la llave, posteriormente se aplica el jabón líquido, y se unen palma con palma.

<p>Cuidando mi higiene y arreglo personal.</p>	<p>Fortalecer la 17 a 21 higiene y año arreglo personal por medio de actividades de simulación que promueva la independencia en actividades de la vida diaria.</p>	<p>Mental Cuidadores</p>	<p>Para dar inicio a la actividad se les da a conocer al usuario la importancia de lavar su cuerpo y cabello para que se vean y se sientan limpio, además preguntándoles</p>	<p>Materiales Útil de aseo personal Prenda de vestir Recursos humanos Terapeuta Ocupacional Usuario</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia</p>
--	--	------------------------------	--	---	---



cómo se sienten Docente  
cuando otras supervisor.  
personas no están  
limpias.  
Posteriormente  
se les entregan  
diferentes útiles  
de aseo personal  
al usuario y se le  
indican que tiene  
que realizar una  
acción del  
cuidado personal  
en cuanto al  
aplicado del  
desodorante y  
decir que nos  
evita al  
aplicarnos este  
producto, luego  
se le entrega una

prenda de vestir  
el cual debe  
realizar la  
demostración de  
cómo debe  
vestirse para  
mantener un  
arreglo personal  
adecuado. Se  
finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador sobre  
de implementar  
este tipo de  
estrategia con el  
usuario.

Fuente: Castro, M., 2017

Nombre de la actividad	Objetivo	Población	Tipo de discapacidad	Descripción	Recursos	Control y evaluación
<p>Me entreno en mis hábitos y rutinas</p> 	<p>Sensibilizar a la población y/o cuidadores a través de actividades psicoeducativas sobre hábitos y rutinas que favorezca las actividades de la vida diaria.</p>	<p>Usuarios y cuidadores</p>	<p>Todos los tipos de discapacidad y cuidadores</p>	<p>Para dar inicio a la actividad se convoca a la población en puntos estratégicos o en las viviendas de cada uno de los usuarios donde se proyectará un video sobre cómo establecer hábitos y rutinas, sensibilizando a los cuidadores de la importancia de promover en los usuarios actividades en su</p>	<p>Computador Con las diapositivas. Recurso humano en Terapeuta Ocupacional, población y/o cuidadores.</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.</p>

diario vivir, con el fin de que ellos lleven una rutina desde que se levantan hasta ya la hora de dormir.

Cuidemos nuestra higiene personal



Fortalecer la 8 a 9 años Discapacidad Cognitiva y Cuidador personal por medio de actividades cognitivas que favorezca las actividades de la vida diaria.

Discapacidad Cognitiva y Cuidador

Para dar inicio a esta actividad se coloca productos de aseo personal reciclable sobre un ¼ de cartulina, donde se explica la función que cumple cada objeto y la importancia de utilizarlos, al momento de realizar la rutina del aseo personal,

Cartulina Jabón Champú Colonia Talco Toalla Recursos humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.

Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.

---

seguidamente se le entrega al usuario una imagen del cuerpo humano y dibujos de aseo personal donde tienen que colocarlos en la parte que considere que se utiliza ese producto, una vez finalizado tienen que decir porque lo ubico en esa parte y qué importancia tiene para nuestro cuerpo.

---

Observo y aprendo  
asearme diariamente



Favorecer el 10 a 13  
aseo personal años  
por medio de  
actividades de  
secuenciación  
que favorezca el  
autocuidado.

Cognitiva y  
Cuidadores

Para dar inicio a  
la actividad se le  
explica al usuario  
por medio de  
útiles de aseo  
personal  
reciclables la  
importancia de  
asear nuestro  
cuerpo todos los  
días y mantener  
una apariencia  
personal  
agradable,  
seguidamente se  
le hace entrega de  
un papel boom  
divido con una  
línea y revistas  
donde debe  
buscar y recortar

Papel boom  
Colbón  
Tijeras  
Revistas  
**Recursos**  
humano  
Terapeuta  
Ocupacional  
Usuario  
Docente  
supervisor.

Registro  
fotográfico y  
audiovisuales  
Listado de  
asistencia.

los útiles que  
considere  
necesario para  
realizar un  
adecuado aseo  
personal, el cual  
debe ubicarlos en  
la mitad del papel  
boom llevando  
una secuencia de  
con cada una de  
las acciones que  
se realiza al  
momento de  
realizar la rutina  
del aseo personal,  
donde en una  
mitad debe  
colocar todos los  
útiles que se  
utilizan para

asearnos el cuerpo y en el otro lado los que se utilizan para el lavado de los dientes. Se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador de seguir reforzando esta actividad con el usuario.

Me visto y me desvisto solo.	Favorecer el vestido por medio de actividades prácticas de reentrenamiento que favorezca	el 14 a 16 años	Cognitiva y Cuidador	Para dar inicio a la actividad se realiza la demostración con el fin de enseñarle cómo debemos	Prendas de vestir (camisa o blusa y correa).	de Recursos humano	Registro fotográfico y audiovisuales y Listado de asistencia.
------------------------------	--	-----------------	----------------------	--	--	--------------------	---



independencia y autonomía en el vestido de parte superior.

de vestirse correctamente, seguidamente se le hace entrega al usuario de una prenda de vestir (camisa, correa) o una blusa en caso de que sea una niña, donde se le indica que debe colocarse la camisa, una vez finalizado en este paso se procede con la colocación de la correa, se le ira reformando a través de comandos verbales de cómo

Terapeuta Ocupacional  
 Usuario  
 Docente supervisor

---

ejecutar la  
actividad.se  
finalidad con la  
retroalimentación  
al cuidador sobre  
la importancia de  
colocar en  
práctica esta  
actividad a la  
hora de la rutina  
del vestido para  
lograr la  
autonomía e  
independencia en  
el vestido.

---

<p>Vistiendo la figura humana.</p>	<p>Favorecer el cuidado propio a través de actividades cognitivas que favorezca el vestido de la parte inferior.</p>	<p>10 a 13 años Físico y/o motora y cuidador</p>	<p>Para dar inicio se le explica al usuario los pasos que debe seguir para realizar la actividad, dándole a conocer cada una de las prendas de vestir que debe utilizar en los diferentes climas, seguidamente se colocan hacia abajo cada tarjeta y se le indica que debe de buscar una prenda de vestir, para vestir cada una de las</p>	<p>Materiales Figura humana Tarjetas con las diferentes Prendas de vestir <b>Recursos</b> humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia.</p>
					

figuras del cuerpo humano, el cual tiene que identificar cada una de las prendas para los diferentes climas y ubicarla en cada figura. se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador sobre la importancia de que el usuario identifique las prendas que debe utilizar en los diferentes climas.

Panel de actividades de la vida diaria.



Favorecer cuidado propio(vestido), a través de actividades prácticas que favorezca la independencia.

17 a 21 años  
Física y/o motora y cuidador, cognitiva

Para dar inicio a la actividad se coloca un panel de actividades de la vida diaria donde están plasmado diferentes figuras para realizar actividades como vestirse, atarse los zapatos, las botas, abrocharse el cinturón, hacer una lazada, etc., seguidamente se le explica al usuario cada uno de los pasos través de la demostración de

Materiales  
Panel de actividades para favorecer el vestido.  
**Recursos**  
humano  
Terapeuta Ocupacional  
Usuario  
Docente supervisor.

Registro  
fotográfico y audiovisuales  
Listado de asistencia.

---

cómo debe  
realizar la  
actividad,  
posteriormente el  
usuario debe  
ejecutar la  
actividad a la  
medida que se le  
indique, el cual  
debe iniciar con  
subir el cierre y  
así  
sucesivamente  
hasta finalizar la  
actividad.se  
finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador de  
seguir  
practicando la  
actividad de

---

manera que logre la autonomía e independencia en abrocharse el cinturón de vestirse.

Aprendiendo hacer independiente.



Promover el autocuidado por medio de actividades simulación que favorezca el aseo personal.

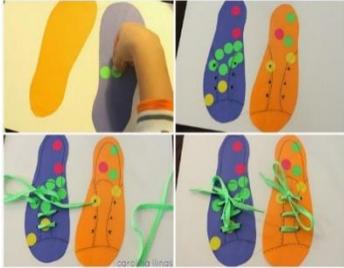
Sensorial y Cuidador

Para dar inicio a la actividad se explica al usuario que tiene que sacar de una caja diferentes útiles de aseo personal, donde tiene que seleccionarlos y colocarlos en cuadros que están pequeños de los útiles de aseo personal con el Utilices de aseo humano Terapeuta Ocupacional Usuario Docente supervisor.

Registro fotográfico y audiovisuales Listado de asistencia

fin de que los  
valla  
identificando, se  
le indica que  
tiene que buscar  
el jabón y  
ubicarlo en el  
cuadrado donde  
está el dibujo  
pintado y así  
sucesivamente  
hasta colocar  
todos los  
productos en el  
cuadro, una vez  
terminada la  
actividad se le  
refuerza al  
usuario que debe  
ir al baño y  
buscar el cepillo

de diente con el  
colgante y  
agregarle la pasta  
con el objetivo de  
que el usuario  
logre  
independencia al  
momento de  
realizar la rutina  
del aseo personal.  
Se finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador de  
colocar al  
paciente a que el  
mismo  
seleccione los  
útiles de aseo  
personal que se  
necesitan al  
momento de

				ejecutar la rutina del baño.		
<p>“Atándome los zapatos”</p> 	<p>Favorecer el vestido de la parte inferior a través de actividades de reentrenamiento que favorezca la independencia en las actividades de la vida diaria.</p>	<p>8 a 9 años</p> <p>Sensorial y cuidador</p>	<p>Para dar inicio a esta actividad se ubica al usuario en posición sedente y se le explica a través de la demostración de un zapato elaborado en cartón paja, cada uno de los pasos de la actividad con la finalidad de que observe como atarse los zapatos, seguidamente se le hace entrega</p>	<p>Materiales</p> <p>Figura del zapato.</p> <p>Recursos humano</p> <p>Terapeuta Ocupacional</p> <p>Usuario</p> <p>Docente supervisor.</p>	<p>Registro fotográfico y audiovisuales</p> <p>Listado de asistencia</p>	

---

del zapato para  
que valla  
insertando cada  
cordón en el  
orificio hasta  
realizar el atado  
del zapato. Se  
finaliza la  
actividad con la  
retroalimentación  
al cuidador de  
colocar al usuario  
a que realice de  
manera  
independiente  
esta actividad  
cada vez que  
ejecute esta tarea.

---

Bañarse correctamente



Fortalecer el 10 a 13  
 baño a través de años  
 actividades  
 reentrenamiento  
 que promueva  
 las actividades  
 de la vida diaria.

Sensorial y  
 Cuidador

Para dar inicio a la actividad se ubica al usuario en posición sedente y se le proyecta un video de cómo realizar la rutina del baño correctamente con los útiles necesarios, una vez terminado el video se le pregunta cuales son las acciones que se debe seguir para realizar un adecuado baño y que implementos se necesitan.

Materiales  
 Video del aseo del baño  
 Computador  
 Util de aseo personal.

Registro  
 del fotográfico y del audiovisuales  
 Listado de asistencia

Posteriormente se le entrega un útil reciclable, donde el usuario debe realizar la demostración según lo observado del video. Se finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador de seguir implementando estrategias en casa para favorecer el autocuidado en el usuario.

Lavado de los dientes



Fortalecer el 5 a 7 años  
lavado de los  
dientes por  
medio de  
actividades de  
simulación que  
promueva el  
autocuidado.

Mental y  
Cuidador

para dar inicio a  
la actividad se le  
explica al usuario  
o cuidador por  
sobre la  
importancia de  
realizar  
diariamente el  
lavado de los  
dientes, donde se  
le hace entrega al  
paciente un  
cepillo de diente  
con crema dental,  
posteriormente se  
le hace la  
demostración al  
usuario para que  
luego la ejecute  
de forma  
práctica. Se

Materiales  
Cepillo de  
diente  
Colgate  
Recursos  
humanos  
Terapeuta  
Ocupacional  
Usuario  
Docente  
supervisor.

Registro  
fotográfico y  
audiovisuales  
Listado de  
asistencia

finaliza la actividad con la retroalimentación al cuidador sobre la importancia de que el usuario realice esta actividad de manera independiente.

Buscando mis prendas de vestir.



Favorecer el 8 a 9 años Mental Cuidador  
 cuidado propio (vestido) a través de actividades cognitivas que favorezca las AVD.

La actividad consiste en colocar en la pared diferentes tarjetas con imágenes llamativas de prendas de vestir, el cual se les mostrará antes de iniciar la actividad. Materiales: Imágenes de prendas de vestir (pantalón, camisa, medias, ropa interior). Registro: fotográfico y audiovisuales. Listado de asistencia.

actividad para el Usuario  
 reconocimiento Docente  
 de estas, luego se supervisor.  
 colocan boca  
 abajo y se les  
 pide a los  
 usuarios que  
 destapen una por  
 una, expresando  
 que imagen  
 encontró, luego  
 de haber  
 destapado la  
 tarjeta con la  
 figura debe  
 buscar la pareja  
 que encontró  
 anteriormente.

Debemos lavar las manos	Lavar las manos a través	Fortalecer el lavado de manos	el 10 a 13 años	Mental Cuidador	Para dar inicio a la actividad se colocará en la	Materiales Cartelera con los	Registro fotográfico y audiovisuales
-------------------------	--------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------	--	------------------------------	--------------------------------------



de actividades  
de simulación  
que promueva  
el autocuidado.

pared una pasos del  
cartelera con los lavado de las Listado de  
pasos del lavado manos, asistencia  
de las manos, Jabón  
seguidamente se liquido  
les explica por Toalla  
medio de la Taza  
demostración Recursos  
como realizar humanos  
cada uno de los Terapeuta  
pasos del lavado Ocupacional  
de mano, Usuario  
posteriormente se Docente  
le aplica a cada supervisor.  
usuario en las  
manos jabón  
líquido, donde a  
través de  
comandos  
verbales se le  
refuerza los pasos

para que los ejecuten, donde el primer paso se les indican que deben de abrir la llave, posteriormente se aplica el jabón líquido, y se unen palma con palma.

Cuidando mi higiene y arreglo personal.



Fortalecer la 17 a 21  
higiene y año  
arreglo personal  
por medio de  
actividades de  
simulación que  
promueva la  
independencia  
en actividades  
de la vida diaria.

Mental  
Cuidadores

Para dar inicio a la actividad se les da a conocer al usuario la importancia de lavar su cuerpo y cabello para que se vean y se sientan limpio, además preguntándoles

Materiales  
Útil de aseo personal  
Prenda de vestir  
Recursos humanos  
Terapeuta Ocupacional  
Usuario

Registro  
fotográfico y audiovisuales  
Listado de asistencia

cómo se sienten Docente  
cuando otras supervisor.  
personas no están  
limpias.  
Posteriormente  
se les entregan  
diferentes útiles  
de aseo personal  
al usuario y se le  
indican que tiene  
que realizar una  
acción del  
cuidado personal  
en cuanto al  
aplicado del  
desodorante y  
decir que nos  
evita al  
aplicarnos este  
producto, luego  
se le entrega una

prenda de vestir  
el cual debe  
realizar la  
demostración de  
cómo debe  
vestirse para  
mantener un  
arreglo personal  
adecuado. Se  
finaliza con la  
retroalimentación  
al cuidador sobre  
de implementar  
este tipo de  
estrategia con el  
usuario.

Fuente: Castro, M., 2017

## **Sustentación por enfoques**

### **Enfoque.**

Modelo del Funcionamiento Ocupacional (Catherine A. Trombly)

### **Premisa.**

Las destrezas se desarrollan a partir de las capacidades que la persona ha ido adquiriendo, mediante el aprendizaje y la maduración, para desempeñarse satisfactoriamente en sus roles vitales, es necesario que sea capaz de realizar las tareas que, en su opinión, integren ese rol y le permitan obtener funcionamiento ocupacional.

### **Sustentación.**

Se sustenta bajo esta premisa, puesto que la población presenta alteración en el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria y por lo tanto se busca realizar diferentes actividades que le permitan desarrollar habilidades funcionales en su desempeño ocupacional, que le permita obtener mayor independencia y autonomía en la ejecución de las áreas de autocuidado y por ende se logre que la población a pesar de tener una dificultad pueda desempeñarse en una ocupación.

### **Enfoque.**

Marco de Referencia de la Rehabilitación (Rebecca Dutton).

### **Premisa.**

Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación, cuando no es posible la recuperación del déficit subyacente.

### **Sustentación.**

Se sustenta bajo esta premisa teniendo en cuenta que esta población a pesar de tener una dificultad y/o limitación pueda recuperar la máxima independencia en el funcionamiento ocupacional de las AVD a través de actividades prácticas de entrenamiento, de simulación y

psicoeducativas, logrando un óptimo desempeño ocupacional en las habilidades funcionales en el cuidado de sí mismo y adquiriera mayor autonomía en la ejecución de estas actividades o tareas.

**Enfoque.**

Sistémico (María Lucía Santacruz – 2002)

**Premisa.**

El Terapeuta debe enfocarse en el sistema familiar, no sólo en el individuo enfermo, y luchar para involucrar a toda la familia en la terapia.

**Sustentación.**

Se sustenta bajo esta premisa puesto que al realizar estas actividades con los usuarios se busca que los cuidadores y/ o familiares participe en el proceso de intervención y adquieran conocimiento de que las personas con discapacidad pueden lograr mayor funcionalidad e independencia en la realización de las actividades de la vida diaria y así puedan contribuir en el bienestar de la población.

## **Capítulo VI**

### **Producto final**

#### **Producto final a la institución**

Para finalizar el proyecto de investigación se diseñó una cartilla al cuidador para implementar con la población en situación de discapacidad, favoreciendo el funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria, donde se hace entrega a la alcaldía del municipio de Chitagá- Norte Santander y al Programa de Terapia Ocupacional.

Esta cartilla contiene actividades psicoeducativas, de reentrenamiento en las actividades de la vida diaria, de simulación, así mismo actividades cognitivas relacionadas al autocuidado, que promueva el desempeño en la ejecución de estas actividades y se logre autonomía e independencia en la población en situación de discapacidad de las zonas urbanas y rurales del municipio ([ver apéndice](#))

#### **Producto final a la universidad y al programa de Terapia Ocupacional**

##### **“Artículo científico”**

Este artículo científico esta titulada con el nombre de “funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá- Norte de Santander, que está relacionado con los hallazgos encontrados con base al planteamiento del problema, introducción, metodología, resultados, conclusiones, el cual será entregado a la universidad de pamplona, así mismo al Programa de Terapia Ocupacional, donde se pretende publicar en una revista científica( ver [apéndice](#)).

## Conclusiones

Se caracterizó la población a través de la revisión de historias clínicas de la base de datos de la alcaldía del municipio de Chitagá, a través de la creación de una matriz logrando organizar la información y obtener los perfiles sociodemográficos de cada una de la población, donde se logró concluir que el género que más prevalece en las personas en situación de discapacidad es el masculino con un 62,9% de las zonas urbanas y rurales, siendo el hombre más susceptible de sufrir diversas enfermedades, así mismo las edades están comprendidas entre los 10 a 15 años con un 37,1 %, las patologías que inciden es el déficit cognitivo y el síndrome de Down con un (11.4% respectivamente), alterando el funcionamiento ocupacional, además de sobresalir el nivel socioeconómico 1 con un 80%, siendo la población de bajo recurso, lo cual implica necesidades básicas y dificultades de accesibilidad a los servicios de salud que afectan su calidad de vida.

Mediante el proceso de valoración de la medida de independencia funcional (WeeFIM), se comprobó que el cuidado propio es fundamental evidenciando que el 37.1% de la población es dependiente necesitando de ayuda de sus cuidadores y/o familiares para desempeñar adecuadamente las actividades de la vida diaria , así mismo en las destrezas de comunicación en la comprensión con el 57.1% presentan dificultad para entablar una conversación fluida o mantener un intercambio verbal y físico en el contexto en que se desempeñan, de la misma manera se observa alteración en las habilidades de interacción social debido a la patología se limitan para mantener o establecer relaciones sociales con el grupo de pares, por lo cual se ve alterado el funcionamiento ocupacional en la ejecución de estas actividades.

A través de la aplicación del plan de acción se concluye como un proceso satisfactorio ya que se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos, además que familia mostró satisfacción con el trabajo realizado al verse la evolución en la población intervenida.

## **Recomendaciones**

### **A la Alcaldía Municipal de Chitagá**

Se recomienda a la institución que hizo parte de la presente investigación, permitir el desarrollo de este tipo de estudios que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de discapacidad y así mismo la presencia de un terapeuta ocupacional que continúe favoreciendo la autonomía e independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria y se logre un funcionamiento ocupacional óptimo, contribuyendo participación, salud y bienestar de la población.

### **A la familia**

Se le recomienda a la familia que sigan realizando este tipo de actividades en casa para el bienestar de los usuarios y así continuar favoreciendo el funcionamiento ocupacional y por ende se logre autonomía e independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria, igualmente que guíen a los usuarios para que ellos realicen las actividades de manera independiente, debido que al tener una discapacidad no implica que se les ejecute todas las actividades.

### **Al programa de Terapia Ocupacional**

Se le recomienda al programa seguir apoyando estos tipos de investigaciones con poblaciones de los sectores urbanos y rurales, debido que son comunidades que presentan diversos factores que limitan el desempeño en la ejecución de estas actividades y así favorecer la calidad de vida de cada una de estas personas.

### **A los estudiantes de Terapia Ocupacional**

Se recomienda a los estudiantes en formación, seguir realizando investigaciones en las zonas urbano y rural, debido que son unas de las comunidades menos favorecidas y vulnerables en la sociedad, así mismo darle continuidad a la investigación, donde se siga promoviendo el funcionamiento ocupacional en el desempeño de las actividades de la vida diaria, logrando mayor autonomía e independencia en la población.

**A la Universidad de Pamplona**

Se recomienda a la Universidad de Pamplona, continuar apoyando este tipo de proyectos como el que se acaba de culminar y vincular estudiantes de otras disciplina en la intervencion, debido que se visualiza otras problematicas en la poblacion en situacion de discapacidad.

### Referentes bibliográficos

- Amate, A., & Vázquez, A. (2006). Organización Mundial de la Salud . *Discapacidad lo que todos debemos saber* , 50-63.
- Arredondo, L. ,. (2011). Vulnerabilidad cognitiva en trastorno mentales. *Revista colombiana de psiquiatria*, 28.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional . (2008 ). *TOG* , 50-72 .
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional. (2008). Marco de trabajo para práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. (<http://terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>, Ed.) *TOG*, 10 - 85.
- Círez, G., García, F., & Barbero, T. (4 de Mayo de 2009). Terapia Ocupacional. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 6, 28-36.
- Crepeau, E., Cohn, E., & Barbara, B. (2011). *Willard & Spackman*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Díz, E. J., & Orlando, J. (2010). *Analisis de la situacion( ASIS) en el Municipio de frontera* . Norte De Santander : Instituto Departamental De Salud .
- Duran, I. (2009). sexo y biología humana. *ciencia direct*, 21.
- García, E. (2010). Como cuidar mejor. *Manual para cuidadores de personas depedientes*, 34- 95.
- García, R. M. (2010 ). Habiidades basicas de desarrollo personal y social en discapacidad . *Habilidades sociales en personas con discapacidad* , 12- 57 .

- Hernandez, H. R. (2008). Prevalencia en síndrome de Down en el centro de referencia regional. *Memorias*, 13.
- Hoover, V. J., & Marín, M. (2010). COMUNICACIÓN Y MODELOS TEÓRICOS: UNA MIRADA DESDE LA DISCAPACIDAD. *COMUNICACIÓN GESTUAL Y DISCAPACIDAD*, 3- 15.
- Hopkins, H. L., & Smith, H. D. (1998). *Willard/ spackman. Terapia Ocupacional* (Octava edición ed.). Madrid, España: Médica panamericana.
- Hopkins, H., & Helen, S. (2000 ). *Willard & Sparman* . Madrid, España : Panamericana .
- Hurtado, L. T., & Agudelo, M. A. (2014 ). CES Movimiento y Salud. *Inclusión educativa de las personas con discapacidad en Colombia* , 45-55.
- Kielhofner, G. (2002 ). *Terapia Ocupacional Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación* . Buenos Aires, Argentina : Panamericana .
- Lyon, R. (2015). ENDISC. *Fundación descubreme* , 1024.
- OMS . (2007 ). Unificación de criterios de valoración y clasificación . *Discapacidad y Dependencia* , 58 .
- Organización Mundial de la Salud . (17 de Mayo de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización mundial de la salud: <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Discapacidad. *Informe Mundial de la Discapacidad*, 12. Obtenido de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Piaget. (17 de mayo de 2017 ). *etapas del desarrollo de la teoría de piaget* . Obtenido de <https://blog.cognifit.com/es/teoria-piaget-etapas-desarrollo-ninos/>

- Polonio. (2003). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Fisicos: Teoria y Práctica* (Primera ed., Vol. III). Madrid- España: panamericana.
- Polonio, B. (2003). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional* (Vol. I). Madrid: panamericana.
- Polonio, B. (2010). *Terapia Ocupacional en Disfunciones Fisica Teoria Y Práctica* (2 ed.). Argentina: panamericana.
- Polonio, B. P., & Durante, B. N. (2001). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid- España: Médica panamericana.
- Quitana, D. E., Cabañas, C., & Gómez, R. A. (2003). *Metodos de investigación* (tercera edición ed.). (Español, Trad.) Mexico: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria.
- Rodríguez, P. (2008). Tecnicas e Instrumentos de investigación. *eume.net, enciclopedia virtual*, 5-70.
- Sampieri, H., Collado, F., & Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Samuel, S., Ximena, O., & Alejandro, B. (2013 ). Asimetría de extremidades inferiores: Evaluación por imágenes en la edad pediátrica. *Revista Chilena de Radiología* .
- Santos, V., Zenker, F., Fernández, R., & José, J. (2006). Revision Teorica . *Deficiencia, discapacidad y minusvalía auditiva*, 31.
- Tamayo, M. (2004 ). *Metodologia formal de la investigacion cientifica* . México : Limusa .
- Willard, Hopkins, & Spackman. (2008). *Teapia Ocupacional* . Madrid españa : Panamericana .

## **Apéndices**

## Apéndice A. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES**  
**COMITÉ DE ÉTICA E IMPACTO AMBIENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIONES CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD**

**Investigador principal:** María Catalina Castro Medina

**Título proyecto:** Funcionamiento Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria en la Población en situación de Discapacidad del Municipio de Chitagá Norte de Santander

**Entidad:** Alcaldía Municipio de Chitagá

### INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Documento de identificación: \_\_\_\_\_

1. Se ha entregado información amplia y suficiente sobre el estudio a realizar y una copia del consentimiento informado, fechado y firmado. Así mismo, se han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
2. Se ha dado el tiempo y oportunidad para realizar preguntas al respecto. Todas las preguntas fueron respondidas a entera satisfacción.
3. Se mantendrá la confidencialidad de los datos del participante.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y libre de retirar al participante del estudio en cualquier momento del mismo.

¿Acepta dar el consentimiento para la participación de su representado(a) en el estudio en mención?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.

**Firma del representante legal del menor o personas en condiciones especiales:**

\_\_\_\_\_

C.C. N° \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, como investigador principal, hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio en mención, así como sus riesgos y beneficios potenciales a la persona cuyo nombre aparece escrito más arriba.

El representante legal otorga su consentimiento por medio de su firma.

**Firma del Investigador:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## Apéndice B. Instrumento de evaluación

<b>AUTO CUIDADO</b>
<b>ALIMENTACION</b>
<p><b>Definición:</b></p> <p>Incluye todo lo siguiente posteriormente a la alimentación, lo que ha sido preparado y colocado enfrente al niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Uso de utensilios adecuados, cuchara, tenedor y copa o taza.</li> <li>❖ Presentar la comida y los líquidos a la boca.</li> <li>❖ Preparación y movimientos de la comida y de los líquidos para su deglución.</li> <li>❖ Deglución.</li> </ul>
<p><b>Pautas relacionadas:</b></p> <p>La preparación incluye abrir los contenedores de comida, cortar la comida, untar con manteca el pan y verter líquidos.          La alimentación, la comida a través de tubos son administradas por un asistente, hay diferentes niveles:  <b>Nivel 1: Asistencia o apoyo total</b>, no reflejan intención de comer en forma oral por lo tanto la clasificación de este tipo de alimentación será basada teniendo en cuenta el esfuerzo completo de todas las actividades o tareas que requiere la alimentación.          Si el niño come solamente algunos bocados por boca y esencialmente toda su nutrición es provista a través de una alimentación por tubo en entonces el nivel de clasificación de alimentación será nivel 1 o de asistencia total si el niño ingiere tan solo la mitad de las comidas y líquidos por boca y recibe ingesta a través de tubo entonces la categoría considerada sería <b>Nivel 2: o asistencia máxima</b>.          Si el niño ingiere más de la mitad de sus comidas en alimentación y líquidos por boca y recibe solamente alimentaciones suplementarias la clasificación sería <b>Nivel 3: o asistencia moderada</b>.          Si el niño come comida molida por boca y recibe solamente los líquidos por tubo la clasificación será entonces <b>Nivel 4: o asistencia mínima</b>.          Adicionalmente si el niño come todo las comidas y líquidos por boca, pero recibe una alimentación suplementaria por tubo durante la noche la clasificación sería <b>Nivel 4: o asistencia mínima</b>.</p>
<p><b>Pregunta de la entrevista:</b>          Esto y interesado en como su hijo se alimenta luego de que usted le prepara y le coloca la comida enfrente de él o ella.</p>
<p><b>7 INDEPENDENCIA COMPLETA:</b></p> <p>Esto incluye el uso de la cuchara y tenedor. El niño come independientemente y se maneja con seguridad.</p>
<p><b>6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:</b></p> <p>El niño come independientemente, pero requiere uno o más de los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Un dispositivo auxiliar de asistencia o adaptación, por ejemplo, utensilios adaptados, protección para el plato, un tubo con forma G por el cual se administra la comida a si mismo.</li> <li>❖ modificación de la consistencia de la comida tanto de los sólidos como de los líquidos comida batida o líquidos espesados, etc.</li> <li>❖ El tiempo de la alimentación se prolonga más de lo razonable.</li> <li>❖ Preocupación en cuanto a la seguridad.</li> </ul>
<p><b>5 SUPERVISION O ARREGLO DE LOS ELEMENTOS PARA LA COMIDA:</b></p> <p>El niño come independientemente, pero requiere uno más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Supervisión, pautas o directivas verbales (esto es observaciones directas o directivas verbales)</li> <li>❖ Arreglo o disposición (alimentación a través de un tubo G aplicación de ortesis necesarias para la alimentación.)</li> </ul>
<p><b>4 ASISTENCIA MINIMA:</b></p> <p>El niño realiza la mayoría de las tareas relacionadas con la alimentación en un 75% o 99%. Ejemplo: el chico come la mayoría de la comida a pesar de que los padres terminan alimentando al niño en su comida secundaria debido a que están preocupados acerca de la nutrición del mismo.</p>

Solamente sólidos por boca y líquidos a través de un tubo.

**3 ASISTENCIA MODERADA:**

Comida sólida y líquida hasta dos por día.  
El niño realiza la mitad o más de las tareas relacionadas con la alimentación en un 50% o 75%. Ejemplo: el chico come la mitad o más de las comidas a pesar de que necesita moderada ayuda.

**2 ASISTENCIA MAXIMA:**

Sólidos y líquidos hasta una comida por día.  
El niño realiza menos de la mitad de las tareas de alimentación entre un 25% o 49%, ejemplo: el niño se alimenta con los dedos o mantiene la botella con sus manos a pesar de que necesita máxima ayuda.

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

Alimentación a través del tubo G administrada por otra persona.  
El niño realiza muy poco o casi ninguna de las tareas de alimentación es decir menos de un 25%, ejemplo:  
 ❖ El niño toma la botella o se alimenta del pecho de la madre dentro de un tiempo razonable, pero requiere asistencia total.  
 ❖ El niño no toma ni bebe comidas completas por boca sino que debe depender de otros medios de nutrición como por ejemplo alimentación a través de los padres o personas que lo pueden ayudar a administrarse y no se puede administrar a sí mismo la comida de ninguna manera.

Umbral de desarrollo:

1. A los 6 meses puede alimentarse con una galletita.
2. De 9-11 meses puede alimentarse con los dedos pequeños pedazos de comida.
3. A los 13 meses bebe de una taza, algunos derraman el líquido.
4. De 16-19 meses come bien con la cuchara y bebe de una taza sin ningún tipo de ayuda.
5. De 24-36 meses comienza a utilizar el tenedor.
6. A los 36 meses come independientemente con cuchara y tenedor.
7. A los 60 meses desparrama todo con un chillo.

**TRANSFERENCIAS EN EL TOILET**

**Definición:**  
 Incluye trasladarse dentro y fuera del baño.  
**Pautas para la clasificación:**  
 Solo incluye sentarse y pararse de la silla.  
**Pregunta de la entrevista:** "Yo estoy interesada en como su niño logra entrar y salir en un toilet standard".

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**  
 El niño se transfiere independientemente. Lo realiza con seguridad.  
 - si camina, el niño se sienta y se para de un toilette standard. Lo realiza con seguridad.  
 - Silla de ruedas, el niño traba los frenos, eleva los apoyos pies, remueve los apoyos brazos si es necesario y parándose pivoteando o transferencia de deslizamiento (sin tabla) dentro y fuera del toilet standard.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA (PARCIAL):**  
 El niño se transfiere independiente, pero requiere uno de los siguientes:  
 - asistencia o aparato de adaptación (tabla de transferencia, barra, silla de baño o asiento especial, ayudas técnicas, ayudas para la marcha, etc.)  
 - mucho mas que una cantidad razonable del tiempo para realizar la tarea de transferencia  
 - consideraciones por su seguridad

**5 SUPERVISIÓN:**  
 El niño se transfiere independiente, pero requiere uno o más de los siguientes:  
 - supervisión, sugerencia, o dirección verbal (Ej.: observación directa o dirección verbal)  
 - establecerse (Ej.: posicionando la tabla de transferencia, moviendo o removiendo los apoyabrazos y apoyos pies, etc.)

**4 ASISTENCIA MÍNIMA:**  
 El chico realiza más (75% a 99%) de la tarea de transferencia.

**3 ASISTENCIA MODERADA:**  
 El niño realiza la mitad o más (50% a 74%) de la tarea de transferencia. Ejemplo:

- Si el niño sube arriba o baja del toilet, pero es capaz de realizarla independientemente la otra mitad de la tarea de transferencia.

**2 ASISTENCIA MÁXIMA:**  
 El niño realiza menos que la mitad (25% a 49%) de la tarea de transferencia.

**1 ASISTENCIA TOTAL:**  
 El niño realiza poca o nada (menos del 25%) de la tarea de transferencia o el niño no se transfiere en el toilet.

**TRANSFERENCIA EN LA DUCHA / BAÑERA**

**Definición:** Incluye entrar dentro y salir afuera de la bañera o la ducha.

**Pautas relacionadas:** Solo incluye entrar dentro y salir de la ducha y bañera, no trasladarse hacia o desde la ducha o bañera.

**Frecuencia de la entrevista:** "Yo esto y interesada en cómo su niño entra y sale de la ducha y la bañera, la que más use frecuentemente."

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño realiza la transferencia en ducha o bañera de manera **independiente**. Con seguridad.

- Si camina, el niño entra y sale de la bañera o ducha. Con seguridad.
- Si utiliza silla de ruedas, el niño se acerca a la ducha o bañera, traba los frenos, baja los apoyapies, remueve los apoyabrazos si es necesario, y puede realizar tareas como de pivot, o de traslado deslizando (sin tener una tabla deslizando) dentro y afuera de la ducha o bañera. Lo realiza con seguridad.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño realiza las transferencias **independientemente**, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- Un dispositivo auxiliar o de ayuda (tabla deslizando, un pasamano o un barral, un asiento especial, muletas, etc.
- Requiere también más de un tiempo razonable para realizar las tareas de transferencias.
- Hay preocupación por la seguridad

**5 SUPERVISIÓN:**

El niño realiza las transferencias **independientemente**, pero requiere uno o más de lo siguiente:

- Supervisión, pautas, directivas verbales
- Ubicar (ejemplo: posicionar la tabla deslizando o removiendo apoyo brazos o pies, etc.).

**4 ASISTENCIA MÍNIMA:**

El niño realiza la mayor parte de la tarea referida a la transferencia, entre un 75% y un 99%.

**MARCHA/ SILLA DE RUEDAS/ DESPLAZAMIENTO**

**Definición:**

Incluye caminar, cualquier posición de parado, o usando silla de ruedas, cualquiera en una posición de sentado, o desplazándose en una superficie.

**Caminar:** Incluye caminar, desde una posición de parado, sobre una superficie, por un mínimo de 50 metros.

**Silla de ruedas:** incluye el uso seguro de la silla de rueda (manual o eléctrica), en una situación libre de riesgo por un mínimo de 50 metros uno por vez.

**Desplazamiento:** incluye desplazarse o auto movilizarse por una distancia de 50 pies uno por vez, con seguridad en una situación libre de riesgo.

**PAUTAS PARA LA CLASIFICACIÓN:**

Si la forma de locomoción es la misma para admisión y alta, o desde la primera evaluación a la re evaluación:

- Determinar el mejor modo de frecuencia
- Valorar la distancia que el niño llega
- Valorar el nivel de asistencia requerida
- Determinar el puntaje apropiado

Si usted piensa que el modo de locomoción de su hijo puede cambiar (desde admisión al alta, o de valoración a valoración) en el momento de la admisión o en la valoración inicial.

- Valorar la distancia que su hijo llega para ambos modos
- Valorar el nivel de distancia requerida para ambos modos
- Determinar el puntaje apropiado para ambos modos

En la valoración el alta o en la revaloración:

- Determinar el mejor modo de frecuencia
- Valorar la distancia que el niño llega
- Valorar el nivel de asistencia requerida
- Determinar la mejor puntuación a la admisión o valoración inicial, del mismo modo, así determinar al alta o revaloración.

Indicar la mayor puntuación del modo de locomoción. Usar "combinación" solo si los dos modos son puntuados de igual forma

W: caminar                      C: Silla de ruedas                      L:  
desplazarse

Si el niño necesita asistencia o adaptación para su locomoción como: silla de ruedas, prótesis, andador, bastón, AFO, zapato adaptado, etc., el puntaje de caminar o silla de ruedas nunca podrá ser mayor que el nivel 6.

Solo los puntajes que pueden ser usados con desplazamiento son los 5, 4, 3, 1.

**Pregunta de la entrevista:**

"Yo estoy interesada en cómo su niño se desplaza frecuentemente. ¿Puede ella o él caminar, usar una silla de ruedas o desplazarse?"

**7 INDEPENDENCIA TOTAL:**

**Caminar:** El niño camina independientemente, un mínimo de 50 metros, sin ningún tipo de aparato de asistencia. Lo realiza con seguridad.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

**Caminar:** El niño camina independientemente un mínimo de 50 metros, pero puede requerir uno o más de los siguientes:

- Brazaletes (braces) (ortesis), prótesis, adaptación especial del zapato, bastón, muletas, andador, etc.
- Mayor tiempo para caminar que el razonable.
- Preocupación por su seguridad.

**Silla de ruedas:** El niño opera una silla de rueda manual o eléctrica de manera independiente, por un mínimo de 50 metros.

**Nota:** el puntaje mayor para la locomoción en silla de ruedas es el nivel 6.

**5 SUPERVISIÓN:**

**Caminar:** El niño camina independientemente, pero requiere supervisión, indicaciones o sugerencias para ir un mínimo de 50 metros.

**Excepción (caminar dentro del hogar):** El niño camina independientemente, distancias cortas, 17 metros como mínimo con o sin asistencia. Puede llevarle más tiempo del requerido, o hay consideraciones de seguridad.

**Silla de ruedas:** El niño opera una silla de ruedas manual o eléctrica independientemente, pero requiere supervisión, sugerencias o halagos para ir un mínimo de 50 metros.

**Excepción (Movilidad en la casa):** El niño opera una silla de ruedas manual o eléctrica independientemente, distancias cortas mínimas de 17 metros.

**Desplazamiento:** Excepción: (desplazamiento en la casa). El niño se desplaza independientemente, por distancias cortas, 17 metros como mínimo - como mínimo 2 habitaciones -.

**Nota:** El máximo puntaje para la locomoción de desplazamiento es el nivel 5.

**4 ASISTENCIA MÍNIMA:**

**Caminar:** El niño realiza más (75% a 99%) del esfuerzo para caminar un mínimo de 50 metros.

**Silla de ruedas:** El niño realiza más (75% a 99%) del esfuerzo para operar una silla de ruedas manual o eléctrica, un mínimo de 50 metros.

**Desplazamiento:** El niño se desplaza menos de 17 metros, pero más de 9 metros - suficiente como para ir de una habitación a otra.

---

### **3 ASISTENCIA MODERADA:**

**Caminar:** El niño realiza la mitad o más (50% a 74%) del esfuerzo para caminar un mínimo de 50 metros.

**Silla de ruedas:** El niño realiza la mitad o más (50% a 74%) del esfuerzo para operar una silla de ruedas manual o eléctrica, un mínimo de 50 metros.

**Desplazamiento:** El niño se desplaza menos de 9 metros, pero más de 4.5 metros. (Lo suficiente como para cambiar de ambiente)

---

### **2 ASISTENCIA MÁXIMA:**

**Caminar:** El niño realiza menos de la mitad o más (25% a 49%) del esfuerzo para caminar un mínimo de 17 metros. El niño requiere asistencia de una sola persona.

**Silla de ruedas:** El niño realiza menos de la mitad o más (25% a 49%) del esfuerzo para operar una silla de ruedas manual o eléctrica, por un mínimo de 17 metros. El niño requiere asistencia de una sola persona.

---

### **1 ASISTENCIA TOTAL:**

**Caminar:** El niño realiza poco, o nada (menos 25%) del esfuerzo, o requiere asistencia de 2 personas, o no puede caminar un mínimo de 17 metros.

**Silla de ruedas:** El niño realiza poco, o nada (menos 25%) del esfuerzo o requiere asistencia de 2 personas, o no puede operar una silla de ruedas manual o eléctrica un mínimo de 17 metros.

**Desplazamiento:** El niño se desplaza menos de 4,5 metros, o no puede o no puede usar ningún tipo de auto movilización.

### **Niveles de desarrollo:**

- 8 - 10 meses: desplazamiento en cuadrupedia
- 11 meses: puede caminar agarrado del adulto y apoyado en los muebles.
- 12 - 15 meses: camina independientemente

ESCALERAS
-----------

**Definición:** Subir y bajar escaleras por lo menos 12 a 14 escalones (un piso) (escaleras interiores)

**Pregunta de la entrevista:** "Yo estoy interesada en si su hijo sube y baja un mínimo de 12 a 14 escalones en algún ambiente cerrado".

**7 Independencia completa:** El niño sube y baja las escaleras por lo menos 12 a 14 escalones (un piso) **independientemente**. Lo realiza con seguridad.

**6 Independencia modificada:** El niño sube y baja las escaleras por lo menos 12 a 14 escalones (un piso) **independientemente**, pero requiere una o más de los siguientes:

- Asistencia como ser: soporte lateral, baranda, bastón o soporte portable.
- Más del tiempo razonable
- Con preocupación por su seguridad

**Ejemplos:**

- El niño se desplaza hacia arriba y abajo un piso de las escaleras.

**5 Supervisión:** El niño sube y baja las escaleras por lo menos 12 a 14 escalones (un piso) **independientemente**, pero requiere una o más de los siguientes:

- Supervisión, sugerencia o halago

**Excepción (movilidad en la casa):** El niño independientemente, sube y baja escaleras por lo menos 4 a 6 escalones con o sin asistencia. Puede tomarle más que el tiempo razonable o condiciones de seguridad.

**4 Asistencia mínima:** El niño realiza más (75% a 99%) del esfuerzo para subir y bajar al menos 12 a 14 escalones (un piso).

**3 Asistencia moderada:** El niño realiza la mitad o más (50% a 74%) del esfuerzo para subir y bajar al menos 12 a 14 escalones (un piso).

**Ejemplo:**

- Si el niño es cargado para subir y bajar, pero puede independientemente realizar la otra mitad de la tarea.

**HIGIENE:**

Definición:

Cuidado y aseo personal incluye las siguientes tareas:

- ✦ Aseo de dientes o limpieza bucal
- ✦ Cepillado y peinado del cabello
- ✦ Lavarse enjuagarse y secarse las manos
- ✦ Lavarse enjuagarse y secarse la cara

Pautas de evaluación o clasificación:

El cuidado y aseo personal incluye la preparación, esto significa el arreglo y disposición de los elementos de cuidado y aseo personal y la preparación inicial como por ejemplo aplicarse pasta dental a cepillo de dientes, etc.

Pregunta de la entrevista:

Esto y interesado en saber como se cepilla lo dientes su hijo, como se peina y se cepilla el pelo, como se lava enjuaga ya seca su cara y sus manos.

**7. INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño realiza el ase personal de forma independiente, se maneja con total seguridad.

**6. INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño realiza el aseo personal independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- Un dispositivo auxiliar de asistencia o adaptación, órtesis prótesis, cepillo de dientes adaptado, peine o cepillo adaptados, manopla, etc.
- Requiere un tiempo mas de lo razonable para realizar todas estas tareas de aseo y hay preocupación por la seguridad.

**5. SUPERVISION O ARREGLO Y DISPOSICION:**

El niño realiza un aseo independiente, pero requiere uno o más de lo siguiente:

- ✦ Supervisión, pautas o directivas verbales ya se a través de la observación directa o directivas verbales.
- ✦ Arreglo y disposición esto es la aplicación de algún implemento necesario para el aseo, algún dispositivo,

preparación o presentación de utensilios de aseo y una preparación inicial como aplicar la pasta al cepillo dental.

#### **4 ASISTENCIA MINIMA:**

El niño realiza la mayoría de las tareas de aseo entre un 75º y un 95º, por ejemplo, uno de los padres puede proveer asistencia mínima tocarle el pelo o ayudarlo a lavarse los dientes.

#### **3 ASISTENCIA MODERADA:**

El niño realiza la mitad o algo mas de la mitad de las tareas de aseo entre un 50º y 74º, por ejemplo: para clarificar esta clasificación entre 3 con respecto al nivel 2 hay que preguntar al padre si el niño hace mas del 50º (nivel 3) o menos del 50º (nivel 2) de las tareas regularmente.

#### **2 ASISTENCIA MAXIMA:**

El niño realiza menos de la mitad de las tareas de aseo en un 25º y un 49º ejemplo: el niño realiza las tareas de aseo, pero el padre debe supervisar las tareas hasta que el niño las haya completado.

#### **1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño realiza poco si bien en algunos casos ningún tipo de las tareas de aseo es decir un 25º.

#### **UMBRALES DE DESARROLLO:**

1. Entre los 16-19 meses de edad el niño intenta lavarse la cara y las manos y ayuda lavarse los dientes.
2. Entre los 24-30 meses de edad el niño se lava y seca sus manos con ayuda.
3. Entre los 36-48 meses de edad el niño se lava y seca sus manos.
4. Entre los 48-60 meses de edad el niño se lava los dientes en forma independiente.

❖ En el nivel 2 hay impaciencia hay un programa diario de desenvolvimiento y esto puede diferir con lo cual se llega a un nivel inferior de clasificación.

**BAÑO:**

Definición: el baño incluye las siguientes tareas:

- ❖ Laverse el cuerpo desde el cuello hacia abajo excluyendo la espalda y el pelo
- ❖ Enjuagarse el cuerpo desde el cuello hacia abajo excluyendo la espalda y el pelo.
- ❖ Secarse el cuerpo desde el cuello hacia abajo excluyendo la espalda y el pelo.
- ❖ Bañarse es una tarea que puede ser realizada ya sea en una bañadera, en una ducha o con una esponja de baño.

Feutas para la clasificación:

El baño incluye la preparación, esto es prepara el agua del baño o de la ducha.

Pregunta de la entrevista:

Estoy interesada en como su hijo se baña, enjuaga y seca el mismo desde el cuello hacia abajo excepto la espalda y el cabello ya sea en una bañera, en una ducha o con una esponja.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño realiza tareas de baño en forma independiente. El niño prepara obtiene los materiales para el baño, lo realiza con seguridad.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño realiza la tarea de bañarse independientemente, pero requiere uno o más de lo siguiente.

- ❖ Un dispositivo auxiliar de asistencia o adaptación, (esponja con mango alargado).
- ❖ Necesita más tiempo de lo razonable para la tarea de bañarse.
- ❖ Hay preocupación por su seguridad.

**5 SUPERVISION O DISPOSICION O ARREGLO DEL LUGAR**

El niño realiza la tarea de baño independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- ◊ Supervisión, pautas o directivas verbales.
- ◊ Necesita un arreglo, preparación o disposición de los elementos para el baño, algún tipo de dispositivos auxiliares y una preparación inicial como preparar el agua etc.

---

#### **4 ASISTENCIA MINIMA:**

El niño realiza la mayoría de las actividades del baño esto sería entre un 75% y un 99% ejemplo: el padre solo debe asistirlo para secarlo o enjugarlo.

---

#### **3 ASISTENCIA MODERADA:**

El niño realiza mas de la mitad de las tareas de aseo entre un 50% y un 74%, ejemplo: para clarificar la clasificación entre 3 con respecto a 2 debemos preguntarle al padre si el chico hace tan solo el 50% o menos del 50% de las tareas relacionadas con el aseo en forma regular.

---

#### **2 ASISTENCIA MAXIMA:**

El niño realiza menos de la mitad de las tareas del baño esto entre un 25% y un 49%, el padre debe repetir la tarea que ha realizado el niño.

---

#### **1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño realiza muy poco o casi nada de las tareas del baño esto es menos de un 25%.

---

#### **Umbrales de Desarrollo:**

- ◊ 60-72 meses de edad el niño se baña solo con supervisión.

#### **Pautas para una clasificación adicional:**

Podríamos dividir el cuerpo en las siguientes 10 partes y presentación completa en porcentajes hay que ajustar este número dentro de la cantidad requerida de ayuda como figura a continuación:

- ◊ Brazo izquierdo y mano.

**VESTIDO TREN SUPERIOR**

**Definición:**

El vestido del tren superior incluye lo siguiente:

- ❖ Vestirse por encima de la cintura
- ❖ Desvestirse hasta la cintura
- ❖ Colocar o sacarse prótesis o órtesis cuando sean utilizadas

**Pautas para la clasificación:**

El vestido del tren superior incluye ponerse o sacarse pulóveres, buzos, o similares, manipulación de cierres relámpagos, botones, hebillas como también retirar las prendas del placard o vestidor.

**Pregunta de la entrevista:**

Me interesa como su hijo se viste y desviste de la cintura para arriba.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA.**

El niño realiza las tareas de vestido y desvestido en forma independiente y con seguridad.

El niño se coloca prótesis y órtesis, pero no requiere asistencia para completar el acto de vestirse.

**6 INDEPENDIENTE MODIFICADA**

El niño realiza la tarea de vestido y desvestido tren superior independientemente, pero requiere uno o más de lo siguiente:

- ❖ Dispositivos auxiliares o adaptaciones (velcro, abrochador, cierre relámpago)
- ❖ Necesita un tiempo mas de lo razonable para realizar todas estas tareas
- ❖ el niño utiliza prótesis o ortesis independientemente y este dispositivo es requerido para completar la tarea del vestido
- ❖ preocupación acerca de la seguridad

**5 SUPERVISION.**

El niño realiza el vestido del tren superior independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- ❖ supervisión, pautas o directivas verbales
- ❖ disposición o arreglo, de la ropa
- ❖ requiere de prótesis y ortesis para el vestido

**4 ASISTENCIA MINIMA.**

El niño realiza la mayor parte de la tarea del vestido-desvestido o sea entre un 75% y un 99%, ejemplo: la asistencia mínima es provista por el padre para ayudarlo con los botones, cierres relámpagos o alinearse la ropa.

**3 ASISTENCIA MODERADA.**

El niño realiza más de la mitad de la tarea del vestido-desvestido o sea entre un 50% y un 74%, ejemplo: para clarificar esta clasificación entre 3 y 2 hay que preguntarle al padre si el niño realiza más de la mitad o menos de la mitad de la tarea regularmente.

**2 ASISTENCIA MAXIMA.**

El niño realiza menos de la mitad entre un 25% y un 49% de las tareas del vestido-desvestido.

**1 ASISTENCIA TOTAL.**

El niño realiza muy poco o casi ninguna o sea un 25% de la tarea del vestido-desvestido o inclusive no se viste.

**Umbrales de Desarrollo:**

- ❖ 12-15 meses de edad necesita ayuda para vestirse y desvestirse
- ❖ 24-30 meses de edad se quita un saco y se coloca una remera
- ❖ 32-36 meses de edad se coloca un abrigo, un vestido, una pollera a pesar que todavía no puede desabotonarse
- ❖ 36-48 meses de edad puede abrocharse los sujetadores frontales
- ❖ 48-60 meses de edad se viste y desviste el mismo excepto en el caso los sujetadores más difíciles.

**VESTIDO TREN INFERIOR**

**Definición:**

El vestido del tren inferior incluye todo lo siguiente:

- ❖ vestirse de la cintura para abajo
- ❖ desvestirse de la cintura para abajo
- ❖ aplicar y remover prótesis y ortesis que hayan sido aplicadas

**Pautas para la clasificación:**

El vestido del tren inferior incluye ponerse y sacarse la ropa interior, pantalones, polleras, zapatos, medias, manipular botones, cierres relámpagos, y broches a presión esto no incluye enlazar como tampoco retirar la ropa del placard.

**Pregunta de la entrevista:**

Me interesa saber como se viste y desviste el niño de la cintura para abajo.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño realiza la actividad de vestido y desvestido del tren inferior independientemente, con seguridad.

El niño aplica prótesis / ortesis independientemente no necesite ningún tipo de asistencia para completar el acto del vestido.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño realiza el acto del vestido-desvestido tren inferior independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- ❖ Un dispositivo auxiliar de asistencia o adaptación y ropa, (cierres relámpago, botones o ropa con velcro, etc.)
- ❖ un tiempo mas de lo razonable para realizar la tarea del vestido-desvestido tren inferior
- ❖ utilización de prótesis-ortesis en forma independientemente necesario para completar la tarea del vestido...
- ❖ preocupación por la seguridad

**5 SUPERVISION:**

El niño realiza la tarea de vestido-desvestido tren inferior independientemente, pero requiere uno o más de lo siguiente:

- ❖ supervisión, pautas o directivas verbales.
- ❖ Arreglo o disposición, esto es presentar las ropas o el equipo para vestirse o colocarlo en algún lugar para que pueda ir tomándolas
- ❖ Prótesis-ortesis utilizado por el niño

**4 ASISTENCIA MINIMA:**

El niño realiza la mayor parte de la tarea del desvestido-vestido, esto es entre un 75º y un 99º, ejemplo: el niño se coloca los pantalones, medias, zapatos, pero necesita ayuda con los sujetadores. Necesita asistencia mínima en tareas como abotonarse, subir y bajar cierres y alinearse la ropa.

**3 ASISTENCIA MODERADA:**

El niño realiza la mitad o algo mas de la mitad en la tarea del vestido-desvestido... entre un 50º y un 74º, ejemplo: para clarificar la diferencia entre 3 y 2 debemos preguntarle al padre si el niño realiza la mitad o menos de la mitad de las tareas de vestirse-desvestirse regularmente. Por ejemplo, desvestirse, pero no vestirse.

**2 ASISTENCIA MAXIMA:**

El niño realiza menos de la mitad de las tareas del vestido-desvestido... entre un 25º y un 49º, ejemplo: el niño es asistido para vestirse y desvestirse.

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño realiza muy poco a veces ni siquiera puede vestirse, menos de un 25º

**Niveles de Desarrollo:**

- ❖ 18 meses puede quitarse las medias y zapatos.

**TOILET - ASEO PERSONAL**

**Definición:**

Incluye todas las siguientes tareas:

- ✦ arreglarse la ropa previo al aseo
- ✦ completar la higiene personal, esto es higienizarse
- ✦ arreglarse la ropa luego del aseo

**Pautas de Clasificación:**

El niño puede realizar las tareas de aseo en el baño o en la chata esto es orinal colocado en la cama. Apretar el botón del baño no esta incluido en la clasificación.

Cada uno de estas tres tareas representa aproximadamente 1/3 del aseo. Si el niño requiere mas que la clasificación del nivel 5 esto es supervisión o arreglo y disposición entonces el porcentaje de tareas de aseo puede ser calculado sobre la base de como completa las tareas de aseo el niño esto es por ejemplo: si el niño completa 2 de las 3 tareas de aseo el item podría ser calificado como nivel 3.

**Pregunta de Entrevista:**

Me interesa conocer como su hijo se enjuaga y se arregla las ropas antes y después de usar el baño.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño realiza las tareas de aseo personal independientemente. Las realiza con seguridad.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño realiza las tareas de aseo personal independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- ✦ dispositivo auxiliar de asistencia o adaptaciones
- ✦ el niño requiere mas tiempo de lo razonable al realizar las tareas de aseo personal
- ✦ preocupación por la seguridad

**5 SUPERVISION:**

El niño realiza las tareas de aseo independientemente, pero requiere de uno o más de lo siguiente:

- ✦ supervisión, pautas o directivas verbales
- ✦ disposición o arreglo por ejemplo aplicación de dispositivos de asistencia, etc.

**4 ASISTENCIA MINIMA:**

El niño realiza la mayor parte de las tareas de aseo, esto sería entre un 75% y un 95%, ejemplo: asistencia minima puede incluir que un de los padres enjuague al niño luego de ir de cuerpo o lo ayude a alinearse sus ropas.

**3 ASISTENCIA MODERADA:**

El niño realiza mas de la mitad de las tareas de aseo esto sería entre un 50% y un 74%, ejemplo: para clarificar lo distinguir entre el nivel 3 y 2 podemos preguntarle al padre si el niño realiza mas de la mitad o menos de la mitad de las tareas de aseo regularmente.

**2 ASISTENCIA MAXIMA:**

El niño realiza menos de la mitad de las tareas de aseo esto sería entre 25% y un 49%.

**1 ASISTENCIA COMPLETA:**

El niño realiza muy poco o casi nada de las tareas de aseo, menos de un 25%.

**Niveles de Desarrollo:**

- ✦ 24-36 meses el niño se asea independientemente con excepción de higienizarse el mismo.
- ✦ 48 meses el niño se asea independientemente incluyendo el acto del uso de inodoro.

**MANEJO DE LA VEJIGA O CONTROL URINARIO:**

Definición:

Incluye un control intencional completo de la vejiga y de ser necesario el uso de un equipo o agente para el control de la vejiga.

Pautas para la clasificación:

El objetivo funcional del manejo de la vejiga es abrir el esfínter urinario solo cuando sea necesario y mantenerlo cerrado el resto del tiempo. Esto puede requerir de dispositivos, drogas o algún tipo de asistencia en algunos niños. Este ítem por lo tanto tiene que ver con dos variables:

- ❖ **nivel de logro**, esto es la frecuencia del día y la noche en que ocurren los accidentes
- ❖ **Nivel de asistencia**, es decir la cantidad de ayuda que un niño necesita para intentar o mantener el control de su vejiga.

Hay que clasificar ambas variables el nivel de logro y el nivel asistencia o ayuda individualmente y anotar la nota más baja sino fueran la misma.

Pregunta de la Entrevista:

Me interesa en saber cuando su niño/a se moja los pantalones o la cama durante el día o la noche, también quisiera saber cuanta ayuda necesitamos darle al niño para que pueda controlar su vejiga urinaria.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

**Nivel de logro:** el niño controla independientemente su vejiga en forma completa e intencional y no hay accidentes.  
**Nivel de asistencia:** el niño es independiente en todos los aspectos del manejo de su vejiga urinaria.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

**Nivel de logros:** el niño controla independientemente su vejiga en forma completa e intencionalmente y no hay accidentes.  
**Nivel de asistencia:** el niño es independiente con el manejo de su vejiga urinaria pero sin embargo puede requerir un orinal, una chata

un catéter, una silla retrete, un pañal o cateterismo intermitente sin asistencia (auto cateterismo). Si el niño/a utilizan este dispositivo él o ella deben colocárselo y aplicarse un catéter externo con bolsa de drenaje o un aplicador ileal sin ayuda de otra persona; vaciar la bolsa, colocársela quitarle limpiar la bolsa de la pierna o vaciarla y limpiar la bolsa que esta aplicada en forma ileal. Debe tenerse en cuenta el tema de la seguridad.

**5 SUPERVISION:**

**Nivel de logros:** el niño tiene algunos accidentes en el manejo de la vejiga urinaria en forma ocasional, con una frecuencia que puede ser no menor de una vez por mes o con experiencias nocturnas de enuresis.  
 Enuresis nocturna: esto es considerado como un problema común en los niños hasta la edad de los 7 años. Representa una carga en el cuidado en términos de cambiar las sábanas, lavado de las sábanas el costo de los pañales, etc. por lo tanto la enuresis nocturna debería ser clasificada como un nivel 5 hasta la edad de 7 años. Posteriormente a los 7 años los accidentes nocturnos deberían ser clasificados de acuerdo a la frecuencia en que estos ocurren lo mismo puede decirse de los accidentes diurnos.  
**Nivel de asistencia:** el niño es independiente pero requiere de supervisión esto es estar parado al lado de él, ponerlo o inducirlo, o también el arreglo o disposición, esto es colocar o vaciar el equipamiento para que pueda mantener una evacuación satisfactoria o para que pueda mantener el dispositivo externo que se le ha aplicado.

**4 ASISTENCIA MINIMA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en su control urinario con una frecuencia menor a una vez por semana.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza la mayor parte de las tareas relacionadas con el manejo de su vejiga esto sería entre un 75% y un 99%; el solo requiere asistencia mínima para mantener el dispositivo externo.

**3 ASISTENCIA MODERADA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en su control urinario con una frecuencia menor de una vez por día.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza la mitad o más de la mitad de las tareas de control de su vejiga esto sería entre un 50% y un 74%. El niño requiere asistencia moderada para mantener el dispositivo externo.

---

**2 ASISTENCIA MAXIMA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en una base diaria es decir diariamente pero solamente de alguna indicación de estar húmedo, mojado.

**Nivel de asistencia:** el niño realiza menos de la mitad de las tareas relacionadas con el control de su vejiga es decir entre un 25% y un 49%, necesitando utilizar pañales, un catéter o un dispositivo osmótico colocado en ese lugar.

---

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes diariamente pero no manifiesta estar húmedo o mojado.

**Nivel de asistencia:** el niño realiza muy poco o nada de las tareas relacionadas con el manejo de su vejiga es decir menos de un 25%, requiriendo de la utilización de pañales, un catéter o dispositivo colocado en el lugar.

---

**Umbral de Desarrollo:**

- ◊ 12-15 meses: permanece seco por una o dos horas reclama ser cambiado.
- ◊ 16-24 meses: comienza a manejar o entrenarse es sus tareas de aseo.
- ◊ 24-36 meses: indica la necesidad de usar el baño con gesto, ademanes o con palabras.

Nota: típicamente hay dos tipos de edades de entrenamiento en el uso del baño. Algunos chicos están entrenados en la utilización del baño a la edad de dos años y otros culminan el entrenamiento entre los tres o cuatro años de edad. En este sentido hay factores sociales y culturales que pueden tenerse en cuenta al hacer la diferencia en las edades

---

**MANEJO DE INTESTINO O EVACUACION INTESTINAL**

---

**Definición:**

Incluye el control completo intencional de los movimientos del intestino esto es la evacuación intestinal y de ser necesario el uso de equipamiento o agentes para el control de la evacuación intestinal.

**Pautas para la clasificación:**

El objetivo funcional del control del intestino es abrir el esfínter anal solamente cuando sea necesario y mantenerlo cerrado el resto del tiempo. Esto puede requerir de dispositivos, drogas o asistencia en algunos niños. Este ítem por lo tanto tiene que ver con dos variables:

- ◊ **Nivel de logro:** la frecuencia de accidente que ocurren en el día y la noche
- ◊ **Nivel de asistencia:** la cantidad de ayuda que un niño requiere para intentar mantener el control de su intestino.

Para clasificar ambas variables individualmente y anotar el puntaje más bajo ni no fuera el mismo.

**Pregunta de la entrevista:**

Estoy interesada en saber si su niña o niño ensucia el pantalón o la cama durante el día la noche. También quisiera saber cuanto ayuda necesita proveerle al niño para el manejo de su intestino.

---

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

**Nivel de logro:** el niño controla independientemente su intestino en forma completa e intencional y no ocurren accidentes.

**Nivel de asistencia:** el niño es independiente para todos los aspectos del manejo de su intestino.

---

**5 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

**Nivel de logro:** el niño controla independientemente su intestino en forma completa e intencional sin accidentes.

**Nivel de asistencia:** el niño es independiente en todos los aspectos del manejo de su intestino, sin embargo puede requerir de una chata, silla retrete o estimulación o suavizantes para la evacuación, supositorios y laxantes o algún tipo de laxantes naturales como

ciuela, o enemas regularmente. También puede utilizar mediación para el control cuando son necesarias las medidas de seguridad. Si el niño tiene colostomía debe mantener esto.

---

**5 SUPERVISION:**

**Nivel de logro:** el niño ocasionalmente tiene accidentes en el manejo del intestino, con una frecuencia menor de una vez por mes.  
**Nivel de asistencia:** el niño es independiente pero requiere supervisión esto es alguna persona que este al lado de él, pautas e inducción, también la presentación o arreglo del equipamiento necesario para que el niño pueda mantener un patrón de evacuación satisfactorio o para mantener el dispositivo de ostomía.

---

**4 ASISTENCIA MINIMA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en la evacuación con una frecuencia menor a una vez por semana.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza la mayor parte de las tareas relacionadas con la evacuación intestinal esto sería entre un 75% y un 99%. El niño requiere una asistencia mínima para mantener un patrón de evacuación intestinal satisfactorio utilizando supositorios, enemas o algún dispositivo externo.

---

**3 ASISTENCIA MODERADA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en la evacuación con una frecuencia menor de una vez por día.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza más de la mitad de las tareas referidas al manejo intestinal es decir entre un 50% y un 74%. El niño requiere moderada asistencia para mantener un patrón de evacuación intestinal satisfactorio mediante la utilización de enemas o dispositivos externos.

---

**2 ASISTENCIA MAXIMA:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en su evacuación intestinal en forma diaria, pero manifiesta de alguna manera estar sucio.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza menos de la mitad de las tareas de evacuación intestinal, requiere el uso de pañales, ya sea que haya tenido colocado un dispositivo en el lugar.

---

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

**Nivel de logro:** el niño tiene accidentes en su evacuación intestinal diariamente pero no da indicación de haberse ensuciado.  
**Nivel de asistencia:** el niño realiza muy poco y a veces ninguna de las tareas referidas a la evacuación esto sería menos de un 25%, requiriendo el uso de pañales tenga o no colocado un dispositivo de ostomía en el lugar.

---

**Umbrales de Desarrollo:**

- ◊ 16-23 meses: movimientos regulares de intestino
- ◊ 24-36 meses: accidentes muy poco frecuentes de intestino

**DOMINIO COGNITIVO**

**COMPRESIÓN**

**Definición:**

Incluye como el niño comprende la comunicación ya sea oral o visual que se le presenta. Esto incluye comprender la comunicación oral, la escritura, el lenguaje de signos, los gestos o la comunicación a través de pictogramas. Una indicación de como el niño comprende lo que se le comunica incluye la habilidad del niño para comprender las siguientes indicaciones.

**Pautas para la clasificación:**

Indicar los modos de comunicación presentados usualmente y comprendidos por el niño y anotarlos en un formulario de evaluación siguiendo las siguientes pautas: A = lenguaje oral o auditivo V = lenguaje visual, esto es gestos, dibujos o signos B = ambos, si ambas maneras se utilizan simultáneamente o del mismo modo.

El ítem debería ser clasificado en la lengua materna del niño. Si en su casa se habla dos idiomas (bilingüe) debería intentarse determinar cual de las lenguas el niño comprende y utiliza con mayor frecuencia. Las indicaciones deben ser propuestas para el niño todas de una vez y no reestablecer o repetir partes de las indicaciones.

Las indicaciones incluyen repeticiones, pautas, explicarlo con otras palabras, enfatizar palabras específicas y hablar en un lenguaje más pausado.

**Pregunta de la entrevista:**

Quisiera saber cómo comprende el niño el lenguaje hablado oral o visual cuando se le comunica algo.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño comprende una conversación cotidiana en forma independiente y cumple con las indicaciones no relacionadas en tres planos diferentes le son presentadas tanto en forma auditiva o visual ejemplo: puede un chico guardar un juguete, lavarse las manos y colocarse un abrigo cuando se le pide que lo haga.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

En la mayoría de las situaciones el niño comprende en forma independiente o tiene una leve dificultad en la comprensión en una conversación a cerca de situaciones cotidianas y puede comprender directivas o cumplir con directivas en tres niveles no relacionados que se le presentan ya sea en forma auditiva o visual. El niño necesitará utilizar uno o más de lo siguiente:

- ◆ Un dispositivo auxiliar como por ejemplo un audifono, un dispositivo de comunicación
- ◆ Tiempo extra para comprender la comunicación

**5 INDEPENDENCIA MODIFICADA**

El niño es independiente en la comprensión de una conversación de la vida cotidiana casi siempre en más de un 50% del tiempo y cumple indicaciones en tres niveles relacionados que se le presentan en forma auditiva o visual, ejemplo: el niño necesita pautas, repeticiones que se le hable más pausado, o el énfasis en determinadas palabras o frases. Pausas o pautas visuales o gestuales. Ejemplo: ¿puede el niño tomar su abrigo, su sombrero y las botas cuando se le pide?

**4 PAUTAS MINIMAS:**

El niño comprende una conversación a cerca de situaciones la vida cotidiana la mayoría del tiempo esto es entre un 75% y un 90% y cumple con indicaciones en dos niveles no relacionados cuando se le presentan ya sea en forma auditiva o visual. El niño necesita pautas de hasta un 25% del tiempo. Ejemplo: ¿puede el niño guardar un juguete y tomar un abrigo cuando se le pide?

**3 PAUTAS PAUTADO MODERADO:**

El niño comprende las conversaciones a cerca de situaciones de la vida cotidiana más de la mitad del tiempo, entre un 50% y un 74% y cumple con las indicaciones en dos niveles relacionados que se le presentan en forma auditiva o visual. El niño necesita pautas hasta un 50% del tiempo, ejemplo: ¿puede el niño tomar sus medias y sus zapatos?

**2 PAUTAS PAUTADO MAXIMO:**

El niño comprende una conversación a cerca de situaciones de la vida cotidiana menos de la mitad del tiempo y cumple con

indicaciones simples en un solo nivel con un porcentaje entre un 25º y un 49º del tiempo. Estas indicaciones van acompañadas de gestos y están presentadas ya sea en forma auditiva o visual. El niño necesita un pautado de hasta un 75º del tiempo, ejemplo: el niño responde a su nombre, entrega un juguete cuando se le pide, saluda con la mano o reconoce los nombres de objetos familiares o de juguetes.

---

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño comprende una conversación a cerca de situaciones de la vida cotidiana en forma muy escasa o apenas, prácticamente casi inexistente en un 25º del tiempo, o a veces ni siquiera comprende palabras simples utilizadas comúnmente en el lenguaje hablado como por ejemplo, hola, pelota o gestos como por ejemplo chau o no responde en forma adecuada o completa a pesar de las pautas en mas de un 75º del tiempo.

---

**UMBRALES DE DESARROLLO:**

- ❖ 6 meses: reconoce caras familiares y gira su cabeza hacia sonidos que le son familiares
- ❖ 12 meses: reconoce su propio nombre y entrega un juguete cuando se le pide y comprende hasta 10 palabras
- ❖ 18 meses: señala tres partes del cuerpo cuando se le pide y puede cumplir indicaciones simples en un solo nivel y comprende hasta 50 palabras
- ❖ 20 meses: puede cumplir con indicaciones en dos niveles relacionados
- ❖ 24 meses: puede cumplir con indicaciones en niveles no relacionados y comprender mas de 100 palabras
- ❖ 36 meses: puede comprender mas de 1000 palabras
- ❖ 42 meses: puede comprender mas de 2000 palabras
- ❖ 48 meses: puede comprender indicaciones en tres niveles relacionadas
- ❖ 60 meses: puede comprender indicaciones en tres niveles no relacionadas

---

**EXPRESION**

**Definición:**

Incluye la comunicación con un propósito comprensible o entendible, esto es las necesidades e ideas básicas, esto incluye un lenguaje que es fácilmente comprendido o la expresión de propósitos ya sea utilizando la escritura, los gestos signos manuales o un dispositivo de comunicación.

**Pautas para la clasificación:**

Indicar el tipo de expresión más usual:  
 V = vocal N = no vocal o B = ambas, si ambas modalidades son utilizadas de la misma manera apuntar en el formulario de evaluación.

El ítem debería ser clasificado en la lengua materna del niño. Si en su caso se habla dos idiomas (bilingüe) debería intentarse determinar cual de las lenguas el niño comprende y utiliza con mayor frecuencia. Este ítem incluye la habilidad para expresar los pensamientos y las ideas del niño, esto es el lenguaje, tanto como la claridad con que lo articula, esto es articulación. Ambas áreas deben ser consideradas para clasificar la habilidad expresiva completa del niño.

En términos de expresar palabras o frases u oraciones la producción del habla debería ser espontánea y no como repetición de las palabras de los padres.

Las pautas pueden incluir la repetición, explicarlo con otras palabras, enfatizar palabras específicas o frases y facilitar el habla en una forma mas pausada.

**Pregunta de la entrevista:**

Quisiera saber como comunica el niño o la niña sus necesidades e ideas dentro de su medio ambiente

---

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño expresa sus necesidades e ideas en forma independiente claramente ya sea en forma verbal o no verbal todo el tiempo.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

En muchas situaciones el niño expresa sus necesidades e ideas en forma independiente claramente ya sea en forma verbal o no verbal o con muy poca dificultad. El niño puede necesitar de alguna de las siguientes cosas:

- ◊ dispositivo de comunicación
- ◊ tiempo extra para comunicar la información

Ejemplo: el niño puede requerir tiempo extra para comunicar debido a signos de articulación, escritura manual o algún dispositivo.

#### **5 SUPERVISION**

El niño expresa sus necesidades e ideas claramente en forma independiente ya sea en forma verbal o no verbal, casi siempre en un 90º o más del tiempo. El niño requiere pautas, pide clarificación debido a las dificultades para articular o la necesidad que uno de sus padres interprete lo que el niño ha dicho en más del 10º del tiempo para poder ser comprendido. Ejemplo el niño puede requerir el pautado en situaciones menos familiares.

#### **4 PAUTADO MINIMO:**

El niño expresa sus necesidades e ideas claramente ya sea verbal o no verbalmente la mayoría del tiempo entre un 75º y un 90º del tiempo. El niño requiere que se le pauté hasta un 25º del tiempo, ejemplo: el niño requiere pautas en forma ocasional, esto es más detalles o clarificación. El niño tiene conoce una cantidad de palabras por lo menos 1000 y utiliza oraciones de 4/5 palabras.

#### **3 PAUTADO MODERADO:**

El niño expresa sus necesidades e ideas claramente ya sea verbal o no verbalmente en más de la mitad del tiempo es decir entre un 50º y un 74º utilizando palabras o frases combinadas. El niño requiere pautas de hasta un 50º del tiempo, ejemplo: el asistente debe con frecuencia interpretar o ayudar al niño en su expresión. No se espera que el niño sea detallado para expresarse. El niño usualmente posee un vocabulario de 100 palabras y habla con oraciones cortas.

#### **2 PAUTADO MAXIMO:**

El niño expresa sus necesidades e ideas claramente ya sea verbal o no verbalmente en menos de la mitad del tiempo esto es entre un 25º y un 49º utilizando palabras simples, gestos, signos manuales o señalando a una figura cada vez que desea expresar algo. Requiere un pautado de mas de un 50º del tiempo, ejemplo: utiliza la palabra mama, papá o mami, papi u otras formas simples en forma adecuada. El niño tiene un vocabulario de 10 palabras.

#### **1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño expresa sus necesidades e ideas claramente ya sea verbal o no verbalmente apenas un 25º del tiempo, prácticamente en muy escasas oportunidades. No expresa sus necesidades a no ser que tenga un pautado máximo.

#### **UMBRALES DE DESARROLLO:**

- ◊ 15 meses: puede expresar de 4/6 palabras
- ◊ 18 meses: utiliza una jerga mas madura entre 7a 0 palabras
- ◊ 24 meses: un posee un vocabulario de 50 palabras y puede combinar 2 palabras
- ◊ 36 meses: posee un vocabulario entre 250 y 500 palabras con combinaciones de 3 palabras
- ◊ 48 meses: posee mas de 1000 palabras con combinación de 4 palabras
- ◊ 60 meses: posee más de 2000 palabras con 5 palabras combinadas.

**INTERACCION SOCIAL**

**Definición:**

Esto incluye habilidades relacionadas para poder participar o relacionarse con los otros en situaciones como, por ejemplo: situaciones terapéuticas y sociales. Esto representa como se maneje en cuanto a sus necesidades propias y en cuanto a las necesidades de los demás.

**Pautas para la clasificación:**

La interacción incluye la habilidad para jugar independientemente con otros niños:

- ❖ esto es comprender las reglas de juegos y respetarlas, la toma de turnos
- ❖ las indicaciones pueden estar relacionadas con la participación, la cooperación y conductas apropiadas esto es por ejemplo: lenguaje abusivo, berrinches, reírse o llorar en forma excesiva, abandonar el juego, ataques físicos o actitudes y comportamientos no interactivos.

**Pregunta de la entrevista:**

Quisiera saber si el niño se lleva bien con otros niños o si participa en actividades de juego que incluyen conocer las reglas y tomar parte del juego donde tenga que esperar un turno para jugar.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando y en el juego en situaciones sociales sin la supervisión del adulto el comportamiento del niño es seguro y muestra o demuestra un control razonable, acepta las críticas y es consciente que sus palabras y actitudes pueden tener un impacto en los demás, el niño no necesita medicación para este control.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales sin la supervisión del adulto, el niño puede requerir uno o más de lo siguiente:

- ❖ un medio ambiente modificado, estructurado
- ❖ un tiempo mas razonable para ajustarse o adaptarse al juego o una situación social específica

- ❖ medicación para poder controlar su comportamiento
- ❖ ha y preocupación por la seguridad

**5 SUPERVISION:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales casi siempre más de un 50% del tiempo.

El niño requiere la supervisión o las pautas, ya sea monitoreo verbal o directamente la ayuda concreta solo en situaciones o condiciones de mucho stress o situaciones no conocidas para él alrededor de un 10% del tiempo. Un adulto puede supervisarlos a la distancia. Ejemplo: el niño puede requerir la motivación para iniciar la participación del juego en situaciones sociales.

**4 PAUTAS MINIMAS:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales la mayoría del tiempo es decir entre un 75% y un 90%. El niño requiere pautas en no más de un 25% del tiempo. Ejemplo: el puede requerir asistencia o ayuda ocasional con problemas, pero puede jugar en forma independiente.

**3 PAUTAS O PAUTADO MODERADO:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales más de la mitad del tiempo entre un 50% y un 74%. El niño requiere pautas no más del 50% del tiempo. Ejemplo: un adulto puede tener que iniciar el juego o estar disponible, listo para prevenir o resolver un conflicto.

**2 PAUTAS MAXIMAS:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales en menos de la mitad del tiempo, entre un 25% y un 49%. El niño requiere pautas no más del 50% del tiempo. Ejemplo: el niño interactúa con sus padres, pero solo por un periodo corto de tiempo.

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño interactúa en forma independiente con sus pares cooperando y participando en el juego y en situaciones sociales en muy pocas ocasiones prácticamente ninguna menos de un 25% del tiempo.

**RESOLUCION DE PROBLEMAS**

**Definición:**

Incluye resolver problemas que están relacionados en cuanto a las habilidades de la vida cotidiana, esto incluye:

- ❖ reconocer el problema
- ❖ ser responsable, tomar decisiones en forma segura
- ❖ iniciar y proseguir las tareas para auto corrección y resolución de un problema

**Pautas para la clasificación:**

Los problemas de rutina incluyen realizar tareas cotidianas completas en forma satisfactoria o resolver situaciones no planteadas o planificadas de antemano o que son azarosas, que pueden tener lugar durante las actividades de la vida diaria. Ejemplos más específicos de estos problemas pueden incluir pedir ayuda en forma apropiada, tratar de obtener algo que está fuera del alcance, desabotonarse una prenda, limpiar un derrame de líquido en el piso o utilizar el teléfono.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño reconoce si existe un problema en forma concreta, puede tomar decisiones apropiadas y puede llevar a cabo toda una secuencia de pasos o etapas para resolver problemas de rutina hasta que esta tarea este completa, puede también corregir sus errores si estos ocurren. Realiza las actividades con seguridad.

Ejemplo:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido en forma independiente
- ❖ el niño utiliza el teléfono para llamar a un amigo o familiar en forma independientemente. El niño busca el número de teléfono y dirección en la guía cuando es necesario. El niño responde los llamados telefónicos, y deja mensajes con voz clara sin ningún tipo de ayuda en forma satisfactoria.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño reconoce si existe un problema en forma completa y adecuada, a veces puede tomar decisiones apropiadas con muy poca dificultad; comienza y lleva a cabo y una secuencia de pasos o

etapas para resolver problemas de rutina, a veces requiere un tiempo mas que el razonable. Puede haber cierta preocupación por la seguridad.

Ejemplos:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido en forma independiente, pero puede necesitar un tiempo extra o puede haber preocupación por la seguridad
- ❖ el niño utiliza el teléfono apropiadamente, pero a veces no puede buscar los números en la guía telefónica. Cuando responde puede no dejar los mensajes en forma clara o satisfactoria

**5 SUPERVISION**

El niño resuelve problemas de rutina casi siempre más de un 90% del tiempo y necesita pautas, ayuda solo en condiciones de mucho stress o no conocidas, pero esto no ocurre mas del 10% del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido en forma independiente, pero necesita de supervisión o indicaciones verbales.
- ❖ el niño requiere pautas sustitutas para utilizar el teléfono.

**4 PAUTADO MINIMO:**

El niño resuelve problemas de rutina casi siempre entre un 75% y un 90% del tiempo pero necesita pautas, no más de un 25% del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido tomando decisiones razonables y adecuadas en tiempos correctos. Realiza tareas de auto corrección en unas secuencias para poder resolver problemas con un mínimo de ayuda del adulto.
- ❖ el niño requiere la ayuda para marcar un número de teléfono al realizar una llamada telefónica.

**3 PAUTADO MODERADO:**

El niño resuelve problemas de rutina más de la mitad del tiempo entre un 50% y un 74%, el niño requiere pautas, no más de un 50% del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido e intenta realizar una secuencia de tareas de auto corrección para resolver un problema, pero necesita de la asistencia de un adulto.
- ❖ el niño conversa y responde por teléfono

**2 PAUTAS MAXIMAS:**

El niño resuelve problemas de rutina en menos de la mitad del tiempo entre un 25º y un 49º, el niño requiere pautas, en no más de un 50º del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño limpia un derrame de líquido y puede participar en la resolución de un problema a pesar de que requiere de un adulto para iniciar y completar las tareas de resolución de un problema.
- ❖ el niño no responde al teléfono pero reconoce el sonido de la campanilla y pide una respuesta. El niño habla por teléfono luego de que alguien haya atendido el teléfono.

**1 ASISTENCIA TOTAL:**

El niño resuelve problemas de rutina en menos de un 25º del tiempo, necesita indicaciones casi todo el tiempo o a veces ni siquiera puede resolver los problemas.

Ejemplo:

- ❖ muy rara vez el niño reconoce la existencia de un problema
- ❖ el niño no participa de conversaciones telefónicas.

**MEMORIA**

**Definición:**

Incluye todas las habilidades relacionadas con el reconocer y el recordar en tanto se desarrollan las actividades diarias. Esto incluye la habilidad para guardar y recuperar para información procesadas ya sea en forma auditiva o visual. Un déficit en la memoria empeora el aprendizaje tanto como en llevar a cabo las tareas.

**Pautas para la clasificación:**

Las pruebas de memoria funcional incluyen lo siguiente:

- ❖ reconocer a la gente con la que se encuentra frecuentemente
- ❖ recordar rutinas diarias
- ❖ realizar actividades a pedido sin que se le recuerde
- ❖ recordar eventos y hechos de corta y larga duración
- ❖ retener y recuperar información guardada

**Pregunta de la entrevista:**

Estoy interesado en saber si el niño reconoce a las personas conocidas y si recuerda las situaciones y los hechos.

**7 INDEPENDENCIA COMPLETA:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos.

Ejemplo:

- ❖ el niño aprende las reglas de los juegos nuevos, sin necesidad de muchas repeticiones. En una situación en la cual el niño desea realizar un juego que conoce demuestra que conoce las reglas y procedimientos que se deben seguir sin requerir la necesidad de explicaciones de nadie y puede también enseñar el juego a otras personas.

**6 INDEPENDENCIA MODIFICADA:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos, el niño puede requerir uno o más de lo siguiente:

- ❖ dispositivo auxiliar, como por ejemplo un libro registro de memoria
- ❖ tiempo extra para recuperar la información
- ❖ hay preocupación por la seguridad

Ejemplo:

En situaciones en las cuales el niño desea jugar un juego que conoce es capaz de llevar a cabo todos los pasos para completar el juego sin necesidad de explicación de ninguna persona sin embargo al aprender las reglas de un juego nuevo requerirá muchas repeticiones

#### **5 SUPERVISION:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos casi todo el tiempo más de un 90%. El niño requiere pautas esto es, repeticiones o recordatorios solo en situaciones o condiciones que son muy estresantes o que no le son familiares, pero tan solo en un 10% del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño recuerda actividades diarias y significativas
- ❖ el niño recuerda aspectos acerca de las vacaciones, cumpleaños o eventos especiales en forma significativa.

#### **4 PAUTADO MINIMO:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos en la mayoría del tiempo entre un 75% y un 90%. El niño requiere que se lo pauten, repeticiones, recordatorios en no más de un 25% del tiempo. El niño recuerda parte de las actividades o acontecimientos cuando se le da una pauta inicial.

Ejemplo:

- ❖ ¿Dónde fuimos hoy?
- ❖ ¿Dónde fuimos de vacaciones el año pasado?

#### **3 PAUTADO MODERADO:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos más de la mitad del tiempo entre un 50% y un 74%. El niño requiere pautada, repeticiones, recordatorio en no más de un 50% de tiempo.

Ejemplo:

- ❖ dispositivo auxiliar, como por ejemplo un libro registro de memoria
- ❖ tiempo extra para recuperar la información
- ❖ hay preocupación por la seguridad

Ejemplo:

En situaciones en las cuales el niño desea jugar un juego que conoce es capaz de llevar a cabo todos los pasos para completar el juego sin necesidad de explicación de ninguna persona sin embargo al aprender las reglas de un juego nuevo requerirá muchas repeticiones

#### **5 SUPERVISION:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos casi todo el tiempo más de un 90%. El niño requiere pautas esto es, repeticiones o recordatorios solo en situaciones o condiciones que son muy estresantes o que no le son familiares, pero tan solo en un 10% del tiempo.

Ejemplo:

- ❖ el niño recuerda actividades diarias y significativas
- ❖ el niño recuerda aspectos acerca de las vacaciones, cumpleaños o eventos especiales en forma significativa.

#### **4 PAUTADO MINIMO:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos en la mayoría del tiempo entre un 75% y un 90%. El niño requiere que se lo pauten, repeticiones, recordatorios en no más de un 25% del tiempo. El niño recuerda parte de las actividades o acontecimientos cuando se le da una pauta inicial.

Ejemplo:

- ❖ ¿Dónde fuimos hoy?
- ❖ ¿Dónde fuimos de vacaciones el año pasado?

#### **3 PAUTADO MODERADO:**

El niño reconoce a las personas familiares en forma concreta y recuerda situaciones y hechos más de la mitad del tiempo entre un 50% y un 74%. El niño requiere pautada, repeticiones, recordatorio en no más de un 50% de tiempo.

Ejemplo:

**MEDIDA de INDEPENDENCIA FUNCIONAL (WEEFIM)**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Diagnostico: \_\_\_\_\_

Tabla de Puntuación de Niveles de Independencia Funcional	
7 Independencia completa	<b>SIN AYUDA</b>
6 Independencia con adaptaciones	
<b>Dependencia Parcial</b>	
5 Supervisión	<b>CON AYUDA</b>
4 Mínima asistencia (sujeto = 75 % ó más)	
3 Moderada asistencia (sujeto = 50 % ó más)	
<b>Dependencia Completa</b>	
2 Máxima asistencia (sujeto = 25 % ó más)	
1 Asistencia Total (sujeto = 0 % ó más)	

Fecha:	Admisión	Reevaluación	Alta
<b>Cuidado Propio</b>			
A Comida			
B Aseo			
C Baño			
D Vestido de tren superior			
E Vestido de tren inferior			
F Toilet			
<b>Control de Esfínter</b>			
G Manejo de Vejiga			
H Manejo de Intestino			
<b>Movilidad</b>			
<b>Transferencia</b>			
I Cama, silla, silla de ruedas			
J Toilet			
K Ducha			
<b>Locomoción</b>			
L Camina / Silla de ruedas			
M Escaleras			
<b>Comunicación</b>			
N Comprensión			
O Expresión			
<b>Conexión Social</b>			
P Interacción Social			
Q Resolución de Problemas			
R Memoria			
<b>TOTAL FIM</b>			

Apéndice C. Evidencias













