

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad Ciencias de la Salud

Licenciatura en Terapia Ocupacional



Tesis de Grado:

Hábitos de higiene personal y praxia de vestido en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual

Alumna: Nadal Emilia Fernanda

Directora de tesis: Lic. En Terapia Ocupacional María Elena Zeballos

Asesora metodológica: Prof. Ana Carolina Aymat

Tucumán, 2016



Agradecimientos

El primer agradecimiento quiero hacerle a mis pilares, aquellos que me impulsaron cada vez que sentía que mi mundo se derrumbaba, a los que estuvieron en cada examen y prueba de mi vida, acompañándome y siendo incondicionales, secando mis lágrimas, llenándome de besos y abrazos GRACIAS FAMILIA, LOS AMO!

A Dios y a los ángeles que me cuidan, que me guiaron y lo siguen haciendo. A quienes acudí cuando tuve problemas de salud, dificultades en mi camino y a los primeros en elevarles una sonrisa al cielo y un GRACIAS.

A mis compañeras de este camino tan largo y pesado, a ellas que hicieron mis días más llevaderos, a ellas que me ayudaron en cada obstáculo y que a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes, GRACIAS Jimena Ramos, Jimena Castellanos, Florencia Burgos y María del Carmen Perez. Un agradecimiento especial a vos, que me acompañaste desde el primer día con tu alegría inigualable; gran persona, compañera, amiga y profesional, GRACIAS PAULITA.

A mis amigos, los de siempre, los de ahora, que me entendieron y acompañaron, me impulsaron con sus palabras y estuvieron en cada momento de mi vida y de mi carrera, bueno o malo, estuvieron.

A mi compañero de todos estos años, que transitó conmigo cada alegría, cada tristeza, cada tropiezo, alentándome y no dejándome caer, colaborándome en todo lo que necesitaba y queriendo siempre lo mejor para mí, GRACIAS, LOS AMO!

Gracias a cada padre o tutor que confió, a la institución por abrirme sus puertas y brindarme el espacio necesario para lograr culminar este trabajo.

Gracias eternas a mi asesora metodológica, Profesora Ana Carolina Aymat por su constante ayuda y dedicación, estuvo presente en cada detalle, hasta lo más mínimo, aclarándome el camino que tan complicado fue.



Gracias a mi Directora de Tesis, Licenciada Elena Zeballos por su aporte a este trabajo de investigación, por su confianza en mí y por haber guiado esta investigación.

A cada persona que pasó por mi vida, que influyó en mis decisiones, que contribuyó a mi carrera y que me ayudó a crecer tanto a nivel profesional como personal, GRACIAS.



INDICE



Índice

1.Resumen.....	7
2.Introducción.....	10
3.Capítulo1.....	13
3.1 Planteo del problema de investigación.....	14
3.1.1 Objetivos de investigación.....	14
3.1.2 Preguntas de Investigación	14
3.1.3Justificación.....	15
4.Capítulo2.....	16
4.1 Antecedentes de investigación.....	17
5. Capítulo 3.....	20
5.1 Marco Teórico; Error! Marcador no definido.	21
5.1.1 Definición de Discapacidad Intelectual.....	21
5.1.2 Clasificación.....	23
5.2 Ley 26.657.....	25
5.3 Definición de Terapia Ocupacional.....	26
5.3.1 Áreas de ocupación.....	28
5.3.2 Objetivos de Terapia Ocupacional.....	30
5.4 Autonomía en hábitos de higiene personal.....	31
5.5 Autonomía en praxia de vestido.....	31
5.6 Terapia Ocupacional y Discapacidad Intelectual.....	31
5.7 Objetivos y Funciones generales de T.O en D.I.....	35
5.8 Clínica Casa Grande.....	37
5.8.1 Centro de día.....	38
5.8.2 Funciones del T.O en Centro de Día.....	38
6. Capítulo 4.....	40
6.1 Material y método; Error! Marcador no definido.	



6.1.1 Enfoque y alcance de la investigación.....	41
6.1.2 Diseño del estudio.....	41
6.1.3 Hipótesis	41
6.1.4 Variables	42
6.1.5 Población y muestra.....	43
6.1.6 Criterios de inclusión	43
6.1.7 Criterios de exclusión	43
6.1.8 Consideraciones éticas	44
6.1.9 Técnicas de recolección de los datos y presentación de instrumentos	44
6.1.10 Análisis de los datos.....	45
7. Capítulo 5.....	46
7.1 Recolección de datos.....	47
7.2 Gráficos.....	48
7.3 Comprobación de Hipótesis.....	56
8. Capítulo 6.....	57
8.1 Resumen y discusión.....	58
8.2 Propuestas.....	60
8.3 Conclusión.....	62
9. Anexos.....	64
9.1 Anexo 1.....	65
9.2 Anexo 2.....	67
9.3 Anexo 3.....	69
9.4 Anexo 4.....	70
10. Bibliografía.....	72



RESUMEN



1. Resumen

Este trabajo de investigación titulado “Hábitos de Higiene Personal y Praxia de vestido en discapacidad intelectual” fue realizado durante el año 2016 cuyo objetivo fue conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres jóvenes con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren al Centro de Día Privado Casa Grande S.R.L de San Miguel de Tucumán.

En esta investigación también se identificó, si existen diferencias en el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, transcurrido un año de intervenciones de terapia ocupacional.

Para llevar a cabo este trabajo se utilizó un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional.

La valoración de la autonomía en higiene personal y praxia de vestido se realizó mediante un instrumento propio, construido tomando como referencia las escalas del índice Barthel, FIM e índice de Katz. No se tomaron de manera completa las escalas anteriormente mencionadas debido a que alterarían el resultado al no incluir la categoría alimentación.

Para evaluar el grado de autonomía en higiene personal y en praxia del vestido, se utilizó una ficha evaluativa para cada una compuesta de 10 ítems con un puntaje total de 10 puntos con 3 posibles resultados: independiente, semidependiente y dependiente.

Con respecto a la modificación post intervención de Terapia Ocupacional se evaluó de acuerdo a los resultados obtenidos en las fichas de registro evaluativas de la institución en el período del año 2015-2016, dando lugar a 3 posibles categorías: suficiente, insuficiente o nula.



Al cabo de un año, se observa que el 100% de la población evaluada con respecto a hábitos de higiene personal alcanzó una modificación suficiente. El 100% de la población evaluada respecto a la praxia de vestido alcanzó una modificación insuficiente.

Palabras claves: Terapia Ocupacional, Autonomía, Discapacidad Intelectual.



INTRODUCCION



2. Introducción

La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, 2011), propone que la discapacidad intelectual (DI) se caracteriza por limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de recursos comunitarios, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. (Verdugo, 2011).

La promoción de la autonomía y la independencia sigue siendo un reto importante para las personas con discapacidad intelectual. Cuando se habla de vida independiente se hace referencia a que la persona sea dueña de su propia vida, que decida sobre las cosas que le preocupan y le interesan.

En Terapia Ocupacional se busca un desenvolvimiento en las actividades relacionadas con las habilidades de la vida cotidiana y de arreglo personal que favorezcan a la autonomía personal e independencia de las personas.

La familia desempeña un rol importante en el desarrollo global de los niños y que adquiera pautas mínimas de alimentación, higiene y vestido favorece su independencia y alivia la resolución de las actividades cotidianas de los padres.

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son "Los componentes de la actividad cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio" Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 1978).

Las AVD engloban una serie de acciones de autocuidado y movilidad, que apuntan a la mayor autonomía e independencia de un sujeto para poder llevar adelante su supervivencia. De esta manera, constituyen un indicador muy valioso a la hora de evaluar el grado de salud de un individuo. Las mismas permiten desenvolverse con autonomía y posibilitan la convivencia con otros.

Dentro de las AVD se encuentran las AVD básicas en las que se incluye la higiene y vestimenta siendo un hábito muy importante para la salud, e importante para prevenir enfermedades, favorecer el desarrollo de una buena autoestima, favorecer las relaciones sociales, conocer las partes del cuerpo, entre otras.



Capacitar para la vida autónoma e independiente supone plantear una orientación educativa que, iniciada en la familia, se extienda a lo largo de los años en los diferentes escenarios de aprendizaje por los que transcurre la persona (centros escolares, asociaciones, centros de formación laboral, otros centros educativos, educación no formal). Dicha orientación educativa influye en el desarrollo de la autonomía y la vida independiente, en la inclusión social y en la autodeterminación.

En esta investigación se abordaron las estrategias de tratamiento para lograr la autonomía en los hábitos de higiene personal y praxias del vestido en discapacidad intelectual.



CAPITULO 1



3. Capítulo 1

3.1 Planteo del problema de investigación

3.1.1 Objetivos de investigación

Objetivo General:

Conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres jóvenes con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren al Centro de Día de Casa Grande S.R.L de San Miguel de Tucumán, Tucumán, 2016.

Específicos:

1. Valorar el grado de autonomía en higiene personal de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual que concurren al centro de día.
2. Valorar el grado de autonomía en praxia de vestido de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual que concurren al centro de día.
3. Identificar si existen diferencias en el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, transcurrido un año de intervenciones de terapia ocupacional.

3.1.2 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo es el grado de autonomía en higiene que presentan las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual que concurren al centro de día?
2. En las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual que concurren al centro de día ¿Cómo es el grado de autonomía en praxia de vestido?
3. Transcurrido un año de intervenciones de terapia ocupacional, ¿se registra en las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual diferencias en el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido?



3.1.3 Justificación

Realizar acciones cotidianas es un desafío que se convierte en una meta de vida, para los niños, jóvenes y adultos, que nacen o se desarrollan con alguna discapacidad intelectual, y quienes deben luchar día a día por su autonomía.

La promoción de la autonomía y la independencia sigue siendo un reto importante para las personas con discapacidad intelectual. Cuando hablamos de vida independiente nos estamos refiriendo a que la persona sea dueña de su propia vida, que decida sobre las cosas que le preocupan y le interesan.

El principal propósito es lograr la mayor autonomía y calidad de vida posible de las personas con discapacidad intelectual con una planificación que favorecerá la organización del individuo, profesionales y familia a través del rol e intervención del Terapeuta Ocupacional.

La autonomía se adquiere a través de la experiencia y de la práctica. La persona experimenta y observa los efectos de su conducta. Esta conexión entre las conductas y los efectos que producen, va construyendo progresivamente lo que llamamos responsabilidad. Así, ante una situación nueva, la persona anticipa las posibles consecuencias y elige entre las opciones disponibles, tomando una decisión y poniendo en marcha una conducta concreta. Si ésta se ajusta a lo esperado y resulta eficaz, aprende, y así progresivamente va aumentando su autodeterminación.

De esta manera, se señalarán los beneficios que se lograrán en la autonomía del individuo en base al desarrollo de hábitos de higiene personal y praxias del vestido.

Esta investigación brinda conocimientos a aquellos profesionales que aborden dichas patologías, sea en forma individual o interdisciplinaria. Los resultados obtenidos ayudarán a las familias a intervenir en este proceso de independencia en las destrezas de cuidados personales como los hábitos de higiene y praxias de vestido.



CAPITULO 2



4. Capítulo 2

4.1. Antecedentes de la investigación

4.1.1 Terapia Ocupacional en discapacidad intelectual. Yeregui, o. Alguacil, I., Villanueva, A. y Baciero L. Coruña, España. 2006

El siguiente documento pretende fundamentar la participación de la Terapia Ocupacional y de sus profesionales en el campo de la habilitación de personas con discapacidad intelectual. Para ellos se hace una correlación entre los objetivos del paradigma de la Terapia Ocupacional y la última edición de la Asociación Americana de retraso mental (2002) donde se observa el énfasis que se ha realizado en los últimos años para unificar la definición, clasificación y sistemas de apoyo, de la discapacidad intelectual. Las principales áreas de ejecución de la Terapia Ocupacional en discapacidad intelectual se centran en la competencia personal, la autonomía personal, la capacitación laboral, la adaptación de entornos, el estilo de vida y el ocio inclusivo y significativo.

Por otro lado, además de hablar de los objetivos y funciones generales de la Terapia Ocupacional en discapacidad intelectual, se dan unas pinceladas de las principales funciones del Terapeuta Ocupacional como parte del equipo interdisciplinar de los diferentes recursos socio-sanitarios para personas con discapacidad intelectual presentes actualmente en la comunidad.

4.1.2 Las rutinas diarias de personas internadas en hogares con centro de día. Samaratti, Ma. Rosario, Santa Fe, Argentina. 2011

Vivir en una institución dependiendo de su ritmo, desarrollo y modos de organización hace que las personas no puedan escoger libremente como prefieren que sean sus rutinas diarias.

En el presente estudio se analizan las rutinas diarias de personas internadas en un hogar con Centro de día que viven allí por un período mayor a tres años.



Se busca avanzar en el conocimiento disciplinar referido a las rutinas diarias en poblaciones específicas; evaluando si éstas son equilibradas o si existe un desequilibrio en las diferentes actividades que realizan diariamente.

Se utiliza un enfoque descriptivo con una lógica cuanti-cualitativa, midiendo en porcentaje la cantidad de tiempo que emplean para las actividades que realizan cada media hora en su día y a la vez describe realidades, conociendo las perspectivas de las personas internadas con Centro de día.

La metodología utilizada incorpora la realización de dos evaluaciones a 25 participantes, la observación directa en el ambiente en estudio y entrevistas con personal del Hogar.

Los resultados obtenidos apuntan a que no hay equilibrio en las ocupaciones que conforman las rutinas diarias; que las actividades que realizan son consideradas por ellos en su mayoría como tareas del diario vivir, dejándoles poco tiempo para descansar o recrearse. Las personas en estudio tienen una muy buena percepción del modo en que realizan las actividades que conforman sus rutinas y disfrutan de ellas, aunque no consideran que éstas sean de gran importancia para sus intereses y gustos personales.

4.1.3 Praxias del vestir: eficacia del tratamiento basado en el aprendizaje incidental. Durand, M. F. y Elgier, A M. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 2010.

Las praxias pueden ser definidas como movimientos dotados de organización que tienden a un objetivo. Existen praxias muy simples y otras de gran complejidad. Las praxias del vestir implican la capacidad de relacionar y organizar partes del propio cuerpo respecto a las diferentes partes de las prendas de vestir. Requieren, por tanto, la capacidad de operar en el espacio personal y extra personal. En neuropsicología, la rehabilitación de praxias centrada en el aprendizaje incidental supone una tarea concisa y puntual que implica hacer explícitos algunos procesos que interfieren con el aprendizaje. Por otro lado, implica orientar al paciente al aprendizaje explícito de contenidos que otras personas adquieren sin esfuerzo. La presente investigación apunta a comparar la



evolución de un grupo que recibió tratamiento de rehabilitación de praxias del vestir centrado en el aprendizaje incidental, con un grupo que no recibió dicho tratamiento. La muestra estuvo compuesta por 16 personas de sexo femenino y masculino, entre 35 y 60 años de edad que residen en Buenos Aires. Los resultados sugieren evidencia favorable al tratamiento de rehabilitación centrado en aprendizaje incidental.



CAPITULO 3



5.1 Marco Teórico

5.1.1 Definición de discapacidad intelectual

De acuerdo al DSM V la discapacidad intelectual sería el equivalente al retraso mental del DSM-IV-TR. Se puede observar que sigue los planteamientos defendidos por la AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo-), como el cambio de denominación de Retraso Mental por el de Discapacidad Intelectual, como la nueva conceptualización de habilidades adaptativas divididas en conceptuales, básicas y prácticas.

La nueva definición incluye los mismos tres criterios básicos:

A) Los déficit en el funcionamiento intelectual, tal como en razonamiento, solución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, toma de decisiones, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia, confirmado por evaluaciones clínicas a través de test de inteligencia estandarizados aplicados individualmente;

B) Los déficit en el funcionamiento adaptativo que resultan en la no consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social. Sin el consiguiente apoyo, los déficits adaptativos limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la comunicación, la participación social, y la vida independiente, a través de múltiples entornos, tales como la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C) El de inicio en el período de desarrollo aunque con una nueva formulación ya que anteriormente era inicio antes de los 18 años.



El trastorno requiere una especificación en función de la gravedad que en este caso se hace en función del funcionamiento adaptativo y no en función del nivel del CI. Cambio que argumentan en base a que es el funcionamiento adaptativo el que determina el nivel de apoyos requeridos y además que las medidas de CI son menos válidas en los valores más bajos de CI.

5.1.2 Clasificación del DSM V.

Nivel de gravedad	Área conceptual	Área social	Área Practica
Leve	<p>Para niños preescolares, puede no haber diferencias conceptuales obvias. Para niños en edad escolar y adultos, hay dificultades en el aprendizaje de habilidades académicas como la lectura, la escritura, la aritmética, el control del tiempo, o del dinero, y se necesita apoyo en una o más áreas para cumplir con las expectativas relacionadas con la edad.</p> <p>En adultos, está disminuido el pensamiento abstracto, la función ejecutiva(planificación, establecer estrategias o prioridades), y la memoria a corto plazo, así como el uso funcional de las habilidades académicas.</p> <p>Hay un planteamiento más concreto a la hora de solucionar los problemas de lo esperado para personas de su misma</p>	<p>Comparado con personas de su misma edad, los individuos son inmaduros en las interacciones sociales. La comunicación, la conversación y el lenguaje es más concreto o inmaduro del esperado por su edad. Puede haber dificultades en la regulación de las emociones y la conducta apropiada para su edad, dichas dificultades se aprecian en las situaciones de interacción con iguales. Hay una comprensión limitada para situaciones de riesgo en situaciones sociales, el juicio social es inmaduro para su edad, y la persona corre el riesgo de ser manipulado por otras personas.</p>	<p>El funcionamiento del individuo puede ser adecuado para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan algún apoyo en las tareas compleja de la vida diaria en comparación con sus coetáneos.</p> <p>En la vida adulta, los apoyos típicamente incluyen hacer las compras de la comida, el transporte, la organización de la casa y del cuidado de los niños, preparación de una comida saludable, arreglar asuntos bancarios y el manejo del dinero.</p> <p>Las habilidades de ocio se parecen a las de sus iguales, también lo relacionado con tomar decisiones sobre la organización de las actividades de ocio requiere apoyo. En la vida adulta el desempeño laboral es bueno en trabajos que no tienen mucho peso en habilidades</p>



	edad.		conceptuales. Los individuos generalmente necesitan apoyo para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud o decisiones legales, y para aprender a ejecutar habilidades vocacionales competentemente. El apoyo es típicamente necesario para formar una familia.
Moderado	<p>A través de las distintas etapas del desarrollo, los individuos muestran un marcado déficit con respecto a lo esperado para las personas de su edad.</p> <p>Para los preescolares, el lenguaje y las habilidades pre-académicas se desarrollan más lentamente.</p> <p>Para los niños en edad escolar, el progreso en lectura, escritura, matemáticas y la comprensión del tiempo y el dinero ocurre más lentamente a través de los años escolares y es marcadamente limitada en comparación con la de algunos de sus iguales.</p> <p>Para los adultos, las habilidades académicas se desarrollan en un nivel elemental, y requieren de apoyo para el uso de dichas habilidades en el trabajo y en su</p>	<p>El individuo muestra una marcada diferencia con respecto a sus iguales en la conducta social y comunicativa. El lenguaje hablado es típicamente una herramienta primaria para la comunicación social pero es mucho menos compleja que la de sus iguales. La capacidad para las relaciones es evidente en los lazos familiares y las amistades, y los individuos pueden tener éxito en crear amistades a lo largo de su vida e incluso a veces en establecer relaciones románticas en la vida adulta. Aunque, los individuos pueden no percibir o interpretar las claves sociales de una forma correcta. Los juicios sociales y las aptitudes para la toma de decisiones está limitada, y los cuidadores deben asistir a la persona en</p>	<p>El individuo puede cuidar de sus necesidades personales como comer, vestirse, higiene personal como un adulto, aunque requiere de un período extenso de enseñanza y lleva tiempo que la persona pueda ser independiente en estas áreas, y puede necesitar de tener que recordárselas. De manera similar, la participación en las tareas domésticas puede ser conseguida por un adulto, aunque implique extensos períodos de enseñanza, y posteriores apoyos para alcanzar un nivel esperado para los adultos. Puede conseguir un trabajo independiente en empleos que requieran una limitadas habilidades conceptuales y de comunicación, pero es</p>



	<p>vida cotidiana. La asistencia en el día a día se basa en la necesidad de completar las tareas conceptuales de la vida diaria, e incluso otras personas pueden llevar completamente dichas responsabilidades.</p>	<p>las decisiones de la vida diaria. Las amistades desarrolladas típicamente con iguales están a menudo afectadas por las limitaciones en la comunicación y sociales. Se necesita un apoyo significativo para el éxito en situaciones sociales o de comunicación.</p>	<p>necesario un importante apoyo por parte de los compañeros de apoyo, supervisores y otras personas para conseguir alcanzar las expectativas sociales, en los aspectos complejos del trabajo, y las responsabilidades asociadas tales como la programación, el transporte, los cuidados para la salud y el manejo del dinero. Pueden desarrollarse una variedad de habilidades para el ocio. Típicamente requiere apoyo adicional y necesita de oportunidades de aprendizaje a través de un período extenso de tiempo. La conducta no adaptativa está presente en una minoría significativa, causando problemas sociales.</p>
<p>Grave</p>	<p>Está limitada la consecución de habilidades conceptuales. El individuo generalmente tiene una escasa comprensión del lenguaje escrito o de la comprensión de los números, para cantidades, el tiempo y el dinero. Los cuidadores aportan un intenso apoyo para la solución de problemas</p>	<p>El lenguaje hablando es bastante limitado en términos de vocabulario y gramática. El habla puede consistir en simples palabras o frases y puede ser complementada por estrategias aumentativas. El habla y la comunicación están centradas en el aquí y el ahora de los acontecimientos</p>	<p>El individuo requiere apoyo para todas las actividades de la vida diaria, incluyendo comida, vestido, baño y aseo. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre su bienestar o el de otros. En la vida adulta. La participación en tareas en casa, de ocio y trabajo requiere un apoyo y</p>



	a través de la vida.	cotidianos. El lenguaje es utilizado para la comunicación social más que para dar explicaciones. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia es una fuente de placer y ayuda.	asistencia. La adquisición de habilidades en todos los dominios incluye una enseñanza durante largo tiempo y apoyo. La conducta desadaptada, incluyendo autolesiones, está presente en una significativa minoría.
Profundo	Generalmente las habilidades conceptuales involucran al mundo físico más que procesos simbólicos. El individuo puede usar objetos para el autocuidado, el trabajo y el ocio. Puede adquirir ciertas habilidades visoespaciales, tales como emparejamientos y clasificaciones basadas en características físicas. Aunque, deficiencias motoras o sensoriales pueden impedir el uso funcional de objetos.	El individuo tiene muy limitada la comprensión de la comunicación simbólica mediante el habla o gestos. Puede comprender instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa sus propios deseos y emociones largamente a través de la comunicación no verbal, no simbólica. El individuo puede relacionarse con miembros de la familia, cuidadores y otros familiares bien conocidos e iniciar y responder a las interacciones sociales a través de las claves gestuales y emocionales. Las deficiencias sensoriales y físicas pueden impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otras personas para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud, y la seguridad, aunque pueden ser capaces de participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin deficiencias físicas graves pueden asistir a algunas de las tareas diarias. Acciones sencillas con objetos pueden ser la base de su participación en algunas actividades vocacionales con altos niveles de apoyo. Actividades de ocio puede incluir apoyo de otros. Las deficiencias físicas y sensoriales son frecuentes barreras para la participación en actividades en casa, para el ocio y ocupacionales. Conductas desadaptadas están presentes en una minoría significativa.



5.2 Ley 26.657

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

Algunos de los derechos que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental son los siguientes:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- c) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

Capítulo V

Modalidad de abordaje, los más importantes son:

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.



ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

5.3 Definición de terapia ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2004) dice:

La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

Los terapeutas ocupacionales centran su actuación en hacer que la gente se involucre en las actividades de la vida diaria que tienen sentido para cada persona y por lo tanto un propósito. El ámbito de la terapia ocupacional se basa en el interés de la habilidad del ser humano en involucrarse en las actividades cotidianas. El término que los terapeutas utilizan para recoger la amplitud y significado de las actividades diarias es ocupación.

La AOTA (2002) propone varios niveles a tener en cuenta en la práctica clínica:

I) ÁREAS DE OCUPACIÓN

- Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- Educación.
- Trabajo.
- Juego.
- Ocio.
- Participación Social.



II) HABILIDADES DE EJECUCIÓN:

- Habilidades de procesamiento.
- Habilidades motoras.
- Habilidades de comunicación / interacción.

III) PATRONES DE EJECUCIÓN

- Hábitos.
- Rutinas.
- Roles.

IV) CONTEXTO

- Cultural.
- Físico.
- Social.
- Personal.
- Espiritual.
- Temporal.
- Virtual.

V) DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD

- Objetos usados y sus propiedades.
- Demandas espaciales y sociales.
- Secuenciación y temporalización.
- Acciones requeridas.
- Funciones y estructuras corporales requeridas.

VI) FACTORES DEL SUJETO

- Funciones corporales.
- Estructuras corporales.

5.3.1 Áreas de ocupación

Las actividades de la vida diaria son diferenciadas según Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), en actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales.



Las actividades de la vida diaria básicas o AVDB, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo; por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria.

Las siguientes son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día. Podemos imaginar el problema que supone no realizarlas por uno mismo, como puede ser en el caso de gente con problemas mentales o por imposibilidad, como en el caso de personas con discapacidad física.

- *Baño, ducha.* Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y aclararse, así como el mantenimiento de la oportuna postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la bañera.
- *Cuidado de la vejiga y los intestinos.* Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
- *Vestido.* Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
- *Comer.* La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- *Alimentación.* Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- *Movilidad funcional.* Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
- *Cuidado de la ayudas técnicas personales.* Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
- *Higiene personal y aseo.* Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo que se nos pueda ocurrir: peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas, etc.



- *Actividad sexual.* Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
- *Dormir/descanso.* Periodo de inactividad, con un fin reparador.
- *Higiene del inodoro.* Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

Estas son las conocidas como **A.V.D.B**, y que como hemos dicho están destinadas al cuidado y calidad de vida de uno mismo.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (**AIVD**) se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional.

- *Cuidado de los otros.*
- *Cuidado de las mascotas.*
- *Criado de los niños.*
- *Uso de los sistemas de comunicación.*
- *Movilidad en la comunidad.*
- *Manejo de temas financieros. .*
- *Cuidado de la salud y manutención.*
- *Crear y mantener un hogar.*
- *Preparación de la comida y limpieza.*
- *Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias.*
- *Ir de compras.*

Junto con las actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria, otras *áreas de ocupación* son la educación, el trabajo, el juego (en el caso de los niños), el ocio y tiempo libre, así como la participación social.



5.3.2 Objetivos de la terapia ocupacional

El objetivo principal de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria y paliar los déficits ocasionados por la disminución de la salud a nivel físico, psíquico, sensorial y social. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.

Los terapeutas ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por todo ello la práctica de la terapia ocupacional podría estar dirigida a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.

Los objetivos específicos son:

- Potenciar la autonomía y funcionalidad de las áreas de desempeño ocupacional (AVD, de trabajo y ocio)
- Desarrollar las capacidades residuales y lograr la compensación de las funciones perdidas.
- Entrenar en el uso de ayudas técnicas en las AVD y en el uso de prótesis y órtesis.
- Lograr la integración de la persona en la sociedad adaptando el entorno domiciliario, escolar y laboral.

5.4 Autonomía en Hábitos de Higiene Personal

La autonomía es la actitud personal, independiente y responsable que permite decidir y actuar por sí mismo. El aseo es una virtud, y se adquiere practicándolo en forma cotidiana. Se puede definir como la repetición de acciones de limpieza en la persona, atuendos y entorno, respetando los recursos con el fin de preservar la salud. La Rutina de la Higiene, sirve además de para estructurar el tiempo, para fomentar la autonomía, para socializarse y para desarrollar su autoestima de manera positiva. Promueve la salud y el bienestar personal, ayuda a mejorar la vitalidad del cuerpo y mantenerlo en un estado saludable.



Los hábitos de higiene y salud ayudan a cuidar y a valorar su propio cuerpo y a percibir con satisfacción la limpieza como bienestar personal.

5.5 Autonomía en Praxia de vestido

Praxia es planear y estructurar movimientos coordinados en tres pasos secuenciales y/o la conceptualización estratégica de acción y ejecución motora de la acción. (Ayres,1985). Es el planeamiento estratégico de cómo lo voy a hacer.

Componentes de la praxia:

- *Imitación* que lleva a *Ideación* (como lo voy a llevar a cabo). A su vez la ideación esta compuesta por: construcción, graduación, Timing (saber en el momento justo) y secuencia.

Por ende, la autonomía en praxia de vestido es la posibilidad de lograr de manera independiente llevar a cabo dicha secuencia.

5.6 Terapia Ocupacional y discapacidad intelectual

Para fundamentar el trabajo de la Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual debemos tener en cuenta la definición de la profesión como así también la última edición de la Asociación Americana de Retraso Mental (2002), donde se observa el énfasis que se ha realizado en los años en la definición, clasificación y sobre todo en los sistemas de apoyos.

El concepto actual de apoyos es el siguiente:

“Los apoyos son recursos y estrategias destinados a promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal, y a incrementar el funcionamiento individual. Los servicios constituyen un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y agencias. El funcionamiento individual resulta de la interacción de los apoyos con las dimensiones y roles sociales; salud y contexto. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener diferente relevancia, dependiendo de si se realiza con propósitos clasificadores o de planificación de apoyos.”

Es así que se cita que el empleo continuado de apoyos y el paradigma de apoyos están sucediéndose al tiempo que en los campos de la educación y de la



habilitación (donde se encuadraría la Terapia Ocupacional) se están experimentando cambios importantes en el modo de pensar caracterizados por:

- ✓ *Acentuar la planificación centrada en la persona, que enfatiza el crecimiento personal y el desarrollo, las elecciones, decisiones y la capacitación;* el Terapeuta Ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano lo que le permite intervenir, como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso. Hablamos, de un primer nivel de intervención, centrada principalmente en el individuo, tal y como postula la AAMR. La ocupación es una actividad significativa, intencional y funcional del sujeto, en el desempeño de su vida cotidiana. La ocupación incluye el contexto personal, espacial y temporal y entorno donde ésta tiene lugar, y a través de ella el ser humano crece, se desarrolla, se conoce y construye su identidad personal y social. En último término, el rol de la Terapia Ocupacional es facilitar y ayudar a la construcción y desarrollo de una vida significativa, a participar plenamente en la sociedad.
- ✓ *Un enfoque ecológico de la discapacidad que subraya el poder de las interacciones persona-ambiente y la reducción de limitaciones funcionales y de la actividad mediante estrategias de apoyo centradas en la persona,* desde la Terapia Ocupacional se entiende que el Terapeuta Ocupacional, en su intento de maximizar la autonomía personal del individuo, comprende que ello implica “tener acceso al medio”. Hablamos pues, de la importancia del contexto.” La adaptación al medio, en el caso del hombre, pasa por un ajuste entre las necesidades del paciente y las normas propias de su posición dentro del marco social donde vive”. (Barris R., 1982) (Howe M.C y Briggs., 1982)

Es fundamental, por tanto, el estudio exhaustivo del ambiente, para poner en marcha aquellas actuaciones (en este caso sistemas de apoyo) que lleven al individuo a funcionar plenamente, maximizando las posibilidades de éxito. Se



hace necesario modificar el “ambiente” de modo que la persona pueda desplegar al máximo sus capacidades.

De este modo podemos observar como el paradigma de la Terapia Ocupacional concuerda perfectamente con los aspectos claves de los apoyos y del paradigma de apoyos de la AAMR:

- El funcionamiento individual surge de la interacción de los apoyos con las dimensiones de capacidades intelectuales; conducta adaptativa; participación, interacciones y roles sociales; salud y contexto.
- El propósito fundamental de proporcionar apoyos a personas con retraso mental es mejorar los resultados personales relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación en la escuela y en la comunidad y bienestar personal.
- La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se realiza con propósitos clasificadores o de planificación de apoyos.
- Los servicios constituyen un tipo de apoyos proporcionados por profesionales y agencias.

En conclusión, podríamos decir que las áreas principales de ejecución en Terapia Ocupacional con personas con discapacidad intelectual, tanto en los aspectos evaluativos como en los propiamente de intervención, serían:

- **Competencia personal.** Según Schalock, en su formulación acerca de cómo mejorar la conducta adaptativa y, por ende, la competencia personal, propone cuatro tipos de intervenciones coordinadas entre sí: la formación de habilidades, los apoyos, las ayudas técnicas y las oportunidades de elección. La Terapia Ocupacional es una disciplina óptima para intervenir en todos estos aspectos.
- **Autonomía personal,** proporcionando los apoyos necesarios para alcanzar una óptima realización de las actividades de la vida diaria, y con ella contribuir a la máxima independencia y lograr la máxima calidad de vida para la persona con discapacidad intelectual y su familia.



- **Capacitación laboral**, facilitando actividades ocupacionales que les permita desarrollar habilidades, hábitos y destrezas laborales, así como que le capacite para poder alcanzar el necesario equilibrio entre el individuo y su puesto de trabajo.
- **Adaptación de entornos**, con el objetivo de facilitación de las actividades de la vida diaria, interviniendo sobre los espacios físicos y elementos del entorno, valiéndose de ayudas técnicas, señales visuales, auditivas, simplificación de las tareas, ergonomía, etc.
- **Estilos de vida**, con el fin de obtener beneficios significativos en la satisfacción en la vida, calidad en la interacción social, percepción global de su salud, funcionamiento físico, vitalidad, etc.
- **Ocio inclusivo y significativo**. La Terapia Ocupacional tiene mucho que hacer a favor de un ocio que permita la inclusión social real, con apoyos y ayudas técnicas al servicio de un ocio significativo que contrarreste la falta de accesibilidad de la oferta de ocio ordinario.

Desde que inicia su crecimiento, el ser humano busca ser autónomo para lo cual genera una independencia desde muchos ámbitos, buscando ser una persona dependiente de sí mismo y de nadie más.

Valverdi, (2010) afirma:

Una discapacidad intelectual se evidencia a través de la pérdida de las habilidades para el adecuado desempeño de las diferentes rutinas, roles, pérdida de hábitos adecuados relacionados con el aspecto personal y la higiene, pérdida de autonomía, y por consiguiente un mayor grado de dependencia.

En ciertos pacientes que presentan discapacidad intelectual, pueden observarse disfunciones tales como falta total de planificación en sus tareas, dificultades en la comprensión de las instrucciones, dificultades en la percepción del esquema corporal, mantenimiento de la atención ante tareas que exigen cierto esfuerzo, dificultando además los procesos de aprendizaje, por lo que dichos aspectos deben ser tenidos en cuenta previo al abordaje. En este contexto, los terapeutas ocupacionales deben orientar abordajes que tiendan a mejorar la calidad de vida del paciente, lograr una ligera mejoría en su grado de autonomía y



a minimizar los efectos provocados por el grado de disfunción que presentan, complementando al abordaje, mediante una rehabilitación adaptada a sus capacidades y limitaciones, o bien a través de adaptaciones ambientales que incluyan asesoramiento a los familiares. (p.6)

5.7 Objetivos y funciones generales de la Terapia Ocupacional en discapacidad intelectual.

- Proveer a las personas con discapacidad intelectual de una rutina significativa que favorezca su sentido de eficacia y orgullo antes la ejecución de actividades con propósito y con ello su competencia personal y desarrollo.
- Organizar el tiempo de manera que favorezca la adquisición de habilidades en las diferentes dimensiones de la conducta adaptativa. (Habilidades conceptuales, sociales y prácticas).
- Programar actuaciones ocupacionales que permitan la participación, interacción y adquisición de roles sociales dentro de los ambientes normales de vida, escuela o trabajo y comunitarios que favorezcan la potenciación de factores de bienestar personal.
- Fomentar la generalización de objetivos logrados dentro de los programas de terapia ocupacional con personas con discapacidad intelectual, el resto de áreas y espacios ocupacionales de la vida diaria.
- Frenar posibles deterioros causados por la edad, y en algunos casos la inactividad, trabajando aspectos cognitivos.
- Usar las actividades de modo terapéutico, seleccionándolas y adaptándolas a las necesidades individuales, teniendo en cuenta los intereses y valores de la persona a la hora de seleccionarlas.
- Adaptar el ambiente y ofrecer los apoyos necesarios para satisfacer las necesidades ocupacionales de cada persona con discapacidad intelectual en particular.
- Trabajar para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual a través de una mayor participación en ocupaciones



significativas y gratificantes y que les posibiliten la mayor igualdad e integración posible.

- Formar parte del comité de admisión del usuario a los distintos recursos existentes en la actualidad para discapacidad intelectual.
- Realizar una evaluación integral de la persona, en colaboración con el resto de profesionales del equipo multidisciplinar.
- Planificar, coordinar y llevar a cabo los programas de terapia ocupacional.
- Supervisar y valorar dichos programas para conseguir un servicio de calidad.
- Recogida de información y elaboración de informes referentes al área de terapia ocupacional.
- Coordinación y supervisión de los alumnos en prácticas de terapia ocupacional.
- Participar en estudios y actividades de investigación.
- Participar en actividades de formación y docencia.

Una vez expuesto cuanto antecede, es evidente la valiosa aportación de la Terapia Ocupacional a la intervención multidisciplinar sobre personas con retraso mental, así como los numerosos puntos de encuentro entre los dos modelos (AARM y AOTA). Cabe señalar y valorar el esfuerzo que suponen los pasos dados hacia una aproximación y acuerdo entre cuantos conforman dicho ámbito multidisciplinar, tendente a encontrar modelos complementarios en los aspectos teóricos y prácticos. La Terapia Ocupacional, que tiene un camino propio, se basa, además, en conocimientos adquiridos por la comunidad científica desde la Medicina, la Psicología y la Sociología, entre otros saberes. Unos y otros deben reconocer y aprovechar la labor de los demás en aras de una oferta de salud de calidad a la sociedad.

El papel del terapeuta ocupacional frente a la discapacidad intelectual se concreta en su participación profesional específica junto con la de otros profesionales participantes en el equipo multiprofesional. El marco multidisciplinar propuesto por la AARM (2002) puede resultar de gran utilidad para la planificación y coordinación de los apoyos facilitados al sujeto usuario de los mismos y como



guía para un trabajo en red coordinado, que incluya el contexto del sujeto, muy especialmente a su familia.

5.8 Clínica Casa Grande

Es una institución donde es importante la presencia de la familia en el espacio donde se lleva a cabo la asistencia de los hijos, ofreciendo espacios físicos y de comunicación, procurando su activa participación por todos los integrantes del equipo interdisciplinario: concurrente + familia + equipo interdisciplinario de colaboradores.

Brinda salud, amor y bienestar a niños, adolescentes y adultos con discapacidad, para lograr su máximo desarrollo de autovalimiento, independencia, inclusión social y aprendizaje posible.

Funciona de lunes a viernes a lo largo de todo el año, si interrupción vacacional, para facilitar y orientar al trabajo y los objetivos tanto individuales como del grupo, el equipo terapéutico de Casa Grande desarrolla una planificación que es revisada y ajustada periódicamente para guiar y proponer actividades, talleres acordes a temáticas y contenidos evaluados para favorecer una mejor calidad de vida a los concurrentes y sus familia.

En Casa Grande, creen en la inclusión social, en el desarrollo potencial de todas las personas, en el aprendizaje permanente, en que podemos aprender de todos. Valoran la diversidad, en que divirtiéndose, disfrutan más de lo que hacen.

5.8.1 Centro de día

Es una modalidad de servicio ambulatorio que tiene como objetivo lograr el máximo desarrollo de autovalimiento, socialización e inclusión a jóvenes y adultos con discapacidad, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral.

Actividades de:

- ✓ Integración
- ✓ De la Vida Diaria
- ✓ Laborales no productivas
- ✓ De Expresión corporal y Educación Física



✓ Otras.

5.8.2 Funciones del Terapeuta Ocupacional en Centro de día.

- Realizar una valoración global de cada usuario en las áreas de desempeño ocupacional teniendo en cuenta los intereses y las necesidades ocupacionales de la persona.
- Planificación y diseño de un plan de tratamiento individualizado en el que se incluyan: actividades de la vida diaria (cuidado personal), actividades instrumentales de la vida diaria (productivas) ocio y tiempo libre y habilidades sociales.
- Potenciación de la autonomía personal, la autoestima y el equilibrio emocional que le permita mejorar su calidad de vida.
- Ejecución de los diferentes programas de terapia ocupacional y/o formación y orientación a los miembros del equipo para el buen desarrollo de los mismos así como la evaluación de dicha ejecución, con el fin de alcanzar una rutina ocupacional significativa y normalizada para los discapacitados y una asunción de roles ocupacionales que les permita crecer personalmente y desarrollarse.
- Potenciar la integración social y comunitaria a través del uso de recursos socio-comunitarios normalizados para la realización de actividades de ocio y tiempo libre principalmente.
- Evaluación continuada del plan de tratamiento con el fin de realizar las modificaciones necesarias en función de los objetivos propuestos, así como para elaborar los informes de evolución.
- Contacto con la familia para asesorar y formar las estrategias más adecuadas para desarrollar con el usuario en lo que se refiere al área ocupacional.



CAPITULO 4



6. Capítulo 4

6.1 Material y método

6.1.1 Enfoque y alcance de la Investigación

Se realizó una investigación desde el paradigma cuantitativo con el objetivo de usar 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 (Hernández Sampieri, 2010).

Por otro lado este estudio es descriptivo porque especifica las propiedades, características y los perfiles de las personas, únicamente pretende recoger información.

Además es correlacional ya que busca identificar si la intervención de Terapia Ocupacional produce modificaciones en la autonomía de los hábitos de higiene y praxia de vestido de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual, para lo cual se realizaron dos mediciones: una de base y una luego de la intervención.

6.1.2 Diseño del estudio:

No experimental ya que se investiga sin manipular deliberadamente las variables, ya que solo se observan los fenómenos en su ambiente y medio natural para después analizarlos. De corte transversal porque se recoge la información en determinados momentos, en este caso previo a la intervención mediante el trazado de una línea de base que toma como datos los consignados en la historia clínica y posterior a 1 año de intervención de TO, sin realizarse valoraciones ni seguimiento longitudinal de las pacientes.

6.1.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis (Hi) 1: Transcurrido un año de intervenciones de terapia ocupacional, las mujeres con discapacidad intelectual obtienen un cambio suficiente en la autonomía en higiene personal.

Hipótesis (Hi) 2: Transcurrido un año de intervenciones de terapia ocupacional, las mujeres con discapacidad intelectual obtienen un cambio suficiente en la autonomía en praxia de vestido.



6.1.4 Variables

Variable 1: Grado de autonomía en higiene

Definición conceptual: capacidad de llevar a cabo los hábitos de higiene de manera independiente y siendo eficaz en su ejecución.

Definición operativa: Se midió esta variable mediante una ficha de registro evaluativa (Anexo n° 1) donde se recogieron los datos de las concurrentes con discapacidad intelectual en dos momentos: Septiembre 2015 y Septiembre 2016.

Cada ficha evaluó las siguientes actividades: reconocer elementos necesarios, correcta utilización de elementos, cepillarse los dientes, lavar su cabello, peinar su cabello, higiene de oídos, limpieza y corte de uñas, cuidado de su menstruación, aplicarse desodorante y bañarse diariamente o al menos 3 veces a la semana.

Esta ficha de registro estuvo compuesta de 10 ítems, con un total de 10 puntos.

Categorías:

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.
- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.
- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0 a 2 puntos.

Variable 2: Grado de autonomía en praxia de vestido

Definición conceptual: capacidad de llevar a cabo las praxias de vestido de manera independiente y siendo eficaz en su ejecución.

Definición operativa: Se midió esta variable mediante una ficha de registro evaluativa (Anexo n° 2) donde se recogieron los datos de las concurrentes con discapacidad intelectual en dos momentos: Septiembre 2015 y Septiembre 2016.

Cada ficha evaluó las siguientes actividades: abotonar, subir cierres, colocarse corpiño, quitarse corpiño, colocarse prendas miembro superior e inferior, quitarse prendas miembro superior e inferior, reconocer delante y revés de prendas de vestir, colocarse calzados, reconocer izquierdo y derecho y atar cordones. Esta ficha de registro estuvo compuesta de 10 ítems, con un total de 10 puntos.

Categorías:

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.
- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.



- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0a 2 puntos.

Variable 3: Modificación post intervención de TO

Definición Conceptual: Cambio que se efectúa por la capacidad de lograr el efecto que se desea o espera, por parte de la disciplina que provee a los individuos la aptitud para funcionar en su vida cotidiana satisfactoriamente, de forma independiente y productiva, según la etapa del desarrollo en la que se encuentren y según sus necesidades y posibilidades luego de llevar a cabo una planificación con un propósito desarrollada en un entorno determinado.

Definición Operacional: se midió esta variable de acuerdo a la diferencia o resta en el puntaje obtenido en la segunda evaluación respecto de la primera.

Categorías:

- Suficiente: cuando el resultado es mayor a 3 puntos.
- Insuficiente: cuando el resultado es de 1-2 puntos.
- Nula: cuando el resultado es de 0 puntos

6.1.5 Población y muestra

Población: todas las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual de la Clínica Casa Grande de San Miguel de Tucumán.

Muestra: cuatro mujeres jóvenes con discapacidad intelectual que concurren a la Clínica Casa Grande durante el septiembre de 2016.

Muestreo: no probabilística intencional para la selección de la muestra debido a que se buscó obtener una representatividad de la población consultando unidades de análisis que pueden ser obtenidas con facilidad.

6.1.6 Criterios de inclusión

- ✓ Las 4 mujeres autorizadas por sus tutores a participar en el trabajo de campo
- ✓ Aquellas que asistieron en forma regular a la institución
- ✓ Aquellas que presentan discapacidad intelectual.



6.1.7 Criterios de exclusión

- ✓ No participaron de la presente investigación mujeres cuya discapacidad no fuera intelectual.
- ✓ No participaron aquellas que asistieron en forma irregular.
- ✓ Cuando sus tutores no firmaran el consentimiento informado.

6.1.8 Consideraciones éticas: Se envió una nota a las autoridades de la Clínica Casa Grande solicitando el permiso para realizar el correspondiente trabajo de tesis en la misma (Anexo N° 3). Una vez obtenida la autorización, se solicitó a los tutores el Consentimiento Informado por escrito (Anexo N° 4). En el mismo se proporcionó la información correspondiente acerca de la intervención, aclarando la confidencialidad y el anonimato de la participación de los mismos. También se consideró la libre elección para formar parte del trabajo de investigación y eventualmente abandonarla si así lo deseaban.

6.1.9 Técnicas de recolección de los datos y presentación de los instrumentos

Para la valoración de la autonomía en higiene personal y praxia de vestido se creó un instrumento de evaluación propio para el cual se tomaron de referencia algunos ítems de las escalas del índice Barthel, FIM e índice de Katz. No se tomaron de manera completa las escalas anteriormente mencionadas debido a que alterarían el resultado al no incluir la categoría alimentación en el presente estudio.

Se utilizó una evaluación (Anexo n° 1) que registra la autonomía en hábitos de higiene personal de las 4 mujeres con discapacidad intelectual. La evaluación consta de 10 ítems con un puntaje de 1 por cada una. Cada ficha evaluó las siguientes actividades: reconocer elementos necesarios, correcta utilización de elementos, cepillarse los dientes, lavar su cabello, peinar su cabello, higiene de oídos, limpieza y corte de uñas, cuidado de su menstruación, aplicarse desodorante y bañarse diariamente o al menos 3 veces a la semana. El total brinda información acerca de su nivel de autonomía:

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.



- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.
- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0 a 2 puntos.

Otra evaluación utilizada (Anexo n° 2) que registra la autonomía en praxia de vestido de las 4 mujeres con discapacidad intelectual. La evaluación consta de 10 items con un puntaje de 1 por cada una. Cada ficha evaluó las siguientes actividades: abotonar, subir cierres, colocarse corpiño, quitarse corpiño, colocarse prendas miembro superior e inferior, quitarse prendas miembro superior e inferior, reconocer delante y revés de prendas de vestir, colocarse calzados, reconocer izquierdo y derecho y atar cordones. El total brinda información acerca de su nivel de autonomía:

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.
- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.
- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0 a 2 puntos.

6.1.10 Análisis de los datos

Los datos fueron procesados mediante una planilla Excel y se realizó un análisis descriptivo de los mismos. Se presentan los resultados en gráficos según distribución de frecuencias.



CAPITULO 5



7. Capítulo 5

7.1 Recolección y análisis del contexto de investigación

La investigación fue realizada durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2016 en la Clínica Casa Grande, ubicada en Mate de Luna 3041, San Miguel de Tucumán. Dicha Clínica cuenta con un Centro Educativo Terapéutico y un Centro de Día.

Para esta investigación se tomó una muestra de 4 pacientes de sexo femenino que asisten al Centro de Día, con un promedio de edad entre 20 y 40 años. Se realizó una reunión previa con el tutor o familiar de cada paciente para explicar el objetivo de la investigación y solicitar su consentimiento informado.

La primera ficha evaluativa se realizó con los datos obtenidos en la historia clínica de cada paciente del mes de septiembre del año 2015, la segunda evaluación se administró al cumplir el período de un año de cada paciente con la intervención de Terapia Ocupacional.

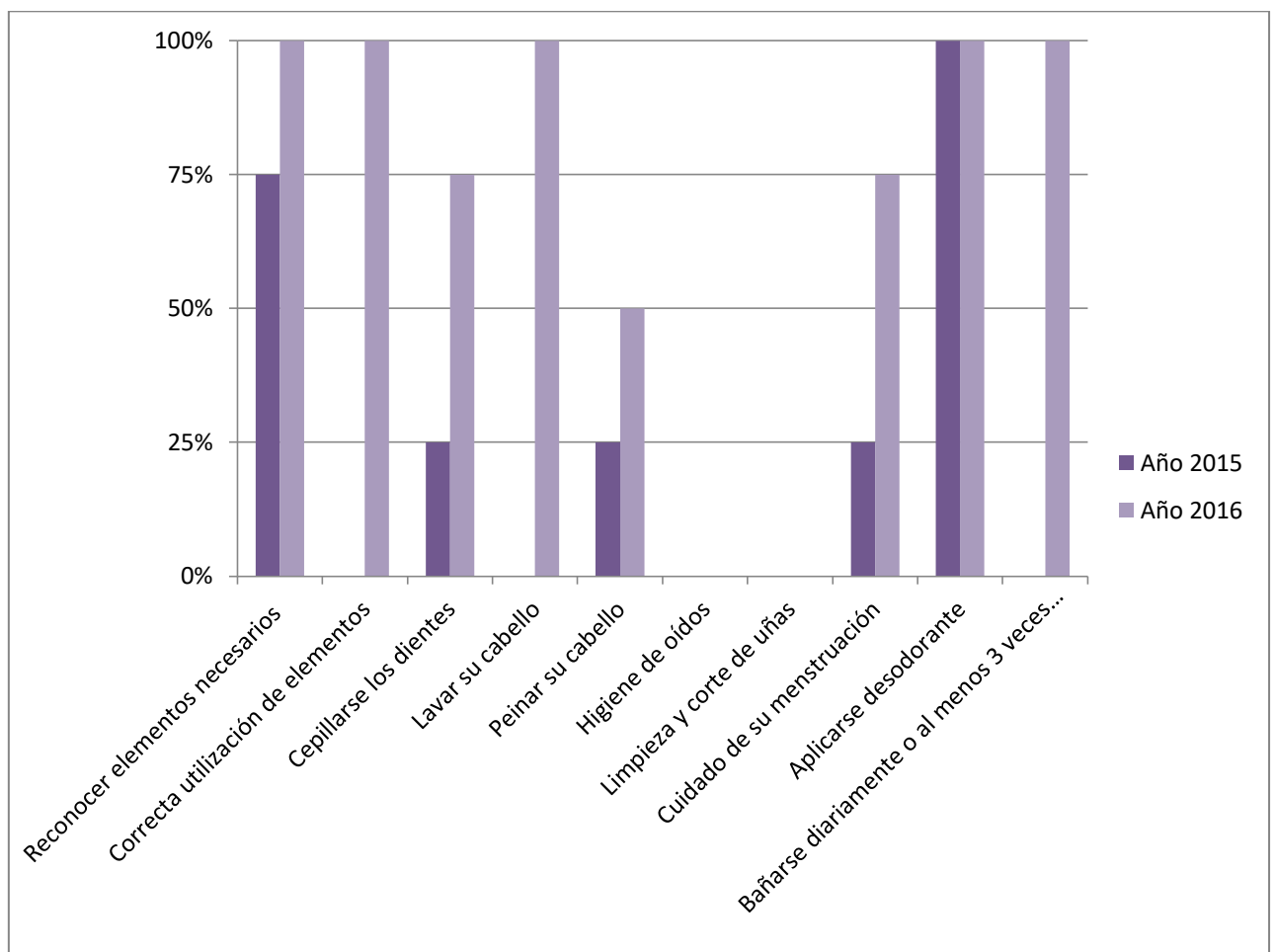


7.2 Gráficos y evaluaciones realizadas a pacientes

A continuación, se muestran los datos obtenidos a partir de las evaluaciones realizadas a cada paciente. Para una mejor interpretación de los resultados, se confeccionaron gráficos de barras donde cada uno de ellos cuenta con su título, su fuente y su correspondiente descripción.

Grafico 1.

Año 2015/2016. Hábitos de higiene



Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel.



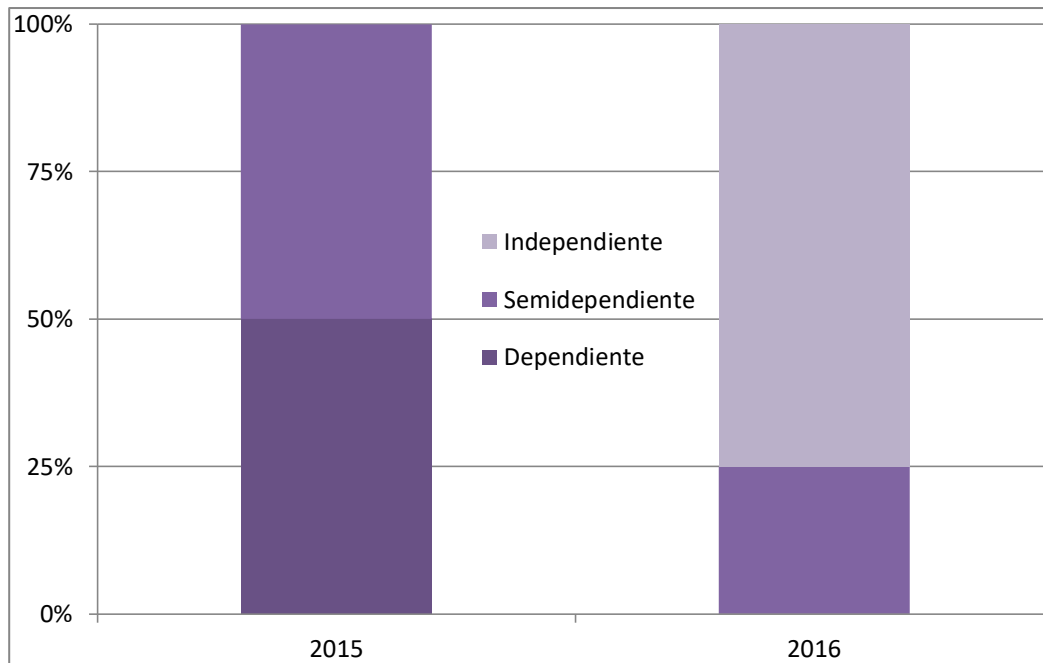
Este gráfico muestra el resultado acerca de los hábitos de higiene del total de la población durante el período 2015-2016. El resultado expone que en el año 2015 el 100% de la población se aplicaba desodorante; el 75% reconocía los elementos necesarios; el 25% cepillaba sus dientes, peinaba su cabello y presentaba cuidado de su menstruación mientras que ninguno de los entrevistados lograba la correcta utilización de elementos, lavar su cabello, higiene de oídos, limpieza y corte de uñas ni bañarse a diario o al menos 3 veces a la semana.

En el año 2016 los resultados expresaron que el 100% logro reconocer elementos necesarios, utilización correcta de elementos, lavar su cabello, aplicarse desodorante y bañarse diariamente o al menos 3 veces a la semana; el 75% de la población logró cepillar sus dientes y tener un correcto cuidado de su menstruación; el 50% logro peinar su cabello. Con respecto a higiene de oídos y limpieza y corte de uñas no se observaron mejoras o incremento de autonomía.



Grafico 2.

Grado de autonomía en higiene año 2015 y 2016.



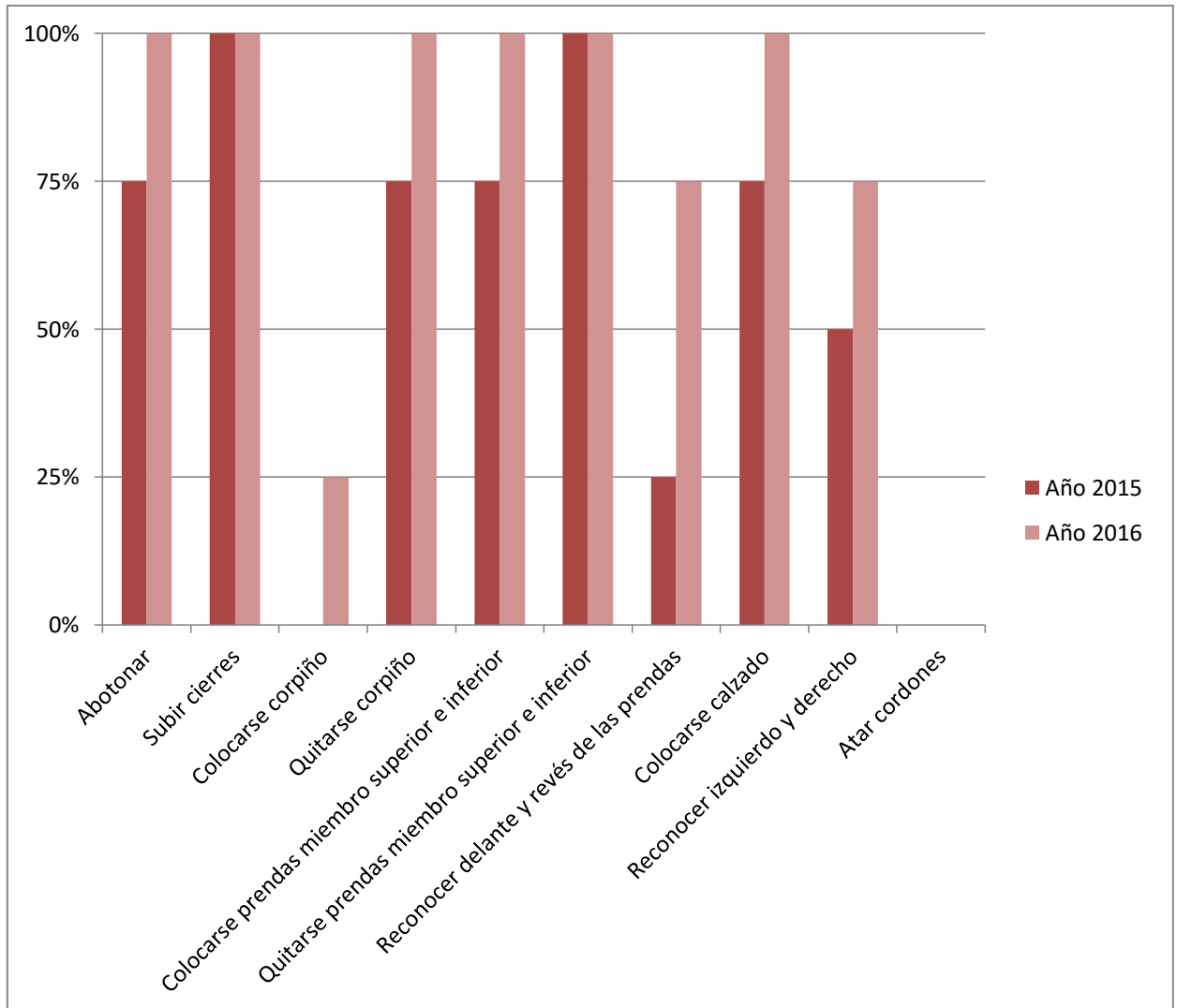
Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel

En el grafico se expresa el resultado de la evaluación del grado de autonomía en higiene. Se puede observar que del total de la población evaluada en el año 2015 el 50% era dependiente y el otro 50% semidependiente, mientras que, en 2016 el 25% de la población evaluada es semidependiente y el otro 75% independiente.



Gráfico 3.

Año 2015/2016. Praxias de vestido.



Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel

Este gráfico muestra el resultado acerca de las praxias de vestido del total de la población durante el período 2015-2016. El resultado expone que en el año 2015 el 100% de la población lograba subir cierres y quitarse prendas de miembro superior e inferior; el 75% lograba abotonar, quitarse el corpiño, colocarse prendas de miembro superior e inferior y colocarse calzado; el 50% reconocía izquierda y derecha y el 25% reconocía delante y revés. Ninguno de los evaluados logró colocarse el corpiño o atar sus cordones.

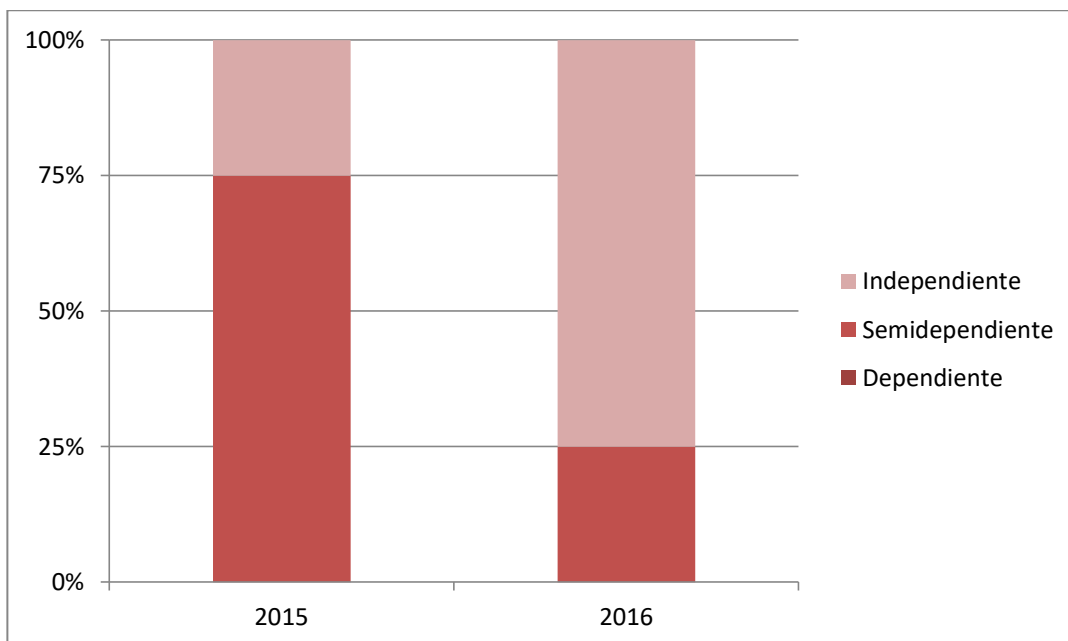


En el año 2016 los resultados expresaron que el 100% logro abotonarse, subir cierres, quitarse corpiño, colocarse prendas de miembro superior e inferior, quitarse prendas de miembro superior e inferior y colocarse calzado; el 75% reconoció delante y revés como así también izquierda y derecha; el 25% logro colocarse corpiño. Con respecto a atar cordones no se observaron mejoras o incremento de autonomía.



Grafico 4.

Grado de autonomía en praxia de vestido, año 2015 y 2016



Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel

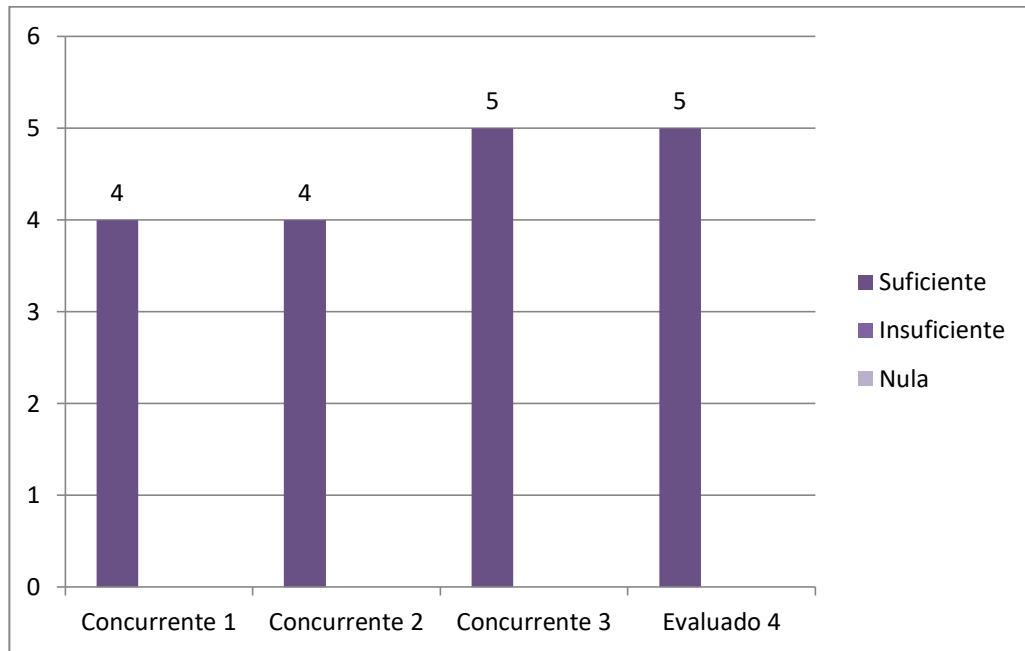
En el grafico se expresa el resultado de la evaluación del grado de autonomía en praxia de vestido. Se puede observar que del total de la población evaluada en el año 2015 el 75% era semidependiente y el otro 25% independiente. En el año 2016 el 25% de la población evaluada es semidependiente y el otro 75% independiente.



Grafico 5.

Modificación post intervención de TO

Pacientes que al cabo de un año de intervención de Terapia Ocupacional presentaron cambios suficientes, insuficientes o nulos en hábitos de Higiene



Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel

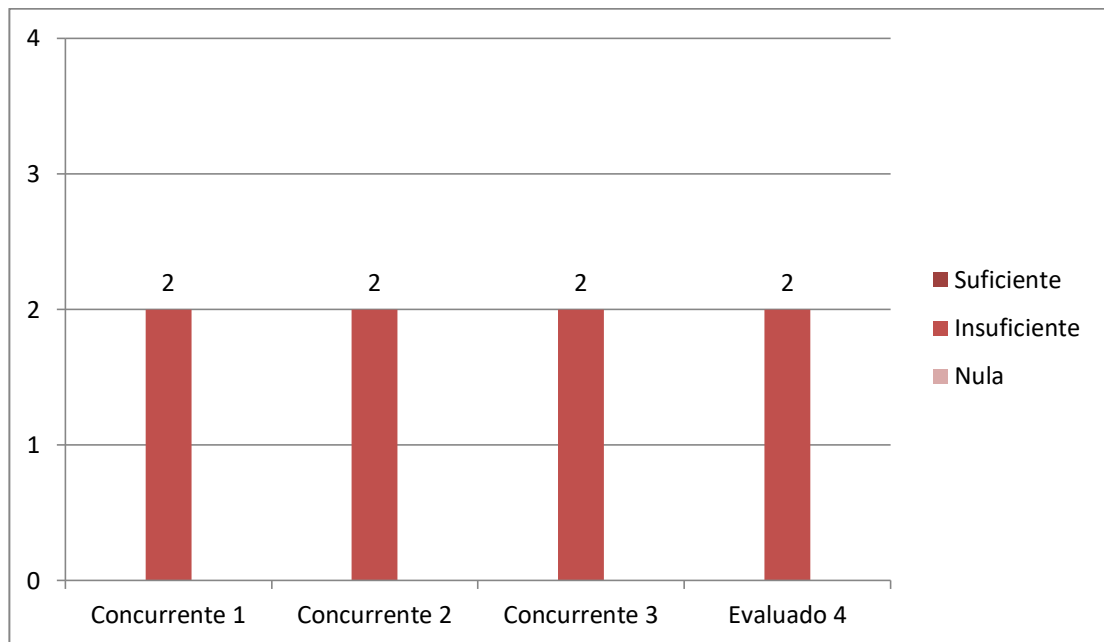
En este grafico se expresa el resultado de la modificación post intervención de T.O en hábitos de higiene. Se puede observar que el total de la población evaluada alcanzó una modificación suficiente. El 50% con una diferencia de 4 puntos mientras que el otro 50% con una diferencia de 5 puntos.



Grafico 6.

Modificación post intervención de TO

Pacientes que al cabo de un año de intervención de Terapia Ocupacional presentaron cambios suficientes, insuficientes o nulos en praxia de vestido.



Fuente: Propia. Matriz elaborada en Excel.

En este grafico se expresa el resultado de la modificación post intervención de T.O en praxia de vestido. Podemos observar que el 100% de la población evaluada alcanzó una modificación insuficiente, con una diferencia de 2 puntos.



7.3 Comprobación de hipótesis

Respecto de las hipótesis planteadas al inicio de la presente investigación puede decirse, aunque sin exactitud estadística por tratarse de un trabajo descriptivo, que la hipótesis número 1 se confirma debido a que se alcanzó un cambio suficiente en autonomía de hábitos de higiene personal transcurrido un año de intervención de Terapia Ocupacional.

Respecto de la hipótesis número 2 se rechaza debido a que en autonomía en praxia de vestido se alcanzó un cambio insuficiente transcurrido un año de intervención de Terapia Ocupacional.



CAPITULO 6



8. Capítulo 6

8.1 Resultados y Discusión

La presente investigación se desarrolló durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2016 en la ciudad de San Miguel de Tucumán y tuvo como objetivo principal conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres jóvenes con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren a un centro de día privado de San Miguel de Tucumán. Se trabajó con una población de 4 mujeres cuyo promedio de edad fue entre 20 y 40 años.

La autonomía es la actitud personal, independiente y responsable que permite decidir y actuar por sí mismo. El ser humano busca ser autónomo para lo cual genera una independencia desde muchos ámbitos, buscando ser una persona dependiente de sí mismo y de nadie más.

Para evaluar la autonomía de dichas mujeres en hábitos de higiene personal y praxia de vestido se utilizó una ficha evaluativa que consta de 10 ítems con un puntaje total de 10. La primera ficha evaluativa se confeccionó con los datos obtenidos en la historia clínica de cada paciente del mes de septiembre del año 2015, la segunda evaluación se administró al cumplir el período de un año de cada paciente con la intervención de Terapia Ocupacional.

Los datos obtenidos del análisis descriptivo en hábitos de higiene personal y praxia del vestido en mujeres con discapacidad intelectual fueron en 2016 una diferencia suficiente para el 100% de las mujeres en hábitos de higiene personal, e insuficiente en el 100% de los casos para praxia del vestido con una coincidencia de la investigación realizada en Buenos Aires, Argentina en el año 2010 acerca de las "Praxias del vestir: eficacia del tratamiento basado en el aprendizaje incidental".

Grieve (2000), define la apraxia como un trastorno de selección del patrón temporal y la organización espacial del movimiento con propósito. En este caso, el paciente no puede llevar a cabo lo que intenta, a pesar de que el conocimiento conceptual de la acción está intacto; el paciente sabe qué hacer pero no "cómo



hacerlo". En este sentido, se encuentra a la apraxia del vestir. La misma se manifiesta como una incapacidad para vestirse por sí solo, al no poder realizar correctamente las secuencias lógicas que se requiere para la actividad (León-Carrión, 1995).

De acuerdo a los resultados obtenidos, fue notable el aumento del conocimiento de las concurrentes en cuanto a hábitos de higiene, su práctica y correcta ejecución. Lograron adquirir como una rutina cepillarse los dientes luego de cada comida, bañarse todos los días, utilizar desodorante, entre otros cuidados importantes para su salud.

Si bien, se observan modificaciones en la praxia del vestido puesto que inicialmente el 25 % era independiente y luego de 1 año de intervención de Terapia Ocupacional el 75% mostro serlo, la diferencia a la que aspiraba la intervención medida fue menor a lo esperado por lo tanto el cambio se categorizó como insuficiente. Esto podría deberse a 2 situaciones relacionadas al contexto; la primera podría ser que el acompañamiento en el hogar para la ejercitación de la praxia del vestido fuera insuficiente o que al haber previamente mayor independencia en este aspecto el trabajo para consolidarlo fuera poco exigente.

Es importante dedicarle una frecuencia de 3 o 4 veces a la semana con una duración máxima de 40 minutos para evitar fatiga, así de esta manera incrementar el tiempo que tuvieron de práctica las concurrentes para las praxias de vestido. De todas maneras se encontró un incremento de las capacidades práxicas en el grupo que recibió el tratamiento, mejorando las habilidades práxicas al año de haber recibido la intervención de Terapia Ocupacional.

Cabe destacar que las 4 concurrentes evaluadas se mostraron en el momento del baño, vestido y desvestido absolutamente relajadas, interesadas y colaboradoras para llevar a cabo dicha práctica.

De igual manera, es una rutina diaria que requiere de práctica para no perderla, tanto en hábitos de higiene como en praxia de vestido. Se necesita del apoyo de la familia o grupo social del individuo para que logre alcanzar su máximo nivel de autonomía posible, como así también un contexto favorable.



8.2 Propuestas

Luego de concluir con la investigación y luego de la identificación de las dificultades que se presentaron en los resultados, se estableció como posible propuestas la evaluación semestral para lograr identificar actividades concretas que requieren de más tiempo y práctica y de alguna manera el paciente logre ver sus resultados y su avance.

Se sugiere que los profesionales del equipo interdisciplinario sean partícipes de esta actividad y conozcan cómo es que se trabaja en estos casos, qué se evalúa y como se actúa frente a esta práctica al igual que la familia para lograr llegar a los objetivos propuestos y facilitar el proceso del tratamiento..

El terapeuta ocupacional que se encuentre coordinando dicho tratamiento debe ser capaz de desarrollar numerosas estrategias para lograr la mayor autonomía posible y efectividad del tratamiento con el fin de aumentar, mantener o mejorar las habilidades presentes en la persona.

Es necesario contar con un ambiente apto para dicha práctica, sin distracciones, con luz clara, con espejo, con grifos de agua caliente y agua fría y elementos necesarios para higiene.

Es aconsejable continuar con el seguimiento y evaluación, luego de darles el alta del servicio de Terapia Ocupacional con una frecuencia de dos veces al mes con el fin de verificar que hábitos y praxias continúan ejercitándose.

Como contribución a la comunidad de profesionales se propone extender a los mismos los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con el fin de que los terapeutas ocupacionales de la provincia de Tucumán logren conocer la metodología y efectividad del tratamiento en personas con discapacidad intelectual para la autonomía en hábitos de higiene y praxia del vestido.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión tanto sobre el conocimiento existente del área investigada como sobre el ámbito de la Ciencia de la Ocupación Humana, lo cual necesariamente conllevará a hacer epistemología del conocimiento existente.



Desde el punto de vista metodológico, esta investigación propone la aplicación de un nuevo instrumento para generar conocimiento válido y confiable dentro de la Terapia Ocupacional.

Desde el punto de vista de su alcance, esta investigación servirá como marco referencial, abriendo caminos para que profesionales y docentes puedan observar los distintos patrones de conducta frente a situaciones similares.

Por último, profesionalmente pondrá de manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan, partiendo de la problemática aquí especificada.



8.3 Conclusiones

Este trabajo propuso conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres jóvenes con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren a un centro de día privado. Se valoró el grado de autonomía en higiene personal y el grado de autonomía en praxia de vestido de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual por medio de una ficha evaluativa que dio como resultado que luego de un año de intervención de Terapia Ocupacional las mujeres con discapacidad intelectual obtuvieron un cambio suficiente en la autonomía en higiene personal y un cambio insuficiente en praxia del vestido.

Esto significa que la hipótesis número 1 se confirma debido a que se alcanzó un cambio suficiente en autonomía de hábitos de higiene personal transcurrido un año de intervención de Terapia Ocupacional.

La hipótesis número 2 se rechaza debido a que en autonomía en praxia de vestido se alcanzó un cambio insuficiente transcurrido un año de intervención de Terapia Ocupacional.

El trabajo se desarrolló con personas diversas, en situaciones diferentes y con condiciones de vida muy distintas a lo que cada uno reaccionó, asumió y aprendió de manera diversa. Se acompañó al concurrente en todo lo que respecta a la puesta en juego de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

El inicio de programas específicos permite desarrollar, reaprender, mantener, compensar y/o sustituir destrezas y/o habilidades, a un nivel suficiente de competencia que permita a las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual lograr la máxima autonomía en las actividades cotidianas.

Si existe trabajo e intervención específica en áreas concretas del desarrollo de la autonomía, es más probable que se adquieran y/o mejoren estas destrezas.

La figura del Terapeuta Ocupacional puede hacer de puente de conexión entre el centro de día y el hogar, atendiendo las demandas e inquietudes de los padres y favoreciendo la participación de la familia en el desarrollo de sus hijos.



Se debe apuntar que el sujeto alcance el máximo desarrollo posible de sus potencialidades y mejore su calidad de vida. Buscando, en este sentido a la hora de evaluar a un sujeto con discapacidad intelectual, lograr obtener información sobre sus necesidades individuales o de su familia. Como así también, prestar atención a los niveles de apoyos que requiere y las herramientas necesarias para que consigan la adquisición de nuevos aprendizajes



ANEXO



9. Anexo

9.1 Anexo 1

Evaluación administrada a las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual.

Hábitos de Higiene	Septiembre 2016	Septiembre 2015	Diferencia de puntos
Reconocer elementos necesarios.			
Correcta utilización de elementos.			
Cepillarse los dientes.			
Lavar su cabello.			
Peinar su cabello.			
Higiene de oídos.			
Limpieza y corte de uñas.			
Cuidado de su menstruación			
Aplicarse desodorante			
Bañarse diariamente o al menos 3 veces a la semana.			
Puntaje Total			



Categoría

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.
- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.
- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0 a 2 puntos.



9.2 Anexo 2

Evaluación administrada a las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual.

Praxias de vestido	Septiembre 2016	Septiembre 2015	Diferencia de puntos
Abotonar			
Subir cierres			
Colocarse corpiño.			
Quitarse corpiño.			
Colocarse prendas miembro superior e inferior.			
Quitarse prendas miembro superior e inferior			
Reconocer delante y revés de prendas de vestir.			
Colocarse calzados.			
Reconocer izquierdo y derecho.			
Atar cordones.			
Puntaje Total			



Categoría

- Independiente: Cuando el puntaje total alcance entre 7 a 10 puntos.
- Semidependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 3 a 6 puntos.
- Dependiente: Cuando el puntaje total alcance entre 0 a 2 puntos.



9.3 Anexo 3

San Miguel de Tucumán, 21 de Junio de 2016.-

A la Licenciada María Esther Mercadel

Directora Clínica Casa Grande

Presente

La Srta. Nadal Emilia Fernanda, DNI N°: 36.943.045, alumna de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, de la provincia de Tucumán, está desarrollando su trabajo de tesis final de grado: "Hábitos de higiene personal y praxias de vestido en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual". El objetivo de la investigación es:

□ Conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren a un centro de día privado de San Miguel de Tucumán, Tucumán, 2016.

Por tal motivo, solicito autorización, como Secretario Académico de la Carrera, para que la alumna, desde Terapia Ocupacional, pueda aplicar diferentes evaluaciones y entrevistas, que se encontrarán a su disposición para posibles modificaciones, esto se basará en el desarrollo de observaciones, recolección de datos, entrevista a tutores, y otras dinámicas, con el compromiso pleno para mantener las reservas y las confidencialidades correspondientes, previo consentimiento informado.

Una vez finalizado y aprobado el trabajo de investigación, la alumna asume el compromiso de quedar a disposición de la institución para realizar intervenciones que le competan y socializar los resultados del estudio.

Si fuera necesario cubrir con otro requisito para dar curso a esta solicitud, les ruego remitirlo a la brevedad a mi casilla de correo smejail@unsta.edu.ar

A la espera de favorable y pronta respuesta, los saludo cordialmente.

Lic. Sergio Mejail

Firma:

Aclaración:



9.4 Anexo 4

Consentimiento Informado

Notificación

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado “Hábitos de higiene personal y praxias de vestido en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual” es elaborado por la Srta. Nadal Emilia Fernanda, estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

- Conocer y describir el grado de autonomía en higiene personal y praxia del vestido que presentan mujeres jóvenes con discapacidad intelectual con edades comprendidas entre 20 y 40 años que concurren a un centro de día privado de San Miguel de Tucumán, Tucumán, 2016.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber a la Srta. Nadal Emilia o directamente negarse a responder.

Declaro que he recibido toda la información correspondiente a la investigación y sus objetivos, comprendo el compromiso que asumo y lo acepto expresamente. Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi participación en el Trabajo de Tesis “**Hábitos de Higiene Personal y Praxias de Vestido en mujeres jóvenes con discapacidad intelectual**”. Al firmar este consentimiento, afirmo la confidencialidad, el anonimato, no renuncio a ninguno de mis derechos, solicito se apliquen los principios de autonomía, justicia beneficencia y no maleficencia y manifiesto que puedo retirarme de la investigación si así lo deseara.



Firma:

Aclaración:

Fecha:

Firma del Investigador:

Aclaración:



BIBLIOGRAFIA



10. Bibliografía

- Alcaide, R. (2012). Potenciación de la autonomía en personas con discapacidad intelectual desde la perspectiva de los derechos humanos. Recuperado de <http://www3.uah.es/congresoreps2013/Paneles/panel4/sesion3/isancho@u-gr.es/TCPONENCIAPANEL4ENVIADA.pdf>
- Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra: Definición de Discapacidad Intelectual (AAIDD). Recuperado de http://creena.educacion.navarra.es/equipos/psiquicos/pdfs/di_definicion.pdf
- Cintero, A. (2005). La Terapia Ocupacional, imprescindible en la autonomía personal y la atención a la dependencia. *Terapia-ocupacional.com*. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ley_dependencia_autonomia_personal_terapia_ocupacional.shtml
- Herrero, F. y Fernández, L. (2001). Las actividades de la vida diaria y el paciente psicogeriatrico. *Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*. Recuperado de <http://www.revistahospitalarias.org/info2001/0216404.htm>
- Jiménez, A. (2013). DSM-5: Novedades y criterios diagnósticos. *CEDE*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- Mirales, P. y Valverde, M.(2012). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Barcelona, España. Elsevier Masson.
- Orgaz, M. (2013). Formación para la autonomía y la vida independiente. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Formaci%C3%B3n_autonomia%202013.pdf
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México. McGrawHill.
- Sonsoles P. (2013). Autonomía: un camino hacia el bienestar y la libertad. *Fundación MAPFRE*. Recuperado de



http://discapacidad.fundacionmapfre.org/escueladefamilias/es/imagenes/Mod2-Tema3-Cap1_tcm207-36888.pdf.

Valverdi, J. (2010) Utilización del Inventario de las Tareas Rutinarias. Terapia-ocupacional.com. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/InventariotareasrutinariasAllenterapiaocupacionaIValverdinov2010.pdf>.

Vélez, M. (2012). Discapacidad intelectual desde un enfoque multidimensional (tesis de grado). UNSTA, Tucumán, Argentina.

Verdugo, M. A. (2011). *Discapacidad Intelectual*. Madrid: Alianza Editorial.

Yeregui O., Alguacil I., Villanueva A. y Baciero A. Terapia Ocupacional en Discapacidad Intelectual. TOG. (2009). Recuperado de <http://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf>