

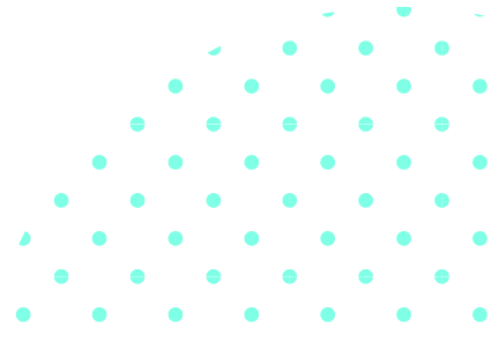
COMPILACIÓN DE

# **ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN ESTANDARIZADAS**

**PARA EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Asignatura de Modelos de Intervención en TO II  
2021

Editoras: María Paz Ossandón  
Soledad Sánchez



## ÍNDICE

### **CAPÍTULO 1: EVALUACIONES DE DESARROLLO INFANTIL**

- TEST DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO INFANTIL (TADI) Pág. 4
- WEEFIM (MEDICIÓN DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS) Pág. 7
- OBSERVACIONES CLÍNICAS ESTRUCTURADAS SENSORIOMOTORAS (OCES) Pág. 9
- PEP-3: PERFIL PSICOEDUCACIONAL PARA NIÑOS/AS CON DESÓRDENES DEL ESPECTRO AUTISTA Pág. 12
- CUESTIONARIO VOLICIONAL PEDIÁTRICO (PVQ) Pág. 15

### **CAPÍTULO 2: EVALUACIONES DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

- ÍNDICE DE BARTHEL Pág. 19
- ÍNDICE DE KATZ Pág. 22
- ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY Pág. 25
- CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (T-ADLQ) Pág. 28
- EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN AVDI HERNÁNDEZ NEUMANN Pág. 30

### **CAPÍTULO 3: EVALUACIONES DE HABILIDADES DE DESEMPEÑO**

- EVALUACIÓN DE HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS) Pág. 34
- EVALUACIÓN DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS) Pág. 36
- TINETTI: MARCHA Y EQUILIBRIO Pág. 39
- CUESTIONARIO DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND (DASH) Pág. 42
- ESCALA DE EDAD SOCIAL DE VINELAND Pág. 44

### **CAPÍTULO 4: EVALUACIONES COGNITIVAS**

- EXAMEN COGNITIVO DE ADDENBROOKE (ACER, VERSIÓN CHILE) Pág. 48
- MINI-COG Pág. 51
- MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) Pág. 53
- SHORT PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE (PFEIFFER) Pág. 56
- FAB BATERÍA DE EVALUACIÓN FRONTAL Pág. 59
- EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA) Pág. 61

### **CAPÍTULO 5: EVALUACIONES DE PATRONES DE DESEMPEÑO**

- LISTADO DE ROLES Pág. 65
- CUESTIONARIO OCUPACIONAL (CO) Pág. 67
- CONFIGURACIÓN DE ACTIVIDAD NIH Pág. 70

### **CAPÍTULO 6: EVALUACIONES DE FUNCIONES Y ESTRUCTURAS CORPORALES**

- GONIOMETRÍA Pág. 74
- DINAMÓMETRO Pág. 77

|   |         |
|---|---------|
| - ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA         | Pág. 81 |
| - PRWE (PATIENT-RATED WRIST EVALUATION) | Pág. 84 |
| - ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR       | Pág. 87 |
| - CUESTIONARIO DE SALUD SF-36           | Pág. 90 |

**CAPÍTULO 7: EVALUACIONES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL**

|  |          |
|--|----------|
| - PERFIL OCUPACIONAL INICIAL DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHOST) | Pág. 94  |
| - AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL DEL NIÑO (COSA)                         |          |
| - ENTREVISTA HISTÓRICA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL-II (OPHI II)        | Pág. 97  |
| - ESCALA DE IMPACTO AMBIENTAL PARA EL TRABAJO (WEIS)                 | Pág. 100 |
| - PERFIL INICIAL OCUPACIONAL DEL NIÑO (SCOPE)                        | Pág. 103 |
| - ENTREVISTA DEL ROL DE TRABAJADOR (WRI)                             | Pág. 105 |
| - LISTADO DE INTERESES   | Pág. 107 |
|  | Pág. 109 |

**CAPÍTULO 8: EVALUACIONES DE AMBIENTE SOCIAL**

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| - MAPA DE RED SOCIAL O MAPA DE REDES | Pág. 112 |
| - ECOMAPA                            | Pág. 115 |
| - ESCALA DE ZARIT                    | Pág. 118 |



CAPÍTULO 1



**EVALUACIONES DE  
DESARROLLO  
INFANTIL**



## TEST DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO INFANTIL (TADI)

---

Mirko Acevedo, Xiomara Acosta, Katherine Gallegos, Yeimili Huentulle, Karla Parraguez, Macarena Serrano, Carol Alvarado

### Descripción general y objetivo del instrumento

El Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) es un instrumento de evaluación que se realiza en el área de salud y ciencias sociales con infantes de 3 meses a 6 años de edad que busca contribuir en la construcción de pruebas de evaluación del desarrollo infantil y de políticas públicas a favor del bienestar integral de la infancia. Su formación fue dirigida por un equipo del Centro de Investigación Avanzada en Educación de la Universidad de Chile (CIAE) y del Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) (Pardo y Edwards, 2012).

La psicóloga Marta Edwards afirma que el TADI permite evaluar el desarrollo y aprendizaje que alcanza un/a niño/a, en relación a la población chilena de esa edad; es decir, si su desempeño es mejor, peor o igual que el promedio de los niños/as chilenos de ese rango etario. La prueba, consiste en evaluar cuatro dimensiones: *Cognición, Motricidad, Lenguaje y Socioemocionalidad*, permitiendo que los infantes nos den cuenta de su estado y sus necesidades. **“Un niño evaluado correcta y oportunamente puede hacer la diferencia en su vida, es una forma de cautelar sus derechos”**, asegura Marta Edwards, psicóloga y autora del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil, junto con Marcela Pardo.

Sin embargo, la investigadora del CIAE, menciona que **“Las trayectorias del desarrollo de los niños no son universales porque está plasmado con la cultura del país donde fue construido”**. Situándonos mejor en el esquema, el TADI comprende indicadores, preguntas y respuestas que se adaptan al entorno, contexto y diversidad cultural del país. En resumidas cuentas, el objetivo del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) busca determinar el nivel de desarrollo de los infantes evaluando a su vez, el impacto de los programas de intervención en el aprendizaje y/o desarrollo informando el nivel de grupos poblacionales para las políticas públicas.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos)

El test está formulado para que lo apliquen profesionales de la salud y las ciencias sociales, especializados en primera infancia. No obstante, su utilidad disminuye cuando se aplica en condiciones de riesgo, como en el síndrome de Down. En este caso, la evaluación cobra relevancia ya que va más allá de establecer si hay un retraso general, busca entender las asociaciones y disociaciones de rendimiento con el fin de comprender el perfil de funcionamiento y facilitar el diseño y monitorización de intervenciones, tanto clínicas como educativas (Moore et al., 2008).

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.

Utiliza tres tipos de ítems basados en la observación del comportamiento, preguntas al acompañante (debe ser alguien significativo para el niño o niña), pero principalmente la tarea directa solicitada al niño o niña. La toma de la prueba debe ser objetiva, clara y precisa en las instrucciones de puntuación con un

tiempo de evaluación breve y con pertinencia cultural. Mantiene 4 categorías de puntaje donde para su interpretación, en los dos primeros niveles no presenta posibles alteraciones en el desarrollo; sin embargo, en los tres últimos presenta una posible alteración al desarrollo y/o aprendizaje.

**Avanzado** (>= 60); **Normal** (40 a 59); **Riesgo** (30 a 39) y **Retraso** (29 o menos); sin embargo, a modo de condiciones terapéuticas, si el niño/a presenta frustración en un ítem en particular, se deberá puntuar con cero y pasar al siguiente; si la situación es constante, se salta a la siguiente dimensión esperando hasta el final del test para terminar.

Según Medwave (2016); al analizar el TADI, la percepción general rescatada es la alta calidad en el desarrollo tanto de la batería como de las instrucciones y excepciones que se debían de realizar durante la evaluación. Esto facilita su uso y hace de su aplicación un proceso más dinámico.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.

Según el Manual del examinador (Edwards & Pardo, 2012), para determinar la confiabilidad y validez de este instrumento se realizaron los siguientes estudios y pruebas:

**Confiabilidad:** Indica el grado de estabilidad con que un test mide la habilidad, destreza o conocimiento que pretende evaluar.

- **Confiabilidad Test-Retest:** La consistencia temporal del test se calculó correlacionando las puntuaciones obtenidas en dos aplicaciones realizadas a un mismo grupo en el lapso de una semana, evitando así cambios en el tramo de edad y adquisición de nuevas habilidades.
- **Confiabilidad Interjuez:** El test es confiable independientemente de quién lo aplique.

### Bibliografía

Centro de Investigación Avanzada en Educación. (2016, 13 septiembre). *TADI: Una herramienta para proyectar una mejor calidad de vida para los niños y niñas de Chile*. CIAE - Universidad de Chile. [http://www.ciae.uchile.cl/index.php?page=view\\_noticias&id=896&langSite=es](http://www.ciae.uchile.cl/index.php?page=view_noticias&id=896&langSite=es)

Centro de Investigación Avanzada en Educación. (2021). TADI Construyendo evaluaciones con sentido. [7-16]. <https://drive.google.com/file/d/1VFouFPhWaDAn86KOVGjCz-bENs7eH3Pd/view>

Chile Crece Contigo. (2017). *ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL DE NIÑOS(AS) DE 0 A 4 AÑOS EN CHILE: Fase levantamiento de base de datos*. <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/10/Informe-Final-Estudio-Analisis-de-instrumentos-para-la-evaluacio%CC%81n-del-desarrollo- Fase-Levantamiento-de-Base-de-Datos.pdf>

Edwards, M., Pardo, M. (2012). *Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI). Manual del Examinador*. CEDEP y CIAE (Santiago). pp 23-32.

Pardo, M., & Edwards, M. (2021, 6 julio). TADI: Test de Desarrollo y Aprendizaje Infantil. Tadi.  
<https://tadi.cl/>

Tenorio, M., Bunster, J., Arango, P., Aparicio, A., Rosas, R. & Strasser, K. (2020). *Evidencia de Confiabilidad y Validez del Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) para Evaluación de Niñas y Niños Chilenos con Síndrome de Down*. *Psykhe* (Santiago), 29(1), 1-16.  
<https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.1.1378>

## WEEFIM (MEDICIÓN DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN NIÑOS/AS)

---

Fernando Saravia, Javiera González, Scarlett Matamala, Ana Morales, Thiare Galdames, Valentina Espinoza

### Descripción general del instrumento

La Medición de la Independencia Funcional en niños/as es una escala que ha sido adaptada para población infantil, basada en la Medida de Independencia Funcional (FIM), dirigida a adultos/as. El WeeFIM es un instrumento que tiene como objetivo medir la capacidad funcional y la necesidad de asistencia en niños/as de 6 meses a 7 años (Ramírez, 2014). De esta forma, se evalúa lo que el o la usuario/a hace en el presente y no lo que sería capaz de hacer si las circunstancias fueran diferentes (Antúnez, *et al*, 2015).

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

Los contextos en los que se podría utilizar escala de evaluación correspondería a diversos dispositivos de salud, sociales y educativos que trabajen con población infantil, por tanto podría incluir instituciones de rehabilitación, tanto públicos como privados (CCR, Teletón, por ejemplo), como también en distintos centros educativos.

### Detalles del instrumento

El WeeFIM está diseñado para aplicarse de manera presencial o telefónica en aproximadamente 20 minutos de duración. Integra la evaluación de 18 habilidades, divididas en 3 dominios: Autocuidado, transferencia y cognición (Ramírez, 2014, p.17). Cada una de las habilidades se puntúa con una escala de 7 puntos, donde 1 es Asistencia Total y 7 es Independencia Completa. Este puntaje es posteriormente sumado para evaluar las capacidades y la independencia del usuario/a.

El instrumento debe ser aplicado en tres momentos del proceso de intervención: en la admisión, la reevaluación del usuario/a y al ser dado de alta, para así observar y cuantificar el progreso de sus capacidades a lo largo del plan de intervención.

Para la valoración de cada ítem, se debe considerar que el puntaje debe reflejar lo que el usuario/a generalmente hace, no lo que pudo hacer alguna vez o lo que podría hacer en otras circunstancias. Asimismo, si existen diferencias en el puntaje en distintos ambientes o condiciones, se debe registrar el puntaje más bajo.

Esta pauta requiere de un entrenamiento de 2 horas y posterior examen para ser utilizada.

### Propiedades psicométricas del instrumento

De acuerdo a Rotter (2011), el WeeFIM es una herramienta validada desde el punto de vista estadístico, además de ser de gran utilidad para ser aplicada en la población pediátrica con dificultades de independencia y excelente en la replicación.



Sumado a lo anterior, tiene una adecuada fiabilidad ya que según García (2011, p. 80) “la confiabilidad entre encuestadores también fue comprobada utilizando el coeficiente de Kappa que varía entre 0,44 y 0,82”. Así, Abaira (2001) concluye que el grado de acuerdo se ubica entre moderado a sustancial, por ende, puede ser un instrumento fiable.

Finalmente se puede señalar que esta pauta no presenta artículos que señalan la sensibilidad de los resultados, por ende, se desconoce si las metodologías utilizadas para esta pauta son sensibles o no.

### **Bibliografía**

Abaira, V. (2001). El índice kappa. *Semergen-Medicina de Familia*, 27(5), 247-249. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(01\)73955-X](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(01)73955-X)

García, D. (2011). Instrumentos de evaluación de funcionalidad en niños con discapacidad: una comparación descriptiva entre The Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) y The Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Rehabil. integral (Impr.)*, 79-86. <https://www.teleton.cl/wp-content/uploads/2014/11/Diciembre-2011.pdf>

Ramírez, C. A. (2014). *Evaluación con la escala WeeFim de niños con trastornos por déficit de atención e hiperactividad 2014*. [tesis de licenciatura]. Repositorio Institucional Universidad Autónoma de México. <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14834>

Rotter, K. (2011, diciembre) “Rehabilitación Integral” Volumen 6, Número 2. Teletón. Recuperado de: <https://www.teleton.cl/wp-content/uploads/2014/11/Diciembre-2011.pdf>

## OBSERVACIONES CLÍNICAS ESTRUCTURADAS SENSORIOMOTORAS (OCES)

---

Natalia Aravena M., Bryan Arroyo M., Constanza Becerra M., Macarena Cuevas O., Sofía Órdenes J.,  
Paula Yáñez C., Karina Barrios

### Descripción general y objetivo del instrumento

De acuerdo a Ayres (1984, como se citó en Imperatore et al. 2016), las observaciones clínicas son un grupo de observaciones dirigidas a habilidades motoras y comportamientos relacionados con el procesamiento sensorial, que permite un diagnóstico de dificultades vinculados a la integración sensorial. En terapia ocupacional cuando estas observaciones van de la mano con señales de procesamiento ineficiente de la información sensorial captada, se interpreta como *“una disfunción en integración sensorial”* (Imperatore et al. 2016).

Las tareas presentes en estas observaciones han sido estudiadas por terapeutas ocupacionales en niños y niñas “típicos/as” con la finalidad de proporcionar estadísticas que ayuden a los examinadores a interpretar y valorar los resultados otorgados en las evaluaciones. Uno de los profesionales que contribuyó al desarrollo de estos parámetros fue Frazer, quien en el año 1986 estudió el desempeño que tenían los niños y niñas típicos/as durante la flexión en supino, entregando datos que permiten la interpretación de esta tarea en infantes de 4 o 8 años (Imperatore et al. 2016).

El fin que tiene el uso de observaciones estructuradas (y no estructuradas), en el proceso diagnóstico de un usuario/a, permite la creación de una visión más amplia de las capacidades del mismo/a en la realización de tareas diarias e identificar factores que puedan estar obstaculizando su desempeño (Imperatore, et al. 2016). El uso de observaciones permite recopilar datos en distintos escenarios, siendo un instrumento flexible, facilitando la obtención de información de sistemas sensoriales específicos tales como: vestibular, propioceptivas y vestibulo-propioceptivas (Imperatore & Reinoso 2018, como se citó en Imperatore et al. 2016)

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

Los contextos en los que es aplicable este instrumento son centros de atención primaria como CESFAM, también en CECOSF, CCR, colegios que cuenten con programa de integración escolar, centros de neurorrehabilitación, etc. Es decir, la metodología de observación puede ser utilizada en cualquier contexto profesional que requiera de una evaluación y valoración de habilidades sensoriales para el desempeño ocupacional de usuarios/as entre 4 y 13 años (Universidad Autónoma de Chile, 2018).

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.

Imperatore (2016, como se citó en Calderón, 2020) plantea que las OCE se componen de 16 pruebas, que incluyen tres de control postural correspondientes al Test de Romberg (equilibrio con los pies juntos); Equilibrio con los pies en talón-punta, ambos medidos en 4 condiciones combinando superficie firme (SF)

o blanda (SB) y con ojos abiertos (OA) o cerrados (OC); y finalmente la prueba de Equilibrio sobre un pie (derecho e izquierdo) con OA y OC.

Otras de las pruebas incluidas en el instrumento corresponden al

Test de extensión de brazos de Schilder modificado, Saltos skipping, Serie de saltos (en marioneta, simétricos y recíprocos), Alcance de rodillas (control postural anticipatorio en posición arrodillada), Extensión contra la gravedad, Flexión contra la gravedad, Movimientos oculares (estabilidad del campo visual con movimientos de cabeza verticales y horizontales, y seguimiento visual), Movimientos lentos en arco (imitación simultánea), Tocar dedos en secuencia (en diferido y con visión ocluida), Diadococinesia (movimientos alternados de pronosupinación del antebrazo), Acciones proyectadas en tiempo y espacio (atrapar pelotas de diversas maneras, demandando planificación motora de feedforward), y Reacción a la gravedad; y además se incluye la prueba de nistagmo postrotatorio (Imperatore, 2016, como se citó en Calderón, 2020, p. 135).

La OCE detalla todas las acciones que el/la participante debe realizar para la correcta aplicación de las pruebas, incluyendo la entrega verbal de instrucciones, demostraciones requeridas en la mayoría de las pruebas y las acciones concretas que debería realizar durante el posicionamiento del niño/a, restringir movimiento si es necesario, colocar y mover objetos, hacer movimientos a una velocidad determinada, activar el temporizador o activar y detener el tiempo, brindar seguridad y movilizar el cuerpo del niño (Calderón, 2020, p. 137).

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

- **Fiabilidad:** Se realizó un estudio con 46 participantes en donde se analizaron los resultados de la calificación de las OCE a través del análisis de un video. Previamente, los instructores calificaron independientemente el video, para establecer los parámetros y los márgenes de error tolerados en la evaluación para cada ítem específico: en las variables cuantitativas el margen de error determinado en promedio fue  $1,2 \pm 0,8$ , mientras que, al haber en un 92% de las variables dicotómicas un acuerdo absoluto entre los instructores, se determinó una tolerancia al error de 0 en esos ítems (Calderón, 2020, p.137).

En la Calificación de los criterios cualitativos y dicotómicos, se obtuvo un aceptable porcentaje de acuerdo con los instructores en aspectos cualitativos de Schilder, Saltos en Marioneta, Alcance de rodillas, Extensión contra gravedad, Flexión contra gravedad, Diadococinesia, Acciones proyectadas en tiempo y espacio, Reacción a la gravedad, Nistagmo postrotatorio, y en el recuento de los Movimientos oculares. Hubo errores en la calificación en el Test de extensión de brazos de Schilder, particularmente el tercer y cuarto movimiento. Se advirtieron patrones de errores en la calificación de ciertos aspectos cualitativos específicos y transversales a muchas pruebas: hubo mayor cantidad de errores en todos los ítems que se refieren a movimientos suaves o fluidos (fluidez en Skipping, suavidad de los movimientos oculares, presión uniforme en toque secuencial de los dedos), alineación (Equilibrio), movimientos coreatetoides (Schilder) (Calderón, 2020, p.142).

- **Sensibilidad:** Según el estudio mencionado anteriormente, un ítem se considera aprobado si coincide con el criterio de los instructores, o si se encuentra dentro del margen de error definido para cada ítem, a su vez se determinó que el criterio se considera *similar* cuando el promedio obtenido por los alumnos está dentro del margen de error definido por los instructores, que existe una tendencia a la *sobrevaloración* cuando el promedio del grupo supera al margen de error definido, y una tendencia a la *infravaloración* cuando ocurre lo contrario (Calderón, 2020, p.137).
- **Validez:** Imperatore y Reinoso (como se citó en Calderón, 2020) dicen que el propósito fundamental de las observaciones clínicas no es identificar si el niño logra desempeñar una tarea o no, sino deducir si el desempeño inadecuado de una tarea constituye un patrón de disfunción que interfiere con la participación.

### Bibliografía

Imperatore, E., Reinoso, G., Blanche, D. & Barros, A. (2016). Desempeño de niños típicos entre 5 y 7.11 años de edad en una selección de observaciones clínicas: datos preliminares y propiedades psicométricas en una muestra chilena. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(N°1), 17-25. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/41941/43893>

Calderón, D. (2020). Resultados de un modelo de entrenamiento de las observaciones clínicas estructuradas en el aprendizaje de su administración y de los criterios de calificación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20 (N°2), 133-143. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/56335/64073>

Universidad Autónoma de Chile. (2018-2019). Test de observaciones clínicas de Jean Ayres. *Terapia Ocupacional*. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-autonoma-de-chile/terapia-ocupacional/observacion-clinica-en-ninos/5350509>

### **PEP-3: PERFIL PSICOEDUCACIONAL PARA NIÑOS/AS CON DESÓRDENES DEL ESPECTRO AUTISTA**

---

Natalia Aravena M., Bryan Arroyo M., Constanza Becerra M., Macarena Cuevas O., Sofía Órdenes J.,  
Paula Yáñez C., Karina Barrios

#### **Descripción general y objetivo del instrumento**

El perfil psicoeducacional (PEP-3) es un instrumento de evaluación que mide el nivel de funcionamiento en niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo. Tiene como objetivo identificar las fortalezas y debilidades de niños/as entre 6 meses y 8 años, para recoger información para confirmar el diagnóstico y su gravedad, establecer el nivel de desarrollo/adaptación en cada área a partir de la comparación con una muestra con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y servir como herramienta de seguimiento y de investigación (Schopler et al. 2005, citado en Orobal, 2013).

Desde el punto de vista la Terapia Ocupacional, el instrumento nos “permite realizar un diagnóstico funcional dirigido a determinar las competencias de cada niño o niña de cara a planificar un programa de intervención individualizado con objetivos y metas consensuados entre los profesionales y la familia” (Alcantud & Alonso, 2013, citado en Orobal, 2013).

Para la aplicación del PEP-3 se incluye la participación de la familia, además su formato se divide en ítems que evalúan habilidades verbales y no verbales, convirtiendo este instrumento en un método integral para la evaluación de usuarios/as y demostrando una buena adaptabilidad e integralidad al momento de ser utilizado, rompiendo así la brecha que suele existir entre evaluación e intervención que resulta esencial para que tenga éxito (Massani et al., 2015).

#### **Contextos en los que se podría utilizar el instrumento**

El PEP-3 podría utilizarse en centros de salud mental, tanto para rehabilitación/estimulación en habilidades de motricidad fina como de motricidad gruesa. Asimismo, es posible utilizarlo en centros educacionales, como escuelas y jardines infantiles, centros terapéuticos que entreguen atención especializada a niños con TEA o a la población en general, como los dispositivos donde se implementa el Programa Chile Crece Contigo.

#### **Detalle del instrumento**

El PEP-3 integra dos ítem subdivididos por quienes entregan el reporte del desempeño:

- **Informe del Cuidador/a:** Rellenada por los padres, madres o cuidadores/as del niño/a. Este ítem se compone de dos secciones: nivel actual de desarrollo del niño en distintas áreas y el nivel de dificultades en diferentes categorías diagnósticas; además de tres subtest que integran la valoración de problemas conductuales, auto-cuidado personal y conducta adaptativa.
- **Rendimiento:** Aplicada por el/la profesional, que incluye una prueba directa mediante la observación del niño/a. Este apartado se compone de 10 subtest, donde 6 de ellos miden habilidades del desarrollo como cognición verbal, lenguaje expresivo y receptivo, motricidad fina

y gruesa, e imitación viso-motora; y 4 miden conductas desadaptativas, referidas a la expresión afectiva, reciprocidad social, conductas motoras y verbales características. Los resultados de los 10 subtest previamente descritos, se combinan para formar tres compuestos: el de comunicación, el de motricidad y el de conductas desadaptativas.

El sistema de puntuación en todos los ítems de la evaluación comprende una escala de valoración entre 0 y 2 puntos, en donde cada habilidad de desarrollo y comportamiento está dividido en distintos niveles que evalúan la capacidad del niño o niña para realizar las tareas, observar sus conductas, la intensidad, la calidad y las manifestaciones ya sean exageradas o interferentes. Todo esto es evaluado y calificado por el/la profesional, quien debe tener conocimiento sobre los hitos del desarrollo en la edad correspondiente para cada niño.

Finalmente, en un análisis normativo, estas puntuaciones se suman y se convierten en percentiles, que dependiendo de las edades del desarrollo y de adaptación del niño/a, ayuda a las y los profesionales en el proceso diagnóstico del TEA y las interpretaciones clínicas asociadas.

### Propiedades psicométricas del instrumento

- **Fiabilidad:** De acuerdo con Anastasi y Urbina (1997), el concepto de fiabilidad del test hace referencia a “el grado en el cual las diferencias individuales en las puntuaciones del test son atribuibles a verdaderas diferencias en las características consideradas y al grado en que éstas son atribuibles a errores casuales” (p.84). Utilizando la técnica de transformación en puntuaciones z se obtuvieron los coeficientes promedio igual o mayor a .90 en los subtests de Rendimiento, igual o mayor a .84 en los subtests del Informe del Cuidador, e igual o superior a .97 en los compuestos; indicando que los coeficientes promedio son indicativos de una alta fiabilidad, siendo el PEP-3 un test fiable y de confianza.
- **Sensibilidad:** Luego de realizar análisis estadísticos entre las puntuaciones directas obtenidas en la primera y en la segunda aplicación del PEP-3 muestran que éste es sensible a medir cambios cualitativos estadísticamente significativos en todos los compuestos y en casi todos los subtest del PEP-3. en periodos de intervención relativamente cortos.
- **Validez:** Orobal (2013) aplicó el instrumento a una niña sin rasgos autistas, quien calificó con percentiles altos en el Compuesto de Conductas Desadaptativas propias de niños con TEA (>99%), y un percentil alto en el Compuesto de Comunicación y en el de Motricidad (88% y 92% respectivamente). Lo anterior demuestra que el instrumento es válido, en la medida que logra identificar el desarrollo y la presencia de conductas desadaptativas, diferenciando entre niños/as con y sin TEA.

### Bibliografía

Orobal, P. (2013). *Estudio Preliminar del PEP-3 como instrumento de evaluación funcional de niños con Trastorno del Espectro Autista* [tesis de maestría, Universidad de Valencia]. <https://core.ac.uk/download/pdf/71017825.pdf>

Massani, J., García, X. & Hernández, E. (2015). La evaluación psicopedagógica de niños (as) con trastornos

del espectro autista mediante el perfil psicoeducativo. *Revista Universidad y Sociedad* 7(2).  
<http://scielo.sld.cu>.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202015000200021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000200021)

---

## CUESTIONARIO VOLICIONAL PEDIÁTRICO (PVQ)

---

Natalia Aravena M., Bryan Arroyo M., Constanza Becerra M., Macarena Cuevas O., Sofía Órdenes J.,  
Paula Yáñez C., Karina Barrios

### **Descripción general y objetivo del instrumento**

El Cuestionario Volicional Pediátrico (Pediatric Volitional Questionnaire/PVQ), es una evaluación sustentada desde el Modelo de Ocupación Humana, de carácter observacional, que se encarga de valorar e identificar aspectos volicionales (motivación) en niños y niñas. El PVQ, además de observar las acciones y reacciones del niño/a, también observa los factores ambientales en el que se desenvuelve, tomando en cuenta su impacto positivo/negativo en la volición.

A pesar de que esta prueba fue creada para evaluar los componentes volicionales en los niños/as con limitaciones en sus habilidades de desempeño, ya sean cognitivas, verbales, y/o físicas, el PVQ es considerado como una herramienta eficaz para evaluar a todos los niños y niñas, independientemente de sus habilidades.

Gracias a la utilización de esta prueba podemos proveer observaciones, puntos fuertes y débiles de la motivación del usuario/a, identificar características del ambiente, actividades que fomentan la volición, proporcionar información para ayudar a los profesionales a planificar actividades que sean del gusto del usuario,/a etc., lo que será muy útil para crear y planificar una intervención.

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación**

Esta evaluación es considerada como una gran herramienta para intervenir ya que originalmente el PVQ fue diseñado para ser usado con niños/as de dos a siete años de edad con discapacidades y sin ellas. En la práctica, los/as terapeutas ocupacionales han observado que el uso del PVQ resultó útil también con niños/as y adolescentes que tienen un funcionamiento inferior a su edad cronológica. (Basu, et al., 1998, pp.3). Por ende, podemos decir que este instrumento puede ser utilizado en centros de atención primaria, CESFAM, CCR, centros educacionales, etc., pues permite evaluar la motivación de los niños/as al momento de exponerse al juego, esparcimiento, educación, actividades de la vida diaria, etc.

### **Detalle del instrumento de evaluación**

El PVQ cuenta con 14 indicadores volicionales y con un Registro de Características Ambientales. En relación a los indicadores volicionales se incluyen si el niño/a muestra curiosidad, inicia acciones, se orienta hacia un objetivo, muestra preferencias, intenta cosas nuevas, permanece involucrado, expresa placer con sus logros, trata de resolver problemas, trata de producir efectos, practica habilidades, busca desafíos, organiza/modifica el ambiente, realiza una actividad hasta completarla y usa la imaginación.



Los 14 indicadores mencionados previamente son calificados con una escala de 4 puntos (E, I, D, P, N/A), que representan diferentes grados de la expresión de la volición, otorgados de acuerdo al nivel de espontaneidad, cantidad de apoyo, estructura, estimulación, etc. y que se describen a continuación:

- Espontáneo (E): Muestra el comportamiento sin apoyo, estructura o estimulación.
- Involucrado (I): Muestra el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo, estructura o estímulo.
- Dudoso (D): Muestra el comportamiento con máximo apoyo, estructura o estímulo.
- Pasivo (P): No demuestra el comportamiento aún con apoyo, estructura o estímulo.
- No aplica (N / A): Este puntaje se asigna si no fue posible evaluar un ítem debido que el niño no tuvo oportunidad de demostrar el comportamiento.

Finalmente, la evaluación del ambiente se realiza considerando el espacio, los objetos, el ambiente social y las formas ocupacionales en las que se desenvuelve cotidianamente el niño/a.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

Geist (1998) y posteriormente Anderson (1998) analizaron y corroboraron la fiabilidad del instrumento con una muestra que incluía niños en situación de discapacidad. Por otra parte, y mediante la práctica y el uso del PQV, se pudo determinar que también es aplicable con niños/as de dos a siete años de edad con discapacidades y sin ellas en distintos contextos de intervención y trabajo disciplinar. Es decir, esta prueba no sólo se puede utilizar con un grupo específico, sino que su uso se ha ampliado a la diversidad de niños, niñas y adolescentes (Basu et al.1998).

Se ha demostrado que la versión china del PVQ (PVQ-C), es un instrumento fiable y válido a la hora de evaluar el estado volitivo en los niños/as mediante programas de intervención centrados en el cliente, (Liu *et al*, 2013), donde se realizó un estudio con 40 preescolares con retrasos en su desarrollo y 40 preescolares con desarrollo típico. Los datos fueron analizados por el modelo de medición Rasch y los resultados indicaron que los ítems del PVQ-C se ajustan en un continuo unidimensional de volición (logit -6,63~3,05) con 2 ítems que representan el funcionamiento diferencial de los ítems para grupo de diagnóstico. Las estadísticas, mostraron que el 83% de los participantes podía estimarse y estratificarse adecuadamente (índice de separación = 1,86). El uso de una escala de valoración de 3 puntos modificada dio lugar a una fiabilidad aceptable de los ítems (0,97) fiabilidad intra-registrador (0,412-1,0), el 86% de los ítems del PVQ con una fiabilidad test-retest fiabilidad > 0,4, y validez convergente ( $r = 0,562-0,656$ ).

### **Bibliografía**

Basu,S., Kafkes, A., Geist, R. & Kielhofner, G. (1998). Manual del Usuario del Cuestionario Volicional Pediátrico (PVQ) Versión 2.0. Universidad de Illinois.  
<https://www.docdroid.net/7W47eCC/cuestionario-volicional-pediatico-pdf>

- Huaman, T. (2020). *Volición en niños con trastornos del espectro autista atendidos en el Instituto para el Desarrollo Infantil-ARIE, Sede Comas - Lima, 2017* [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.] <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11535>
- Liu L., Pan A-W., Chung L., Kramer J., Gau S., Lai J-S. (2013). Reliability and validity of the Paediatric Volitional Questionnaire - Chinese version. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45 (1) 99-104. <http://doi.org/10.2340/16501977-1052>



CAPÍTULO 2

**EVALUACIONES DE  
ACTIVIDADES DE LA  
VIDA DIARIA**



## ÍNDICE DE BARTHEL

---

Soledad Sánchez

### Descripción general y objetivo del instrumento

“El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia” (Mahoney *et al.* 1965, citado por Solís *et al.*, 2005)

Este instrumento fue propuesto en 1955 y se configuró como uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997, p. 128)

Las actividades que incluye son: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, control de deposiciones, control de micción, uso de retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 90 o 100 puntos (completamente independiente) (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997, p. 128). Se puntúa con 90 puntos como máximo cuando se trata de personas que utilicen sillas de rueda.

La suma de los ítems, entrega una valoración sobre el grado de dependencia, clasificándola como total, cuando el puntaje es inferior a 20, grave entre 20 y 35 puntos, moderado entre 40 y 55, leve cuando es mayor a 60 puntos e independiente, cuando logra 100 puntos.

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

Podría utilizarse en dispositivos de salud física, como centros comunitarios de rehabilitación y hospitales. También en COSAM, hogares de adultos mayores, programa más adulto mayor, etc. Es un instrumento que se puede aplicar a todo rango etáreo.

### Detalle del instrumento

A continuación se describen los ítems, según Cid-Ruzafa y Damián-Moreno (1997, p.129) y lo esperado en cada uno de ellos:

1. Comer 0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
2. Trasladarse entre la silla y la cama 0 = incapaz. no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
3. Aseo personal 0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
4. Uso del retrete 0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

5. Bañarse o ducharse 0 = dependiente 5 = independiente para bañarse o ducharse
6. Desplazarse 0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
7. Subir y bajar escaleras 0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta 10 = independiente para subir y bajar
8. Vestirse y desvestirse 0 = dependiente 5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
9. Control de heces: 0 = incontinente (0 necesita que le suministren enema) 5 = accidente excepcional (uno/semana) 10 = continente
10. Control de orina 0 = incontinente. o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas). 10 = continente. durante al menos 7 días

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

*Fiabilidad (Ramos, 2013):*

- Índice de Kappa entre 0,47 y 1,00 interobservador a moderado a sustancial.
- Índice de Kappa entre 0,84 y 0,97 intraobservador a sustancial.

*Validez (Ramos, 2013):*

- Buen predictor de mortalidad.
- Buen predictor de respuesta a rehabilitación.
- Buen predictor de riesgo de caídas.

“Collin *et al.* (1988) estudiaron la concordancia entre cuatro maneras de administrar la escala: el autoinforme, la observación clínica, la prueba de una enfermera, y la prueba de un fisioterapeuta. El grado de concordancia entre los cuatro métodos era de 0.93; es decir, ningún desacuerdo importante para el 60% de pacientes, desacuerdo en 1 grado para el 28% y el 12% tenía más discrepancias” (Solís *et al.*, 2005, p.84)

*Sensibilidad*

“El IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada, esto es, si un paciente consciente obtiene una puntuación de 0 en el IB, y espontáneamente cae en un estado inconsciente, (por tanto en un mayor nivel de dependencia), el IB no cambia.” (Wylie *et al.*, 1967, citado por Solís *et al.*, 2005 p.84)

### **Bibliografía**

- Cid-Ruzafa, J. & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137.
- Solís, C., Arrija, S. & Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*, 4(1-2), 81-5.
- Ramos, M. (2013). Índice de Barthel. MINSAL. Extraído el 30 de agosto de 2021 de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/dabae5e899a823be040010164014f15.pptx>

## ÍNDICE DE KATZ

---

Almendra Gómez, Dominique Correa, Bárbara Menares, Cristian Araya, David Soto, Solange Madrid

### **Descripción general y objetivo del instrumento**

Este instrumento fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por Sidney Katz y que estaba formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y fue publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*.

El índice de katz es un instrumento para evaluar la dependencia de una persona en cuanto a la realización de las AVDb. Su utilización permite tanto valorar la situación actual del sujeto como evaluar el progreso realizado en procesos de rehabilitación.

Se trata de seis ítems que tienen dos definiciones cada uno, que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas, las llamadas actividades básicas de la vida diaria con este concepto hacemos referencia "*al conjunto de habilidades imprescindibles y más relevantes para la supervivencia, el autocuidado y la preservación de uno mismo sin necesidad de depender de apoyos externos*" (Oscar Castellero Mimeza).

Dentro de este índice encontramos 6 habilidades básicas: lavarse, vestirse, usar el retrete, moverse/desplazarse, contención de esfínteres y alimentación. Estas habilidades se encuentran organizadas de manera jerárquica, ordenadas en función de la progresión que llevaría a cabo una persona en su desarrollo.

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).**

Originalmente, la Escala Funcional o índice de Katz se elaboró con el propósito de contribuir a valorar la rehabilitación llevada a cabo por personas con fracturas de cadera, si bien con el paso del tiempo su función ha pasado a usarse para valorar el grado de dependencia que presentan los pacientes de diversos tipos de condiciones.

El índice de katz, como se ha mencionado anteriormente, se puede aplicar para medir el grado de dependencia/independencia de las personas, por lo general se aplica a adultos mayores o personas que han estado hospitalizadas por alguna fractura o accidente, el índice ayuda a saber el nivel de dependencia y si necesitara algún tipo de ayuda técnica en el proceso de rehabilitación, también le puede dar una idea general de cómo los profesionales pueden intervenir en ciertas áreas en que el usuario se desenvuelve como dependiente. Dicho lo anterior, pudiese aplicarse en centros de salud familiar, centros comunitarios de rehabilitación, hogares de personas mayores, hospitales, etc.

### **Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.**

Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas. La capacidad para realizar cada una de ellas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. El

programa evalúa la puntuación final y clasifica a la persona en dos grados de incapacidad. Se asume la siguiente clasificación:

- Grados A, B o 0-1 puntos: ausencia de incapacidad o incapacidad leve
- Grados C, D o 2-3 puntos: incapacidad moderada
- Grados E, G o 4-6 puntos: Incapacidad severa.

Por lo tanto, podemos encontrar:

1. Una persona independiente en todas las funciones (A).
2. Independiente en todas excepto una (B).
3. Independiente en todas excepto bañarse y otra función (C).
4. Independiente en todas excepto bañarse, vestirse y otra función (D).
5. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función más (E).
6. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, moverse y otra función más (F).
7. Dependiente para las seis funciones (G).
8. Dependiente en al menos dos funciones pero sin que se sea clasificable en C, D, E o F (H).

El concepto de independencia en este índice difiere al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente. Se basa por tanto, en el estado actual de la persona y no en su capacidad real para realizar las funciones.

Una vez evaluados todos los ítems, se analiza el número de actividades para los que la persona es independiente y se le otorga una letra, que será la valoración total de la dependencia/independencia del sujeto para estas actividades.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

Es un índice que tiene una buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos. Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa, esto quiere decir que si se obtiene una mayor puntuación se tendrá una menor expectativa de vida activa. Sin embargo, es poco sensible ante cambios pequeños de la capacidad funcional.

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.



## **Bibliografía**

Rubiales, E. (s. f.). Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria) – SAMIUC. <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>

Trigás Ferrín, M. (s. f.). ÍNDICE DE KATZ - Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Meiga - Medicina interna de Galicia. <https://meiga.info/escalas/indicedekatz.pdf>

Mimenza, O. C. (2021, 28 julio). Índice de Katz: un test que evalúa las actividades diarias. Psicología y mente. <https://psicologiymente.com/clinica/indice-katz>

## ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

---

Paula Jiménez, Javiera Vidal, Camila Rubio, Ayleen Orueta, Valentina Bovet, Andrea Joo

### **Descripción general y objetivo del instrumento:**

El Índice de Lawton y Brody (ILB) permite medir las actividades instrumentales de la vida diaria, corresponde a una evaluación estandarizada de corta duración, publicada en 1969. Fue desarrollada en el centro geriátrico de Filadelfia.

Esta escala es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993. (Trigas, et al. 2011)

El ILB permite medir de manera específica cada ítem de la pauta y no solo de manera global lo que otorga un mejor manejo de información y apoyo a la persona mayor, siendo eficaz a la hora de detectar las primeras señales de deterioro, así como el grado de independencia a la hora de realizar AVD.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía).

### **Contextos en los que se podría utilizar el instrumento:**

Esta pauta de evaluación se utiliza principalmente en contextos geriátricos, como por ejemplo en hospitales, centros de larga estadía, programa MAS etc. Mayoritariamente se utiliza en mujeres de edad avanzada ya que, son actividades que antiguamente se le asociaban principalmente a ellas, todo esto relacionado en el contexto situacional en cual se encuentra cada persona abarcando la cultura como foco principal para la aplicación de la escala.

### **Detalle del instrumento:**

Se observan 8 ítems y se les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

1. Capacidad de usar el Teléfono
  - Utiliza el teléfono por iniciativa propia (1)
  - Es capaz de marcar bien algunos números familiares (1)
  - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar (1)
  - No es capaz de usar el teléfono (0)
2. Hacer Compras
  - Realiza todas las compras necesarias independientemente (1)
  - Realiza independientemente pequeñas compras (0)
  - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra (0)

- Totalmente incapaz de comprar (0)
- 3. Preparación de la comida
  - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente (1)
  - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes (0)
  - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada (0)
  - Necesita que le preparen y sirvan las comidas (0)
- 4. Cuidado de la casa
  - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) (1)
  - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas (1)
  - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza (1)
  - Necesita ayuda en todas las labores de la casa (1)
  - No participa en ninguna labor de la casa (0)
- 5. Lavado de la ropa
  - Lava por sí solo toda su ropa (1)
  - Lava por sí solo pequeñas prendas (1)
  - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro (0)
- 6. Uso de medios de transporte
  - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche (1)
  - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte (1)
  - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona (1)
  - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros (0)
  - No viaja (0)
- 7. Responsabilidad respecto a su medicación
  - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta (1)
  - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente (0)
  - No es capaz de administrarse su medicación (0)
- 8. Manejo de sus asuntos económicos
  - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo (1)
  - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, banco (1)
  - Incapaz de manejar dinero (0)

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

-**Fiabilidad:** Presenta un coeficiente de reproducibilidad inter e intraobservador alto (0.94).

La fiabilidad interna es alta con un excelente alfa de Cronbach del 96% (Fernández, et al., s.f.)

-**Sensibilidad:**

“En cuanto a la sensibilidad en distintas poblaciones este instrumento tiene capacidad para discriminar niveles de gravedad.”

“Sí demuestra sensibilidad al cambio al detectar cambios en la salud del individuo.” (Fernández, et al., s.f.).

-**Validez:** Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

### Bibliografía

Fernández M<sup>a</sup>., González M<sup>a</sup>., Gutiérrez S., Sánchez I., Hernández R., Jiménez M., Duarte G., Sánchez M<sup>a</sup>. (s.f.). *¿ESTAMOS UTILIZANDO EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA VALORAR LA DEPENDENCIA? REVISIÓN SISTEMÁTICA.* Sacyl. <https://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2009.ficheros/1204785-valladolid VALORAR LA DEPENDENCIA rev3%20final.pdf>

Subsecretaría de atención intergeneracional. (s.f). ESCALA DE LAWTON Y BRODY. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3b-ESCALA-DE-LAWTON-Y-BRODY.doc-arreglafo.pdf>

Trigás, M., Ferreira, L., Mejide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin, 72 (1). <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

## CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (T-ADLQ)

---

Valeria Cifras, Alicia Parraguez, Alexandra Sepúlveda, Vania Soto y Valentina Vargas, Javiera Estévez

### Descripción general, objetivo y contextos de aplicación

La pauta denominada T-ADLQ o ADLQ (Activities of Daily Living Questionnaire) y que sus siglas en español corresponden a un Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria es un instrumento metodológico que permite evaluar tres dominios de actividades de la vida diaria (AVD): actividades o funciones básicas (ABVD), instrumentales (AVDI) y actividades avanzadas de la vida diaria. (Ibáñez *et al.*, 2020, p.116)

Desde las últimas actualizaciones del “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional”, el dominio denominado “actividades avanzadas de la vida diaria”, no es utilizado ni reconocido por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en su edición del año 2014 y 2020. Sin embargo, al asociar lo que eran las actividades avanzadas de la vida diaria con conceptos recientes, estas corresponden a la categorización de ocupaciones, como es el caso de la gestión de la salud, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y la participación social. Estas ocupaciones se pueden ver afectadas a medida que la demencia avanza, llegando a alterar las funciones más básicas y vitales para la independencia de las personas.

Al evaluar distintas áreas de la ocupación tanto globales como específicas, el instrumento puede ser utilizado en distintos contextos, desde la Atención Primaria en Salud (APS) y servicios de atención integrales y especializados como: CESFAM, CECOSF, y CCR.

### Descripción del instrumento

El T-ADLQ al ser breve y de simple aplicación, contribuye a detectar de manera temprana cualquier deterioro en el usuario. Este test evalúa la capacidad funcional de las personas, por lo que generalmente complementa a otros instrumentos de índole netamente cognitiva.

El objetivo de la pauta es indagar acerca de la funcionalidad y desempeño en las actividades de la vida diaria, proporcionando un porcentaje que permite proyectar deterioro global o específico por dominio, clasificados en 7 aspectos:

- |                                |                      |                       |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1.- Actividades de autocuidado | 4.- Compras y dinero | 7.- Uso de tecnología |
| 2.- Cuidado del hogar          | 5.- Viajes           |                       |
| 3.- Trabajo y recreación       | 6.- Comunicación     |                       |

Para la calificación del desempeño, se utiliza una escala de 3 puntos donde cero refleja que *no existe afectación en el área evaluada*, mientras que tres indica que el *compromiso es máximo y el individuo ya no es capaz de realizar la actividad por sus propios medios*. En los casos en los que la persona evaluada nunca haya realizado la actividad o no tenga conocimiento de cuán afectada puede estar, se entrega un puntaje nominativo que corresponde a 9 puntos, los que no se contabilizan en el cálculo final.

Para obtener el resultado de la aplicación de la pauta, se calcula un porcentaje de deterioro para cada dominio específico, como también un porcentaje de deterioro global, lo que permite observar los aspectos más críticos y el desempeño general de la persona en sus AVD.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

En la validación chilena del instrumento, específicamente en el uso de tecnologías de la información, (The Technology Version of the ADLQ), muestran una buena sensibilidad (82%) y especificidad (90%), considerando un punto de corte de 29,25% para determinar deterioro funcional clínicamente relevante. (Ministerio de Salud, 2018, p. 251).

### **Bibliografía**

Ibañez, A., Slachevsky, A. y Serrano, C. (2020). *Manual de buenas prácticas para el diagnóstico de demencia* (2.ª ed.). <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/lbarez-ASlachevsky-A-Serrano-C.-Manual-de-Buenas-Practicas-para-el-diagnostico-dedemencia.pdf>

Ministerio de salud. (2018). *Manual de Geriátrica para Médicos*, (1.ª ed.). <https://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>

## EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN AVDI HERNÁNDEZ NEUMANN

---

Valentina Aravena S., Bárbara Espinoza C., Mariana Martínez M., Michelle Olivares, Ignacia Soto S.,  
Carolina Andrade

### Descripción general del instrumento

El instrumento de Evaluación de Desempeño en AVDI Hernández Neumann, surge como una necesidad disciplinar para objetivar la participación de las personas en esta categoría ocupacional desde una perspectiva local, lo cual coincide con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, quienes a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, incluyen la importancia de la valoración de la funcionalidad como un indicador de salud y de dependencia (Neumann-Collyer *et al.*, 2020).

Este instrumento fue creado por dos autoras chilenas para poder evaluar las actividades que actualmente se consideran instrumentales dentro de la vida diaria desde la perspectiva de Terapia Ocupacional, considerando las necesidades y/o características actuales de las y los adultos, personas mayores y/o en situación de discapacidad. El instrumento contempla los resultados arrojados por los distintos aspectos que influyen en el desempeño ocupacional de la persona, donde se incluyen variables de género y/o socioeconómicos.

### Posibles contextos en los que se podría utilizar

La evaluación de desempeño en AVDI Hernández Neumann se puede integrar en contextos como: población adulta y adulta mayor y/o en personas en situación de discapacidad. Se puede aplicar, por ejemplo, en centros de rehabilitación comunitaria (CCR).

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

Esta evaluación considera nueve AVDI declaradas en el Marco para el Trabajo de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014): compras, mantención de la seguridad y responder a la emergencia, cuidado de niños, mascotas y/u otros, gestión de la comunicación, gestión financiera, movilidad en la comunidad, gestión y mantención de la salud, establecimiento y manejo del hogar, preparación de la comida y la limpieza.

De las nueve AVDI previamente señaladas, se evalúan 3 dimensiones: nivel de desempeño, razones distintas del por qué no lo hace/dependencia y nivel de importancia que le otorga el/la usuario/a cada actividad.

En relación al nivel de desempeño, es valorado de manera cuantitativa, de acuerdo a los siguientes criterios (Neumann-Collyer *et al.*, 2018, p.556):

- 2. *Independiente*: Realiza la actividad sin asistencia de un tercero, aunque utilice ayudas técnicas, órtesis u otros.

- 1. *Dependiente con supervisión/ayuda mínima*: Realiza la actividad, pero requiere que un tercero le vigile, muestre o incite para realizar la actividad. Contempla apoyo físico mínimo
- 0. *N/A no aplicable*: No se puede evaluar por el contexto y/o por roles que está cumpliendo en la actualidad, por ejemplo, privado de libertad, hospitalizado.
- -1. *Dependiente, pero colabora/ayuda moderada constante*: Colabora, y /o participa en la actividad ejecutando ciertas operaciones de esta, realiza menos del 75 %.
- -2. *Dependiente*: No realiza la actividad, esta es ejecutada por un tercero,

La segunda dimensión evalúa las razones del por qué no lo hace considerando: las habilidades, el género, nivel socioeconómico y el desempeño previo o porque no le interesa, donde se debe seleccionar alguna de dichas opciones. Finalmente, la tercera y última dimensión evalúa el nivel de importancia que le otorga cada persona a las actividades instrumentales de la vida diaria mencionadas anteriormente, contemplando cuatro grados de importancia: muy importante (4), importante (3), poco importante (2) y sin importancia (1).

#### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

Luego de que se diseñó este instrumento, los resultados obtenidos fueron validados por expertos, donde el 80% de ellos y ellas indicaron que estaban de acuerdo con las características del instrumento. Respecto a la validación del constructo, se realizó a través de un análisis de confiabilidad, en dicho análisis se notaron valores superiores a 0,7 en donde se revela la confiabilidad de las tres dimensiones del instrumento. Según lo mencionado por (Neumann-Collyer et al., 2018, p.557), quienes realizaron un análisis en relación entre el puntaje del nivel de desempeño respecto del nivel de importancia, se puede verificar que existe una correlación positiva de 0,7, lo que se traduce en que a medida que aumenta la independencia aumenta la importancia en el desempeño. Por otro lado, se produce una correlación inversa igual a -0,9 entre nivel de desempeño y las razones de por qué no lo hace/dependencia, lo que significa que, a mayor independencia, menores valores en los indicadores asociados a las razones de por qué no lo hace, que en este caso son habilidades y género o viceversa.

En relación a los resultados obtenidos, las relaciones de estas 3 dimensiones ya mencionadas, se indicó que la necesidad de las actividades significativas, es decir, la ocupación se ve evidenciado en las personas, ya que poseen un impulso por hacer las cosas mediante un compromiso en las investigaciones, prácticas, entretenimiento, entre otras.

Para finalizar con la validación de este instrumento según (Neumann-Collyer et al., 2018, p.558), es adecuado para la población propuesta, por tanto, puede ser difundido y utilizado para aportar a la disciplina en la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en adultos, así como para propiciar futuras investigaciones sobre el desempeño de las personas en esta área



**Bibliografía**

Neumann-Collyer, V. E., Hernandez Perez, K. A., & Gentoso Pohl-Montt, P. (2018). Diseño de un instrumento de evaluación de desempeño en actividades de la vida diaria. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 554–559. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n5/0124-0064-rsap-20-05-554.pdf>



CAPÍTULO 3

**EVALUACIONES DE  
HABILIDADES DE  
DESEMPEÑO**



## EVALUACIÓN DE HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS)

---

Catalina Alvear, Sofía Arriaza, Valentina Duarte, Francisca Oróstica, Catalina Rosales, Daniela Flores

### Descripción general y objetivo del instrumento

La Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento (AMPS) es utilizada para medir la calidad de la ejecución de actividades de la vida diaria. Esta pauta de evaluación se basa en la observación y es pertinente aplicar a adultos/as, personas mayores o niños/as que se encuentren en alguna situación de riesgo. Es recomendable utilizar en sujetos con problemas de desarrollo, psicosociales o neurológicos, sin embargo, el usuario debe contar con movilidad funcional. Es una evaluación propia de la disciplina de Terapia Ocupacional.

La AMPS mide la calidad del desempeño en actividades de la vida diaria por medio de la observación, evalúa las habilidades motoras y de procesamiento en el marco de una actividad de la vida diaria.

Ofrece un listado de 83 tareas estandarizadas clasificadas según complejidad, incluyendo actividades básicas o personales de la vida diaria y actividades instrumentales.

Se realiza una entrevista no estructurada, el periodo de esta debe ser entre 30 y 45 minutos máximo.

Se califican las habilidades del desempeño en una escala con una puntuación de:

- Competente (4): el desempeño apoya el progreso de la acción lo que provoca buenos resultados
- Cuestionable (3): el desempeño pone en riesgo la acción lo que produce resultados inciertos. Se cuestiona si hay déficit.
- Inefectivo (2): el desempeño interfiere en la acción lo que produce resultados no deseados, existe déficit de leve a moderado.
- Déficit (1): el desempeño impide el curso de la acción, hay déficit severo

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

El instrumento AMPS podría utilizarse en distintos contextos como el CESFAM, COSAM, Clínicas, Hospitales, Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR), Teletón, Centros Geriátricos, y Centros Psiquiátricos.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

**Categorías:** Este instrumento de evaluación posee 11 categorías, las cuales, a su vez se dividen en subcategorías más específicas para lograr realizar una evaluación completa y un diagnóstico eficaz.

- **Habilidades de adaptación:** Nota, acomoda, ajusta, sortea, beneficia.
- **Uso del conocimiento:** Elige, usa, toma/coge, comprende
- **Busca el conocimiento:** Investiga

- **Organización temporal:** Inicia, continua, secuencia, termina.
- **Organización, espacios u objetos:** Busca, reúne, organiza, restaura.
- **Energía (Procesamiento):** Atiende, sigue el ritmo.
- **Energía (físico-motora):** Resiste, sigue el ritmo
- **Postura y equilibrio:** Estabiliza, alinea, posiciona
- **Movilidad:** Camina, alcanza, gira, se dobla.
- **Coordinación:** Coordina, manipula, fluye.
- **Postura y equilibrio:** Mueve, transporta, levanta, calibra, agarra.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

#### Validez y Fiabilidad

Según Patricia Terror, 2006:

“El AMPS es una herramienta de valoración desarrollada por y para Terapeutas Ocupacionales, y estandarizada durante más de dos décadas, lo cual confirma su validez y fiabilidad. Al haberse estandarizado transculturalmente, puede ser utilizada de forma fiable en distintos países, tras pasar por el proceso de formación y calibración”.

#### Bibliografía

Anderson, Mariela y Prada, María Cecilia (2011). Evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria en pacientes con secuela de traumatismo craneoencefálico (TCE) al alta del tratamiento de rehabilitación en internación. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/4>

Terror, P. (2006). Comparación del AMPS con otras valoraciones en Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional.com [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AMPS\\_Escala\\_valoracion\\_habilidades\\_motoras\\_procesamiento.shtm](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AMPS_Escala_valoracion_habilidades_motoras_procesamiento.shtm)

Terapia Ocupacional Apuntes. (s. f.-a). Tomo I Pautas de evaluación de diversas áreas (Vol. 1)

## EVALUACIÓN DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)

---

Krisna Diaz, Javiera Molina, María José Pino, Gloria Reyes, Moira Riquelme, Francisca Rozas, Patricia Latorre

### **Descripción general y objetivo del instrumento:**

Krysty Forsyth, 1998, describe que la Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (Assessment of Communication and Interaction Skills / ACIS) es una evaluación observacional que recopila datos sobre la capacidad de una persona para comunicarse e interactuar con otros en la ocupación. Esta se encarga de obtener datos en habilidades comunicativas y como se exhiben durante el desempeño de una tarea u ocupación, o dentro de grupos sociales a los que el usuario pertenece. (p.8).

Además, agrega que “esta evaluación no permite averiguar de manera directa la causa de la falta de habilidades de comunicación; interacción, sino que solo nota si está presente o no la habilidad y la manera en que afecta la interacción social.” (Kirsty Forsyth, 1998, Carmen Gloria de las Heras. Trad. s.f)

Sumado a lo anterior en el mismo manual Krysty Forsyth, 1998, describe:

El ACIS ha sido elaborado para ser usado para medir las consecuencias en la habilidad de comunicarse e interactuar, de esta manera, la evaluación no es una forma de establecer diagnóstico. Los individuos con disfunción psicosocial (por ejemplo, personas con diagnóstico psiquiátrico y personas con retardo mental) frecuentemente tienen dificultades al comunicarse e interactuar con otros. Adicionalmente, personas que tienen impedimentos secundarios a daño cerebral, apoplejía, parálisis cerebral, demencias, y otros factores pueden también tener problemas en ésta área. Finalmente, los terapeutas ocupacionales pueden desear evaluar habilidades de comunicación e interacción en personas con daño a la columna vertebral confiados en estas habilidades. Por ejemplo, personas con daño a la columna vertebral, quienes necesitan una persona para el cuidado, o quién tiene que dirigir a otros para llevar a cabo el cuidado personal y otras actividades que la persona no puede realizar por sí misma, son dependientes en sus habilidades de comunicación e interacción para una efectiva participación en ocupaciones significativas. (p.11)

### **Contextos en los que se podría utilizar:**

Dentro de los contextos que se podría utilizar este instrumento de evaluación podemos encontrar que en los distintos niveles de atención en salud como lo son COSAM, CESFAM, ELEM, hospitales psiquiátricos, hospitales alta o baja complejidad, entre otros. Además, en espacios que no son de la salud como educación diferencial, etc. Sumado a eso se puede ocupar desde los 3 años de edad en adelante y sin distinción de género.

### **Detalle del instrumento:**

Dado que las habilidades de comunicación e interacción pueden ser interferidas por el contexto ambiental y rol del/la persona observada, es importante considerar las situaciones y también en qué momento realizar la observación. Las situaciones de observación podrían ser descritas como a continuación:

1. ABIERTO: Situación no estructurada
2. TAREA PARALELA: Trabajar en una tarea individual en presencia de otros en el mismo espacio de trabajo.
3. GRUPO DE COOPERACIÓN: Todos los miembros del grupo trabajando juntos para alcanzar un objetivo común.
4. UNO A UNO: Interacción uno a uno, por ejemplo., terapeuta / cliente, cliente /cliente o cliente / miembro familiar
5. AMBIENTE NATURAL: La comunicación e interacción ocurre en el ambiente natural del cliente.
6. SITUACIÓN SIMULADA DE ROLES DE VIDA: El terapeuta intenta simular situaciones de comunicación e interacción que reflejan los roles de vida del cliente.
7. NO RELACIONADO A ROLES DE VIDA: Situaciones de comunicación e interacción que no asocian directamente los roles de vida del cliente. (Kirsty Forsyth, 1998, Carmen Gloria de las Heras. Trad. s.f)

El tiempo de aplicación de la pauta se tomará en cuenta entre los 20 y 60 minutos, donde el tiempo de observación irá entre 15 y 45 minutos, y el tiempo de puntuación de 5 a 20 minutos.

Quien aplique el ACIS puede ser o no participe de la sesión. Sin embargo, sólo debe intervenir si es que hay una situación inaceptable o un quiebre en la interacción.

#### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento:**

“La evaluación de habilidades de comunicación e interacción (ACIS), es una herramienta altamente válida y confiable dado las propiedades psicométricas que aseguran su empleabilidad” (Kirsty Forsyth, 1998, Carmen Gloria de las Heras. Trad. s.f.) Además, según estudios realizados en conjunto a personas que padecen deterioros psicosociales, se llegó a la conclusión que este tipo de evaluación resulta útil por sus ítems de escala anteriormente mencionados, y que estos se desempeñan correctamente al utilizarlos juntos. (Forsyth, Lai y Kielhofner, 1999, como se citó en Marta Osorio, 2018)

Marta Osorio, 2018, comenta que los observadores lograron observar confiabilidad con la primera versión del ACIS, y quien revisó y detectó la posible construcción de una escala única de comunicación/ intervención debido a correcto funcionamiento de los ítems. Sin embargo, en la actualidad se continúan realizando investigaciones que examinan la fiabilidad del ACIS.

Por ende, el ACIS cumple con los objetivos que se propone, y ayuda al terapeuta ocupacional a recoger datos en diferentes contextos reales y significativos para el paciente, que permite una observación completa respecto a las habilidades de comunicación e interacción del paciente.

**Bibliografía:**

Kirsty Forsyth. (1998) *Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)*. (Carmen Gloria de las Heras. Trad,) (versión 4.0 s.f.)  
<https://justiciarhpsicosocial.files.wordpress.com/2015/06/21-spanish-acis-1.pdf>

Marta Osorio. (2018). *Teoría revisada acis*. Recuperado el 06 de septiembre.  
<https://es.slideshare.net/marthaosorio711/teoria-revisada-acis>

## TINETTI: MARCHA Y EQUILIBRIO

---

Paula Jiménez, Javiera Vidal, Camila Rubio, Ayleen Orueta, Valentina Bovet, Andrea Joo

### Descripción general y objetivo del instrumento:

La escala de Tinetti y equilibrio fue realizada por la Dra. Tinetti de la Universidad de Yale en 1986. Evalúa la movilidad del adulto mayor (Rodríguez, 2011). El propósito de su creación fue “diseñar un instrumento de aplicabilidad clínica, de fácil y rápida aplicación; capaz de detectar los cambios en la marcha y equilibrio que se generan al realizar las actividades de la vida diaria”. (Tinetti, s.f, citado por Rodríguez, 2011, p.18) En esta se aprecia el riesgo de caída, puede emplearse en personas de cualquier rango etario, pero predomina en adulto mayor donde se utiliza en geriatría y fisioterapia geriátrica. (FisioMayores, 2017).

Está compuesta por nueve ítems en equilibrio y siete en marcha, donde el/la usuario/a puede obtener un mínimo de 0 puntos, si la persona no mantiene la estabilidad en algunos cambios de posición, o si es que existe un patrón de marcha inapropiado. En un rango considerado normal, se atribuye al puntaje 1 donde se identifican los cambios de posición o patrones de marcha logrados y se denomina “adaptativa”. Por último, en situaciones donde no se presentan mayores dificultades para ejecutar tareas, se obtiene puntaje 2 (Rodríguez y Lugo, 2012).

La suma de puntajes entre ítems corresponde a 28 puntos, en el cual 16 puntos corresponden al máximo en equilibrio y 12 puntos el máximo en marcha. La obtención de los puntajes determinará el riesgo de caídas de la persona, si se obtiene entre 19 a 24 puntos el riesgo a caídas es mínimo y si es mayor a 19 puntos presenta alto riesgo ante caídas. (Rodríguez y Lugo, 2012)

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

Su uso se da principalmente en contextos de atención geriátrica, como por ejemplo, hospitales, específicamente en unidades geriátricas de agudos para evaluar el ámbito físico. (Ministerio De Salud, 2018). A la vez, se puede utilizar en residencias para personas mayores (ELEM) y Centros de Salud Familiar (CESFAM). Es importante considerar que se menciona que su aplicación “es tan sencilla que cualquier persona sin necesidad de ser fisioterapeuta lo puede realizar en su domicilio” (FisioMayores, 2017)

**Detalle del instrumento:** Se presentan los criterios a evaluar en la escala de Tinetti, según Ministerio de Salud (2018):

#### Equilibrio:

- **Equilibrio sentado** 0= Se inclina o se desliza en la silla, 1= se mantiene seguro.
- **Levantarse** 0=imposible sin ayuda, 1=Capaz, pero usa los brazos para ayudarse, 2= capaz sin usar los brazos.
- **Intentos para levantarse** 0=incapaz sin ayuda, 1= Capaz, pero necesita más de un intento, 2= Capaz de levantarse con sólo un intento



- **Equilibrio en bipedestación inmediata** (primeros 5 segundos) 0=Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco, 1= Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse, 2= Estable sin andador, bastón u otros soportes
- **Equilibrio en bipedestación** 0= Inestable, 1= Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte, 2= Apoyo estrecho sin soporte
- **Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos).** El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces 0=Empieza a caerse, 1= Se tambalea, se agarra, pero se mantiene, 2= Estable
- **Ojos cerrados (en la posición de 6)** 0=Inestable, 1= Estable
- **Vuelta de 360 grados** 0= Pasos discontinuos, 1= Continuos, 0= Inestable (se tambalea, se agarra), 1= Estable.
- **Sentarse** 0= Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla, 1= Usa los brazos o el movimiento es brusco, 2= Seguro, movimiento suave.

#### **Puntuación total equilibrio (máximo 16)**

**Marcha:** El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 mt) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».

- **Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)** 0= Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar, 1= No vacila.
- **Longitud y altura de paso** a) Movimiento del pie derecho 0= No sobrepasa al pie izquierdo con el paso, 1=Sobrepasa al pie izquierdo, 0=El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso, 1=El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso. b) Movimiento del pie izquierdo 0= No sobrepasa al pie derecho con el paso, 1=Sobrepasa al pie derecho, 0= El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso, 1= El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso.
- **Simetría del paso** 0= La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual, 1= La longitud parece igual.
- **Fluidez del paso** 0= Paradas entre los pasos, 1= Los pasos parecen continuos.
- **Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)** 0= Desviación grave de la trayectoria, 1= Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria, 2= Sin desviación o ayudas
- **Tronco** 0= Balanceo marcado o usa ayudas, 1= No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar, 2= No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas
- **Postura al caminar** 0= Talones separados, 1= Talones casi juntos al caminar.

#### **Puntuación marcha (máximo 12)**

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

**-Fiabilidad** (Rodríguez y Lugo, 2012)

- Moderado índice de Kappa ponderado entre 0.4 a 0.6 interobservador.
- Considerable índice de Kappa ponderado entre 0,6 a 0.8 intraobservador.
- Excelente Alpha de Cronbach fue de 0.91

-**Validez:** Este modelo demostró una excelente consistencia entre los ítems asignados en la dimensión del equilibrio con un alfa de Cronbach de 0.95. (Rodríguez y Lugo, 2012)

-**Sensibilidad:**

“es sensible a los cambios clínicos (1). Puede evaluar con una gran precisión las anomalías del equilibrio y la marcha del mayor (9). Se considera que es el test clínico más apropiado para evaluar el equilibrio en la población mayor (10). Así, puntuaciones inferiores a 19 indican un alto riesgo de caídas y puntuaciones entre 19 a 28 (máxima puntuación del test), un bajo riesgo de caídas.”  
“En la aplicación con adultos mayores de la comunidad se encontró una sensibilidad de 68%”. (Orozco, 2012)

## Bibliografía

Rodríguez, C. (2011). *Validación al español de la escala de Tinetti en adultos mayores de 65 años*. [Trabajo de investigación para optar al título Maestría en Epidemiología] . Archivo digital. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/928/2/Validacion\\_esp%C3%B1ol\\_escala..pdf](https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/928/2/Validacion_esp%C3%B1ol_escala..pdf)

Rodríguez, C. Lugo, H. (2012). *Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana*. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v19n4/v19n4a04.pdf>

FisioMayores. (2017). *Test De Tinetti. Valoración Del Equilibrio Y La Marcha* <https://fisiomayores.com/test-de-tinetti-valoracion-del-equilibrio-y-la-marcha/>

Orozco, C. (2012). *Análisis comparativo de los tests de Tinetti, Timed Up and Go, apoyo monopodal y Berg en relación a las caídas en el mayor*. Fisioterapia. <https://www.efisioterapia.net/articulos/analisis-comparativo-tests-tinetti>

Ministerio de Salud. (2018). *Orientación Técnica De Atención Integral Para Personas Mayores Frágiles En Unidades Geriátricas De Agudos (Uga)*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>

## CUESTIONARIO DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND (DASH)

---

Mikaela Kunz, Gabriela Morán, Scarlett Sánchez, Camila Silva, Valentina Zamorano, Juan Soto

### Descripción general y objetivo del instrumento

El “Disabilities of the arm, shoulder and hand” o en su sigla DASH, es un instrumento específico de medición de la calidad de vida relacionada con los problemas del miembro superior, tales como el hombro, codo y/o mano.

Esta escala fue publicada originalmente en 1966 en “The American Journal of Industrial Medicine”. Fue diseñada principalmente como una evaluación estandarizada del impacto que suponen las enfermedades y lesiones musculoesqueléticas en la función de la extremidad superior.

El cuestionario Dash está compuesto por 30 ítems que valoran ciertos síntomas, así como la capacidad para llevar a cabo ciertas actividades concretas durante la última semana, incluye una sección opcional: alto rendimiento deportistas /músicos o de trabajo. Las opciones de respuesta pueden alcanzar valores de 0 puntos hasta 5 puntos, donde la puntuación más alta indica un mayor nivel de discapacidad y gravedad, mientras que una puntuación baja indica un nivel bajo de discapacidad. La puntuación varía de 0 en el caso de los usuarios con ausencia de discapacidad a 100 puntos en el caso de usuarios con discapacidad severa.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

Este cuestionario es utilizado en mayores de edad (adultos) que presenten alguna dificultad o molestia en sus extremidades superiores. En relación a instituciones, se puede implementar en centros de salud y hospitales que realicen rehabilitación física.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

- En este cuestionario el usuario encontrará preguntas acerca de sus síntomas y de las capacidades que posee para llevar a cabo ciertas actividades.
- El/la usuario/a debe hacer un círculo alrededor del número que mejor indica su capacidad para llevar a cabo las siguientes actividades durante la semana pasada.
- Para calcular el porcentaje de discapacidad/síntomas, se utiliza la siguiente fórmula (Institute for Work & Health, 2003):

$$\frac{((\text{suma de n respuestas}) - 1) \times 25}{N}$$

- “Al menos 27 de los 30 ítems deben ser respondidos para calcular el puntaje” (Institute for Work & Health, 2003)

- “El módulo opcional de cuatro ítems se calcula mediante el mismo procedimiento descrito más arriba. Las cuatro preguntas deben ser respondidas para calcular el puntaje” (Institute for Work & Health, 2003)

#### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- **Validez:** Se analizó con el estudio de las correlaciones entre la puntuación global del DASH y las dimensiones del MOS SF-36 a través del coeficiente de Spearman. Tales correlaciones serían significativas ( $p < 0,05$ ) y obteniéndose correlaciones estadísticas relevantes ( $p < 0,01$ ); lo que significa que, a mayor discapacidad del miembro superior percibida por el sujeto y medida con el DASH, Peor estado de salud evaluado en cualquiera de las dimensiones del SF-36, especialmente en las dimensiones del dolor (Urrutia et al., 2018, p. 6).
- **Fiabilidad:** Urrutia et al. (2018, p. 6) Presenta una consistencia interna elevada de 0,96 alfa de Cronbach y una correlación test-retest entre las puntuaciones globales del DASH muy significativa ( $p < 0,01$ ) y muy elevada al usar el coeficiente de Pearson (0,96)
- **Sensibilidad:** Se midió por el tamaño del efecto y la respuesta media tipificada, obteniéndose una sensibilidad a los cambios alta para el DASH ( $p > 0,80$ ) y las dimensiones del dolor y rol funcional del SF-36, en el resto de las dimensiones se presenta una sensibilidad a los cambios relativamente escasa. (Urrutia et al., 2018, p. 6)

#### Bibliografía

Hervás, M., Navarro, M., Peiró, S., Pérez JL., López, P. & Martínez, I. (Septiembre, 2006). Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Vol. 127. Núm. 12, páginas 441-447. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-version-espanola-del-cuestionario-dash--13093053>

Institute for Work & Health (IWH). (2003). El cuestionario DASH. Recuperado de <http://www.smvpt.com/files/DASHSP.pdf>

Traumatopedia (s.f). Escala y cuestionario DASH de hombro - español online. Recuperado de <https://traumatopedia.com/escalas-traumatologia/cuestionario-dash-espanol-online/>

Urrutia, L., Fernández, E & Sanchez, C. (Noviembre, 2018). Estudio sobre la relación entre la dependencia funcional y la percepción de afectación de las extremidades superiores en pacientes con ICTUS a través de valoración DASH e índice de Barthel. TOG (A Coruña) Vol. 15, Núm. 28, Pág. 6. Recuperado de <http://www.revistatog.es/num28/pdfs/original4.pdf>

## ESCALA DE EDAD SOCIAL DE VINELAND

---

Ana Gálvez H., Catalina Machuca C., Paulina Yáñez G., Matías Zamorano T., Sofía Zúñiga J., Samanta Rolack

### Descripción general y objetivo del instrumento

Según la investigación de Delgado y García (2021), la Escala de Edad Social de Vineland fue construida y publicada por Edgar Arnold Doll en 1925, con el propósito de evaluar a niños/as con discapacidad intelectual. Esta escala ha sido adaptada por diferentes autores a lo largo del tiempo y actualmente es un instrumento estandarizado que puede ser aplicado tanto a personas con discapacidad intelectual o sin esta condición (Delgado & García, 2021, p.9). Dado que su uso es variado, permite evaluar de manera objetiva la adaptación y funcionamiento de las habilidades sociales en el autismo y otras discapacidades del desarrollo (Freeman, et al., 1988; Volkmar, et al., 1993; Volkmar, et al., 1987), puesto que mide tanto las áreas sociales como las funcionales (o dominios) del desarrollo (Sparrow et al., 1984), las cuales son necesarias para la vida cotidiana independiente a lo largo de la vida (Cicchetti et al., 2013).

Cabe destacar que, según Cicchetti et al. (2013) este instrumento puede ser administrado por padres, maestros y otros cuidadores utilizando formularios de entrevista y calificación de encuestas. Para las personas con TEA, Vineland se puede utilizar para determinar la elegibilidad para los servicios, para planificar programas de intervención y para el seguimiento y la presentación de informes (Cicchetti et al., 2013).

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

Se puede utilizar en servicios de salud mental, hospitales, CESFAM, terapias psicológicas, centros comunitarios, de rehabilitación, Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CESFAM), centros de psiquiatría, centros para niños/niñas y adolescentes con TEA.

Estudios recientes hechos en niños/as con TEA en la Unidad de Neurología Pediátrica de la PUC entre 2012-2016 (González et al., 2019), afirma que se puede utilizar para adultos con diversas condiciones mentales. Por lo tanto, este instrumento es aplicable para cualquier rango etario.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

La aplicación de la escala se realiza a través de una entrevista semiestructurada que incluye cuatro dominios con subdominios relacionados (La Malfa et al., 2009):

- Área de comunicación (Receptiva, Expresiva y Escrita)
- Área de Habilidades de la Vida Diaria (Personal, Doméstica, Comunitaria)
- Área de socialización (Relaciones interpersonales, Juego y tiempo libre, Habilidades de afrontamiento)
- Habilidades motoras (brutas y finas).

La pauta contiene 117 ítems divididos por edad del desarrollo, donde además se subdivide en 8 categorías. Para la calificación del desempeño se utilizan 6 criterios relacionados con lo que el usuario/a es capaz de realizar al momento que le aplican la prueba. Estos criterios son:

- (+) más. = Significa que el usuario/a realiza lo esencial del ítem satisfactoriamente, sin la necesidad de sugerencias (el valor en la computación es 1 punto).
- (+F) más F. = Se califica así a los ítems que la persona no realiza en el momento de realización de la escala, debido a restricciones especiales como la falta de oportunidad, o la interferencia por mala salud (el valor en la computación es 1 punto).
- (+S.O.) más sin oportunidades. = Se le da esta calificación a los ítems que el usuario no ha realizado, ni ejecuta en la actualidad por restricciones, impedimentos espaciales o falta de oportunidad ambiental (el valor en la computación es 1 punto cuando se ubica entre cómputos positivos, será de 0,5 puntos cuando se encuentre entre un cómputo positivo y otro negativo, y será 0 cuando se encuentre entre cómputos negativos).
- (+ -) más o menos. = Se califica de esta manera a los ítems que se realizan ocasionalmente, pero no siempre se ejecutan o se cumplen con todo éxito. Es la instancia de transición donde el usuario/a está aprendiendo a realizarlo (el valor en la computación es 0,5 puntos, dos medios puntos cuentan como 1).
- (-) menos. = Se califica de esta manera cuando los ítems realizados por el usuario no han tenido ningún éxito (el valor en la computación es 0 puntos).
- (-S.O.) menos con oportunidades. = Se califican aquellos ítems donde se advierten restricciones especiales debido a la falta de oportunidades del usuario para realizarlas y se presume que no podría ser cumplido por el usuario (el valor en la computación es 0 puntos).

Para calcular la edad social, se debe sumar todos los ítems más (+) continuados, que serán considerados como cómputo básico de la escala. Luego se sumarán todos los créditos adicionales dispersos, que será denominado puntaje adicional, finalmente se sumarán ambos puntajes y se denominará cómputo total de la escala, donde se podrán obtener los resultados (Contreras, 2012).

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

- *Fiabilidad:* en base a lo reportado por Psikipedia (2015) referente a estudios estadísticos de la escala, es posible confirmar que el instrumento es fiable, en la medida que alcanza una puntuación global de 0.97. Asimismo, en relación a la fiabilidad inter observador refleja correlaciones con buenos resultados (0.62 a 0.78 en las áreas, y de 0.74 en la escala general).
- *Validez y sensibilidad:* La escala es de gran utilidad, porque sirve como medio para conocer el grado de madurez social alcanzado por el sujeto, es adecuada en orientación, educación y tratamiento, ya que del estudio analítico de la escala se pueden dar sugerencias para acrecentar la madurez social. También es útil para ver hasta qué punto el sujeto es limitado en su desarrollo

social por restricciones ambientales; falta de oportunidad ambiental, dominio excesivo o sobreprotector de los padres, adultos u otras circunstancias limitadoras (Contreras, 2012).

## Bibliografía

- Cicchetti D., Carter S., Gray S. (2013) Vineland Adaptive Behavior Scales. In: Volkmar F.R. (eds) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_255](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_255)
- Contreras, C. (2012). *Actualizaciones en Evaluación & Psicodiagnóstico Infanto-Juvenil: Escala de Madurez Social de Vineland*. StuDocu. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-la-frontera/psicologia/03-escala-vineland-manual-completo/4279168>
- Delgado, Y., & García, Y. (2021). *Trabajo de investigación: Madurez social en niños de 4 a 5 años de preescolar*. [tesis de grado de bachiller, Universidad Marcelino Champagnat]. Repositorio Institucional UMCH. <https://repositorio.umch.edu.pe/bitstream/handle/UMCH/3228/187.Delgado%20y%20Garc%C3%ADa%20Trabajo%20de%20Investigaci%C3%B3n%20Bachiller%202021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Freeman, B., Del'PHomme, M., Guthrie, D., & Zhang, F. (1999). Vineland Adaptive Behavior Scale Scores as a Function of Age and Initial IQ in 210 Autistic Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(5). <https://doi.org/10.1023/A:1023078827457>
- Freeman, B. J., Ritvo, E. R., Yokota, A., Childs, J., & Pollard, J. (1988). WISC-R and Vineland Adaptive Behavior Scale scores in autistic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 428–429. <https://doi.org/10.1097/00004583-198807000-00008>
- González, M. C., Vásquez, M., & Hernández-Chávez, M. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(5). <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i5.872>
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Albertini, G., & Dosen, A. (2009). Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1406–1412. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.06.008>
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). The Vineland adaptive behavior scales: Interview edition, survey form. Circle Pines, MN: American Guidance Service. [http://www.disableddaughter.com/Pearlsky\\_vineland.pdf](http://www.disableddaughter.com/Pearlsky_vineland.pdf)
- Psikipedia (2015). *Escalas Vineland de comportamiento adaptativo*. Psikipedia. <https://psikipedia.com/libro/evaluacion/2101-escalas-vineland-de-comportamiento-adaptativo>
- Volkmar, F. R., Carter, A., Sparrow, S. S., & Cicchetti, D. V. (1993). Quantifying social development in autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 627–632. <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00020>
- Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Goudreau, D., Cicchetti, D. V., Paul, R., & Cohen, D. J. (1987). Social deficits in autism: an operational approach using the Vineland Adaptive Behavior Scales. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 156–161. <https://doi.org/10.1097/00004583-198703000-00005>

CAPÍTULO 4

# **EVALUACIONES COGNITIVAS**



## EXAMEN COGNITIVO DE ADDENBROOKE (ACER, VERSIÓN CHILE)

---

Mikaela Kunz, Gabriela Morán, Scarlett Sánchez, Camila Silva, Valentina Zamorano, Juan Soto

### Descripción general y objetivo del instrumento

Según Muñoz et al. (2012) el examen cognitivo de addenbrooke (ACE su sigla en inglés), es una herramienta que forma parte de las pruebas denominadas “screening” las cuales hacen referencia a instrumentos utilizados para una detección temprana de ciertas enfermedades. En donde menciona que el examen cognitivo de addenbrooke (ACE) fue creado con la finalidad de hallar enfermedades demenciales de manera oportuna, y asimismo que estas se puedan distinguir entre la variedad de sus tipos (así como Alzheimer, Demencia y entre otras similares). (pp. 1006-1007).

Igualmente Muñoz et al. (2012) presentan que este examen está ampliamente reconocido en la precisión del diagnóstico y es por esto que se ha ido desarrollando en diferentes países con el propósito de seguir promoviendo su eficacia. Mencionan que de esta manera se impulsó la ACE-R, la cual consta con la teoría propia de la versión original pero se encuentra revisada, además de agregar componentes del *mini mental state examination* (MMSE). (pp. 1007). Adicionalmente, exponen que dado la efectividad de esta herramienta, es que en Chile se inició la implementación de este instrumento, para que así igualmente existieran resultados y validación dentro del país para su uso. Así se estructuró la ACE-R-Ch siendo este un examen que evalúa 5 componentes cognitivos: “Orientación y Atención (18 puntos), Memoria (26 puntos), Fluencias Verbales (14 puntos), Lenguaje (26 puntos) y Habilidades Visoespaciales (16 puntos)” (Muñoz et al., 2012) contando finalmente con un total de 100 puntos, además de esto la adaptación en Chile incorpora pruebas de memorias anterógrada y retrógrada, generando así su propia versión.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).

Este examen podría aplicarse en Centros de salud física, hospitales, CESFAM, COSAM, hogar de adultos mayores, programas de adultos mayores, agrupaciones de adultos mayores, atenciones de especialidad como geriatría, neurología y psiquiatría. El examen cognitivo de addenbrooke se aplica actualmente solo en personas mayores.

### Detalle de instrumento:

El ACE-R-Ch es un instrumento que tiene una extensión aproximada de 9 páginas y tal como se mencionó anteriormente consiste en 5 categorías, las cuales a su vez se subdividen y se les otorga un puntaje, basándose en la estructuración de la pauta se espera evaluar:

#### 1. Orientación y atención

- Orientación: evalúa temporal (año, estación, mes, fecha, día de la semana = total de 5 puntos) y espacial (región, ciudad, comuna, lugar, piso = total de 5 puntos), 1 punto cuando está correcto

- Atención y concentración: repetir 3 palabras (pelota, bandera, árbol), 1 punto si es dicha correctamente. Además de responder 100-7 y seguir restando 7 cinco veces (93, 86, 79, 72, 65), 1 punto cada respuesta correcta
  - 2. Memoria**
    - Recuerdo (memoria a corto plazo): repetición palabras ítem anterior, 1 punto por correcta
    - Memoria anterógrada: repetir un nombre y dirección se realizan 3 ensayos (último ensayo tiene total = 7 puntos, 1 punto por correcta)
    - Memoria retrógrada: decir nombre Pdte. actual y en los años 1973-1989, papa, Pdte. de EE.UU asesinado en '60 (total = 4 ptos. / 1 pto. por correcta)
  - 3. Fluencias**
    - Letra P: en un minuto la mayor cantidad de palabras con p (total = 7 puntos)
    - Animales: mayor cantidad de animales en un minuto (total = 7 puntos)
  - 4. Lenguaje**
    - Comprensión: 4 instrucciones, 1 punto por realizarlas correctamente (total = 4 puntos)
    - Escritura: escribir una oración, si es coherente corresponde a 1 punto
    - Repetición: repetir palabras hipopótamo, excentricidad, ininteligible, estadístico (total = 2 ptos, 1 pto. 3 correctas, 0 ptos 2 correctas o menos)
    - Denominación: 12 dibujos que debe reconocer (total = 12 ptos, 1 pto. cada correcta)
    - Comprensión: 4 preguntas sobre los dibujos anteriores (total = 4 ptos. 1 pto. por correcta)
    - Lectura irregular: leer las palabras jazz, lasagna, jean, hippie, jumbo (total 1 pto. todas correctas, 0 pto. si no las lee adecuadamente)
  - 5. Habilidades visoespaciales**
    - Pentágonos superpuestos: copiar dibujos de pentágonos (1 pto. Si dibujo correctamente)
    - Cubo: copiar el dibujo de un cubo (2 ptos. si lo logra con sus lados, 1 pto. si es similar)
    - Reloj: dibujar reloj siguiendo las instrucciones (total = 5 ptos, estos dependen de la calidad)
    - Conteo de puntos: contar puntos en cuadros (total = 4 ptos. /1 pto. cuadro correcto)
    - Identificación de letras: identificar 4 letras (total = 4 ptos. / 1 pto. si acierta)
- \*Recuerdo diferido y reconocimiento sub-test nombre y dirección: al finalizar y se vincula con el ítem Memoria (memoria anterógrada), recordar lo ensayado (total = 7 ptos. / 1 pto. por correcta). Al no recordar, se ofrecen alternativas como ayuda (total = 5 ptos. 1 pto. por correcta).

#### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.

- **Validez:** Según Muñoz et al. (2012) posee un excelente reconocimiento en medir la eficiencia cognitiva global, precisión en diferenciar patologías asociadas a lo cognitivo, exactitud en determinar gravedad y es un buen identificador de capacidades funcionales y cambios cognitivos. Bruno et al. (2017) indican además que es una herramienta útil para la detección de la disfunción cognitiva en la demencia.
- **Fiabilidad:** De acuerdo con Muñoz et al. (2012): valor de un 0,918 coeficiente alfa de Cronbach, autores ratifican que el puntaje es totalmente óptimo. Según Bruno et al. (2017) la versión

argentina-chilena del ACE-III presentó una buena consistencia interna con un valor de 0,87 en un coeficiente de alfa Cronbach

- **Sensibilidad:** En base a Muñoz et al. (2012): excelentes índices en diferenciación de usuarios/as con demencia en relación a personas sanas = 0,917 de sensibilidad valores óptimos en contraste de usuarios/as con demencia y deterioro cognitivo leve = 0,841 de índice de sensibilidad. De acuerdo con Bruno et al. (2017): En un análisis a un grupo de pacientes con demencia de tipo alzhéimer (DTA) el instrumento tiene una sensibilidad de 98,5%. En un análisis a un grupo de pacientes con demencia fronto-temporal variante conductual (DFT-vc) la sensibilidad es 93,55%

#### Bibliografía:

Bruno, D., Slachevsky, A., Fiorentino, N., Rueda, D., Bruno, G., Tagle, A., Olavarría, L., Flores, P., Lillo, P., Roca, M. y Torralva, T. (2017). *Validación argentino-chilena de la versión en español del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia*. Neurología. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2017.06.004>

Muñoz, C., Henríquez, F., Ihnen, J., Sánchez, M., Flores, P., Slachevsky, A. (2012). *Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) en una muestra de ancianos chilenos*. Revista médica de Chile, 1006-1011. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n8/art06.pdf>

Junco, J. I. y Prieto, G. (2014). *Análisis del test neuropsicológico Addenbrooke's Cognitive Examination mediante el Modelo de Rasch*. Revista de Psicología, 23(1), 40-52.

Torralva, T., Roca, M., Gleichgerrcht, E., Bonifacio, A., Raimondi, C., y Manes, F. (2011). *Validación de la versión en español del Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R)*. Neurología 26(6):351—356 <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485310003257>

## MINI-COG

---

Valeria Cifras, Alicia Parraguez, Alexandra Sepúlveda, Vania Soto y Valentina Vargas, Javiera Estévez

### Descripción general, objetivo y contextos de aplicación:

Mini - Cog es una prueba para la “detección cognitiva breve que se usa con frecuencia para evaluar la cognición en pacientes adultos/as mayores de diversos ámbitos” (Seitz *et al.*, 2018).

El instrumento tiene como **objetivo** evaluar la cognición y signos de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas mayores. Los posibles contextos para aplicar la pauta en esta etapa de la vida corresponden a los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), Centros de Salud Familiar (CESFAM) y en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

### Descripción del instrumento:

De acuerdo a lo descrito por Vega y Zambrano (2019), este instrumento está formado por dos componentes: En primera instancia, se emplea un test de memoria de 3 ítems que se valorará asignando 1 punto por cada palabra que recuerde el/la usuario/a para una puntuación de 0, 1, 2 o 3. Resulta muy relevante tener en consideración las posibles interferencias y el tiempo que transcurre entre que se le indican las palabras a la persona y el momento en que se le solicita que las recuerde, para evitar sesgos o interpretaciones incorrectas en relación a la memoria del/la usuario/a.

En segundo lugar, se le pide al/la usuario/a que dibuje un reloj, donde se le asignan 2 puntos al reloj correctamente dibujado, y 0 puntos si existen errores.

Se denomina un reloj normal al que incluya todos los números del 1 al 12, en donde cada uno de ellos debe ser dibujado una sola vez, en el orden y dirección correcta. También debe haber dos manecillas que deben tener distintos tamaños según sea horario o minuterero, donde una debe estar apuntando al número 11 y la otra apuntando al número 2.

Para calcular los resultados, se deben sumar las puntuaciones del primer test de memoria y del dibujo del reloj. Una puntuación final de 3, 4 o 5 nos indicaría poca probabilidad de la presencia de un trastorno o enfermedad, pero no se descarta la existencia de algún grado de deterioro cognitivo.

El tiempo de aplicación es de aproximadamente 3 minutos, de igual forma, puede variar por cada persona.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

Según Torres *et al.* (2018), Mini-Cog posee una sensibilidad de 99% y una especificidad de 93% para identificar a usuarios con demencia moderada. Además, posee una precisión de 83%. En Chile, Dechent *et al.* (2013) refirieron que Mini-Cog presenta una sensibilidad de 82%, mientras que la especificidad es de un 69%, entendidos como la capacidad para identificar a personas con y sin trastornos de memoria, respectivamente.

## Bibliografía

- Dechent, C., Bozanic, A., Jirón, M. y Fuentes, P. (2013). Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 46-49. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179329660005.pdf>
- Seitz, D., Chan, C., Newton, H., Gill, S., Herrmann, N., Smailagic, N., Nikolaou, V., & Fage, B. (2018). Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a primary care setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011415.pub2>
- Torres, S., Mena, B., González, G., Zubieta, A., Torres, N., Acosta, G. & Espinel, M. (2018). Escalas de tamizaje cognitivo en habla hispana: una revisión crítica. *Revista de Neurología*, 33 (4), 1-8. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-escalas-tamizaje-cognitivo-habla-hispana-S021348531830094X>
- Vega, R. y Zambrano, A. (2019). *Mini-Cog*. Circunvalación del Hipocampo. <https://www.hipocampo.org/Mini-Cog.asp>

## MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

---

Yuyuniz Armijo, Valentina Cantillana, Mariel Cuevas, Karina Donoso, Macarena Kruger, Natalie Sotelo, Francisca Álvarez

### Descripción general y objetivo del instrumento

Minimental State Examination (MMSE) es un instrumento diseñado por Marshall Folstein en el año 1975 como una ayuda para ser aplicado en la evaluación cognitiva de personas mayores en la práctica clínica (Folstein *et al.*, 1975, citado por Quiroga *et al.*, 2004).

El Mini Mental es un instrumento que evalúa la eficiencia cognitiva global explorando las siguientes funciones; orientación (temporal y espacial), memoria de fijación y de recuerdo diferido, atención y concentración, lenguaje, y habilidades viso-constructivas. Consta de un total de 30 puntos. Fue validado en Chile por el Ministerio de Salud en 2018.

Este test proporciona un análisis breve y estandarizado del estado mental. Es utilizado para detectar y evaluar la progresión de trastornos cognitivos asociados a enfermedades neurodegenerativas como la demencia tipo Alzheimer (De Mestral, 2010).

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

El test minimal está diseñado principalmente para aplicarse en población adulta mayor. Dentro de los contextos entre los cuales se puede aplicar están los centros de atención primaria, programas municipales y nacionales de adultos mayores, como lo son los centros de A.M o el programa más adultos mayores autovalentes, también en Establecimientos de larga Estadía de Adulto Mayor (ELEAM), entre otros.

### Detalle del instrumento de evaluación

El MMSE consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones, que el o la profesional puede administrar al paciente en 5-15 min, ajustándose en la mayor medida posible a estas consignas de la pauta y procurando la máxima objetividad en el registro de las respuestas del sujeto:

- **Orientación temporal:** esta sección se compone de 5 preguntas sobre el año, la época del año, el mes, el día de la semana y el día del mes en que se realiza la exploración.
- **Orientación espacial:** se trata de una serie de 5 preguntas, referentes a coordenadas espaciales.
- **Fijación:** la persona para fijar y retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí.
- **Atención y cálculo:** El sujeto hace mentalmente 5 sustracciones consecutivas de 3 números.
- **Memoria:** se le pide que recuerde las 3 palabras aprendidas en la tarea de fijación.

- **Nominación:** con este ejercicio se pretende evaluar la capacidad del individuo para reconocer y nombrar 2 objetos comunes, tales como un bolígrafo o lápiz y un reloj, los cuales se le muestran de manera física y directa.
- **Repetición:** repetir con precisión una frase con cierta complicación articulatoria. La emisión de esta frase estímulo debe ser clara y audible en todos sus detalles.
- **Comprensión:** esta tarea evalúa la capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 pasos.
- **Lectura:** en esta sección, se evalúa la capacidad del explorado para leer y comprender una frase sencilla (“cierre los ojos”), la cual se le presenta en una hoja aparte.
- **Escritura:** se evalúa aquí la capacidad del individuo para escribir una frase coherente que contenga sujeto, verbo y predicado.
- **Dibujo:** esta tarea de copia de 2 pentágonos entrelazados, que se presentan en una hoja separada, evalúa la capacidad visuoespacial del explorado.

El punto de corte seleccionado para este instrumento en Chile es de 21 puntos, considerando la escolaridad de las y los entrevistados y el alto nivel de analfabetismo en la población de adultos mayores en nuestro país. Las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognitivo. Una puntuación significativamente menor puede señalar una evaluación neuropsicológica más exhaustiva; dicha puntuación no debería ser utilizada con finalidades diagnósticas o clasificatorias respecto a los diversos tipos de demencia u otros trastornos cognoscitivos. Entre sus principales ventajas, se encuentra que ha sido estudiado en diferentes poblaciones y con diferentes objetivos, lo que lo hace un instrumento globalmente conocido y utilizado. Sin embargo posee también algunas desventajas, como son el no poder ser aplicado en una población analfabeta, la gran influencia del nivel cultural que posee y la no evaluación de las funciones ejecutivas (MINSAL, 2018).

#### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

Para validar el instrumento y analizar sus propiedades psicométricas, Quiroga *et al.* (2004) realizaron un estudio con 100 personas mayores de 65 años: 85 provenientes de la muestra total del proyecto y 15 pacientes con diagnóstico confirmado de demencia, que permitían asegurar el número suficiente de casos para el estudio de validación. El punto de corte seleccionado toma en consideración la escolaridad de los entrevistados, debido al alto nivel de analfabetismo en la población de adultos mayores chilenos. Para el grupo total, el mejor balance entre sensibilidad y especificidad se obtiene alrededor de los 19 puntos, sin embargo, cuando se separa el grupo por nivel educacional, se observa que en el grupo de menor educación la mejor puntuación corresponde a 17 puntos. En cambio, para el grupo de mayor escolaridad, éste se encuentra entre los 23 y los 24 puntos; por lo que se seleccionó como puntaje de corte para MMSE 21/22. Estos valores arrojaron un mejor equilibrio en términos de sensibilidad y especificidad considerando que el diagnóstico de deterioro cognitivo en Chile se efectúa cuando el sujeto tiene un puntaje menor a 21 en el MMSE.

Por lo que en cuanto mediciones psicométricas la sensibilidad del instrumento nos dice que la capacidad que tiene el MMSE de detectar una alteración o cambio en el estado del paciente asociado a un trastorno cognitivo es del 93,6% mientras que, en cuanto a la especificidad del instrumento, la probabilidad de la

prueba sea negativa ante un diagnóstico asociado a un trastorno cognitivo es de 46,1% (Quiroga *et al.*, 2004)

### **Bibliografía**

De Mestral, E. (2010). Acerca de la utilidad del Minimental Test. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*. 43(2). <http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v43n2/v43n2a07.pdf>

Folstein, MF., Folstein SE & McHugh PR. (1975) Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric research* 12(3):189-98. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Ministerio de Salud y Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Ciclo Vital (2018). *Manual de Geriatría para Médicos*. <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>.

Quiroga L, P., Albala B, C., & Klaasen P, G. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Revista médica de Chile*, 132(4). 467-478. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004000400009>



## SHORT PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE (PFEIFFER)

---

Yuyuniz Armijo, Valentina Cantillana, Mariel Cuevas, Karina Donoso, Macarena Kruger, Natalie Sotelo, Francisca Álvarez

### Descripción general y objetivo del instrumento

El "Short Portable Mental State Questionnaire" (SPMSQ) es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 preguntas que valoran funciones cognitivas, tales como: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Esta es muy breve pero con una aceptable capacidad discriminatoria, que detecta la presencia de deterioro cognitivo mediante la evaluación de datos sobre la vida diaria y el cálculo (Parés *et al.*, n.d.) Para su aplicación no se requieren de implementos o insumos, sino que sólo la lectura del cuestionario por parte del o la profesional, lo que lo convierte en un instrumento mucho más accesible.

Debido a que existen múltiples predictores del deterioro cognitivo en la persona mayor (Ministerio de Salud, subsecretaría de salud pública, 2018) resulta fundamental que las pruebas a realizar con el o la usuario/a sean de formato sencillo de valorar y en un tiempo breve de ejecución, para que facilitar la complementariedad con otras evaluaciones, buscando entregar una valoración geriátrica integral (VGI). La VGI "es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de las personas mayores en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar basada en ellos una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida" (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, n.d.)

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

El test de Pfeiffer es muy utilizado dentro de una valoración geriátrica integral en el ámbito de la atención primaria de la salud, también puede ser utilizado con pacientes institucionalizados como para población general, en consultas especializadas, establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), programas dirigidos a la población de personas mayores, etc.

### Detalle del instrumento de evaluación

Este instrumento de evaluación consta de 10 preguntas. Cada pregunta se responde de manera correcta o incorrecta, en donde cada respuesta entregada de forma incorrecta es considerada como un error (Parés *et al.*, 2020).

Las preguntas a realizar son las siguientes (Ministerio de Salud, subsecretaría de salud pública, 2018):

1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cuál es su N° teléfono o dirección?
4. ¿Dónde estamos ahora?
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Cuándo nació (día, mes y año)?
7. ¿Quién es el presidente actual del país?
8. ¿Cuál fue el presidente anterior?
9. ¿Cuál es el 1° apellido de su madre?
10. Reste de 3 en 3 desde 20 (sin errores)

### Interpretación de la prueba

Preguntas 1 y 6: (Fecha actual y de nacimiento del paciente) Se consideran correctas sólo si el día, el mes y el año son correctos.

Pregunta 3: (Número de teléfono o dirección del paciente) Se considera correcta si se puede comprobar el número o si lo puede repetir en otro momento. Si el paciente no tuviera teléfono se le preguntará por su dirección.

Pregunta 4: (Nombre del sitio en el que se realiza el test) Se considera correcta si el paciente da el nombre del lugar por el que se pregunta o una descripción adecuada del mismo.

Preguntas 7 y 8: (Nombre del actual y del anterior presidente del gobierno) Se considera correcta si da el primer apellido, el nombre completo o aquel por el que se le conoce habitualmente.

Pregunta 10: (Restas de 3 en 3 desde 20) Se considera correcta si son correctas todas las sustracciones de la serie, cualquier error en una de las restas es un fallo en la pregunta. (Semergen Cantabria, n.d.)

De acuerdo al Ministerio de Salud (2018), es posible interpretar los resultados de la siguiente forma:

- 0-2 Errores se consideran normales, con funciones intelectuales intactas.
- 3-4 Errores se considera deterioro cognitivo leve.
- 5-7 Errores se considera deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores se consideran deterioro cognitivo severo o grave.

Además, es importante estimar el nivel de escolaridad de la persona evaluada ya que será relevante para los resultados finales del cuestionario, puesto que se va a permitir un error adicional si el nivel educativo es bajo, y un error menos si tiene estudios superiores (Parés et al., n.d.).

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- **Sensibilidad:** El cuestionario de Pfeiffer es un instrumento que nos permite evaluar la presencia de deterioro cognitivo con una especificidad y sensibilidad de 96% y 68% respectivamente, y que dentro de la evaluación geriátrica integral es útil como un método de screening para poder identificar este síndrome, aunque se requiere completar los estudios para obtener un diagnóstico definitivo. (Varela et al., n.d.)

Por otra parte, un estudio llevado a cabo con 255 sujetos, el 66,7% mujeres y el 65,5% sin ningún grado de escolarización y con una media de edad de 74,5 años. La sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según nivel de escolarización y edad. (Martínez de la Iglesia et al., 2001)

- **Fiabilidad:** La fiabilidad inter e intraobservador fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna un valor de 0,82 (Martínez de la Iglesia et al., 2001), lo que demuestra que es un instrumento confiable en sus resultados.
- **Validez:** La validez convergente, que indica las coincidencias en los resultados con otros instrumentos de la misma índole, fue del 0,74, lo que vuelve a la prueba confiable. El área bajo la curva ROC fue de

0,89 (Martínez de la Iglesia *et al.*, 2001), lo que indica que el instrumento es adecuado en relación a su capacidad discriminativa diagnóstica.

### Bibliografía

- Ministerio de Salud, subsecretaria de salud pública. (2018) Manual de Geriatria para Médicos. <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>
- Martínez de la Iglesia, J., DueñasHerrerob, R., Carmen Onís Vilchesa, M., Aguado Tabernéa, C., Albert Colomerc, C., & Luque Luquec, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129–134. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4)
- Parés, D., Manuel, M., & Simó, R. (2020). Manejo quirúrgico de pacientes de edad avanzada, *Asociación Española de Cirujanos Monografías de la AEC*, 1 - 94. [https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20210521/20210521\\_n4.pdf](https://www.riojasalud.es/files/content/newsletter/20210521/20210521_n4.pdf)
- Semergen Cantabria. (n.d.). *Instrucciones para pasar el test de Pfeiffer*. [http://www.semergencantabria.org/docaux/instrucciones\\_testpfeiffer.htm](http://www.semergencantabria.org/docaux/instrucciones_testpfeiffer.htm)
- Sociedad española de geriatría y gerontología. (s.f). Tratado de geriatría para residentes. International Marketing & Communication, S.A. [https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000\\_primeras.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf)
- Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M., & Méndez, F. (2004) Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*. 17(2) 37-42. <https://doi.org/10.36393/spmi.v17i2.235>

## FAB BATERÍA DE EVALUACIÓN FRONTAL

---

Fernando Saravia, Javiera González, Scarlett Matamala, Ana Morales, Thiare Galdames, Valentina Espinoza

### Descripción general y objetivo del instrumento

La Frontal Assessment Battery (FAB) es una herramienta que evalúa las funciones cognitivas procesadas en el lóbulo frontal del cerebro de forma rápida (Investigación en Terapia Ocupacional, s. f.). Este instrumento fue propuesto y diseñado por Dubois, Slavchesky, Litvan, y Pillon en el año 2000, con el fin de tener una evaluación sencilla que mida la disfunción frontal y “detectar si el paciente tiene un compromiso grave de las funciones frontales corticosubcorticales, tal como se ve en pacientes con demencia frontosubcortical sin que el resultado implique el diagnóstico de dicha demencia” (Rodríguez, 2003, citado por Rivera & Sotomayor, 2016).

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

La población objetivo para aplicar pauta corresponde a adultos/as y personas mayores con alteraciones neurocognitivas principalmente, la cual evidencia la diferencia entre Alzheimer, Parkinson y demencia. La pauta FAB podría utilizarse en contextos clínicos (memoria y neuropsiquiatría), hospitales, COSAM, CESFAM, etc.

### Detalle del instrumento de evaluación

La batería de evaluación frontal mide conceptualización, flexibilidad mental, programación motora, sensibilidad a la interferencia, control inhibitorio y autonomía a través de las siguientes subpruebas, de acuerdo a lo descrito por el Grupo de Investigación en Terapia Ocupacional (s. f.):

- Similitudes (conceptualización): Explora razonamiento abstracto presentando parejas de objetos con la misma categoría semántica.
- Fluidez léxica (flexibilidad mental): Evalúa auto-organización, estrategia y cambio mencionando tantas palabras como pueda que empiecen por una letra determinada.
- Serie motora: Explora la capacidad de programación y planificación motora realizando la serie de Luria (puño-canto-palma) con la mano dominante.
- Instrucciones contradictorias: El sujeto evaluado debe dar una respuesta opuesta a la señal del examinador explorando así la sensibilidad a las interferencias.
- GO-NO-GO: Con las mismas señales que en la prueba anterior, pero con una orden verbal diferente por parte del examinador, se explora el dominio de control inhibitorio e impulsividad.
- Conducta de prensión: Explora el dominio de independencia al medio ambiente, evaluando la tendencia espontánea de adherirse al mismo.

Se puntúa de 0 a 3 por cada subtest, por lo que el puntaje total máximo es 18 puntos. De acuerdo a Rodríguez (2003, citado por Rivera & Sotomayor, 2016), si una persona obtiene 17 o 18 puntos, se considera un funcionamiento normal; en cambio si se alcanzan entre 14 y 16 puntos, se identifica un déficit frontosubcortical ; mientras que un puntaje de 13 o menos puntos totales indica señales de demencia frontosubcortical.

### **Propiedades psicométricas del instrumento**

En relación a la validez, que explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado en distintos ámbitos, de acuerdo a lo señalado por Hurtado (2017), la FAB es utilizado tanto en el ámbito clínico como de investigación como herramienta de evaluación de funciones ejecutivas en diferentes países, muestras y patologías. Los 59 estudios revisados muestran óptimos resultados en las puntuaciones medias del FAB, correlaciones con otros test y variables sociodemográficas, considerándose como test de screening para la disfunción ejecutiva. La FAB ha sido adaptada transculturalmente en diferentes países, y presenta buenas características y propiedades psicométricas que determinan que es fiable con indicadores mayores a 0.70, y válido con relaciones adecuadas en el sentido teórico esperado para la evaluación de las funciones ejecutivas en el ámbito clínico.

Finalmente Cabe mencionar que la información que fue analizada y seleccionada principalmente proviene de otras culturas e idiomas, dado que en Chile hay escasa evidencia científica en cuanto a la aplicación y fiabilidad de la escala FAB.

### **Bibliografía**

- Hurtado, M. (2017). *“Frontal assessment battery” (FAB): revisión y propiedades psicométricas en población española con enfermedad de Parkinson*. [tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche]. Depósito Digital de la Universidad Miguel Hernández de Elche. <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3691/1/TD%20%20Hurtado%20Pomares%2c%20Miriam.pdf>
- Grupo de Investigación en Terapia Ocupacional. (s. f.). Frontal assessment battery (FAB). <https://inteo.edu.umh.es/frontal-assessment-battery-fab/>
- Rivera, L., & Sotomayor, P. (2016). Perfil cognitivo y funcional en una muestra de pacientes con demencia por alzheimer previamente clasificados con presencia o ausencia del gen ApoE4 del hospital Carlos Andrade Marín. [trabajo de titulación]. Repositorio de la Universidad Internacional del Ecuador. <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/1225/1/T-UIDE-0939.pdf>

## EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA)

---

Ana Gálvez H., Catalina Machuca C., Paulina Yáñez G., Matías Zamorano T., Sofía Zúñiga J., Samanta Rolack

### **Descripción general y objetivo del instrumento**

La Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) fue desarrollada en 2005 para detectar Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y se ha demostrado que es muy sensible y específica en la población adulta mayor (Rosca, et al., 2020). Este instrumento es una herramienta breve que ha demostrado ser eficaz para identificar el deterioro cognitivo leve y la demencia temprana (D'Hondt, et al., 2018). Sin embargo, la prueba MoCA también constituye una herramienta de cribado eficaz para detectar déficits cognitivos en otros trastornos neuropsiquiátricos, por ejemplo, depresión (Moirand et al., 2018) o esquizofrenia (Musso et al., 2014; Wu et al., 2014).

Este instrumento permite examinar las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales (capacidad para dibujar o realizar construcciones bidimensionales o tridimensionales), cálculo y orientación en sujetos en situación de discapacidad visual a través del Moca Blind (MoCA, s. f.).

Su mayor inconveniente es poseer un alto sesgo educacional, por lo que en la versión original se recomienda la adición de un punto si la escolaridad es inferior a 12 años (Delgado, et al., 2019). En base al sesgo anterior, es que se desarrolló el MoCA-Basic para la evaluación de personas con baja o nula escolaridad, el cual tiene mayor facilidad de aprovechar los recursos que se ven afectados por un deterioro cognitivo (García-Guerrero, s. f.). El Moca Blind, es para usuarios en situación de discapacidad visual y para evaluaciones mediante el teléfono (MoCa, s. f.).

El test se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en clínica y en investigación para detectar cambios cognitivos tempranos.

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación**

La prueba MoCA es una evaluación de tipo cognitiva, por lo cual puede ser utilizada a cualquier edad, pero es más frecuente en personas mayores, ya que su principal uso se relaciona con la detección de deterioro cognitivo. Esta herramienta se utiliza en contextos como Establecimientos de adultos mayores, programas de adulto mayor, exámenes anuales como el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) en usuarios con patologías mentales y consumo de sustancias, Centro Comunitario de Salud Familiar, en Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros hospitalarios, centros de salud mental, psiquiátricos, etc.

### **Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación**

El MoCA evalúa diferentes tipos de habilidades cognitivas. Estas se incluyen:

- *Orientación*: donde se le indica al usuario que nos diga la fecha, mes, año, día, lugar y ciudad donde se encuentra. (6 puntos).
- *Memoria a corto plazo / recuperación retardada*: se le leen 5 palabras, se le pide al usuario que las repita, se vuelven a leer y se le pide que las repita, luego de completar otras tareas se le vuelve a pedir que la persona repita las cinco palabras y se le da alguna pista de la categoría donde pertenece la palabra. (5 puntos)
- *Función ejecutiva / habilidad viso espacial*: se evalúan a través de la prueba trails B, que se requiere que dibuje una línea para secuenciar correctamente dígitos y números alternos y a través de una tarea que requiere para dibujar una copia de una forma de cubo. (5 puntos).
- *Habilidades de lenguaje*: consiste en repetir dos oraciones correctamente y luego enumerar las palabras que se pueden recordar que comiencen con la letra "F". (3 puntos).
- *Abstracción*: se le pide al usuario que explique en qué se parecen dos objetos, como un tren y una bicicleta, midiendo el razonamiento abstracto, que a menudo se ve afectado en la demencia. (2 puntos).
- *Denominación de animales*: se muestran tres imágenes de animales y se le pide a la usuaria que los nombre a cada uno. (3 puntos).
- *Atención*: se le pide a la usuaria que repita una serie de números hacia adelante y luego otra serie diferente hacia atrás para evaluar la atención. (6 puntos).
- *Prueba de dibujo del reloj*: a diferencia del (MMSE) que no incluye la prueba del dibujo del reloj, el Moca le pide a la usuaria que dibuje un reloj que marque las once y diez. (Carnavilla, 2021).

El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos. La puntuación máxima es de 30; una puntuación igual o superior a 26 se considera normal (MoCA , s. f.).

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- *Fiabilidad*: "Es un test con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,76). Los resultados son fiables en el tiempo con una fiabilidad test-retest de 0,921 y una fiabilidad inter-examinadores de 0,914" (Carcavilla, 2021). Por lo tanto, la evaluación es fiable, en la medida que tras la aplicación en reiteradas ocasiones y entre distintos/as evaluadores/as muestra resultados similares.
- *Validez y sensibilidad*: El test incluye "alto nivel de confiabilidad y validez con una sensibilidad de 87% y una especificidad en un rango de 90% para deterioro cognitivo leve (DCL) con un punto de corte <26 y una sensibilidad del 87% para la demencia de tipo Alzheimer con una especificidad del 100%, teniendo un punto de corte <18." (Pedraza y cols, 2016). Por tanto, la prueba de MoCA es útil para detectar eficazmente los signos del deterioro cognitivo y diferenciar a los distintos niveles de daño.

## Bibliografía

- Carcavilla, N. (2021, 10 junio). *MoCA: Test de Evaluación Cognitiva Montreal*. Comunicación y Demencias. <https://comunicacionydemencias.com/test-moca-demencia/>
- D'Hondt, F., Lescut, C., Maurage, P., Menard, O., Giboud, B., Cottencin, O., Montègue, S., Jardri, R. & Rolland, B. (2018). Comorbilidades psiquiátricas asociadas con un cribado positivo utilizando la prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) en sujetos con trastorno grave por consumo de alcohol. *Drug and Alcohol Dependence* 191, 266-269. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.009>
- Delgado, C., Araneda, A. & Behrens, MI (2019). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*, 34 (6), 376–385. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>
- García-Guerrero, C., Beausejour, V. & Mckerral, M. (2016, Octubre). *El test moca-básico. La adaptación en español del test de tamizaje cognoscitivo para una población de baja escolaridad*. [póster] Congreso de la Asociación Mexicana de Neuropsicología, México. <http://doi.org/10.13140/RG.2.2.30695.44960>
- MoCA .(s. f.). *Prueba Moca*. Mocatetest.org. <https://www.mocatetest.org/the-moca-test/>
- Moirand, R. (2018). Utilidad de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para monitorear los deterioros cognitivos en pacientes deprimidos que reciben terapia electroconvulsiva. *Psychiatry Research* 259, 476 – 481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.022>
- Musso, MW. (2014). Investigación de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) como evaluador cognitivo en enfermedades mentales graves. *Psychiatry Research* 220, 664 – 668. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.078>
- Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castro, J., Castillo, P., Hernández, A. & Piñeros, C. (2016). Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de adultos de Bogotá. *Acta Médica Colombiana*, 41 (4), 221-228. <https://doi.org/10.36104/amc.2016.693>
- Rosca, E. Cornea, A. & Simu, M. (2020). Montreal Cognitive Assessment para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia: una revisión sistemática. *General Hospital Psychiatry*, 65, 64-73. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.05.011>





CAPÍTULO 5

**EVALUACIONES DE  
PATRONES DE  
DESEMPEÑO**



## LISTADO DE ROLES

---

Mikaela Kunz, Gabriela Morán, Scarlett Sánchez, Camila Silva, Valentina Zamorano, Juan Soto

### Descripción general y objetivos del instrumento

El listado de roles es un instrumento de autoevaluación. “Tiene como objetivo informar los roles ocupacionales de los individuos, los que desempeñan y/o les gustaría desempeñar y la importancia de los mismos en su vida cotidiana” (César Da Cruz et al., 2016, p. 110). La lista se divide en dos partes.

- “La primera corresponde a la evaluación de diez roles ocupacionales (estudiante, trabajador, voluntario, cuidador, amo/ama de casa, amigo, miembro de la familia, participante en organizaciones, aficionado y religioso) y un ítem “otros” (César Da Cruz et al., 2016, p. 110)”. en esta parte el usuario identificará los roles que ha desempeñado en el pasado, presente y futuro
- “En la segunda parte, los diez roles se evalúan en relación al significado que cada participante le atribuye: ninguna importancia, alguna importancia y mucha importancia” (César Da Cruz et al., 2016, p. 110). También César da Cruz y otros mencionan en su documento que el listado de roles fue validado para ser utilizado en la población brasileña la que fue realizada en 2007 por Cordeiro, Camelier, Oakley y Jardim.

Si bien el instrumento Listado de Roles requiere de un análisis y entrevista posterior a su administración para ser considerado válido, en esta investigación se adoptó la metodología de entrevista abierta con el objeto de permitir que los roles ocupacionales aparecieran libre y espontáneamente en el discurso de los participantes. (César Da Cruz et al., 2016, p. 110).

### Posibles contextos en los que podría aplicar la evaluación

Este instrumento podría utilizarse en diversos contextos, y adaptarse al contexto en el cual viva o se desenvuelva la persona. Este instrumento puede ser utilizado con adolescentes, adultos o personas de la tercera edad.

### Detalle del instrumento

El listado de roles consta de dos partes:

- **PRIMERA PARTE:** Este ítem está constituido por un listado de 10 roles, en los cuales se le clasifica dependiendo del tiempo en el que la persona realizó este rol, ya sea presente, pasado o futuro
- **SEGUNDA PARTE:** En este ítem se encuentran los mismos roles del ítem anterior, pero esta vez se clasifica el valor o la importancia de los roles para la persona.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- *Validez:* Los valores de kappa para roles individuales oscilaron entre 0,53 y 0,95. Los valores alfa de Cronbach del porcentaje de concordancia entre las administraciones en papel y electrónicas en las partes dos (valor del rol) y tres (calidad de la participación) fueron significativos con una concordancia casi perfecta de 0.88 a 1.0. Por lo tanto, esta evaluación es confiable y válida (Scott et al.,2017).
- *Fiabilidad:* Es muy sensible al cambio, con una confiabilidad de la Parte 3 que varía de 0.34 a 0.57. Los autores determinaron que era necesario cierto tiempo entre las administraciones para controlar los sesgos de recuerdo (...), también era esencial controlar el cambio de respuesta (Scott et al., 2014, p. 96).
- *Sensibilidad:* Respecto a este punto no se logró encontrar documentación o estudios que hablaran al respecto de la sensibilidad del listado de roles.

### Bibliografía

- Cesar Da Cruz, D. M., Figueiredo E Silva, V., Ferigato, S., & Agostini, R. (2016). PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS ROLES OCUPACIONALES: TRABAJO, FAMILIA, INDEPENDENCIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(2), 107–117. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44755>
- Oakley, Kielhofner & Barris (1985). Listado de roles. Extraído el 06 de Septiembre de 2021 de: <https://www.moho.uic.edu>
- Scott, P. J., McFadden, R., Yates, K., Baker, S., & McSoley, S. (2014). The Role Checklist V2: QP: *Establishment of Reliability and Validation of Electronic Administration. British Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 96–102. <https://doi.org/10.4276/030802214x13916969447272>
- Scott, P., Cacich, D., Fulk, M., Michel, K. & Whiffen, K. (2017). Establishing Concurrent Validity of the Role Checklist Version 2 with the OCAIRS in Measurement of Participation: A Pilot Study. *Occupational Therapy International*. <https://doi.org/10.1155/2017/6493472>

## CUESTIONARIO OCUPACIONAL (CO)

---

Daniela Palma, Antonia Lecaros, Vania Cifuentes, Marilyn Muñoz, Fernanda Coó, Bárbara Suazo

### **Descripción general y objetivo del instrumento**

Evalúa la organización de la rutina y patrones de hábitos de una persona en relación a su volición. Este cuestionario fue creado por Smith, Kielhofner y Watts, 1995, tiene una interpretación cuantitativa y cualitativa y es un instrumento de autoevaluación. El cuestionario ocupacional (CO) nos proporciona información acerca de los patrones de hábitos de la persona (hora en que se levanta/se acuesta, si destina tiempo a actividades de cuidado personal, tiempos en que destina a realizar actividades delictivas, etc.). Además de acuerdo a la descripción detallada de las actividades que ejecuta a diario la persona, permite analizar si es que existe un desequilibrio ocupacional en la rutina, destinando mayor tiempo del día a cierto tipo de actividad (ejemplo: tiempo libre) y disminución o ausencia de otro tipo (Altamirano, 2011).

Para llevar a cabo este CO, se le pide a la persona entregar una descripción detallada del uso típico de su tiempo y utiliza una escala de puntaje para los aspectos de sentido de eficacia personal, importancia y grado de placer durante la participación de estas actividades. El terapeuta le pide a la persona completar el instrumento en 2 partes; Primero completar el listado de actividades que desempeña cada media hora en un día típico de la semana y el clasificar cada actividad ya sea como trabajo, actividad de la vida diaria, recreación o descanso, luego se le pide contestar las preguntas para cada actividad, estas preguntas incluyen el cuan bien la persona piensa que realiza cada actividad, cuán importante es para él/ella, y cuanto disfruta al hacerlo (Lindel, 2013). Las últimas preguntas dan a conocer nociones sobre las características volitivas del patrón de la actividad. Es decir, ponen en evidencia la causalidad personal, el interés, y el valor experimentado en la actividad. (Altamirano, 2011).

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos)**

Cabe destacar que, este cuestionario dependerá de múltiples factores, como por ejemplo del profesional (y su formación), de la institución en la cual trabaja, si hay tiempo para realizar este tipo de evaluación, si es o pertinentes ejecutarla de acuerdo a los alcances de las prestaciones del centro de salud, entre otros factores. Sin embargo, el cuestionario ocupacional podría utilizarse en contextos clínicos y comunitarios, de todas las áreas de la disciplina, salud mental, en COSAM, centros comunitarios de rehabilitación, hogares de adultos mayores, entre otros. Hacemos hincapié en que la edad para aplicar este cuestionario es variable y puede ser modificable, por ejemplo, si lo vamos a aplicar en niños, debemos modificar la actividad como el trabajo, puesto que según la ley 21.271, los niños, niñas, adolescentes sin edad para trabajar no serán admitidos en trabajos ni faenas que requieran fuerzas excesivas, ni en actividades que puedan resultar peligrosas para su salud, seguridad o moralidad.

### **Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación**

En primer lugar, el CO es un instrumento de autoevaluación el cual anota las actividades que usualmente el paciente realiza en el diario vivir, contestando las preguntas relacionadas con estas actividades.

“Consiste en anotar todas las actividades que se llevan a cabo cada media hora desde el momento en que se levanta, hasta el instante que se acuesta. Se realizan dos cuestionarios, uno de un día de la semana y un día de fin de semana” (Corporación Servicio Paz y Justicia SerpajChile, 2011). El Cuestionario Ocupacional solicita clasificar las actividades que realiza dentro de cuatro categorías; trabajo, diario vivir, recreación, descanso. Luego se debe indicar:

- Cuánto disfruta de la actividad
- Qué importancia tiene
- Cuán bien lo hace

**Primera Parte:** El cliente intentará recordar cómo han pasado estos días en las últimas semanas y decide que es lo que usualmente hace durante un día de semana (lunes a viernes). Para cada media hora hay que anotar la actividad que habitualmente el usuario lleva a cabo durante ese periodo de tiempo. Una actividad puede ser cocinar o bañarse. Si se lleva a cabo una actividad por más de media hora, habrá que considerarla como una nueva actividad en la media hora siguiente.

**Segunda Parte:** Después de ya anotadas las actividades, se le solicitará al usuario que conteste las cuatro preguntas para cada una de las actividades. Para cada actividad circula la letra que corresponde a la contestación más apropiada. La primera pregunta le pedirá que clasifique la actividad como trabajo, tareas del diario vivir, recreación o descanso. Sin embargo, hay que tomar las siguientes explicaciones para clasificar la actividad:

- **Trabajo (T):** No necesariamente se limita a una actividad por la cual recibes pago. Puede incluir actividades productivas como el estudio y que sean de beneficio para otras personas, por ejemplo, ofrecer servicios voluntarios en un hospital.
- **Actividades del diario vivir (DV):** Se refiere a aquellas actividades que están relacionadas con tu cuidado propio tales como limpieza del hogar o ir de compras.
- **Recreación (R):** Son aquellas actividades que te permiten pasarlo bien, distraerte. Pueden incluir fiestas, ir al cine, realizar alguna afición, etc.
- **Descanso (D):** Se refiere a no llevar a cabo ninguna actividad en particular recostarse o acostarse a dormir una siesta.

#### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento:**

No se describen propiedades psicométricas del instrumento.

#### **Bibliografía**

Riopel, N., Smith, Kielhofner y Watts. (1986). *Cuestionario Ocupacional*. Recuperado de [https://www.moho.uic.edu/resources/files/AISLADO%20CUESTIONARIO%20OCUPACIONAL\\_OQ\\_11.26.07.pdf](https://www.moho.uic.edu/resources/files/AISLADO%20CUESTIONARIO%20OCUPACIONAL_OQ_11.26.07.pdf)

Samaratti, M. (2011). *Las Rutinas Diarias de las Personas Internadas en Hogares con Centro Día*. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Universidad Abierta Interamericana.

BCN: Ley Chile. (2020). *LEY 21271: Adecua el Código del Trabajo en Materia de Protección de los Niños, Niñas y Adolescentes en el Mundo del Trabajo*. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1150357>

Serpaj Chile (2011). *Asesoría en Terapia Ocupacional. Diagnóstico e Instrumentos*. Unidad de drogas. Recuperado de <http://serpajchile.cl/inicio/wp-content/uploads/2014/06/ASESORIA-EN-TERAPIA-OCUPACIONAL-DIAGNOSTICO-E-INSTRUMENTOS.pdf>

## CONFIGURACIÓN DE ACTIVIDAD NIH

---

Almendra Gómez, Dominique Correa, Bárbara Menares, Cristian Araya, David Soto, Solange Madrid

### Descripción general y objetivo del instrumento

De acuerdo con Lindel (2013), este instrumento de evaluación es una adaptación de la herramienta Cuestionario Ocupacional (OO), para que fuese capaz de realizar mediciones de resultados para personas con artritis reumatoidea.

El objetivo de esta evaluación es proveer información sobre el impacto de la artritis reumatoide en las ABVD y AIVD, la percepción del usuario sobre su eficacia para realizar las diferentes tareas a lo largo del día, la importancia de estas y los patrones que desarrolla a diario.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).

De acuerdo con Jason y Brown (2012), aquellas personas que tenían síndrome de fatiga crónica y trastorno depresivo mayor, permanecían una mayor cantidad de tiempo descansando, realizando actividades de baja intensidad y se fatigaba más que otros grupos, y mediante la utilización del ACTRE, encontraron una relación positiva entre el tiempo empleado en sensaciones de fatiga con el que sufre, a la vez que una relación negativa con periodos de tiempo empleados en actividades sin importancia para el usuario.

Dicho esto, esta pauta podría ser usada con grupos de personas con determinadas patologías o condiciones y compararlas con un grupo control para encontrar relaciones como las que describen Jason y Brown (2012), y así aplicar intervenciones en base a las rutinas de los usuarios y cómo se sienten respecto a estas.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.

La pauta está compuesta por 8 preguntas que deben ser respondidas a lo largo de 24 horas en intervalos de 30 min, comenzando a las 4:00. Las preguntas y las respuestas correspondientes son las siguientes:

- Durante este tiempo sentí dolor: Ningún (1) / Muy poco (2) / Algo (3) / Mucho dolor (4).
- Al iniciar esta media hora sentí fatiga: Nada (1) / Muy poca (2) / Algo (3) / Mucha fatiga (4)
- Pienso que lo hago: Bien (1), Regular (2), Mal (3), Muy mal (4).
- Yo encuentro las actividades: Fácil (1), Poco difícil (2), Difícil (3), Muy difícil (4).
- Para mi esta actividad es: Muy significativa (1), Significativa (2), Poco significativa (3), Nada de significativa (4).
- Esta actividad me causa fatiga: Nada (1) / Muy poca (2) / Algo (3) / Mucha fatiga (4).
- Disfruto esta actividad: Mucho (1), Algo (2), Muy poco (3), Nada (4).
- Me detuve a descansar durante la actividad: Si (1), No (2).

Este instrumento de evaluación consta de una categoría llamada clave, las cuales son:

- Clave #1: Durante esta media hora, yo estoy generalmente recostado.
- Clave #2: Durante esta media hora, yo estoy generalmente sentado (en el trabajo, leyendo, en el computador, TV, etc.)
- Clave #3: Durante esta media hora, yo estoy generalmente parado (caminando, levantando o moviendo cosas).

Las actividades realizadas durante cada periodo de tiempo deben ser marcadas en la columna de categoría en base a lo siguiente:

- **Descanso (DES):** períodos de descanso que duran media hora o más.
- **Autocuidado (AC):** actividades de cuidado personal, que incluyan vestirse, arreglarse, ejercicios, comidas normales, ducharse, o actividades similares.
- **Preparación o Planificación (P):** tiempo que se gasta organizando una actividad o planificando cuándo y cómo hacer las actividades diarias o de fin de semana.
- **Actividades Domésticas (AD):** cocinar, limpiar, comprar, ordenar despensa, jardinería, u otras actividades similares.
- **Trabajo (T):** pagado o voluntario, dentro o fuera de la casa, en el colegio, escribir documentos, atender en clases, estudiar, u otras actividades similares.
- **Recreación/Tiempo Libre (RT):** aficiones, TV, juegos, lectura (a menos que sea durante períodos de descanso), deportes, comidas fuera de casa, cine, clases de educación para adultos, compras, jardinería, conversar con amigos, u otras actividades similares.
- **Transporte (T):** traslado de ida y vuelta al lugar de actividades.
- **Tratamiento (TTO):** doctor o sesiones de terapia, ejercicios en casa, etc.
- **Sueño (S):** Momento en que duerme durante las noches o durante el día si su horario laboral es nocturno.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

En cuanto a este instrumento de evaluación, no fue posible encontrar estudios realizados en Chile ni en Latinoamérica, sin embargo, según Quaresma et al (2017), en una evaluación de confiabilidad en mujeres embarazadas entre las edades de 18 y 39 de Portugal, los resultados de la correlación intraclase obtuvieron una puntuación de confiabilidad entre los rangos 0.88 y 1.00, mientras que con la alfa de Cronbach calculado con las actividades más frecuentes se obtuvo un puntaje de 0.77.

Por lo tanto, en este mismo estudio se concluye que la versión portuguesa del *ACTRE* fue fácilmente comprendida por los encuestados y que mostró una alta fiabilidad.

### Bibliografía

Jason, L. A., & Brown, M. M. (2012). Sub-typing daily fatigue progression in chronic fatigue syndrome. *Journal of Mental Health*, 22(1), 4–11. doi:10.3109/09638237.2012.670879 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889482/>



- Lindel, N. (2013, diciembre). Instrumentos de evaluación del modelo de la ocupación humana [Diapositivas de PowerPoint]. Slideshare. <https://es.slideshare.net/NataliaLindel/instrumentos-de-evaluacion-del-modelo-de-la-ocupacin-humana>
- Quaresma, C. et al (2017). Tradução, adaptação e avaliação psicométrica do questionário Activity Record (ACTRE) [Translation, adaptation and psychometric evaluation of the instrument Activity Record (ACTRE)]. Acta reumatológica portuguesa, 42(2), 168–175. [https://www.researchgate.net/publication/312553117\\_Translation\\_adaptation\\_and\\_psychometric\\_evaluation\\_of\\_the\\_instrument\\_Activity\\_Record\\_ACTRE/fulltext/5968191eaca2728ca6731588/Translation-adaptation-and-psychometric-evaluation-of-the-instrument-Activity-Record-ACTRE.pdf](https://www.researchgate.net/publication/312553117_Translation_adaptation_and_psychometric_evaluation_of_the_instrument_Activity_Record_ACTRE/fulltext/5968191eaca2728ca6731588/Translation-adaptation-and-psychometric-evaluation-of-the-instrument-Activity-Record-ACTRE.pdf)



CAPÍTULO 6

**EVALUACIONES DE  
FUNCIONES Y  
ESTRUCTURAS  
CORPORALES**



## GONIOMETRÍA

---

Krisna Diaz, Javiera Molina, María José Pino, Gloria Reyes, Moira Riquelme, Francisca Rozas, Patricia Latorre

### **Descripción general y objetivo del instrumento:**

El nombre proviene de dos términos griegos “gonia” la cual significa “ángulo” y “metron” que significa medición. Por lo tanto, goniometría se refiere a la medición de ángulos, en concreto, la medición de los ángulos que generan los huesos del cuerpo humano en las articulaciones. (Cynthia Norkin, et. al. 2019)

Además, Cynthia Norkink, et al., 2019, agregan que la persona evaluadora “obtiene estas mediciones alineando los elementos del instrumento de medición —el goniómetro— con los huesos inmediatamente proximal y distal de la articulación que se evalúa. La goniometría determina tanto la posición de una articulación concreta como su movilidad total disponible.”

Claudio H. Taboadela, 2007, describe el objetivo de la goniometría en dos, en el primero refiere el “evaluar la posición de una articulación en el espacio”, lo que se puede explicar como un procedimiento que define la existencia y operancia de la movilidad articular, dentro del espacio y el segundo como “Evaluar el arco de movimiento de una articulación en cada uno de los tres planos del espacio”.

Los goniómetros a modo general presentan 3 partes, un cuerpo (de forma circular) que incluye los grados, podría ser de 180° o 360°, y 2 brazos, 1 de ellos estático y otro móvil y permite medir ángulos y rango de movilidad de las articulaciones del cuerpo humano.

Además, los resultados de esta evaluación permiten caracterizar si el movimiento es pasivo, activo o activo asistido.

### **Contextos en los que se podría utilizar:**

La herramienta goniometría podría ser utilizada en diferentes contextos como rehabilitación física, hospitales en el área física. Este instrumento puede ser utilizado en cualquier rango etario. Sumado a eso Franklin Torrealba, 2017, nos propone que “las mediciones goniométricas fijas son útiles para valorar desviaciones axiales (por ejemplo, varus y valgus), también se combinan con mediciones centimétricas para valorar la descolocación, deformación o desviación de elementos óseos.” Además, Claudio Taboadela, en 2007 lo especifica y lo subdivide de la siguiente manera:

“1. En Ortopedia y Traumatología y en Reumatología (Describir la presencia de deseos a nivel del sistema osteoarticular); 2. Industria biomédica ( fabricación y el diseño prótesis y de ortesis, etc.); 3. En Rehabilitación (determinar su progresión en el tiempo, motivar al paciente, etc.); 4. En Medicina del Deporte (se utiliza para cuantificar la evolución del entrenamiento de los deportistas); 5. Medicina Legal, en Medicina Previsional y en Medicina del Trabajo (se utiliza para la evaluación de incapacidades, producto de secuelas de accidentes o enfermedades que afectan al sistema osteoarticular.)”(p.3-4).

### **Detalle del instrumento:**

A modo global, lo que nos concede este instrumento es medir el rango de movimiento y eje, además se le reconoce para uso generalmente terapéutico, ya que aporta información importante para la rehabilitación. Sobre lo anterior Cynthia Norkin, et. al. en 2019 plantean que a través de “exploración permite al examinador detectar movimientos anormales y obtener información... disposición de la persona a moverse... Permite al examinador evaluar los tejidos que limitan el movimiento, detectar dolor y hacer una estimación del grado de movilidad”.

Además, de manera específica el instrumento se podría detallar de la siguiente manera:

1. Base para sustentar que está compuesta de tres tornillos para nivelar y lograr colocar de forma horizontal. (Instrumentos de Medición. s.f. a)
2. Círculo fijo azimutal, que se encuentra graduado y sirve para la medición de los ángulos horizontales. (Instrumentos de Medición. s.f. b)
3. Estructura alidada o móvil, la cual está girando por el círculo fijo azimutal, posee, además, el círculo de alturas o cenital, también conocido como eclímetro. (Instrumentos de Medición. s.f. c)
4. Anteojo ubicado en la alidada anterior, móvil dentro de la alidada en un plano vertical, por lo que, en conjunto de dicho movimiento y de la propia estructura móvil, puede apuntar o colimar punto del espacio que deseamos señalar. (Instrumentos de Medición. s.f. d).

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento:**

El goniómetro ha sido evaluado en variados estudios e investigaciones, para comprobar y/o medir su funcionalidad, exactitud, entre otras. De los que hoy referenciamos en sus resultados, exponiendo que el goniómetro es muy fiable, sus resultados no varían en demasía de los otros instrumentos con los que se le compara y/o estudia. Cristina Boldrini et. al., 2009 “En las comparaciones intragrupos, no se ha observado diferencias importantes en las angulosidades recogidas entre los evaluadores y los días de evaluación ( $p>0,05$ ) para los tres instrumentos utilizados, demostrando que los datos fueron homogéneos”. Además, M. Gil Fernández et. al., 2012 plantean que:

La fiabilidad intrasesión presenta coeficientes de correlación intraclase superiores a 0,89 para los dos instrumentos. En cuanto a la fiabilidad intersesión, los coeficientes de correlación intraclase son superiores a 0,90 (excelente) en ambos casos. La correlación entre el goniómetro y el inclinómetro presenta valores superiores a 0,812 (excelente)...El goniómetro y el inclinómetro son instrumentos fiables para la medición de la movilidad articular de la flexión y la extensión de rodilla, presentando, además, una correlación elevada. (p. 73)

Por lo que se puede concluir que el goniómetro es un instrumento altamente confiable y válido, permitiendo evaluar correctamente el movimiento articular y su angulación.

## Bibliografía

- Cynthia C. Norkin; D. Joyce White. (2019) *Manual de Goniometría; Evaluación de la movilidad articular*. Paidotribo. <http://www.paidotribo.com/pdfs/1356/9788499107189.0.pdf>.
- Franklin Torrealba. (2017) Aplicaciones de la goniometría en la gestión de la salud ocupacional en Venezuela. *Salud de los trabajadores*, 25(N°2),167-174. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/Vol25n2/vol25n22017.pdf>
- Instrumentos de Medición. (s.f) *Goniómetro*. Recuperado 05 de septiembre 2021. <https://instrumentosdemedicion.org/angulos/goniometro/>
- M. Gil Fernández, Juan Carlos Zuil Escobar. (2012). Fiabilidad y correlación en la evaluación de la movilidad de rodilla mediante goniómetro e inclinómetro. *Fisioterapia*. 34(2). 73-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3854577>
- Claudio H. Taboadela. (2007). *Goniometría*. <https://aaot.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/Taboadela-Claudio-H-Goniometria-Eval-Incap-Laborales-2007.pdf>.

## DINAMÓMETRO

---

Catalina Alvear, Sofía Arriaza, Valentina Duarte, Francisca Oróstica, Catalina Rosales, Daniela Flores

### Descripción general y objetivo del instrumento

El dinamómetro es un instrumento utilizado para evaluar la fuerza de prensión manual del/a usuario/a. Es importante considerar la mano dominante con la no dominante, teniendo en cuenta si el usuario es zurdo o diestro, ya que la fuerza puede variar.



Imagen extraída de google: dinamómetro de Jamar

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

El dinamómetro puede ser utilizado en cualquier instancia de evaluación de fuerza del miembro superior tales como usuarios geriátricos, en niños con algún tipo de trastorno psicomotor, personas con Parkinson, entre muchos otros grupos o individuos que asisten a una intervención física ya sea en CESFAM, Teletón, Hospitales, Clínicas, Centros geriátricos, etc.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

Al usuario se da la instrucción de que se posicione de forma de sedestación, flexionado a 90° los codos, mientras que los antebrazos se deben encontrar en posición neutra. Luego el usuario debe ejercer presión en el dinamómetro durante determinados segundos, después del ejercicio, el usuario debe descansar alrededor de un minuto, para repetir la prueba en un total de tres veces, tal prueba se realiza en ambas manos. Al finalizar el resultado de la prueba es la media de las tres repeticiones.

El dinamómetro mide la fuerza ejercida sobre él por medio del agarre del paciente. Se consideran válidas las pruebas de aquellos usuarios que obtengan resultados bajo cierto rango de coeficiente de variación (<10%) según lo determine el estudio o investigación.

La fuerza de presión medida será dependiente de las características de cada usuario.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

#### Fiabilidad

“El dinamómetro es considerado un instrumento adecuado y confiable para la evaluación de la fuerza de prensión manual del paciente; aunque la fiabilidad de la evaluación puede verse afectada por el género, el peso y la postura corporal” (Fong PW et al, 2001, cita por Coronel et al., 2018 p. 6)

Según el estudio realizado por Escalona et al. en el año 2009 en hombres y mujeres entre 7 y 17 años se estima que el promedio de la fuerza del grupo es:

| Rango etario             | Fuerza de pinza | Fuerza de prensión esférica | Fuerza de prensión palmar cilíndrica (dinamómetro) |
|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--|
| Niñas desde 7 a 11 años  | 5 kg            | 0,31 bar                    | 19 kg  |
| Niñas desde 12 a 17 años | 7 kg            | 0,42 bar                    | 25 kg  |

| Rango etario             | Fuerza de pinza | Fuerza de prensión esférica | Fuerza de prensión palmar cilíndrica (dinamómetro) |
|--------------------------|-----------------|-----------------------------|--|
| Niños desde 7 a 11 años  | 7 kg            | 0,38 bar                    | 21 kg  |
| Niños desde 12 a 17 años | 9,5 kg          | 0,48 bar                    | 39 kg  |

Mientras que según datos revelados por un estudio realizado en el año 2019 en México a través de un programa de salud física de miembros superiores para personas entre 55 a 86 años pertenecientes al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) reveló que la fuerza promedio de la mano es alrededor de 19,5 kg promedio en prensión palmar de su brazo derecho.

#### Validez

Como el dinamómetro puede ser aplicado por distintas personas y el resultado puede ser estandarizado, pero variado, debe existir una concordancia entre los resultados obtenidos. Este instrumento es utilizado bajo diversas circunstancias médicas.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado, generalmente entre los rangos etarios de 5 a 80 años, con un coeficiente de correlación de Pearson  $> 0,8$  [7] y coeficiente de correlación intraclase (CCI)  $> 0,88$ ; que demuestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de la fuerza muscular. (Tezo. L. et al. (2017); citado por Negro-Prieto et al., 2020).

Según un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de Granada a través de un diseño cuantitativo experimental, llevando a cabo diferentes protocolos de evaluación y monitoreo vistos desde distintos ámbitos y áreas es posible comprobar la validez del instrumento si existe una correlación acerca de los resultados esperados.

### *Sensibilidad*

Este instrumento es sensible al medir los rangos de fuerza en los miembros superiores y los grados de funcionalidad que estos presentan (principalmente mano, muñeca y hombro), incluso se interfiere el resultado con las variaciones tanto biológicas, sociales y rangos etarios de las cuales se caracterizan los sujetos al momento de realizar la prueba, como también las características que se incluyen y excluyen de las investigaciones o estudios que se realicen con este instrumento.

### **Bibliografía**

Coronel Ortiz M.G, Hernández Amaro H., Hernández Jiménez I. (2018). Determinación de la fuerza isométrica de prensión manual gruesa en población en edad laboral con dinamometría obtenida con el equipo terapéutico Baltimore. Rev Mex Med Fis Rehab; 30(1-2):5-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83677&id2=>

Escalona D'A, P., Naranjo O, J., Lagos S, V., Solís F. F. (2009). Parámetros de Normalidad en Fuerzas de Prensión de Mano en Sujetos de Ambos Sexos de 7 a 17 Años de Edad. Revista Chilena de Pediatría; 80(5): 435-443. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000500005>

Mancilla S., E., Ramos F., S., Morales B., P. (2016). Fuerza de prensión manual según edad, género y condición funcional en adultos mayores Chilenos entre 60 y 91 años. Rev Med Chile; 144: 598-603. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500007>



Negro-Prieto DP, Cuervo-Beltrán NA, Ramírez-Ramírez DA, Rodríguez-Sánchez LD, Sánchez Cardozo AL, Serrano-Gómez ME. (2020). Evaluación de la fuerza muscular en niños: una revisión de la literatura. Arch Med (Manizales); 20(2):449-460. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3482>

Rodríguez Perea, Ángela. Validación de un protocolo de evaluación de la fuerza del core a través de dinamometría electromecánica funcional (DEMF). Granada: Universidad de Granada, 2021. [<http://hdl.handle.net/10481/65414>] 7.3.3 (pág 76)

Toledo Sánchez, M, Concha Chávez, E, & Ruíz Campos, V.B. (2020). Programa de actividad física para la mejora de la fuerza de brazos en adultos mayores. *Conrado*, 16(72), 217-221. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442020000100217&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000100217&lng=es&tlng=es)

Tricas Mendoza, S. (2020). Rediseño de un dinamómetro de fuerza de agarre (Treball Final de Grau). UPC, Escola Politècnica Superior d'Enginyeria de Vilanova i la Geltrú, Departament de Resistència de Materials i Estructures a l'Enginyeria. <http://hdl.handle.net/2117/328756>

## ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

---

Krisna Diaz, Javiera Molina, María José Pino, Gloria Reyes, Moira Riquelme, Francisca Rozas, Patricia Latorre

### Descripción general y objetivo del instrumento

Marcel Gratacos, 2019, describe a la escala de Ashworth o escala de espasticidad de Ashworth, como:

Un instrumento que se utiliza para evaluar la espasticidad muscular de las personas. Esta escala fue creada en 1964 por Ashworth y modificada posteriormente por Bahannon y Smith en 1987. Es una escala clínica de valoración subjetiva. Su principal valor es que permite medir de forma directa la espasticidad, graduando el tono de 0 (sin aumento de tono) a 4 (extremidad rígida en flexión o extensión). Este instrumento se ha mostrado altamente fiable a través de su versión modificada tanto en la evaluación de la espasticidad de los flexores del codo como en la evaluación de la espasticidad de los flexores plantares.

La escala de Ashworth modificada incluye un total de cinco ítems, más un sub-ítem para la segunda escala del instrumento, resultando así una herramienta mucho más fiable. En la actualidad, destaca por ser uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la espasticidad muscular y resulta una herramienta altamente empleada en el campo de la medicina y la fisioterapia (Gratacós, M. 2019). Además, que “no se requiere ninguna herramienta y es fácil de aplicar” (Sáinz, M. et. al., 2020).

Entonces el objetivo de la escala de Ashworth modificada es evaluar el “componente de hipertonía muscular (espasticidad) en el seno de una limitación de la amplitud articular en pacientes víctimas de una lesión del sistema nervioso central” (Gratacós, M. 2019, c).

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

Este instrumento puede ser utilizado o aplicado en dispositivos de salud física, como hospitales, centros comunitarios de rehabilitación (CCR), programas adulto mayor, entre otros, a la misma vez puede ser aplicado en niños desde los 6 años a 12 años y adultos desde los 18 a 64 años y sin distinción de sexo.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

A continuación, se dan a conocer los valores expuesto en la evaluación modificada por Bahannon y Smith en 1987, donde:

0 No hay aumento del tono muscular.

1 Ligero aumento del tono muscular, manifestado por una captura y liberación o por una mínima resistencia al final de la amplitud de movimiento cuando la(s) parte(s) afectada(s) se mueve(n) en flexión o extensión.

- 1+ Ligero aumento del tono muscular, manifestado por un enganche, seguido de una mínima resistencia mínima durante el resto (menos de la mitad) de la amplitud de movimiento.
- 2 Aumento más marcado del tono muscular a lo largo de la mayor parte del ROM, pero parte(s) afectada(s) se mueve(n) fácilmente.
- 3 Aumento considerable del tono muscular, movimiento pasivo difícil.
- 4 Parte(s) afectada(s) rígida(s) en flexión o extensión.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumentos**

La Escala Modificada de Ashworth es un instrumento fiable, útil y válido porque responde al movimiento pasivo realizado por el evaluador a una articulación específica, teniendo una pertinencia más amplia de la medida clínica, (Arturo, C. et. al., 2009, a).

La escala de Ashworth modificada tiene capacidad de medir espasticidad a lo largo del tiempo con una confiabilidad del interevaluador en un 99%, lo que indica que tiene una alta variabilidad del interevaluador, además de un nivel de confianza del 95%, esto quiere decir que la cantidad de variables utilizadas para medir la espasticidad en ambos lados del miembro superior e inferior con redundantes (Arturo, C. et. al., 2009, b).

Referente a la utilidad del instrumento deben tenerse en "cuenta tres características, las cuales son: el tiempo para diligenciar el instrumento; inducción o entrenamiento a los profesionales en salud y facilitar la calificación" (Arturo, C. et. al., 2009 c).

En la misma línea Salter et. al., 2005 expresa que, algunos críticos cuestionan la validez de la escala Ashworth modificada debido que solo puede medir un aspecto de la espasticidad.

### **Bibliografía**

Bohannon, R. and Smith, M. (1987). *Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity.*  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3809245/>

Carolina Arturo Agredo, Juana Milena Bedoya (2009). *VALIDACIÓN ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA.*  
[https://www.efisioterapia.net/sites/default/files/pdfs/escala\\_ashworth\\_modificada.pdf](https://www.efisioterapia.net/sites/default/files/pdfs/escala_ashworth_modificada.pdf)

Marcel Gratacós. (13 de abril de 2019). *Escala de Ashworth: ítems y propiedades estadísticas.* Lifeder.  
<https://www.lifeder.com/escala-de-ashworth/>

Salter K, Jutai JW, Teasell R, Foley NC, Bitensky J. Issues (2005) *For selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF Body Functions*. Disabil Rehabil. doi: 10.1080/09638280400008537. PMID: 15824050.

M.P. Sáinz-Pelayo, S. Albu, N. Murillo, J. Benito-Penalva (2020). *Espasticidad en la patología neurológica. Actualización sobre mecanismos fisiopatológicos, avances en el diagnóstico y tratamiento*. Revista de neurología. 70(12). <https://neurologia.com/articulo/2019474>

Cristina Maria Boldrini; Flávia Tomé; Juliana Moesch; Juliana Schmatz Mallmann; Luciana Uchida de Oliveira; Natália Francisca Roberti; Alberito Rodrigo de Carvalho; Gladson Ricardo Flor Bertolini. (2009). *Evaluación de la fiabilidad dentro y entre los evaluadores y inter-técnicas para los tres instrumentos que miden la extensibilidad de los músculos isquiotibiales*. Fit Perf J. <https://www.researchgate.net/publication/250279262> Evaluacion de la fiabilidad dentro y entre los evaluadores y inter-tecnicas para los tres instrumentos que miden la extensibilidad de los musculos isquiotibiales

## PRWE (PATIENT-RATED WRIST EVALUATION)

---

Catalina Alvear, Sofía Arriaza, Valentina Duarte, Francisca Oróstica, Catalina Rosales, Daniela Flores

### Descripción general y objetivo del instrumento

El Patient-Rated Wrist Evaluation (PRWE) es un cuestionario auto administrado, que fue desarrollado en 1996 por MacDermid, el cual fue diseñado para reflejar específicamente la funcionalidad de la articulación de la muñeca. (Rodríguez et al., 2019)

El PRWE consta de un cuestionario de 15 ítems, donde existen dos dominios: dolor y función, con 5 y 10 subítems respectivamente, en los cuales se distribuyen en actividades específicas y cotidianas. Para el dominio dolor, el puntaje total consta de 50 puntos como máximo entre sus 5 ítems y con el cual se expresa el peor estado, mientras que el puntaje del dominio función es la suma de los 10 ítems, dividido por 2. La sumatoria de ambos dominios brinda un rango de 0 (mejor estado funcional y de dolor) a 100 (el peor estado posible). (Rodríguez et al., 2019)

En los ítems de dolor las respuestas oscilan desde 0 hasta 10, donde 0 es igual a no dolor y 10 es el peor dolor posible. Respecto a los 10 ítems de función, se dividen en 6 y 4; con actividades específicas y actividades cotidianas respectivamente, de igual forma se evalúan entre 0 y 10, donde 0 es que no hay dificultad y 10 es imposible de realizar.

### Posibles contextos en los que se podría utilizar el instrumento

El cuestionario PRWE se podría utilizar en diversos contextos donde se puedan realizar evaluaciones físicas como pueden ser los CESFAM, Centros geriátricos, Teletón, Centro Comunitarios de Rehabilitación Física (CCR), hospitales y clínicas. Al mismo tiempo el instrumento puede utilizarse en ensayos o estudios de investigación.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

Descripción de los ítems según Rodríguez et al, (2019)

*Ítem Dolor (0 = no dolor y 10 = dolor máximo)*

- Cuando tiene la mano en reposo
- Al realizar una tarea que implica un movimiento repetido de muñeca
- Al levantar un objeto pesado
- Cuando el dolor está en su peor momento
- ¿Qué tan seguido experimenta su dolor?

*Ítem Función - Actividades Específicas (0 = sin dificultad y 10 = dificultad máxima, no puede realizar la actividad))*

- Al dar vuelta la manija de la puerta
- Al cortar carne con un cuchillo con la mano afectada
- Al abrocharse una camisa
- Al levantarse de una silla con la mano afectada
- Al cargar 5 kg con la mano afectada
- Al usar papel higiénico con la mano afectada

*Ítem Función - Actividades Cotidianas (0 = sin dificultad, puede realizar la tarea y 10 = dificultad máxima, no puede realizar la actividad)*

- Actividades de cuidado personal (vestirse, lavarse)
- Tareas del hogar (Tareas de limpieza)
- Trabajo (su trabajo habitual)
- Actividades de tiempo libre

*Puntaje:*

- Ítem dolor = /50
- Ítem Función (total dividido por 2) = /50
- Puntaje total = /100

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

*Fiabilidad (García, 2015)*

| Estudios de Fiabilidad del Cuestionario PRWE | Reproductividad (coeficiente de correlación intraclase) | Consistencia interna (Coeficiente de Cronbach) |
|--|---|--|
| Según MacDermid et al., 1998                 | >0.90 (excelente)                                       | -----  |
| Según Sandelin et al., 2015                  | 0.992 (excelente)                                       | 0.976 (excelente)                              |

*Validez (García, 2015)*

Validez de la pauta PRWE y su correlación a con otros instrumentos/pautas en Salud:

| Estudios de Validez del Cuestionario PRWE | Validez de Construcción (Coeficiente de correlación, r)   |
|---|---|
| Según MacDermid et al., 1998              | SF36: puntuación discapacidad (de 0.45 a – 0.61), puntuación componente físico (0.46 a – 0.63) y con dolor corporal (- 0.54 a – 0.73) |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Según Sandelin et al., 2015 | - QuickDASH: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dos meses: 0.88</li> <li>● Cuatro meses: 0.90</li> </ul> |
|-----------------------------|--|

*Sensibilidad (García, 2015)*

Sensibilidad al cambio de la pauta PRWE con respecto a otros instrumentos:

| Estudios de Sensibilidad al cambio del cuestionario PRWE | Tamaño del Efecto ( ES ) , Media Estandarizada de la Respuesta (SRM)                                       |
|--|--|
| Según MacDermid et al., 1998                             | ES: 3.06 * (no descrito en el artículo original, calculado manualmente e incluido en manual original PRWE) |
| Según Sandelin et al., 2015                              | SRM: PRWE 1.22 ; QuickDASH 1.27 - ES: PRWE 0.83 ; QuickDASH 0.81   |

**Bibliografía**

García Gutiérrez, R. (2015). Versión Española del Instrumento PRWE: Fiabilidad, Validez y Respuesta para medir resultados en fracturas distales de radio. [Tesis Doctoral, Universidad de la Laguna]. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23816/2955\\_RaycoGarc%C3%ADaGuti%C3%A9rez.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/23816/2955_RaycoGarc%C3%ADaGuti%C3%A9rez.pdf?sequence=1)

Rodríguez D. A., Seery E., Valdivieso G., Peso F.L., Fuertes L.E., Brondo C.E., Lovrics A., López E., Frías B.S., Stanicio M.B, Ludmila C., Curia J., Ruiz A., Deveikis I., Santilli E. (2019). Versión argentina del cuestionario "Patient-Rated Wrist Evaluation": Traducción, adaptación transcultural y evaluación de propiedades psicométricas. *Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy; Vol 1(2); p. 24 - 33.* <https://revista.ajrpt.com/index.php/Main/article/view/29>

## ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR

---

Mirko Acevedo, Xiomara Acosta, Katherine Gallegos, Yeimili Huentulle, Karla Parraguez, Macarena Serrano, Carol Alvarado

### Descripción general y objetivo del instrumento

La escala visual analógica del dolor fue publicada por primera vez en 1921 por Hayer Ipatterson con la finalidad de utilizarse como método psicológico para la evaluación del estado de ánimo de los trabajadores de una empresa, y recién en el año 1976 Scott y Huskinson transformaron su aplicación para tratar el dolor, justificaron que pese a ser una escala subjetiva permitía realizar una valoración del dolor de manera objetiva (Rojo, 2014).

La escala consiste en una línea con dos extremos el cual a un lado representa ausencia de dolor y en el otro extremo máximo dolor, que tiene como finalidad que el paciente identifique e indique sobre una línea continua su intensidad de dolor. La ventaja principal que se destaca de este instrumento es que no contiene números o palabras descriptivas, por lo que solo un porcentaje del 7% al 11% les dificulta la completación del EVA ya que la encuentran confusa, es importante considerar que estas no pueden aplicarse a pacientes que se presenten en estado confusional o con déficit intelectuales (Eizaga y Garcia, 2015).

Si bien la mayor parte del tiempo este instrumento se utiliza para identificar intensidad de dolor en pacientes, de igual manera se utiliza para identificar en un usuario el grado de alivio de un dolor, por lo que, en los extremos de la línea, se sitúan las palabras “*alivio completo y no alivio*” (Eizaga y Garcia, 2015).

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).

Esta escala puede ser utilizada en contextos de urgencia, con usuarios que estén conscientes y que hayan sufrido algún accidente o lesión, con la finalidad de elegir la medicación y tratamiento óptimo acorde a lo que siente el usuario (hospitales, CESFAM, CECOF, SAPU, etc.) también puede ser utilizado en contextos de CCR, o rehabilitación en general, ya que durante las intervenciones se pueden realizar movimientos o actividades que causen molestia o dolor a los usuarios, por lo que es importante identificar el grado de este y como es interpretado por el usuario. Si bien es una herramienta utilizable en varios contextos, según Eizaga y Garcia (2015) la aplicación de esta se complejiza en pacientes postoperatorios ya que la consciencia disminuye debido a la anestesia.

Es importante considerar que el dolor es una experiencia sensorial, sensitiva y emocional desagradable (IACP, citado por Rojo, 2014) y es determinada tanto por las respuestas biológicas y el significado subjetivo para cada persona (Rojo, 2014), por lo que el dolor de una misma lesión va a variar entre cada usuario. Por ejemplo, un usuario con una herida física que presenta alta tolerancia al dolor va a manifestar la misma valoración en la escala que un paciente con baja tolerancia al dolor frente a la misma herida.



### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.

Como menciona González et al. (2018) en la revista mexicana de Anestesiología, la EVA se compone de una línea horizontal o vertical cuya longitud no debe ser inferior a los 10 centímetros, ya que longitudes inferiores se asocian a un margen de error mucho más alto (Revilla et al., 1976). En esta escala cada centímetro de la línea corresponde a un número, por ejemplo, el centímetro tres (30mm) corresponde al nivel tres de diez de dolor y así sucesivamente (González et al., 2018). La EVA permite dar una valoración del 0 al 10 al dolor que presenta el paciente o usuario y consiste en pedirle al paciente que indique con su dedo su nivel de dolor. En cada punta de esta escala se indican los extremos del dolor: el 0 correspondiente a la ausencia de dolor, ubicado en el extremo izquierdo y el 10 equivalente a un dolor insoportable, en el extremo derecho. Posteriormente una vez marcado el nivel de dolor en la línea horizontal, se procede a la medición con una regla milimetrada, puesto que “la recogida de puntuaciones debe ser precisa y exacta” (Castel, 2007).

Según la fundación René Quinton (2018), los resultados serán evaluados teniendo en consideración tres niveles de dolor según los valores otorgados, por otro lado como plantea Rojo (2013), la EVA obtuvo tanta repercusión como método de valoración para el dolor que la OMS (1982), establece una correlación entre la “escalera analgésica progresiva” y la EVA con el objetivo de mejorar el tratamiento del dolor, esta relación consistía en una escala analgésica de 3 peldaños que, dependiendo de la intensidad del dolor progresaba de una analgesia no opioide a opioides débiles y en niveles más altos de dolor opioides potentes. Considerando ambas fuentes:

**(EVA 1 a 4):** Se considera como Dolor **leve** y puede ser tratado con analgésicos no opioides.

**(Eva 5 a 7):** El dolor se considera **moderado** y puede ser tratado con opioides débiles.

**(Eva 8 a 10):** Se considera **grave o severo**, puede ser tratado con opioides potentes.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.

La EVA fue introducida por Bond y Lader en 1974, pues se determinó su alta **sensibilidad** y **validez** de medición comparada con otras escalas, debido a que es capaz de evaluar intensidades desde leve hasta severo con mayor precisión (González et al., 2018). La principal ventaja del EVA es su fácil implementación con vocabulario y lenguaje simple, puesto que al paciente no se le pide que describa su dolor con palabras, sino que es libre de indicar el nivel de intensidad del dolor (Serrano et al., 2002). Además, según Serrano et al. (2002), la EVA es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para re-evaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido evaluada, encontrándose satisfactoriamente.

La escala visual análoga del dolor ha sido universalmente utilizada para la valoración de la intensidad sensorial y el disconfort de inducciones dolorosas, experimentales y para evaluar los mecanismos y eficacia de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Serrano et al., 2002). Asimismo, se ha demostrado la fiabilidad del EVA como medida de la intensidad del dolor y de diferencias en la EVA como medida de los cambios en la sensación dolorosa en pacientes con dolor moderado-severo (Eizaga y García, 2015).

Finalmente, algunos autores han demostrado que el uso de la EVA es fiable en niños a partir de los 5 años, mientras que otros han propuesto que los niños menores a 7 años, pueden no tener la capacidad conceptual para utilizar una EVA (Shields et al., 2003).

## Bibliografía

- Eizaga, R., García, M. (2015). *Escala visual analógica. Escalas de Valoración del dolor*. Pp. 23-25. ISBN: 978-84-606-5610-4.  
[https://www.researchgate.net/publication/321462394\\_Escalas\\_de\\_Valoracion\\_de\\_Dolor](https://www.researchgate.net/publication/321462394_Escalas_de_Valoracion_de_Dolor)
- Fundación René Quinton. (2018, 23 de abril). *Escala EVA: ¿Qué es y cómo se emplea?*  
<https://www.fundacionrenequinton.org/blog/escala-eva-que-es-y-como-se-emplea/>
- González, A. C., Jiménez, A., Rojas, E., Velasco, L., Chávez, M. y Coronado, S. (2018). *Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio*. Rev Mex de Anestesiología, 41(1), 7-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
- Herrero, V., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M. y Capdevila, L. (2018). *Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios*. Rev Soc Esp Dolor, 25(4), 228-236.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
- Rojo, Angelica. (2014). *Manejo del dolor: Eficacia de las técnicas de valoración de las pautas analgésicas en pacientes sometidos a cirugía*. [Tesis de grado, Facultad de Enfermería, Universidad de Valladolid].  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5633/TFG-H103.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Serrano, A., Caballero, J., Cañas, A., García, P., Serrano, C. y Prieto, J. (2002). *Valoración del dolor (I)*. Rev Soc Esp Dolor, 9, 94-108. [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_02\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf)
- Castel, A. (2007). *Evaluación de la intensidad del dolor en pacientes geriátricos con y sin deterioro cognitivo* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Psicología].  
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8966/antonicastel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Shields, B. J., Palermo, T. M., Powers J. D., Grewe S. D., Smith, G. A. (2003). Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child: care, health and development*, 29(4). Pp. 281-290.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00343.x>

## CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

---

Valentina Aravena S., Bárbara Espinoza C., Mariana Martínez M., Michelle Olivares, Ignacia Soto S.,  
Carolina Andrade

### Descripción general y objetivo del instrumento

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales (Vilagut et al., 2005).

Este cuestionario incluye: las ocupaciones relacionadas con las Actividades de la Vida Diaria (trabajo, manejo de la salud y participación social), el dolor, relacionado con las funciones sensoriales y además, las actividades físicas y las habilidades motoras.

Los ítems entregan una valoración sobre el grado de dependencia e independencia, por lo que a mayor puntuación obtenida habrá un mejor estado de salud y a menor puntuación será un peor estado de salud.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

El Cuestionario de Salud SF-39 es un instrumento genérico el cual puede ser aplicado de forma individual o grupal. Podría utilizarse en los COSAM, programas de drogodependencia, entre otras dependencias del área de la salud, ya que como es un cuestionario genérico no hay limitaciones para el uso de este.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud, el cual evaluará 8 dimensiones y según lo manifestado por Vilagut et al (2005, p. 137):

- Función Física 0= muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas como, por ejemplo, bañarse o ducharse; 100= lleva a cabo todo tipo de actividades físicas sin limitación alguna.
- Rol físico 0= dificultades en la ocupación del trabajo y otras actividades de la AVD; 100=no presenta problemas en la ocupación del trabajo ni en otras AVD.
- Dolor corporal 0= dolor muy fuerte y extremadamente limitante 100= no existe dolor ni limitaciones.
- Salud general 0= evalúa como mala su propia salud y es posible que empeore 100= evalúa la propia salud como excelente.
- Vitalidad 0= se siente cansado y/o exhausto todo el tiempo; 100= se siente con energía todo el tiempo.

- Función social 0= Entorpecimiento en las actividades sociales por problemas físicos y/o emocionales 100= Participación normal en las actividades sociales, ya que no presenta problemas físicos y/o emocionales.
- Rol emocional 0= dificultades en la ocupación del trabajo y en AVD por problemas emocionales; 100= ninguna dificultad en la ocupación del trabajo ni en las AVD por problemas emocionales
- Salud mental 0= sentimiento de angustia persistente y depresión durante todo el día; 100= sentimiento persistente de felicidad y tranquilidad durante todo el día.

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Las puntuaciones presentes en el Cuestionario SF -36 varían entre los valores de 0 y 100. En donde 100 va a indicar un estado de salud óptimo y 0 hará referencia a un estado de salud muy malo.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

Se han realizado varios estudios e investigaciones acerca de la confiabilidad y validez del Cuestionario de Salud SF-36, en donde podemos destacar a Araya et al (como se citó en Vilagut et al, 2005) que plantea que los niveles de confiabilidad obtenidos a través del coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, superan el valor mínimo recomendado para el uso de instrumentos de medición. En el caso de las dimensiones de Rol Físico, Función Física y Rol Emocional se tienen los mejores resultados de confiabilidad, pues en varios de los estudios revisados los valores superaron el .90, lo cual hace que estas dimensiones se puedan utilizar además en contextos clínicos.

Por otra parte, como plantea Araya et al (como se citó en Guermazi et al, 2012), se realizó la validación del cuestionario en una muestra de personas árabes, por medio de un análisis de componentes principales y rotación Varimax, a partir del cual logran extraer efectivamente dos componentes principales, llamados respectivamente Componente Físico ( $\alpha = .91$ ) y Componente Mental ( $\alpha = .88$ ), los cuales explicaron el 62,3% de la varianza.

Por lo que a partir de ambos estudios podemos concluir que el Cuestionario de Salud SF-36 es una herramienta confiable y válida, que nos permite evaluar de forma correcta la calidad de vida de la población en general.

### **Bibliografía**

Araya, N., Barrantes, K., Fernández, M., Rodríguez, M., & García, J. D. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de San Ramón, Alajuela - Sede Occidente, Universidad de Costa Rica. *InterSedes*, 18(38), 66–87. <https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32670>

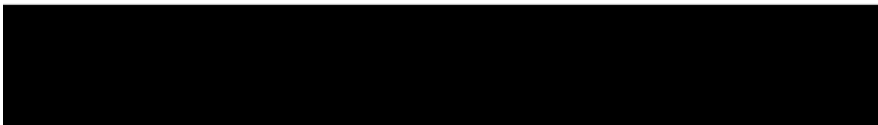
Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Revista *Elsevier*, 19(2), 135–150. <https://doi.org/10.1157/13074369>



CAPÍTULO 7



**EVALUACIONES DE  
DESEMPEÑO  
OCUPACIONAL**



## **PERFIL OCUPACIONAL INICIAL DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHOST)**

---

Paula Jiménez, Javiera Vidal, Camila Rubio, Ayleen Orueta, Valentina Bovet, Andrea Joo

### **Descripción general y objetivo del instrumento**

El Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), fue creado en el año 2006 (Guzmán, 2016) y “mide la participación ocupacional del cliente” (Parkinson, et al, 2004. p.15). El concepto de participación ocupacional se define como aquella participación en actividades de la vida diaria (AVD), actividades productivas y actividades de tiempo libre y juego.

El MOHOST es una herramienta de análisis basada en la teoría del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) que busca ampliar la visión de la participación ocupacional mediante los componentes de este modelo; volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente, los cuales pueden ser utilizado para comprender la participación del usuario en las actividades de la vida diaria (AVD) (Parkinson, et al, 2004. p.15). Es importante considerar que requiere de capacitación para realizarla puesto que no es libre de uso y está sujeta a derechos de autor.

Dentro de los objetivos de este instrumento se encuentra: (Parkinson, et al, 2004. p.22)

- Analizar la participación ocupacional general de la persona, sin considerar síntomas, diagnóstico.
- Evaluar aspectos que representen al usuario y el ambiente tal como lo establece el MOHO
- Identificar cuando sea necesario utilizar otro instrumento de evaluación y así complementar la información existente.
- Ser un instrumento directo y eficaz
- Utilizar términos que sean comprendidos por el equipo multidisciplinario

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos)**

El MOHOST se ajusta de manera eficaz con aquellos usuarios que “no son capaces de identificar sus necesidades ocupacionales”. (Parkinson, et al, 2004. p.11) Este puede ser empleado en lugares de cuidado agudo, establecimientos comunitarios, hospital de día, ambientes del hogar.(Parkinson, et al, 2004. p.32-34).

Esta evaluación es ideal aplicarla en usuarios que “no son capaces de tolerar largas entrevistas[...] ya sea por dificultad en evaluar o articular sus propias capacidades debido a problemas de reflexión, concentración o habilidades verbales”. (Parkinson, et al, 2004. p.29).

### **Detalles de pauta y/o instrumento de evaluación**

Según Parkinson, et al (2004, p. 33) se ofrecen 4 registros de evaluación en el manual, los cuales son registro del MOHOST, registro múltiple del MOHOST, registro de observación única, registro de observaciones múltiples.

### 1.- Registro del MOHOST:

Este permite la evaluación de 24 ítems, de los cuales 20 se relacionan con el usuario y 4 con el ambiente. Este permite, al terapeuta ocupacional, registrar las habilidades y otros aspectos ocupacionales de la persona con relación a sus ambientes.

Este se evalúa en F, P R, I y N/O. Donde F: Facilita la participación en una ocupación, P: Permite la participación en una ocupación, R: Restringe la participación en una ocupación, I: Inhibe la participación en una ocupación. (Parkinson, et al, 2004. p.68)

### 2.- Registro múltiple de MOHOST:

Se utiliza para registrar múltiples evaluaciones del MOHOST. Es útil cuando el usuario participa de algún centro o servicio por un periodo largo de tiempo y para hacer seguimiento de una persona que se admitió de forma repetida.

### 3.- Registro de Observación Única: \_\_\_\_\_

Este es diferente a los demás, puesto que “provee una observación única del momento, acerca de la persona realizando una ocupación, y por lo tanto, corresponde a una evaluación formativa. Es solamente de observación y puede ser completada después de una sola intervención” (Parkinson, et al, 2004. p. 35)

### 4.-Registro de Observaciones Múltiples:

Permite al profesional registrar “puntajes múltiples de observaciones únicas en un solo registro y se utiliza a menudo para entregar información del progreso en forma rápida durante cinco días.”(Parkinson, et al, 2004. p. 36)

## **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumentos**

- **Fiabilidad:** Notoh, et al. (2013), indica que el índice de fiabilidad sustancial de 0,88, con sistema de fiabilidad de J-MOHOST.
- **Sensibilidad:** “Los hallazgos también indicaron que el MOHOST es una medida suficientemente sensible capaz de discriminar entre clientes”. (Kielhofner, et al., 2010., p.69)
- **Validez:** No se encuentra evidencia respecto a la validez de este instrumento.

*Nota: Esta pauta tiene derechos de autor y no está contenido en accesos directos a estudiantes.*



## Bibliografía

- Guzmán, G. M., Reyes, S. M. (2016). Fortalezas y desafíos ocupacionales de jóvenes y adultos que asisten a un programa de recuperación de adicciones. *Revista de ocupación humana*. 16 (1). <https://latinjournal.org/index.php/roh/article/download/7/5/>
- Kielhofner, G., Fan, C., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., Lee, S., Taylor, R. (2010). A Psychometric Study Of The Model Of Human Occupation Screening Tool (Mohost). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*. 20(2). <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/S1569-18611170005-5>
- Notoh, H., Yamada, T., Kobayashi, N., Ishii, Y., Forsyth, K. (2013). Examining the Psychometric Properties of the Model of Human Occupation Screening Toole-Japanese Version, 23. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2013.06.001>
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G. (2014). Manual del Usuario del Perfil Ocupacional Inicial Del Modelo De Ocupación Humana (Mohost) (C.G. de las Heras. Trad.; 2.0. ed.) University of Illinois at Chicago (Trabajo original publicado 2004)

## AUTOEVALUACIÓN OCUPACIONAL DEL NIÑO (COSA)

---

Mirko Acevedo, Xiomara Acosta, Katherine Gallegos, Yeimili Huentulle, Karla Parraguez, Macarena Serrano, Carol Alvarado

### Descripción general y objetivo del instrumento

La autoevaluación ocupacional del niño (COSA) “sirve para comprender cómo el niño/joven percibe su propio sentido de competencia ocupacional en las actividades cotidianas y la importancia de aquellas actividades en su vida” (Keller et al., 2006 citado por Crepeau et al., 2011, p 1136). Es una herramienta de evaluación centrada en el cliente y una medida de resultados diseñada para captar las percepciones del/la niño o niña en relación a su propio sentido de competencia ocupacional, a sus fortalezas y áreas que necesitan ser mejoradas, que exprese qué es importante para sí mismo, ya que el registro organizado le permite pensar y decidir sobre ello, y así, el profesional podrá definir los objetivos a trabajar (Keller et al., 2006). El COSA se basa en el modelo de ocupación humana (Kielhofner) y los resultados obtenidos son interpretados mediante la base teórica del MOHO.

Kathi Baron y Claire Curtain fueron los pioneros en crear una autoevaluación de competencias del niño basados en el MOHO. La primera creada en 1985 “Mis fortalezas y metas” que años más tarde (1990) tendría una versión revisada llamada “Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional del Niño”. El COSA es una modificación de tanto este primer trabajo como de la Autoevaluación Ocupacional (Occupational Self Assessment OSA, Baron et al, 2002) que fue diseñado para medir conceptos similares a los del COSA en la población adulta. (Keller et al., 2006).

En resumen, esta herramienta “mide hasta qué punto los niños sienten que cumplen de manera competente las expectativas y responsabilidades asociadas con las actividades y el valor relativo de esas actividades” (Kramer et al., 2020).

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).

Según el Manual del Usuario de la AUTO EVALUACIÓN OCUPACIONAL PARA NIÑOS (COSA) (2006), este instrumento es más útil con niños en un rango de 8 a 13 años, que colaboran con los objetivos propuestos por el profesional, y que por tanto pueden reflexionar por sí mismos y planear cosas. Por tal, es posible aplicarla en centros educativos, centros de salud física y mental, tales como CESFAM, COSAM, hospitales, etc., organismos gubernamentales como el SENAME, entre otros. Cuatro años más tarde, en un trabajo investigativo, se plantea que puede aplicarse a una población con mayor rango etario (7 a 17 años) [...] donde los niños y jóvenes que representan una variedad de edades, diagnósticos y contextos de práctica (por ejemplo, escuela, clínica comunitaria) deben interpretar y responder a la COSA de manera consistente (Kramer et al, 2020).

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación, basado en el Manual del Usuario (2006):

- El COSA consta de una serie de elementos que representan una variedad de actividades cotidianas que la mayoría de los niños encuentran en el hogar, en la escuela y en sus comunidades. Cada

ítem se califica utilizando dos escalas: la de competencia ocupacional, a través de 4 afirmaciones: “tengo muchos problemas para hacer eso”, “tengo pocos problemas para hacer esto”, “esto lo hago bien” y “esto lo hago muy bien” y la escala de valores que evalúa en 4 niveles: “no es muy importante para mí”, “es importante para mí, es muy importante para mí” y “es lo más importante para mí” (Kramer et al, 2020).

- Existen dos versiones del COSA: a) una versión tipo tarjetas b) una versión tipo listado. Pero se creó una tercera versión más resumida, utilizada por los profesionales y algunos niños, que no tiene señales visuales (Kramer et al, 2020).
- El profesional analiza las capacidades del menor y decide cuál versión aplicará, por lo que deberá ser un gran conocedor del instrumento.
- Después de la aplicación, los resultados son interpretados al revisar las respuestas con el niño y conversando sobre sus pensamientos y sentimientos para cada afirmación, y así generar objetivos centrados en el cliente. Es importante recordar que la evaluación le da una voz al planear del tratamiento.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

Según el manual del usuario de la auto evaluación ocupacional para niños (2006), hasta esa fecha solo se había realizado un estudio sobre las capacidades psicométricas de una versión temprana del COSA. Donde se expone que “en general los ítems que conformaron la competencia y la escala de valores del COSA funcionaron bien juntos para así constituir medidas de competencia y valores” (Keller et al., 2006). En cuanto a la precisión, esta se “encontraba limitada cuando se trataba de informar sobre las habilidades infantiles, particularmente acerca del nivel más alto de las categorías de respuesta. Por esto, y dado que no resultó ser tan sensible como se suponía, se desarrolló la actual versión” (Keller et al., 2006).

Por otra parte, en el artículo “Evidencia de validez para la autoevaluación ocupacional del niño” (2020), se sugiere que algunos elementos de COSA pueden no ser medidas precisas de competencia y valores ocupacionales (Keller, Kafkes y Kielhofner, 2005; Keller y Kielhofner, 2005 en Kramer et al., 2020). En base a esto, donde la validez sustantiva es la medida en que la teoría explica las diferencias en la respuesta a los ítems (Wolfe y Smith, 2007 en Kramer et al., 2020), los resultados proporcionan evidencia de la validez sustantiva de la COSA, donde se midió a la mayoría de los niños de manera válida, como lo indican las estadísticas de ajuste de niños. En ambas escalas, 85% de los niños respondieron de manera consistente. Sin embargo, debido a que no es una evaluación de colocación de alto riesgo, solo es necesario demostrar que la mayoría de los niños responden cumpliendo con las expectativas de medición (Kielhofner, Forsyth, Kramer y Iyenger, 2009 en Kramer et al., 2020 ).

Es importante destacar que se realizó una búsqueda exhaustiva en la web, logrando encontrar evidencia en páginas como la Asociación Americana de Psicología, Taylos & Francis Online, sin embargo, no son de libre acceso, también en la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, Bibliotecas virtuales, tanto de la Universidad de Chile como de la Universidad de O'higgins, pero sin resultados acerca de estos aspectos.

## Bibliografía

Blesedell, E., Cohn, E. S. y Boyt, B. A. (2011). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. (D. Klanj y M. Haro, Trad.; 11th ed.). Médica Panamericana. (Trabajo original publicado en 2003)<http://bibliografias.uchile.cl.uchile.idm.oclc.org/files/presses/1/monographs/2460/submission/proof/5/index.html#zoom=z>

Keller, J., Kafkes, A., Basu, S., Federico, J., Kielhofner, G. (2006). *Manual del Usuario de la Auto Evaluación Ocupacional para niños (COSA)*. (C. De las Heras, D. Romero, J. Abelenda, Trad.). University of Illinois. (Trabajo original publicado en 2006).

Kramer, J., Kielhofner, G., Everett V. (2020). Evidencia de validez para la autoevaluación ocupacional del niño. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, pp 621-632. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.08142>

Moore, D. G., Goodwin, J. E. & Oates, J. M. (2008). A modified version of the Bayley Scales of Infant Development-II for cognitive matching of infants with and without Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 554-561. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01064.x>

## ENTREVISTA HISTÓRICA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL-II (OPHI II)

---

Valeria Cifras, Alicia Parraguez, Alexandra Sepúlveda, Vania Soto, Valentina Vargas, Javiera Estévez

### Descripción general, objetivo y contextos de aplicación

La OPHI-II es la segunda versión de OPHI (The Occupational Performance History Interview), que en español significa "Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional-II". Esta es una pauta semiestructurada que otorga la oportunidad de reunir información cuantitativa y cualitativa de la vida ocupacional de una persona, obtenida directamente desde el relato del/la usuario/a o extraída desde fuentes secundarias (fichas clínicas por ejemplo), con el **objetivo** de evaluar el sentido de identidad y competencia de la persona, considerando las rutinas, hábitos y roles, y el desempeño ocupacional que mantiene ésta dentro de contextos y entornos cotidianos (Kielhofner *et al.*, 2018).

Desde lo descrito por Kielhofner *et al.* (1998), brinda la oportunidad de realizar una comparación entre distintos antecedentes del estado de salud de la persona, para lograr evaluar y comprender cómo, en distintos periodos de tiempo, una enfermedad, discapacidad, experiencias e/o influencias ambientales han impactado en la vida o estado ocupacional actual de la persona intervenida (p. 16).

Este instrumento se sustenta desde el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y se puede aplicar a lo largo del ciclo vital en diferentes contextos, tales como en dispositivos de salud física y salud mental. Si se enfoca en personas mayores, es aplicable en programas residenciales de personas que están en este rango etario, las cuales pudiesen estar en una transición de una vida independiente a una vida asistida (Kielhofner *et al.*, 1998, p. 8).

### Descripción del instrumento

De acuerdo a lo descrito por Kielhofner *et al.* (1998), la OPHI-II es una evaluación organizada en tres partes, que incluye:

- a) Una entrevista semi-estructurada que explora la historia ocupacional de un/a usuario/a.
- b) Escalas de calificación que entregan una medida de la identidad y competencia ocupacional del cliente, junto con el impacto del ambiente al desempeño ocupacional del cliente.
- c) Una narración de la historia de la vida diseñada para reconocer características cualitativas destacadas de los antecedentes ocupacionales de la persona.

El contenido de la entrevista semiestructurada está basado en cinco áreas (Kielhofner *et al.*, 1998, p. 5) donde se proponen preguntas orientadoras para abordar cada una de ellas:

- Elecciones de Actividad/ Ocupación
- Eventos Críticos en la Vida
- Rutina Diaria
- Roles Ocupacionales
- Ambientes de Comportamiento Ocupacional

Según Kielhofner *et al.* (1998), la segunda parte del OPHI II está formada por tres escalas de calificación, que corresponden a:

- Escala de Identidad Ocupacional: mide el nivel de internalización de una identidad ocupacional positiva.
- Escala de Competencia Ocupacional: evalúa la capacidad de la persona para mantener un patrón de desempeño ocupacional productivo y satisfactorio. (Programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona, s.f.).
- Escala de Ambientes de Comportamiento Ocupacional: mide el impacto del entorno sobre la vida ocupacional del usuario/a.

Para la calificación de cada una de las Escalas mencionadas se utiliza una graduación de 4 puntos donde se otorga puntaje máximo (4) si existe un desempeño ocupacional totalmente competente; 3 puntos si existe un desempeño ocupacional bueno, apropiada y satisfactoria; 2 puntos si hay algo de disfunción ocupacional y 1 si se evidencia una extrema disfunción ocupacional. Se ordenan primero el/los ítems que presentan extrema disfunción ocupacional y luego el/los ítems que presentan algo de disfunción ocupacional en relación a lo expuesto por el usuario en la entrevista. La redacción se guía por los criterios de evaluación del OPHI II (Programa de Terapia Ocupacional de la Universidad de Pamplona, s.f.).

Es fundamental considerar que la OPHI-II se propone como una herramienta altamente flexible, donde mediante las distintas fuentes de información (primarias o secundarias) se pueden completar dinámicamente los distintos segmentos propuestos, organizados de acuerdo a las características propias del/la usuario/a, su contexto y particularidades del ambiente terapéutico (Kielhofner *et al.*, 1998).

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento:**

La pauta de OPHI II “ha demostrado unas adecuadas propiedades psicométricas en relación a la fiabilidad y validez interna como herramienta de valoración” (Otero & Santa María-Vásquez, 2015).

Para Kielhofner *et al.* (2001) sus tres escalas “son válidas en función de la edad, el diagnóstico, la cultura y el idioma, y miden eficazmente una amplia gama de personas”. Además, Kielhofner *et al.* (2001), señalaron que las 3 Escalas propuestas por el instrumento (Identidad ocupacional, competencia y ambiente) poseen un 92% de validez en sus resultados.

### **Bibliografía**

Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K., & Lai, J.-S. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), 260-267. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.3.260>

Kielhofner, G., Mallinson, T., Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A., & Walens, D. (1998). *Occupational Performance History Interview (OPHI-II) [OPHI-II Entrevista Histórica del Desempeño*

*Ocupacional]* (C. Bolanos, L. Bolanos, J Ríos; Trad.; 2.ª ed.). (Original work published 2000).  
<http://gpereyra.web.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/78/2019/09/OPHI-II-1-1.pdf>

Otero, N. y Santa María-Vásquez, M. (2015). Influencia de los factores sociodemográficos en el desempeño ocupacional de personas con discapacidad física institucionalizadas. *Revista TOG (A Coruña)*, 12(22), 1-14. <http://revistatog.com/num22/pdfs/original4.pdf>

Universidad de Pamplona Programa de Terapia Ocupacional Criterios de Unificación (s.f). Instructivo OPHI II. <https://justiciarhpsicosocial.files.wordpress.com/2015/06/10-instructivo-ophi.pdf>

## ESCALA DE IMPACTO AMBIENTAL PARA EL TRABAJO (WEIS)

---

Yuyuniz Armijo, Valentina Cantillana, Mariel Cuevas, Karina Donoso, Macarena Kruger, Natalie Sotelo, Francisca Álvarez

### Descripción del objetivo del instrumento

De acuerdo a lo expuesto por Moore-Corner *et al.* (1998), la Escala de impacto ambiental para el trabajo (WEIS) es una entrevista semi estructurada con una escala de 4 puntos para cada ítem, la cual simplifica la tarea de las y los terapeutas para entender cómo y cuánto impactan las condiciones y características del ambiente en un trabajador, es decir, la WEIS cuantifica el impacto del puesto de trabajo en el funcionamiento y en el bienestar de la persona y que tan satisfecha está con esto.

Esta entrevista tiene como base teórica los contenidos del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) permitiendo valorar la relación y/o dependencia entre la persona y el ambiente.

En su totalidad, la escala provee una medición continua del impacto ambiental. La medición de los ítems individuales en la escala entrega un perfil de qué aspectos del ambiente impactan positiva o negativamente al trabajador. La WEIS está diseñada para entregar una evaluación comprensiva acerca de cómo las cualidades y características ambientales impactan en un trabajador (Moore-Corner *et al.*, 1998).

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

Se puede aplicar en personas que se encuentren o no trabajando actualmente, pero que volverán pronto a trabajos específicos. Este instrumento puede utilizarse en usuarios que han interrumpido sus trabajos a causa de alguna enfermedad o accidente o que simplemente presentan dificultades en ellos. También puede ser útil para identificar cómo los ambientes laborales pasados impactaron en su productividad en el trabajo y satisfacción (Moore-Corner *et al.*, 1998).

### Detalles del instrumento

La escala se organiza en 17 factores que evalúan el aspecto físico, psicosocial, el impacto del comportamiento y ambiente en el trabajo, aplicados a sus funciones diarias. Cada ítem se evalúa con una escala de 4 puntos, donde la máxima puntuación indica que el factor apoya fuertemente el desempeño laboral, la satisfacción y bienestar físico y emocional; hasta la puntuación 1 que indica que el factor evaluado influye fuertemente el desempeño laboral, la satisfacción y bienestar físico y emocional.

Los ítems que se puntúan corresponden a las demandas de tiempo, las demandas de las tareas, la atracción por las tareas, el horario de trabajo, la interacción entre los compañeros de trabajo, la pertenencia a un grupo de trabajo, la interacción con el supervisor, los estándares del rol laboral, el estilo del rol laboral, la interacción con otros, la gratificación, las cualidades sensoriales ambientales, la arquitectura/disposición física del ambiente, el clima emocional, las propiedades de los objetos, los lugares complementarios y por último el significado de los objetos o productos se refiere a lo que significan los objetos o productos para la persona (Moore-Corner *et al.*, 1998).



### Propiedades psicométricas

- Fiabilidadkinterevaluador/intraevaluador: en relación a su aplicación para casos relacionados con discapacidades psiquiátricas (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ansiedad), se demuestra que el método de aprendizaje es adecuado para terapeutas ocupacionales experimentados (Moore-Corner *et al.*, 1998). Por otra parte, para casos de licencia por enfermedad se identificaron diferencias en la puntuación de los evaluadores (índice de separación de evaluadores: 6,69); aunque esto no afecta la validez de la medida, se prefiere un índice de separación de evaluador más bajo porque indicaría que el puntaje del usuario se ve menos afectado por el evaluador (Ekbladh *et al.*, 2012, citado en Shirley Ryan AbilityLab. 2019).
- Consistencia: para casos relacionados con discapacidades psiquiátrica, Moore-Corner *et al.*, (1998) indican que los elementos funcionan bien para definir una construcción unidimensional, pues sólo el ítem de “interacción con otros”, presentó una representación deficiente (infinít MnSq = 1.6, Zstd = 3.0) del constructo subyacente. Los autores sienten que debido a que solo un elemento no encaja, el WEIS tiene evidencia de validez interna. Por otra parte, y aplicado a casos de licencia por enfermedad, Ekbladh *et al.* (2012, citado en Shirley Ryan AbilityLab, 2019) reportan una excelente consistencia interna, donde los puntajes obtenidos en las pruebas estadísticas indican que los ítems de la escala de calificación miden el mismo constructo subyacente, excepto el ítem de “interacción del supervisor” que mostró un ajuste inferior.
- Validez convergente: de acuerdo a los estudios de Moore-Corner *et al.*, (1998) se determina que el instrumento posee una alta validez de constructo y adecuados niveles de fiabilidad para su aplicación en casos vinculados a discapacidades psiquiátricas.

### Bibliografía

- Moore-Corner, R., Kielhofner, G., Olson, L. (1998) Manual del Usuario del. ESCALA DE IMPACTO. AMBIENTAL PARA EL TRABAJO (WEIS). Versión 2.0 <https://pdfcookie.com/download/esacala-de-impacto-ambiental-p-el-trabajo-weis-o2np76d164v4>
- Cáceres, H., Contreras, L., Garzón, P., Rivera, P., Rozo, V. (2017). Implementación de estrategias interdisciplinarias para el retorno al trabajo: revisión de literatura. Revista chilena de terapia ocupacional, 01(1), 23 – 35. <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/46375/51118>
- Shirley Ryan AbilityLab. (2019, 1 de abril). Work Environment Impact Scale. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/work-environment-impact-scale>

## PERFIL INICIAL OCUPACIONAL DEL NIÑO (SCOPE)

---

Valentina Aravena S., Bárbara Espinoza C., Mariana Martínez M., Michelle Olivares, Ignacia Soto S.,  
Carolina Andrade

### Descripción general del instrumento

El Perfil Inicial Ocupacional del Niño es propio del Modelo de Ocupación Humana (MOHO), por lo que es basado en la ocupación y centrado en el cliente y/o usuario/a, que permite tener una visión amplia de la participación ocupacional en personas menores de 21 años, favoreciendo la evaluación sistemática de los factores que pudieran estar facilitando u obstaculizando dicha participación. En la valoración se integran aspectos propios del niño/a o adolescente (volición, habituación y capacidad de desempeño) o bien del ambiente en cual se desempeña (físico o social). Cabe destacar que este instrumento evalúa a la persona en relación a su propia trayectoria individual de desarrollo y no con un conjunto de estándares preestablecidos.

El SCOPE describe la participación ocupacional sin tomar en cuenta los síntomas, diagnóstico, edad o lugar de tratamiento del niño, niña o adolescente. Asimismo, permite identificar los cambios en la participación a través del tiempo, resultando útil para evaluar los resultados de una intervención, facilitando además la comunicación entre el equipo multidisciplinario y los/las cuidadores.

El SCOPE utiliza una escala de puntuación (en letras) de cuatro categorías ordenadas para representar el impacto de cada factor personal y ambiental en la participación ocupacional (Bowyer et al., 2008, p.28). Además, este instrumento se divide en 25 ítems los cuales son organizados en 6 secciones, basados en los conceptos de factores personales y ambientales propios del MOHO.

### Posibles contextos en los que se podría utilizar

El SCOPE es una herramienta que puede ser utilizada en niños/as y adolescentes desde su nacimiento hasta los 21 años, que vivencien alguna situación personal y/o ambiental que esté interfiriendo con su participación ocupacional. Por ejemplo, puede ser ocupado colegios, controles preventivos, entre otros.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

El SCOPE utiliza una escala de puntuación, que se separan en cuatro categorías ordenadas para representar el impacto que cada factor personal y ambiental en relación a la participación, como se señala a continuación:

- Facilita (F): facilita la participación en la ocupación. Representa las fortalezas que facilitan la participación y que pueden apoyar la intervención además que pueden ser estimuladas para incrementar la participación ocupacional.
- Permite (P): permite la participación en la ocupación. Representa que algo es adecuado para la participación, si bien hay aspectos que preocupan pudieran no interferir en la participación ocupacional.

- Restringe (R): restringe la participación en la ocupación. Se observa una dificultad en el ítem evaluado. Puede ser que el ítem no presente un gran problema dentro de la participación, pero sí hay aspectos que impactan negativamente e interfieren en la participación que deben ser abordados en la intervención.
- Inhibe (I): inhibe la participación en la ocupación. Existe una clara dificultad que interfiere en la participación ocupacional significativamente. Indica cuál es el aspecto a abordar en terapia a través de la intervención.

Para obtener los puntajes totales de cada sección, se debe convertir cada puntaje en un número. Para "F" se otorga el 4 puntos, para "P" 3, para "R" 2 y para "I" 1 punto. Luego de eso se debe sumar cada uno de los puntajes para obtener el Total de Puntajes de Sección.

Los ítems que evalúa el SCOPE han sido desarrollados en base a los conceptos teóricos del MOHO considerando factores personales y del ambiente. Son 25 ítems relacionados que integran aspectos de la volición, habituación, habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente (Bowyer et al., 2008).

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

Se puede considerar el SCOPE como una evaluación amigable con la terapia ocupacional, pues se basa en un modelo reconocido dentro de la disciplina, sin embargo, como nos indican Bowyer et al. (2008) es una pauta transversal y posible de ser utilizada por otros profesionales de rehabilitación.

Por otro lado, esta evaluación permite tener una visión integral de la participación ocupacional del/la usuario/a, pues según nos dice Bowyer et al. (2008) "la investigación previa del SCOPE proporciona evidencia de su utilización válida en la práctica. Una serie de estudios han confirmado que los ítems miden el contenido teórico de la participación ocupacional y corresponden a las proposiciones teóricas del MOHO"

En estudios que exploraron la utilidad del instrumento, las y los terapeutas ocupacionales informaron que el SCOPE les permitía documentar información acerca de la participación ocupacional, que era comúnmente obtenida de manera informal. Las y los profesionales también evaluaron el instrumento indicando que resulta fácil de puntuar, además les permitía comunicarse con las/os cuidadores y que apoyaba la práctica centrada en el cliente y enfocada en la ocupación (Bowyer et al., 2008, p.11).

### **Bibliografía**

Bowyer, P., Kramer, J., Ploszaj, A., Ross, M., Schwartz, O., Kielhofner, G., & Kramer, K. (2006). Perfil Ocupacional Inicial del Niño (Scope) (De las Heras, C. y Romero, D). (Trabajo traducido publicado en 2008). <https://docer.com.ar/doc/scven0>

## ENTREVISTA DEL ROL DE TRABAJADOR (WRI)

---

Fernando Saravia, Javiera González, Scarlett Matamala, Ana Morales, Thiare Galdames, Valentina Espinoza

### Descripción general del instrumento

La Entrevista del rol de trabajador es una entrevista no estandarizada y semiestructurada más una escala de valoración estandarizada de 16 ítems que exploran y evalúan la capacidad psicosocial de una persona para trabajar (Lohss et al. 2012). Esta evaluación combina aspectos físicos y comportamentales para identificar variables físicas y psicosociales del ambiente que pueden influir en la habilidad del trabajador/a de volver al trabajo (Veloza et al. 1998, citado por Sanz y Bellido, 2012, p.21).

El instrumento se basa en el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (Veloza et al. 1990, citado por Lohss et al., 2012) el que originalmente se creó para evaluar a personas con discapacidad física, pero se ha ido modificando a lo largo del tiempo, incluyendo usuarios/as con patologías psiquiátricas. La pauta refleja primero los valores, intereses y creencias del o la usuario/a hacia la capacidad del trabajo, ayudando a identificar los impulsores e inhibidores de la motivación para el desempeño laboral. Además, integra la habituación, que aporta información relevante sobre rutinas diarias, hábitos de trabajo y los roles. Finalmente evalúa la percepción de la persona sobre su entorno físico y social, para identificar barreras/apoyos físicos y sociales y posibles áreas problemáticas (Lohss et al. 2012, p.3)

### Contextos en los que se podría utilizar el instrumento

Al ser una pauta que evalúa la ocupación y rol de trabajador/a, se puede utilizar en COSAM, Centros de Rehabilitación, Unidades de hospitalización psiquiátrica aguda u hospitales, Centros de corta y larga estadía, Atención primaria, programas de alcohol y adicciones, centros de salud mental, centros de rehabilitación laboral, entre otros.

### Detalle del instrumento

La WRI, en su versión 10.0, utiliza una Escala de valoración mediante letras, que posteriormente son convertibles a puntaje, que incluyen:

- SS (=4): Apoya firmemente que el cliente vuelva a su empleo anterior o que encuentre o mantenga un trabajo en general. Es muy probable que el elemento beneficie al cliente para trabajar.
- S (=3): Ayuda al cliente a volver a su empleo anterior o a encontrar y mantener un trabajo en general.
- I (=2): Interfiere con la reincorporación del cliente a su empleo anterior o con la búsqueda y el mantenimiento del trabajo en general.
- SI (=1): Interfiere fuertemente en que el cliente vuelva a su empleo anterior o en que encuentre y mantenga un trabajo en general. Es muy probable que el elemento interfiera en el trabajo del cliente.
- N/A No aplicable: no hay suficiente información para calificar el ítem o el ítem no se aplica a la

situación laboral particular del cliente.

La escala descrita es aplicada a 6 ítems, que integran diversas conceptualizaciones del MOHO, donde se incluye una pauta recomendada con 30 preguntas acerca de los siguientes ítems:

- Causalidad Personal: integrado por aspectos referidos a Habilidades y limitaciones, expectativas de éxito en el trabajo y capacidad para asumir responsabilidades.
- Valores: evalúa aspectos relacionados con el compromiso y metas en el trabajo.
- Intereses: incluye el disfrute o satisfacción del trabajo y participación.
- Roles: evalúa el reconocimiento sobre expectativa del trabajo y la influencia de otros roles.
- Hábitos: integra aspectos referidos a Hábitos de trabajo y Rutina diaria.
- Ambiente: comprende la percepción del ambiente físico de trabajo, la Percepción de la familia y pares y la percepción del jefe/a.

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento**

En cuanto a criterios de fiabilidad y validez, Lohss et al. (2012) reportaron índices que permiten concluir que la WRI es un instrumento que es consistente en sus resultados (fiabilidad de un 0,83) e intra evaluador, mostrando algunas imprecisiones en los resultados obtenidos y capacidad para detectar diferentes niveles cumplimiento.

De esta forma, se evidencia validez de constructo, lo que permite promover el uso del WRI como una evaluación de estandarizada para personas con dificultades de salud mental (Lohss et al. 2012).

### **Bibliografía**

Lohss, I. Forsyth, K. & Kottorp, A. (2012). Psychometric Properties of the Worker Role Interview (Version 10.0) in Mental Health. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(5) 171- 179.

<http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2010-0968>

Sanz, P. Bellido, J. (2012). Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. *TOG [revista internet]*, 9(15) 1-34. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original8.pdf>

## LISTADO DE INTERESES

---

Ana Gálvez H., Catalina Machuca C., Paulina Yáñez G., Matías Zamorano T., Sofía Zúñiga J., Samanta Rolack

### Descripción general y objetivo del instrumento

La lista de Intereses es una manera de evaluar los intereses de las personas y se utiliza para que las y los terapeutas ocupacionales puedan determinar aquellas actividades con significado para el/la usuario/a y así diseñar un plan de intervención centrada en la persona. Esta evaluación de intereses ha sido reformada desde que fue propuesta por Matsutsuyu en 1969 y actualmente existen muchas variantes de esta.

En la Lista de Intereses, Matsutsuyu (1969, p. 325) describe las bases teóricas de esta evaluación, bajo seis proposiciones:

1. Los intereses están influenciados y determinados por contingencias tempranas del desarrollo localizadas principalmente en la familia.
2. Los intereses evocan respuestas afectivas con personas, cosas e ideas y pueden expresarse como gustos, disgustos, indiferencias o preferencias (ya sea por la presencia o ausencia de interés).
3. Los intereses son estados de elección en el sentido de que, la capacidad de tomar decisiones de interés sirve al proceso de compromiso con los roles de la vida para el trabajo a través de la elección ocupacional y para el juego a través de la recreación y el ocio.
4. Los intereses pueden manifestarse en una acción efectiva y llevar a la persona a participar en actividades satisfactorias que tengan un valor adaptativo.
5. Los intereses pueden sostener la acción durante las etapas de aprendizaje o mantener el logro funcional.
6. Los intereses reflejan la autopercepción.

Ahora bien, dado que esta lista de intereses se limitaba a medir el nivel de interés en ciertas actividades, en lugar de la participación (Henry, 1998), es que fue modificada (Kielhofner & Neville, 1983) brindando una manera de evaluar el interés actual, la participación actual y el deseo de participar en una actividad basada en intereses en el futuro.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación

El listado de intereses es aplicable para cualquier edad, está diseñado para ser utilizado con personas adultas y adolescentes. A pesar de mostrar una gama amplia de intereses, está dirigido a cubrir más que nada intereses que no son vocacionales y que influyen las elecciones ocupacionales. El listado ha sido modificado y adaptado para su uso en distintas culturas (Kielhofner, et al., 1983). Además, se es posible de utilizar en dispositivos de salud física o mental, tanto en hospitales, CESFAM, terapias psicológicas, centros comunitarios, de rehabilitación, Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CESFAM), centros de psiquiatría, centros para niños/niñas y adolescentes, rehabilitación física y centros de salud mental de adultos, niños/as, adolescentes y personas mayores.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

El listado contiene 80 ítems originalmente, con cinco categorías de interés (Matsutsuyu, 1969): Actividades de la Vida Diaria (AVD), Habilidades Manuales, Cultural/Educativa, Deportes Físicos y Recreación Social. De acuerdo a la pauta adaptada por Scaffa (1981) y posteriormente modificada por Kielhofner y Neville (1983), para cada ítem la persona debe calificar:

- Nivel de interés: en los últimos 10 años y en el último año, identificando si cada actividad genera ningún, poco o mucho interés.
- Participación: si actualmente realiza cada una de las actividades, mediante las opciones Sí o No.
- Proyecciones futuras: se debe señalar si realizaría o no cada actividad en el futuro.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- *Validez*: Rogers, Weinstein y Figone examinaron la validez del listado de intereses por medio del análisis factorial y sus conclusiones son que no apoyan la categorización sugerida por Matsutsuyu, puesto que consideran que el interpretar el perfil de los intereses del usuario/a de acuerdo con una categoría a priori puede llevar a un análisis descriptivo inapropiado y por tanto a decisiones de tratamiento inadecuadas. Un patrón de intereses normal puede incluir unos pocos intereses relevantes de la categorización de Matsutsuyu (James, 1997).
- *Sensibilidad*: El listado de intereses ha sido modificado y adaptado para el uso de distintas culturas, además está diseñado para ser aplicado con personas adultas y adolescentes (Kielhofner, et al., 1983).

### Bibliografía

Henry, A. (1998). Development of a Measure of Adolescent Leisure Interests. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7), 531–539. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.7.531>

Klyczek, J., Bauer-Yox, N. & Fiedler, R. (1997). The Interest Checklist: A Factor Analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 51(10), 815-823. <https://doi.org/10.5014/ajot.51.10.815>

Kielhofner, G., & Neville, A. (1983). The modified interest checklist. *Model of Human Occupation Clearinghouse*, Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago [unpublished].

Matsutsuyu, J. (1969). The interest checklist. *American Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 323–328.



CAPÍTULO 8

**EVALUACIONES DEL  
AMBIENTE SOCIAL**





## MAPA DE RED SOCIAL O MAPA DE REDES

Daniela Palma, Antonia Lecaros, Vania Cifuentes, Marilyn Muñoz, Fernanda Coó, Bárbara Suazo

### Descripción general y objetivo del instrumento

Según Tracy & Whittaker (1999), el mapa de red social recolecta información sobre el tamaño total y composición de la red, el grado en el que los miembros de la red proporcionan varios tipos de apoyo y la naturaleza de las relaciones dentro de la red, conforme los percibe la persona que completa el mapa. La administración del mapa involucra enumerar a los miembros de la red en cada una de las siete áreas: (1) Hogar (personas con quienes usted vive); (2) familiares; (3) amigos; (4) personas del trabajo o la escuela; (5) personas de clubes, organizaciones o grupos religiosos; (6) vecinos y (7) agencias u otros proveedores de servicios formales. En relación a la utilidad clínica de este instrumento Tracy & Whittaker (1999) hacen alusión a que esta es una herramienta útil en la identificación y evaluación de factores estresantes, presiones y recursos dentro del ambiente social del cliente. El mapa también ayuda a los terapeutas a recolectar información sobre los recursos sociales y ambientales de forma más sistemática. Además, mencionan que a través del uso del mapa de red social se obtiene a menudo información sobre recursos potencialmente útiles, así como la percepción del cliente acerca de estos recursos, [...] y de forma similar, el mapa de red social a menudo proporciona un vehículo para abordar otros temas con el cliente.



### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos)

Puede ser utilizado en cualquier contexto, clínico o comunitario, con personas mayores, en dependencia de sustancias, centros comunitarios, abuso infantil, sin embargo, según varios autores es considerado un nicho interpersonal de cada persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí mismo. Por otro lado, también se afirma que puede utilizarse para ilustrar las conexiones de un individuo, para representar la relación total del sistema familiar con el mundo exterior. Además, se puede aplicar en todas las edades y ser una evaluación donde ciertos factores pueden cambiar según el ciclo vital de cada usuario.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación

El primer paso de este instrumento es utilizar un mapa circular para identificar de manera general los miembros que han compuesto durante el último mes la red social de alguien en áreas como el hogar, familiar, amistades, personas que forman parte de ocupaciones laborales o educativas, personas con las que se participa en organizaciones, vecinos de la comunidad e instituciones de servicios formales.

Luego, debemos ordenar en una cuadrícula de red social las personas identificadas en el primer paso y asignarle a cada uno de ellos un área de vida (aquellas mencionadas en el paso uno) para luego realizar

diversas preguntas y asignarle un puntaje a cada persona. En este cuadro hay un espacio para colocar 15 nombres, por lo que, si el número es superado se debe escoger los 15 principales actores.

Tracy & Whittaker (1999) mencionan que las primeras tres preguntas tienen que ver con los tipos de apoyo que las personas le brindan. (1) ¿Quién estaría disponible para ayudarle en formas concretas? (2) ¿Quién estaría disponible para proporcionarle apoyo emocional? Y (3) ¿En quiénes confía para recibir consejos? Además, mencionan que se debe preguntar a quiénes considera críticos, es decir, aquellos que le hacen sentir mal o de una manera inadecuada. Otra pregunta tiene relación sobre la dirección de la ayuda, con el fin de saber si esta es unidireccional o bidireccional. Por otro lado, se indaga sobre la cercanía que tiene o siente la persona con cada actor de su red social. Por último, se pregunta desde hace cuánto tiempo aproximadamente conoce a las personas que componen su red y cuán a menudo las ve en su vida cotidiana.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

- **Validez:** Buen predictor para saber la red de confianza. Da a conocer la cantidad y tipo de personas de la red social. La verificación objetiva de la validez de los datos de la red social es una cuestión relacionada de medición. Es difícil determinar el tamaño “verdadero” de la red, ya que mucho depende del método de recolección de datos. Por ejemplo, el momento o la forma en la que se hacen las preguntas pueden influir en el número y tipo de personas incluidas en una red social de un individuo. Desde el punto de vista clínico, es útil saber el grado en el que la red descrita por el cliente realmente existe. La percepción de una red de apoyo grande puede amortiguar la experiencia de estrés. Sin embargo, las expectativas poco realistas de los demás también pueden conducir a sentimientos de decepción o rechazo (Tracy & Whittaker, 1999).
- **Fiabilidad:** La información recolectada mediante el mapa de red social está limitada por el hecho de que los datos generados se auto-informan y, por lo tanto, pueden estar afectados por problemas de memoria, historia reciente y deseo social. Por estas razones, es difícil sujetar los datos de red social a pruebas usuales de confiabilidad. Se conoce poco sobre la estabilidad de las redes sociales ya sea que los cambios en las redes representen cambios reales o instrumentos poco confiables (Tracy et, al. citado por Tracy & Whittaker, 1999).
- **Sensibilidad:** La encuesta realizada en el instrumento busca ver el tipo de apoyo que las personas le brindan al usuario, a aquellos que consideran críticos, la dirección de la ayuda, por lo que tiene concordancia con el objetivo de este instrumento, recolectar información sobre la composición de la red, el grado en el que los miembros de la red proporcionan varios tipos de apoyo y la naturaleza de las relaciones dentro de la red, esto lo hace una herramienta sensible. Según Tracy & Whittaker (1999) el mapa de red social a menudo proporciona un vehículo para abordar otros temas con el cliente, estas pláticas fueron útiles para comprender los factores estresantes que actualmente experimentan las familias. Por ejemplo, una mujer comentó que “el apoyo de los hombres de mi familia es exactamente el mismo que recibo de mis hijos; casi siempre yo les ayudo y ellos casi siempre me critican”. En otro ejemplo, cada miembro de una familia entera colocó el nombre de un familiar fallecido en el mapa de red social, proporcionándole al trabajador la oportunidad de abordar los temas de dolor y pérdida.

### **Bibliografía**

Tracy, E., & Whittaker, J. (1999). El mapa de la Red Social: Evaluación de Apoyo Social en la Práctica Clínica. *Material sin publicar. USA.* Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://redessocialesengestionsocial.weebly.com/uploads/2/1/1/4/21144954/el\\_mapa\\_de\\_la\\_red\\_social\\_en\\_la\\_practica\\_clinica.pdf&ved=2ahUKEwj2fv-5O3yAhVoJ7kGHfNYBTQQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw0FjQMIXsewakcEORfQFk22](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://redessocialesengestionsocial.weebly.com/uploads/2/1/1/4/21144954/el_mapa_de_la_red_social_en_la_practica_clinica.pdf&ved=2ahUKEwj2fv-5O3yAhVoJ7kGHfNYBTQQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw0FjQMIXsewakcEORfQFk22)

## ECOMAPA

---

Daniela Palma, Antonia Lecaros, Vania Cifuentes, Marilyn Muñoz, Fernanda Coó, Bárbara Suazo

### **Descripción general y objetivo del instrumento:**

El Ecomapa es una herramienta sencilla, que facilita al médico familiar, y al equipo de salud, a reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia (Suárez, 2015). En concreto, el sitio web de salud y bienestar (en Colombia) señala que “permite representar la familia y sus contactos con sus suprasistemas; dicho de otra forma con el ambiente que les rodea: familia extensa, sistemas de salud, trabajo, instituciones educativas, recreación, instituciones religiosas, amigos, vecinos, etc. De dichos contactos o relaciones se pueden obtener recursos que la familia utiliza para cumplir en forma adecuada con sus objetivos”, es la representación esquemática del entorno ecológico de la familia, recogiendo información sobre la distribución del espacio físico dentro del hogar y sobre las relaciones de la familia con servicios o contextos externos a ella, utilizando criterios temporales y espaciales (o combinación). Entonces, el compendio de un Ecomapa permite visualizar la relación que establece la familia con su entorno social, pesquisar debilidades, fortalezas, influencias y apoyo a la familia (Verónica, 2012).

### **Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación**

Puede ser utilizado en cualquier contexto, clínico o comunitario, con personas mayores, en dependencia de sustancias, hospitales, centros de salud familiar, etc.

### **Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación**

El motivo del Ecomapa es que con una sola mirada podamos obtener la información deseada. Para tal efecto, debe ser diseñado de la forma más clara y sencilla. Para realizarlo se debe diseñar un familiograma, identificar el entorno y establecer las conexiones de la familia.

1. El Familiograma nuclear (Figura 1): Constituye la parte central del Ecomapa. El familiograma es una herramienta que sirve para estudiar las relaciones existentes dentro de una estructura familiar. Es muy útil para extraer gran cantidad de información relevante en el diagnóstico y tratamiento de problemas de todo tipo, desde enfermedades físicas hasta trastornos mentales (Rodríguez, 2021).
2. Los círculos o rectángulos de recursos (Figura 2): Sirven para colocar los recursos más importantes para la familia, según la opinión de los miembros. Los recursos se colocan alrededor del Familiograma. Rodríguez (2021), señala este paso como la identificación del entorno en donde alrededor del círculo con el que se ha rodeado el familiograma, se crearán otros círculos que representarán todos los recursos extrafamiliares en los que pueda pensar la persona. Dentro de cada uno de estos escribiremos el nombre de cada una de las redes sociales a las que pertenece la familia.

- Los símbolos de interacción (Figura 3): Se utilizan para representar los símbolos de las interacciones y el sentido del flujo de los recursos. Según Rodríguez (2021), establecer las conexiones de la familia es el último paso que consiste en unir cada uno de estos círculos externos con el que representa a la familia. Esta unión puede hacerse con toda la familia o con solo uno de sus miembros. En función del tipo de relación existente, se utilizarán distintas líneas para representarlas.

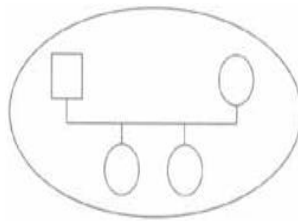


Figura 1.

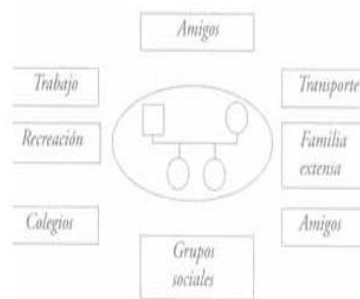


Figura 2.

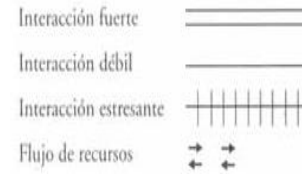


Figura 3.

### Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento

**Sensibilidad:** la propiedad del instrumento se mide, apropiado de otro, en este sentido, María Mesa (2017) apunta que “las familias con mayor capacidad para lograr acuerdos entre sus miembros y/o generar apoyo social tienen menor vulnerabilidad en salud. SALUFAM permite valorar la vulnerabilidad en salud de las familias con una alta consistencia interna, replicabilidad, sensibilidad y especificidad según sus creadores (Puschel, Repetto, Solar, Soto, & González, 2012).” Consideramos el Ecomapa un instrumento que de manera similar cumple sus objetivos, reconocer la presencia o no de recursos de apoyo social extrafamiliares en una persona y/o familia.

### Bibliografía

Suárez, M. (2015). *Aplicación del ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares*. Revista Médica La Paz. 21(1) Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100010)

Encolombia. *El Ecomapa*. (2021). Recuperado de <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-recursos2/>

Rodríguez, A. (2021). *Ecomapa familiar*. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/ecomapa-familiar/>

Mesa Gallardo, M. (2017, febrero). *Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 16 años (1997–2013) y su relación con el apoyo social*. ResearchGate.

<https://www.researchgate.net/publication/316622563> Cambios en la estructura y en la función familiar de los adolescentes en los últimos 16 años 1997-2013 y su relación con el apoyo social

## ESCALA DE ZARIT

---

Almendra Gómez, Dominique Correa, Bárbara Menares, Cristian Araya, David Soto, Solange Madrid

### Descripción general y objetivo del instrumento

La Escala de Zarit es un instrumento de evaluación psicométrico el cual tiene como finalidad medir el nivel de sobrecarga que recibe quien cuida una persona, esta escala califica principalmente la percepción subjetiva de la sobrecarga del cuidador, en otras palabras esto se evalúa con los sentimientos experimentados.

Esta escala fue diseñada originalmente por Steven H. Zarit, consta de 22 ítems o preguntas y los números que tiene la escala para contestar son puntuaciones que van desde 1 (nunca) y 5 (casi siempre). Incluye áreas tanto físicas como psicológicas y la puntuación puede variar entre 22 y 110 puntos. Por lo que los resultados obtenidos refieren un mayor nivel de sobrecarga cuando la puntuación es más alta.

La utilización de la Escala de Zarit es muy importante para evaluar cómo se siente el cuidador, ya que algunos con el correr del tiempo presentan alteraciones que podrían comenzar a afectar su vida debido a un estrés prolongado, ejemplo de esto sería irritabilidad, fatiga, dolores corporales, lo que más adelante podría provocar que se generen enfermedades crónicas, es por ello que es necesario aplicar esta escala ya que nos va a demostrar cómo se siente el cuidador y la sobrecarga que este pudiese tener.

### Posibles contextos en los que se podría aplicar la evaluación (ejemplos).

La evaluación podría aplicarse en cualquier lugar en donde se trabaje con personas en situación de discapacidad, independiente del tipo de esta. Se podría mencionar como ejemplo, una evaluación de forma colectiva para realizar un estudio de muestra de la población, también esta evaluación se puede aplicar a los cuidadores de las personas con algún tipo de demencia, cuidadores de niños/as con trastorno del espectro autista, por nombras algunos.

### Detalle de pauta y/o instrumento de evaluación.

Esta escala cuenta con 22 preguntas las cuales van dirigidas al cuidador/a, llevan un puntaje que va desde el número 1 que es nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 bastantes veces, 5 casi siempre. La sumatoria de estas afirmaciones, que puede oscilar entre 22 y 110 puntos, representarán el resultado que se interpreta como se muestra a continuación:

- Sin sobrecarga: entre 22 a 46 puntos
- Sobrecarga: entre 47 a 55 puntos
- Sobrecarga intensa: entre 56 y 110 puntos

Entre las preguntas para evaluar están las siguientes:

- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo. familia)?

- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene relación con otros miembros de su familia?
- ¿Piensa que su familiar depende de usted?
- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?
- ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?
- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

### **Propiedades psicométricas de la pauta y/o instrumento.**

“Aunque EZ ya ha sido utilizada en algunos estudios recientes en Chile, nunca ha sido formalmente validada. En un estudio cuantitativo se estimó que 28,1% de los cuidadores de AM en Santiago presentan sobrecarga intensa. La implementación de intervenciones gubernamentales, aunque dificultosa e incompleta, ya ha generado mejoras en los cuidadores, en términos de puntaje EZ y calidad de vida” (Breinbauer K, H. et al., 2009 p.660).

Escala de Zarit:

- Validez (Validez de Constructo) → Correlación de Pearson moderada con indicador único de sobrecarga 0,67  $p < 0,05$ .  
-Correlación de Pearson moderada con depresión 0,7  $p < 0,01$ .
- Confiabilidad:  
-Consistencia interna buena → Alfa Cronbach 0,87  
-Confiabilidad interobservador excelente → Coeficiente correlación intraclase (CCI) 0,86 (0,81-0,91).  
-Confiabilidad en estabilidad → Kappa en test - retest 0,91 (0,68-0,99).

Respecto a la escala de Zarit “Su principal inconveniente es su extensión, por lo que recientemente se validó en España una forma abreviada, la “Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos” (EZA). Consta de sólo 7 ítems de la EZ original. Cada ítem adopta 1-5 puntos, sumando entre 7 y 35 puntos. No distingue “sobrecarga ligera” de “sin sobrecarga”, residiendo su utilidad en determinar “sobrecarga intensa”. En su validación española obtuvo 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo (VPP) y 100% valor predictivo negativo (VPN) frente al diagnóstico de sobrecarga intensa (según EZ original), convirtiéndose en una excelente herramienta de pesquisa” (Breinbauer K, H. et al., 2009 p.660).



## **Bibliografía**

Breinbauer K, H., Vásquez V, H., Mayanz S, S., Guerra, C., & Millán K, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 658–662. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000500009>

Carrillo, A. (2021, 17 agosto). Escala de Zarit: ¿qué es y para qué sirve este test psicológico? *Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clinica/escala-de-zarit>

Maragall, F. P. (2021, julio). La escala de Zarit: una herramienta para medir la sobrecarga del cuidador. *Fundación Pasqual Maragall*. <https://blog.fpmaragall.org/escala-de-zarit>

Maragall, F. P. (s. f.). La escala de Zarit: una herramienta para medir la sobrecarga del cuidador. *La escala de Zarit: una herramienta para medir la sobrecarga del cuidador*. <https://blog.fpmaragall.org/escala-de-zarit>



TERAPIA OCUPACIONAL



**UOH** Universidad  
de O'Higgins

**ASIGNATURA MODELOS DE  
INTERVENCIÓN EN TO II  
2021**

