



**UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN**

**INSTITUTO CIENCIAS DE LA
REHABILITACIÓN Y EL
MOVIMIENTO**

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

ASIGNATURA: DISEÑO DE TRABAJO FINAL

Equipo docente:

Dra. Mariela Nabergoi

Esp. Andrea Albino

Lic. Florencia Itovich

Lic. Luisa Rossi

Lic. Macarena Lopez

Docente supervisora: *Dra. Mariela Nabergoi*

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

Grupo N°: 8

Año de cursada: 2017

Alumnas:

Alegre Fernández, María Lourdes

DNI 35.234.954 – mail: lourdesalegref@gmail.com

Sánchez, María Belén

DNI 36.797.434 – mail: belensanchez92@hotmail.com

Fecha de presentación: 02 de octubre del 2018

ÍNDICE

A. AREA Y TEMA	3
B. PALABRAS CLAVE	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTIFICO.....	4
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
1.3 RELEVANCIA Y JUSTIFICACION	12
1.4 HIPÓTESIS	13
1.5 OBJETIVOS.....	13
2. DESARROLLO	16
2.1 MARCO TEORICO	16
2.2 METODOLOGÍA.....	28
2.2.1 TIPO DE DISEÑO.....	28
2.2.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	29
2.2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	31
2.2.4 FUENTES DE DATOS.....	84
2.2.5 INSTRUMENTOS.....	87
2.2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	92
2.3 RESULTADOS	132
3. CONCLUSIONES	181
4. BIBLIOGRAFIA	187
5. ANEXOS	191
ANEXO 1: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN	192
ANEXO 2: “DATOS PERSONALES”	196
ANEXO 3: “ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA SALA”	197
ANEXO 4: “PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA” ENTREVISTA A LA TO	199
ANEXO 5: “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS CUIDADORES (PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL) DE LOS NIÑOS QUE ACCEDEN A SER PARTE DE LAS MUESTRAS”	202
ANEXO 6: “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES Y DIRECTIVOS” ..	205
ANEXO 7: INFORME DE PILOTAJE	210
ANEXO 8: INFORME DE TRABAJO DE CAMPO.....	212
ANEXO 9: LISTADO DE MUESTRA Y DIVISIÓN	216
ANEXO 10: CRONOGRAMA DE CONSENTIMIENTOS Y EVALUACIONES	217
ANEXO 11: TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS- GRÁFICOS VARIABLES SUFICIENTES	218
ANEXO 12: TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS VARIABLES NECESARIAS ..	241

A. AREA Y TEMA

Terapia Ocupacional en rehabilitación física pediátrica

Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

B. PALABRAS CLAVE

- Terapia ocupacional en pediatría
- Parálisis cerebral (PC)
- Actividad de alimentación
- Productos y tecnología de ayuda
- Centro Educativo Terapéutico (CET)
- Adecuación del desempeño ocupacional

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTIFICO

El tema a abordar se incluye dentro del área de rehabilitación física en pediatría. Según Schwartz “la especialización de la Terapia Ocupacional en el ámbito de pediatría surge en la década de 1960 como consecuencia de leyes relacionadas con el tratamiento para favorecer la participación de los “niños minusválidos” dentro de la escuela y aportes teóricos de referentes en la temática”. (2005, p. 8-9)

En relación al área de rehabilitación física, Según Bloom y Gutman (1997), citados por Moruno Miralles (2005) el impacto de la Primera Guerra Mundial orientó la práctica profesional hacia el “entrenamiento en el uso de prótesis y ayudas técnicas que posibilitaban la actividad laboral y en la consecución del mayor grado de autonomía personal en actividades como el aseo, el vestido o el transporte”. (p. 3-4). En este momento se pone especial importancia en el tratamiento con el fin de la realización independiente de las actividades cotidianas.

Estas actividades cotidianas si bien formaron parte de la disciplina desde sus inicios, la aparición del término Actividades de la Vida Diaria (AVD) para denominarlas data del año 1945. (Moruno Miralles, 2006, p. 4). Actual e históricamente dentro de este concepto se incluye a la alimentación.

En términos generales, Moruno Miralles y Romero Ayuso (2006) mencionan que:

En las primeras décadas del siglo XX, momento en el que nace la terapia ocupacional tal y como la conocemos hoy en día, sus fundadores prestaron especial atención a las consecuencias de la enfermedad y la discapacidad en el quehacer cotidiano de los individuos que la padecían, diseñando intervenciones y tratamientos encaminados a la recuperación de la capacidad para desenvolverse en forma autónoma cotidianamente. (p. XV)

Para el logro de esta capacidad, se han realizado diferentes tipos de abordajes. Uno de ellos son las ayudas técnicas cuyo uso para actividades de aseo y laborales y para el transporte ha sido registrada desde 1919 en el libro de Willam Dunton “Reconstruction therapy” (Moruno Miralles 2006 p. 4).

Por otra parte, pero siguiendo la línea de abordajes, en 1960 surge el término “Ortesis”, (Viosca Herrero y otros, 2004, p.34) y comienza la especialización de Terapia Ocupacional en el uso del equipamiento. Rowe (2003) afirma que el objetivo final de estos dispositivos es incrementar la capacidad funcional y facilitar la ejecución ocupacional del individuo (p. 173).

Estos sucesos históricos, prácticos y teóricos relacionados con el área de rehabilitación física y la expansión y especialización de la disciplina impactaron tanto en las intervenciones de la Terapia Ocupacional como en los fundamentos filosóficos y metamodelos utilizados por la profesión. La vinculación con la medicina, hizo que se dejará de lado la orientación humanística y holística inicial, y se aproximará al paradigma médico basado en una visión mecanicista y reduccionista de los individuos. (Schwartz, 2005).

Actualmente, se considera al individuo como un ser global por lo que podemos afirmar que “la Terapia Ocupacional suscribe un abordaje holístico, el cual se encarga de la corrección de los problemas y la promoción de la salud, pretendiendo mejorar la función en diferentes tipos de discapacidad.” (Polonio López, 2008, p. 4). Esta mejora en la función, debe ser llevada a cabo dentro de un entorno. La importancia de este factor reside en el impacto sobre el desempeño, ya que si existe una dificultad mediante intervenciones que modifiquen el entorno, es posible mejorar la calidad del desempeño. (AOTA, 2010).

El término entorno hace referencia a “los ambientes físicos y social que rodean al cliente y en los cuales tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria”. (AOTA, 2010).

Siguiendo con esta interdependencia que existe entre los entornos y el desempeño, el Modelo del Funcionamiento y de la Discapacidad (OMS, 2001) afirma que “La discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esta relación los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud.” (p. 18)

Teniendo en cuenta las ocupaciones principales en la infancia, uno de los ambientes en los que los niños con diagnóstico de parálisis cerebral realizan sus ocupaciones y asisten

diariamente es el Centro Educativo Terapéutico (CET). El mismo es parte del entorno físico construido. Además, los profesionales, orientadores, coordinadores y auxiliares son parte del entorno social que es definido como “la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organización con quienes el cliente tiene contacto” (AOTA, 2010, p. 29)

En nuestro país, la Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” define a este dispositivo como:

El servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. (Cap. V, art. 25)

En el año 2006, el Ministerio de Salud estableció la Resolución 1328 “Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”. En el anexo 4.7, se encuentra la definición conceptual, los beneficiarios, las pautas de ingreso y egreso, el tipo de prestación, las actividades, el equipo profesional y docente y el funcionamiento del CET.

Los beneficiarios se agrupan por edad y diagnóstico funcional en espacios independientes para niños y adolescentes y servicios para jóvenes y adultos. Los grupos deben estar formados por entre 8 y 10 integrantes (dependiendo de la gravedad de los cuadros de los beneficiarios atendidos en él). Teniendo en cuenta la población tratada, los grupos suelen ser reducidos, con un máximo de 6 integrantes.

Dentro de las pautas de ingreso se establece que asisten al dispositivo los niños que finalicen el Plan de estimulación temprana o desde los 6 años y hasta los 25 años.

En este contexto grupal se deberán realizar abordajes de modalidad individual por lo que la Resolución 1328 plantea que “el mayor desafío que plantea esta propuesta y planificación es el de conciliar el máximo de atención individual en el contexto de la participación grupal social.”(2006, s/n)

El proceso terapéutico inicia con una evaluación interdisciplinaria y la definición de objetivos terapéuticos y de aprendizaje. A partir de la que se definen las estrategias de abordaje para cada caso en particular. La propuesta de actividades es de carácter anual, reformulable periódicamente, con un máximo de 6 meses, ofreciendo a la vez un marco estable de concreción y la flexibilidad necesaria a los cambios que necesiten introducirse según respuestas, facilidades, preferencias y aptitudes de los sujetos. Cabe destacar que dentro del equipo básico se encuentra incluido un profesional del área de terapia ocupacional.

Dentro de los destinatarios de las prestaciones de CET se mencionan a aquellas personas con discapacidad motora con compromiso intelectual de grado moderado, severo y profundo que presenten restricciones importantes en la capacidad de autovalimiento, higiene personal, manejo del entorno, relación interpersonal, comunicación, cognición y aprendizaje.

En este sentido, uno de los diagnósticos presentes entre los niños que asisten al CET, es el de parálisis cerebral. Según Robaina-Castellanos GR, Robaina-Castellanos MS y Riesgo-Rodríguez, (2007) este diagnóstico actualmente se define como:

Grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura causantes de limitación de la actividad que se atribuyen a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores de la PC se acompañan a menudo de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta y/o por un trastorno convulsivo (p. 7).

Como punto importante en relación a la disciplina se destaca el aporte de Brown (2003), quien dice que “en los niños que presentan dificultades motoras a consecuencia de la parálisis cerebral, existen con frecuencia otros problemas relacionados con el desempeño ocupacional y limitaciones en los componentes de ejecución”. (p. 317)

Blanche y Reinoso (2008) mencionan que “en la actualidad, el tratamiento es activo y está enmarcado en el contexto funcional de la vida diaria” (p. 108). Como se menciona anteriormente el contexto funcional en el caso del trabajo de investigación es el CET, y una de las actividades que forman parte de la rutina en este dispositivo es la alimentación.

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, Dominio y Proceso 2da edición (AOTA, 2010) la alimentación se enmarca dentro de las Áreas de la ocupación como una actividad de la vida diaria (AVD). Allí se define como: “el proceso de preparar, organizar y llevar el alimento (o líquido) del plato o taza/vaso a la boca; a veces también llamado auto alimentación”. (p. 10)

En función a las características particulares de cada niño, para lograr un funcionamiento adecuado en la alimentación, uno de los abordajes posibles es la utilización de productos y tecnología de ayuda. Según la “*Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*” (OMS, 2001) estos forman parte de los factores ambientales y se definen como “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad”. (p. 187)

Específicamente dentro de las actividades de la vida, se denominan productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria al “equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye productos generales y de ayuda y tecnología para uso personal. (p. 188)

En relación al uso de productos y tecnología de ayuda dentro de nuestra disciplina, Romero Ayuso (2006) plantea que "el terapeuta ocupacional debe determinar cuándo es conveniente insistir en el logro de una determinada habilidad o cuándo es preciso optar por un abordaje compensador". A pesar de esta afirmación, la misma autora sostiene que "siempre que se pueda, el terapeuta ocupacional (...) intentara usar el menor número de restricciones o adaptaciones." (p.184)

Blanche y Reinoso (2008) dicen que "es posible que la utilización de modificaciones ayude al niño a participar socialmente en la comunidad, pero no aumenta su funcionalidad motora" (p.108).

En términos generales, los autores mencionados (Romero Ayuso, Blanche y Reinoso) coinciden en que los productos y tecnologías de ayuda deben ser utilizados como última instancia, si los abordajes de desarrollo normal/neurodesarrollo no logran los resultados pretendidos. Igualmente, en la revisión de la literatura se plantea la importancia de la utilización de diversos tipos de abordaje, dependiendo de los problemas individuales presentados en cada caso.

Es por eso que el uso de productos y tecnología de ayuda puede ser un aspecto facilitador del desempeño de los niños con parálisis cerebral en cualquier instancia del tratamiento, ya que fomenta la participación activa en la actividad de alimentación, y esto "tiene múltiples beneficios sobre el desarrollo de sus habilidades"(Romero Ayuso, 2005, p. 183). Cabe destacar que esto será posible siempre y cuando se utilicen de la forma en la que el/la terapeuta ocupacional lo indique, y vaya acompañado en caso de ser necesario de otros enfoques y abordajes.

Los autores consultados coinciden en la importancia y los beneficios del uso de productos de apoyo para favorecer la independencia en alimentación, ya que tal como lo expresan Sheperd, Procter y Coley (1996) parafraseados por Romero Ayuso (2006)"en general los niños están altamente motivados para mejorar su nivel de funcionamiento, incluso utilizando adaptaciones, ayudas técnicas y modificaciones del entorno". (p. 183)

Según Rogers y Holm (2005) la independencia es el parámetro más utilizado para medir el desempeño en las actividades sobre todo para la alimentación y el resto de las AVD. Estos autores, establecen que la calificación de este parámetro, varía desde independencia o capacidad hasta dependencia o incapacidad. Dentro de estos extremos, los valores intermedios están relacionados con el tipo de ayuda necesaria: "se reconocen tres clases de ayuda y están ordenadas de menor a mayor como sigue: tecnología de asistencia, asistencia no física y asistencia física" (p. 322).

Pensando en la población asistida, y partiendo de un nivel de independencia común o similar en los niños que asisten al CET, se propone analizar la actividad de

alimentación con productos y tecnología de ayuda en base a la calidad y cantidad de las acciones que hacen al proceso y al resultado de las mismas. Según Rogers y Holm (2005) "La adecuación en el desempeño de las actividades es un parámetro complejo de la evaluación que se refiere a la eficiencia de la acción o al proceso empleado para ejecutar las actividades y a la aceptabilidad del resultado o al producto de esa acción" (p. 325).

En la adecuación influye tanto la experiencia como también, la dificultad en la tarea, el dolor, la fatiga y la disnea, la duración de la tarea, los estándares sociales, la satisfacción, los recursos y los comportamientos extraños.

En las prácticas pre profesionales se observó que los niños con parálisis cerebral de entre 6 y 12 años que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, actualmente reciben asistencia física durante la alimentación, teniendo indicado como necesario el uso de productos y tecnología de ayuda para el logro de un funcionamiento adecuado durante la actividad.

Esta realidad restringe la participación directa de los niños en la actividad, influye en el desarrollo de las capacidades del niño, por lo que disminuye la posibilidad de adquirir experiencia en la actividad de alimentación, necesaria para mejorar el desempeño y los resultados.

En términos generales, los autores leídos y citados coinciden en que los productos y tecnología de ayuda deben ser utilizados como última instancia, si los abordajes de desarrollo normal/neurodesarrollo no logran los resultados pretendidos, debido a la falta de evidencia científica de la eficacia.

Con respecto a los antecedentes de investigaciones realizadas a nivel nacional en relación a los productos de apoyo y la alimentación en niños con Parálisis Cerebral, se hallaron trabajos que analizan el uso de un dispositivo (soporte postural- toma) en la eficiencia en alimentación en un niño con un cuadro motor atetoideo; y el logro de la independencia con el uso de adaptaciones en la actividad de alimentación (utensilios adaptados). (Pacce y Romero, 2006).

Investigaciones publicadas en diversas revistas internacionales abordan las temáticas de tecnología asistiva, adaptaciones y dispositivos de tecnología de asistencia, en relación al conocimiento y uso por parte de los terapeutas ocupacionales, catálogos de Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

dispositivos más utilizados para las actividades de la vida diaria en general y para la alimentación en particular, principalmente en Chile y Brasil. Estos estudios dan cuenta de lo novedoso del tema, la falta de normativa y la necesidad de la unificación de la terminología.

A pesar de la riqueza del aporte de los trabajos encontrados, no se halló ninguno que tomando el concepto de la CIF, incluya en su análisis de productos y tecnología tanto el equipamiento, como ortesis, para el posicionamiento y ayudas técnicas para el desempeño. A su vez, la mayor parte de la bibliografía consultada menciona a la utilización de productos de apoyo asociada al incremento de la independencia, pero no asociado a la calidad del desempeño y adecuación

Siendo que según Polonio López y Romero Ayuso (2008) para la Terapia Ocupacional dentro del área de pediatría “el objetivo primario de la intervención sería que el niño pueda funcionar adecuadamente en las áreas ocupacionales; en lo que se refiere a las actividades de la vida diaria, nuestra principal preocupación consiste en habilitar al niño para realizar las tareas necesarias para los autocuidados” (p. 90) y basadas en la experiencia profesional, se puede afirmar que este es un problema actual para la disciplina, ya que si bien los productos y tecnologías de ayuda durante el desempeño de las actividades de la vida diaria en niños con parálisis cerebral se utilizan desde hace varios años, y “aunque se considera imprescindible en la intervención en niños con PCI, ha sido confirmado solo parcialmente en la investigación”. (Blanche y Reinoso, 2008, p. 108).

Por todo lo mencionado, y sumado a los constantes avances tecnológicos que este campo vive se considera que es necesario investigar y analizar...

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017?

1.3 RELEVANCIA Y JUSTIFICACION

El trabajo de investigación tiene como propósito proporcionar herramientas para valorar los niveles de adecuación del desempeño ocupacional durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda en niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral que asisten a un Centro Educativo Terapéutico.

En cuanto a la relevancia teórica, los resultados alcanzados podrían aportar al conocimiento de la funcionalidad del uso de productos y tecnología de ayuda durante la alimentación. Se analizará el desempeño de esta actividad desde una perspectiva crítica que podría considerar la adecuación del proceso y el resultado, en relación a los contextos y entornos en los que los niños se desempeñan habitualmente.

En cuanto a la relevancia práctica este análisis podría contribuir a la fundamentación teórica y práctica para selección de los parámetros de evaluación de la alimentación, y consecuentemente podría impactar en los enfoques, planificaciones, estrategias, objetivos e intervenciones a realizar por los profesionales de Terapia Ocupacional. El desarrollo del término adecuación del desempeño como parámetro de evaluación podría brindar a su vez herramientas para el análisis de la actividad de alimentación desde la perspectiva de la eficiencia de la acción y aceptabilidad de los resultados.

Es por esto que se considera que realizar una investigación sobre este tema, podría ser de relevancia práctica para la disciplina ya que si bien la utilización de productos y tecnología de ayuda es una práctica sumamente desarrollada en nuestra profesión, escasean los estudios científicos que avalen su funcionalidad. Continuando con la relevancia práctica de la investigación, ésta podrá brindar herramientas para que los Terapistas Ocupacionales puedan identificar las habilidades y destrezas particulares de los niños durante la alimentación, así como aquellos factores facilitadores u obstaculizadores del entorno, en relación a la adecuación del desempeño y al uso de productos y tecnología de ayuda.

Asimismo, este trabajo podrá aportar información a los otros profesionales tales como Médicos Fisiatras, Neurólogos, Licenciados en Psicopedagogía, Licenciados en Psicomotricidad, Licenciados en Kinesiología, Licenciados en Ortesis y Prótesis, que se desempeñan en el área de rehabilitación física en pediatría, como directivos, profesionales, coordinadores, orientadores o auxiliares en los Centros Educativos

Terapéuticos, para que consideren la importancia del desempeño adecuado de los niños durante la actividades de alimentación en el entorno de CET, y así promuevan, fomenten e incrementen la participación activa de los niños.

En cuanto a la relevancia social, los aportes teóricos y prácticos mencionados anteriormente podrían generar un incremento en la participación de los niños durante la alimentación, lo que contribuiría al desarrollo y mejora de sus habilidades y destrezas de ejecución, teniendo en cuenta las dimensiones subjetivas y sociales de la actividad.

1.4 HIPÓTESIS

Los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral evidencian una mejora en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda, durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.5 OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Analizar las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

Objetivos específicos:

1.A Identificar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.B Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.C Identificar qué estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología

de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.D Identificar qué comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.E Identificar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.F Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.G Identificar qué estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.H Identificar que comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

1.I Comparar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con y sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

Objetivo general:

- 2.** Analizar las características de los productos y tecnología de ayuda utilizados durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral en un Centro Educativo Terapéutico en la provincia de Buenos Aires en el año 2017.

Objetivos específicos:

2.A Describir las características de las ortesis de miembro superior utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

2.B Describir las características de las ortesis de columna utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

2.C Describir las características de las adaptaciones utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

2. DESARROLLO

2.1 MARCO TEORICO

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la disciplina como:

Una profesión sanitaria centrada en el paciente en cuestión en promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir a la gente a participar en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales lograr este resultado trabajando con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional (2012).

La WFOT (2008) destaca que los terapeutas ocupacionales trabajamos con todos aquellos individuos que poseen limitaciones en la participación y establece que “(...) la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos” (s/p). Es por la influencia del entorno sobre la participación que “(...) la práctica de la terapia ocupacional podría estar dirigida a aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.” (WFOT ,2004). En este sentido los terapeutas ocupacionales buscamos permitir la participación a través de adaptaciones y modificaciones del entorno y objetos cuando sea necesario (AOTA, 2011)

Dentro de las mencionadas Actividades de la Vida Diaria, por la WFOT (2012) se encuentra según Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) la alimentación, es por todo lo enunciado anteriormente que el trabajo de investigación está encuadrado dentro de la Terapia Ocupacional.

Esta definición de la disciplina también delimita la función de los Terapeutas Ocupacionales en relación al trabajo con la población, ya que se analiza el desempeño de los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de Parálisis cerebral que presenten alguna limitación en la participación durante la actividad de alimentación.

Por otro lado dentro de las palabras claves están los Centros Educativos Terapéuticos y los productos y tecnología de ayuda. Ambos términos se enmarcan dentro del eje

principal de este trabajo y forman parte de lo que el Marco de Trabajo denomina contextos y entornos y sobre lo cual, la WFOT propone que los Terapistas Ocupacionales están habilitados para modificar en función a la mejora en la participación.

En nuestro país, la ley N° 27.051 sancionada el 3/12/2014 establece el marco regulatorio del ejercicio de la Terapia Ocupacional en Argentina. Dentro la misma, el capítulo II enumera las características principales del ejercicio de la profesión y el desempeño de la actividad profesional, y allí define dentro de los recursos de intervención, las actividades de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. Dentro del artículo 3º, se define a las Actividades de la vida diaria como aquellas "orientadas al cuidado de sí mismo", dentro de las cuales se encuentra la alimentación, además de la higiene y el vestido.

Con respecto a los alcances e incumbencias de la profesión en la Argentina, y a los fines de enmarcar teóricamente nuestra investigación, el Art. 8º del capítulo IV enuncia que los Terapistas Ocupacionales o Licenciados en Terapia Ocupacional están habilitados para:

a) “Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre”(s/p).

b)” Realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre”(s/p).

i) “Participar en la evaluación, diseño y confección de ayudas técnicas y de tecnología de asistencia y capacitar, asesorar y entrenar en el uso de las mismas”(s/p).

Retomando el concepto de actividades de la vida diaria, y al igual que la legislación Argentina, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2007) en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional, se incluye a la alimentación dentro de las mismas y se las define como "el proceso de preparar,

organizar y llevar el alimento [o líquido] del plato o taza/vaso a la boca; a veces también llamado auto-alimentación” (p. 10).

Según Losada Gómez (2007) “el proceso de alimentación involucra acciones bucales de succión, deglución, masticación y digestión y a su vez requiere de un programa sensoriomotor que incluye funciones de percepción visoespacial, control postural, coordinación y patrones manipulativos, entre otros” (p3).

En cuanto a las demandas de la actividad, la autora describe que:

La alimentación conlleva a desarrollar la habilidad de realizar una prensión correcta del cubierto, poder orientarlo y desplazarlo adecuadamente con relación al alimento que este en el plato y así llevarlo a la boca para realizar satisfactoriamente esta actividad. Adicionalmente el proceso de alimentación requiere de la habilidad en las funciones de succión, deglución, masticación y digestión” (p.5).

En la actividad de alimentación, los destinatarios de los servicios de Terapia Ocupacional son aquellos que presentan alguna limitación durante algún momento o aspecto de este proceso.

En este sentido, Erhardt (1998) menciona que los niños con Parálisis Cerebral con frecuencia presentan problemas en la alimentación. Con respecto a la definición del diagnóstico, según Robaina-Castellanos GR, Robaina-Castellanos MS y Riesgo-Rodríguez, (2007) en el Taller Internacional para la Definición y Clasificación de Parálisis Cerebral, el Comité Ejecutivo para la Definición y Clasificación de PC (2004) se determinó que:

La PC describe un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad que se atribuyen a trastornos no progresivos que ocurrieron en el cerebro fetal o infantil en desarrollo. Los trastornos motores de la PC se acompañan a menudo de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta y/o por un trastorno convulsivo.”

Lo destacable de la definición para nuestra disciplina e investigación es la inclusión de los aspectos funcionales en el sentido de limitaciones de la actividad dentro de los

criterios determinantes del diagnóstico. Con respecto a esto Michienzi (2007) menciona que “la PC a menudo está acompañado de otros desordenes de la función cerebral, los cuales pueden interferir con las AVD y la calidad de vida de los pacientes” (p. 12). Según esta autora es fundamental el tratamiento de la alimentación en niños con Parálisis Cerebral ya que está relacionada con el crecimiento y desarrollo global.

Teniendo en cuenta los requisitos necesarios para la alimentación y el análisis de la actividad, en relación a los niños con parálisis cerebral, Petrolini (2007) establece que pueden presentar alguna o todas de las siguientes características: “*falta de control de cabeza, de tronco, falta de equilibrio en sedestación, dificultad para mantener la postura sedente, falta de estabilidad en cintura escapular, inhabilidad para llevar la comida a la boca, falta de coordinación, dificultad para la prensión de los utensilios*”.(p.32). Con respecto al mismo tema, Levitt (2012) plantea específicamente que:

Los niños que presentan una cuadriplejía espástica o discinesia grave son los que tienen más problemas para alimentarse. Por diferentes razones no pueden llevarse la mano a la boca, sostener un objeto para llevarlo a la boca y no pueden controlar la cabeza para utilizar la visión.

Pueden presentar múltiples deterioros.

Los niños con diplejía o hemiplejía espástica manejan físicamente los primeros niveles de la alimentación, pero a menudo son asimétricos en sus acciones.

El escaso equilibrio en la posición de sentado en todos los niños con pc interfieren al comer y beber. (pag.266).

Según Coster (1998), citado por Blanche y Reinoso (2008) para el tratamiento de estas limitaciones, “los terapeutas ocupacionales pediátricos creemos que la implicación del niño en actividades y ocupaciones es, a la vez facilitador de desarrollo y el resultado del mismo” (p. 122). Con respecto al tema, Polonio Lopez y Romero Ayuso (2008) enuncian que “el objetivo primario de la intervención sería que el niño pueda funcionar adecuadamente en las áreas ocupacionales; en lo que se refiere a las actividades de la vida diaria, nuestra principal preocupación consiste en habilitar al niño para realizar las tareas necesarias para los autocuidados” (p. 90). Para lograrlo es necesario paciencia, tiempo y determinación (Levitt, 2012, p. 271).

Con respecto a los tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional, la 3ra edición del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional (AOTA, 2014 traducido por Comité de Ciencia de la Ocupación. Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile, 2015) incluye en la "preparación de métodos y tareas" a todas las intervenciones que "preparan al cliente para el desempeño ocupacional, utilizado ya sea como parte de una sesión de tratamiento en la preparación para o simultáneamente con ocupaciones o actividades, o como un compromiso basado en el hogar para apoyar el desempeño ocupacional diario". (p. 48)

Dentro de las mismas se incluyen a las Ortesis y a la Tecnología de asistencia y modificaciones ambientales. Con respecto a las Ortesis, el profesional de Terapia Ocupacional podrá realizar dispositivos para "movilizar, inmovilizar y ser soporte de las estructuras del cuerpo para mejorar la participación en las ocupaciones" (p.48)

En relación a la tecnología de asistencia y modificaciones ambientales, el Terapeuta Ocupacional podrá realizar la "evaluación, selección, provisión, educación y entrenamiento en el uso de los dispositivos" que apoyen la participación de las personas en las ocupaciones. (p. 49)

Específicamente sobre la parálisis cerebral Blanche y Reinoso (2008) mencionan como un tipo de intervención la modificación del ambiente a través de adaptaciones y dicen que "deben ser individualizadas con la finalidad de ayudar a mantener una adecuada alineación postural y facilitar el máximo funcionamiento (...) algunas de estas adaptaciones son la utilización de sillas especiales, mesas con escotadura e inclinadas, así como férulas y yesos inhibidores."(p.108)

Con respecto a la alimentación en los niños con parálisis cerebral, Romero Ayuso (2006) menciona que "por lo general es necesario adaptar los útiles de comida, engrosando el mango, colocando una esterilla antideslizante debajo del plato sin reborde lateral, etc." (p. 197)

En relación a la intervención en las AVD, en el texto de Zambudio en el capítulo 36 "*Ayudas técnicas versus productos de apoyo*" define las "ayudas técnicas" según la UNE-EN ISO 9999, en su edición de 2003, como cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico, utilizado por personas con discapacidad, fabricado o especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o

neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía. Según Polonio López y Romero Ayuso (2008) los autores desarrollan que las ayudas técnicas utilizadas en la infancia deben:

- Facilitar la realización de la tarea de una manera eficiente
- Ser aceptable para el niño, la familia y los distintos contextos sociales del niño
- Ser practica y flexible
- Ser duradera y fácil de limpiar
- Adaptarse al proceso de crecimiento del niño
- Promover la seguridad del niño
- Ser confortable
- Ofrecer un sistema de mantenimiento
- Ser económicamente asequible para la familia

Para poder intervenir sobre las actividades de los niños, según Moruno Miralles (2006) se debe conocer el desarrollo humano y sus teorías y analizarlo desde una manera holística, y en relación a las destrezas y habilidades de la vida diaria es necesario conocer las capacidades neurofisiológicas, neuropsicológicas y neuromusculares, y su relación con las expectativas del ambiente social. Es por eso que a continuación se enumeran las principales pautas del desarrollo normal en la alimentación, según Levitt (2012) en su libro “Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor”.

- 0-3 meses: Reflejo de búsqueda, reflejo de succión y deglución.
- 3-6 meses: La succión se disocia de la deglución a medida que el niño transfiere líquidos para la deglución. Toma líquidos o más tarde, alimentos semisólidos de una cuchara. Reconoce el biberón. Puede aceptar una taza para beber. Aparece la prensión transitoria de objetos y comienza a succionar una galleta.
- 6-9 meses: ingiere alimentos en papilla y semisólidos. Muerde el alimento cuando se lo coloca a los lados de la boca y lo succiona cuando se lo coloca en el centro. Recoge y sostiene una galleta, puede dejarla caer o desmenuzarla en su mano. Alrededor de los 8-9 meses, puede guiar en forma parcial la mano de su madre o cuidador sobre la cuchara o la taza hacia su boca y puede sostener el biberón.

- 9-12 meses: Quiere controlar la ingesta y la bebida. Le gusta empujar, apretar y ensuciarse con la comida. Como con la mano y sostiene distintas cosas. Sostiene el biberón y bebe de él, y con ayuda sostiene, levanta y bebe de una taza. Ayuda al padre a llevar la cuchara llena hasta la boca, pero no puede hacerlo solo. Sumerge la cuchara en el alimento y la golpea contra la mesa. Utiliza los labios para extraer el alimento de la cuchara que sostiene el adulto.

- 12-18 meses: Come solo torpemente con una cuchara y aumenta la variedad de alimentos. Utiliza la cuchara pero la gira hacia abajo antes de alcanzar la boca o dentro de ella. No puede llenar la cuchara de alimento, de modo que utiliza la otra mano para empujar el alimento en la cuchara y derrama mucho. Sostiene la taza y bebe de ella, puede morder el borde de la taza y a menudo derrama el contenido.

- 18 meses- 2 años: Carga y utiliza en forma correcta la cuchara. En ocasiones derrama el contenido. Sostiene el vaso y la taza para beber sin morder el borde, pero puede succionar el borde o el extremo de la taza y derramar el contenido. Comprende lo que es comestible y lo que no lo es. Comienza a beber de una pajita, pero muerde el borde, imita a otros niños.

- 2-3 años: Se alimenta totalmente solo con una cuchara y más tarde con el tenedor. Vierte líquidos obtiene su propia bebida de la canilla.

- 3-4 años: Se sirve solo en la mesa, unta la manteca, corta la comida. Se sirve de diferentes jarras. Desde los 4 años en adelante, un niño está aprendiendo a utilizar el cuchillo y el tenedor. Aprende a sostener un tenedor con presión con el dedo índice aislado de los otros tomando el mango. Habitualmente lo primero que logra un niño es la presión, el movimiento de la mano hacia la boca, tomar el alimento ingerirlo. Más tarde, se aprende a servir el alimento en la cuchara.

Es fundamental reconocer lo esperable para cada momento según la edad para determinar el nivel de desarrollo de cada niño y, teniendo en cuenta las dificultades que se mencionaron en la alimentación del niño con parálisis cerebral, trabajar desde las

intervenciones de terapia ocupacional para que el niño logre adquirir en primer término aquellas capacidades fundamentales como mantener el equilibrio en sentado, controlar los movimientos de la boca, cabeza y tronco, para luego coordinar sus ojos y sus manos y llevarlos a la boca, y finalmente logre un desempeño adecuado. (Finnie, 2004).

En relación al crecimiento y desarrollo Llorens (2005) establece que " uno debería considerarlos como relativos a la circunstancias en la vida de cada individuo en vez de considerarlos una competencia de la persona para la adaptación", ya que podría variar "dependiendo de las circunstancias, la experiencia en los componentes de habilidad básicos, y los recursos ambientales". (S/P)

Teniendo en cuenta el desarrollo normal, se puede llegar a la conclusión que la franja etaria que aborda este trabajo, según el desarrollo normal todos los niños tendrían que cumplir con la totalidad de las pautas madurativas adquiridas en la actividad de alimentación como por ejemplo: sostener una taza- beber de ella como así también la utilización de cuchara, cuchillo y tenedor con calidad. Estos deberían estar transitando una etapa relacionada con el perfeccionamiento de sus habilidades lo que se encuentra íntimamente ligado al parámetro de adecuación del desempeño.

Para la alimentación y el resto de las AVD "el parámetro usado con más frecuencia para medir el desempeño en las actividades es el nivel de independencia." (Rogers y Holm, pág. 322.) , pero como mencionamos anteriormente varios autores (Blanche y Reinoso (2008); Polonio Lopez y Romero Ayuso (2008) coinciden en la importancia y necesidad del logro de un desempeño adecuado de las AVD.

En el libro Terapia Ocupacional, Willard & Spackman, Rogers y Holm (2005) describen que "los profesionales deben decidir lo que desean saber sobre el desempeño ocupacional."(p.491) Para esto es necesario definir así las preguntas clave sobre el desempeño ocupacional a responder, y entre ellas los autores mencionan: "¿Pueden los clientes realizar la tarea por si solos? ¿Pueden realizarla de forma segura y pueden hacerla de forma adecuada? ¿Qué explica o justifica la discrepancia de desempeño?". La importancia de esto reside en la definición de un parámetro de medición.

A partir de lo analizado sobre el tema y lo expuesto anteriormente se define como el parámetro de medición a la adecuación. "La adecuación se refiere a la eficiencia al ejecutar tareas así como a la aceptabilidad del resultado del desempeño". (Rogers y

Holm, 2005). Específicamente aquellos parámetros sobre el proceso, son dificultad, dolor, fatiga y disnea y duración y los de resultado se denominan estándares normativos, satisfacción, experiencia y comportamientos aberrantes.

La eficiencia: "(...) en el desempeño de las tareas implica un mínimo esfuerzo innecesario." (p. 494). Dentro de este aspecto, la duración: "es el tiempo necesario para completar una actividad (...). Los terapeutas con frecuencia comentan sobre las actividades que deben completarse dentro de los límites normales", es decir en un "tiempo razonable". Así mismo, "la duración de la actividad depende mucho de la naturaleza de la actividad y los objetos de las tareas que las personas eligen usar al desempeñar la actividad". (p. 497)

En relación a la duración, el Marco de Trabajo 2da edición menciona este aspecto como contexto temporal, y lo define como "la ubicación del desempeño ocupacional en el tiempo" (Neistadt y Crepeau, 1998, p.292).

Larson y Zemke (2004) describen a los aspectos temporales de la ocupación como aquellos que "(...) contribuyen a los patrones de las ocupaciones diarias" ellos son "el ritmo... tiempo... sincronización... duración... y secuencia" (Marco de Trabajo 2da. ed, pag.30).

El otro aspecto a definir es la aceptabilidad, que según Rogers y Holm (2005) "Independientemente de la eficiencia con la que se realice una tarea, la aceptabilidad del resultado de ese desempeño es un criterio crítico del desempeño ocupacional. Sin embargo, para evaluar la aceptabilidad se requiere un estándar de desempeño."(p.495).

El parámetro de estándares sociales, incluido dentro de la aceptabilidad, si bien incluyen tanto sobre el resultado final como sobre el proceso, se enfoca en la calidad de los resultados, "teniendo en cuenta las expectativas normativas de la sociedad y la cultura en la que vive la persona". (p. 498)

El otro parámetro de la aceptabilidad se denomina comportamientos de actividad aberrantes. Este se evalúa a partir de la forma en que las actividades se desempeñan normalmente. Las mismas "varían ampliamente e incluyen una conducta motora no deseada y problemas conductuales." (p. 499). Los autores, describen dentro de alimentación como conductas aberrantes: rehúsa a comer, babea, come demasiado

rápido o demasiado lento, escupe la comida, acumula la comida en la boca, se mancha, vuelca, entre otros.

Según el Marco de Trabajo, estaríamos hablando de las demandas sociales de la actividad, ya que dentro de estas enmarca el entorno social y el contexto cultural que pueden ser requeridos por la actividad.

Tanto la duración, como los estándares sociales y comportamientos extraños o aberrantes, de la actividad de alimentación están sumamente ligados al contexto cultural, y temporal y los entornos físico y social en el que se la realiza.

Basándonos en los autores expuestos hasta el momento y teniendo en cuenta que "los contextos y entornos afectan el acceso de un cliente a las ocupaciones e influyen en la calidad y la satisfacción con el desempeño" (AOTA, 2010) se puede afirmar que es fundamental analizar a los factores ambientales, y los contextos y entornos en base a su influencia en el desempeño por lo que dentro de los modelos más utilizados en Terapia Ocupacional, el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional es el que representa a este trabajo de investigación.

El concepto central de este modelo es el de rendimiento ocupacional, y sus tres conceptos claves son persona, entorno y ocupación. Se destaca la interacción dinámica e interdependencia entre el sujeto y el entorno y su influencia en la participación en actividades. Por lo que se afirma que "el rendimiento ocupacional está asociado al desarrollo evolutivo de la persona, a la integridad de su sustrato biológico y a los condicionantes del medio en que cada sujeto se desenvuelve" (Moruno Miralles, 2003)

Es por esto que el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional tiene estrecha relación con lo planteado anteriormente, ya que contempla a la persona, el entorno y la ocupación como aspectos fundamentales en el desempeño.

El modelo define al entorno como "los contextos y situaciones que se manifiestan en el exterior del individuo y que suscitan respuestas de su parte (...). En la medida en que la interacción de la persona con su entorno tiene como resultado un rendimiento ocupacional determinado, el análisis de los aspectos ambientales, siempre cambiantes, permitirá determinar si estos lo entorpecen, impiden o facilitan" (Moruno Miralles, 2003). Este entorno se subdivide en cuatro áreas diferentes: entorno físico, social, cultural e institucional.

Tomando el concepto de entorno institucional como aquel que incluye las políticas y legislaciones, y su relevancia para este marco, destacamos la Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” que define al Centro Educativo Terapéutico como:

El servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.” (cap.V, art. 25).

Siguiendo con el entorno institucional del trabajo de investigación, la Resolución 1328/2006 “Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”, en el anexo 4.7, se encuentra la definición conceptual, los beneficiarios, las pautas de ingreso y egreso, el tipo de prestación, las actividades, el equipo profesional y docente y el funcionamiento del centro educativo terapéutico.

La necesidad de tener en cuenta los factores ambientales de la persona también es contemplada en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud CIF (2001) al reconocer que su interacción con el estado de salud puede llegar a generar una discapacidad o, en el otro extremo, a restablecer el funcionamiento en la realización de las actividades.

Dentro de estos factores ambientales se encuentra los “Productos y tecnología”. En relación a estos, la UNE-EN ISO 9999, en su 4º edición de 2007, deja de referirse a estos productos como “ayudas técnicas” y lo hace como “productos de apoyo”

Allí se definen a los productos de apoyo como "cualquier producto (incluyendo aparatos, equipos, instrumentos, tecnología y software) produciendo especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, aliviar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación".

Según la CIF define los Productos y tecnología son “cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad”. (CIF-p.187). En relación a las Actividades de la Vida Diaria la misma clasificación incluye un apartado referido a los "productos y tecnologías para uso personal en la vida diaria" cuya definición es:

Equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye productos generales y de ayuda y tecnología para uso personal. (CIF-p. 188).

Los "productos y tecnología generales para uso personal en la vida diaria" son todo el "equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas en las actividades cotidianas (...) ni adaptados ni diseñados específicamente" (CIF-p. 188), a diferencia de los "productos y tecnología de ayuda para uso personal en la vida diaria" es el “equipamiento, productos y tecnologías adaptados o diseñados específicamente que ayudan a las personas en las actividades cotidianas, como dispositivos protésicos y ortopédicos (...)” (CIF-p.188)

Este término se encuentra relacionado con las intervenciones de Terapia Ocupacional expuestas en el Marco de Trabajo para la práctica 3ra ed. asociadas con la "preparación de métodos y tareas" (AOTA, 2014, p. 48), dentro de las que se incluyen a las Ortesis y a la Tecnología de asistencia y modificaciones ambientales.

Para concluir, no podemos dejar de mencionar que "los contextos y entornos afectan la accesibilidad del cliente a la ocupación e influyen en la calidad y satisfacción del desempeño" (AOTA, 2010, p. 29) por lo que es importante analizar desde nuestra disciplina como los diferentes productos y tecnología de ayuda impactan en el desempeño de la actividad de alimentación.

2.2 METODOLOGÍA

2.2.1 TIPO DE DISEÑO

Según lo expuesto por Sampieri (2006), y teniendo en cuenta el conocimiento actual sobre el tema, nuestro trabajo de investigación fue de tipo correlacional porque buscó conocer la relación entre dos variables en un contexto en particular como lo es el Centro Educativo Terapéutico. Si bien se presentaron aspectos exploratorios debido a la carencia de estudios sobre adecuación del desempeño, el principal objetivo fue identificar el grado de asociación entre la adecuación y la presencia o ausencia de productos y tecnologías de ayuda, analizando ambas variables que provienen de los mismos sujetos.

Según Sabino (1992) el tipo de trabajo a realizar nuestro trabajo de investigación fue de campo ya que los datos de interés fueron recolectados en forma directa de la realidad, evaluando mediante observación la adecuación del desempeño ocupacional durante la alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda para identificar las modificaciones.

Este trabajo fue de tipo prospectivo, en función a la temporalidad de los datos debido a que todos los datos se obtuvieron a partir del momento de la observación que se realizó a los niños que conforman la muestra.

Según la clasificación de Sampieri (2006), en relación al movimiento del objeto de estudio en el tiempo, el tipo de diseño fue transversal debido a que la evaluación de la adecuación del desempeño fue realizada en un tiempo determinado y como los niños tenían previamente prescritos sus productos y tecnologías, no pretendió estudiar la variación en el tiempo.

Siguiendo lo planteado por el mencionado autor, de acuerdo a la posición del investigador, esta investigación fue de tipo pre experimental. Específicamente se trató de un diseño pre experimental de preprueba-posprueba con un solo grupo, ya que en principio se evaluó la variable dependiente en ausencia de la variable independiente y luego de este procedimiento se aplicó la evaluación en presencia de la variable independiente para comparar ambos resultados e identificar las variaciones en la adecuación del desempeño ocupacional.

Finalmente, según posición epistemológica de investigación, se trató de un diseño cuantitativo. Si bien el parámetro de adecuación del desempeño se desprende de un análisis cualitativo de la actividad, se trató de un diseño cuantitativo debido a que se utilizó la lógica o razonamiento deductivo comenzando con la teoría para pasar luego a la recolección de datos, empleando experimentación, para lograr un análisis causa y efecto con el fin de probar hipótesis y analizar los datos con métodos estadísticos. (Sampieri 2006).

2.2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Todos los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

El Centro Educativo Terapéutico (CET), estaba compuesto por 13 salas. Las salas se encontraban divididas en 3 áreas, según la edad y eran las siguientes: Niños pequeños: de 3 a 6 años; Educativa: de 7 a 14 años, Joven: de 15 a 25.

Con respecto a la cantidad de salas por área, 4 pertenecían a niños pequeños (dos por turno), 4 al área joven, y 5 a la educativa. Las salas estaban conformadas por un promedio de 5 niños cada una. En el Centro Terapéutico Integral asistían 65 niños en total.

Dentro del CET, 35 niños tenían entre 6 y 12 años, incluyendo las áreas de niños pequeños y educativa.

Un total de 12 poseían diagnóstico de Parálisis Cerebral, y se encontraban en tratamiento de Terapia Ocupacional con prescripción de productos y tecnología de ayuda durante la alimentación. Estos niños conformaban el universo.

Muestra

La totalidad de la muestra fue determinada en relación a la cantidad de niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral, que utilizaban productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación y recibían tratamiento en el Centro Terapéutico

Integral en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017, cuyos cuidadores y profesionales tratantes accedan a participar de la investigación. La muestra estuvo conformada por 11 niños, quedando excluido de la misma un niño del universo, debido a la ausencia de autorización institucional para que el mismo participe.

La muestra fue de tipo no probabilística intencional, ya que se desconocía la probabilidad de cada uno de los individuos de ser incluidos y se establecieron previamente criterios de inclusión para la selección de los niños que conformaron la muestra (Padua, 1994).

Criterios de inclusión

- Niños entre 6 y 12 años.
- Niños que asistían a un CET desde hace al menos 1 año
- Niños que poseían diagnóstico de parálisis cerebral
- Niños que se alimentaban por vía oral
- Niños que tenían indicado al menos un producto o tecnología de ayuda durante la alimentación desde hace al menos 6 meses
- Niños que recibían tratamiento de terapia ocupacional desde hace al menos 1 año

Se consideró como criterio de inclusión a los niños entre 6 y 12 años teniendo en cuenta la población beneficiaria en el dispositivo de CET.

Los niños debían asistir a un CET debido a que este factor contextual fue considerado como fundamental en relación al desempeño de la actividad. En este espacio se evaluó a cada una de las unidades de análisis en dos instancias, sin y con los productos y tecnología de ayuda.

La alimentación vía oral fue criterio de inclusión, ya que los niños debían utilizar los utensilios y participar activamente de la alimentación.

La indicación del o los productos y tecnología de ayuda mayor a 6 meses fue requisito ya que transcurrido este tiempo, el niño poseía conocimiento del uso de los mismos.

La asistencia tanto al CET como a Terapia Ocupacional dentro del mismo, desde hace un año, aseguró que exista un conocimiento de la institución y los profesionales a entrevistar sobre el niño, sus características y evolución.

Criterios de exclusión

-Ausencia de consentimiento informado de los cuidadores/responsables y los niños a participar de la investigación.

El consentimiento informado nos habilitó a realizar las evaluaciones pertinentes para la realización de este trabajo de investigación, por lo que su ausencia fue criterio de exclusión.

-Niños que se alimentaban exclusivamente por sonda naso-gástrica o botón gástrico.

Fue criterio de exclusión que los niños no se alimenten vía oral, ya que debían utilizar los utensilios. Participaron de la muestra niños que se alimentaban por sonda o botón como complemento o por motivos nutricionales, es decir que su alimentación era por ambas vías.

-Niños con amputación o agenesia de uno o ambos miembros superiores o partes de el/los mismos.

Fue criterio de exclusión que los niños presenten una amputación, debido a que no se evaluó el manejo de prótesis ni estrategias compensatorias.

2.2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES

Unidad de Análisis (UA)

Cada uno de los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral que utilizaron productos y tecnología de ayuda durante la alimentación y asistieron a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017

Variables necesarias

V1: Adecuación del desempeño en alimentación sin “productos y tecnología de ayuda”.

R1:

- Inadecuado

- Poco Adecuado
- Adecuado
- Muy Adecuado

II: Mediante una observación directa por parte del evaluador se puntuó según la escala anteriormente mencionada, en base al resultado de las subvariables: duración, proceso, estándares sociales, comportamientos aberrantes, y presión determinando la adecuación en la alimentación sin productos y tecnología de ayuda.

La alimentación adecuada implica la habilidad de realizar todos los pasos de la actividad, es decir la presión del cubierto, cargar el alimento y orientarlo y desplazarlo con el alimento [o líquido] del plato o taza/vaso a la boca, depositarlo en la boca, para luego volver a desplazarlo hacia el recipiente o mesa y soltarlo. Para que el desempeño sea adecuado el niño debe realizar una presión correcta y funcional del utensilio, sin dar un bocado tras otro y ni acumular comida en la boca, ni volcar el alimento ni mancharse la ropa. También debe ingerir bocado a bocado antes de colocar otro en su boca, tener precisión al momento de llevar el alimento desde el recipiente a la boca y eliminar correctamente las sobras de su ropa al finalizar. Además debe hacerlo en el tiempo disponible para la actividad en el CET.

Se sumaron los puntajes de cada subvariable:

- Si el total de esta sumatoria dio como valor 5, se calificó como “inadecuado”
- Si se obtuvo como resultado entre 6 y 10, se calificó como “poco adecuado”
- Si se obtuvo como resultado entre 11 y 15, se calificó como “adecuado”
- Si se obtuvo como resultado entre 16 y 20, se calificó como “muy adecuado”

Los productos y tecnología, incluyen ortesis del cuello, columna y miembro superior y adaptaciones de utensilios (bolsillo palmar, guante de presión, y adaptaciones de plato, vaso, taza, tenedor y/o cuchara). Para esta observación el niño debía estar en posición sedente, utilizando silla de ruedas y las sujeciones pertinentes.

Fuente 1: El niño. Primaria.

Componentes de la adecuación sin productos y tecnología de ayuda: subvariables.

VI Subvariable₁: **DURACION** sin “productos y tecnología de ayuda”: tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda, en comparación con el tiempo disponible para la alimentación en CET.

RI Subvariable₁:

1. El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación y no logró finalizarla.
2. El niño se demoró en iniciar la alimentación, pero logró finalizar la actividad en el tiempo disponible.
3. El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación, pero logró finalizarla.
4. El niño se alimentó en el tiempo disponible para la actividad. Inició y finalizó la actividad dentro del marco temporal destinado a la actividad.

II Subvariable₁: en primera instancia se obtuvo el resultado de la variable “tiempo disponible en el CET para la alimentación”. Luego se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos ni tecnología de ayuda y se registró el tiempo utilizado para la actividad.

- Si el niño logró iniciar y finalizar la actividad en el tiempo disponible para la misma se puntuó 4.
- Si el niño logró finalizar la actividad pero no en el tiempo disponible para la misma, se puntuó 3.
- Si el niño se demoró al iniciar la actividad, pero logró finalizarla en el tiempo disponible se puntuó 2.
- Si el niño no logró finalizar la actividad en el marco temporal disponible se puntuó 1.

Fuente I Subvariable₁: El niño. Primaria.

VI Subvariable₂: **PASOS** sin “productos y tecnología de ayuda”: cantidad de pasos del proceso que el niño realiza durante la alimentación en el CET sin el uso de productos y tecnología de ayuda.

RI Subvariable₂:

1. El niño no logró realizar ningún paso.

2. El niño logró realizar menos de la mitad de los pasos.
3. El niño logró realizar la mitad o más de la mitad de los pasos.
4. El niño logró realizar todos los pasos de la actividad

II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin “productos y tecnología de ayuda” y se analizó la cantidad de pasos que el niño logró realizar.

La alimentación implica la habilidad de 1) realizar la prensión del cubierto, 2) cargar el alimento, 3) orientarlo y desplazarlo con el alimento del plato o taza/vaso a la boca, 4) depositar el cubierto con el alimento en la boca, 5) volver a desplazarlo sin el alimento hacia el plato o taza/vaso y 6) soltarlo.

- Si el niño logró realizar todos estos pasos se puntuó 4
- Si el niño logró realizar cinco, cuatro o tres pasos se puntuó 3.
- Si el niño logró realizar uno o dos pasos se puntuó 2.
- Si el niño no logró realizar ninguno de los pasos se puntuó 1.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

VI Subvariable₃: **ESTÁNDARES SOCIALES** sin “productos y tecnología de ayuda”: *calidad del resultado de la alimentación según cumpla o no con los estándares sociales esperables para la actividad sin productos y tecnología de ayuda en el CET*

R1 Subvariable₃:

1. No cumplió con ningún estándar social esperable para la actividad
2. Cumplió con algún estándar social esperable de la actividad.
3. Cumplió con la mayoría de los estándares sociales esperables de la actividad.
4. Cumplió con todos los estándares sociales esperables de la actividad.

II Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba sin “productos y tecnología de ayuda” en el CET.

Los estándares sociales que indican la calidad del resultado son: 1) ingerir un bocado antes de colocar otro en la boca, 2) ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca y 3) eliminar correctamente las sobras de la ropa.

- Si el niño cumplió con estos tres estándares se puntuó 4.
- Si el niño cumplió con dos de estos estándares se puntuó 3.

- Si el niño cumplió con uno de los estándares se puntuó 2.
- Si el niño no cumplió con ningún estándar se puntuó 1.

Fuente 1 Subvariable₃: El niño. Primaria.

VI Subvariable₄: **COMPORTAMIENTOS ABERRANTES** sin “productos y tecnología de ayuda”: la presencia o ausencia de comportamientos aberrantes en la actividad y la cantidad de los mismos, sin “productos y tecnología de ayuda”.

RI Subvariable₄:

1. Presentó todos los comportamientos aberrantes durante en la actividad.
2. Presentó más de un comportamiento aberrante en la actividad.
3. Presentó algún comportamiento aberrante en la actividad.
4. No presentó ningún comportamiento aberrante en la actividad.

II Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba sin “productos y tecnología de ayuda” en el CET.

Los comportamientos aberrantes durante la alimentación son: 1) dar un bocado tras otro y acumular la comida en la boca, 2) volcar el alimento y manchar la ropa 3) comer con las manos sin utilizar utensilios.

- Si el niño no presentó ningún comportamiento aberrante se puntuó 4.
- Si el niño presentó solo un comportamiento aberrante se puntuó 3.
- Si el niño presentó dos comportamientos aberrantes se puntuó 2.
- Si el niño presentó los tres comportamientos aberrantes durante la actividad se puntuó 1.

Fuente 1 Subvariable₄: El niño. Primaria.

VI Subvariable₅: **PRENSION** sin “productos y tecnología de ayuda”: forma de tomar los utensilios sin productos y tecnología de ayuda.

RI Subvariable₅:

1. No logró prensión del utensilio.
2. Logró prensión del utensilio incorrecta y no funcional
3. Logró prensión del utensilio incorrecta pero funcional

4. Logró una correcta prensión del utensilio y funcional

II Subvariable₅: se observó al niño mientras se alimentaba sin “productos y tecnología de ayuda” en el CET, y se evaluó la manera de tomar los utensilios.

Una prensión correcta y funcional es de tipo centrada, es decir con flexión de los tres últimos de dedos, extensión completa del dedo índice y un mínimo de oposición del pulgar, y debe lograr cargar el alimento y llevarlo a la boca

- Se puntuó 4 si logró realizar la prensión centrada y utilizar el utensilio correctamente.
- Si logró realizar una prensión de otro estilo, pero logró cargar el alimento y/o llevarlo a la boca se puntuó 3.
- Si tomó el utensilio con otra prensión y no logró cargar el alimento ni llevarlo a la boca se puntuó 2.
- Si no logró tomar el utensilio se puntuó 1.

Fuente 1 Subvariable₅: El niño. Primaria.

Aspectos de las subvariables pasos, estándares sociales y comportamientos aberrantes sin productos y tecnología de ayuda.

PI VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología de ayuda: **REALIZAR LA PRENSIÓN DEL CUBIERTO** durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

PI RI Subvariable₂:

- SI: El niño logró la prensión del cubierto.
- NO: El niño no logró realizar la prensión del cubierto.

PI II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró realizar la prensión del cubierto se puntuó SI. En caso de no realizarlo se puntuó NO

Fuente 1 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P2 VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología de ayuda: **CARGAR EL ALIMENTO** durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

P2 R1 Subvariable₂:

- SI: El niño logró cargar el alimento con el cubierto.
- NO: El niño no logró cargar el alimento con el cubierto.

P2 II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró cargar el alimento con el cubierto se puntuó SI. En caso de no realizarlo se puntuó NO.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

P3 VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología: **ORIENTAR Y DESPLAZAR EL CUBIERTO** con el alimento del plato o taza/vaso a la boca: durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

P3 R1 Subvariable₂:

- SI: El niño logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca.
- NO: El niño no logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca.

P3 II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

P4 VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología: **DEPOSITAR EL CUBIERTO CON EL ALIMENTO EN LA BOCA** durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

P4 R1 Subvariable₂:

- SI: El niño logró depositar el cubierto con el alimento en la boca.
- NO: El niño no logró depositar el cubierto con el alimento en la boca.

P4 II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró depositar el cubierto con el alimento en la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

P5 VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología: **DESPLAZAR EL CUBIERTO/VASO HACIA LA MESA** durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

P5 R1 Subvariable₂:

- SI: El niño logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa.
- NO: El niño no logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa.

P5 II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

P6 VI Subvariable₂: PASOS sin productos y tecnología: **SOLTAR EL CUBIERTO/VASO** durante la actividad de alimentación en el CET sin productos y tecnología de ayuda.

P6 R1 Subvariable₂:

- SI: El niño logró soltar el cubierto/vaso.
- NO: El niño no logró soltar el cubierto/vaso.

P6 II Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET sin productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró soltar el cubierto/vaso se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logro.

Fuente I Subvariable₂: El niño. Primaria.

ESI VI Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES sin productos y tecnología de ayuda: **INGERIR BOCADO A BOCADO ANTES DE COLOCAR OTRO EN SU BOCA** durante la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda en el CET.

ES1 R1 Subvariable₃:

- SI: El niño logró ingerir bocado a bocado.
- NO: El niño no logró ingerir bocado a bocado.

ES1 II Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño ingirió bocado a bocado antes de colocar otro en su boca, se puntuara SI. Se puntuó NO si no lo realizó.

Fuente 1 Subvariable₃: El niño. Primaria.

ES2 V1 Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES sin productos y tecnología de ayuda: **SER PRECISO PARA LLEVAR EL ALIMENTO DESDE EL RECIPIENTE A LA BOCA** durante la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda en el CET.

ES2 R1 Subvariable₃:

- SI: El niño logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca.
- NO: El niño no logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca.

ES2 II Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño fue preciso para llevarse el alimento desde el recipiente a la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 1 Subvariable₃: El niño. Primaria.

ES3 V1 Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES sin productos y tecnología de ayuda: **ELIMINAR CORRECTAMENTE LAS SOBRAS DE SU ROPA** durante la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda en el CET.

ES3 R1 Subvariable₃:

- SI: El niño logró eliminar correctamente las sobras de su ropa.
- NO: El niño no logro eliminar correctamente las sobras de su ropa.

ES3 II Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño eliminó correctamente las sobras de su ropa, se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente I Subvariable₃: El niño. Primaria.

CA1 VI Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES sin productos y tecnología de ayuda: **ACUMULAR EL ALIMENTO EN LA BOCA** durante la actividad de alimentación, sin productos y tecnología de ayuda.

CA1 R1 Subvariable₄:

- SI: El niño acumuló el alimento en la boca.
- NO: El niño no acumuló el alimento en la boca.

CA1 II Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentó sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si dio un bocado tras otro y acumuló la comida en la boca, se puntuó SI. Se puntuó NO si no acumuló el alimento en la boca.

Fuente I Subvariable₄: El niño. Primaria.

CA2 VI Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES sin productos y tecnología de ayuda: **VOLCAR EL ALIMENTO Y MANCHAR LA ROPA** durante la actividad de alimentación, sin productos y tecnología de ayuda.

CA2 R1 Subvariable₄:

- SI: El niño volcó el alimento y se manchó la ropa.
- NO: El niño no volcó el alimento ni se manchó la ropa.

CA2 II Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si volcó el alimento y se manchó la ropa, se puntuó SI. Se puntuó NO si no volcó el alimento ni se manchó la ropa.

Fuente I Subvariable₄: El niño. Primaria.

CA3 VI Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES sin productos y tecnología de ayuda: **COMER CON LAS MANOS SIN UTILIZAR UTENSILIOS** durante la actividad de alimentación, sin productos y tecnología de ayuda.

CA3 R1 Subvariable₄:

- SI: El niño comió con las manos sin utilizar utensilios.
- NO: El niño no comió con las manos y utilizó utensilios.

CA3 II Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba sin productos y tecnología de ayuda en el CET. Si comió con las manos sin utilizar utensilios, se puntuó SI. Se puntuó NO si el niño utilizó utensilios y no comió con la mano.

Fuente 2 Subvariable₄: El niño. Primaria

V2: Adecuación en el desempeño en alimentación con “productos y tecnología de ayuda”.

R2:

- Inadecuado
- Poco Adecuado
- Adecuado
- Muy Adecuado

I2: Mediante una observación directa por parte del evaluador se puntuó según la escala anteriormente mencionada, en base al resultado de las subvariables: duración, proceso, estándares sociales, comportamientos aberrantes, y presión determinando la adecuación en la alimentación con productos y tecnología de ayuda.

La alimentación adecuada implica la habilidad de realizar todos los pasos de la actividad, es decir la presión del cubierto, cargar el alimento y orientarlo y desplazarlo con el alimento [o líquido] del plato o taza/vaso a la boca, depositarlo en la boca, para luego volver a desplazarlo hacia el recipiente o mesa y soltarlo. Para que el desempeño sea adecuado el niño debe realizar una presión correcta y funcional del utensilio, sin dar un bocado tras otro y ni acumular comida en la boca, ni volcar el alimento ni mancharse la ropa. También debe ingerir bocado a bocado antes de colocar otro en su boca, tener precisión al momento de llevar el alimento desde el recipiente a la boca y eliminar correctamente las sobras de su ropa al finalizar. Además debe hacerlo en el tiempo disponible para la actividad en el CET.

Se sumaron los puntajes de cada subvariable:

- Si el total de esta sumatoria dio como valor 5, se calificó como “inadecuado”
- Si se obtuvo como resultado entre 6 y 10, se calificó como “poco adecuado”

- Si se obtuvo como resultado entre 11 y 15, se calificó como “adecuado”
- Si se obtuvo como resultado entre 16 y 20, se calificó como “muy adecuado”

Los productos y tecnología, incluyen ortesis del cuello, columna y miembro superior y adaptaciones de utensilios (bolsillo palmar, guante de prensión, y adaptaciones de plato, vaso, taza, tenedor y/o cuchara). Para esta observación el niño debía estar en posición sedente, utilizando silla de ruedas y las sujeciones pertinentes y con todos los productos y tecnología prescriptos para utilizar durante la alimentación.

Fuente 2: El niño. Primaria.

Componentes de la adecuación con productos y tecnología de ayuda: subvariables.

V2 Subvariable₁: **DURACION** con “productos y tecnología de ayuda”: tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda, en comparación con el tiempo disponible para la alimentación en CET.

R2 Subvariable₁:

1. El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación y no logró finalizarla.
2. El niño se demoró en iniciar la alimentación, pero logró finalizar la actividad en el tiempo disponible.
3. El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación, pero logró finalizarla.
4. El niño se alimentó en el tiempo disponible para la actividad. Inició y finalizó la actividad dentro del marco temporal destinado a la actividad.

I2 Subvariable₁: en primera instancia se obtuvo el resultado de la variable “tiempo disponible en el CET para la alimentación”. Luego se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos ni tecnología de ayuda y se registró el tiempo utilizado para la actividad. Si el niño logró iniciar y finalizar la actividad en el tiempo disponible para la misma se puntuó 4, si el niño logró finalizar la actividad pero no en el tiempo disponible para la misma, se puntuó 3. Si el niño se demoró al iniciar la actividad, pero logró finalizarla en el tiempo disponible se puntuó 2 Si el niño no logró finalizar la actividad en el marco temporal disponible se puntuó 1.

Fuente 2 Subvariable₁: El niño. Primaria.

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

V2 Subvariable₂: **PASOS** con “productos y tecnología de ayuda”: cantidad de pasos del proceso que el niño realiza durante la alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

R2 Subvariable₂:

1. El niño no logró realizar ningún paso.
2. El niño logró realizar menos de la mitad de los pasos.
3. El niño logró realizar la mitad o más de la mitad de los pasos.
4. El niño logró realizar todos los pasos de la actividad

I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con “productos y tecnología de ayuda” y se analizó la cantidad de pasos que el niño logró realizar.

La alimentación implica la habilidad de 1) realizar la prensión del cubierto, 2) cargar el alimento, 3) orientarlo y desplazarlo con el alimento del plato o taza/vaso a la boca, 4) depositar el cubierto con el alimento en la boca, 5) volver a desplazarlo sin el alimento hacia el plato o taza/vaso y 6) soltarlo.

- Si el niño logró realizar todos estos pasos se puntuó 4.
- Si el niño logró realizar cinco, cuatro o tres pasos se puntuó 3.
- Si el niño logró realizar uno o dos pasos se puntuó 2.
- Si el niño no logró realizar ninguno de los pasos se puntuó 1.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

V2 Subvariable₃: **ESTÁNDARES SOCIALES** con “productos y tecnología de ayuda”: calidad del resultado de la alimentación según cumpla o no con los estándares sociales esperables para la actividad con productos y tecnología de ayuda en el CET

R2 Subvariable₃:

1. No cumplió con ningún estándar social esperable para la actividad
2. Cumplió con algún estándar social esperable de la actividad.
3. Cumplió con la mayoría de los estándares sociales esperables de la actividad.
4. Cumplió con todos los estándares sociales esperables de la actividad.

I2 Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba con “productos y tecnología de ayuda” en el CET.

Los estándares sociales que indican la calidad del resultado son: 1) ingerir un bocado antes de colocar otro en la boca, 2) ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca y 3) eliminar correctamente las sobras de la ropa.

- Si el niño cumplió con estos tres estándares se puntuó 4.
- Si el niño cumplió con dos de estos estándares se puntuó 3.
- Si el niño cumplió con uno de los estándares se puntuó 2.
- Si el niño no cumplió con ningún estándar se puntuó 1.

Fuente 2 Subvariable₃: El niño. Primaria.

*V2 Subvariable₄: **COMPORTAMIENTOS ABERRANTES** con “productos y tecnología de ayuda”: la presencia o ausencia de comportamientos aberrantes en la actividad y la cantidad de los mismos, con “productos y tecnología de ayuda”.*

R2 Subvariable₄:

1. Presentó todos los comportamientos aberrantes durante en la actividad.
2. Presentó más de un comportamiento aberrante en la actividad.
3. Presentó algún comportamiento aberrante en la actividad.
4. No presentó ningún comportamiento aberrante en la actividad.

I2 Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba con “productos y tecnología de ayuda” en el CET.

Los comportamientos aberrantes durante la alimentación son: 1) dar un bocado tras otro y acumular la comida en la boca, 2) volcar el alimento y manchar la ropa 3) comer con las manos sin utilizar utensilios.

- Si el niño no presentó ningún comportamiento aberrante se puntuó 4.
- Si el niño presentó solo un comportamiento aberrante se puntuó 3.
- Si el niño presentó dos comportamientos aberrantes se puntuó 2.
- Si el niño presentó los tres comportamientos aberrantes durante la actividad se puntuó 1.

Fuente 2 Subvariable₄: El niño. Primaria.

V2 Subvariable₅: **PRENSION** con “productos y tecnología de ayuda”: forma de tomar los utensilios con productos y tecnología de ayuda.

1. No logró prensión del utensilio.
2. Logró prensión del utensilio incorrecta y no funcional
3. Logró prensión del utensilio incorrecta pero funcional
4. Logró una correcta prensión del utensilio y funcional

I2 Subvariable₅: se observó al niño mientras se alimentaba con “productos y tecnología de ayuda” en el CET, y se evaluó la manera de tomar los utensilios.

Una prensión correcta y funcional es de tipo centrada, es decir con flexión de los tres últimos de dedos, extensión completa del dedo índice y un mínimo de oposición del pulgar, y debe lograr cargar el alimento y llevarlo a la boca

- Se puntuó 4 si logró realizar la prensión centrada y utilizar el utensilio correctamente.
- Si logró realizar una prensión de otro estilo, pero logró cargar el alimento y/o llevarlo a la boca se puntuó 3.
- Si tomó el utensilio con otra prensión y no logró cargar el alimento ni llevarlo a la boca se puntuó 2.
- Si no logró tomar el utensilio se puntuó 1.

Fuente 2 Subvariable₅: El niño. Primaria.

Aspectos de las subvariables pasos, estándares sociales y comportamientos aberrantes con productos y tecnología de ayuda

P1 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología de ayuda: **REALIZAR LA PRENSIÓN DEL CUBIERTO** durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P1 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logró la prensión del cubierto.
- NO: El niño no logró realizar la prensión del cubierto.

P1 I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró realizar la presión del cubierto se puntuó SI. En caso de no realizarlo se puntuó NO

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P2 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología de ayuda: **CARGAR EL ALIMENTO** durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P2 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logra cargar el alimento con el cubierto.
- NO: El niño no logra cargar el alimento con el cubierto.

P2 I2 Subvariable₂: Se observara al niño mientras se alimenta en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logra cargar el alimento con el cubierto se puntuara SI. En caso de no realizarlo se puntuará NO.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P3 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología: **ORIENTAR Y DESPLAZAR EL CUBIERTO** con el alimento del plato o taza/vaso a la boca: durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P3 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca.
- NO: El niño no logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca.

P3 I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P4 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología: **DEPOSITAR EL CUBIERTO CON EL ALIMENTO EN LA BOCA** durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P4 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logró depositar el cubierto con el alimento en la boca.
- NO: El niño no logró depositar el cubierto con el alimento en la boca.

P4 I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró depositar el cubierto con el alimento en la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P5 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología: **DESPLAZAR EL CUBIERTO/VASO HACIA LA MESA** durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P5 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa.
- NO: El niño no logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa.

P5 I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

P6 V2 Subvariable₂: PASOS con productos y tecnología: **SOLTAR EL CUBIERTO/VASO** durante la actividad de alimentación en el CET con productos y tecnología de ayuda.

P6 R2 Subvariable₂:

- SI: El niño logró soltar el cubierto/vaso.
- NO: El niño no logró soltar el cubierto/vaso.

P6 I2 Subvariable₂: Se observó al niño mientras se alimentaba en el CET con productos y tecnología de ayuda. Si el niño logró soltar el cubierto/vaso se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logro.

Fuente 2 Subvariable₂: El niño. Primaria.

A1 V2 Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES con productos y tecnología de ayuda: **INGERIR BOCADO A BOCADO ANTES DE COLOCAR OTRO EN SU BOCA** durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda en el CET.

A1 R2 Subvariable₃:

- SI: El niño logró ingerir bocado a bocado.
- NO: El niño no logró ingerir bocado a bocado.

A1 I2 Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño ingirió bocado a bocado antes de colocar otro en su boca, se puntuara SI. Se puntuó NO si no lo realizó.

Fuente 2 Subvariable₃: El niño. Primaria.

A2 V2 Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES con productos y tecnología de ayuda: **SER PRECISO PARA LLEVAR EL ALIMENTO DESDE EL RECIPIENTE A LA BOCA** durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda en el CET.

A2 R2 Subvariable₃:

- SI: El niño logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca.
- NO: El niño no logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca.

A2 I2 Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño fue preciso para llevarse el alimento desde el recipiente a la boca se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 2 Subvariable₃: El niño. Primaria.

A3 V2 Subvariable₃: ESTÁNDARES SOCIALES con productos y tecnología de ayuda: **ELIMINAR CORRECTAMENTE LAS SOBRAS DE SU ROPA** durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda en el CET.

A3 R2 Subvariable₃:

- SI: El niño logró eliminar correctamente las sobras de su ropa.
- NO: El niño no logro eliminar correctamente las sobras de su ropa.

A3 I2 Subvariable₃: Se observó al niño mientras se alimentaba con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si el niño eliminó correctamente las sobras de su ropa, se puntuó SI. Se puntuó NO si no lo logró.

Fuente 2 Subvariable₃: El niño. Primaria.

CA1 V2 Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES con productos y tecnología de ayuda: **ACUMULAR EL ALIMENTO EN LA BOCA** durante la actividad de alimentación, con productos y tecnología de ayuda.

CA1 R2 Subvariable₄:

- SI: El niño acumuló el alimento en la boca.
- NO: El niño no acumuló el alimento en la boca.

CA1 I2 Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentó con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si dió un bocado tras otro y acumuló la comida en la boca, se puntuó SI. Se puntuó NO si no acumuló el alimento en la boca.

Fuente 2 Subvariable₄: El niño. Primaria.

CA2 V2 Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES con productos y tecnología de ayuda: **VOLCAR EL ALIMENTO Y MANCHAR LA ROPA** durante la actividad de alimentación, con productos y tecnología de ayuda.

CA2 R2 Subvariable₄:

- SI: El niño volcó el alimento y se manchó la ropa.
- NO: El niño no volcó el alimento ni se manchó la ropa.

CA2 I2 Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si volcó el alimento y se manchó la ropa, se puntuó SI. Se puntuó NO si no volcó el alimento ni se manchó la ropa.

Fuente 2 Subvariable₄: El niño. Primaria.

CA3 V2 Subvariable₄: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES con productos y tecnología de ayuda: **COMER CON LAS MANOS SIN UTILIZAR UTENSILIOS** durante la actividad de alimentación, con productos y tecnología de ayuda.

CA3 R2 Subvariable₄:

- SI: El niño comió con las manos sin utilizar utensilios.
- NO: El niño no comió con las manos y utilizó utensilios.

CA3 I2 Subvariable₄: se observó al niño mientras se alimentaba con productos y tecnología de ayuda en el CET. Si comió con las manos sin utilizar utensilios, se puntuó SI. Se puntuó NO si el niño utilizó utensilios y no comió con la mano.

Fuente 2 Subvariable₄: El niño. Primaria.

V3: Diferencia entre la adecuación en el desempeño en la alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda. Se consideró la diferencia entre los resultados de las variables 1 y 2.

R3:

E: La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación empeoró

S/M: La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación se mantuvo

M: La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación mejoró

I3: Se analizaron los resultados de las variables 1 (sin productos y tecnología de ayuda) y 2 (con productos y tecnología de ayuda), para evaluar si la adecuación del desempeño en la actividad de alimentación se incrementó, se mantuvo o disminuyó.

Se sumaron los puntajes de cada subvariable: Se compararon las sumatorias de los puntajes de cada subvariable, es decir la adecuación total.

- Se puntuó “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación EMPEORÓ” cuando el valor de la adecuación del desempeño sin los productos y tecnología de ayuda era mayor y perteneció a una categoría menor de la escala propuesta para la “adecuación total” en comparación al valor de la adecuación total del desempeño con los productos y tecnología de ayuda.
- Se puntuó “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación SE MANTUVO” cuando el valor de la adecuación del desempeño sin los productos y tecnología de ayuda era igual al valor de la adecuación del desempeño con los productos y tecnología de ayuda o no era igual pero perteneció al mismo intervalo de adecuación total.
- Se puntuó “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación MEJORÓ” cuando el valor de la adecuación del desempeño sin los productos y tecnología de ayuda era menor que el valor de la adecuación del desempeño con los productos y tecnología de ayuda, y perteneció a una categoría mayor de la adecuación total.

Fuente 3: El niño. Primaria.

V3 Subvariable₁: Diferencia en la duración sin y con productos y tecnología de ayuda. Diferencia entre tiempo que el niño utilizó para completar la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda, en comparación con el tiempo que utilizó para completar la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda.

R3 Subvariable₁:

M) El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación mejoró.

S/M) El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación se mantuvo.

E) El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación empeoró

I3 Subvariable₁: se analizaron los resultados de la subvariable₁ de la variable 1 (sin productos y tecnología de ayuda) y la subvariable₁ de la variable 2 (con productos y tecnología de ayuda).

- Si el valor de V2 fue mayor que el de V1 se puntuó M.

- Si el valor se mantuvo en la V2 con respecto a la V1 se puntuó S/M
- Si el valor de V2 fue menor que el de V1, se puntuó E.

Fuente 3 Subvariable₁: El niño. Primaria.

*V3 Subvariable₂: **Diferencia en la cantidad de pasos sin y con productos y tecnología de ayuda.** Diferencia entre la cantidad de pasos que el niño realizó durante la alimentación sin productos y tecnología de ayuda, en comparación la cantidad de pasos que el niño realizó durante la alimentación con productos y tecnología de ayuda.*

R3 Subvariable₂:

M) La cantidad de pasos que el niño realiza mejoró

S/M) La cantidad de pasos que el niño realiza se mantuvo

E) La cantidad de pasos que el niño realiza empeoró

II Subvariable₂: se analizaron los resultados de la subvariable₂ de la variable 1 (sin productos ni tecnología de ayuda) y la subvariable₂ de la variable 2 (con productos y tecnología de ayuda).

- Si el valor de V2 fue mayor que el de V1 se puntuó M.
- Si el valor se mantuvo en la V2 con respecto a la V1 se puntuó S/M
- Si el valor de V2 fue menor que el de V1, se puntuó E.

Fuente 3 Subvariable₂: El niño. Primaria.

*V3 Subvariable₃: **Diferencia en los estándares sociales sin y con productos y tecnología de ayuda.** Diferencia entre la calidad del resultado de la alimentación según los estándares sociales que el niño logró realizar sin el uso de productos y tecnología de ayuda en comparación con la calidad del resultado de la alimentación según los estándares sociales que logró realizar con productos y tecnología de ayuda.*

R3 Subvariable₃:

M) Los estándares sociales en la actividad de alimentación mejoraron

S/M,) Los estándares sociales en la actividad de alimentación se mantuvieron

E) Los estándares sociales en la actividad de alimentación empeoraron

I3 Subvariable₃: se analizaron los resultados de la subvariable₃ de la variable 1 (sin productos ni tecnología de ayuda) y la subvariable₃ de la variable 2 (con productos y tecnología de ayuda).

- Si el valor de V2 fue mayor que el de V1 se puntuó M.
- Si el valor se mantuvo en la V2 con respecto a la V1 se puntuó S/M
- Si el valor de V2 fue menor que el de V1, se puntuó E.

Fuente 3 Subvariable₃: El niño. Primaria.

V3 Subvariable₄: **Diferencia en los comportamientos aberrantes sin y con productos y tecnología de ayuda.** *Diferencia entre los comportamientos aberrantes presentes durante la actividad de alimentación sin el uso de productos y tecnología de ayuda en comparación con los comportamientos aberrantes presentes durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda.*

R3 Subvariable₄:

M) Los comportamientos aberrantes mejoraron

S/M) Los comportamientos aberrantes se mantuvieron

E) Los comportamientos aberrantes empeoraron

I3 Subvariable₄: se analizaron los resultados de la subvariable₃ de la variable 1 (sin productos ni tecnología de ayuda) y la subvariable₃ de la variable 2 (con productos y tecnología de ayuda).

- Si el valor de V2 fue mayor que el de V1 se puntuó M.
- Si el valor se mantuvo en la V2 con respecto a la V1 se puntuó S/M
- Si el valor de V2 fue menor que el de V1, se puntuó E.

Fuente 3 Subvariable₄: El niño. Primaria.

V3 Subvariable₅: **Diferencia en la presión sin y con productos y tecnología de ayuda.** *Diferencia en la forma de tomar los utensilios sin productos ni tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación, en comparación a la forma de tomar los utensilios con productos y tecnología de ayuda.*

M) La presión de los utensilios mejoró

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

S/M) La prensión de los utensilios se mantuvo

E) La prensión de los utensilios empeoró

I3 Subvariable₅: se deberán analizar los resultados de la subvariable₅ de la variable 1 (sin productos ni tecnología de ayuda) y la subvariable₅ de la variable 2 (con productos y tecnología de ayuda).

- Si el valor de V2 fue mayor que el de V1 se puntuó M.
- Si el valor se mantuvo en la V2 con respecto a la V1 se puntuó S/M
- Si el valor de V2 fue menor que el de V1, se puntuó E.

Fuente 3 Subvariable₄: El niño. Primaria.

Variables suficientes

V4: Edad: cantidad de años transcurridos desde la fecha de nacimiento del niño hasta el momento de la primera evaluación

R:

- 6 años
- 7 años
- 8 años
- 9 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años

I: Se obtuvo de los legajos de los niños en el CET la fecha de nacimiento se registró, y luego se calculó la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento del niño hasta el momento de la fecha de la primera evaluación.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa

V5: Sexo: condición biológica/orgánica

R:

- F: Femenino

- M: Masculino

I: se obtuvo de los legajos de los niños en el CET el sexo indicado en los mismos.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa

V6: Tipo de parálisis cerebral según tono muscular y movimiento

R:

- Espástica o piramidal
- Discinética o extrapiramidal
- Mixta
- Otros

I: Se obtuvo del legajo de los niños en el CET el diagnóstico.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa

V7: Tipo de parálisis cerebral según la zona topográfica (en variedad espástica de V6)

R:

- Hemiplejía/ paresia
- Diplejía/ paresia
- Cuadriplejía / paresia
- Otros

I: Se obtuvo del legajo de los niños en el CET el diagnóstico.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa

V8: Clasificación de tipo de movimientos extrapiramidales o discinéticos, como respuestas secundarias a regulaciones anormales en el tono, alteración en el control postural y déficit en coordinación (en variedad discinética/estrapiramidal de V6).

R:

- Atetosis
- Corea
- Coreoatetósicos

- Distonía
- Ataxia

I: Se obtuvo del legajo de los niños en el CET el diagnóstico.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa

V9: Dominancia del niño

R:

- Izquierda
- Derecha
- Ambos

I: se le preguntó al responsable de la sala cual es el hemicuerpo dominante del niño.

Fuente: el responsable de la sala. Secundaria indirecta.

V10: Tiempo de asistencia al CET: cantidad de años que asistió al CET a partir del ingreso del niño a la institución.

R:

- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- 6 años
- 7 años
- 8 años

I: Se obtuvo del legajo del niño en el CET la fecha de ingreso al mismo, luego se registró y se calculó la cantidad de años transcurridos desde la fecha hasta el momento de la primera evaluación.

El mínimo de esta escala estuvo relacionada con los criterios de inclusión de la investigación, entre los que fue requerido que los niños asistan a tratamiento en el CET

desde hace 1 año mínimamente para poder evaluar la evolución del niño. El máximo estuvo relacionado con la máxima cantidad de años posibles que hace que los niños asistan al CET, basándonos en la franja etaria que abarcó este estudio, y la legislación vigente que especifica que los niños ingresaran al CET a partir de la finalización del plan de estimulación temprana (0 a 4 años).

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa.

V11: Tiempo de tratamiento de TO: cantidad de años que asistió a Terapia Ocupacional modalidad individual dentro del CET.

R:

- 1 año
- 2 años
- 3 años
- 4 años
- 5 años
- 6 años
- 7 años
- 8 años

I: Se le pregunto a la Terapeuta ocupacional del niño en el CET el año en el que el niño comenzó su tratamiento de Terapia ocupacional.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET

V12: Institución: Centro Educativo Terapéutico al que pertenece.

R:

- Centro Terapéutico Integral (CTI)
- Otros

I: Se obtuvo del legajo del niño el nombre del centro educativo terapéutico.

Fuente: El legajo del niño. Secundaria directa.

V13: Turno al que asiste.

R:

- Mañana
- Tarde

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas, a que turno asiste el niño al CET

Fuente: Responsables de las salas. Primaria.

V14: Cantidad de comidas dentro de la institución.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 4

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas, que cantidad de comidas recibe en el CET.

Fuente: responsables de las salas. Primaria.

V15: Comidas que recibe dentro de la institución: tipo de comida, dependiendo el horario, la cantidad de horas y el tipo de alimentos que ingiere el niño.

R:

- Desayuno
- Colación
- Almuerzo
- Merienda
- Desayuno-colación
- Desayuno-almuerzo
- Desayuno-merienda
- Almuerzo-merienda
- Colación-almuerzo

- Desayuno-colación-almuerzo
- Desayuno-colación-merienda
- Desayuno-almuerzo-merienda
- Colación-almuerzo-merienda
- Desayuno-Colación-almuerzo-merienda
- Otras

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas, que comidas recibe el niño en el CET.

Fuente: Responsables de las salas. Primaria.

V16: Tipo de alimento: consistencia de los alimentos que el niño consume por vía oral dentro del CET.

R:

- Líquido
- Semi-sólido
- Sólido
- Líquido y semi-sólido
- Semi-sólido y sólido
- Líquido y sólido
- Líquido, semi-sólido y sólido

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas el tipo de alimento que el niño consume dentro del CET.

Fuente: Responsables de la sala. Secundaria indirecta.

V17: Contexto físico de la alimentación: Espacio o ambiente en el que se realiza la alimentación.

R:

- El niño se alimenta dentro de su sala.
- El niño se alimenta fuera de su sala en otro ambiente cerrado dentro del CET como por ejemplo salón de usos múltiples o comedor.

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas en qué espacio o ambiente de la institución se realiza la alimentación habitualmente.

Fuente: responsables de la sala. Primaria

V18: Contexto social de la alimentación: personas con las que se realiza la alimentación.

R:

- Sin compañeros
- Con sus compañeros de sala
- Con sus compañeros de sala y otras salas

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas con quienes se realiza la alimentación habitualmente.

Fuente: Responsables de las salas. Primaria.

V19: Cantidad de niños que participan de la alimentación.

R:

- Ningún niño
- Menos de 8 niños
- Entre 8 y 10 niños
- Más de 10 niños

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas cuántos niños comparten la alimentación. La escala estuvo relacionada con el número máximo de niños que asisten a una sala en un CET.

Fuente: Responsables de las salas. Primaria.

V20: Contexto temporal de la alimentación: Tiempo disponible para la alimentación.

R:

- Menos de 30 minutos
- 30 minutos

- 60 minutos
- Más de 60 minutos
- No hay un tiempo determinado

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas cuanto tiempo es el disponible para la alimentación.

Fuente: Responsables de las salas. Primaria.

V21: Coordinación de la actividad de alimentación: cantidad de profesionales/personal presentes al momento de la alimentación.

R:

- Un responsable de grupo
- Un responsable de grupo y un auxiliar
- Un responsable de grupo y dos o más auxiliares
- Dos o más responsables de grupo y un auxiliar
- Dos o más responsables de grupo y dos o más auxiliares
- Otro

I: Se le preguntó al responsable de cada una de las salas cuantos profesionales están presentes y participan de la alimentación.

Fuente: Responsables de grupo. Primaria.

V22: Utiliza ortesis de miembro superior.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de al menos una ortesis de miembro superior. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V23: Utiliza ortesis de mano.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de ortesis de mano. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V24: Localización de la ortesis de mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de mano con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V25: Localización de la ortesis de mano en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V26: Utiliza ortesis de muñeca.

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si tiene prescrito el uso de ortesis de muñeca. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V27: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de muñeca con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V28: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V29: Utiliza ortesis de codo.

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de ortesis de codo. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V30: Localización de la ortesis de codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de codo con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V31: Localización de la ortesis de codo en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V32: Utiliza ortesis de hombro.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de ortesis de hombro. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V33: Localización de la ortesis de hombro en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de hombro con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V34: Localización de la ortesis de hombro en relación a la dominancia del niño

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V35: Utiliza ortesis de muñeca- mano.

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de ortesis de muñeca-mano. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V36: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de muñeca-mano con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V37: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la dominancia del niño

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V38: Utiliza ortesis de muñeca-mano-dedos

Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la Terapista Ocupacional del niño en el CET si tiene prescripto el uso de ortesis de muñeca-mano y dedos. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V39: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis.se le preguntó a la Terapista Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V40: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V41: Utiliza ortesis de codo-muñeca.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si tiene prescrito el uso de ortesis de codo-muñeca. En caso de tener la prescripción se puntó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria

V42: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de codo-muñeca con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V43: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.
Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

V44: Utiliza ortesis de codo- muñeca-mano.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de codo-muñeca-mano. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V45: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de codo-muñeca-mano con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V46: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V47: Utiliza ortesis de hombro-codo.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de hombro-codo. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V48: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de hombro-codo con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V49: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la dominancia del niño

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V50: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V51: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapista Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V52: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V53: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V54: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño.

R:

- Derecha
- Izquierda
- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la Terapeuta Ocupacional del niño en el CET la localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano con respecto a la ubicación en el cuerpo del niño.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V55: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño.

R:

- Homolateral
- Contralateral

- Ambos

I: si el niño poseía indicación para ésta ortesis, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño si la ortesis fue indicada homolateral o contralateral a la dominancia. Si la indicación fue bilateral se puntuó ambos.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V56: Cantidad de ortesis de miembro superior derecho que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para el miembro superior derecho en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V57: Cantidad de ortesis de miembro superior izquierdo que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para el miembro superior izquierdo en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V58: Cantidad de ortesis homolateral a la dominancia que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para el miembro superior dominante, en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V59: Cantidad de ortesis contralateral a la dominancia que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para el miembro superior no dominante, en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño. Primaria.

V60: Cantidad total de ortesis de miembro superior que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

- 8
- 9
- 10 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para ambos miembros superiores, en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V61: Utiliza ortesis de columna.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V62: Utiliza ortesis de columna sacro-iliaca.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna sacro-iliaca. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V63: Utiliza ortesis de columna lumbo-sacra.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna lumbo-sacra. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V64: Utiliza ortesis de columna toraco-lumbo-sacra.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna toraco-lumbo-sacra. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V65: Utiliza ortesis de columna cervical.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna cervical. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V66: Utiliza ortesis de columna cervico-toracica.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna cervico-toracica. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V67: Utiliza ortesis de columna cervico-toraco-lumbo-sacra.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del niño en el CET si el niño utiliza ortesis de columna cervico-toraco-lumbo-sacra. En caso de tener la prescripción se puntuó SI. Si no tiene prescripción se puntuó NO.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V68: Cantidad total de ortesis de columna que el niño utiliza.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 o más

I: se contaron todas las ortesis que el niño poseía indicadas para la columna, en la entrevista a la terapeuta ocupacional del niño en el CET.

Fuente: Terapeuta Ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V69: Utiliza adaptaciones durante la alimentación.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicadas adaptaciones de cubierto para la alimentación. En caso de tener la indicación se puntuó SI. Si no poseía prescripción se puntuó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V70: Utiliza adaptaciones para el cubierto.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicadas adaptaciones de cubierto para la alimentación. Si posee la indicación se puntuó SI. Si no poseía prescripción se puntuó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V71: Tipo de adaptación para el cubierto en relación a la longitud del mango.

R:

- Estándar
- Alargado
- Ajustable
- Angulado
- Estándar y angulado
- Alargado y angulado
- Ajustable y angulado
- Otro

I: si el niño poseía indicadas adaptaciones de cubierto, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación del cubierto en relación a la longitud del mango posee indicada el niño para la alimentación. Se puntuó el tipo de adaptación según la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V72: Tipo de adaptación para el cubierto en relación a la forma del mango.

R:

- Estándar
- Cilíndrica/redondeada
- Ovalada
- Rectangular
- Con surcos para los dedos
- Otro

I: si el niño poseía indicadas adaptaciones de cubierto, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación del cubierto en relación a la forma del mango posee indicada el niño para la alimentación. Se marcó el tipo de adaptación según la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V73: Tipo de adaptación para el cubierto en relación al ancho del mango.

R:

- Estándar
- Engrosado
- Otro

I: si el niño poseía indicadas adaptaciones de cubierto, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación del cubierto en relación al ancho del mango posee indicada el niño para la alimentación. Se marcó el tipo de adaptación según la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V74: Tipo de adaptación del cubierto en relación al peso.

R:

- Estándar
- Liviana
- Con peso
- Otro

I: si el niño poseía indicadas adaptaciones de cubierto, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación del cubierto en relación al peso del cubierto posee indicada el niño para la alimentación. Se marcó el tipo de adaptación según la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V75: Utiliza adaptaciones para el vaso/taza.

R:

- SI
- NO

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicadas adaptaciones de vaso/taza para la alimentación. En caso de tener la indicación se marcó SI. Si no tenía prescripción se marcó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V76: Tipo de adaptación para el vaso/taza.

R:

- Vaso/taza con escotadura
- Vaso/taza con asas
- Vaso/taza con bombilla
- Vaso/taza con peso
- Vaso/taza con asas y bombilla
- Vaso/taza con asas y peso

- Vaso/taza con bombilla y peso
- Vaso/taza con asas, peso y bombilla
- Otro

I: si el niño poseía indicadas adaptaciones para el vaso/taza, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación tiene indicada el niño para beber. Se marcó el tipo de adaptación en la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V77: Utiliza adaptaciones para el plato.

R:

- SI
- NO

I: Se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicadas adaptaciones del plato para la alimentación. En caso de tener la indicación se marcó SI. Si no tenía prescripción se marcó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V78: Tipo de adaptación para el plato.

R:

- Plato con borde
- Plato con sopapas
- Contorno para platos
- Plato con borde y base antideslizante
- Base antideslizante
- Otro

I: Si el niño poseía indicadas adaptaciones para el plato, se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET que tipo de adaptación del plato tiene indicada para la alimentación. Se marcó el tipo de adaptación según la escala de valores.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V79: Utiliza bolsillo palmar.

R:

- SI
- NO

I: Se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicado utilizar bolsillo palmar para la alimentación. En caso de tener la indicación se marcó SI. Si no tenía prescripción se marcó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V80: Utiliza guante de presión.

R:

- SI
- NO

I: Se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET si el niño posee indicado el uso de guante de presión durante la alimentación. En caso de tener la indicación se marcó SI. Si no tenía la prescripción se marcó NO.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V81: Cantidad total de adaptaciones que el niño utiliza: contabilizar las adaptaciones que el niño tiene indicadas para utilizar durante la alimentación.

R:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

- 9
- 10 o más

I: se sumaron cada una de las adaptaciones y ortesis que el niño poseía indicadas en las variables.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria

V82: Tiempo de uso de las adaptaciones: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera adaptación hasta el día de la primera evaluación.

R:

- 6 meses a 12 meses.
- 13 meses a 20 meses.
- 21 meses a 27 meses.
- 28 meses o más

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET la fecha de adquisición de la primera adaptación. Se realizó un cálculo de la cantidad de años transcurridos del momento de la adquisición hasta la fecha de la primera evaluación. El mínimo de tiempo transcurrido estuvo asociado con un tiempo prudencial para que el niño adquiriera experiencia en relación a la actividad.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V83: Tiempo de uso de las ortesis de columna: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera ortesis de columna hasta el día de la primera evaluación.

R:

- 61 meses a 12 meses.
- 13 meses a 20 meses.
- 21 meses a 27 meses.
- 28 meses o más

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET la fecha de adquisición de la primera ortesis. Se realizó un cálculo de la cantidad de años transcurridos del momento

de la adquisición hasta la fecha de la primera evaluación. El mínimo de tiempo transcurrido estuvo asociado con un tiempo prudencial para que el niño adquiriera experiencia en relación a la actividad.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

V84: Tiempo de uso de las ortesis de miembro superior: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera ortesis de miembro superior hasta el día de la primer evaluación.

R:

- 61 meses a 12 meses.
- 13 meses a 20 meses.
- 21 meses a 27 meses.
- 28 meses o más

I: se le preguntó a la terapeuta ocupacional del CET la fecha de adquisición de la primera ortesis. Se realizó un cálculo de la cantidad de años transcurridos del momento de la adquisición hasta la fecha de la primera evaluación. El mínimo de tiempo transcurrido estuvo asociado con un tiempo prudencial para que el niño adquiriera experiencia en relación a la actividad.

Fuente: terapeuta ocupacional del niño en el CET. Primaria.

2.2.4 FUENTES DE DATOS

Durante la recolección de los datos se utilizaron diferentes fuentes según las variables.

Para las variables V1 (adecuación del desempeño en la alimentación sin productos y tecnología de ayuda), V2 (adecuación del desempeño en la alimentación con productos y tecnología de ayuda) y V3 (diferencia entre la adecuación en el desempeño en la alimentación con y sin productos y tecnología de ayuda) la fuente fue el niño.

Esta fuente es de tipo “primaria” ya que los datos fueron generados por las investigadoras mediante la observación del desempeño de los niños durante la actividad de alimentación en el CET. (Samaja, 2003).

Para las variables, turno al que asiste, cantidad de comidas dentro de la institución, comidas que recibe dentro de la institución, contexto físico de la alimentación, contexto social de la alimentación, cantidad de niños que participan de la alimentación, contexto temporal de la alimentación y coordinación de la actividad: la fuente fue el responsable de grupo/sala. Esta fuente también es de tipo “primaria”, ya que los datos se generaron a partir de una entrevista de las investigadoras hacia los mismos.

Para las variables: dominancia del niño y tipo de alimento (consistencia), la fuente fue el responsable de grupo/sala y si bien los datos se generaron a partir de una entrevista al responsable de la sala, como los mismos eran referidos al tratamiento del niño en base a indicaciones de sus terapeutas (neurólogo, fonoaudióloga, etc.), requirieron ser interpretados previamente por la fuente para luego ser transmitido a las investigadoras, por lo que se considera a la fuente como de tipo “secundaria indirecta”.

Las variables: utiliza ortesis de miembro superior, utiliza ortesis de mano, localización de las ortesis de mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de mano en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de muñeca, localización de las ortesis de muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de muñeca en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de codo, localización de las ortesis de codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de codo en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de hombro, localización de las ortesis de hombro en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de hombro en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de muñeca- mano, localización de las ortesis de muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de muñeca-mano-dedos, localización de las ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de las ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de codo-muñeca, localización de las ortesis de codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de las ortesis de codo-muñeca en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de codo-muñeca-mano, localización de las ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de hombro-codo, localización de las ortesis de hombro-codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de las ortesis

de hombro-codo en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca, localización de las ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de las ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la dominancia del niño, utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano, localización de las ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño, localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño, cantidad de ortesis de miembro superior derecho que el niño utiliza, cantidad de ortesis de miembro superior izquierda que el niño utiliza, cantidad de ortesis de miembro superior que el niño utiliza cantidad de ortesis homolateral a la dominancia que el niño utiliza, cantidad de ortesis contralateral a la dominancia que el niño utiliza, tiempo de uso de ortesis de miembro superior, utiliza ortesis de columna, utiliza ortesis de columna sacro-iliaca, utiliza ortesis de columna lumbo-sacra, utiliza ortesis de columna toraco-lumbo-sacra, utiliza ortesis de columna cervical, utiliza ortesis de columna cervico-toracica, utiliza ortesis de columna cervico-toraco-lumbo-sacro, cantidad total de ortesis de columna que utiliza el niño, tiempo de uso de ortesis de columna, utiliza adaptaciones durante la alimentación, utiliza adaptaciones para el cubierto, tipo de adaptación para el cubierto en relación a la longitud del mango, tipo de adaptación para el cubierto en relación a la forma del mango, tipo de adaptación para el cubierto en relación al ancho del mango, tipo de adaptación del cubierto en relación al peso, utiliza adaptaciones para el vaso/taza, tipo de adaptación para el vaso, utiliza adaptación para el plato, tipo de adaptaciones para el plato, utiliza bolsillo palmar, utiliza guante de prensión, cantidad de adaptaciones, tiempo de uso de las adaptaciones y tiempo de tratamiento de TO: fueron obtenidas mediante encuesta a la terapeuta ocupacional del niño en el CET, por lo que se trata de una fuente primaria.

En el caso de las variables: edad, sexo, tipo de parálisis cerebral según tono muscular y movimiento, tipo de parálisis cerebral según la zona topográfica, tipo de movimientos extrapiramidales o discineticos, tiempo de asistencia al CET, CET al que pertenece, se obtuvieron mediante la lectura del legajo del niño en el CET. Esta fuente es de tipo secundaria directa ya que las investigadoras obtuvieron los datos de un registro institucional.

Las fuentes utilizadas, fueron seleccionadas debido a la calidad, riqueza, cantidad o cobertura de los datos que proporcionan y economía de los datos. (Samaja, 2003).

La calidad y riqueza, específicamente en relación al reflejo de los hechos, principalmente en la fuente primaria de observación para las V1, V2 Y V3.

La cantidad y riqueza, con respecto a la fuentes primarias de entrevista a responsables de la sala y encuesta a la TO del CET y secundarias directas, (legajos y entrevista a responsable de la sala) debido a la gran cantidad de datos y la información sobre varias variables y unidades de análisis que proporcionaron.

2.2.5 INSTRUMENTOS

Para recolectar los datos de las variables necesarias, cuyas fuentes fueron los niños (V1, V2 y V3) se realizaron dos observaciones.

La observación “según la participación del observador” fue de tipo “directa y externa o no participante”, ya que se pretendió no interferir sobre la cotidianidad de los niños para lograr la máxima objetividad y veracidad posible.

Según el “grado de sistematización la observación” fue de tipo “muy sistematizada” ya que el instrumento fue diseñado a partir de la operacionalización de conceptos, con los cuales se construyeron categorías de observación para organizar y registrar las observaciones. Este tipo de observación está asociada con la metodología del estudio “cuantitativa”. Es por esto que según “el tipo de información que se busca y su forma de registro” fue de tipo “cuantitativa”. Las categorías de observación fueron fijadas a partir de conceptos teóricos y de experiencias laborales (observación cualitativa) con el objetivo de registrar las conductas de los niños durante la alimentación.

Según “el lugar y tiempo de la observación”, la misma se realizó en el lugar habitual donde los niños realizan la actividad de alimentación, por lo que fue de tipo “natural”, requiriendo que los observadores se trasladen al contexto de desempeño de la actividad. El observador debió tener un mínimo conocimiento sobre lo que va a observar, por lo que para obtenerlo se realizó “una pequeña pre-observación no sistematizada” (p. 469) de la que se obtuvo información de tipo cualitativa, sobre las características generales del contexto. (Rubio y Varas, 1999).

Para registrar los datos obtenidos se utilizó el instrumento confeccionado y denominado “Adecuación del desempeño en la alimentación”. (VER ANEXO 1).

Esto surgió como necesidad al seleccionar el parámetro de evaluación relacionado con los aspectos cualitativos de la actividad, como lo es la adecuación. Como dicen Rogers y Holm (2005) en el libro *“Terapia Ocupacional”*: “la mayoría de los recursos de evaluación estandarizados no incluye medidas de adecuación”. (p. 495)

El instrumento que fue utilizado consta de cinco subvariables que forman parte de los aspectos del desempeño que contribuyen a la adecuación de la actividad de alimentación.

Cada subvariable de las variables V1 y V2 posee una escala del 1 al 4 de forma ascendente, es decir de menor a mayor adecuación.

Los autores anteriormente mencionados describen nueve parámetros dificultad, dolor, fatiga y disnea, duración, estándares sociales, satisfacción, experiencia, recursos y comportamientos aberrantes en las tareas.

Se tomaron para la construcción del instrumento aquellos aspectos que podían ser evaluados mediante observación como lo son la duración, estándares sociales y comportamientos aberrantes, dejando a un lado aquellos como satisfacción, dificultad, dolor, fatiga y disnea que están relacionados con la percepción del paciente.

Para el desarrollo del instrumento se tomaron como referencias las definiciones de Rogers y Holm (2005) en los capítulos 24 y 28 del libro *“Terapia Ocupacional”*, citadas en el marco teórico. A continuación se describe cada definición operacional y las escalas:

DURACION: tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación, en comparación con el tiempo disponible para la alimentación en CET. En este caso, la duración y su escala están relacionadas con la cantidad de tiempo disponible para alimentarse dentro del CET.

1. El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación y no logra finalizarla.
2. El niño se demoró en iniciar la alimentación, pero logra finalizar la actividad en el tiempo disponible.
3. El niño utiliza más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación, pero logra finalizarla.

4. El niño se alimenta en el tiempo disponible para la actividad. Inicia y finaliza la actividad dentro del marco temporal destinado a la actividad.

PASOS: cantidad de pasos del proceso que el niño realiza durante la alimentación. La alimentación implica la habilidad de realizar cada una de las tareas/acciones de la actividad, ellas son: la presión del cubierto, poder cargar el alimento, orientarlo y desplazarlo con el alimento del plato o taza/vaso a la boca, depositarlo en la boca, volver a desplazarlo sin el alimento hacia el plato o taza/vaso y soltarlo.

1. El niño no logró realizar ningún paso.
2. El niño logró realizar menos de la mitad de los pasos.
3. El niño logró realizar la mitad o más de la mitad de los pasos.
4. El niño logró realizar todos los pasos de la actividad

ESTÁNDARES SOCIALES: calidad del resultado de la alimentación según cumpla o no con los estándares sociales esperables para la actividad. Los estándares que se toman como referencia ingerir bocado a bocado antes de colocar otro en la boca, ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca y eliminar las sobras de su ropa.

1. No cumplió con ningún estándar social esperable para la actividad
2. Cumplió con algún estándar social esperable de la actividad.
3. Cumplió con la mayoría de los estándares sociales esperables de la actividad.
4. Cumplió con todos los estándares sociales esperables de la actividad.

COMPORTAMIENTOS ABERRANTES: la presencia o ausencia de comportamientos aberrantes en la actividad y la cantidad de los mismos. Para esto se toma en cuenta si da un bocado tras otro y acumula la comida en la boca, vuelca el alimento y se mancha la ropa o si come con las manos sin utilizar utensilios.

1. Presentó todos los comportamientos aberrantes durante en la actividad.
2. Presentó más de un comportamiento aberrante en la actividad.
3. Presentó algún comportamiento aberrante en la actividad.
4. No presentó ningún comportamiento aberrante en la actividad.

PRENSION: forma de tomar los utensilios. La forma correcta y funcional consiste en toma y presión centrada que permita cargar el alimento, orientarlo y desplazarlo hacia la boca.

1. No logró presión del utensilio.
2. Logró presión del utensilio incorrecta y no funcional
3. Logró presión del utensilio incorrecta pero funcional.
4. Logró una correcta presión del utensilio y funcional

Este instrumento además de las filas, que incluyen a cada uno de los aspectos del parámetro; posee tres columnas. Esto se debe a que el mismo se administró en dos oportunidades, en la primer instancia se observó al niño mientras participaba de la alimentación dentro del CET sin productos y tecnología de ayuda. Se registraron los resultados obtenidos en la columna denominada “sin productos y tecnología de ayuda” y posteriormente realizó otra observación del niño durante la alimentación dentro del CET pero en esta ocasión utilizó todos los productos y tecnología de ayuda y se registraron los datos en la segunda columna denominada “con productos y tecnología de ayuda”.

Para la variable V3 el instrumento posee una tercera columna, contigua a las de sin y con productos y tecnología de ayuda, en la que se registraron las variaciones de cada una de las subvariables, a partir de la comparación entre el desempeño en la alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda, utilizando una escala de “mejoró, se mantuvo o empeoró”.

Además el instrumento incluye una hoja de:

- **REFERENCIAS:** en la que se detallan en cada fila cada uno de los aspectos de las subvariables PASOS (6), ESTÁNDARES SOCIALES (3) Y COMPORTAMIENTOS ABERRANTES (3), de cuya sumatoria se desprendió el resultado de las mismas. La hoja de referencias está dispuesta en 3 columnas, para detallar la actividad sin y con productos y tecnología de ayuda, además de las modificaciones. En la misma se completaron los datos relacionados al tipo de alimento que el niño consumió, y el tiempo que utilizó en la actividad.
- **RESULTADOS:** posee 6 filas, las cuales corresponden cada una a una subvariable y la última a la ADECUACIÓN TOTAL. Cada fila tiene 3

columnas, denominadas “sin PyTdA”, “con PyTdA” y “Diferencias/Modificaciones”. En las celdas correspondientes se colocó el resultado en números de todas las subvariables. La columna correspondiente a la V1 (sin productos y tecnología de ayuda), se sumó y se colocó el valor numérico en adecuación total, así como en la celda de al lado el valor nominal. El mismo procedimiento se realizó para la V2. En la columna “diferencias/modificaciones” se colocó una cruz al valor correspondiente a la escala, teniendo en cuenta la clasificación nominal de cada subvariable (no numérica). En relación a los aspectos mencionados se incluyó una escala de adecuación (índice), en la que se sintetizó la adecuación del desempeño en una escala cuyos valores son:

1. Inadecuado
2. Poco Adecuado
3. Adecuado
4. Muy Adecuado

Para la recolección de las variables: edad, sexo, diagnóstico, CET, nombre del CET, y tiempo de asistencia en CET se utilizó una planilla denominada “datos personales” (VER ANEXO 2) en la que se registraron los datos obtenidos por fuentes secundarias directas como los legajos. Este instrumento es considerado según Rubio y Varas (1998) como de “observación indirecta” ya que se extrajeron los datos de fuentes documentales.

Para la recolección de las variables relacionadas con la alimentación se realizó una entrevista a los responsables de la sala en la que se registraron los datos sobre la cantidad de comidas, la comida, el tipo de alimento, el contexto temporal, físico y social (cantidad de niños que participan y coordinación) de la actividad.

La encuesta se realizó de manera personal, en la que se completó un cuestionario estructurado, cuyas preguntas son de tipo cerradas con lista de respuesta, a excepción de la dominancia, que es de tipo abierta, y el tipo de jornada que es cerrada dicotómica.

Para el registro se utilizó una planilla denominada “entrevista al responsable de la sala” (VER ANEXO 3), en la cual se volcaron los datos recolectados a cerca de las variables: Tipo de jornada/ turno al que asiste, dominancia del niño, cantidad de comidas dentro de la institución, comidas que recibe dentro de la institución, tipo/s de alimento/s, contexto físico de alimentación, contexto temporal de la alimentación, contexto social

de alimentación, cantidad de niños que participan de la alimentación y coordinación de la actividad.

Mediante la técnica de encuesta a la Terapeuta Ocupacional del niño se completó un cuestionario. El mismo responde a las variables relacionadas con las ortesis de miembro superior y columna y adaptaciones y se utilizó la planilla “productos y tecnología de ayuda: entrevista a la TO” para registrar los datos. (VER ANEXO 4). Esta encuesta fue de tipo “personal”, ya que se realizó en forma de entrevista “cara a cara”.

El cuestionario anteriormente mencionado consta de preguntas cerradas y semicerradas. Las preguntas cerradas se responden por sí o no por lo que son de tipo “dicotómicas” y las semicerradas contemplan la respuesta “otros”. También hay preguntas cuyas respuestas son con lista. Las preguntas sobre la fecha de prescripción y tiempo de tratamiento en TO son de tipo abierta, aunque esta última variable fue registrada en el ANEXO 2.

2.2.6 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Procesamiento

Para registrar los datos de las 83 variables se utilizaron 4 planillas para cada unidad de análisis. Cada una posee un encabezado en donde se colocó nombre, edad, fecha, CET y administrador. A su vez se identificaron con un número, según orden de evaluación seguido de la inicial de la administradora.

Para registrar los datos de las variables necesarias (V1, V2 y V3) se utilizó la planilla denominada “Adecuación del desempeño en la alimentación”. (VER ANEXO 1).

En esta planilla, se encuentran tres columnas denominadas “sin productos y tecnología de ayuda”, “con productos y tecnología de ayuda” y “diferencias/modificaciones”. La primera columna corresponde a la V1 y fue completada en la primera observación, la segunda corresponde a la V2 y fue completada en la segunda observación. La tercera corresponde a la V3 y fue completada una vez que finalizaron las observaciones.

Para registrar los valores de la **SUBVARIABLE DURACION** (*V1 Subvariable₁ y V2 Subvariable₁*):

- ▲ El valor “El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación y no logró finalizarla” se codificó 1.
- ▲ El valor “El niño se demoró en iniciar la alimentación, pero logró finalizar la actividad en el tiempo disponible” se codificó 2.
- ▲ El valor “El niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación, pero logró finalizarla” se codificó 3.
- ▲ El valor “El niño se alimentó en el tiempo disponible para la actividad. Inició y finalizó la actividad dentro del marco temporal destinado a la actividad” se codificó 4.

Para registrar los valores de la **SUBVARIABLE PASOS** (*V1 Subvariable2* y *V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño no logró realizar ningún paso” se codificó 1
- ▲ El valor “El niño logró realizar menos de la mitad de los pasos” se codificó 2
- ▲ El valor “El niño logró realizar la mitad o más de la mitad de los pasos” se codificó 3
- ▲ El valor “El niño logró realizar todos los pasos de la actividad” se codificó 4

Para registrar los valores del aspecto: **P1 “realizar la presión del cubierto”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2* y *V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró la presión del cubierto” se codificó SI
- ▲ El valor “El niño no logró la presión del cubierto” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto: **P2 “cargar el alimento con el cubierto”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2* y *V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró cargar el alimento con el cubierto” se codificó SI
- ▲ El valor “El niño no logró cargar el alimento con el cubierto” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto: **P3 “orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2* y *V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca” se codificó SI

- ▲ El valor “El niño no logró orientar y desplazar el cubierto con el alimento del plato o taza/vaso a la boca” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto: **P4 “depositar el cubierto con el alimento en la boca”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2 y V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró depositar el cubierto con el alimento en la boca” se codificó SI
- ▲ El valor “El niño no logró depositar el cubierto con el alimento en la boca” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto: **P5 “desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2 y V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa” se codificó SI
- ▲ El valor “El niño no logró desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto: **P6 “soltar el cubierto/vaso”** de la SUBVARIABLE PASOS (*V1 Subvariable2 y V2 Subvariable2*)

- ▲ El valor “El niño logró soltar el cubierto/vaso” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no logró soltar el cubierto/vaso” se codificó NO.

Para registrar los valores de la **SUBVARIABLE ESTÁNDARES SOCIALES** (*V1 Subvariable3 y V2 Subvariable3*)

- ▲ El valor “No cumplió con ningún estándar social esperable para la actividad” se codificó 1
- ▲ El valor “Cumplió con algún estándar social esperable de la actividad” se codificó 2
- ▲ El valor “Cumplió con la mayoría de los estándares sociales esperables de la actividad” se codificó 3
- ▲ El valor “Cumplió con todos los estándares sociales esperables de la actividad” se codificó 4

Para registrar los valores del aspecto **ES1 “ingerir bocado a bocado”** de la SUBVARIABLE ESTÁNDARES SOCIALES (*V1 Subvariable3 y V2 Subvariable3*)

- ▲ El valor “El niño logró ingerir bocado a bocado” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no logró ingerir bocado a bocado” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto **ES2 “ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca”** SUBVARIABLE ESTÁNDARES SOCIALES (*V1 Subvariable3* y *V2 Subvariable3*)

- ▲ El valor “El niño logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no logró ser preciso para llevar el alimento desde el recipiente a la boca” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto **ES3 “eliminar correctamente las sobras de su ropa”** de la SUBVARIABLE ESTÁNDARES SOCIALES (*V1 Subvariable3* y *V2 Subvariable3*)

- ▲ El valor “El niño logró eliminar correctamente las sobras de su ropa” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no logró eliminar correctamente las sobras de su ropa” se codificó NO.

Para registrar los valores de la **SUBVARIABLE COMPORTAMIENTOS ABERRANTES** (*V1 Subvariable4* y *V2 Subvariable4*)

- ▲ El valor “Presentó todos los comportamientos aberrantes durante en la actividad” se codificó 1
- ▲ El valor “Presentó más de un comportamiento aberrante en la actividad” se codificó 2
- ▲ El valor “Presentó algún comportamiento aberrante en la actividad” se codificó 3
- ▲ El valor “No presentó ningún comportamiento aberrante en la actividad” se codificó 4

Para registrar los valores del aspecto **CA1 “acumular el alimento en la boca”** de la SUBVARIABLE COMPORTAMIENTOS ABERRANTES (*V1 Subvariable4* y *V2 Subvariable4*)

- ▲ El valor “El niño acumuló el alimento en la boca” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no acumuló el alimento en la boca” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto **CA2 “volcar el alimento y manchar la ropa”** de la SUBVARIABLE COMPORTAMIENTOS ABERRANTES (*V1 Subvariable4 y V2 Subvariable4*)

- ▲ El valor “El niño volcó el alimento y se manchó la ropa” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no volcó el alimento ni se manchó la ropa” se codificó NO.

Para registrar los valores del aspecto **CA3 “comer con las manos sin utilizar utensilios”** de la SUBVARIABLE COMPORTAMIENTOS ABERRANTES (*V1 Subvariable4 y V2 Subvariable4*)

- ▲ El valor “El niño comió con las manos sin utilizar utensilios” se codificó SI.
- ▲ El valor “El niño no comió con las manos y utilizó utensilios” se codificó NO.

Para registrar los valores de la **SUBVARIABLE PRENSION** (*V1 Subvariable5 y V2 Subvariable5*)

- ▲ El valor “No logró prensión del utensilio” se codificó 1
- ▲ El valor “Logró prensión del utensilio incorrecta y no funcional” se codificó 2
- ▲ El valor “Logró prensión del utensilio incorrecta pero funcional” se codificó 3
- ▲ El valor “Logró una correcta prensión del utensilio y funcional” se codificó 4

Para el resultado total de las **V1** y la **V2 ADECUACION TOTAL**

- ▲ El valor “Inadecuado” se codificó 1 INADECUADO
- ▲ El valor “Poco Adecuado” se codificó 2 POCO ADECUADO
- ▲ El valor “Adecuado” se codificó 3 ADECUADO
- ▲ El valor “Muy Adecuado” se codificó 4 MUY ADECUADO

Para registrar los valores de la **V3** se analizaron los datos de las **V1** y **V2** y sus subvariables. El resultado se volcó en la columna diferencias/modificaciones de la planilla “Adecuación del desempeño en la alimentación”

- ▲ El valor “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación empeoró” se codificó E
- ▲ El valor “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación se mantuvo” se codificó S/M

- ▲ El valor “La adecuación del desempeño en la actividad de alimentación mejoró” se codificó M

Para registrar los valores de la **V3 Subvariable1:**

- ▲ El valor “El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación empeoró” se codificó E
- ▲ El valor “El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación se mantuvo” se codificó S/M
- ▲ El valor “El tiempo utilizado por el niño para completar la actividad de alimentación se mejoró” se codificó M

Para registrar los valores de la **V3 Subvariable2:**

- ▲ El valor “La cantidad de pasos que el niño realiza empeoró” se codificó E
- ▲ El valor “La cantidad de pasos que el niño realiza se mantuvo” se codificó S/M
- ▲ El valor “La cantidad de pasos que el niño realiza mejoró” se codificó M

Para registrar los valores de la **V3 Subvariable3:**

- ▲ El valor “Los estándares sociales en la actividad de alimentación empeoraron” se codificó E
- ▲ El valor “Los estándares sociales en la actividad de alimentación se mantuvieron” se codificó S/M
- ▲ El valor “Los estándares sociales en la actividad de alimentación mejoraron” se codificó M

Para registrar los valores de la **V3 Subvariable4:**

- ▲ El valor “Los comportamientos aberrantes empeoraron” se codificó E
- ▲ El valor “Los comportamientos aberrantes se mantuvieron” se codificó S/M
- ▲ El valor “Los comportamientos aberrantes mejoraron” se codificó M

Para registrar los valores de la **V3 Subvariable5:**

- ▲ El valor “La presión de los utensilios empeoró” se codificó E
- ▲ El valor “La presión de los utensilios se mantuvo” se codificó S/M
- ▲ El valor “La presión de los utensilios mejoró” se codificó M

Para registrar los datos de las variables suficientes, se utilizaron 3 planillas, en las que se volcaron datos que fueron organizados según la temática.

En el ANEXO 2 se registraron las siguientes variables: V4: edad, V5: sexo, V6: Tipo de parálisis cerebral según tono muscular y movimiento, V7: Tipo de parálisis cerebral según zona topográfica, V8: Tipo de movimiento extrapiramidal o discinético, V10: Tiempo de asistencia al CET, V11: Tiempo de tratamiento de TO y V12: CET al que pertenece; se utilizó la planilla “DATOS PERSONALES” (ver anexo 2). En ella se volcaron los datos obtenidos mediante lectura de legajos.

Para registrar los valores de la **V4: edad**: el dato fue relevado en forma abierta, con la fecha de nacimiento, por lo que al momento del procesamiento el mismo fue traducido a edad, a través del cálculo de la cantidad de años transcurridos desde la fecha de nacimiento al momento de la primera evaluación.

- ▲ El valor 6 años se codificó 6
- ▲ El valor 7 años se codificó 7
- ▲ El valor 8 años se codificó 8
- ▲ El valor 9 años se codificó 9
- ▲ El valor 10 años se codificó 10
- ▲ El valor 11 años se codificó 11
- ▲ El valor 12 años se codificó 12

Para registrar los valores de la **V5: sexo**:

- ▲ El valor femenino se codificó F
- ▲ El valor masculino se codificó M

Para registrar los valores de las **V6, V7 y V8** se confeccionó un apartado que se denominó DIAGNÓSTICO. Se registró el diagnóstico en forma abierta, tal cual se encontraba en la fuente (Legajo), pero debido a la escasa información al respecto de las variables “tipo de parálisis cerebral, según tono muscular y movimiento, según zona topográfica y según tipo de movimiento extrapiramidal o discinético” las mismas no se codificaron.

Para la **V10: Tiempo de asistencia al CET**: se registró en forma abierta el año de ingreso al CET, y este dato fue traducido a años, mediante el cálculo de la cantidad de años transcurridos desde el año de ingreso al año de evaluación.

- ▲ El valor 1 año se codificó 1
- ▲ El valor 2 años se codificó 2
- ▲ El valor 3 años se codificó 3
- ▲ El valor 4 años se codificó 4
- ▲ El valor 5 años se codificó 5
- ▲ El valor 6 años se codificó 6
- ▲ El valor 7 años se codificó 7
- ▲ El valor 8 años se codificó 8

Para la **V11: Tiempo de tratamiento de TO**: se recolectó el dato de tiempo de tratamiento de TO en forma abierta, para el registro y codificación, se omitió el valor de los meses.

- ▲ El valor 1 año se codificó 1
- ▲ El valor 2 años se codificó 2
- ▲ El valor 3 años se codificó 3
- ▲ El valor 4 años se codificó 4
- ▲ El valor 5 años se codificó 5
- ▲ El valor 6 años se codificó 6
- ▲ El valor 7 años se codificó 7
- ▲ El valor 8 años se codificó 8

Para la **V12: CET al que pertenece**, no se codificó debido a que toda la muestra perteneció a una misma institución. Debido a la modalidad de jornada simple del CET donde se realizó el trabajo de campo, la variable **V13: Tipo de jornada**, no fue registrada, y fue reemplazada por la **V Turno al que asiste**. Al ser una institución de jornada simple, la variable **V14: Cantidad de comidas dentro de la institución**, no fue analizada debido a que el número de comidas de todos los niños que asisten a la misma es 1. Por el mismo motivo la codificación de la escala de la **V15: comidas**, se redujo a 2 valores (desayuno y merienda).

Para las variables suficientes V9 Dominancia; V13: Turno al que asiste";; V15: Comidas; V16: Tipo/s de alimento/s; V17: Contexto físico; V18: Contexto social; V19: Cantidad de niños que participan; V20: Contexto temporal y V21: Coordinación de la actividad, que fueron recolectadas mediante la “entrevista al responsable de la sala” se realizó la siguiente sistematización:

Para la V9: Dominancia

- ▲ El valor “Izquierda” se codificó I
- ▲ El valor “Derecha” se codificó D
- ▲ El valor “Ambos” se codificó A

Para la V13: Turno al que asiste

- ▲ El valor “Mañana” se codificó M
- ▲ El valor “Tarde” se codificó T

Para la V15: Comidas que recibe dentro de la institución

- ▲ El valor “Desayuno” se codificó D
- ▲ El valor “Merienda” se codificó M

Para la V16: Tipo/s de alimento/s

- ▲ El valor “Líquido” se codificó L
- ▲ El valor “Semi-sólido” se codificó SS
- ▲ El valor “Sólido” se codificó S
- ▲ El valor “Líquido y semi-sólido” se codificó L-SS
- ▲ El valor “Semi-sólido y sólido” se codificó SS-S
- ▲ El valor “Líquido y sólido” se codificó L-S
- ▲ El valor “Líquido, semi-sólido y sólido” se codificó L-SS-S

Para la V17: Contexto físico de la alimentación

- ▲ El valor “El niño se alimenta dentro de su sala” se codificó 1
- ▲ El valor “El niño se alimenta fuera de su sala en otro ambiente cerrado dentro del CET” se codificó 2

Para la V18: Contexto social de la alimentación

- ▲ El valor “Sin compañeros” se codificó 1
- ▲ El valor “Con sus compañeros de sala” se codificó 2
- ▲ El valor “Con sus compañeros de sala y otras salas” se codificó 3

Para la V19: Cantidad de niños que participan de la alimentación

- ▲ El valor “Ningún niño” se codificó 0
- ▲ El valor “Menos de 8 niños” se codificó 1
- ▲ El valor “Entre 8 y 10 niños” se codificó 2
- ▲ El valor “Más de 10 niños” se codificó 3

Para la V20: Contexto temporal de la alimentación

- ▲ El valor “Menos de 30 minutos” se codificó 1
- ▲ El valor “30 minutos” se codificó 2
- ▲ El valor “60 minutos” se codificó 3
- ▲ El valor “Más de 60 minutos” se codificó 4
- ▲ El valor “No hay un tiempo determinado” se codificó 5

Para la V21: Coordinación de la actividad alimentación

- ▲ El valor “otro” se codificó 0
- ▲ El valor “Un responsable de grupo” se codificó 1
- ▲ El valor “Un responsable de grupo y un auxiliar” se codificó 2
- ▲ El valor “Un responsable de grupo y dos o más auxiliares” se codificó 3
- ▲ El valor “Dos o más responsables de grupo y un auxiliar” se codificó 4
- ▲ El valor “Dos o más responsables de grupo y dos o más auxiliares” se codificó 5

En las variables V22, V23, V26, V29, V32, V35, V38, V41, V44, V47, V50, V53, V60, V61, V62, V63, V64, V65, V66, V67, V68 y V83 se analizaron datos relacionados con las ortesis de miembro superior y columna que el niño tiene indicadas / prescritas.

En las variables V69, V70, V71, V72, V73, V74, V75, V76, V77, V78, V79, V80, V81 y V82 se analizaron datos relacionados con las adaptaciones que el niño tiene prescritas para la alimentación.

Ambos datos fueron registrados en la planilla “productos y tecnología de ayuda” (ANEXO 4) y con las mismas se realizó la siguiente codificación:

Para la V22: Utiliza ortesis de miembro superior

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO

Si se marcó la opción NO, no se continuó contemplando las variables desde la V23 hasta la V60. Todas serán completadas con la codificación “no corresponde”.

Para la V23: Utiliza ortesis de mano

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO).

Para la V24: Localización de la ortesis de mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V23 se marcó NO)

Para la V25: Localización de la ortesis de mano en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V23 se marcó NO)

Para la V26: Utiliza ortesis de muñeca

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO).

Para la V27: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V26 se marcó NO)

Para la V28: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V28 se marcó NO)

Para la V29: Utiliza ortesis de codo

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO).

Para la V30: Localización de la ortesis de codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V29 se marcó NO).

Para la V31: Localización de la ortesis de codo en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A

- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V29 se marcó NO).

Para la V32: Utiliza ortesis de hombro

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V33: Localización de la ortesis de hombro en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V32 se marcó NO).

Para la V34: Localización de la ortesis de hombro en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V32 se marcó NO).

Para la V35: Utiliza ortesis de muñeca- mano

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V36: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A

- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V35 se marcó NO).

Para la V37: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V35 se marcó NO).

Para la V38: Utiliza ortesis de muñeca-mano-dedos

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V39: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V38 se marcó NO).

Para la V40: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V38 se marcó NO).

Para la V41: Utiliza ortesis de codo-muñeca

- ▲ El valor “SI” se codificó SI

- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V42: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V41 se marcó NO)

Para la V43: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V41 se marcó NO).

Para la V44: Utiliza ortesis de codo-muñeca-mano

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V45: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V44 se marcó NO)

Para la V46: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V44 se marcó NO).

Para la **V47: Utiliza ortesis de hombro-codo**

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la **V48: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la ubicación en el cuerpo del niño**

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V47 se marcó NO)

Para la **V49: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la dominancia del niño**

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0 (cuando en la V22, o V47 se marcó NO)

Para la **V50: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca**

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la **V51: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la ubicación en el cuerpo del niño**

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V52: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V53: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V54: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la ubicación en el cuerpo del niño

- ▲ El valor “Derecha” se codificará D
- ▲ El valor “Izquierda” se codificará I
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V55: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño

- ▲ El valor “Homolateral” se codificará HL
- ▲ El valor “Contralateral” se codificará CL
- ▲ El valor “Ambos” se codificará A
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V56: Cantidad de ortesis de miembro superior derecho que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificará 1
- ▲ El valor “2” se codificará 2

- ▲ El valor “3” se codificará 3
- ▲ El valor “4” se codificará 4
- ▲ El valor “5 o más” se codificará 5
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V57: Cantidad de ortesis de miembro superior izquierdo que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificará 1
- ▲ El valor “2” se codificará 2
- ▲ El valor “3” se codificará 3
- ▲ El valor “4” se codificará 4
- ▲ El valor “5 o más” se codificará 5
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V58: Cantidad de ortesis homolateral a la dominancia que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificará 1
- ▲ El valor “2” se codificará 2
- ▲ El valor “3” se codificará 3
- ▲ El valor “4” se codificará 4
- ▲ El valor “5 o más” se codificará 5
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V59: Cantidad de ortesis contralateral a la dominancia que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificará 1
- ▲ El valor “2” se codificará 2
- ▲ El valor “3” se codificará 3
- ▲ El valor “4” se codificará 4
- ▲ El valor “5 o más” se codificará 5
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificará 0

Para la V60: Cantidad total de ortesis de miembro superior que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificó 1
- ▲ El valor “2” se codificó 2
- ▲ El valor “3” se codificó 3
- ▲ El valor “4” se codificó 4

- ▲ El valor “5” se codificó 5
- ▲ El valor “6” se codificó 6
- ▲ El valor “7” se codificó 7
- ▲ El valor “8” se codificó 8
- ▲ El valor “9” se codificó 9
- ▲ El valor “10 o más” se codificó 10
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 se marcó NO)

Para la V61: Utiliza ortesis de columna

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0

Si se marcó la opción NO, las variables desde la V62 hasta la V68 inclusive no fueron evaluadas, por lo que se marcó “no corresponde” en las mismas.

Para la V62: Utiliza ortesis de columna sacro-iliaca

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V63: Utiliza ortesis de columna lumbo-sacra

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V64: Utiliza ortesis de columna toraco-lumbo-sacra

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V65: Utiliza ortesis de columna cervical

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO

- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V66: Utiliza ortesis de columna cervico-toracica

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V67: Utiliza ortesis de columna cervico-toraco-lumbo-sacra

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V68: Cantidad total de ortesis de columna que el niño utiliza

- ▲ El valor “1” se codificó 1
- ▲ El valor “2” se codificó 2
- ▲ El valor “3” se codificó 3
- ▲ El valor “4” se codificó 4
- ▲ El valor “5” se codificó 5
- ▲ El valor “6” se codificó 6
- ▲ El valor “7” se codificó 7
- ▲ El valor “8” se codificó 8
- ▲ El valor “9” se codificó 9
- ▲ El valor “10 o mas” se codificó 10 o mas
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V61 se marcó NO)

Para la V83: Tiempo de uso de las ortesis de columna: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera ortesis de columna hasta el día de la primer evaluación. Se registró el dato en forma abierta, de fecha de prescripción (mes y año), y luego se realizó el cálculo de la cantidad de meses transcurridos desde la prescripción a la primera evaluación.

- ▲ El valor “6 meses a 12 meses” se codificó 6 a 12
- ▲ El valor “13 meses a 20 meses” se codificó 13 a 20
- ▲ El valor “21 meses a 27 meses” se codificó 21 a 27
- ▲ El valor “28 meses o más” codificó 28 o más

- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 y V61 se marcó NO)

Para la **V84: Tiempo de uso de las ortesis de miembro superior**: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera ortesis de miembro superior hasta el día de la primer evaluación. Se registró el dato en forma abierta, de fecha de prescripción (mes y año), y luego se realizó el cálculo de la cantidad de meses transcurridos desde la prescripción a la primera evaluación.

- ▲ El valor “6 meses a 12 meses” se codificó 6 a 12
- ▲ El valor “13 meses a 20 meses” se codificó 13 a 20
- ▲ El valor “21 meses a 27 meses” se codificó 21 a 27
- ▲ El valor “28 meses o más” codificó 28 o más
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (cuando en la V22 y V61 se marcó NO)

Para la **V69: Utiliza adaptaciones durante la alimentación**

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO

Si se marcó la opción NO, no se continuo contemplando las variables desde la V70 hasta la V82, por lo que todas fueron completadas con la codificación “no corresponde”

Para la **V70: Utiliza adaptaciones para el cubierto**

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en V69)

Si se marcó la opción NO, las variables V71, V72, V73 y V74 no fueron evaluadas, por lo que se marcó “no corresponde” en las mismas.

Para la **V71: Tipo de adaptación para el cubierto en relación a la longitud del mango**

- ▲ El valor “Estándar” se codificó ES
- ▲ El valor “Alargado” se codificó AL
- ▲ El valor “Ajustable” se codificó AJ

- ▲ El valor “Angulado” se codificó AN
- ▲ El valor “Estándar y angulado” se codificó ES-AN
- ▲ El valor “Alargado y angulado” se codificó AL-AN
- ▲ El valor “Ajustable y angulado” se codificó 7 AJ-AN
- ▲ El valor “Otro” se codificó X
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V70)

Para la V72: Tipo de adaptación para el cubierto en relación a la forma del mango

- ▲ El valor “Estándar” se codificó ES
- ▲ El valor “Cilíndrica/redondeada” se codificó CI
- ▲ El valor “Ovalada” se codificó OV
- ▲ El valor “Rectangular” se codificó RE
- ▲ El valor “Con surcos para los dedos” se codificó SU
- ▲ El valor “Otro” se codificó X
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V70)

Para la V73: Tipo de adaptación para el cubierto en relación al ancho del mango

- ▲ El valor “Estándar” se codificó ES
- ▲ El valor “Engrosado” se codificó EN
- ▲ El valor “Otro” se codificó X
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V70)

Para la V74: Tipo de adaptación del cubierto en relación al peso

- ▲ El valor “Estándar” se codificó ES
- ▲ El valor “Liviana” se codificó LI
- ▲ El valor “Con peso” se codificó CP
- ▲ El valor “Otro” se codificó X
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V70)

Para la V75: Utiliza adaptaciones para el vaso/taza

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69)

Si se marcó la opción NO, la variable V76 no pudo ser evaluada, por lo que se marcó “no corresponde”.

- ▲ Para la **V76: Tipo de adaptación para el vaso/taza**
- ▲ El valor “Vaso/taza con escotadura” se codificó ES
- ▲ El valor “Vaso/taza con asas” se codificó AS
- ▲ El valor “Vaso/taza con bombilla” se codificó BO
- ▲ El valor “Vaso/taza con peso” se codificó PE
- ▲ El valor “Vaso/taza con asas y bombilla” se codificó AS-BO
- ▲ El valor “Vaso/taza con asas y peso” se codificó AS-PE
- ▲ El valor “Vaso/taza con bombilla y peso” se codificó BO-PE
- ▲ El valor “Vaso/taza con asas, peso y bombilla” se codificó AS-PE-BO
- ▲ El valor “Otro” se codificó X
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V75)

Para la **V77: Utiliza adaptaciones para el plato**

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó (si se marcó NO en la V69)

Si se marcó la opción NO, la variable V78 no pudo ser evaluada, por lo que se marcó “no corresponde”.

Para la **V78: Tipo de adaptación para el plato**

- ▲ El valor “Plato con borde” se codificó BO
- ▲ El valor “Plato con sopapas” se codificó SO
- ▲ El valor “Contorno para platos” se codificó CO
- ▲ El valor “Plato con borde y base antideslizante” se codificó BO-BA
- ▲ El valor “Base antideslizante” se codificó BA
- ▲ El valor “Otro” se codificó X

- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69 o V77)

Para la V79: Utiliza bolsillo palmar

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69)

Para la V80: Utiliza guante de presión

- ▲ El valor “SI” se codificó SI
- ▲ El valor “NO” se codificó NO
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69)

Para la V81: Cantidad total de adaptaciones que el niño utiliza:

- ▲ El valor “1” se codificó 1
- ▲ El valor “2” se codificó 2
- ▲ El valor “3” se codificó 3
- ▲ El valor “4” se codificó 4
- ▲ El valor “5” se codificó 5
- ▲ El valor “6” se codificó 6
- ▲ El valor “7” se codificó 7
- ▲ El valor “8” se codificó 8
- ▲ El valor “9” se codificó 9
- ▲ El valor “10 o más” se codificó 10
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó (si se marcó NO en la V69)

Para la V82: Tiempo de uso de las adaptaciones: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera adaptación hasta el día de la primer evaluación. Se registró el dato en forma abierta, de fecha de prescripción (mes y año), y luego se realizó el cálculo de la cantidad de meses transcurridos desde la prescripción a la primera evaluación.

- ▲ El valor “6 meses a 12 meses” se codificó 6 a 12
- ▲ El valor “13 meses a 20 meses” se codificó 13 a 20
- ▲ El valor “21 meses a 27 meses” se codificó 21 a 27

- ▲ El valor “28 meses o más” codificó 28 o mas
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69)

Cabe destacar que los datos numéricos como por ejemplo “edad” y “tiempo de tratamiento de TO”, “tiempo de asistencia al CET”, “tiempo de uso de las ortesis”, y “tiempo de uso de las adaptaciones” fueron recolectados de forma abierta, tal cual se encontraban en la fuente (legajos o entrevistas/encuestas), y luego se procedió a traducirlos, según las escalas y codificaciones planteadas anteriormente.

Cabe destacar que los datos numéricos como por ejemplo “edad” y “tiempo de tratamiento de TO”, “tiempo de asistencia al CET”, “tiempo de uso de las ortesis”, y “tiempo de uso de las adaptaciones” fueron recolectados de forma abierta, tal cual se encontraban en la fuente (legajos o entrevistas/encuestas), y luego se procedió a traducirlos, según las escalas y codificaciones planteadas anteriormente.

Para la **V82: Tiempo de uso de las adaptaciones**: cantidad de tiempo medido en meses desde que el niño adquiere la primera adaptación hasta el día de la primer evaluación. Se registró el dato en forma abierta, de fecha de prescripción (mes y año), y luego se realizó el cálculo de la cantidad de meses transcurridos desde la prescripción a la primera evaluación.

- ▲ El valor “6 meses a 12 meses” se codificó 6 a 12
- ▲ El valor “13 meses a 20 meses” se codificó 13 a 20
- ▲ El valor “21 meses a 27 meses” se codificó 21 a 27
- ▲ El valor “28 meses o más” codificó 28 o mas
- ▲ El valor “NO CORRESPONDE” se codificó 0 (si se marcó NO en la V69)

Cabe destacar que los datos numéricos como por ejemplo “edad” y “tiempo de tratamiento de TO”, “tiempo de asistencia al CET”, “tiempo de uso de las ortesis”, y “tiempo de uso de las adaptaciones” fueron recolectados de forma abierta, tal cual se encontraban en la fuente (legajos o entrevistas/encuestas), y luego se procedió a traducirlos, según las escalas y codificaciones planteadas anteriormente.

Sistematización

Luego de que la información ha sido recolectada, los datos se volcaron, utilizando la codificación desarrollada anteriormente, en una planilla en formato digital de Microsoft

Excel denominada “Base de datos”. Las variables V1, V2 y V3 fueron sistematizadas en una hoja de cálculo denominada “VARIABLES NECESARIAS”. La misma estuvo compuesta por tantas filas como unidad de análisis conformaron la muestra (N=11), correspondiendo en cada fila a cada uno de los resultados de todas las variables necesarias de cada unidad de análisis.

La primera columna, se denominó UA, y en cada celda, se colocó el número asignado a cada unidad de análisis, seguido de la inicial de la investigadora que relevó la información. Dentro de la base de datos se incluyeron 6 cuadros diferenciados por color; el primero se denominó “adecuación total” (violeta), e incluye tres columnas, la primera “SIN PyTdA”, la segunda “CON PyTdA” y la tercera “DIFERENCIAS”. Dentro de las dos primeras se colocaron los resultados numéricos de la adecuación total de cada una de las unidades de análisis y seguidas del valor nominal. En la tercera columna denominada “DIFERENCIAS” se colocó el resultado de la diferencia, siguiendo la escala de esa variable.

Los siguientes 5 cuadros fueron denominados subvariables, y se le asignó a cada uno el nombre de cada una de las subvariables y un color: “DURACIÓN” (rosa), “PASOS” (celeste), “ESTÁNDARES SOCIALES” (amarillo), “COMPORTAMIENTOS ABERRANTES” (verde), “PRENSIÓN” (naranja). Estos se completaron con los resultados numéricos de las V1 Y V2 y el resultado de la V3, siguiendo la escala de la misma.

Para las subvariables PASOS, ESTÁNDARES SOCIALES Y COMPORTAMIENTOS ABERRANTES, se incluyó en las columnas siguientes un apartado denominado aspectos. Este fue dividido en dos secciones, una “SIN PyTdA” y la otra “CON PyTdA”. Ambas secciones fueron separadas en 3 cuadros correspondientes cada uno a una de las subvariables. Dentro de los cuadros correspondientes, a cada subvariable se le asignó una columna a cada aspecto contemplado dentro de la misma, quedando 6 columnas para la SV PASOS, 3 para la SV ESTÁNDARES SOCIALES y 3 para la SV COMPORTAMIENTOS ABERRANTES. Los mismos fueron completados con la codificación correspondiente a los aspectos de las subvariables.

Luego, la hoja de cálculo siguiente se denominó “VARIABLES SUFICIENTES”. Comenzó con las columnas UA y E, luego se subdividió la hoja en 3 cuadros, con el nombre del instrumento en el encabezado y un color: “datos personales” (amarillo),

“entrevista al responsable de la sala” (rojo) y “entrevista a la TO: “productos y tecnología de ayuda” (verde). Este último fue dividido en tres grandes secciones denominadas ortesis de miembro superior, ortesis de columna y adaptaciones con sus variables correspondientes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, a partir del trabajo de campo, se decidió omitir la sistematización de los datos de algunas variables. En principio, la variable CET, debido a que todos los niños asisten a la misma institución, y la variable tipo de jornada, porque en el CET donde se realizó el trabajo de campo la modalidad es de jornada simple. A partir de esto también se decidió omitir la variable cantidad de comidas dentro de la institución, debido a que por la modalidad de jornada simple, los niños realizan solo una comida dentro de la misma. Por el mismo motivo la escala de la variable comidas fue reducida a dos valores (desayuno- merienda).

Las variables relacionadas con DIAGNÓSTICO tampoco fueron sistematizadas debido a que su recolección fue abierta y el número de unidades de análisis que tenían datos sobre el tipo de parálisis cerebral era reducido.

Análisis y presentación

Los resultados de las variables se organizaron en subcapítulos, según sean correspondientes a variables necesarias y suficientes. También se diferenciaron las variables correspondientes a cada uno de los objetivos específicos de este trabajo. A su vez, dentro de las suficientes se diferenciaron categorías.

Para realizar el análisis cuantitativo se realizó un análisis centrado en la variable, ya que “cada variable de la matriz de datos “informa” sobre el comportamiento de nuestra población respecto de uno de sus aspectos relevantes” (Samaja, 1993, p.287). Se utilizaron herramientas de la estadística descriptiva para analizar los datos y así caracterizar la muestra.

Para cumplir el objetivo específico: “Identificar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” se analizaron los datos de la Variable 1 “V1: Adecuación del desempeño en alimentación sin productos y tecnología de ayuda” y las subvariables correspondientes: “V1subvariable1: duración sin productos y tecnología de

ayuda”; “V1 subvariable2: pasos sin productos y tecnología de ayuda”; “V1 subvariable3: estándares sociales sin productos y tecnología de ayuda”; “V1 subvariable4: comportamientos aberrantes sin productos y tecnología de ayuda”; y “V1 subvariable5: presión sin productos y tecnología de ayuda”. Para ello se realizó una tabla de distribución de frecuencias de la variable 1. También se realizó una tabla de distribución de frecuencias para cada valor de cada una de las subvariables de la variable 1. A su vez se realizó una tabla de distribución de frecuencia para los aspectos presentes y ausentes sin productos y tecnología de ayuda de las subvariables PASOS, ESTÁNDARES SOCIALES Y COMPORTAMIENTOS ABERRANTES. Las frecuencias porcentuales de la variable 1 fueron graficadas en un gráfico de columnas, y también se realizó un gráfico de columnas para cada una de las 5 subvariables de la variable 1.

Para cumplir el objetivo específico: “Identificar la de adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” se analizaron los datos de la Variable 2 “V2: Adecuación del desempeño en alimentación con productos y tecnología de ayuda” y las subvariables correspondientes: “V2 subvariable1: duración con productos y tecnología de ayuda”; “V2 subvariable2: pasos con productos y tecnología de ayuda”; “V2 subvariable3: estándares sociales con productos y tecnología de ayuda”; “V2 subvariable4: comportamientos aberrantes con productos y tecnología de ayuda”; y “V1 subvariable5: presión sin productos y tecnología de ayuda”. Para ello se realizó una tabla de distribución de frecuencias de la variable 2. También se realizó una tabla de distribución de frecuencias para cada valor de cada una de las subvariables de la variable 2. A su vez se realizó una tabla de distribución de frecuencia para los aspectos presentes y ausentes sin productos y tecnología de ayuda de las subvariables PASOS, ESTÁNDARES SOCIALES Y COMPORTAMIENTOS ABERRANTES. Las frecuencias porcentuales de la variable 2 fueron graficadas en un gráfico de columnas, y también se realizó un gráfico de columnas para cada una de las 5 subvariables de la variable 2.

Para “Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” e Alegre Fernandez, Ma. Lourdes- Sánchez, Ma. Belén. GRUPO 8

“Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”, se analizaron los 6 aspectos de la subvariable sin y con productos y tecnología de ayuda, y se confeccionaron tablas de distribución de frecuencia y gráfico de columnas.

Para “Identificar qué aspectos de estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” e “Identificar qué aspectos de estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”, se analizaron los tres aspectos de la subvariable estándares sociales sin y con productos y tecnología de ayuda, y se confeccionaron tablas de distribución de frecuencia y gráfico de columnas.

Para “Identificar qué comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” e “Identificar que comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”, se analizaron los tres aspectos de la subvariable comportamientos aberrantes sin y con productos y tecnología de ayuda, y se confeccionaron tablas de distribución de frecuencia y gráfico de columnas.

Para cumplir el objetivo específico: “Comparar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con y sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” se observaron las tablas y los gráficos generados a partir de los datos de las variables V1 y V2, sus subvariables y aspectos. Para esto se confeccionaron tablas y gráficos combinados de las frecuencias porcentuales de las variables V1 y V2, así como de las subvariables y sus aspectos.

Para responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de

parálisis cerebral durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017? Se analizaron los valores de las variables V1 y V2 para identificar las diferencias entre la adecuación del desempeño en alimentación con y sin productos y tecnología de ayuda. Estos valores fueron registrados, codificados, sistematizados y analizados en la variable “V3: Diferencia entre la adecuación en el desempeño en la alimentación con y sin productos y tecnología de ayuda”, para determinar si la adecuación en este contexto, mejoró, se mantuvo o empeoró y se volcaron los resultados en la columna asignada para esto dentro de la “Base de datos”. Se realizó el mismo procedimiento para las subvariables de la variable V3.

Para comprobar o refutar la hipótesis: “Los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral evidencian una mejora en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda, durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” se realizó una tabla de distribución de frecuencias de la variable “V3: Diferencia entre la adecuación en el desempeño en la alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda” para determinar cuál de los valores de la variable V3 (mejoró, se mantuvo o empeoró) tuvo mayor frecuencia. En esta instancia también se realizaron los mismos procedimientos para cada una de las subvariables de la variable V3: “V3 Subvariable1: Diferencia en la duración sin y con productos y tecnología de ayuda”; “V3 Subvariable2: Diferencia en la cantidad de pasos sin y con productos y tecnología de ayuda”; “V3 Subvariable3: Diferencia en los estándares sociales sin y con productos y tecnología de ayuda”; “V3 Subvariable4: Diferencia en los comportamientos aberrantes sin y con productos y tecnología de ayuda”; y “V3 Subvariable5: Diferencia en la presión sin y con productos y tecnología de ayuda”. Finalmente se realizó un gráfico de columnas en el que se volcaron la distribución de la frecuencia porcentual de la variable 3, así como de las 5 subvariables. También se confeccionó una tabla de distribución de frecuencia porcentual y un gráfico combinado de las frecuencias porcentuales de las subvariables de la variable 3.

Con estos procedimientos logramos finalmente “Analizar las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de

parálisis cerebral en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”, cumpliendo así nuestro objetivo general.

Para “Describir las características de las ortesis de miembro superior utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017”, se analizaron los resultados de las variables “*Ortesis de miembro superior*”: V22: “utilización de ortesis de miembro superior” y las V23, V26, V29, V32, V35, V38, V41, V44, V47, V50 y V53 que hacen referencia a la utilización de cada una de las ortesis según el segmento corporal (mano, muñeca, codo, hombro, muñeca-mano, muñeca-mano-dedos, codo-muñeca, codo-muñeca-mano, hombro-codo, hombro-codo-muñeca, hombro-codo-muñeca-mano), la “*Localización de la ortesis de miembro superior*” que describe los datos relacionados con la ubicación de cada una de las ortesis en el cuerpo del niño y en la dominancia. Estas incluyen las variables V24, V25, V27, V28, V30, V31, V33, V34, V36, V37, V39, V40, V42, V43, V45, V46, V48, V49, V51, V52, V54 y V55; y las “*Cantidades de ortesis de miembro superior*” que incluye a las variables V60: “cantidad total de ortesis de miembro superior” así como las cantidades según la localización de la ortesis: V56, V57, V58, y V59. Se analizó en este apartado, la V84 relacionada al tiempo de uso de ortesis de miembro superior. También se incluyeron tablas de distribución de frecuencias y gráficos de columnas de los tipos de ortesis de cada tipo que los niños utilizaban (datos brindados por los entrevistados en el apartado “observaciones” del instrumento)

Ortesis de miembro superior

- Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable (sólo las que obtuvieron frecuencia mayor a 0), gráfico de torta de cada una de ellas y luego se volcaron los datos a una tabla de frecuencia porcentual. Se presentaron los datos agrupados en un gráfico de columnas.

P V22: Utiliza ortesis de miembro superior- Cualitativa dicotómica

O-MS. **V23: Utiliza ortesis de mano-** Cualitativa politómica

O-MS. **V26: Utiliza ortesis de muñeca-** Cualitativa politómica

O-MS. **V29: Utiliza ortesis de codo-** Cualitativa politómica

O-MS. **V32: Utiliza ortesis de hombro-** Cualitativa politómica

O-MS. **V35: Utiliza ortesis de muñeca- mano-** Cualitativa politómica

O-MS. **V38: Utiliza ortesis de muñeca-mano-dedos-** Cualitativa politómica

O-MS. **V41: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano-** Cualitativa politómica

O-MS. **V44: Utiliza ortesis de codo-muñeca-mano-** Cualitativa politomica

O-MS. **V47: Utiliza ortesis de hombro-codo-** Cualitativa Politómica

O-MS. **V50: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-** Cualtitativa politomica

O-MS. **V53: Utiliza ortesis de hombro-codo-muñeca-mano-** Cualtitativa politomica

Los valores “NO CORRESPONDE” fueron omitidos de las tablas de distribución de frecuencia y gráficos. En sustitución se modificó el número de muestra, asignando al N, el número correspondiente a la cantidad de niños que “SI” utilizan ortesis de miembro superior.

Localización de la ortesis de miembro superior en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño y en relación a la dominancia

- Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable (tipo de ortesis de miembro superior que el niño utiliza, que obtuvieron frecuencia mayor a 0), gráfico de columnas de cada una de ellas y luego se volcaron los datos a una tabla de frecuencia porcentual. Se presentaron los datos agrupados en un gráfico de columnas.

LO V24: Localización de la ortesis de mano en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V25: Localización de la ortesis de mano en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V27: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V28: Localización de la ortesis de muñeca en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V30: Localización de la ortesis de codo en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V31: Localización de la ortesis de codo en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V33: Localización de la ortesis de hombro en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V34: Localización de la ortesis de hombro en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V36: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V37: Localización de la ortesis de muñeca-mano en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V39: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V40: Localización de la ortesis de muñeca-mano-dedos en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V42: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V43: Localización de la ortesis de codo-muñeca en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V45: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V46: Localización de la ortesis de codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V48: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V49: Localización de la ortesis de hombro-codo en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V51: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V52: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

LO V54: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la ubicación de la ortesis en el cuerpo del niño- Cualitativa politómica

LO V55: Localización de la ortesis de hombro-codo-muñeca-mano en relación a la dominancia del niño- Cualitativa politómica

Cantidades de ortesis de miembro superior.

- Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable (que obtuvieron frecuencia mayor a 0), y luego tablas de frecuencia absoluta combinadas. Se presentaron los datos en un gráfico de columnas.

C V60: Cantidad total de ortesis de miembro superior que el niño utiliza- Cualitativa politómica.

CO V56: Cantidad de ortesis de miembro superior derecho que el niño utiliza- Cuantitativa discreta

CO V57: Cantidad de ortesis de miembro superior izquierdo que el niño utiliza- Cuantitativa discreta

CO V58: Cantidad de ortesis homolateral a la dominancia que el niño utiliza- Cuantitativa discreta

CO V59: Cantidad de ortesis contralateral a la dominancia que el niño utiliza- Cuantitativa discreta

T V84: Tiempo de uso de las ortesis de miembro superior- Cualitativa politómica

Para “Describir las características de las ortesis de columna utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.”

Se analizó la categoría denominada “*Ortesis de columna*” que incluye las variables V61: “utilización de ortesis de columna” y las V62, V63, V64, V65, V66 y V67, las cuales hacen referencia a las ortesis de columna según el segmento de columna que abarcan, la V68 “cantidad total de ortesis de columna” y la V83 “tiempo de uso de la ortesis de columna”. También se incluyeron tablas de distribución de frecuencias y gráficos de columnas de los tipos de ortesis de cada tipo que los niños utilizaban.

Ortesis de columna

- Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable (sólo las que obtuvieron frecuencia mayor a 0), gráfico de torta de cada una de ellas y luego se volcaron los datos a una tabla de frecuencia porcentual. Se presentaron los datos agrupados en un gráfico de columnas.

P V61: Utiliza ortesis de columna y cuello- Cualitativa dicotómica

OC V62: Utiliza ortesis de columna sacro-ilíaca- Cualitativa politómica

OC V63: Utiliza ortesis de columna lumbo-sacra- Cualitativa politómica

OC V64: Utiliza ortesis de columna toraco-lumbo-sacra- Cualitativa politómica

OC V65: Utiliza ortesis de columna cervical- Cualitativa politómica

OC V66: Utiliza ortesis de columna cervico-toracica- Cualitativa politómica

OC V67: Utiliza ortesis de columna cervico-toraco-lumbo-sacra- Cualitativa politómica

Los valores “NO CORRESPONDE” fueron omitidos de las tablas de distribución de frecuencia y gráficos. En sustitución se modificó el número de muestra, asignando al N, el número correspondiente a la cantidad de niños que “SI” utilizan ortesis de columna.

C V68: Cantidad total de ortesis de columna que el niño utiliza- Cualitativa politómica.

T V83: Tiempo de uso de las ortesis de columna- Cualitativa politómica

Además en todos los casos se registraron los datos brindados por los entrevistados en el apartado “observaciones” del instrumento. A partir de esta información también se realizaron tablas de distribución de frecuencias y gráficos.

Para “Describir las características de las adaptaciones utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.” Se estudió la categoría denominada “*Adaptaciones*”. Ésta incluye a la utilización de adaptaciones (V69), y cada una de ellas: adaptaciones para el cubierto, vaso/taza, plato, bolsillo palmar y guante de presión. Las variables son: V70 V75, V77, V79 y V80. También se incluyeron en este segmento, las variables “cantidad total de adaptaciones”. “tiempo de uso de las adaptaciones” (V81 y V82).

Además en todos los casos se registraron los datos brindados por los entrevistados en el apartado “observaciones” del instrumento.

Adaptaciones

- Se realizaron tablas de distribución de frecuencias de cada variable (sólo las que obtuvieron frecuencia mayor a 0), gráfico de torta de cada una de ellas y luego se volcaron los datos a una tabla de frecuencia porcentual. Se presentaron los datos agrupados en un gráfico de columnas.

P V69: Utiliza adaptaciones durante la alimentación- Cualitativa dicotómica

A V70: Utiliza adaptaciones para el cubierto- Cualitativa politómica

A V75: Utiliza adaptaciones para el vaso/taza- Cualitativa politómica

A V77: Utiliza adaptaciones para el plato- Cualitativa politómica

A V79: Utiliza bolsillo palmar- Cualitativa politómica

A V80: Utiliza guante de presión- Cualitativa politómica

Los valores “NO CORRESPONDE” fueron omitidos de las tablas de distribución de frecuencia y gráficos. En sustitución se modificó el número de muestra, asignando al N, el número correspondiente a la cantidad de niños que “SI” utilizan adaptaciones.

- A partir de los resultados de las V70, V75 y V77 se realizaron tablas de distribución de frecuencias y gráficos de columnas de las variables:

V71: Tipo de adaptación para el cubierto en relación a la longitud del mango-
Cualitativa politómica

V73: Tipo de adaptación para el cubierto en relación al ancho del mango-
Cualitativa politómica

V76: Tipo de adaptación para el vaso/taza- Cualitativa politómica

V78: Tipo de adaptación para el plato- Cualitativa politómica

Los valores “NO CORRESPONDE” fueron omitidos de las tablas de distribución de frecuencia y gráficos. En sustitución se modificó el número de muestra, asignando al N, el número correspondiente a la cantidad de niños que “SI” utilizan adaptaciones de cubierto, vaso/taza y plato.

A partir del análisis de estas agrupaciones de variables se logró “Analizar las características de los productos y tecnología de ayuda utilizados durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral en un Centro Educativo Terapéutico en la provincia de Buenos Aires en el año 2017”.

Productos y tecnología de ayuda

- Luego del análisis de las variables individualmente, en este apartado se realizaron tablas de frecuencias incluyendo datos de Ortesis de miembro superior, de columna y de Adaptaciones, y se presentaron los datos en un gráfico de columnas agrupadas.

P V69: Utiliza adaptaciones durante la alimentación- Cualitativa dicotómica

P V61: Utiliza ortesis de columna y cuello- Cualitativa dicotómica

P V22: Utiliza ortesis de miembro superior- Cualitativa dicotómica

Cantidad de productos y tecnología de ayuda

C V60: Cantidad total de ortesis de miembro superior que el niño utiliza-
Cualitativa politómica.

C V68: Cantidad total de ortesis de columna que el niño utiliza- Cualitativa politómica.

C V81: Cantidad total de adaptaciones que el niño utiliza: Cualitativa politómica.

Tiempo de uso de productos y tecnología de ayuda

T V82: Tiempo de uso de las adaptaciones- Cualitativa politómica

T V83: Tiempo de uso de las ortesis de columna- Cualitativa politómica

T V84: Tiempo de uso de las ortesis de miembro superior- Cualitativa politómica

Para analizar las variables suficientes mismas se realizaron procedimientos de la estadística descriptiva, y en los casos de las variables cuantitativas, también se realizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Algunos datos fueron agrupados en categorías para su análisis y presentación. El criterio de agrupación estuvo basado en la temática de las variables y en la similitud de sus escalas.

La agrupación denominada “*Caracterización de la muestra*” incluye las variables V4, V5, V10, V11 y V13 que hacen referencia a datos personales de los niños, como edad, sexo, turno al que asiste, tiempo de asistencia al CET y tiempo de tratamiento de TO.

La titulada “*Alimentación en CET*” contiene datos obtenidos de la entrevista a responsable de la sala, a cerca de las comidas en la institución, el tipo de alimento, el contexto físico, contexto social, responsable de la actividad, contexto temporal y cantidad de niños que participan de la actividad (V15, V16, V17, V18, V19, V20 y V21).

Caracterización de la muestra

V4: edad- Cuantitativa continua

- Tabla de distribución de frecuencias
- Gráfico de columnas
- Medida de tendencia central: media
- Medida de dispersión: desviación estándar

V5: sexo- Cualitativa dicotómica

- Tabla de distribución de frecuencias
- Grafico de torta

V10: Tiempo de asistencia en CET- Cuantitativa continua

- Tabla de distribución de frecuencias
- Gráfico de columnas
- Medida de tendencia central: media
- Medida de dispersión: desviación estándar

V11: Tiempo de tratamiento de TO- Cuantitativa continua

- Tabla de distribución de frecuencias
- Gráfico de columnas
- Medida de tendencia central: media
- Medida de dispersión: desviación estándar

V13: Turno al que asiste- Cualitativa dicotómica

- Tabla de distribución de frecuencias
- Grafico de torta

Alimentación en el CET

V15: Comidas que recibe dentro de la institución- Cualitativa dicotómica

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de torta-

V16: Tipo/s de alimento/s- Cualitativa politómica

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de columnas

V17: Contexto físico de la alimentación- Cualitativa dicotómica

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de torta

V18: Contexto social de la alimentación- Cualitativa politómica. Para graficarla se utilizaron dos valores de la escala. Se omitieron del gráfico los valores que obtuvieron frecuencia 0.

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de torta

V19: Cantidad de niños que participan de la alimentación- Cualitativa politómica. Para graficarla se utilizaron dos valores de la escala. Se omitieron del gráfico los valores que obtuvieron frecuencia 0.

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de torta

V20: Contexto temporal de la alimentación- Cualitativa politómica. Para graficarla se utilizaron dos valores de la escala. Se omitieron del gráfico los valores que obtuvieron frecuencia 0.

- Tabla distribución de frecuencias
- Gráfico de torta

V21: Coordinación de la actividad de alimentación- Cualitativa politómica. Para graficarla se utilizaron dos valores de la escala. Se omitieron del gráfico los valores que obtuvieron frecuencia 0.

- Tabla de distribución de frecuencias
- Gráfico de torta

2.3 RESULTADOS

Caracterización de la muestra

Para realizar el estudio se han evaluado a 11 niños, y se entrevistaron a 3 responsables de salas y 3 Terapistas Ocupacionales.

La muestra fue constituida por 11 niños que asisten a un Centro Educativo Terapéutico de la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

Con respecto a la edad el 45% de los niños tiene 6 años y el 27 % 10 años, el porcentaje restante posee 7 (18%) y 9 (9%) años. (GRÁFICO N°1). La media etárea es de 7,55.

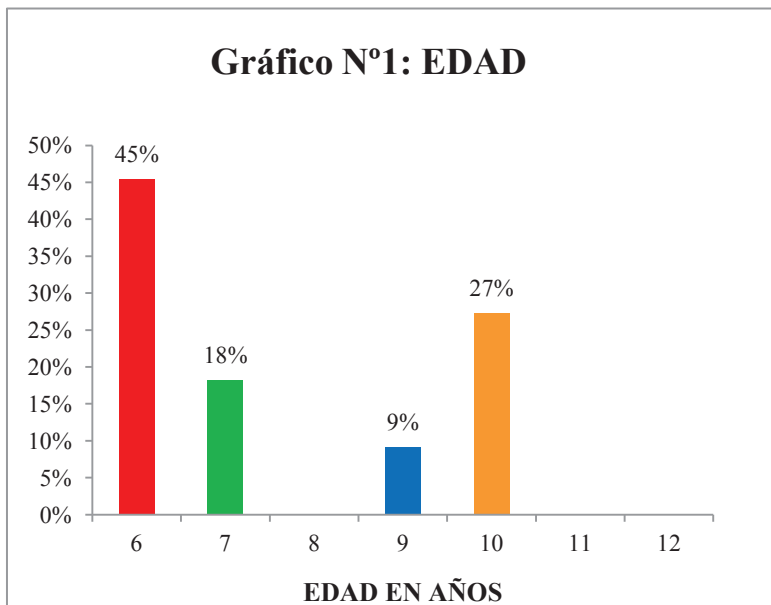


GRÁFICO N°1
"Distribución de frecuencia porcentual EDAD" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En relación al "sexo" la mayoría (64%) de los niños es de sexo masculino y el 36% restante es de sexo femenino. (GRÁFICO N°2)

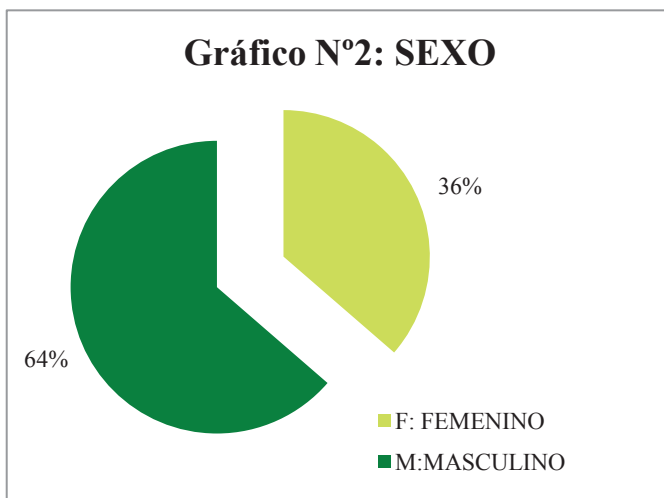


GRÁFICO N°2 "Distribución de frecuencia porcentual SEXO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=11

La totalidad de la muestra asiste al CET en jornada simple, el 55% de los niños lo hace en el turno tarde y el 45% en turno mañana. (GRÁFICO N°3)

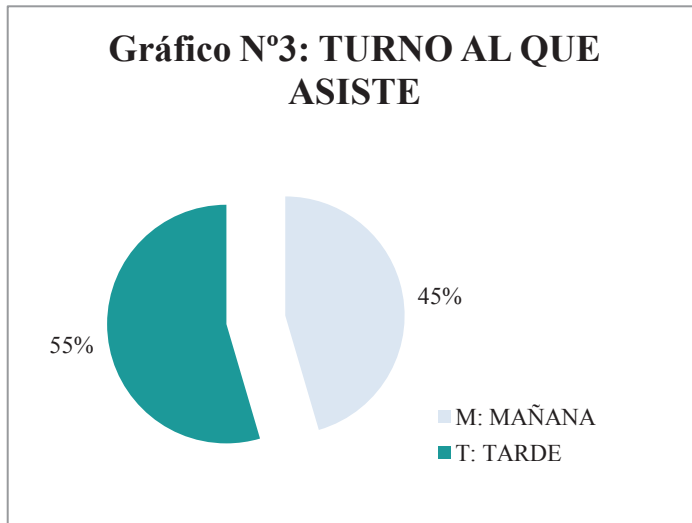


GRÁFICO N°3 "Distribución de frecuencia porcentual TURNO AL QUE ASISTE" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Con respecto al tiempo de asistencia al CET, El 72% de la muestra asiste al CET desde hace 1 (36%) y 2 años (36%), mientras que el 28% lo hace desde 3(9%), 4(9%) y 6(9%) años. (GRÁFICO N°4). La media de esta variable es de 2,27 años.

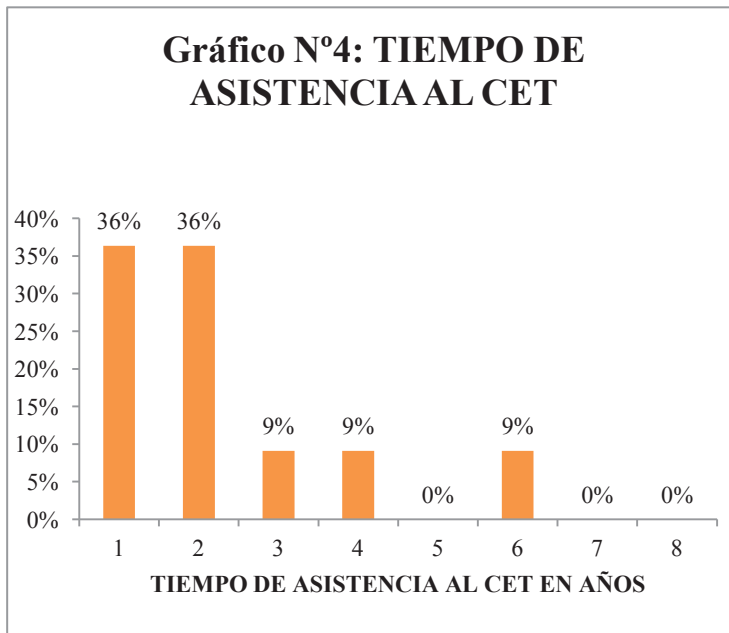


GRÁFICO N°4 "Distribución de frecuencia porcentual TIEMPO DE ASISTENCIA AL CET" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

El tiempo de tratamiento de Terapia Ocupacional en el 45% de los casos es de 2 años, el 36% de 1 año y el 18% de 3 años. (GRÁFICO N°5), dando como resultado una media de 1,82 años

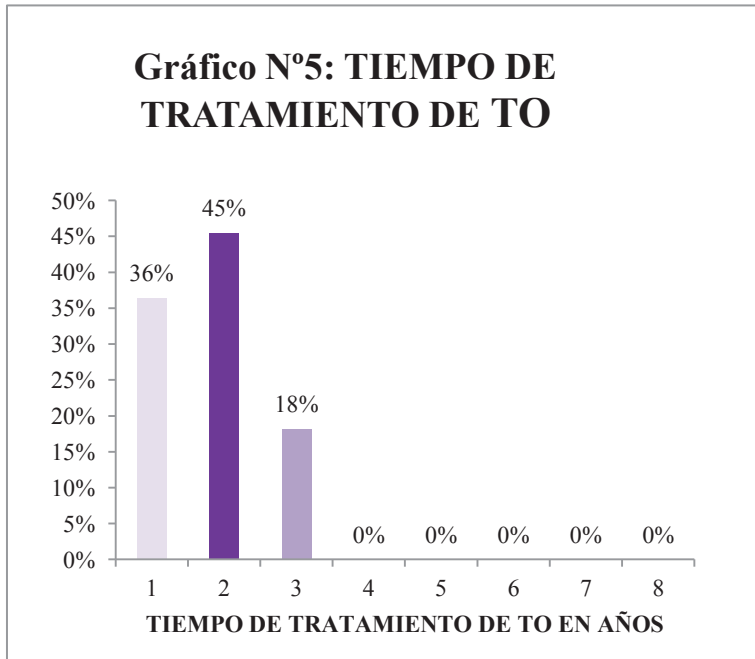


GRÁFICO N°5
"Distribución de frecuencia porcentual TIEMPO DE TRATAMIENTO DE TO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Alimentación en el CET

Respecto a la alimentación debido a la modalidad simple del CET los niños reciben sólo una comida dentro del mismo. En el 55% de los casos la merienda (T.T) y en el restante 45% el desayuno (T.M). (GRÁFICO N°6)

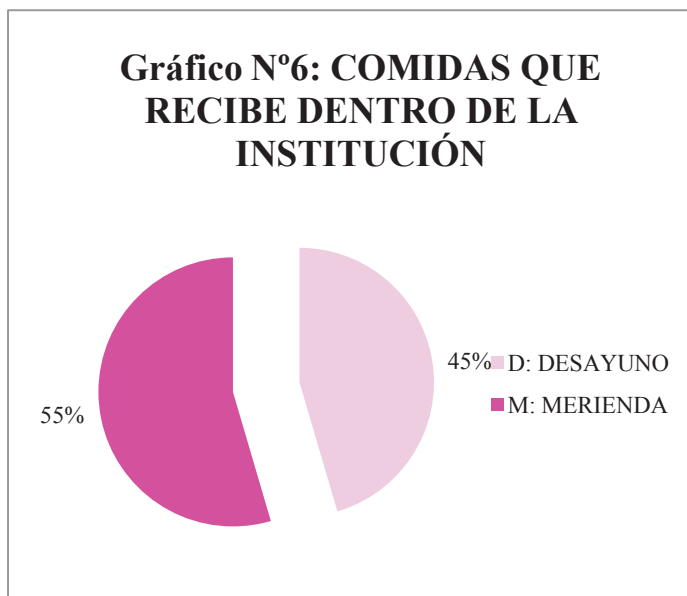


GRÁFICO N°6 "Distribución de frecuencia porcentual COMIDAS QUE RECIBE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

El tipo de alimento para la mayoría (55%) es semi-sólido, en cambio para el 27% líquido y sólido y para el 18% restante líquido, semi-sólido y sólido. (GRÁFICO N°7)

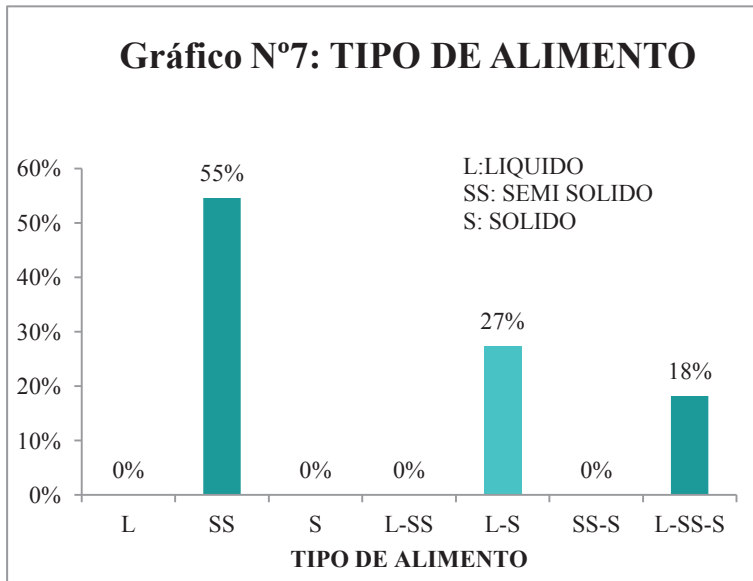


GRÁFICO N°7 "Distribución de frecuencia porcentual TIPO DE ALIMENTO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

La gran mayoría (91%) se alimenta dentro de la sala (GRÁFICO N°8) con sus compañeros (GRÁFICO N°9), y la actividad se encuentra a cargo de un responsable de grupo y un auxiliar (GRÁFICO N°12). En todos los casos en los que la alimentación es con compañeros la cantidad de niños que participan es menor a 8 niños. (GRÁFICO N°10) Sólo el 9% (1 caso) lo hace fuera de la misma sin compañeros, siendo el responsable de la actividad la mamá (otros). El 55% de los niños disponen de un tiempo de 30 minutos para la alimentación en el CET. El 45% dispone de menos de 30 minutos. (GRÁFICO N°11).



GRÁFICO N° 8 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: CONTEXTO FÍSICO DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

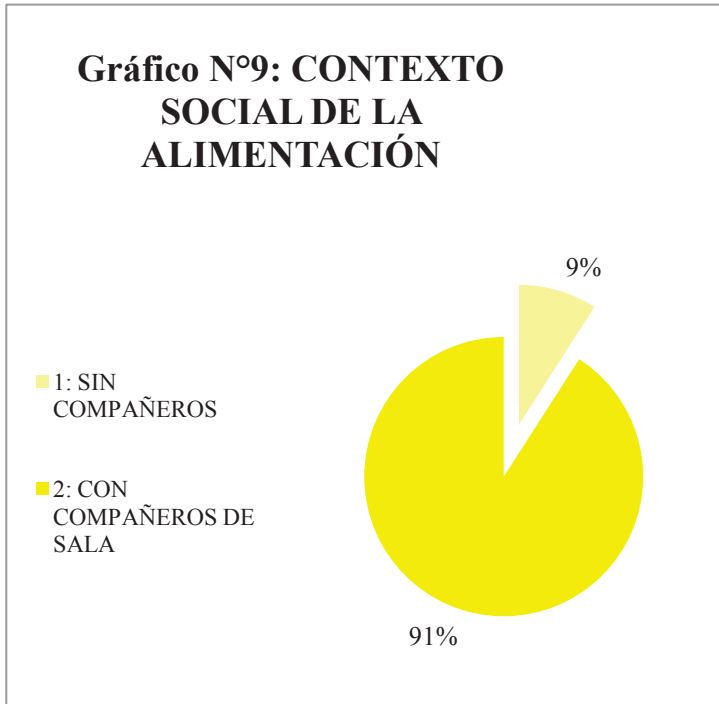


GRÁFICO N°9" Distribución de frecuencia porcentual CONTEXTO SOCIAL DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11



GRÁFICO N°10 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: CANTIDAD DE NIÑOS QUE PARTICIPAN DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

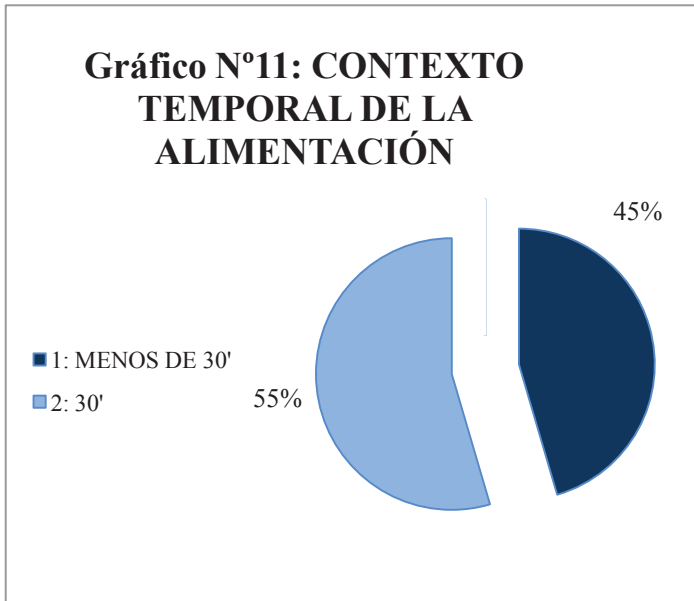


GRÁFICO N°11 "Distribución de frecuencia porcentual CONTEXTO TEMPORAL DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

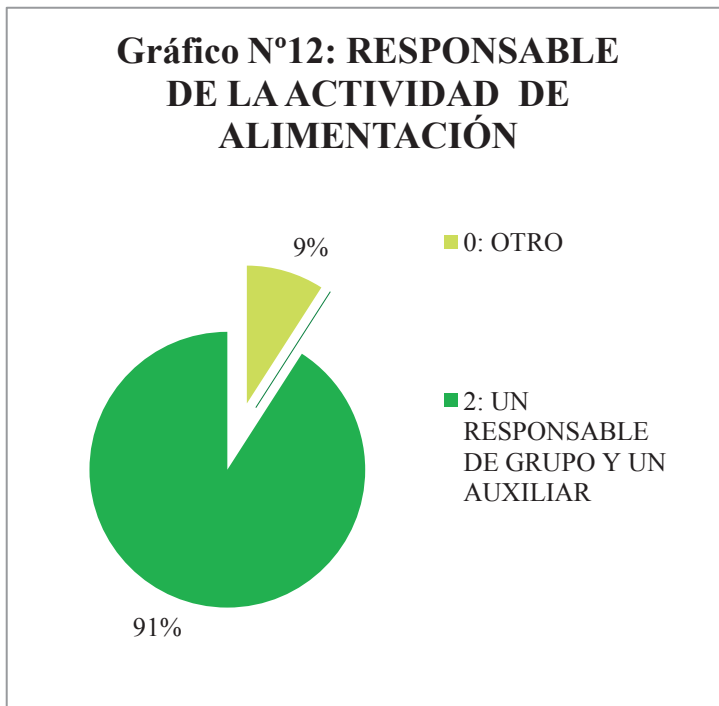


GRÁFICO N°12 "Distribución de frecuencia porcentual RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD DE ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

2.A Describir las características de las ortesis de miembro superior utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

Ortesis de miembro superior

La mayor proporción (91%) de la muestra utiliza ortesis de miembro superior (GRÁFICO N°13). Dentro de la escala presentada en el instrumento de 11 ortesis de miembro superior según el segmento corporal que incluye, los tipos de ortesis señalados fueron 2: “CODO” (GRÁFICO N°14) y “MUÑECA-MANO” (GRÁFICO N°15) De estos 10 niños que utilizan ortesis de miembro superior el 90% utilizan ortesis de muñeca-mano, y el 60% utiliza ortesis de codo (GRÁFICO N°16).

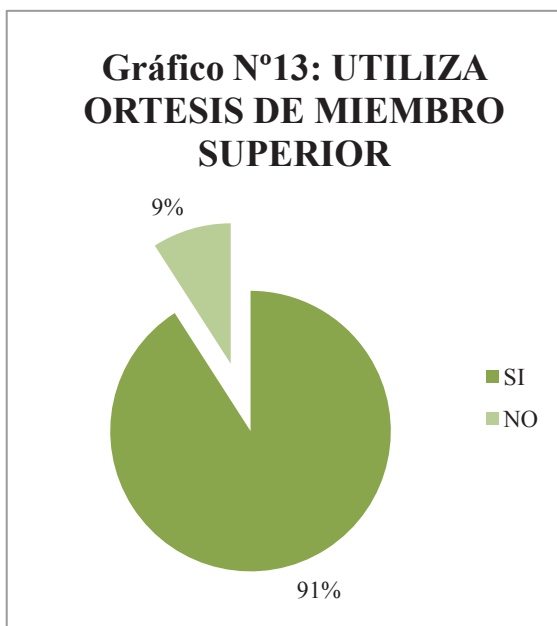


GRÁFICO N°13 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

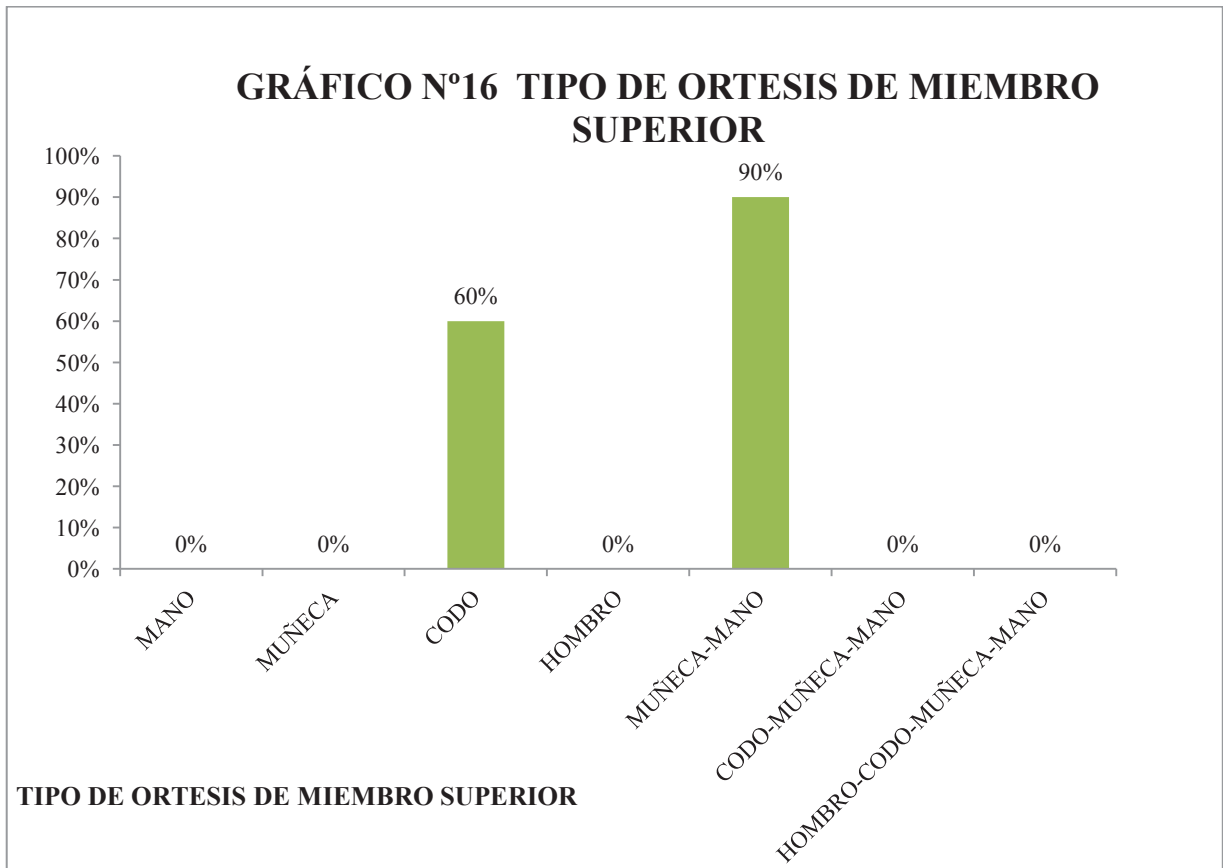


GRÁFICO N°16 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

Según la localización, tanto las ortesis de codo (GRÁFICO N°17 y N°18), como las de muñeca-mano (GRÁFICO N°19 y N°20), estaban indicadas para ambos miembros superiores, por lo que no existía diferenciación entre ubicación en el cuerpo (derecha o izquierda) ni relación con la dominancia del niño (contralateral u homolateral). (GRÁFICO N°21).

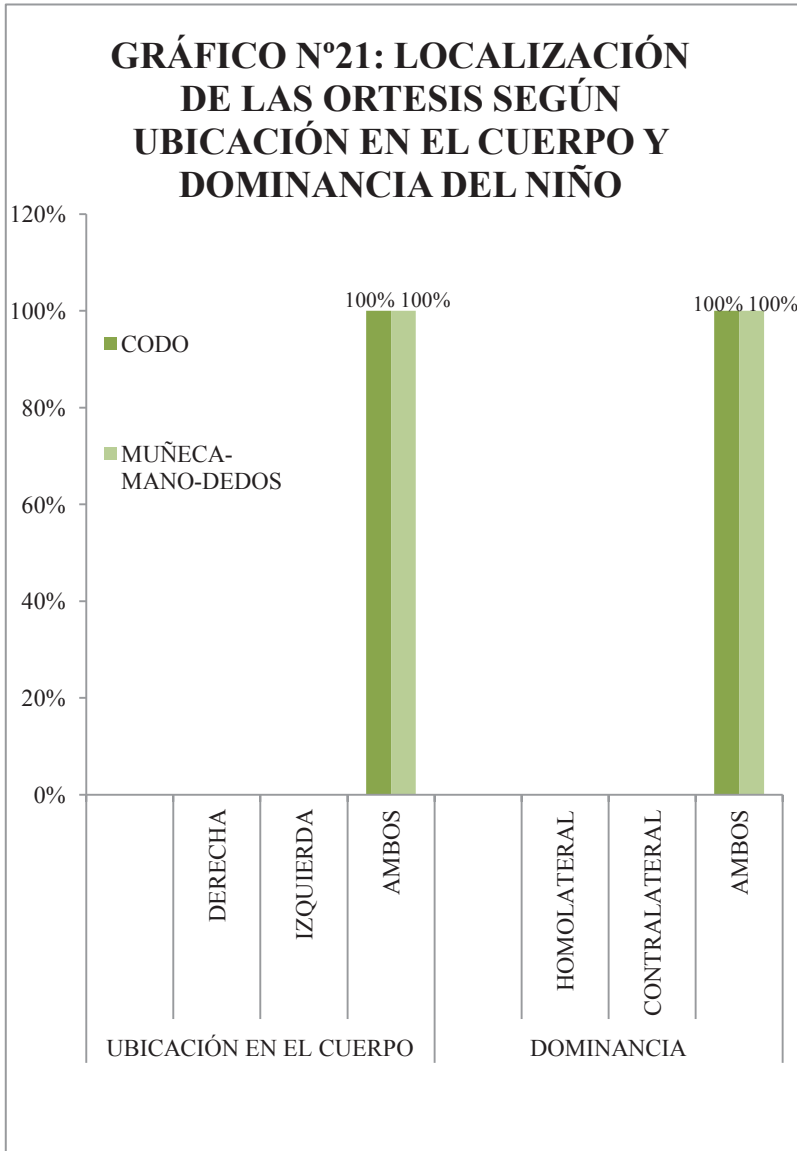


GRÁFICO N°21 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES LOCALIZACIÓN DE LAS ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR EN RELACION A LA UBICACIÓN EN EL CUERPO Y LA DOMINANCIA DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 (CODO N=6, MUÑECA-MANO-DEDOS N=9)

En relación al material, todas las Terapistas Ocupacionales refirieron que las ortesis son de Neoprene. Las ortesis de codo mencionadas entre los 6 niños que las utilizan fueron “FLEXORA” y “EXTENSORA” (GRÁFICO N°22). Ésta última estaba indicada en el 67% de los casos. El restante 34%, se distribuyó de forma equitativa entre el tipo flexora (17%) y no especificado (17%). Con respecto a las ortesis de muñeca-mano, el 44% de los 9 niños tenían ortesis “BENIK Y BOOMERANG”, el 22% de los niños tenían férulas “BENIK”, y del 33% restante, el 11% poseía “BENIK BALLEENADA”, otro 11% “BENIK BALLEENADA Y BOOMERANG” y el otro 11% no especifico el tipo de Ortesis que el niño utiliza. (GRÁFICO N°23)

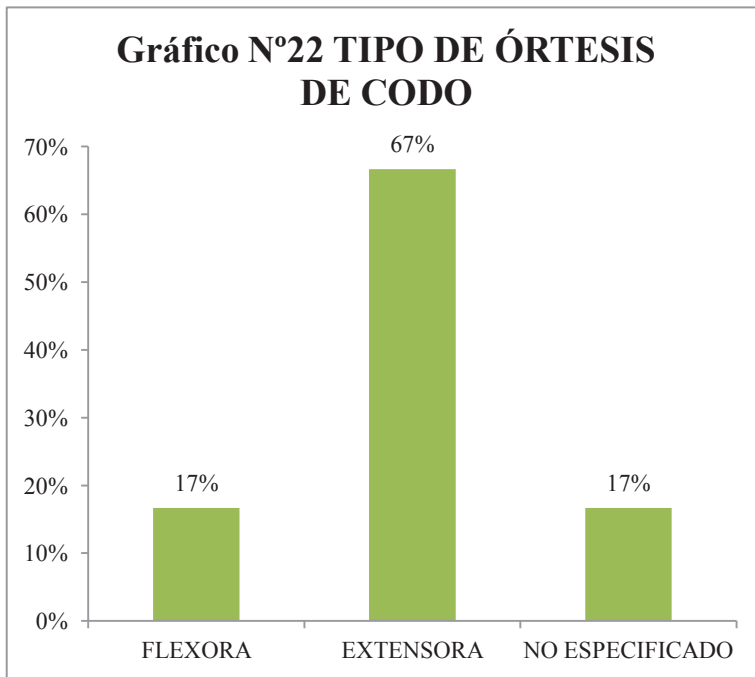


GRÁFICO N° 22
DISTRIBUCION DE
FRECUENCIA
PORCENTUAL: "TIPO DE
ÓRTESIS DE CODO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=6

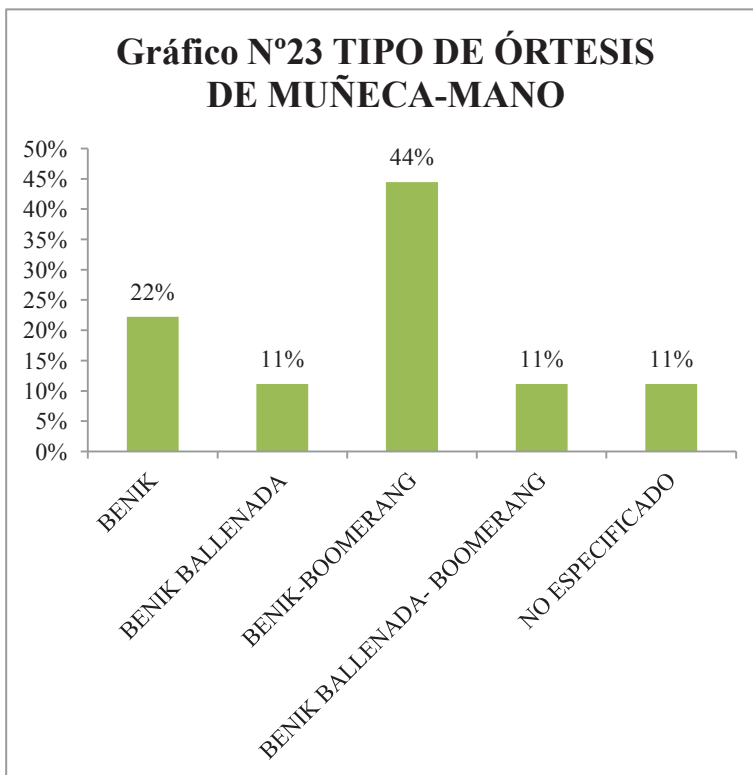


GRÁFICO N°23
DISTRIBUCION DE
FRECUENCIA
PORCENTUAL: "TIPO DE
ÓRTESIS DE MUÑECA-
MANO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=9

De los niños que utilizan ortesis de miembro superior (10), la mitad (5) utiliza sólo una ortesis de miembro superior y la otra mitad (5) dos ortesis de miembro superior. (GRÁFICO N°24).

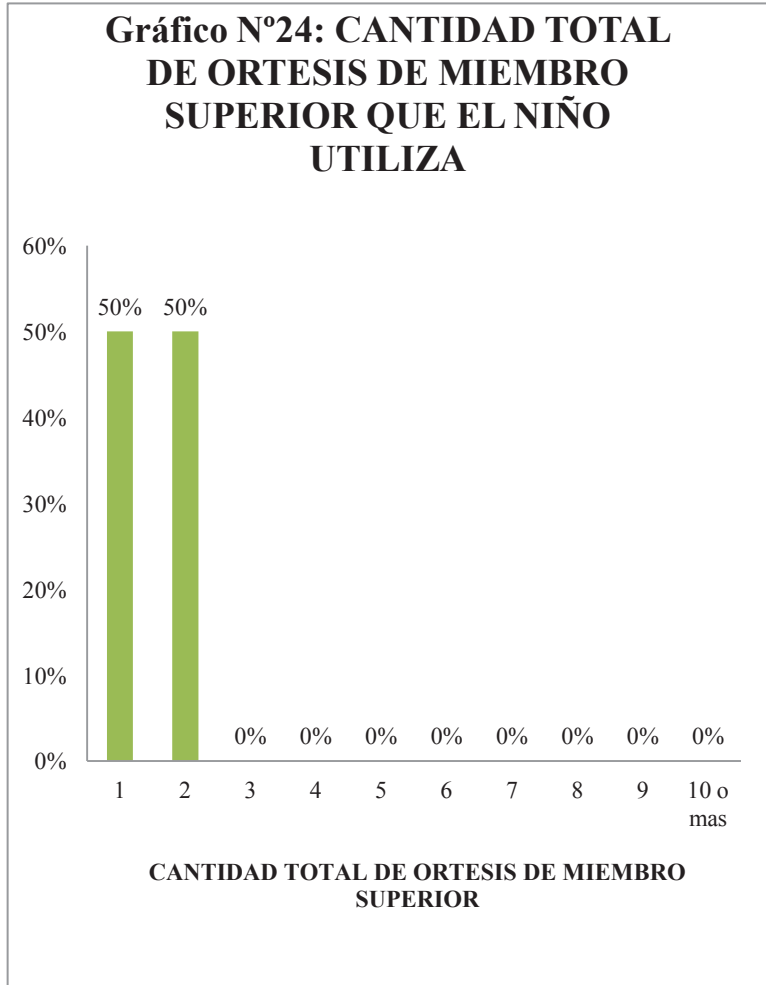


GRÁFICO N°24
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: CANTIDAD TOTAL DE ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

En relación al tiempo de uso, la mayoría (60%), la/s utiliza/s desde hace 6 a 12 meses. Del 40% restante, el 20% la/s utiliza/s desde hace 21 a 27 meses, de 13 a 20 meses el 10% y el otro 10% hace 28 o más. (GRÁFICO N°25)

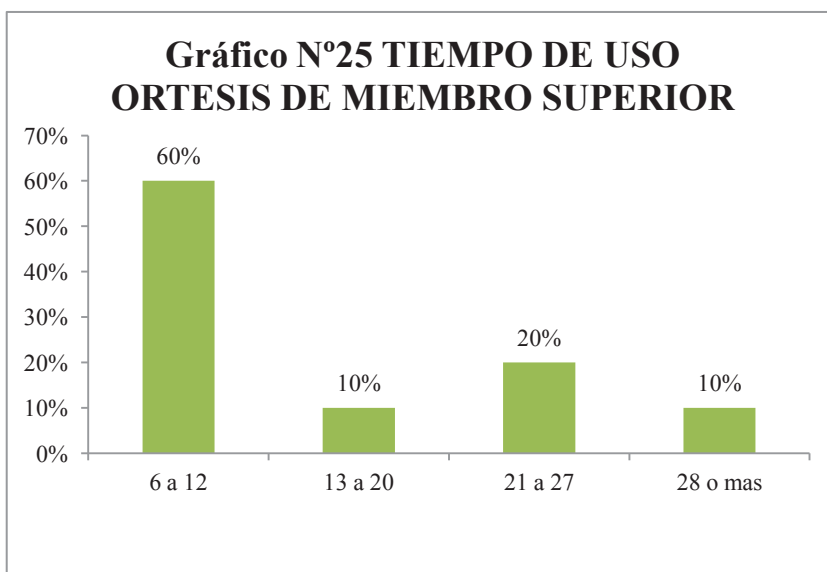


GRÁFICO N°25
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIEMPO DE USO DE ORTESIS" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

2.B Describir las características de las ortesis de columna utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

Ortesis de columna

De los once niños, el 64% utiliza ortesis de columna (GRÁFICO N°26). De los 7 niños que utilizan ortesis de columna el 71% utiliza ortesis de tipo toraco-lumbo-sacra (GRÁFICO N° 27). El mismo porcentaje utiliza ortesis cervical (GRÁFICO N°28).

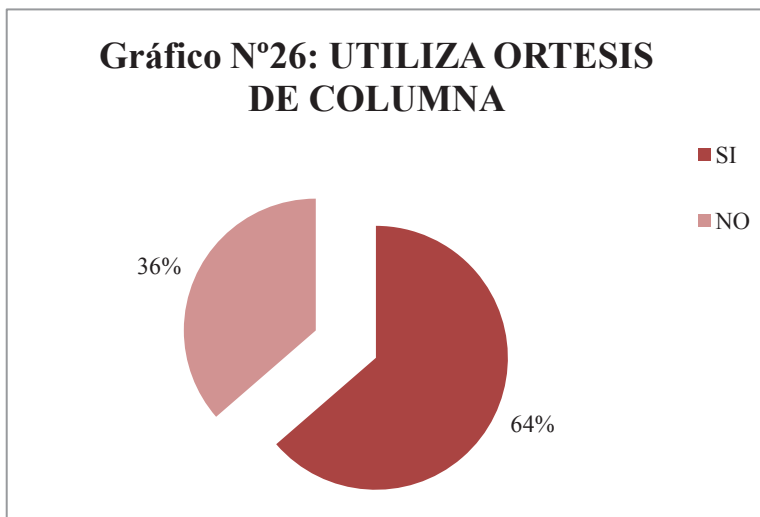


GRÁFICO N°26 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

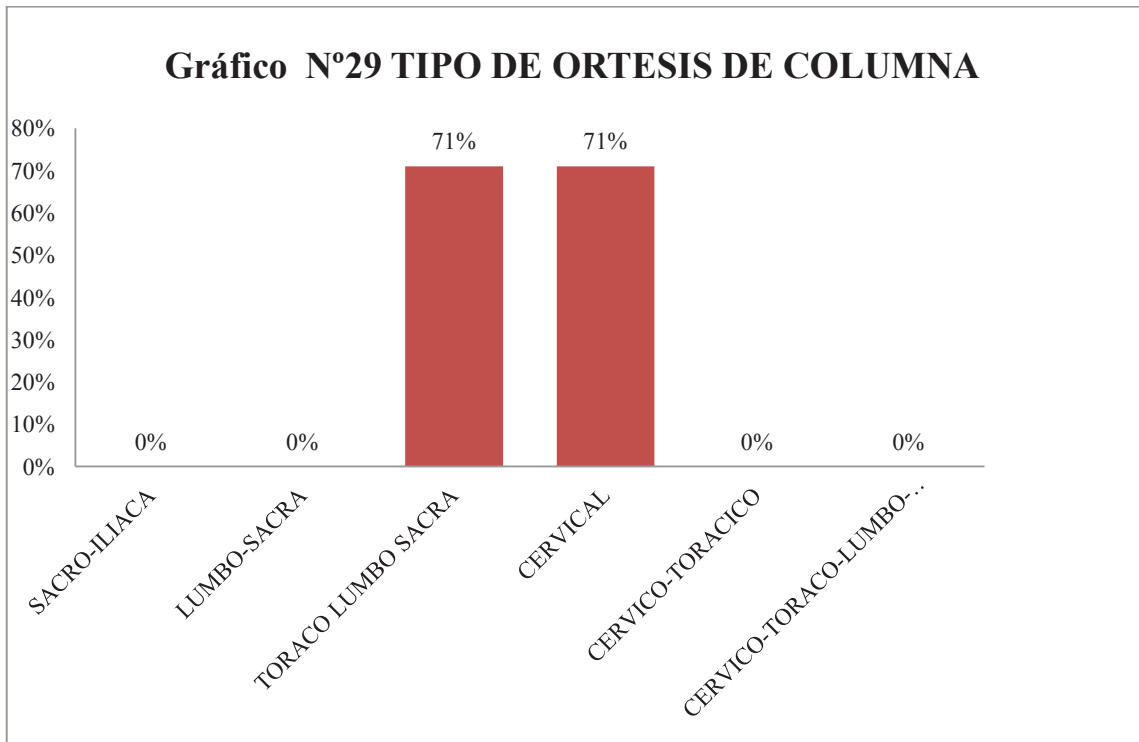


GRÁFICO N°29 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

En relación al tipo de ortesis de columna toraco-lumbo-sacra, el 60% utiliza SPIO, el restante 40% utiliza faja de neoprene, el 20% con 3 ballenas, y el porcentaje restante sin ballenas. En relación al tipo de SPIO, el mismo es de tipo TLSO, con Panel Posterior con opción de ballenado (GRÁFICO N°30)

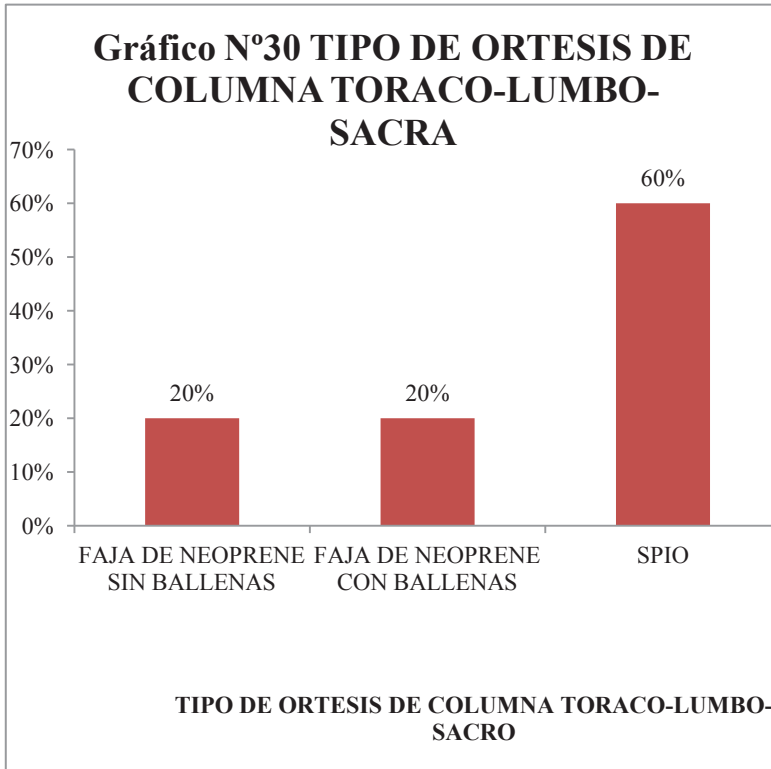


GRÁFICO N°30 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL: TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=5

Las ortesis de columna cervical que utilizaban, el 60% era de goma espuma con forro de tela, el 20% el collar headmaster, y el 20% restante un collar de cuero con forro de tela diseñado por los padres del niño (GRÁFICO N°31)

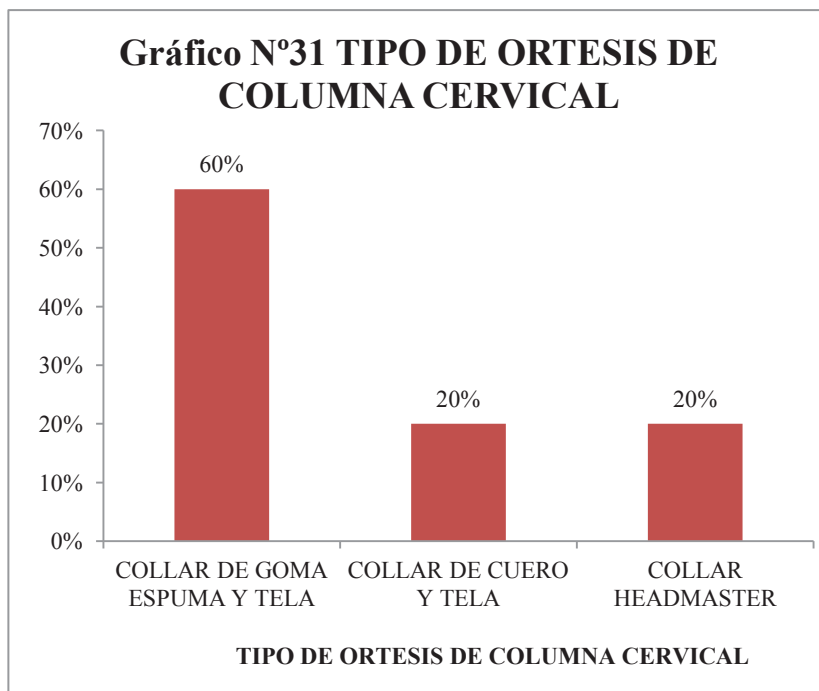


GRÁFICO N°31 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL: TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA CERVICAL" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=5

De los 7 niños que utilizan ortesis de columna, la mayoría (5) utiliza solo una, el resto (2) utiliza dos ortesis de columna. (GRÁFICO N°32)

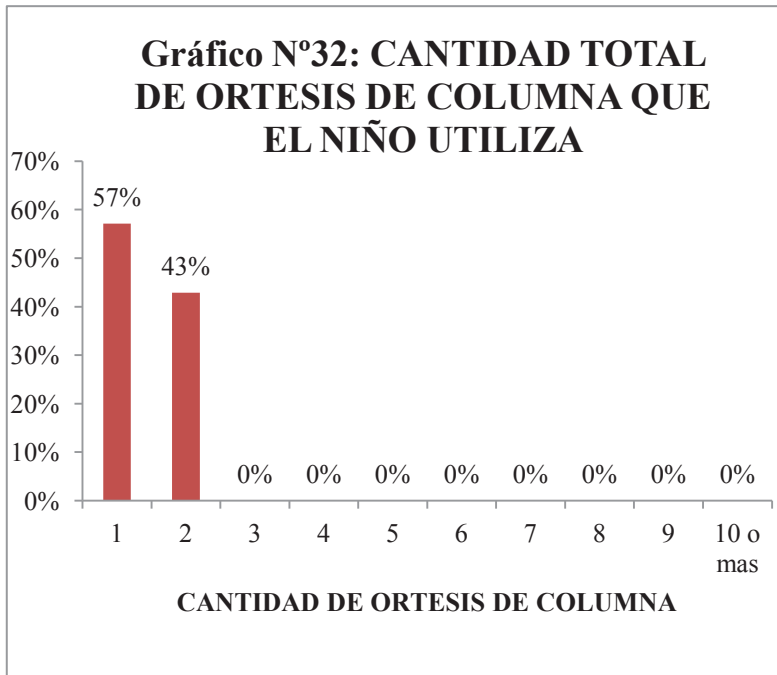


GRÁFICO N°32:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE V: CANTIDAD DE ORTESIS DE COLUMNA QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

El tiempo de uso, fue recabado en forma conjunta de todas las ortesis, siendo que la gran mayoría (71%) las utiliza desde hace 6 a 12 meses, el restante la utiliza desde hace 21 a 27 meses (GRÁFICO N°33).

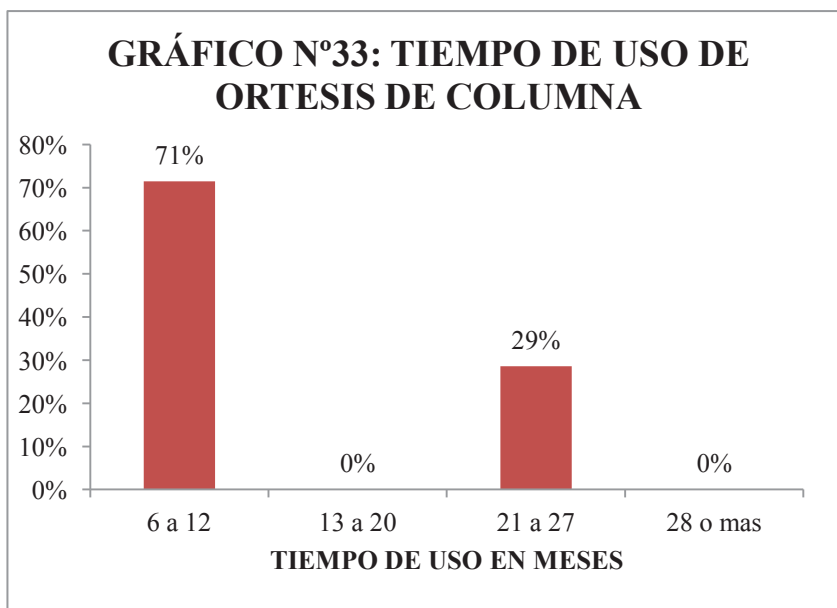


GRÁFICO N°33:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIEMPO DE USO DE ORTESIS DE COLUMNA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

2.C Describir las características de las adaptaciones utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

Adaptaciones

De los 11 niños, 7 (64%) poseen adaptaciones (GRÁFICO N°34). De estos 7 niños, la mayoría (43%) utiliza guante de presión (GRÁFICO N°43), y sólo 1 niño (14%) utiliza bolsillo palmar (GRÁFICO N°42). El 29% (2 casos) utiliza adaptación de cubierto (GRÁFICO N°35). Todos los niños que las utilizan en relación a la longitud del mango es de tipo angulado (GRÁFICO N°36) y en relación al ancho del mango el mismo es engrosado (GRÁFICO N°37).

El 43% utiliza adaptación de vaso (GRÁFICO N°38), de los niños que utilizan adaptación para vaso (3 casos) el 67% es de tipo asas y bombilla y el 33% restante es un vaso con tapa y bombilla (otro) (GRÁFICO N°39).

Solo un niño utiliza adaptación para plato (GRÁFICO N°40) y la misma es de tipo con borde y base antideslizante (GRÁFICO N°41).

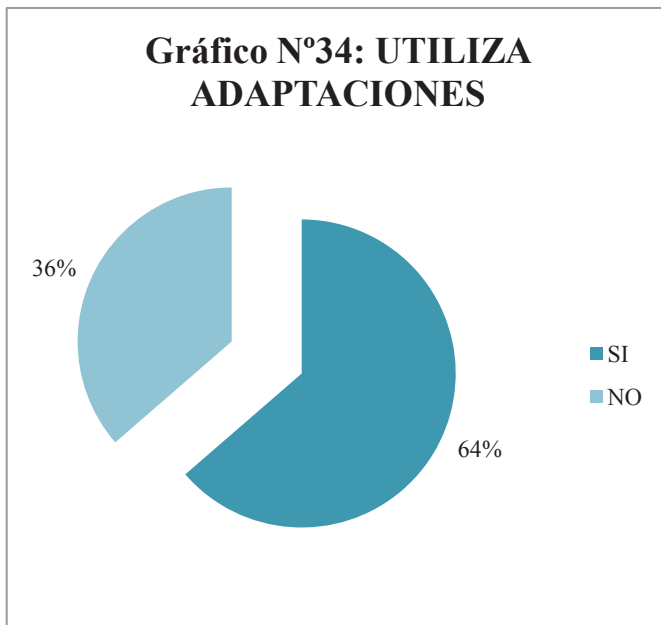


GRÁFICO N°34 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

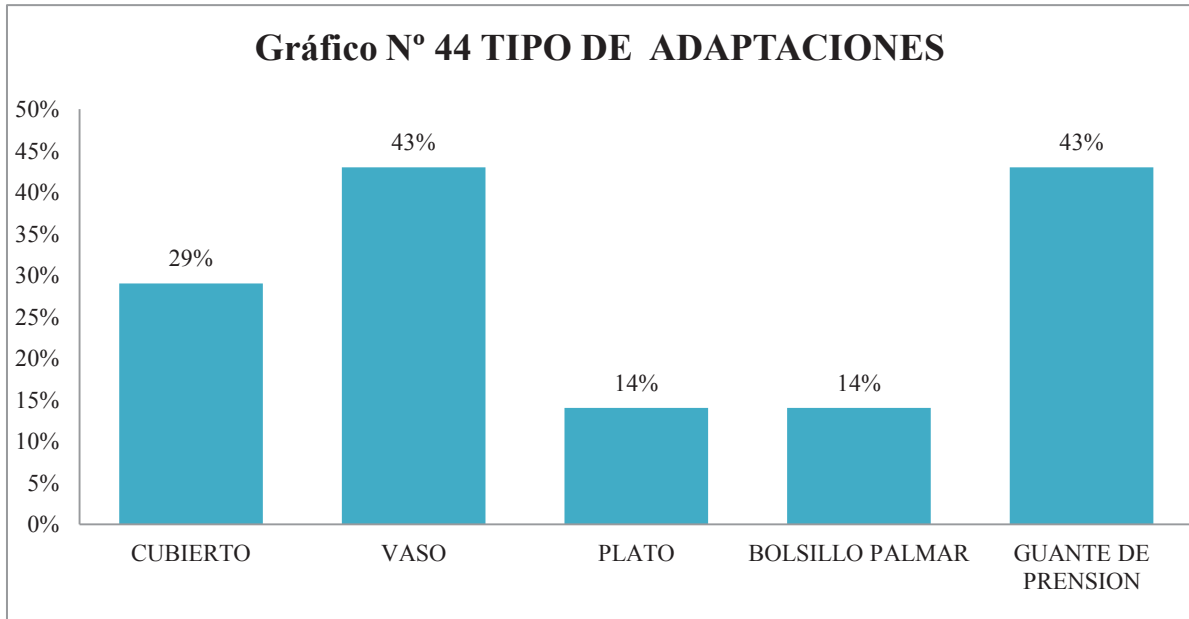


GRÁFICO N°44 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

En relación a la cantidad de adaptaciones, de los 7 niños que las utilizan, la mayoría (5) posee solo 1 adaptación. Otros 2 niños poseen 2 adaptaciones y solo 1 niño posee 4 adaptaciones. (GRÁFICO N°45).

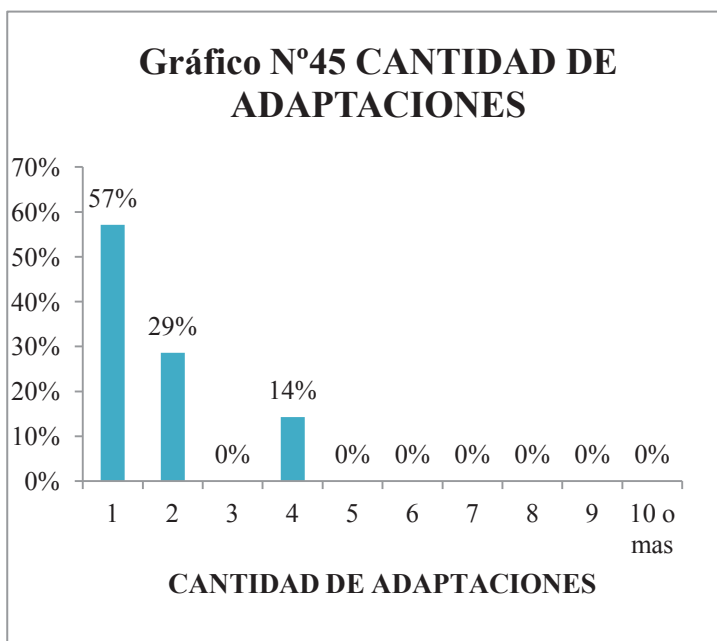


GRÁFICO N°45: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE V: CANTIDAD TOTAL DE ADAPTACIONES QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

De los 7 niños que usan adaptaciones, la gran mayoría (86%) lo hace desde hace 6 a 12 meses. El 14% restante (1 caso) la utiliza desde hace 21 a 27 meses. (GRÁFICO N°46)

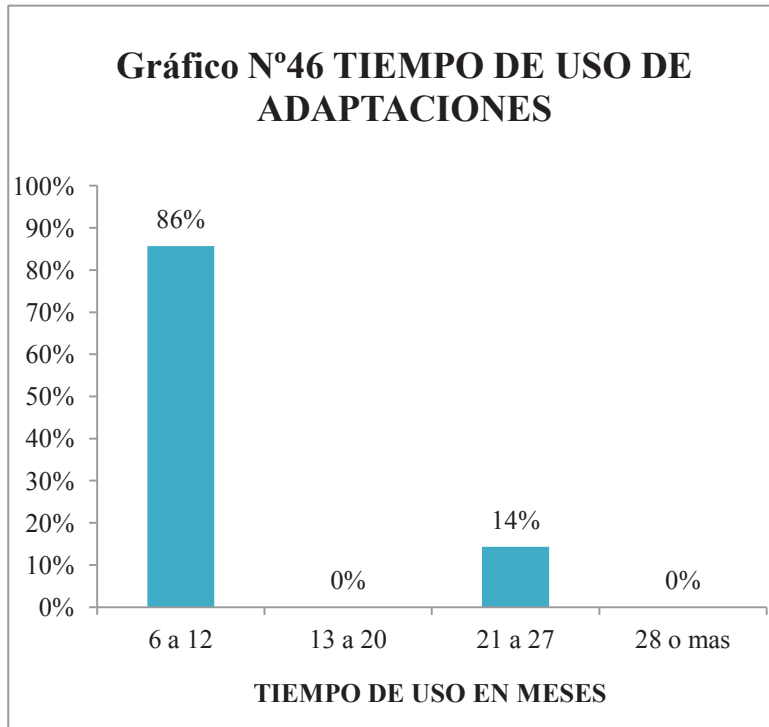


GRÁFICO N°46
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIEMPO DE USO DE ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

Productos y tecnología de ayuda

De los once niños, la gran mayoría (91%) utiliza ortesis de miembro superior. En menor número (64%) utilizan ortesis de columna, y en igual proporción poseen adaptaciones. (GRÁFICO N°47)

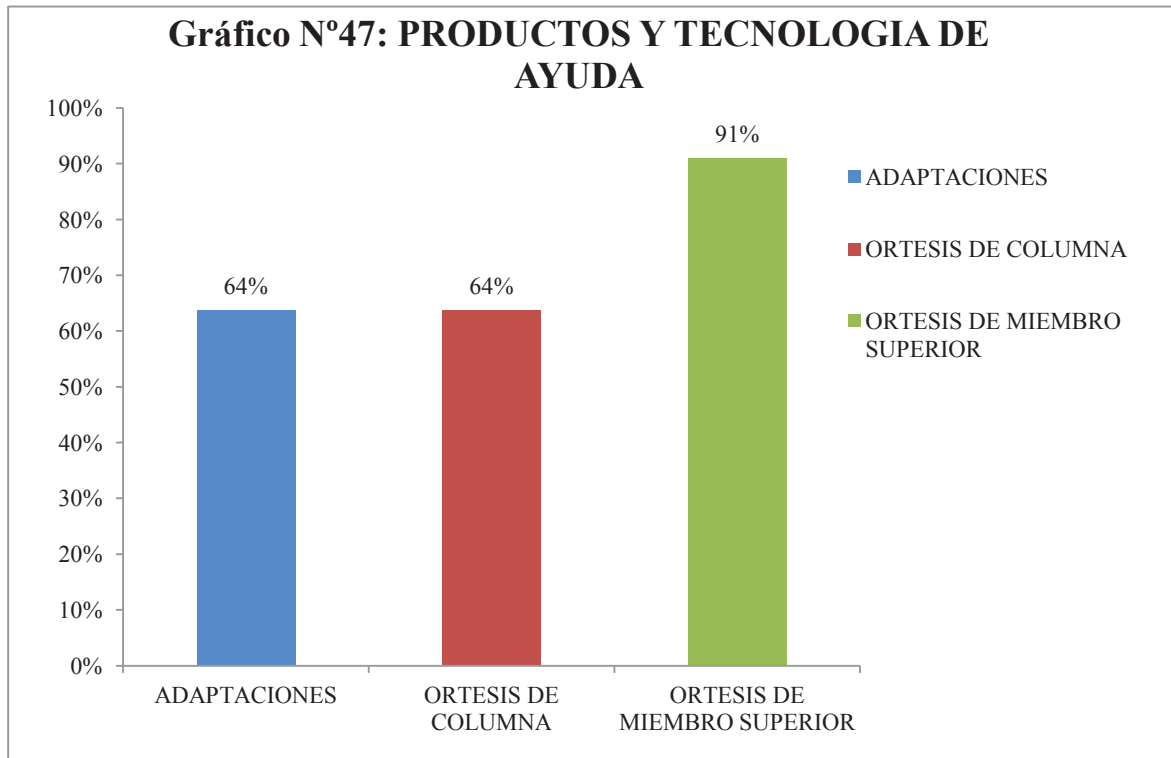


GRÁFICO N°47 " DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE PRODUCTOS Y TECNOLOGIA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En relación a la cantidad de productos y tecnología de ayuda, utilizan sólo una adaptación y sólo una ortesis de columna, 4 niños, y sólo una ortesis de miembro superior 5 niños. Utilizan dos adaptaciones, dos niños, dos ortesis de columna 3 niños y dos ortesis de miembro superior 5 niños. Sólo un niño obtuvo un valor de 4, en la utilización de adaptaciones (GRÁFICO N°48).

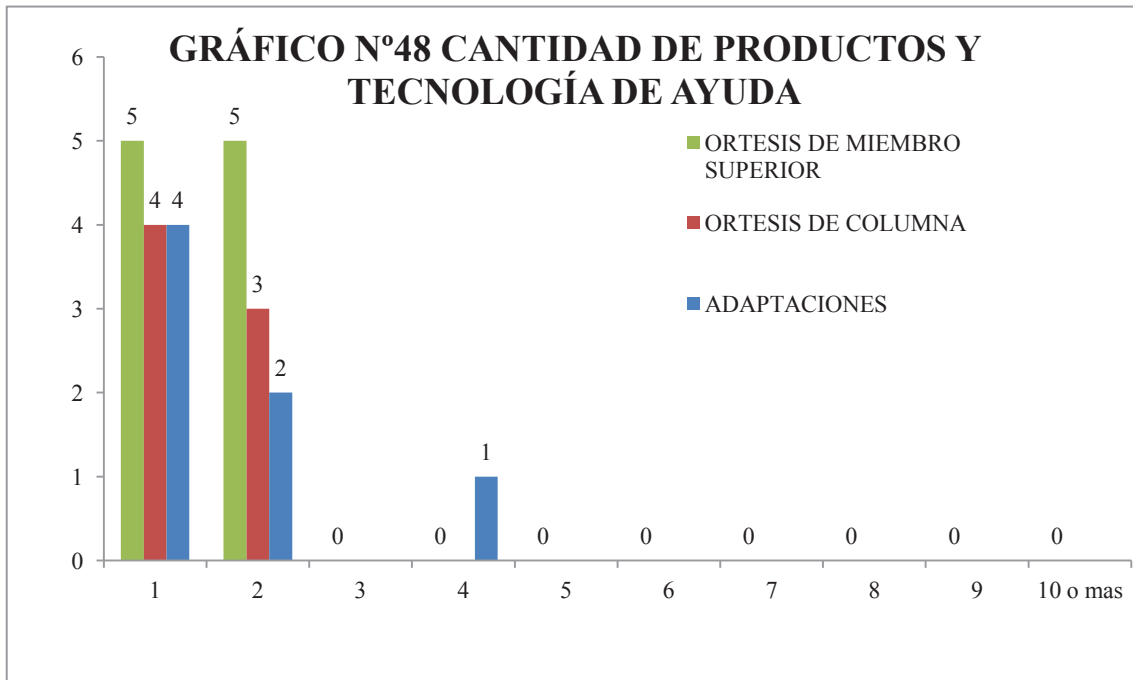


GRÁFICO N°48 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA CANTIDAD TOTAL DE PRODUCTOS Y TECNOLOGIA DE AYUDA QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. OMS N=0, OC N=7, A N=7

En relación al tiempo de uso, los niños que utilizan productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría la/s utiliza/n desde hace 6 a 12 meses (6 de las 7 adaptaciones, 6 de las 10 de ortesis de miembro superior, y 5 de las 7 ortesis de columna). Desde hace 21 a 27 meses, utilizan sus productos y tecnología de ayuda, 2 casos de los niños que usan ortesis de columna, 2 casos que utilizan ortesis de miembro superior y 1 caso que usa adaptaciones. Solo 1 caso, que corresponde a ortesis de miembro superior, utiliza su ortesis desde hace 13 a 20 meses, y otro de hace 28 meses o más. (GRÁFICO N°49).

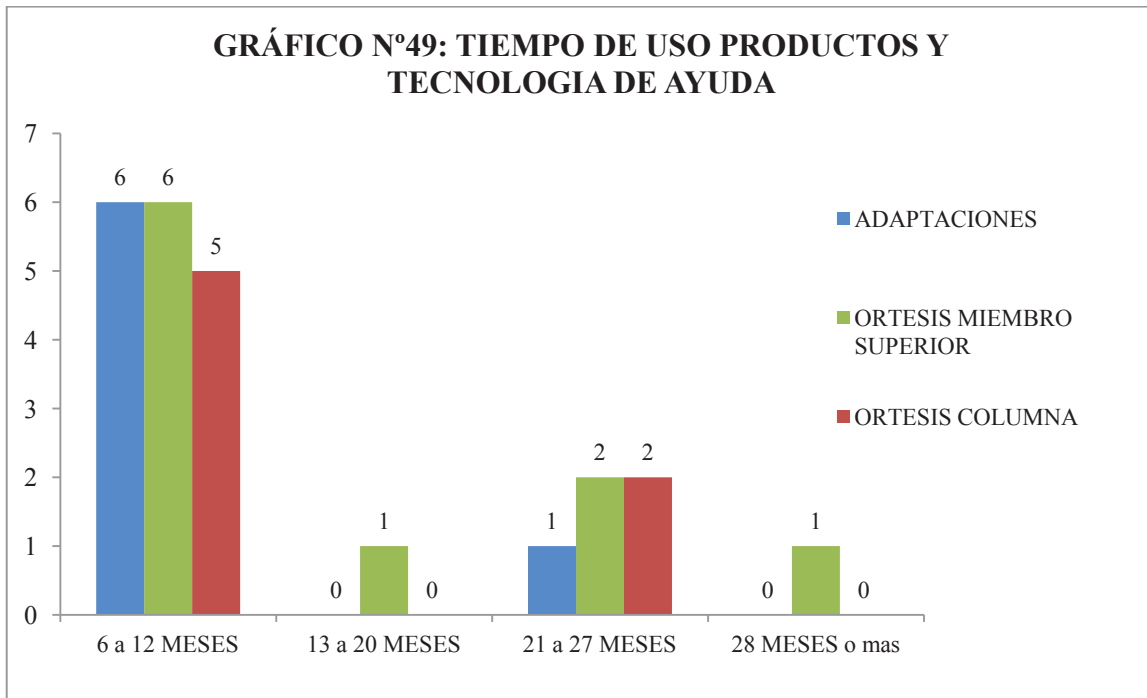


GRÁFICO N°49 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA TIEMPO DE USO DE PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. (ADAPTACIONES N=7, ORTESIS MIEMBRO SUPERIOR N=10, ORTESIS COLUMNA N=7)

OBJETIVO GENERAL

Para alcanzar el objetivo general: *“Analizar las características de los productos y tecnología de ayuda utilizados durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral en un Centro Educativo Terapéutico en la provincia de Buenos Aires en el año 2017”* se analizaron los resultados de los objetivos específicos a cerca de las características de las ortesis de miembro superior, ortesis de columna y adaptaciones utilizadas durante la actividad de alimentación por niños con diagnóstico de Parálisis cerebral de 6 a 12 años en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires, en el año 2017.

Cabe destacar que esta información fue recabada mediante entrevistas a las Terapistas Ocupacionales del Centro Educativo Terapéutico, quienes si bien no son las que prescriben todos los productos y tecnología de ayuda, si son las que dan la indicación de utilizarlo durante la actividad de alimentación. En términos generales las ortesis

descriptas y analizadas, se encuentran indicadas para utilizar “el mayor tiempo posible”, es decir que las mismas no son exclusivas para la alimentación.

Durante estas entrevistas, y analizando los resultados expuestos anteriormente podemos decir, que...

En relación a las ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR, las terapistas ocupacionales refirieron que según los segmentos anatómicos que abarcan los niños utilizaban ortesis de MUÑECA-MANO y de CODO. Pero a la hora de la evaluación funcional, durante la alimentación, sólo las ortesis de MUÑECA-MANO fueron utilizadas, debido a que al realizar una segunda consulta a las Terapistas Ocupacionales, refirieron que, si bien poseían ortesis de CODO, las mismas no estaban indicadas para la alimentación sino que son utilizadas durante las sesiones individuales de terapia ocupacional.

Según Carmen Echevarría Ruiz de Vargas y Manuel Rodríguez-Piñero Durán (2009) “las funciones del miembro superior son: alcanzar objetos, manipularlos, defensa y equilibrio. Todas estas funciones deben ser respetadas y/o facilitadas por las ortesis que se construyan” (p.245). Es por esto que según Xénard J., Gable C., Galas J. M., Pétry D., Gavillot-Boulangé C., Beltramo F., Bernard J. Et André J. M. (1994) aquellas ortesis que estén indicadas para utilizar durante actividades deben:

“estabilizar, limitar amplitudes articulares, suplir y mejorar actitudes gestuales y eliminar eventuales dolores. Deben ser confortables (es decir, no provocar dolores ni roces durante los movimientos) y dejar al descubierto, en la medida de lo posible, las zonas palmares de los dedos y de la palma de la mano, que suelen estar en contacto con los objetos o las herramientas. Deben permitir la máxima movilidad posible de las articulaciones de la mano y de la muñeca y, en función de la patología, acercarse lo más posible a la posición de eficacia máxima (respeto del grado máximo de extensión de la muñeca, de flexión de las metacarpofalángicas (MF) y las interfalángicas (IF) de inclinación radial y cubital)”. (p.4)

En relación al material de las ortesis de miembro superior, todas eran de neopreno. Este material, según Vicente Gomar Sancho (2009) pertenece al grupo de los “elastómeros”, que según este autor son aquellos que pueden estirarse, y volver a su forma original.

Este tipo de material, es utilizado “principalmente en aquellos productos cuya finalidad sea ejercer compresiones (...), sujeciones (...) y absorción de impactos (...)” (p 11).

En todos los casos de los niños que utilizan ortesis de miembro superior (10), durante la evaluación en alimentación, la ortesis utilizada fue la de tipo “BENIK”. En el sitio web de la misma, se expone que “la férula de neopreno sostiene e inmoviliza la muñeca cómodamente con la ayuda de soportes de aluminio desmontables dorsal y volar (SIC), al tiempo que permite un movimiento sin obstrucciones del pulgar y los dedos”. Dentro de este tipo de ortesis, en el 22% de los casos de los niños que las utilizan, lo hicieron con los “soportes de aluminio” (ballenadas), el 66% restante, no utilizan estos soportes. También las entrevistadas refirieron que tenían indicadas las ortesis de tipo “BOOMERANG”, pero las mismas no fueron utilizadas durante la evaluación.

Según Beatriz Alcalde Briales y María Cruz Castellanos Ortega (2008) el alojamiento del pulgar en la mano es una problemática frecuente en los niños con parálisis cerebral, por lo que funcionalidad de estas ortesis mencionadas es “conseguir el desalojo del pulgar”. Las mismas “mantienen la posición correcta de la mano y, además, permiten realizar perfectamente la función manipulativa.” (p. 383).

Con respecto a la ubicación de las ortesis en relación a la lateralidad o dominancia del niño, existieron dificultades para recabar la información a cerca de la dominancia del niño, ya que se le realizó la pregunta tanto a las Terapistas Ocupacionales como a las Coordinadoras de las salas, pero las mismas no contaban con esa información. Igualmente, este dato no pudo ser analizado en conjunto con las variables sobre ortesis de miembro superior, porque en todos los casos las indicaciones eran bilaterales.

Otro dato relevante, obtenido durante las entrevistas fue que las profesionales refirieron que los niños no utilizaban las ortesis indicadas en el hogar, así como también las frecuentes pérdidas, extravíos, rupturas y la falta de higiene. También son habituales los olvidos de las ortesis al Centro Educativo Terapéutico.

En lo referido a las ORTESIS DE COLUMNA, las mismas se denominan según la zona de la columna donde van a actuar. Según el Informe de la Sociedad Internacional de Prótesis y Ortesis sobre el Encuentro celebrado en Wolfson College (2008), las ortesis de la columna vertebral en niños con parálisis cerebral, cumplen funciones relacionadas con la estabilización de la posición del tronco. Es por esto que afirman que “los

beneficios de las ortesis espinales pueden incluir la mejora en el control cefálico (tal vez permitiendo el uso de interruptores de cabeza y mejorando la perspectiva visual) y / o la función del miembro superior, y la interacción social” (s/n). En este mismo informe, se menciona en el apartado referido a Terapia Ocupacional, las intervenciones en alimentación relacionadas con el posicionamiento. Específicamente se menciona la importancia de la “postura adecuada” en función de la actividad.

En relación a las ORTESIS DE COLUMNA CERVICAL, según Zambudio (2009) la función fundamental de mismas es restringir la movilidad y disminuir la presión sobre los discos intervertebrales al liberar parcialmente el peso cefálico (p.281).

En relación al material, la mayoría de los niños que utilizan este tipo de ortesis el material es “GOMA ESPUMA”, por lo que es considerado como de tipo “Collarín blando”. El mismo “está fabricado en espuma de poliuretano recubierto de una funda de algodón y cerrado con un velcro posterior” (Zambudio, 2009, p. 281).

Uno de los casos utiliza un “COLLAR HEADMASTER”. Al respecto no se encontró bibliografía, y la información hallada fue en el sitio web de REHAB (Equipos de rehabilitación y movimientos). Según lo consultado, este collar proporciona “Control cefálico con soporte mandibular realizado en aluminio conformable, con funda en microfibra, libre de latex”.

El caso restante, la ortesis de columna cervical era de “CUERO Y TELA”. Según las terapistas ocupacionales, esto fue confeccionado por la familia del niño.

En relación a las ORTESIS TORACO-LUMBO-SACRA, “las podemos clasificar en: ortesis flexibles (también llamadas fajas), ortesis semirrígidas (que tienen algún refuerzo posterior o lateral) y ortesis rígidas (lumbostatos y corsés). (Zambudio, 2009, p. 286).

De los niños que utilizan ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRO (TLSO), la mayoría utiliza de tipo “SPIO” (Sistema de Input Ortésico de Presión Estabilizadora). El SPIO es un “sistema de sujeción flexible que proporciona un input sensorial de presión profunda alrededor y hacia la línea media del cuerpo con el fin de mejorar el balance y el control de movimiento” y según las Terapistas Ocupacionales entrevistadas es “son fabricados en lycra con spandex y proporcionan estabilidad en el tronco, para mejorar la postura.”

Los casos restantes utilizan “FAJAS DE NEOPRENO”, del tipo “faja elástica” (SIN BALLENAS) que tiene una “abertura anterior cerrada con velcro y está fabricada en material elástico”. Y también “faja semirrigida” (CON BALLENAS) de similares características pero además se encuentran reforzadas “con varillas metálicas moldeables o con una placa rígida de plástico moldeable para darle más capacidad de inmovilización; es posible quitarle los refuerzos posteriores para que pase a ser una faja elástica.” (Zambudio, 2009, p. 286).

En relación a la frecuencia del uso, las terapeutas refieren que las ortesis de columna toraco-lumbo-sacra, son utilizadas con menos continuidad durante el verano, en comparación con el resto del año.

Por último se analizaron las ADAPTACIONES. Las mismas pueden ser definidas como “un dispositivo, equipamiento de auxilio como así también una modificación ambiental que permite a (...) una persona con discapacidad desempeñar aquella actividad/ocupación cuya realización era imposible.” (Cowan MK y O’ Sullivan B, 2005).

En relación a las adaptaciones, durante la entrevista, en algunos casos, se omitieron algunas. Por lo que luego de la observación de los niños, se realizó nuevamente la entrevista, y se incorporaron datos.

Los niños evaluados utilizan adaptaciones de vaso, plato, cubierto, bolsillo palmar y guante de prensión. Las mismas son prescriptas, diseñadas y confeccionadas por las terapeutas ocupacionales. Según Guillaumon Emmel ML, Caires Paulisso D, Cezar da Cruz DM, Agostini R (2013) “el uso de adaptaciones contribuye, de cierta forma, al aumento de la participación y consecuentemente inclusión de las personas, a partir del momento en que se facilitan sus formas de accionar”. (p. 3), logrando un “desempeño funcional satisfactorio”. En relación a los tiempos de uso, las profesionales refieren que las mismas son utilizadas dentro de la institución, no así en las casas de los niños.

Con respecto al VASO, los tipos de adaptaciones son CON ASAS Y BOMBILLA, Y CON TAPA Y BOMBILLA. En lo referido a la utilización de ASAS, es debido a que los niños no pueden “levantar la bebida”, por lo que deben “usar ambas manos para asir los objetos” (Holm, Rogers, Birge James, 2005, p. 520).

Según Holm y cols (2005) la BOMBILLA, es utilizada para sorber, como adaptación cuando el niño tiene dificultades para ingerir líquidos y sólidos. Esto, favorece la utilización en posición erecta (p. 511). Según la Terapeuta Ocupacional, también con este objetivo se utiliza la TAPA.

En cuanto al tipo de adaptación para PLATO, la misma es con BORDE Y BASE ANTIDESLIZANTE. Según Holm y cols (2005) la función de la BASE ANTIDESLIZANTE es evitar que el plato se mueva y el BORDE elevado facilita la recolección del alimento

El BOLSILLO PALMAR, se utiliza “cuando no es posible la prensión. Este mango se ajusta alrededor de la palma y tiene un bolsillo para la inserción del mango de un utensilio” (Trombly, 2001, p. 605). El mismo es elaborado por la Terapeuta Ocupacional con una correa resistente, ajuste de velcro y un bolsillo realizado en goma que no permite deslizar el mango del cubierto.

El GUANTE DE PRESIÓN es confeccionado por la Terapeuta Ocupacional en material elástico y velcro con cierre en la muñeca. Según Holm y cols (2005) es utilizado cuando la existen dificultades en la prensión, es decir que la misma está ausente o es inadecuada, por lo que no se pueden tomar los cubiertos.

El MANGO ANGULADO Y ENGROSADO es utilizado debido a que “la prensión es incompleta o débil” (Holm y cols, 2005, p. 520). El mango es angulado para que “el paciente alcance la boca” (Trombly, 2001, p. 604). Y es engrosado para “facilitar la prensión” (Trombly, 2001, p. 612).

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

1.A Identificar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De un total de 11 niños, la gran mayoría (82%) obtuvo como resultado de la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación sin productos y tecnología de ayuda, el valor ADECUADO. El porcentaje restante (18%), obtuvo POCO ADECUADO. (GRÁFICO N°50)

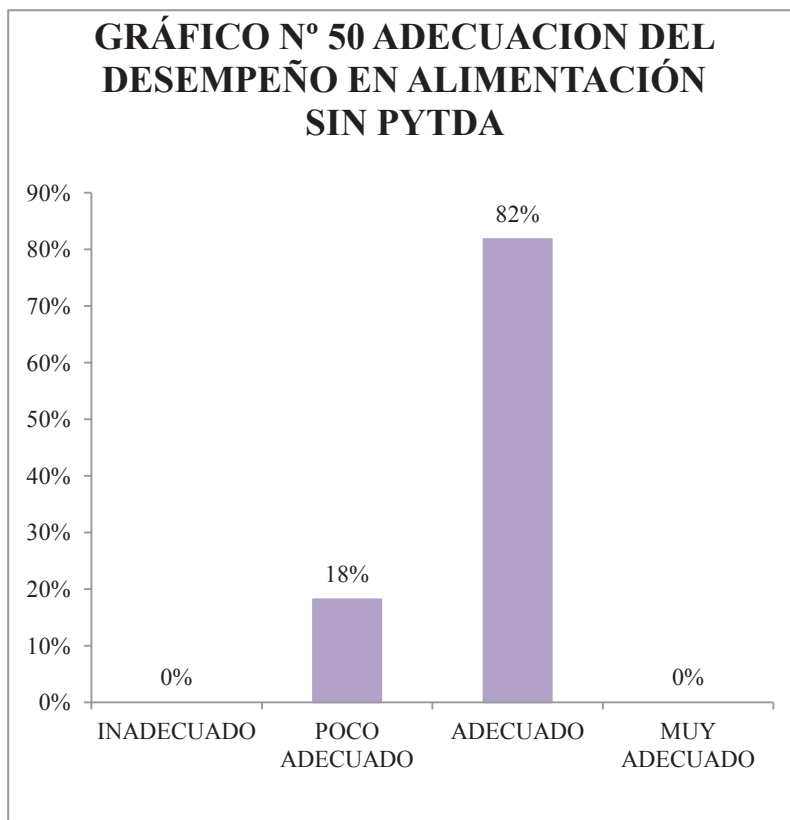


GRÁFICO N°50: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN SIN PYTDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Con respecto a la DURACIÓN sin productos y tecnología de ayuda de la actividad de alimentación, todos los niños que participaron del estudio iniciaron y finalizaron la actividad en el tiempo disponible para la misma sin los productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°51)

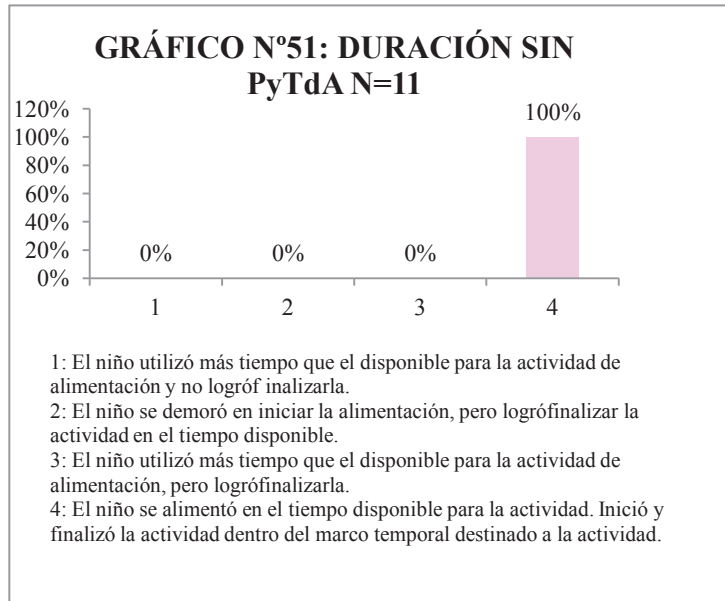


GRÁFICO N°51: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: DURACIÓN SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En relación a los PASOS sin productos y tecnología de ayuda, la mayoría de los niños (64%) lograron realizar menos de la mitad de los pasos, el 27% no logró realizar ningún paso. Sólo un caso (9%) logró realizar la mitad o más de la mitad de los pasos. Sin productos y tecnología de ayuda, ningún niño pudo realizar todos los pasos de la actividad. (GRÁFICO N°52)

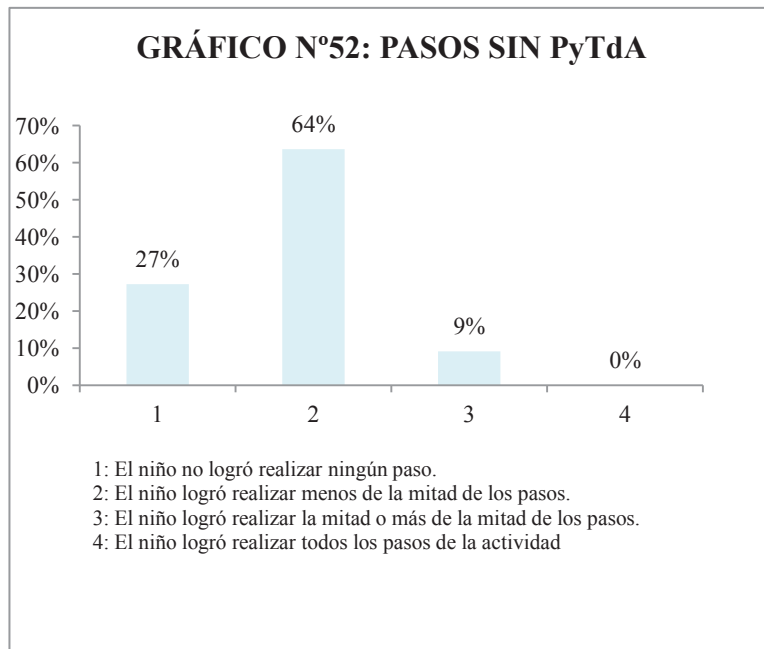


GRÁFICO N°52: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: PASOS SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.B Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De los seis pasos que forman parte de los aspectos de la subvariable PASOS sin productos y tecnología de ayuda, la mayoría (73%) logró orientar el cubierto/vaso con el alimento y desplazarlo hacia la boca.

Más de la mitad de los niños (55%) pudieron realizar la presión del cubierto/vaso. Muy pocos niños (18%) pudieron depositar el alimento en boca. Tan solo el 9% (1 niño), pudo cargar el alimento. Cabe destacar que ningún niño logró desplazar el cubierto/vaso de la boca hacia la mesa, ni soltarlo. (GRÁFICO N°53)

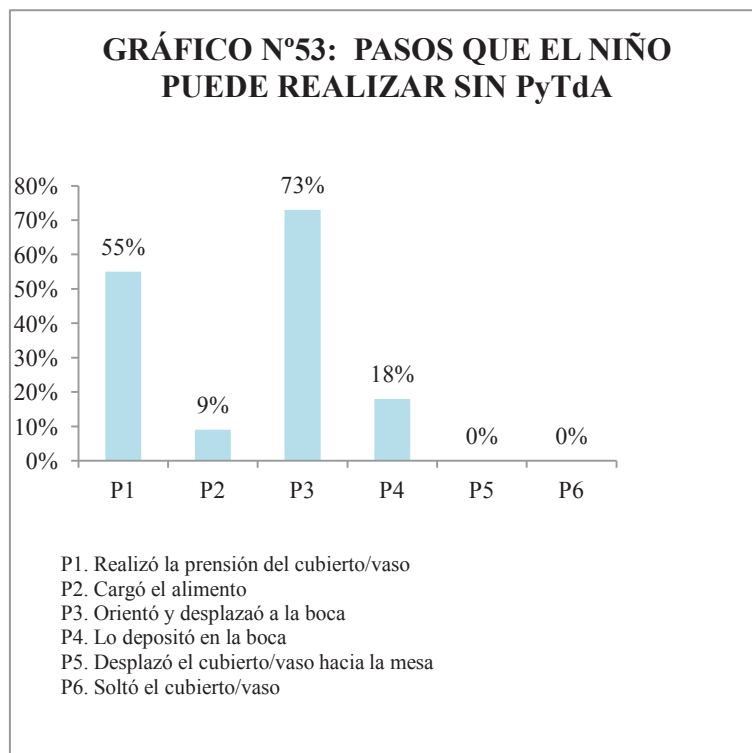


GRÁFICO N°53:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Con respecto a los ESTÁNDARES SOCIALES sin productos y tecnología de ayuda, la mayoría de los niños (64%) cumplieron con un estándar social esperable para la actividad. Ninguno de los niños logró cumplir con los tres estándares sociales esperables para la actividad. El 27% de los niños no cumplieron con ningún estándar social para la actividad. Muy pocos (9%) cumplieron con dos estándares sociales esperables para la actividad. (GRÁFICO N°54)

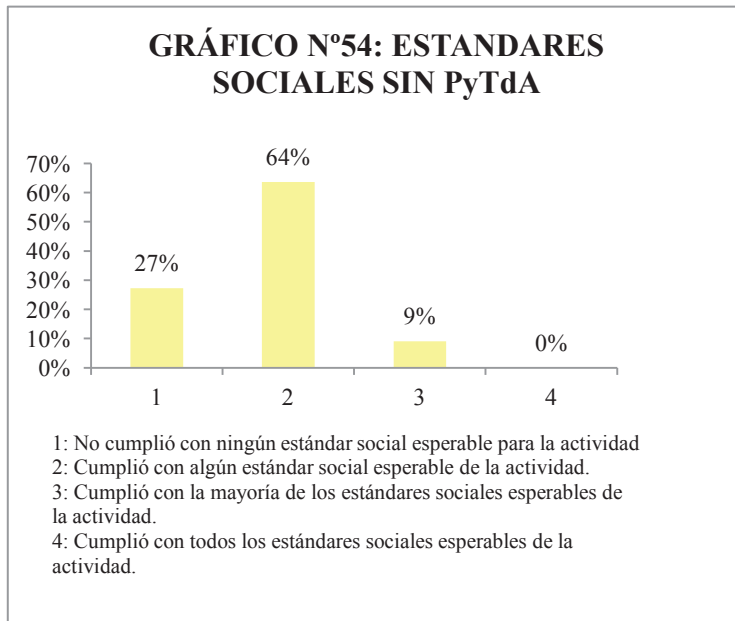


GRÁFICO N°54: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: ESTANDARES SOCIALES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.C Identificar qué aspectos de estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De los estándares sociales sin productos y tecnología de ayuda, más de la mitad (55%), logró ingerir bocado a bocado, muy pocos (18%) eliminaron las sobras de su ropa, solo un niño (9%) fue preciso al llevar el alimento del recipiente a la boca. (GRÁFICO N°55)

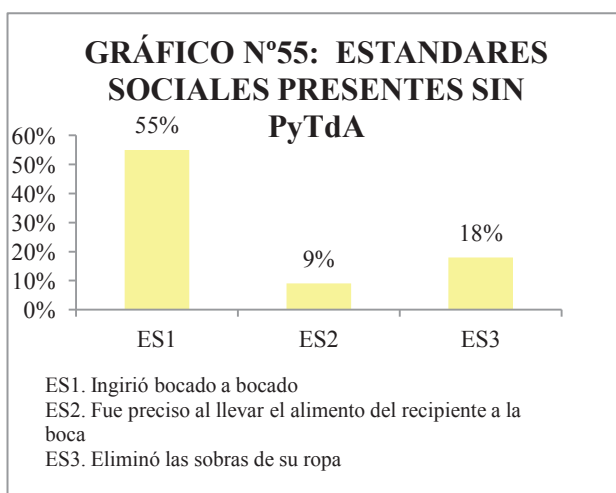


GRÁFICO N°55: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES PRESENTES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Dos tercios de los niños (64%) presentaron dos COMPORTAMIENTOS ABERRANTES sin productos y tecnología de ayuda, y un tercio (36%) presentó un comportamiento aberrante en la actividad. Los valores presencia de todos los comportamientos aberrantes y ausencia de comportamientos aberrantes presentaron frecuencia 0 (GRÁFICO N°56)

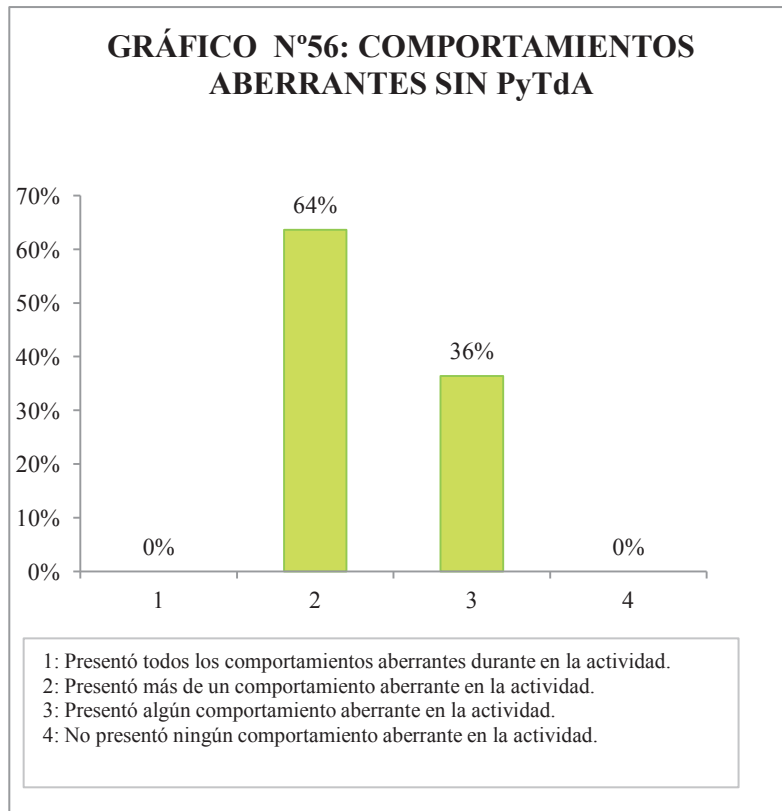


GRÁFICO N°56: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.D Identificar qué comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De los comportamientos aberrantes, sólo el 9% (un niño), comió con las manos sin utilizar los utensilio. Muchos niños (91%), volcaron el alimento y se mancharon la ropa. Una mayoría (64%) acumuló el alimento en la boca. (GRÁFICO N°57)

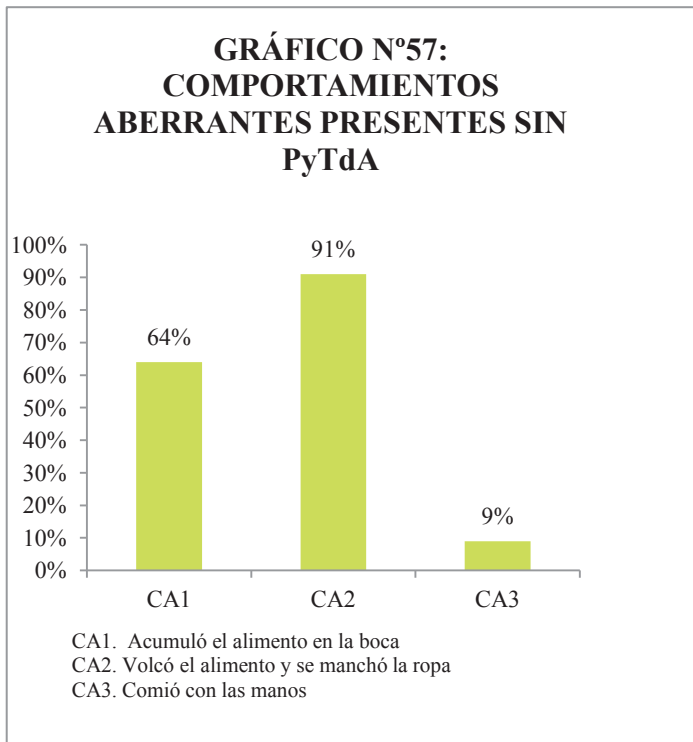


GRÁFICO N°57:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En lo que respecta a la PRENSIÓN sin productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría de los niños (9), lograron prensión del utensilio. De estos, 5 lo hicieron de manera incorrecta y no funcional, los 4 restantes lograron una prensión incorrecta pero funcional. Un niño no logró prensión del utensilio, y ninguno pudo realizar una prensión correcta y funcional. (GRÁFICO N°58)

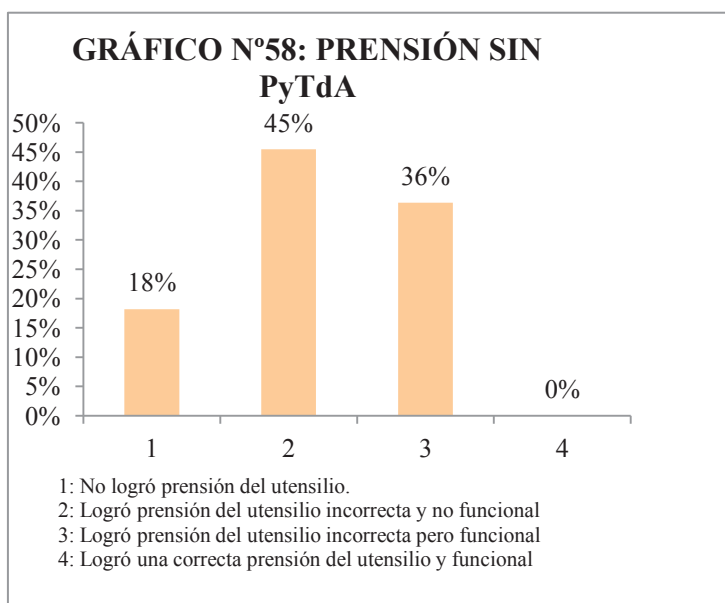


GRÁFICO N°58:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: PRENSIÓN SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.E Identificar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De la muestra de 11 niños, tres cuartas partes (73%) obtuvieron como puntaje de la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda, el valor MUY ADECUADO. El cuarto restante, se dividió entre los valores ADECUADO (18%) Y POCO ADECUADO (9%). (GRÁFICO N°59).

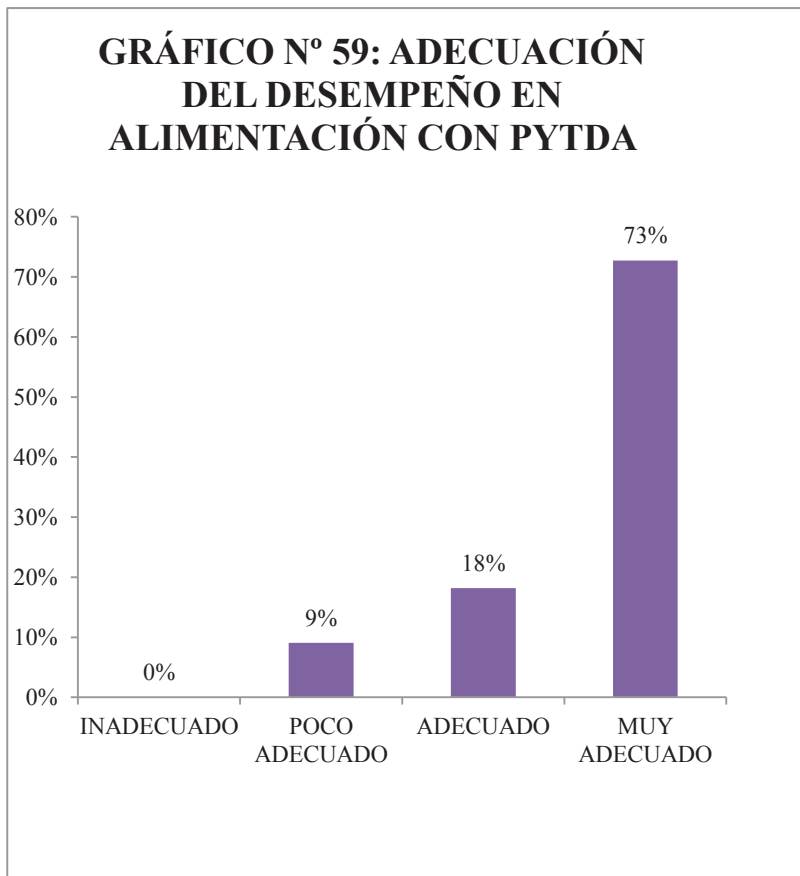


GRÁFICO N°59:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En relación a la DURACIÓN con productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría de los niños (91%) se alimentaron en el tiempo disponible para la actividad, solo un niño utilizó más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación. (GRÁFICO N°60)

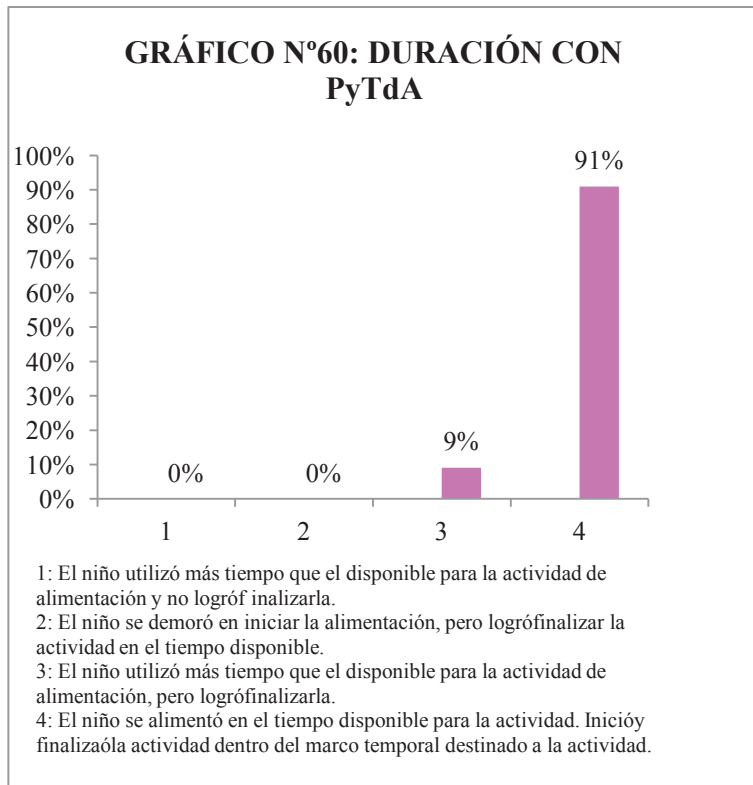


GRÁFICO N°60:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: DURACIÓN SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En lo referido a los PASOS con productos y tecnología de ayuda, dos tercios de la muestra (64%), lograron realizar la mitad de los pasos. Del tercio restante, el 18% logró realizar todos los pasos de la actividad y solo el 9% logró realizar menos de la mitad de los pasos, igual porcentaje le corresponde a los que no lograron realizar ningún paso. (GRÁFICO N°61)

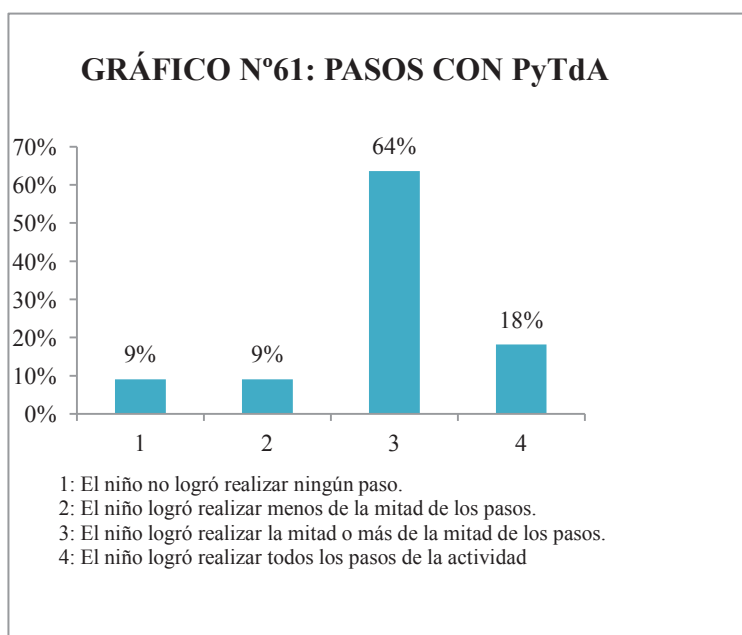


GRÁFICO N°61:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: PASOS CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.F Identificar qué pasos de la actividad de alimentación pueden realizar niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De los seis pasos que conforman la subvariable PASOS con productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría (91%) pudieron realizar la presión del cubierto/vaso y depositar el alimento en la boca, más de tres cuartos (82%) de la muestra pudieron orientar y desplazar el alimento a la boca, dos tercios (64%) pudo desplazar el cubierto/vaso de la boca hacia la mesa. Menos de la mitad (45%) pudieron cargar el alimento. Solo un tercio de la muestra (36%) pudo soltar el cubierto/vaso. (GRÁFICO N°62)



GRÁFICO N°62: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

En relación a la ESTÁNDARES SOCIALES con productos y tecnología de ayuda, dos tercios (64%) de la muestra cumplieron con dos estándares sociales esperables de la actividad (la mayoría), así como un cuarto (27%) cumplió con un estándar social esperable de la actividad. Un caso (9%) cumplió con los tres estándares sociales (todos). (GRÁFICO N°63)



GRÁFICO N°63:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: ESTANDARES SOCIALES CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.G Identificar qué aspectos de estándares sociales de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

De los estándares sociales con productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría de los niños (91%) ingirieron bocado a bocado, tres cuartas partes de la muestra (73%) fueron precisos al llevar el alimento del recipiente a la boca. El 18% logró eliminar las sobras de su ropa. (GRÁFICO N°64)

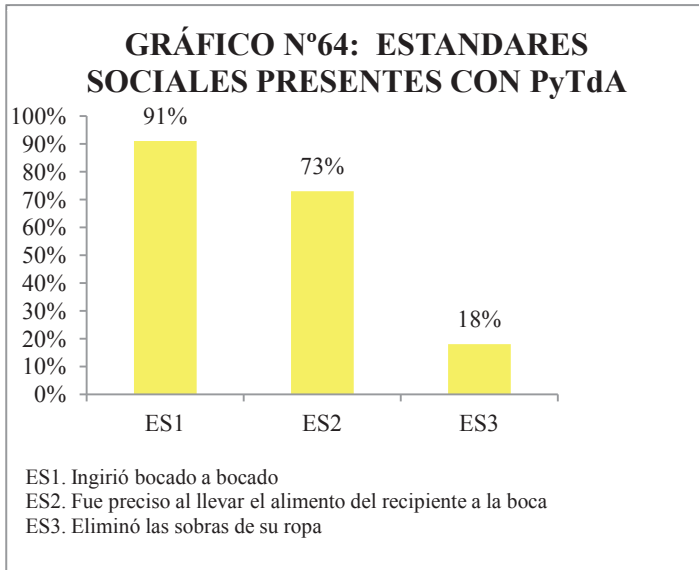


GRÁFICO N°64: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES PRESENTES CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Con productos y tecnología de ayuda, la mitad (45%) tuvo presencia de un COMPORTAMIENTO ABERRANTE, la otra mitad (45%) no tuvo comportamientos aberrantes en la actividad. Muy pocos (9%) presentaron dos comportamientos aberrantes en la actividad. (GRÁFICO N°65)

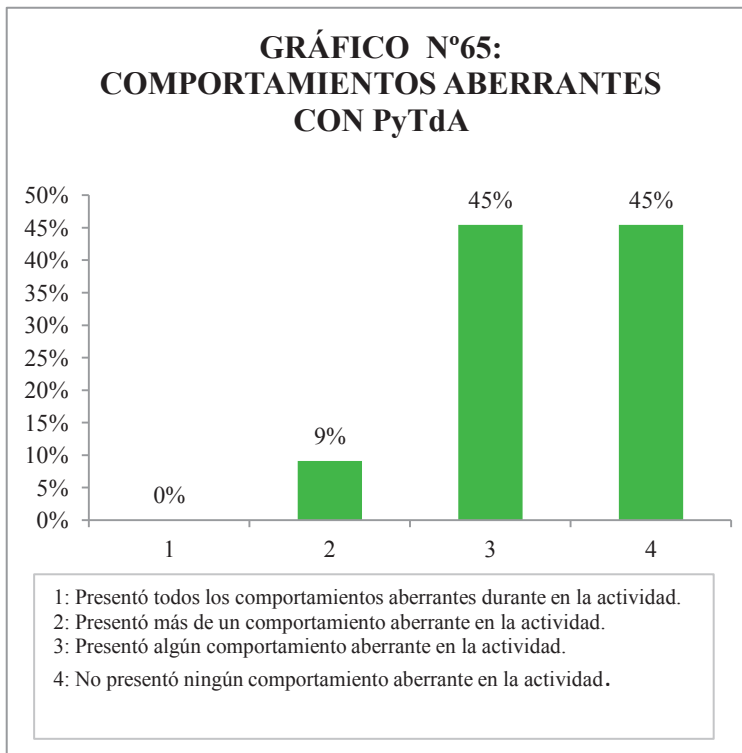


GRÁFICO N°65: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.H Identificar que comportamientos aberrantes de la actividad de alimentación están presentes en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral con productos y tecnología de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

Con productos y tecnología de ayuda, un tercio de la muestra (36%) acumuló el alimento en la boca, un cuarto (27%), volcó el alimento y se manchó la ropa. Muy pocos (9%) comieron con las manos sin utilizar utensilios. (GRÁFICO N°66)

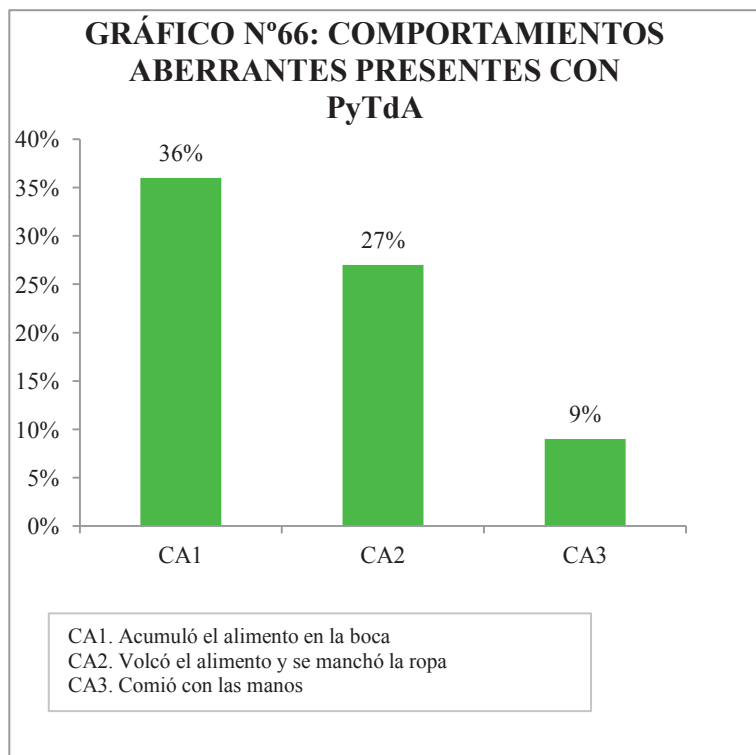


GRÁFICO N°66: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

La gran mayoría de la muestra (90%) logró la PRENSIÓN del utensilio con productos y tecnología de ayuda, de tipo funcional. La mitad, lo hizo de manera correcta y funcional, la otra mitad lo realizó de forma incorrecta pero funcional. Solo un caso (9%) no logró la prensión del utensilio. (GRÁFICO N°67)

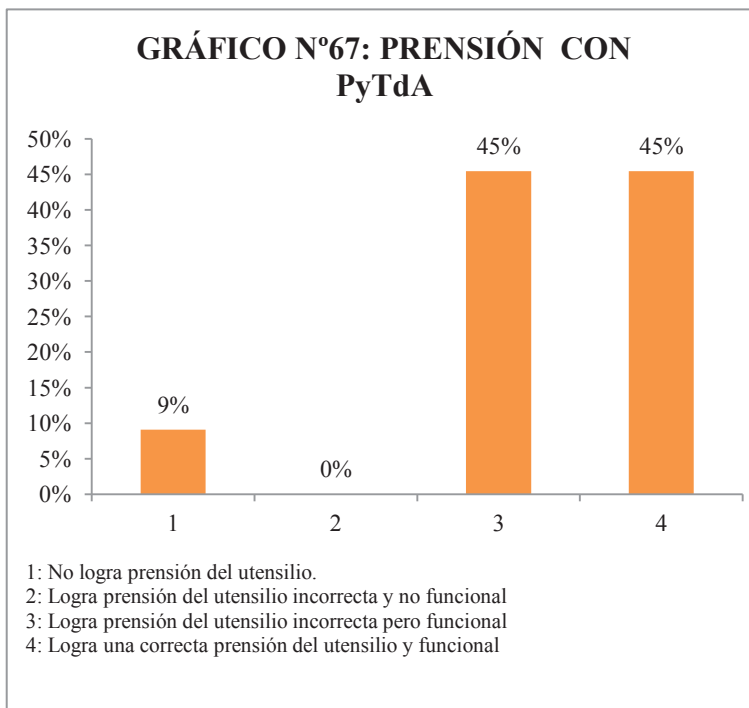


GRÁFICO N°67:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL SV: PRENSIÓN CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

1.1 Comparar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral sin y con productos y tecnología de ayuda, de ayuda, en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

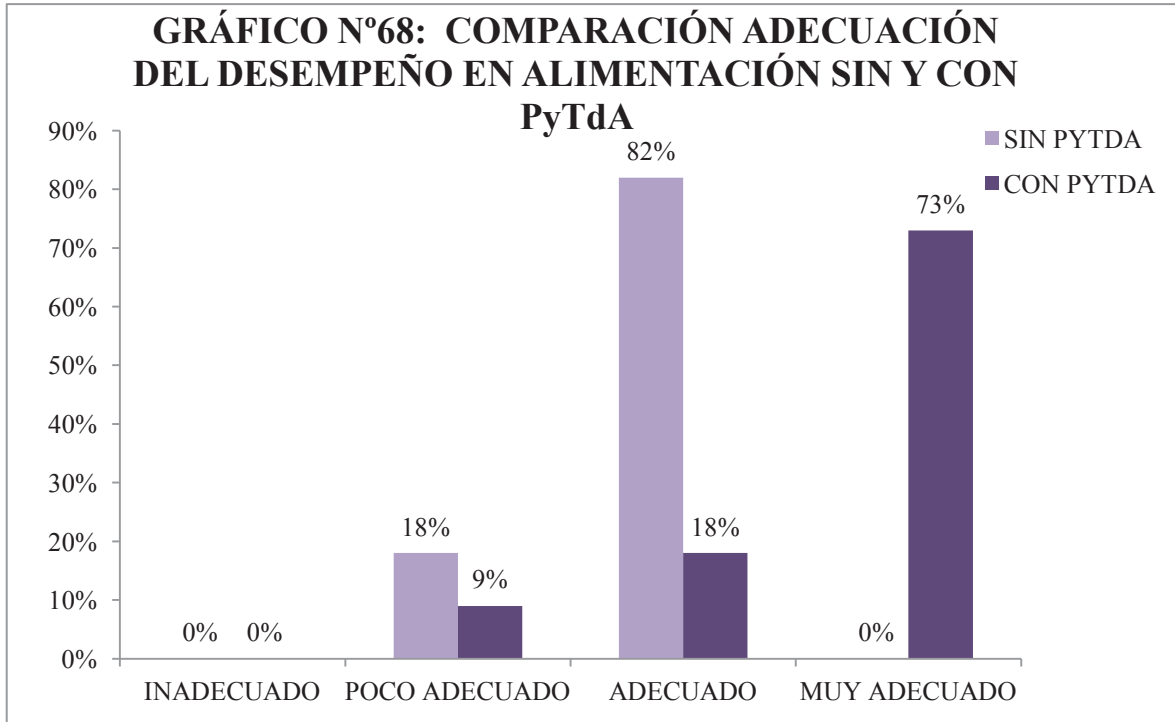
Sin productos y tecnología de ayuda, ningún niño alcanzó el valor MUY ADECUADO, mientras que dos tercios de los niños (73%) alcanzaron este valor con productos y tecnología de ayuda.

El valor ADECUADO fue alcanzado por la mayoría de los niños con productos y tecnología de ayuda, mientras que pocos niños (18%) lo alcanzaron sin productos y tecnología de ayuda.

La adecuación fue POCO ADECUADA en el 18% de los casos sin productos y tecnología de ayuda, mientras que solo el 9% de los casos obtuvieron este puntaje con productos y tecnología de ayuda.

Es decir que la adecuación sin productos y tecnología de ayuda, en la mayoría de los casos fue adecuado, mientras que con productos y tecnología de ayuda la mayoría de los casos fue muy adecuada. (GRÁFICO N°68)

GRÁFICO N°68: " COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11



La DURACIÓN prácticamente no presentó variaciones, debido a que el tiempo determinado para la actividad es regulado por las coordinadoras de sala, solo un niño utilizó mas del tiempo disponible para la actividad cuando tuvo los productos y tecnología de ayuda, en comparación a cuando no los utilizó. El resto realizó la actividad dentro del marco temporal disponible para la misma sin y con productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°69)

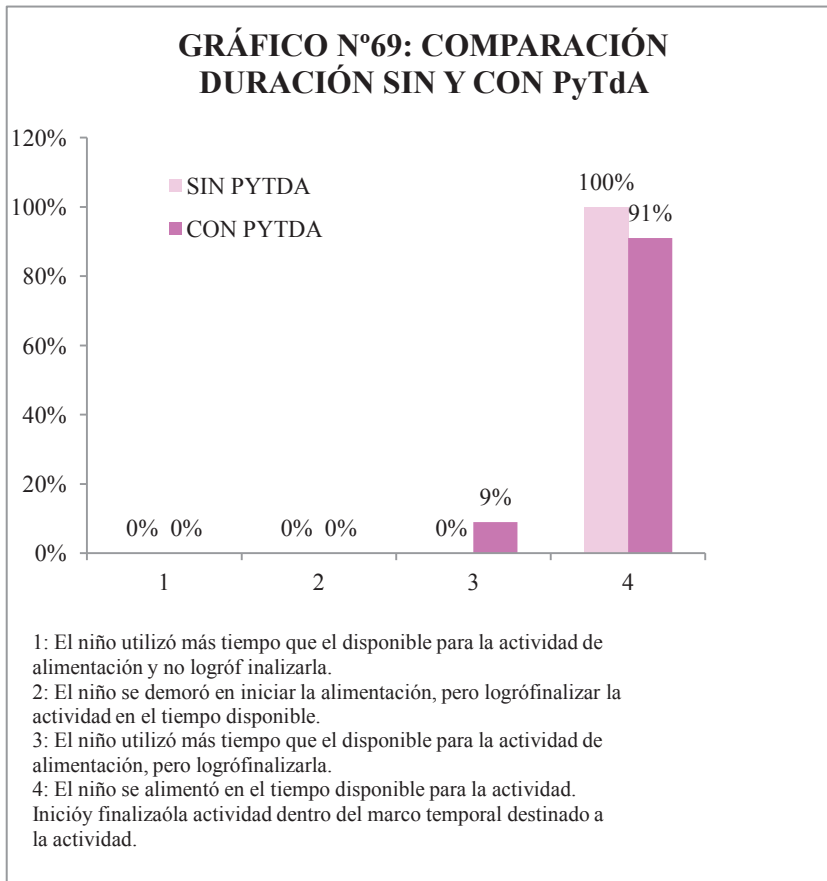


GRÁFICO N°69:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS SIN Y CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Sin productos y tecnología de ayuda, ningún niño logró realizar todos los PASOS de la actividad, mientras que con los productos y tecnología de ayuda, lograron hacerlo el 18% de los niños que conforman la muestra (2). Más de la mitad de los pasos lo logró realizar solo un niño sin productos y tecnología de ayuda, mientras que con productos y tecnología de ayuda lo lograron realizar dos tercios de la muestra (7 niños),

Dos tercios de la muestra (64%), realizaron menos de la mitad de los pasos sin productos y tecnología de ayuda, mientras que este valor lo obtuvo solo un niño (9%) con productos y tecnología de ayuda.

Un cuarto de la muestra (3 niños), no pudieron realizar ningún paso de la actividad mientras se encontraban sin los productos y tecnología de ayuda, y sólo uno obtuvo este valor con los productos y tecnología de ayuda.

Podemos decir que la mayoría de los casos pudo realizar menos de la mitad de los pasos sin productos y tecnología de ayuda, mientras que con productos y tecnología de ayuda, la mayoría de los niños pudo realizar más de la mitad de los pasos. (GRÁFICO N°70)

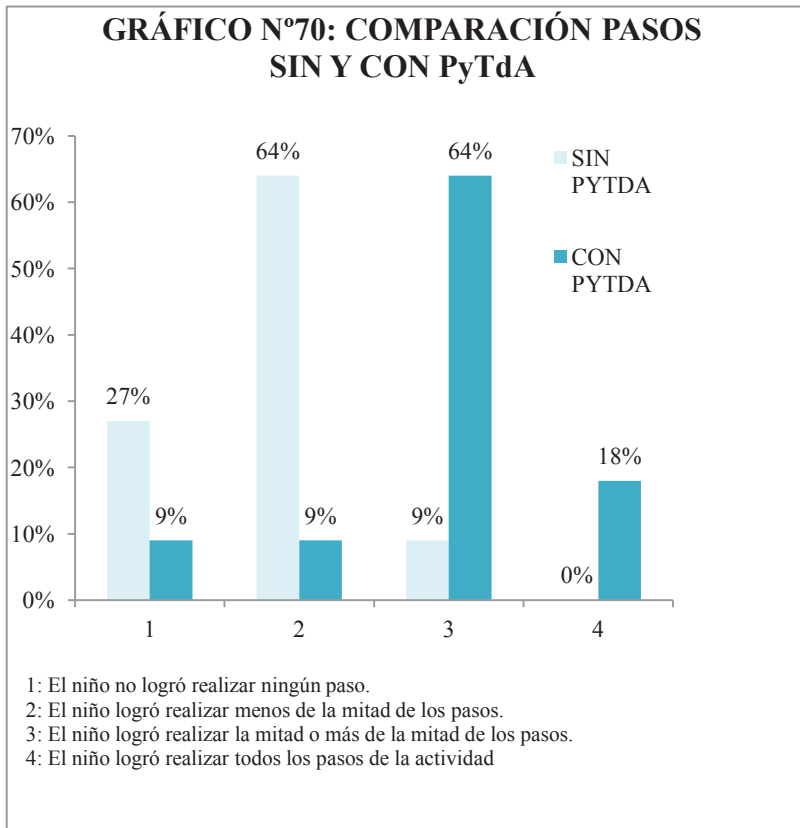


GRÁFICO N°70:
"COMPARACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.
N=11

Con respecto a los PASOS QUE LOS NIÑOS PUDIERON REALIZAR, los pasos 5 (desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa) y 6 (soltar el cubierto/ vaso) pudieron ser realizados sólo con productos y tecnología de ayuda. El resto de los pasos, incrementaron su frecuencia con productos y tecnología de ayuda, respecto de sin productos y tecnología de ayuda. En mayor medida lo hizo el paso 4 (depositar en la boca) que pasó de ser realizado por una minoría (18%) a poder ser realizado por la gran mayoría de los niños (91%). (GRÁFICO N°71)

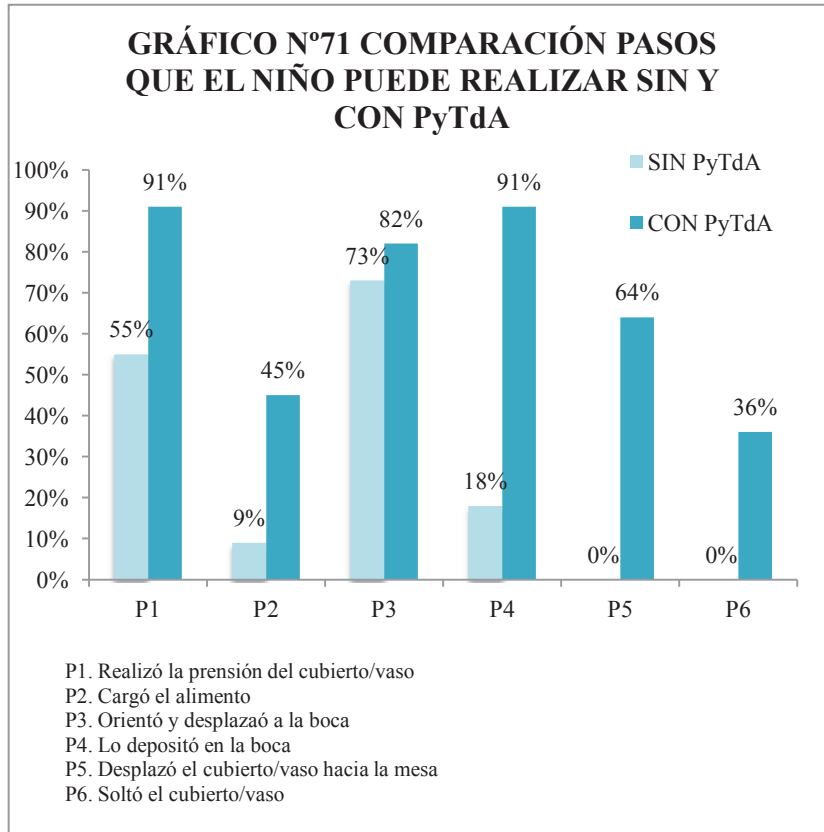


GRÁFICO N°71:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR SIN Y CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Dos tercios de la muestra, lograron cumplir con dos ESTÁNDARES SOCIALES de la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda, mientras que esta misma cantidad sin productos y tecnología de ayuda, logró cumplir con un estándar social de la actividad.

Sin productos y tecnología de ayuda, un cuarto (27%) de la muestra, no logró cumplir ningún estándar social. Ningún niño obtuvo este valor con productos y tecnología de ayuda.

Con productos y tecnología de ayuda, un niño logró cumplir con todos los estándares sociales de la actividad, mientras que ninguno logro hacerlo sin productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°72)

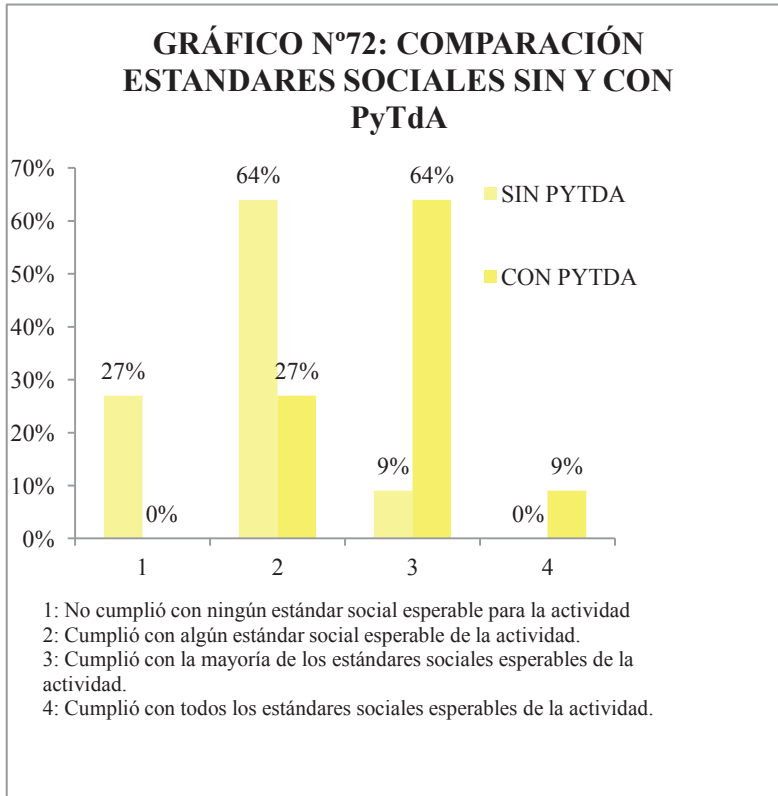


GRÁFICO N°72:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES SIN Y CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

De los ESTANDARES SOCIALES PRESENTES, el 3 (eliminar las sobras de la ropa), se mantuvo en frecuencia 1 (18%), el resto se incrementó, pasando en el caso del 1 (ingerir bocado a bocado), de un 55% sin productos y tecnología de ayuda, a un 91% con. Y en el caso del 2 (ser preciso para llevar el alimento del recipiente a la boca).

(GRÁFICO N°73)

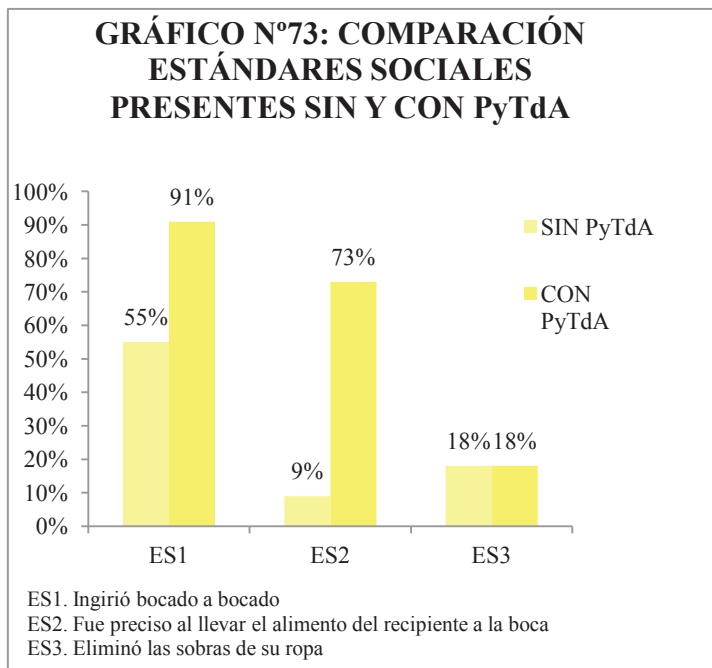


GRÁFICO N°73:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTÁNDARES SOCIALES PRESENTES SIN Y CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Con productos y tecnología de ayuda, la gran mayoría (90%) de los niños no presentaron ningún COMPORTAMIENTO ABERRANTE (45%), o solo presentaron uno (45%). Mientras que sin productos y tecnología de ayuda, dos tercios de la muestra presentaron dos comportamientos aberrantes (64%), y el tercio restante (36%) presentó un comportamiento aberrante. Cabe desatacar que en ninguna ocasión ningún niño presento todos los comportamientos aberrantes. (GRÁFICO N°74)

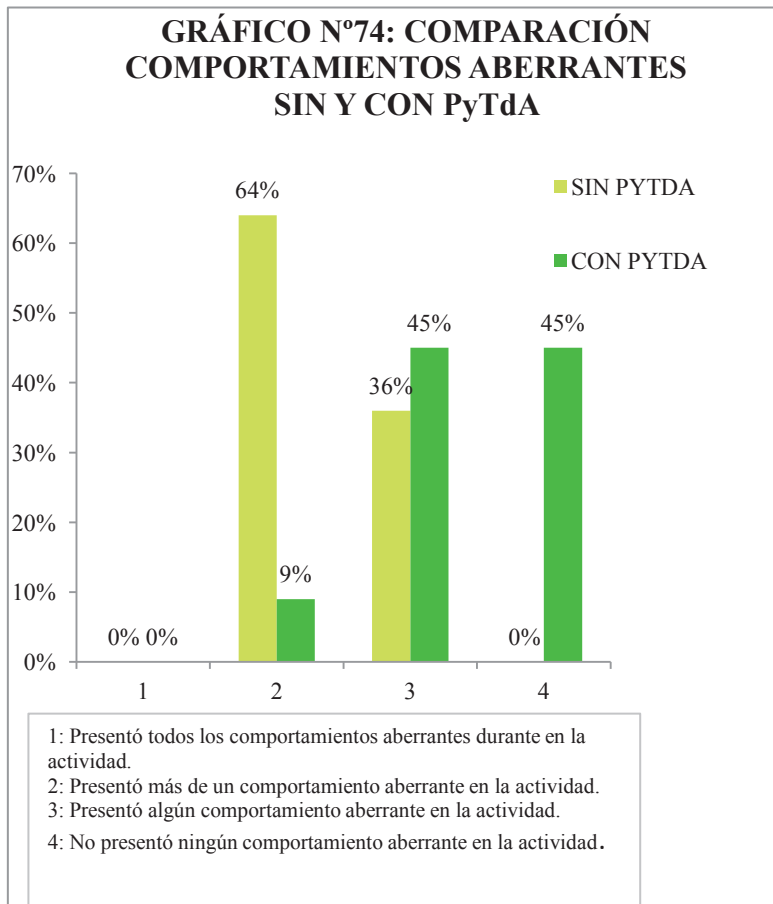


GRÁFICO N°74:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

De los COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES, el 3 (comer con las manos) mantuvo su frecuencia sin y con productos y tecnología de ayuda, mientras que los dos restantes disminuyeron. El 2 (volcar el alimento y mancharse la ropa) lo hizo en mayor proporción, pasando de un 91% a un 27%, y el 1 (comer con las manos) pasó de un 64% sin productos y tecnología de ayuda, a un 36% con productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°75)

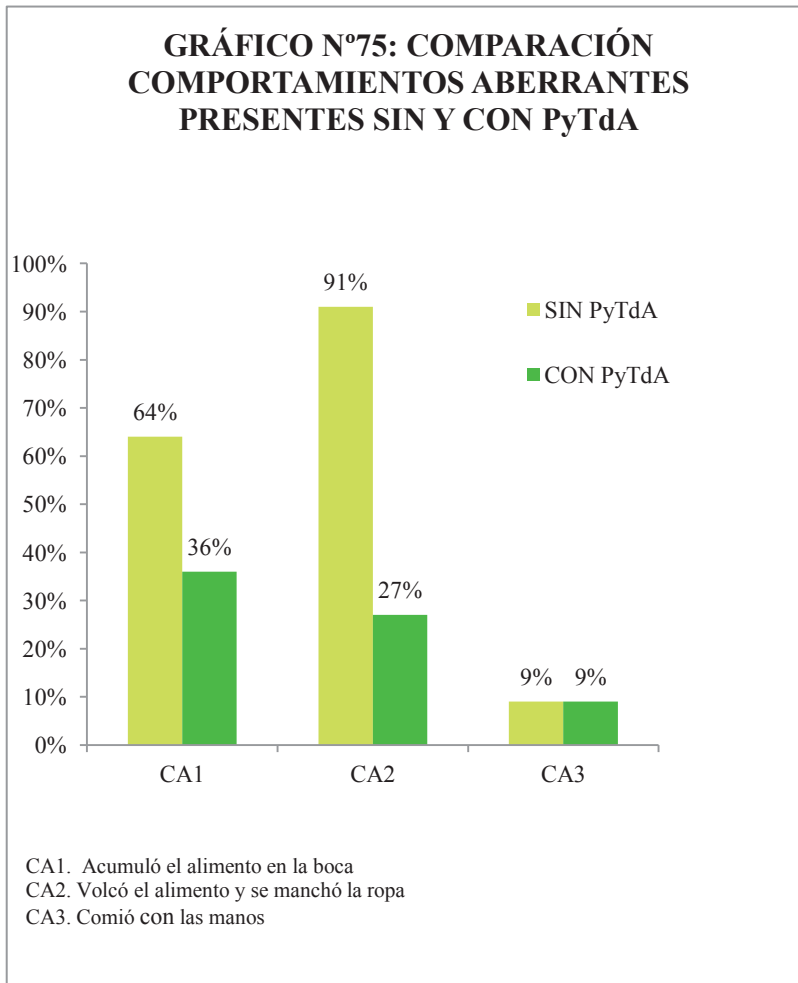


GRÁFICO N°75:
**"COMPARACIÓN
DISTRIBUCIÓN DE
FRECUENCIA
PORCENTUAL
COMPORTAMIENTOS
ABERRANTES
PRESENTES SIN Y
CON PyTdA" de los
niños con diagnóstico de
parálisis cerebral entre 6
y 12 años de edad que
utilizan productos y
tecnología de ayuda
durante la actividad de
alimentación que asisten
a un Centro Educativo
Terapéutico en la
Provincia de Buenos
Aires en el año 2017.**
N=11

En lo referido a la PRENSIÓN, la mayor parte de los niños (45%) lograron una prensión incorrecta y no funcional sin productos y tecnología de ayuda, y este valor se redujo a 0% cuando utilizaron los productos y tecnología de ayuda.

La gran mayoría de los niños con productos y tecnología de ayuda, (90%) lograron prensiones correctas, distribuyendo equitativamente (45% y 45%) entre los valores “prensión incorrecta y no funcional” y “prensión correcta y funcional” mientras que ningún niño logró prensión correcta y funcional sin productos y tecnología de ayuda.

El valor “no logra prensión del utensilio”, se redujo de 2 niños (18%) a solo 1 (9%), cuando se pasó de sin a con productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°76)

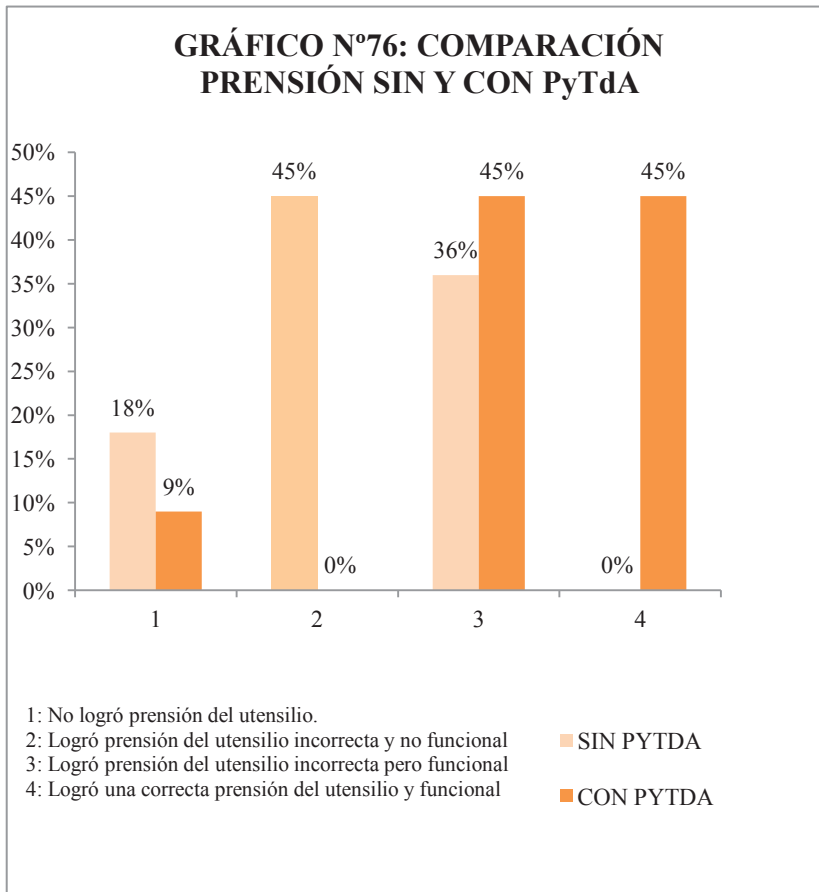


GRÁFICO N°76:
"COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PRENSIÓN SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

OBJETIVO GENERAL

Para alcanzar el objetivo general: *“Analizar las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 se analizaron los resultados de la variable “diferencia entre la adecuación en el desempeño en la alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda”.*

En lo que respecta a la ADECUACIÓN en el desempeño en la alimentación, 8 niños, que equivale a cerca de tres cuartos (73%) de la muestra, mejoraron su desempeño en la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda, mientras que los 3 niños restantes (27%) mantuvieron su adecuación. Ningún niño empeoró la adecuación durante la actividad de alimentación con productos y tecnología de ayuda, respecto de su desempeño sin productos y tecnología de ayuda. (GRÁFICO N°77)

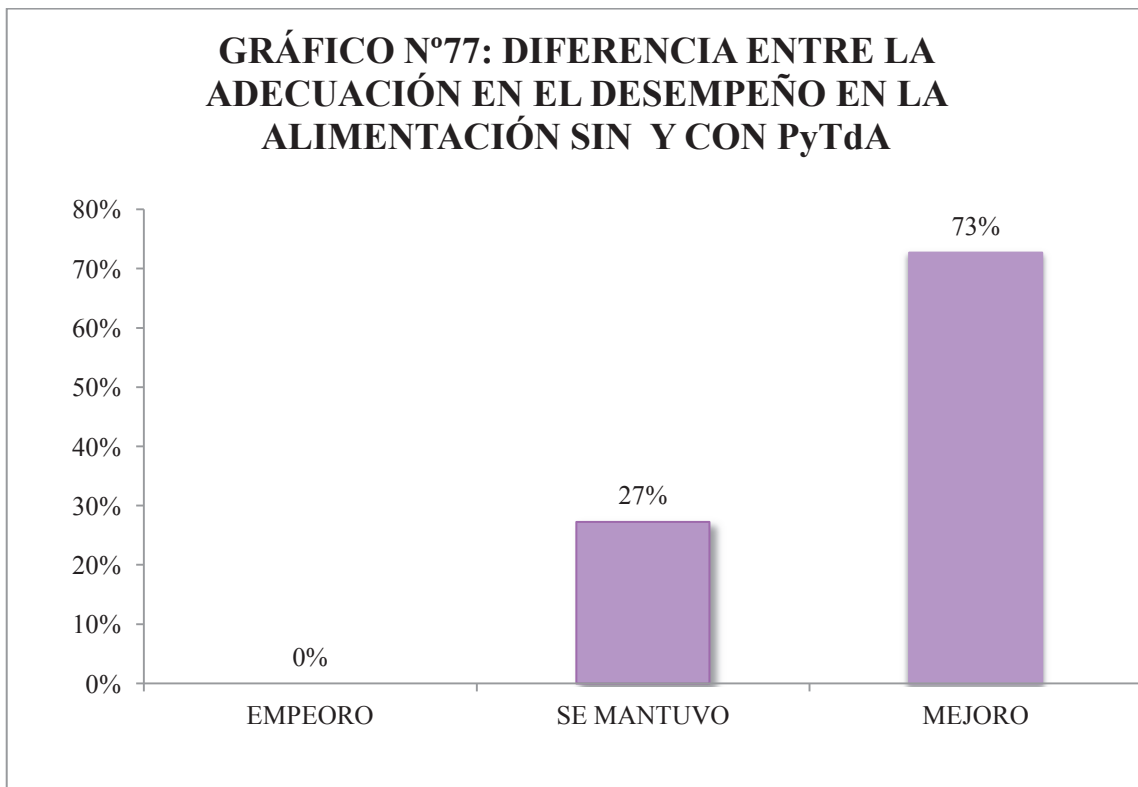


GRÁFICO N°77: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA V: DIFERENCIA ENTRE LA ADECUACIÓN EN EL DESEMPEÑO EN LA ALIMENTACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

Sobre los componentes de la adecuación, cabe destacar que la DURACIÓN fue el único que se mantuvo en casi la totalidad de los casos (91%-10 niños), mientras que tan solo un niño empeoró su duración. Este componente fue el único que empeoró. (GRÁFICO N°78)

El resto, PASOS, ESTÁNDARES SOCIALES, COMPORTAMIENTOS ABERRANTES y PRENSIÓN, en la gran mayoría mejoraron a partir del uso de productos y tecnología de ayuda.

Tanto la PRENSIÓN (GRÁFICO N°82) como los PASOS (GRÁFICO N°79) que los niños pudieron realizar mejoraron en un 91% (10 niños) y se mantuvieron en el 9% restante (1 niño), a partir del uso de productos y tecnología de ayuda.

Por su parte, los ESTÁNDARES SOCIALES (GRÁFICO N°80) y los COMPORTAMIENTOS ABERRANTES (GRÁFICO N°81), también mejoraron en un

82% (9 niños) y se mantuvieron en el 18% (2 niños), a partir del uso de productos y tecnología de ayuda.

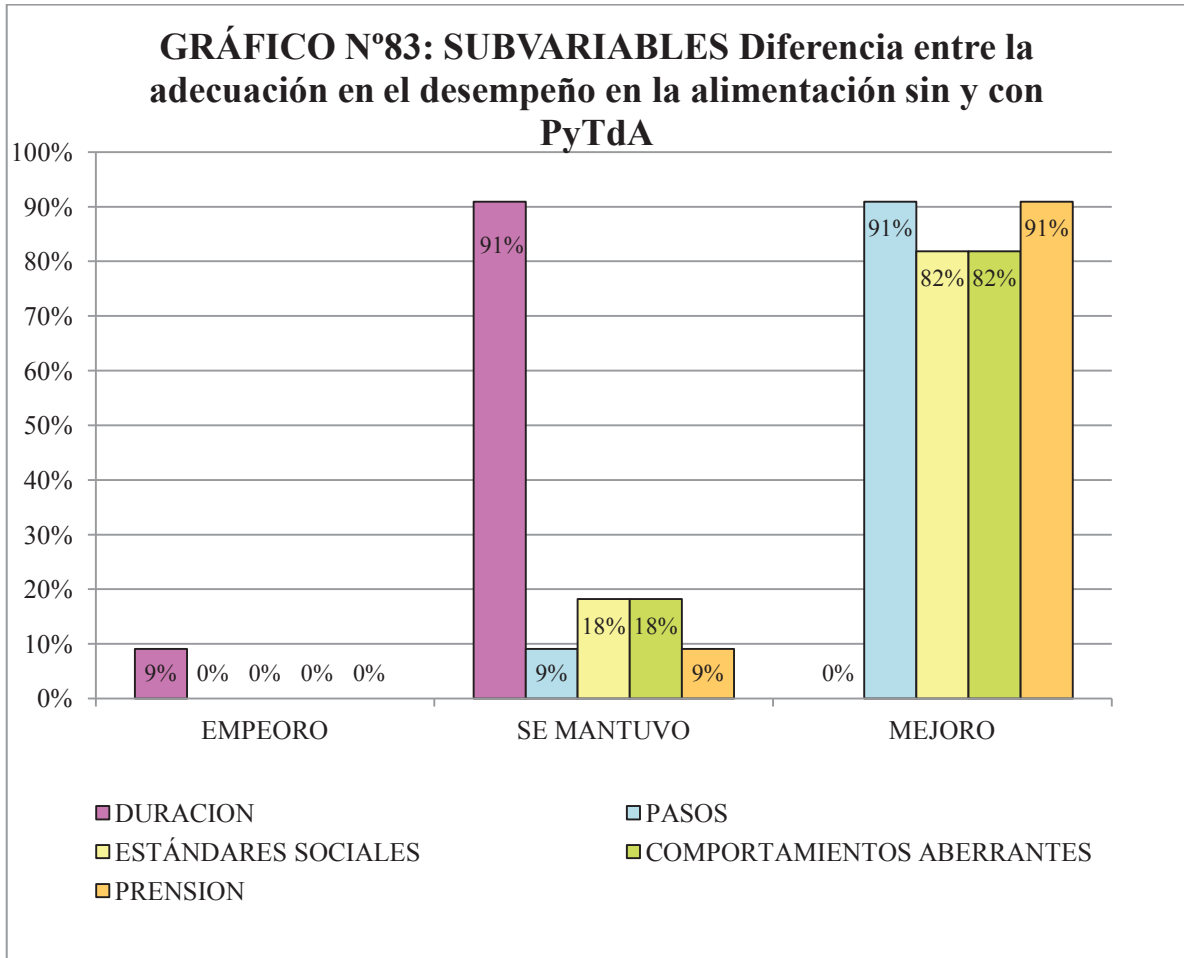


GRÁFICO N°83: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS SV DE LA DIFERENCIA ENTRE LA ADECUACIÓN EN EL DESEMPEÑO EN LA ALIMENTACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA. " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

3. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general *“Analizar las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.”*

Para alcanzar el mismo, se plantearon objetivos específicos que permitieron identificar y comparar la adecuación del desempeño durante la actividad de alimentación sin y con productos y tecnología de ayuda, en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

También se describieron los aspectos de los componentes de la adecuación (pasos, estándares sociales y comportamientos aberrantes), que estuvieron presentes y ausentes en el desempeño durante la alimentación sin y con productos y tecnologías de ayuda en los niños.

Una vez alcanzados los objetivos específicos y el objetivo general mediante el análisis de los resultados, se pudo responder la pregunta de investigación: *¿Cuáles son las modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017?*

Se contrastó lo afirmado en la hipótesis: *“Los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral evidencian una mejora en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda, durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”*, con los resultados hallados en el trabajo de investigación.

Por lo tanto, podemos decir que la hipótesis es aceptada, ya que concuerda con lo planteado anteriormente, concluyendo que:

La gran mayoría (73%) de los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos

Aires en el año 2017 evidenciaron una mejora en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda.

A partir del parámetro ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL propuesto por Rogers y Holm (2005), que dio el marco teórico a esta investigación se confeccionó el instrumento. Según los autores, la adecuación incluye los conceptos de EFICIENCIA y ACEPTABILIDAD, que a su vez están compuestos por los PASOS, la DURACIÓN, los ESTÁNDARES SOCIALES, los COMPORTAMIENTOS ABERRANTES y la PRENSIÓN.

Dentro de la eficiencia, la DURACIÓN: "es el tiempo necesario para completar una actividad (...)." (p. 497). Durante esta investigación, éste fue el único aspecto que se mantuvo en la gran mayoría de los niños evaluados, lo que nos permite suponer que este factor, en el contexto en el que se analizó (Centro Educativo Terapéutico), no es determinado por los niños, sino por la organización de la institución, y la sala, influyendo en la misma también otros factores externos como los horarios de ingreso, y llegada de los transportes y las terapias previas y/o posteriores. También cabe destacar que en ambas instancias de evaluación se mantuvieron las condiciones de este contexto, es decir contexto social (cantidad de niños que participan, coordinación de la actividad) y contexto físico, por lo que el "contexto temporal" tampoco sufrió modificaciones.

El parámetro de ESTÁNDARES SOCIALES, incluido dentro de la aceptabilidad, si bien influye tanto sobre el resultado final como sobre el proceso, se enfoca en la calidad de los resultados, "teniendo en cuenta las expectativas normativas de la sociedad y la cultura en la que vive la persona". (p. 498), por lo que se basándonos en la teoría y las demandas sociales de la actividad en la que se encuadra este trabajo se tuvo que establecer un estándar de desempeño, a partir del cual se registraron las variaciones. Estos estándares están relacionados con respetar los tiempos de los pasos de la actividad (ingerir bocado a bocado), así como en los resultados (precisión y limpieza). Este aspecto también mejoró en la gran mayoría de los casos.

Los COMPORTAMIENTOS ABERRANTES es otro parámetro dentro de la aceptabilidad. Este se evalúa a partir de la forma en que las actividades se desempeñan normalmente. Los comportamientos aberrantes seleccionados, en base a los propuestos por los autores fueron: acumular el alimento en la boca, volcar y mancharse y comer con

las manos (no utilizar utensilios). Este parámetro también mejoró en la gran mayoría de los casos, a partir del uso de productos y tecnología de ayuda.

Tanto la duración, como los estándares sociales y comportamientos extraños o aberrantes, de la actividad de alimentación estuvieron sumamente ligados al contexto cultural, y temporal y los entornos físico y social en los que se la realizó este estudio.

En base a la teoría se suponía que el nivel de independencia era “con productos y tecnología de ayuda”, pero en algunos casos se observó también asistencia verbal y física. Si bien el parámetro elegido para medir el desempeño en alimentación fue el de ADECUACION, a partir del análisis de los PASOS también se puso en evidencia la independencia.

En relación a los resultados del componente PASOS, en la gran mayoría de los casos se incrementó la cantidad de pasos que los niños pudieron realizar activamente con productos y tecnología de ayuda, por lo que podríamos suponer, como dice Romero Ayuso (2005) que el uso de productos y tecnología de ayuda puede ser un aspecto facilitador del desempeño ya que fomenta la participación activa en la actividad de alimentación.

Siendo que según Polonio López y Romero Ayuso (2008) para la Terapia Ocupacional dentro del área de pediatría “el objetivo primario de la intervención sería que el niño pueda funcionar adecuadamente en las áreas ocupacionales” (p. 90), y que según Rowe (2003) el objetivo de los productos y tecnología de ayuda es incrementar la capacidad funcional y facilitar la ejecución ocupacional del individuo (p. 173), podríamos suponer que a partir del uso de los productos y tecnología de ayuda se estarían cumpliendo los objetivos del tratamiento de terapia ocupacional, así como los de los productos y tecnología de ayuda, debido a que la adecuación en el desempeño ocupacional mejoró en el 73% de los casos.

Podríamos suponer que un aporte fue el desarrollo del término adecuación del desempeño como parámetro de evaluación, así como la construcción del instrumento a partir del análisis de la actividad de alimentación, desde la perspectiva de la eficiencia de la acción y aceptabilidad de los resultados, en relación a los contextos y entornos en los que los niños se desempeñan habitualmente.

Éstos resultados también podrían contribuir a la evidencia sobre la importancia del desempeño adecuado de los niños durante la actividad de alimentación en el entorno de CET, y así promover, fomentar e incrementar la participación activa de los niños durante la alimentación, que puede contribuir al desarrollo y mejora de habilidades y destrezas de ejecución.

En lo referido a la muestra, el N (11) fue restringido a los niños que cumplían con los requisitos de inclusión en una sola institución, y no se obtuvo representatividad en todas las edades que abarcaba el estudio, siendo el parámetro de desarrollo, un aspecto que puede afectar la calidad de desempeño. Estos aspectos pueden restringir la representatividad del estudio. La distribución en las variables sexo y turno fue más equitativa. Los aspectos relacionados con la cantidad de comidas, el contexto físico, social y temporal de la actividad se mantuvieron, debido a la uniformidad de la muestra, perteneciente a un mismo Centro Educativo Terapéutico.

El tipo de alimento, el tiempo de asistencia al CET, el tiempo de tratamiento de TO, el tiempo de uso de ortesis de columna, el tiempo de uso de ortesis de miembro superior y el tiempo de uso de adaptaciones, son variables que podrían influir sobre los resultados de adecuación en el desempeño de alimentación, pero debido al N muestral, no era representativo realizar algún recorte para cruzar variables, ya que al realizarlo serían muy escasos los casos para cada valor de la escala.

Cabe destacar que en la investigación se incluyeron objetivos específicos y generales complementarios, que permitieron ahondar sobre los tipos de ortesis de miembro superior, de columna y adaptaciones que utilizan los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017.

En relación a lo enunciado, podemos decir que la cantidad de ortesis de miembro superior, cantidad de ortesis de columna y cantidad de adaptaciones que utilizan los niños que compusieron la muestra oscila entre 1 y 2 en la gran mayoría de los casos. También es relevante destacar que las ortesis, en todos los casos son productos adquiridos ya fabricados, en tanto las adaptaciones son confeccionadas por las mismas terapistas ocupacionales. Estos aspectos, caracterizan la modalidad de abordaje de los profesionales del Centro Educativo Terapéutico, que indican los productos y tecnología de ayuda. Vale la pena recordar que dentro de las opciones de ortesis de miembro

superior y columnas fueron escasos los tipos utilizados, así como los materiales o características de las mismas eran muy similares. Y en lo relacionado a las adaptaciones de los utensilios, se encontraron muy pocos casos que las utilizaban.

En futuras investigaciones se podría incluir a niños de otras instituciones, o que utilicen otros o más tipos de productos y tecnología de ayuda más allá de los descriptos en este estudio, así como incrementar el número de niños que utilicen adaptaciones. También se podría profundizar el estudio, realizando cruces de variables relacionadas con los tiempos de uso, para observar si estos logros registrados se podrán mantener a largo plazo. Otra posible línea de investigación derivada del trabajo realizado podría ser la profundización sobre la funcionalidad de un determinado tipo particular de ortesis o adaptación, así como el análisis de las variables relacionadas con los tipos de parálisis cerebral.

Partiendo de todo el recorrido del estado del arte y el trabajo de campo realizado identificamos escasas investigaciones relacionados con este tema, lo que nos hace suponer la necesidad de nuevos estudios, que abarquen aspectos específicos de los productos y tecnología de ayuda relacionados con la terapia ocupacional.

También durante la investigación nos encontramos con algunos interrogantes, como que espacio ocupa en los planes de estudio, las materias, los talleres así como en las normativas vigentes los productos y tecnologías de ayuda. Otro interrogante también es si las terapeutas ocupacionales conocen el parámetro de adecuación del desempeño para la evaluación de las actividades, así como si los utilizan en sus prácticas cotidianas.

Para concluir consideramos que es importante continuar investigando la temática abordada en esta investigación, para que se continúe avanzando en el alcance de los terapeutas ocupacionales en lo relacionado a los productos y tecnología de ayuda, y así fomentar la producción de conocimiento sobre este tema, que contribuya a la evidencia científica sobre su funcionalidad, ayudando a la disciplina a abrir camino y también difundir estos alcances e incumbencias de la profesión.

Otro punto importante es invitarnos a la reflexión sobre nuestras prácticas, cuestionándonos nuestro nivel de conocimiento sobre el tema, y compartiendo experiencias para difundir, analizar y cuestionar nuestras propias practicas en lo relacionado con los productos y tecnología de ayuda.

4. BIBLIOGRAFIA

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 3ra edición. Traducido por Comité de Ciencia de la Ocupación. Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2015.

Ávila, A., Martínez, R., Matilla, R., Máximo, M., Méndez, B., & Talavera, M. A. (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2^{da} edición AOTA. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com

Brown, G., (2003), Capítulo 11: Parálisis cerebral. En Turner A, Foster M, Sybil E.J. Terapia Ocupacional y Disfunción física. Principios Técnicas y Práctica 5^o Edición. Madrid Editorial Elsevier Pág. 317-336

Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. (1997). Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Capítulo 3 “diseños de investigación experimental” Madrid McGraw-Hill.

CIF “clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud” OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001).

Cook Merrill, S., Mulligan, S. E., (2005) En Crepeau Elizabeth Blesedell, Cohn Ellen S Schell Bárbara A. Boyt. Terapia Ocupacional Willard & Spackman. Capítulo 33 Disfunción neurológica en niños. Pág 699-709

Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (2005). Terapia ocupacional Willard & Spackman. 10ma edición, Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana.

Erhardt, R. (1998) En Crepeau Elizabeth Blesedell, Cohn Ellen S Schell Bárbara A. Boyt. Terapia Ocupacional Willard & Spackman 8va edición. Capítulo 13. Discapacidades del desarrollo- Sección 2. Parálisis Cerebral. P. 430-455

Finnie R. N. (2004) Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. La Prensa Médica. México

Foster M (2003), Capítulo 3: Marcos Teóricos. En Turner A, Foster M, Sybil E.J. Terapia Ocupacional y Disfunción física. Principios Técnicas y Práctica 5^o Edición. Madrid Editorial Elsevier P. 52-79

Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación 4ta edición. México. McGraw-Hill Interamericana Editores SA.

Holm, M. B., Rogers, J.C. (2005) En Crepeau Elizabeth Blesedell, Cohn Ellen S Schell Bárbara A. Boyt. Terapia Ocupacional Willard & Spackman. Capitulo 24. Evaluación de las areas de ocupacion. P. 315-339

Holm, M. B., Rogers, J.C., James, A. B. (2005) En Crepeau Elizabeth Blesedell, Cohn Ellen S Schell Bárbara A. Boyt. Terapia Ocupacional Willard & Spackman. Capitulo 28. Intervenciones para la vida diaria. P. 491-533.

Levitt, S (2012). Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor. Editorial Médica Panamericana.

Ley 24.901 “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”

Ley N° 27.051 “Ejercicio de la profesión de terapeutas ocupacionales, terapistas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional”

Llorens, L. Capitulo 2: Tareas de Desempeño y Roles en el ciclo vital. En Christiansen, Ch. y Baum, C. Superación de los déficits en el desempeño ocupacional.

Losada Gómez, A. Dispositivos de tecnología de asistencia para alimentación. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2007 [26/3/2017]; (5): [23 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/ORIGINAL3.pdf>

Michienzi, V. (2007) “Actividades de la vida diaria en niños con parálisis cerebral”. Boletín del departamento de docencia e investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (Vol. 11 N° 2) pag 32.

Ministerio de Salud de la Nación (sf) Guía para Investigaciones en Salud Humana. Disponible en http://www.fac.org.ar/1/institucional/nov_institucionales/guia_oct11.pdf

Miralles P. M., (2003) Capitulo 10: Modelo canadiense. En Terapia Ocupacional Teoría y Técnicas Barcelona, España. Editorial Masson. Pag 135-141

Moruno Miralles, P. Romero Ayuso, D. (2006). Actividades de la Vida Diaria. Barcelona, España. Editorial Masson.

Mulligan, S. (2006). *Terapia Ocupacional en pediatría: Procesos de Evaluación*. Madrid, España. Editorial Médica Panamericana.

Padua, J. (1994). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales*. FCE. Chile.

Paganizzi, L. y otros (2014). *Terapia Ocupacional Psicosocial, escenarios clínicos y comunitaris*. Madrid, España. Ediciones DOCTA

Polonio Lopez, B. Castellanos Ortega M., Viana Moldes I. (2008). *Terapia Ocupacional en la Infancia: Teoría y práctica*. Madrid, España Editorial Medica Panamericana.

Resolución 1328 “Modificación del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad, el que será incorporado al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica”

Robaina-Castellanos GR, Riesgo-Rodríguez S, Robaina-Castellanos MS. Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿un problema ya resuelto?. *Rev. Neurol.* 2007;45 (02):110-117. Disponible en <http://www.neurologia.com/articulo/2006595> consultado el 29/3/2017

Rossi L (2008) *Desempeño Ocupacional: Conociendo nuestro objeto e intervención*. Ficha de Cátedra. *Terapia Ocupacional I*.

Rubio, J.; Varas, J. (1999) *El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación*, Ed. CCS, Madrid.

Sabino, Carlos (1996) *El proceso de investigación*. Ed. Humanitas. Bs. As.

Samaja, Juan Alfonso (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Parte IV. Colección Temas*. EUDEBA.

Schwartz, K. (2005) En Crepeau Elizabeth Blesedell, Cohn Ellen S Schell Bárbara A. Boyt. *Terapia Ocupacional Willard & Spackman 10ma edición. Capítulo 1. Historia de la terapia ocupacional (p. 5-13)*

Viosca Herrero, E. y otros (2004). *Guía de uso y prescripción de productos ortoprotésicos a medida*. Instituto biomecánico de Valencia.

World Federation of Occupational Therapists (2012). Disponible en:
<http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

Ynoub, R. El diseño de investigación: una cuestión de estrategia. Material de cátedra UBA/UNMdp

Zambudio, R. (2009) Prótesis, ortesis y ayudas técnicas. Elseiver Masson.

ANEXOS

ANEXO 1: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO: N°.....
 ADMINISTRADOR: L / B
 FECHA DE ADMINISTRACION:
 INSTITUCION: SALA:

PARÁMETRO	P	ESCALA	Sin productos y tecnología de ayuda	Con productos y tecnología de ayuda	Diferencias /modificaciones ¹		
			Fecha:	Fecha:	M	SM	E
DURACION	1	El niño utiliza más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación y no logra finalizarla					
	2	El niño se demora en iniciar la alimentación, pero logra finalizar la actividad en el tiempo disponible.					
	3	El niño utiliza más tiempo que el disponible para la actividad de alimentación, pero logra finalizarla.					
	4	El niño se alimenta en el tiempo disponible para la actividad. Inicia y finaliza la actividad dentro del marco temporal destinado a la actividad.					
PASOS ²	1	El niño no logra realizar ningún paso.					
	2	El niño logra realizar menos de la mitad de los pasos					
	3	El niño logra realizar más de la mitad de los pasos.					
	4	El niño logra realizar todos los pasos de la actividad.					

¹ REFERENCIAS: M:MEJORA- SM: SE MANTIENE- E: EMPEORA

PARÁMETRO	P	ESCALA	Sin productos y tecnología de ayuda	Con productos y tecnología de ayuda	Diferencias /modificaciones		
			Fecha:	Fecha:	M	SM	E
ESTÁNDARES SOCIALES ³	1	No cumplió con ningún estándar social esperable para la actividad.					
	2	Cumplió con algún estándar social esperable de la actividad. (1)					
	3	Cumplió con la mayoría de los estándares sociales esperables de la actividad. (2)					
	4	Cumplió con todos los estándares sociales esperables de la actividad. (3)					
COMPORTAMIENTOS ABERRANTES ⁴	1	Presencia de todos los comportamiento aberrante en la actividad. (3)					
	2	Presencia de más de un comportamiento aberrante en la actividad. (2)					
	3	Presencia de algún comportamiento aberrante en la actividad. (1)					
	4	Ausencia de comportamientos aberrantes en la actividad					
PRENSION	1	No logra prensión del utensilio.					
	2	Logra prensión del utensilio incorrecta y no funcional					
	3	Logra prensión del utensilio incorrecta pero funcional					
	4	Logra una correcta prensión del utensilio y funcional					

REFERENCIAS ANEXO 1		Sin productos y tecnología de ayuda	Con productos y tecnología de ayuda	Diferencias /modificaciones		
		Fecha:	Fecha:	M	SM	E
ALIMENTO						
TIEMPO						
² PASOS	Realizar la presión del cubierto/vaso					
	Cargar el alimento					
	Orientarlo y desplazarlo a la boca					
	Depositarlo en la boca					
	Desplazar el cubierto/vaso hacia la mesa					
	Soltar el cubierto/vaso					
³ ESTÁNDARES SOCIALES:	Ingiere bocado a bocado					
	Es preciso al llevar el alimento del recipiente a la boca					
	Elimina las sobras de su ropa					
⁴ COMPORTAMIENTOS ABERRANTES	Acumula el alimento en la boca					
	Vuelca el alimento y se mancha la ropa					
	Come con las manos					

ANEXO 1: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO: N°.....
 ADMINISTRADOR: L / B
 FECHA DE ADMINISTRACION:
 INSTITUCION: SALA:

RESULTADOS ANEXO 1	Sin PyTdA		Con PyTdA		Diferencias/modificaciones		
					M	SM	E
DURACION							
PASOS							
ESTÁNDARES SOCIALES							
COMPORTAMIENTOS ABERRANTES							
PRENSION							
ADECUACION TOTAL*							

*Se sumarán los puntajes de cada subvariable:
 Si el total de esta sumatoria da como valor 5, se calificará como “inadecuado”
 Si se obtiene como resultado entre 6 y 10, se calificará como “poco adecuado”
 Si se obtiene como resultado entre 11 y 15, se calificará como “adecuado”
 Si se obtiene como resultado entre 16 y 20, se calificará como “muy adecuado”

OBSERVACIONES:

ANEXO 2: “DATOS PERSONALES”

NOMBRE DEL NIÑO: N°:.....
 ADMINISTRADOR: L / B
 FECHA DE ADMINISTRACION:
 INSTITUCION:

DATOS PERSONALES	
• Fecha nacimiento:	
• Edad:	
• Sexo:	
• Diagnóstico:	
• Fecha de ingreso al CET	
• Tiempo de asistencia al CET:	
• Turno al que asiste:	
• Área:	
• Sala:	
• Nombre de la coordinadora de sala:	
• Tiempo de tratamiento de TO:	
• Nombre de la TO:	

ANEXO 3: “ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA SALA”

NOMBRE DEL NIÑO: N°.....
 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SALA:
 ADMINISTRADOR: L / B
 FECHA DE ADMINISTRACIÓN:
 INSTITUCION: SALA:

TIPO DE JORNADA		
S	Simple	
D	Doble	
TURNO EN EL QUE ASISTE		
M	Mañana	
T	Tarde	
M-T	Mañana-tarde	
DOMINANCIA:		
ALIMENTACION		
Cantidad de comidas dentro de la institución		
	1	
	2	
	3	
	4	
	Más de 4	
Comidas		
D	Desayuno	
C	Colación	
A	Almuerzo	
M	merienda	
Tipo/s de alimento/s		
L	Líquido	
SS	Semi sólido	
S	Sólido	
Contexto físico		
1	Dentro de su sala	
2	Fuera de su sala	
Contexto temporal		
1	- de 30 minutos	

2	30 minutos	
3	60 minutos	
4	+ de 60 minutos	
5	No hay un tiempo determinado	
Contexto social		
1	Sin compañeros	
2	Con compañeros de sala	
3	Con compañeros de sala y otras salas	
Cantidad de niños que participan		
1	Menos de 8 niños	
2	Entre 8 y 10 niños	
3	+ de 10 niños	
Coordinación de la actividad		
1	Un responsable de grupo	
2	Un responsable de grupo y un auxiliar	
3	Un responsable de grupo y dos o más auxiliares	
4	Dos o más responsables de grupo y un auxiliar	
5	Dos o más responsables de grupo y dos o más auxiliares	

ANEXO 4: “PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA” ENTREVISTA A LA TO

NOMBRE DEL NIÑO: N°:.....
 NOMBRE DE LA TO:
 ADMINISTRADOR: L / B
 FECHA DE ADMINISTRACION:
 INSTITUCION: SALA:

ORTESIS

ORTESIS SEGÚN LUGAR ANATOMICO	UTILIZA	LOCALIZACION SEGÚN UBICACIÓN			LOCALIZACION SEGÚN LATERALIDAD			FECHA DE PRESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
		D	I	A	H	C	A		
MIEMBRO SUPERIOR									
Dedos									
Manos									
Muñeca									
Codo									
Hombro									
Muñeca y mano									
Muñeca, mano y dedos									
Codo y muñeca									
Codo, muñeca y mano									
Hombro y codo									
Hombro, codo y muñeca									
Hombro, codo, muñeca y mano									

ORTESIS SEGÚN LUGAR ANATOMICO	UTILIZA	FECHA DE PRESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
COLUMNA			
Sacro-iliacas			
Lumbo-sacras			
Tóraco-lumbo-sacras			
Cervicales			
Cérvico-torácicas			
Cérvico-tóraco-lumbo-sacro			

ADAPTACIONES

UTENSILLO	UTILIZA		TIPO DE ADAPTACION		FECHA DE PRESCRIPCION	OBSERVACIONES
	SI	NO				
CUBIERTO						
LONGITUD DEL MANGO			Estándar			
			Alargado			
			Ajustable			
			Angulado			
			Estándar y angulado			
			Alargado y angulado			
			Ajustable y angulado			
FORMA DEL MANGO			Otros			
			Estándar			
			Cilíndrico/redondeado			
			Ovalada			
			Rectangular			
			Con surcos			

		Otros			
ANCHO DEL MANGO		Estándar			
		Engrosado			
		Otros			
PESO		Estándar			
		Liviano			
		Con peso			
		Otros			
VASO	UTILIZA				
	SI	NO			
		Con escotadura			
		Con asas			
		Bombilla			
		Peso			
		Asas y bombilla			
		Asas y peso			
		Bombilla y peso			
		Asa, peso y bombilla			
	Otros				
PLATO	UTILIZA				
	SI	NO			
		Con borde			
		Con sopapa			
		Contorno para plato			
		Base antideslizante			
		Con borde y base antideslizante			
	Otros				
BOLSILLO PALMAR	UTILIZA				
	SI	NO			
GUANTE DE PRENSION	UTILIZA				
	SI	NO			

ANEXO 5: “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS CUIDADORES (PADRE/MADRE/RESPONSABLE LEGAL) DE LOS NIÑOS QUE ACCEDEN A SER PARTE DE LAS MUESTRAS”

Consentimiento Informado

Señor/a cuidador/a:

Somos María Belén Sánchez DNI 36.797.434, Terapista Ocupacional recibida en la Universidad Nacional de San Martín y María Lourdes Alegre Fernandez DNI 35.234.954 estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de San Martín. Ambas nos encontramos realizando nuestro trabajo final para la licenciatura, el mismo se denomina **“Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”**.

La Terapia Ocupacional es una profesión centrada en el paciente para promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir a los individuos participar en las actividades de la vida cotidiana.

El objetivo del trabajo final es conocer el desempeño de los niños en la actividad de alimentación, y ver como este se modifica cuando los niños utilizan el equipamiento (ortesis, adaptaciones) que tienen indicado.

La participación se realizará dentro del Centro Educativo Terapéutico durante el momento de la alimentación. La misma será dividida en dos días. No teniendo que asistir fuera de los días y horarios habituales.

Durante la primera participación observaremos cómo se alimentan los niños sin las adaptaciones ni ortesis. Luego, en un segundo día observaremos al niño mientras se alimenta con las adaptaciones y las ortesis. La administración de las pruebas no implica riesgo directo para el niño y se respetarán en todo momento las decisiones de los mismos.

Informamos que se utilizaran datos del legajo, excluyendo nombre y apellido, DNI, etc; con el fin de conservar la identidad del niño.

Toda la información recolectada, tanto en la observación como de las entrevistas y del legajo, será confidencial, de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de protección de datos personales. Esto significa que los datos personales no serán divulgados públicamente.

La institución, los profesionales, los cuidadores y los niños tienen derecho a retirar su consentimiento a participar en cualquier momento que deseen, aún cuando hayan aceptado previamente. Esto no traerá ninguna consecuencia para usted ni para el niño.

La decisión de participar o no, es completamente voluntaria y libre de las instituciones, los profesionales, los niños y los cuidadores.

Dado que los niños participantes tendrán entre 6 y 12 años, se les pide a los cuidadores que otorguen su consentimiento a participar, aclarando que cualquier expresión de desaprobación, desagrado o negación por parte del niño se respetará.

Si bien no se espera que los niños evaluados obtengan un beneficio directo de la participación en la investigación, los datos obtenidos de la misma podrán ser de utilidad para la elaboración de proyectos/planes/tratamientos tendientes a promover y mejorar la participación de los niños durante la alimentación, así como sus habilidades y destrezas.

En caso de presentarse dudas con respecto al proyecto, o si durante la lectura surgen preguntas o no comprende algo podrá preguntarnos personalmente, o comunicarse a los siguientes contactos: belensanchez92@hotmail.com lourdesalegref@gmail.com

En este contexto, queremos invitarlo a su niña/o a participar de la muestra de nuestro trabajo de investigación.

Lo saludamos cordialmente.

Manifiesto que he sido informado con claridad y veracidad, y declaro haber comprendido en qué consiste la investigación, y haber tenido la posibilidad de preguntar libremente en relación a los procedimientos del proyecto “Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en

el año 2017” . Es por esto que acepto libre y voluntariamente la participación del niño de quien soy padre/madre/responsable legal.

Recibo copia de este documento.

Nombre del niño:

Firma:

Aclaración:

DNI de quien firma:

Edad de quien firma:

Fecha:/...../.....

ANEXO 6: “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES Y DIRECTIVOS”

Consentimiento Informado

Estimada/o Profesional:

Somos María Belén Sánchez DNI 36.797.434, Terapista Ocupacional recibida en la Universidad Nacional de San Martín y María Lourdes Alegre Fernandez DNI 35.234.954 estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de San Martín. Ambas nos encontramos realizando nuestro trabajo final para la cátedra Diseño de Trabajo Final, el mismo se denomina **“Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”**.

El objetivo del trabajo final es conocer el desempeño de los niños en la actividad de alimentación, y ver como este se modifica cuando los niños utilizan el equipamiento (ortesis, adaptaciones) que tienen indicado.

Por tal motivo, le solicitamos su autorización para la recolección de los datos necesarios para llevar a cabo nuestra investigación. Para ello se administrará una entrevista, cuyas respuestas serán tratadas de forma confidencial, de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de protección de datos personales. Esto significa que los datos personales no serán divulgados públicamente.

La decisión de participar o no, es completamente voluntaria y libre, y usted tiene derecho a retirar su consentimiento a participar en cualquier momento que desee, aún cuando haya aceptado previamente.

En caso de presentarse dudas con respecto al proyecto, o si durante la lectura surgen preguntas o no comprende algo podrá preguntarnos personalmente, o comunicarse a los siguientes contactos: belensanchez92@hotmail.com lourdesalegref@gmail.com

En este contexto, queremos invitarla/o a participar de nuestro trabajo de investigación.

La/o saludamos cordialmente.

Manifiesto que he sido informado con claridad y veracidad, y declaro haber comprendido en qué consiste la investigación, y haber tenido la posibilidad de preguntar libremente en relación a los procedimientos del proyecto “Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017” . Es por esto que acepto libre y voluntariamente la participación en la entrevista.

Recibo copia de este documento.

Firma:

Aclaración:

Puesto/función/profesión:

Fecha:/...../.....

Consentimiento Informado

Señora directora:

Somos María Belén Sánchez DNI 36.797.434, Terapista Ocupacional recibida en la Universidad Nacional de San Martín y María Lourdes Alegre Fernandez DNI 35.234.954 estudiante de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de San Martín. Ambas nos encontramos realizando nuestro trabajo final para la licenciatura, el mismo se denomina “Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017”.

La Terapia Ocupacional es una profesión centrada en el paciente para promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir a los individuos participar en las actividades de la vida cotidiana.

El objetivo del trabajo final es conocer el desempeño de los niños en la actividad de alimentación, y ver como este se modifica cuando los niños utilizan el equipamiento (ortesis, adaptaciones) que tienen indicados por sus profesionales tratantes.

La participación se realizará dentro del Centro Educativo Terapéutico durante el momento y espacio de la alimentación. La misma será dividida en dos días. No teniendo que asistir fuera de los días y horarios habituales.

Durante la primera participación observaremos cómo se alimentan los niños sin las adaptaciones ni ortesis. Luego, en un segundo día observaremos al niño mientras se alimenta con las adaptaciones y las ortesis. La administración de las pruebas no implica riesgo directo para el niño y se respetarán en todo momento las decisiones de los mimos, así como de los profesionales a cargo y los directivos.

Informamos que se utilizaran datos del legajo, excluyendo nombre y apellido, DNI, etc; con el fin de conservar la identidad del niño.

Toda la información recolectada, tanto en la observación como de las entrevistas y del legajo, será confidencial, de acuerdo a lo que establece la Ley N° 25.326 de protección

de datos personales. Esto significa que los datos personales no serán divulgados públicamente.

La institución, los profesionales, los cuidadores y los niños tienen derecho a retirar su consentimiento a participar en cualquier momento que deseen, aún cuando hayan aceptado previamente. Esto no traerá ninguna consecuencia para usted ni para el niño.

La decisión de participar o no, es completamente voluntaria y libre de las instituciones, los profesionales, los niños y los cuidadores.

Dado que los niños participantes tendrán entre 6 y 12 años, se les pide a los cuidadores que otorguen su consentimiento a participar, aclarando que cualquier expresión de desaprobación, desagrado o negación por parte del niño se respetará.

Si bien no se espera que los niños evaluados obtengan un beneficio directo de la participación en la investigación, los datos obtenidos de la misma podrán ser de utilidad para la institución y los profesionales para la elaboración de proyectos/planes/tratamientos tendientes a promover y mejorar la participación de los niños durante la alimentación, así como sus habilidades y destrezas.

En caso de presentarse dudas con respecto al proyecto, o si durante la lectura surgen preguntas o no comprende algo podrá preguntarnos personalmente, o comunicarse a los siguientes contactos: belensanchez92@hotmail.com lourdesalegref@gmail.com

En este contexto, queremos solicitarle la participación de la institución como muestra de nuestro trabajo de investigación.

Lo saludamos cordialmente.

Manifiesto que he sido informado con claridad y veracidad, y declaro haber comprendido en qué consiste la investigación, y haber tenido la posibilidad de preguntar libremente en relación a los procedimientos del proyecto “Modificaciones en la adecuación del desempeño ocupacional a partir del uso de productos y tecnología de ayuda en niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral durante la actividad de alimentación en un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en

el año 2017” . Es por esto que acepto libre y voluntariamente la participación de la institución Centro Terapéutico Integral (CTI) de la que soy directora.

Recibo copia de este documento.

Firma:

Aclaración:

Fecha:/...../.....

ANEXO 7: INFORME DE PILOTAJE

INFORME DE PILOTAJE

Una vez aprobado el diseño de la guía 3, se realizó el pilotaje en un Centro Educativo Terapéutico de la Capital Federal. Este es el único aspecto que lo diferencio de la muestra.

En esta instancia se realizaron modificaciones en los instrumentos. En relación al instrumento “ADECUACION EN EL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN”, se agrego en forma de cuadro, las Referencias, en las que se detallaron las subvariables cuyas escalas estaban conformadas por varios criterios (Pasos, Estándares sociales y Comportamientos Aberrantes).

Además se agregaron filas para registrar la información sobre el tiempo real utilizado en la alimentación y el tipo de alimento, ya que durante el pilotaje esta información fue agregada al margen del instrumento.

También se realizaron modificaciones en las escalas de las subvariables, ya que en ocasiones resultaron poco claras a la hora de registrarlas. Se procedió a enumerar los criterios para decidir la puntuación en la escala.

Se quito del instrumento el apartado de “adecuación”, ya que confundía a la hora de administrarlo. Este aspecto, fue registrado en una hoja a parte como resultado, luego de haber realizado las dos observaciones.

También se decidió, realizar la primera observación previa a las entrevistas con las TO, y la segunda observación luego de las mismas, para registrar fielmente la actividad sin los productos y tecnologías de ayuda, así como el conocimiento del equipamiento indicado.

El instrumento “DATOS PERSONALES” fue modificado, ubicando todas las variables en forma de cuadro, agregando en el mismo las variables: fecha de nacimiento, fecha de ingreso al CET, área, sala, turno, nombre de la coordinadora de sala y nombre de la TO. También se unificó la variable diagnóstico en una sola fila, a completar según la información disponible en el legajo, eliminando lo referido a TIPOS.

En la “ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA SALA” también se realizó un cuadro y se lo dividió en 4 secciones. Se incluyeron las escalas de valores y la codificación asignada a cada valor de las variables.

Los instrumentos de “PRODUCTOS Y TECNOLOGIA DE AYUDA: ORTESIS Y ADAPTACIONES”, no fueron modificados en esta instancia.

Para una mayor organización se unificó el encabezado de todos los instrumentos, en los que se incluyeron los datos de: nombre del niño, administrador, fecha de administración, institución, sala y número y se agregaron los consentimientos informados para los profesionales (Terapistas Ocupacionales y Responsables de la sala).

ANEXO 8: INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

Luego de la autorización institucional se comenzó con la recolección de datos de los legajos de los niños para proceder con la selección de la muestra. De este proceso se hallaron 12 niños que cumplieron con los criterios de inclusión del trabajo final. Este listado fue enviado a la dirección, quien aprobó la participación de 11 niños, por motivos institucionales.

Cabe destacar que durante la lectura de legajos, se halló que dentro de los niños que dentro poseían diagnóstico de Parálisis Cerebral, no todos tenían especificado el tipo, por lo que luego de analizar las variables al respecto, se decidió que los datos de: tipo según topografía, según tono muscular y movimiento, según topografía y según tipo de movimiento serían registradas en los casos en que estén descriptas, pero no analizadas, ya que el número de niños que cuentan con esta descripción es escaso.

Dentro de los 11 niños que conforman la muestra uno recibe alimentación vía botón gástrico, pero a su vez tiene indicado productos y tecnología de ayuda, por lo que se entrevistó al equipo tratante quienes expresaron que la finalidad del botón es nutricional y dentro del CET recibe alimentación por vía oral. Por este motivo se revisaron los criterios de exclusión y se decidió incluir al niño en la muestra.

Luego de esto se enviaron notas con consentimiento informado al los cuidadores de los niños. También se entregaron los consentimientos informados a los profesionales, tanto terapistas ocupacionales como coordinadoras de sala. El resultado en esta instancia fue bueno, ya que se obtuvo la aprobación de todos los participantes y fueron respondidos a la brevedad.

Una vez firmados los consentimientos, se comenzó con las evaluaciones. En principio se entrevistaron a las coordinadoras de las salas de cada uno de los niños, y se realizó la observación de la alimentación sin productos ni tecnología de ayuda. En esta etapa la muestra fue dividida aleatoriamente entre ambas evaluadoras, quedando 5 y 6 niños para evaluar por cada una. También se decidió que cada evaluadora registrará los datos de las dos observaciones de cada niño que se le asignó.

Se entrevistaron a 3 coordinadoras de sala. Las mismas se realizaron dentro de las salas y participaron las auxiliares. Allí se obtuvo información sobre la actividad de alimentación dentro del CET, pero también sobre características de los niños, como la frecuencia en que llevan o utilizan su equipamiento, su tolerancia al mismo y el cronograma de actividades de la sala. También se obtuvo información valiosa sobre aspectos relacionados a los intereses de los niños. Uno de los aspectos relevantes fue que cada día es organizado de manera diferente, en relación a las terapias grupales e individuales de los niños. También se tomó conocimiento sobre la presencia de personal ajeno a la institución (enfermeras), quienes brindan asistencia a los niños que se alimentan vía botón. DOMINANCIA.

Luego de finalizadas las primeras observaciones se mantuvo entrevista con las Terapistas Ocupacionales. Las mismas se realizaron en simultáneo, durante el ateneo semanal. Además participó de la misma la coordinadora de TO de la institución. El equipo de TO de la institución esta conformado con 4 profesionales, una de las cuales es la coordinadora, las cuales tienen asignados pacientes, que atienden semanalmente.

En la entrevista grupal se obtuvo información sobre los productos y tecnología que los niños que forman parte de la muestra tienen indicados. En principio se había propuesto que la fuente de las ortesis sean los legajos, pero los mismos no contaban con la información necesaria al respecto por lo que se unifico el instrumento y se recabo esta información en las entrevistas con las TO, quienes brindaron la información necesaria al respecto.

Durante las entrevistas se observaron diferentes modalidades de abordaje, algunas profesionales tenían indicado el mismo equipamiento para todos los niños a su cargo, otras tenían planes personalizados. La coordinadora tenía conocimiento sobre el tratamiento de todos los niños que forman parte de la muestra y también apporto información.

En esta entrevista, se arriba a la conclusión de que las variables relacionadas con la localización de las ortesis de miembro superior con respecto a la ubicación en el cuerpo y la dominancia del niño podrían ser desestimadas, debido a que su prescripción es bilateral (ambos miembros superiores), en todos los casos.

Además en esta instancia se incluyeron dentro de las ortesis, las ortesis de columna. Esto fue modificado por la sugerencia de las TO quienes hicieron referencia a un sistema de sujeción flexible incluido recientemente en el equipamiento, denominado “SPIO”. La función de dicha ortesis, es aumentar la estabilidad, mejorar el balance, mejorar el tono y control de los músculos y reducir movimientos involuntarios y estereotipias. El SPIO está indicado para ser utilizado durante la alimentación de dos niños que forman parte de la muestra.

Durante estas entrevistas también se obtuvo información sobre las características de los niños, si aceptaban o no sus productos, la frecuencia de uso de sus productos y tecnologías de ayuda, las características de los familiares y su participación en el tratamiento. Allí también se supo que determinados productos fueron indicados con finalidades distintas a las que fueron diseñados. Por ejemplo una férula para evitar que un niño se autoagreda.

Una vez finalizadas las entrevistas se comenzaron las observaciones de los niños en la sala durante la alimentación con productos y tecnología de ayuda. Para esto fue necesario pautar fechas y anticipar a los padres para que envíen el equipamiento de los niños durante la alimentación, ya que según las coordinadoras y las TO, no siempre llevaban los productos y tecnologías de ayuda. En muchos casos, se decidió realizar la observación los días que los niños tenían Terapia Ocupacional, ya que eran los días en que los padres lo enviaban. Esto brinda información sobre la irregularidad del uso.

Se observó predisposición e interés en el personal de brindar información y facilitar las condiciones necesarias para realizar las evaluaciones.

Durante las entrevistas de a los responsables de las salas, y una vez finalizado el proceso de selección de muestra, se decide no analizar las variables “CET al que pertenece”, debido a que todos los niños pertenecen al mismo CET, y la variable “tipo de jornada”, ya que la modalidad del CET es de jornada simple en todos los casos. Esta última es reemplazada por la variable “turno al que asiste”, ya que se observan diferencias con respecto a la organización en la alimentación, en el turno mañana en el que esta actividad es la primera o una de las primeras de la mañana (desayuno), y en el turno tarde, en donde la merienda es una de las últimas actividades de la jornada. Con similar criterio se desestima la variable “cantidad de comidas dentro de la institución” ya que en

todos los casos el número es 1, por lo que tampoco es una variable, sino una característica de la institución.

Para una mayor organización y debido a la cantidad de salas, aéreas, coordinadoras de sala, horarios y terapeutas ocupacionales, así como consentimientos, evaluaciones y entrevistas utilizadas para cada niño, se realizaron dos cuadros.

En uno de ellos, se registraron el número de unidad de análisis, las iniciales del nombre y apellido del niño, el área, el turno, la sala y el nombre de la coordinadora y la TO a cargo del niño para organizar los días y horarios de visitas. (ANEXO 9). Con esta información dispuesta en forma de cuadro, se procedió a dividir la muestra, colocando la inicial de la evaluadora, y asignándole un color a la misma para identificarlo en la planilla siguiente.

En el otro cuadro de doble entrada se colocó en las filas el número de cada una de las unidades de análisis asignado, con las iniciales para identificarlos, y en las columnas, la sección de consentimientos: “niño”, “TO”, “coordinadora”, y evaluaciones: “anexo 1 adecuación en el desempeño en alimentación”, a su vez subdividida en “observación sin productos y tecnología de ayuda” y “observación con productos y tecnología de ayuda” “anexo 2 datos personales”, “anexo 3 entrevista al responsable de sala”, y “anexo 4 entrevista a la TO” (ANEXO 10). A medida que se iban obteniendo los consentimientos y realizando las observaciones se tildaban y colocaban las fechas en las celdas correspondientes. Este sistema resultó sumamente útil para facilitar la dinámica de trabajo, así como para identificar las tareas pendientes.

ANEXO 9: LISTADO DE MUESTRA Y DIVISIÓN

Nº	NOMBRE	TURNO	AREA	SALA	COORDINADOR DE SALA	TERAPISTA OCUPACIONAL	EVALUADOR
1	A.S	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	ROJA	V.T	G.F	L
2	B.J	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	CELESTE	G.T	G.F	B
3	C.E	MAÑANA	EDUCATIVA	ROJA	L.R	G.F	B
4	C.M	MAÑANA	NIÑOS PEQUEÑOS	PAJARITOS	V.T	G.F	B
5	F.I	MAÑANA	EDUCATIVA	CELESTE	L.F	C.F	B
6	G.P	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	CELESTE	G.T	F.D	L
7	G.M	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	CELESTE	G.T	C.F	L
8	I.G	MAÑANA	EDUCATIVA	ROJA	L.R	F.D	L
9	L.M	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	CELESTE	G.T	G.F	L
10	S.K	MAÑANA	EDUCATIVA	CELESTE	L.F	G.F	B
11	S.Z	TARDE	NIÑOS PEQUEÑOS	ROJA	V.T	G.F	B

ANEXO 10: CRONOGRAMA DE CONSENTIMIENTOS Y EVALUACIONES

N°	NOMBRE	CONSENTIMIENTO INFORMADO			ANEXO 1 ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN		ANEXO 2 DATOS PERSONALES	ANEXO 3 ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA SALA	ANEXO 4 ENTREVISTA A LA TO
		NIÑO	COORDINADORA DE SALA	TO	OBSERVACIÓN SIN PyTdA	OBSERVACION CON PyTdA			
1	A.S	13/11	26/10	21/11	14/11	27/11	14/11	14/11	21/11
2	B.J	13/11	26/10	21/11	21/11	7/12	13/11	13/11	21/11
3	C.E	8/11	13/11	21/11	17/11	1/12	10/11	17/11	21/11
4	C.M	26/10	26/10	21/11	26/10	1/12	26/10	26/10	21/11
5	F.I	8/11	9/11	21/11	9/11	22/11	9/11	9/11	21/11
6	G.P	14/11	26/10	21/11	15/11	27/11	15/11	15/11	21/11
7	G.M	15/11	26/10	21/11	16/11	22/11	15/11	22/11	21/11
8	I.G	10/11	13/11	21/11	13/11	28/11	10/11	13/11	21/11
9	L.M	14/11	26/10	21/11	14/11	27/11	14/11	14/11	21/11
10	S.K	15/11	9/11	21/11	15/11	27/11	15/11	15/11	21/11
11	S.Z	13/11	26/10	21/11	15/11	27/11	15/11	15/11	21/11

ANEXO 11: TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS- GRÁFICOS
 VARIABLES SUFICIENTES

Caracterización de la muestra

TABLA N° 1A "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: EDAD" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V4	FA	FR	F%
6	5	0,45	45%
7	2	0,18	18%
8	0	0,00	0%
9	1	0,09	9%
10	3	0,27	27%
11	0	0,00	0%
12	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°2 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: SEXO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V5	FA	FR	F%
F: FEMENINO	4	0,36	36%
M: MASCULINO	7	0,64	64%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°3 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TURNO AL QUE ASISTE" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V13	FA	FR	F%
M: MAÑANA	5	0,45	45%
T: TARDE	6	0,55	55%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°4 A "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE ASISTENCIA AL CET" de los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico In la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V10	FA	FR	F%
1	4	0,36	36%
2	4	0,36	36%
3	1	0,09	9%
4	1	0,09	9%
5	0	0,00	0%
6	1	0,09	9%
7	0	0,00	0%
8	0	0,00	0%

TOTAL	11	1,00	100%
--------------	----	------	------

TABLA N°5 A "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE TRATAMIENTO DE TO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V11	FA	FR	F%
1	4	0,36	36%
2	5	0,45	45%
3	2	0,18	18%
4	0	0,00	0%
5	0	0,00	0%
6	0	0,00	0%
7	0	0,00	0%
8	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

Alimentación en el CET

TABLA N° 6 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: COMIDAS QUE RECIBE DENTRO DE LA INSTITUCIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V15	FA	FR	F%
D: DESAYUNO	5	0,45	45%
M: MERIENDA	6	0,55	55%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N° 7: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIPO DE ALIMENTO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V16	FA	FR	F%
L	0	0,00	0%
SS	6	0,55	55%
S	0	0,00	0%
L-SS	0	0,00	0%
L-S	3	0,27	27%
SS-S	0	0,00	0%
L-SS-S	2	0,18	18%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N° 8: " DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CONTEXTO FÍSICO DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V17	FA	FR	F%
-----	----	----	----

1: DENTRO DE SU SALA	10	0,91	91%
2: FUERA DE SU SALA	1	0,09	9%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N° 9 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CONTEXTO SOCIAL DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V18	FA	FR	F%
1: SIN COMPAÑEROS	1	0,09	9%
2: CON COMPAÑEROS DE SALA	10	0,91	91%
3: CON COMPAÑEROS DE SALA Y OTRAS SALAS	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°10 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CANTIDAD DE NIÑOS QUE PARTICIPAN DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V 19	FA	FR	F%
0: NINGUN NIÑO	1	0,09	9%
1: MENOS DE 8	10	0,91	91%
2: ENTRE 8 Y 10	0	0,00	0%
3: MAS DE 10	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°11 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CONTEXTO TEMPORAL DE LA ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V 20	FA	FR	F%
1: MENOS DE 30'	5	0,45	45%
2: 30'	6	0,55	55%
3: 60'	0	0,00	0%
4: MÁS DE 60'	0	0,00	0%
5: NO HAY TIEMPO DETERMINADO	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°12 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD DE ALIMENTACIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V21	FA	FR	F%
0: OTRO	1	0,09	9%
1: UN RESPONSABLE DE GRUPO	0	0,00	0%
2: UN RESPONSABLE DE GRUPO Y UN AUXILIAR	10	0,91	91%

3: UN RESPONSABLE DE GRUPO Y DOS O MÁS AUXILIARES	0	0,00	0%
4: DOS O MÁS RESPONSABLES DE GRUPO Y UN AUXILIAR	0	0,00	0%
5: DOS O MÁS RESPONSABLES DE GRUPO Y DOS O MÁS AUXILIARES	0	0,00	0%
TOTAL	11	1	100%

VARIABLES CUANTITATIVAS- MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN

TABLA N° 1B “MEDIDA DE TENDENCIA CENTRAL Y MEDIDA DE DISPERSIÓN V: EDAD” de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11			
MEDIA	7,55		
RANGO	1,67	MAX	10
		MIN	6
DS	1,81		

TABLA N°4B "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE ASISTENCIA AL CET" de los niños de 6 a 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la alimentación que asisten al un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11	
MEDIA	2,27
MAX	6
MIN	1
RANGO	5
DS	1,56

TABLA N°5 B"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE TRATAMIENTO DE TO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11	
MEDIA	1,82
MAX	3
MIN	1
RANGO	2
DS	0,75

Ortesis de miembro superior

TABLA N°13 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V22	FA	FR	F%
SI	10	0,91	91%
NO	1	0,09	9%

TABLA N°14 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE CODO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=10

V29	FA	FR	F%
SI	6	0,60	60%
NO	4	0,40	40%
TOTAL	10	1,00	100%

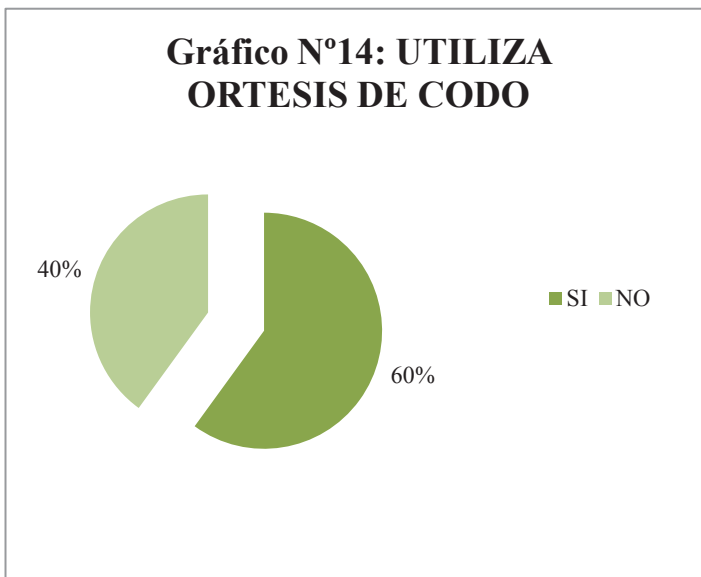


GRÁFICO N°14 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE CODO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=10

TABLA N°15 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE MUÑECA-MANO-DEDOS" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

V38	FA	FR	F%
SI	9	0,90	90%
NO	1	0,10	10%
TOTAL	10	1,00	100%



GRÁFICO N°15
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE MUÑECA-MANO-DEDOS" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=10

TABLA N°16 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ORTESIS MIEMBRO SUPERIOR de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

	MANO	MUÑECA	CODO	HOMBRO	MUÑECA -MANO	CODO- MUÑECA -MANO	HOMBRO -CODO- MUÑECA -MANO
UTILIZA	0%	0%	60%	0%	90%	0%	0%

TABLA N°17 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE CODO EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN EN EL CUERPO DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017." N=6

V30	FA	FR	F%
D: DERECHA	0	0,00	0%
I: IZQUIERDA	0	0,00	0%
A: AMBOS	6	1,00	100%
TOTAL	6	1,00	100%



GRÁFICO N°17: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE CODO EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN EN EL CUERPO DEL NIÑO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=6

TABLA N°18" DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE CODO EN RELACIÓN A LA DOMINANCIA DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017" N=6

V31	FA	FR	F%
HL: HOMOLATERAL	0	0,00	0%
CL: CONTRALATERAL	0	0,00	0%
A: AMBOS	6	1,00	100%
TOTAL	6	1,00	100%

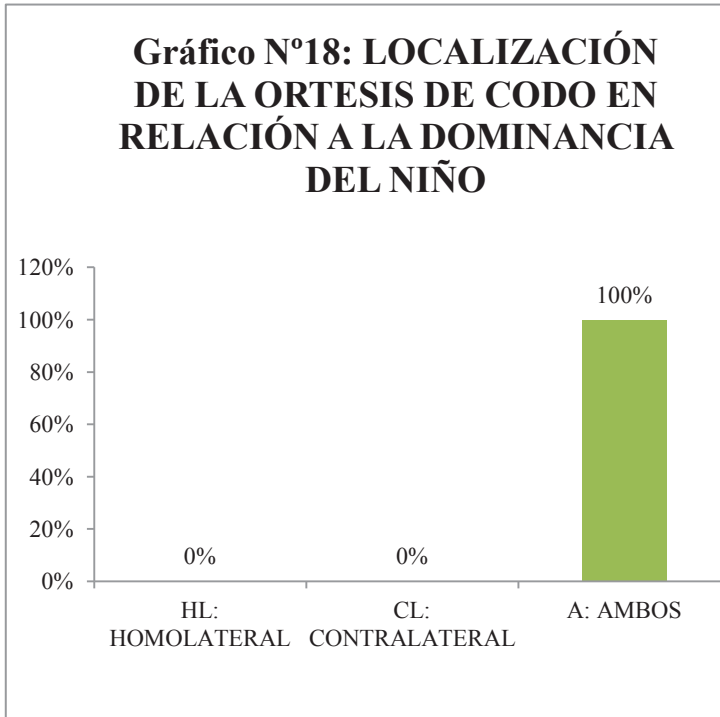


GRÁFICO N°18: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE CODO EN RELACIÓN A LA DOMINANCIA DEL NIÑO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 N=6

TABLA N°19 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE MUÑECA-MANO EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN EN EL CUERPO DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017." N=9

V39	FA	FR	F%
D: DERECHA	0	0,00	0%
I: IZQUIERDA	0	0,00	0%
A: AMBOS	9	1,00	100%
TOTAL	9	1,00	100%



GRÁFICO N°19 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V39: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE MUÑECA-MANO EN RELACIÓN A LA UBICACIÓN EN EL CUERPO DEL NIÑO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017." N=9

TABLA N°20 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE MUÑECA-MANO EN RELACIÓN A LA DOMINANCIA DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017" N=9

V40	FA	FR	F%
HL: HOMOLATERAL	0	0,00	0%
CL: CONTRALATERAL	0	0,00	0%
A: AMBOS	9	1,00	100%
TOTAL	9	1,00	100%



GRÁFICO N°20 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V40: LOCALIZACIÓN DE LA ORTESIS DE MUÑECA-MANO EN RELACIÓN A LA DOMINANCIA DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017" N=9

TABLA N°21 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES LOCALIZACION DE LAS ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR EN RELACION A LA UBICACION EN EL CUERPO Y LA DOMINANCIA DEL NIÑO de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017 (CODO N=6, MUÑECA-MANO-DEDOS N=9)

	CODO	MUÑECA-MANO
UBICACIÓN EN EL CUERPO		
DERECHA	0%	0%
IZQUIERDA	0%	0%
AMBOS	100%	100%
DOMINANCIA		
HOMOLATERAL	0%	0%
CONTRALATERAL	0%	0%
AMBOS	100%	100%

TABLA N° 22 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS: "TIPO DE ÓRTESIS DE CODO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=6

	FA	FR	F%
FLEXORA	1	0,17	17%
EXTENSORA	4	0,67	67%
NO ESPECIFICADO	1	0,17	17%
TOTAL	6	1,00	100%

TABLA N°23 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS: "TIPO DE ÓRTESIS DE MUÑECA-MANO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=9

	FA	FR	F%
BENIK	2	0,22	22%
BENIK BALENADA	1	0,11	11%
BENIK-BOOMERANG	4	0,44	44%
BENIK BALENADA- BOOMERANG	1	0,11	11%
NO ESPECIFICADO	1	0,11	11%
TOTAL	9	1,00	100%

TABLA N°24 " DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CANTIDAD TOTAL DE ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

V60	FA	FR	F%
1	5	0,50	50%
2	5	0,50	50%
3	0	0,00	0%
4	0	0,00	0%
5	0	0,00	0%
6	0	0,00	0%
7	0	0,00	0%
8	0	0,00	0%
9	0	0,00	0%
10 o mas	0	0,00	0%
TOTAL	10	1,00	100%

TABLA N°25 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE USO DE ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=10

V84	FA	FR	F%
6 a 12	6	0,60	60%
13 a 20	1	0,10	10%

21 a 27	2	0,20	20%
28 o mas	1	0,10	10%
TOTAL	10	1,00	100%

Ortesis de columna

TABLA N°26 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V61	FA	FR	F%
SI	7	0,64	64%
NO	4	0,36	36%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°27 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V64	FA	FR	F%
SI	5	0,71	71%
NO	2	0,29	29%
TOTAL	7	1,00	100%

Gráfico N°27: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRA

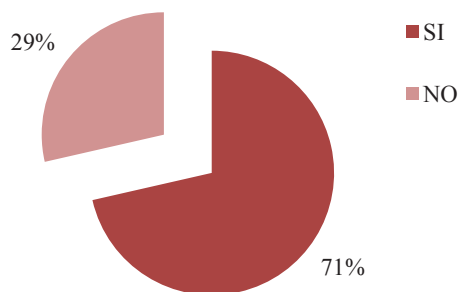


GRÁFICO N°27 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°28 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA CERVICAL" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V65	FA	FR	F%
SI	5	0,71	71%
NO	2	0,29	29%
TOTAL	7	1,00	100%

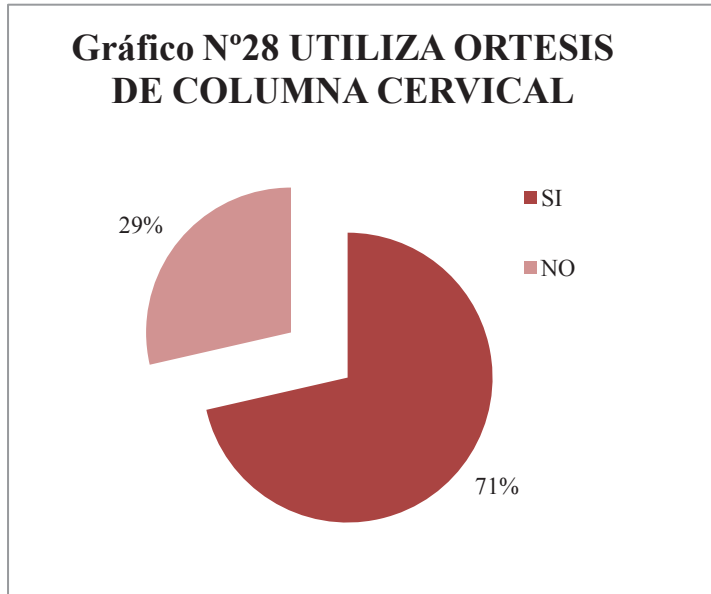


GRÁFICO N°28 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ORTESIS DE COLUMNA CERVICAL" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°29 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

	SACRO ILIACA	LUMBO SACRA	TORACO LUMBO SACRA	CERVICAL	CERVICO TORACICO	CERVICO TORACO LUMBO SACRA
UTILIZA	0%	0%	71%	71%	0%	0%

TABLA N°30 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS: TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA TORACO-LUMBO-SACRA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=5

	FA	FR	F%
FAJA DE NEOPRENE SIN BALLENAS	1	0,20	20%
FAJA DE NEOPRENE CON BALLENAS	1	0,20	20%
SPIO	3	0,60	60%
TOTAL	5	1,00	100%

TABLA N°31 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS: TIPO DE ORTESIS DE COLUMNA CERVICAL" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=5

	FA	FR	F%
COLLAR DE GOMA ESPUMA Y TELA	3	0,60	60%
COLLAR DE CUERO Y TELA	1	0,20	20%
COLLAR HEADMASTER	1	0,20	20%
TOTAL	5	1,00	100%

TABLA N°32: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: CANTIDAD DE ORTESIS DE COLUMNA QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V68	FA	FR	F%
1	4	0,57	57%
2	3	0,43	43%
3	0	0,00	0%
4	0	0,00	0%
5	0	0,00	0%
6	0	0,00	0%
7	0	0,00	0%
8	0	0,00	0%
9	0	0,00	0%
10 o mas	0	0,00	0%
TOTAL	7	1,00	100%

TABLA N°33 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE USO DE ORTESIS" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V83	FA	FR	F%
6 a 12	8	0,73	73%
13 a 20	0	0,00	0%
21 a 27	2	0,18	18%
28 o mas	1	0,09	9%
TOTAL	11	1,00	100%

Adaptaciones

TABLA N°34 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V69	FA	FR	F%
SI	7	0,64	64%
NO	4	0,36	36%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°35 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL CUBIERTO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V70	FA	FR	F%
SI	2	0,29	29%
NO	5	0,71	71%
TOTAL	7	1,00	100%

Gráfico N°35: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL CUBIERTO

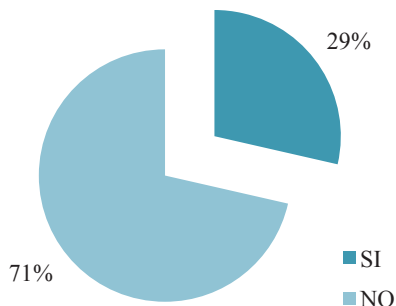


GRÁFICO N°35 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL CUBIERTO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°36 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL CUBIERTO EN RELACION A LA LONGITUD DEL MANGO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=2

V71	FA	FR	F%
Estándar	0	0,00	0%
Alargado	0	0,00	0%
Ajustable	0	0,00	0%
Angulado	2	1,00	100%
Estándar y angulado	0	0,00	0%

Alargado y angulado	0	0,00	0%
Ajustable y angulado	0	0,00	0%
Otro	0	0,00	0%
TOTAL	2	1,00	100%

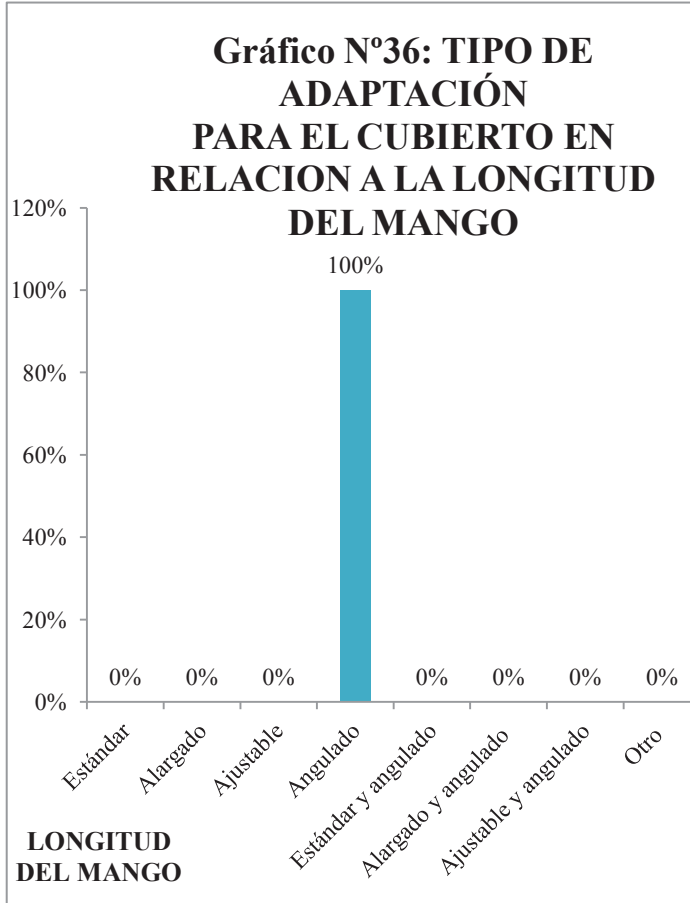


GRÁFICO N°36 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL CUBIERTO EN RELACIÓN A LA LONGITUD DEL MANGO "de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=2

TABLA N°37 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL CUBIERTO EN RELACIÓN AL ANCHO DEL MANGO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=2

V73	FA	FR	F%
Estándar	0	0,00	0%
Engrosado	2	1,00	100%
Otro	0	0,00	0%
TOTAL	2	1,00	100%

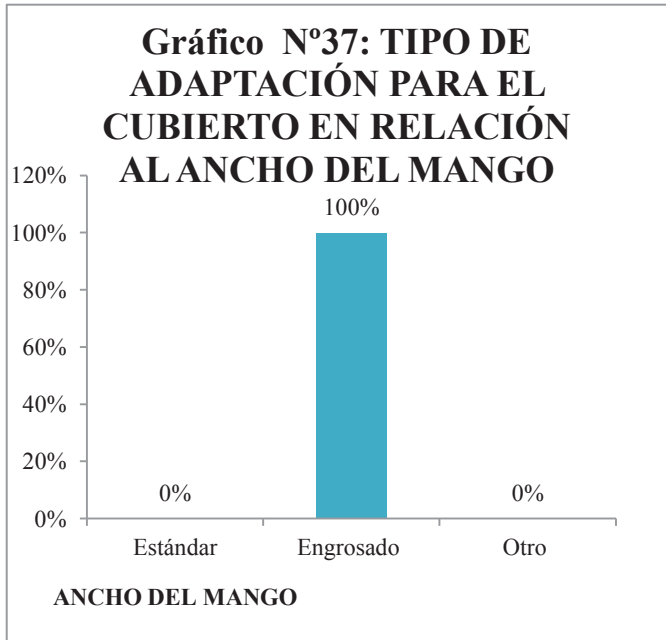


GRÁFICO N°37 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL CUBIERTO EN RELACIÓN AL ANCHO DEL MANGO "de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=2

TABLA N°38 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA VASO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V75	FA	FR	F%
SI	3	0,43	43%
NO	4	0,57	57%
TOTAL	7	1,00	100%

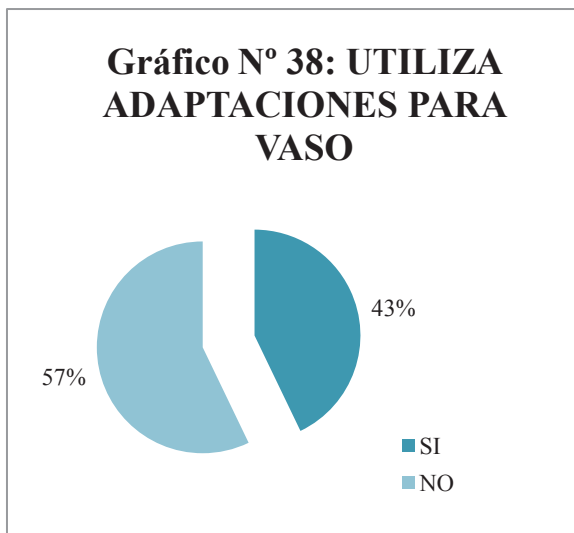


GRÁFICO N°38 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL VASO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°39 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIPO DE ADAPTACION PARA EL VASO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=3

V76	FA	FR	F%
-----	----	----	----

Escotadura	0	0,00	0%
Asas	0	0,00	0%
Bombilla	0	0,00	0%
Peso	0	0,00	0%
Asas y bombilla	2	0,67	67%
Asas y peso	0	0,00	0%
Bombilla y peso	0	0,00	0%
Asa-Peso-Bombilla	0	0,00	0%
Otros	1	0,33	33%
TOTAL	3	1,00	100%

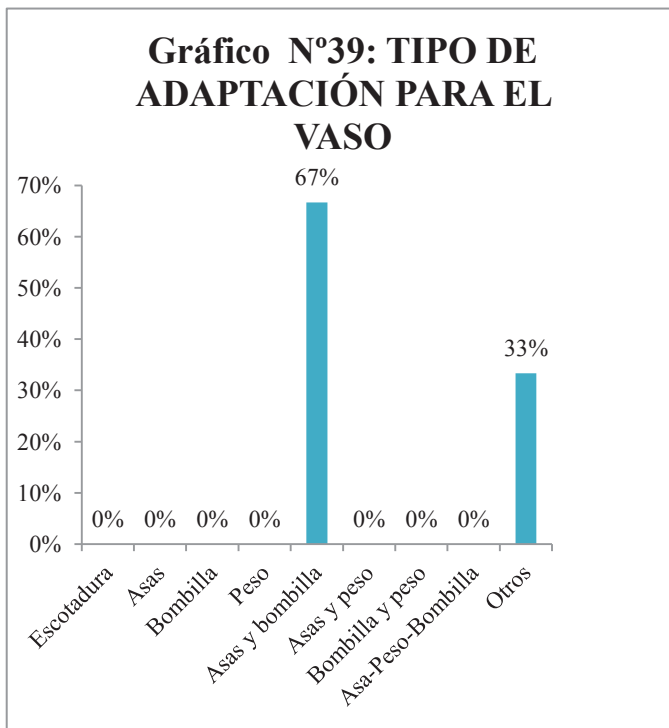


GRÁFICO N°39 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL VASO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=3

TABLA N°40 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL PLATO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V77	FA	FR	F%
SI	1	0,14	14%
NO	6	0,86	86%
TOTAL	7	1,00	100%

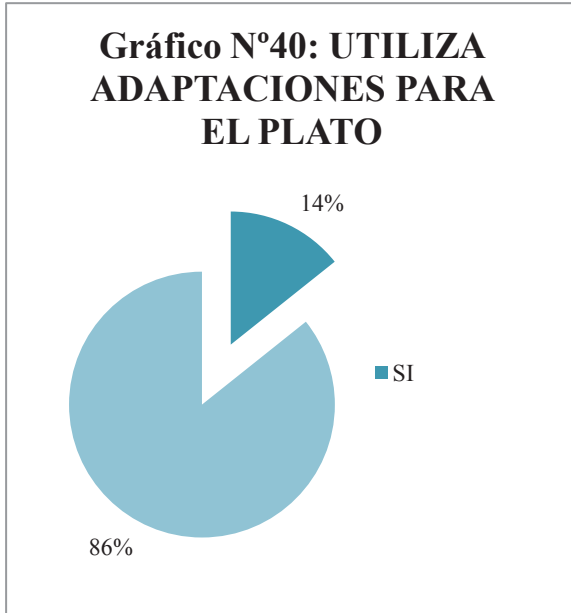


GRÁFICO N°40 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA ADAPTACIONES PARA EL PLATO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°41 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL PLATO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=1

V78	FA	FR	F%
Borde	0	0,00	0%
Sopapa	0	0,00	0%
Contorno para plato	0	0,00	0%
Borde y Base Antideslizante	1	1,00	100%
Otros	0	0,00	0%
TOTAL	1	1,00	100%

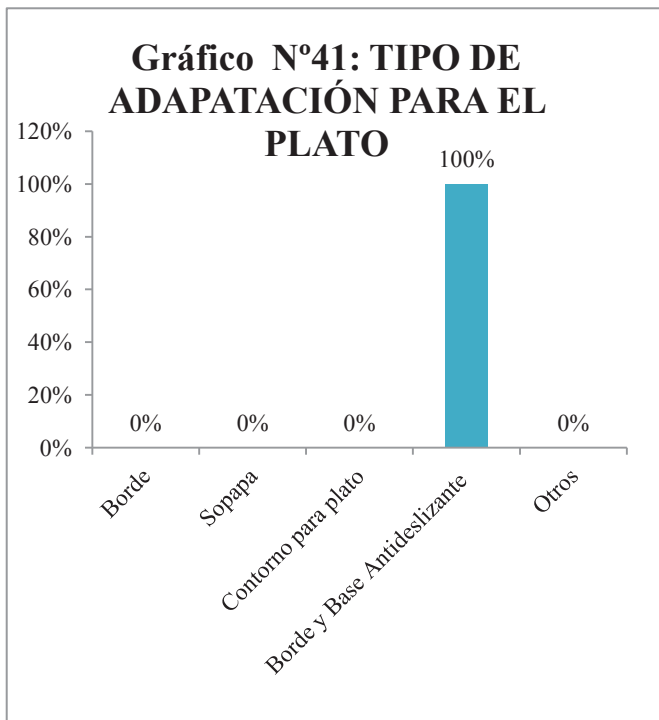


GRÁFICO N°41 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIPO DE ADAPTACIÓN PARA EL PLATO" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=1

TABLA N°42 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA BOLSILLO PALMAR" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V79	FA	FR	F%
SI	1	0,14	14%
NO	6	0,86	86%
TOTAL	7	1,00	100%

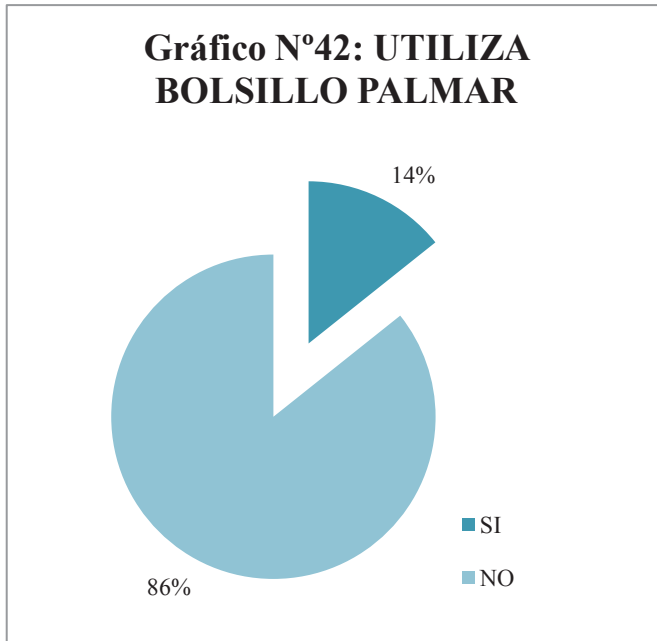


GRÁFICO N°42 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA BOLSILLO PALMAR" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°43 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: UTILIZA GUAANTE DE PRENSIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V80	FA	FR	F%
SI	3	0,43	43%
NO	4	0,57	57%
TOTAL	7	1,00	100%

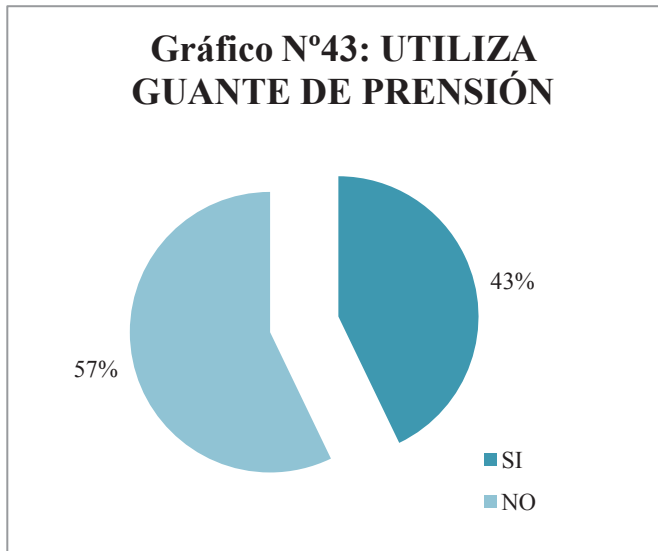


GRÁFICO N°43 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: UTILIZA GUANTE DE PRENSIÓN" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°44 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL TIPO DE ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

	CUBIERTO	VASO	PLATO	BOLSILLO PALMAR	GUANTE DE PRENSION
UTILIZA	29%	43%	14%	14%	43%

TABLA N°45: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE V: CANTIDAD TOTAL DE ADAPTACIONES QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V81	FA	FR	F%
1	4	0,57	57%
2	2	0,29	29%
3	0	0,00	0%
4	1	0,14	14%
5	0	0,00	0%
6	0	0,00	0%
7	0	0,00	0%
8	0	0,00	0%
9	0	0,00	0%
10 o mas	0	0,00	0%
TOTAL	7	1,00	100%

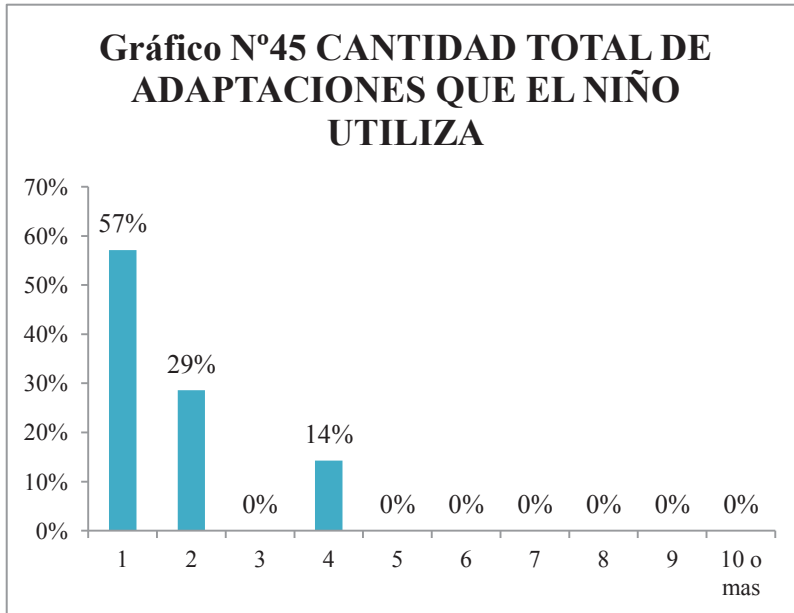


GRÁFICO N°45:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE V: CANTIDAD TOTAL DE ADAPTACIONES QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

TABLA N°45 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: TIEMPO DE USO DE ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

V82	FA	FR	F%
6 a 12	6	0,86	86%
13 a 20	0	0,00	0%
21 a 27	1	0,14	14%
28 o mas	0	0,00	0%
TOTAL	7	1,00	100%

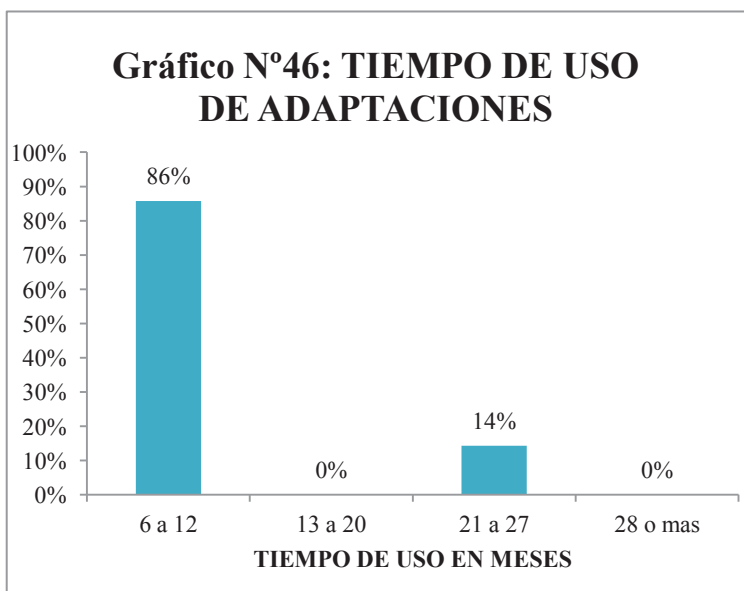


GRÁFICO N°46:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL V: TIEMPO DE USO DE ADAPTACIONES" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=7

Productos y tecnología de ayuda

TABLA N°47 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

	FA	FR	F%
ADAPTACIONES	7	0,64	64%
ORTESIS DE COLUMNA	7	0,64	64%
ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	10	0,91	91%

TABLA N°48 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA CANTIDAD TOTAL DE PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA QUE EL NIÑO UTILIZA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. OMS N=0, OC N=7, A N=7

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 o mas
ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
ORTESIS DE COLUMNA	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
ADAPTACIONES	4	2	0	1	0	0	0	0	0	0

TABLA N°49 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA TIEMPO DE USO DE PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. (ADAPTACIONES N=7 Y ORTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR N=10), ORTESIS DE COLUMNA N=7

	6 a 12 MESES	13 a 20 MESES	21 a 27 MESES	28 MESES o mas
ADAPTACIONES	6	0	1	0
ORTESIS MIEMBRO SUPERIOR	6	1	2	1
ORTESIS COLUMNA	5	0	2	0

ANEXO 12: TABLAS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS VARIABLES NECESARIAS
TABLA N° 50 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: ADECUACION DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ADECUACIÓN SIN PyTdA	FA	FR	F%
INADECUADO	0	0,00	0%
POCO ADECUADO	2	0,18	18%
ADECUADO	9	0,82	82%
MUY ADECUADO	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°51 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: DURACIÓN SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

DURACIÓN SIN PyTdA	FA	FR	F%
1	0	0,00	0%
2	0	0,00	0%
3	0	0,00	0%
4	11	1,00	100%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°52 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: PASOS SIN PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PASOS SIN PyTdA	FA	FR	F%
1	3	0,27	27%
2	7	0,64	64%
3	1	0,09	9%
4	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°53 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SIN PyTdA	55%	9%	73%	18%	0%	0%

TABLA N°54 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: ESTANDARES SOCIALES SIN PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ESTANDARES SOCIALES SIN PyTdA	FA	FR	F%
1	3	0,27	27%

2	7	0,64	64%
3	1	0,09	9%
4	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°55 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES PRESENTES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=1

SI	ES1	ES2	ES3
SIN	55%	9%	18%
CON	91%	73%	18%

TABLA N°56 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN PyTdA	FA	FR	F%
1	0	0,00	0%
2	7	0,64	64%
3	4	0,36	36%
4	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°57 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES SIN PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

	CA1	CA2	CA3
SIN PyTdA	64%	91%	9%

TABLA N°58 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: PRENSIÓN SIN PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PRENSIÓN SIN PyTdA	FA	FR	F%
1	2	0,18	18%
2	5	0,45	45%
3	4	0,36	36%
4	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N° 59 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS V: ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ADECUACIÓN TOTAL CON PyTdA	FA	FR	F%
INADECUADO	0	0,00	0%
POCO ADECUADO	1	0,09	9%

ADECUADO	2	0,18	18%
MUY ADECUADO	8	0,73	73%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°60 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: DURACIÓN CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

DURACIÓN CON PyTdA	FA	FR	F%
1	0	0,00	0%
2	0	0,00	0%
3	1	0,09	9%
4	10	0,91	91%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°61 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: PASOS CON PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PASOS CON PyTdA	FA	FR	F%
1	1	0,09	9%
2	1	0,09	9%
3	7	0,64	64%
4	2	0,18	18%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°62 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

SI	P1	P2	P3	P4	P5	P6
CON	91%	45%	82%	91%	64%	36%

TABLA N°63 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: ESTANDARES SOCIALES CON PyTdA " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ESTÁNDARES SOCIALES CON PyTdA	FA	FR	F%
1	0	0,00	0%
2	3	0,27	27%
3	7	0,64	64%
4	1	0,09	9%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°64 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES PRESENTES CON PyTdA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

SI	ES1	ES2	ES3
CON	91%	73%	18%

TABLA N°65: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: COMPORTAMIENTOS ABERRANTES CON PyTda " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

COMPORTAMIENTOS ABERRANTES CON PyTda	FA	FR	F%
1	0	0,00	0%
2	1	0,09	9%
3	5	0,45	45%
4	5	0,45	45%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°66 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

SI	CA1	CA2	CA3
CON	36%	27%	9%

TABLA N°67 "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SV: PRENSIÓN CON PyTda " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PRENSIÓN CON PyTda	FA	FR	F%
1	1	0,09	9%
2	0	0,00	0%
3	5	0,45	45%
4	5	0,45	45%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°68: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ADECUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN ALIMENTACIÓN SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ADECUACION	INADECUADO	POCO ADECUADO	ADECUADO	MUY ADECUADO	TOTAL
SIN PYTDA	0%	18%	82%	0%	100%
CON PYTDA	0%	9%	18%	73%	100%

TABLA N°69: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DURACIÓN SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

DURACION	1	2	3	4	TOTAL
SIN PYTDA	0%	0%	0%	100%	100%
CON PYTDA	0%	0%	9%	91%	100%

TABLA N°70: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PASOS	1	2	3	4	TOTAL
SIN PYTDA	27%	64%	9%	0%	100%
CON PYTDA	9%	9%	64%	18%	100%

TABLA N°71 "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PASOS QUE EL NIÑO PUEDE REALIZAR SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

SI	P1	P2	P3	P4	P5	P6
SIN PYTDA	55%	9%	73%	18%	0%	0%
CON PYTDA	91%	45%	82%	91%	64%	36%

TABLA N°72: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

ESTÁNDARES SOCIALES	1	2	3	4	TOTAL
SIN PYTDA	27%	64%	9%	0%	100%
CON PYTDA	0%	27%	64%	9%	100%

TABLA N°73 "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL ESTANDARES SOCIALES PRESENTES SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=1

SI	ES1	ES2	ES3
SIN PYTDA	55%	9%	18%
CON PYTDA	91%	73%	18%

TABLA N°74: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

COMPORTAMIENTOS ABERRANTES	1	2	3	4	TOTAL
SIN PYTDA	0%	64%	36%	0%	100%
CON PYTDA	0%	9%	45%	45%	99%

TABLA N°75 "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL COMPORTAMIENTOS ABERRANTES PRESENTES SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

SI	CA1	CA2	CA3
SIN PYTDA	64%	91%	9%
CON	36%	27%	9%

TABLA N°76: "COMPARACIÓN DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL PRENSIÓN SIN Y CON PyTda" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

PRENSIÓN	1	2	3	4	TOTAL
SIN PYTDA	18%	45%	36%	0%	99%
CON PYTDA	9%	0%	45%	45%	99%

TABLA N°77: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA V: DIFERENCIA ENTRE LA ADECUACIÓN EN EL DESEMPEÑO EN LA ALIMENTACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 ADECUACION	FA	FR	F%
EMPEORO	0	0,00	0%
SE MANTUVO	3	0,27	27%
MEJORO	8	0,73	73%
TOTAL	11	1,00	100%

TABLA N°78: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SV: DIFERENCIA EN LA DURACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 DURACION	FA	FR	F%
EMPEORO	1	0,09	9%
SE MANTUVO	10	0,91	91%
MEJORO	0	0,00	0%
TOTAL	11	1,00	100%

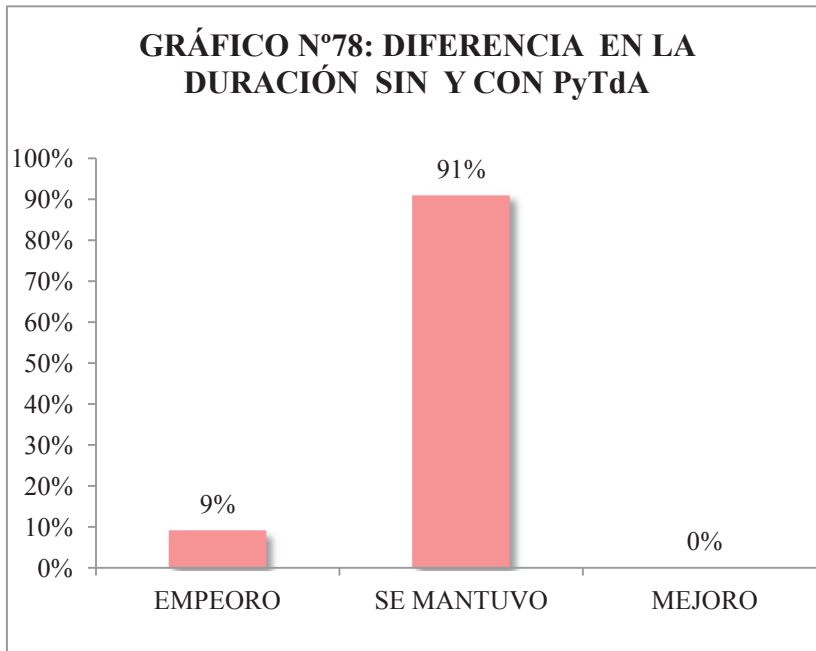


GRÁFICO N°78: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SV: DIFERENCIA DE DURACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

TABLA N°79: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SV: DIFERENCIA EN LA CANTIDAD DE PASOS SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 PASOS	FA	FR	F%
EMPEORO	0	0,00	0%
SE MANTUVO	1	0,09	9%
MEJORO	10	0,91	91%
TOTAL	11	1,00	100%

GRÁFICO N°79: DIFERENCIA EN LA CANTIDAD DE PASOS SIN Y CON PyTdA

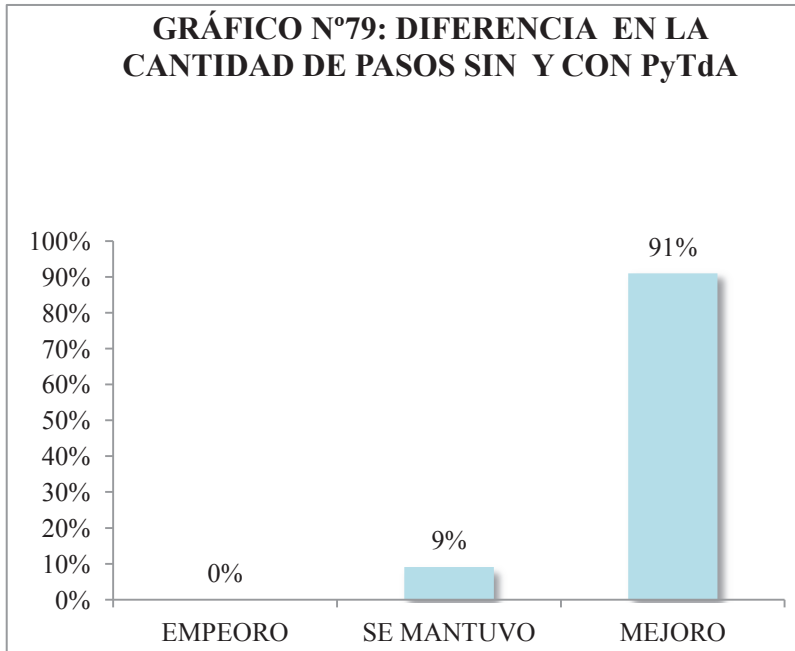


GRÁFICO N°79: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SV: DIFERENCIA EN LA CANTIDAD DE PASOS SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

TABLA N°80: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SV: DIFERENCIA EN LOS ESTÁNDARES SOCIALES SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 ESTÁNDARES SOCIALES	FA	FR	F%
EMPEORO	0	0,00	0%
SE MANTUVO	2	0,18	18%
MEJORO	9	0,82	82%
TOTAL	11	1,00	100%

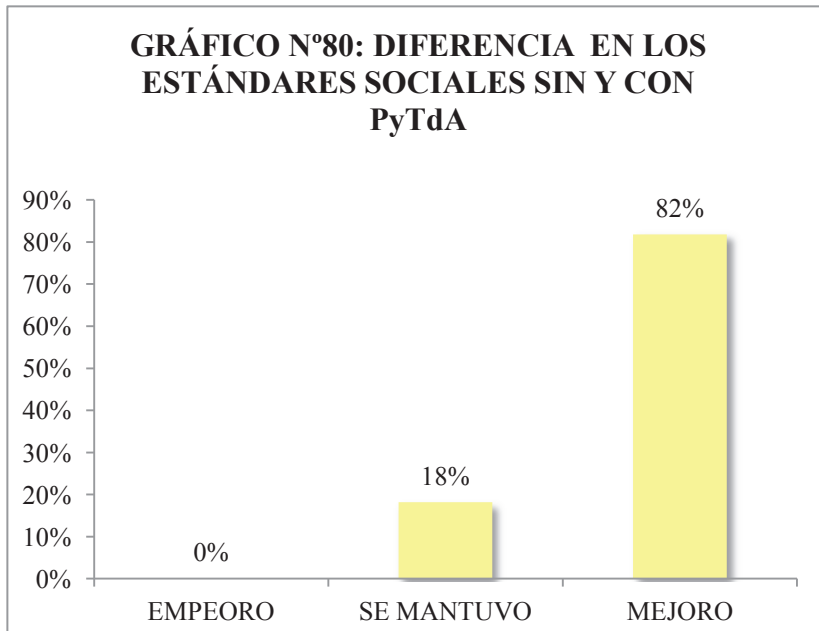


GRÁFICO N°80:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SV: DIFERENCIA EN LOS ESTÁNDARES SOCIALES SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

TABLA N°81: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SV: DIFERENCIA EN LOS COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 COMPORTAMIENTOS ABERRANTES	FA	FR	F%
EMPEORO	0	0,00	0%
SE MANTUVO	2	0,18	18%
MEJORO	9	0,82	82%
TOTAL	11	1,00	100%



GRÁFICO N°81:
"DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SV: DIFERENCIA EN LOS COMPORTAMIENTOS ABERRANTES SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

TABLA N°82: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA SV: DIFERENCIA EN LA PRENSIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3 PRENSION	FA	FR	F%
EMPEORO	0	0,00	0%
SE MANTUVO	1	0,09	9%
MEJORO	10	0,91	91%
TOTAL	11	1,00	100%

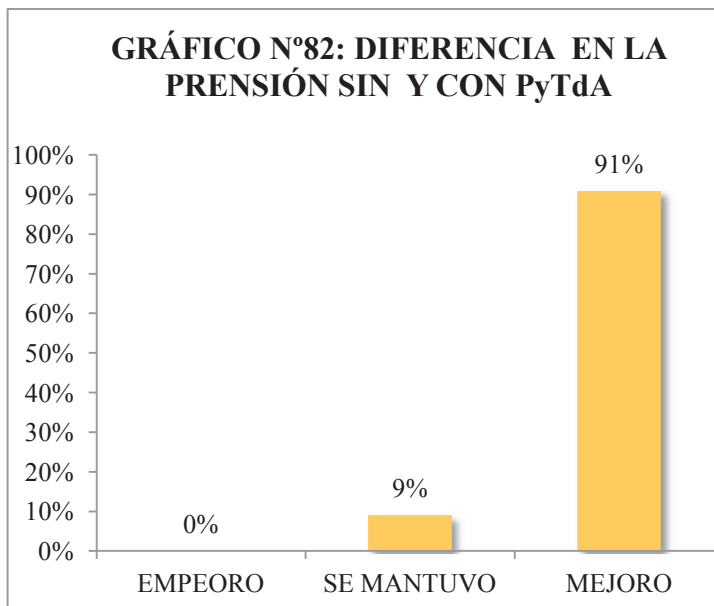


GRÁFICO N°82: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SV: DIFERENCIA EN LA PRENSIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA" de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

TABLA N°83: "DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES DE LAS SV DE LA DIFERENCIA ENTRE LA ADECUACIÓN EN EL DESEMPEÑO EN LA ALIMENTACIÓN SIN Y CON PRODUCTOS Y TECNOLOGÍA DE AYUDA. " de los niños con diagnóstico de parálisis cerebral entre 6 y 12 años de edad que utilizan productos y tecnología de ayuda durante la actividad de alimentación que asisten a un Centro Educativo Terapéutico en la Provincia de Buenos Aires en el año 2017. N=11

V3	DURACION	PASOS	ESTÁNDARES SOCIALES	COMPORTAMIENTOS ABERRANTES	PRENSION
EMPEORO	9%	0%	0%	0%	0%
SE MANTUVO	91%	9%	18%	18%	9%
MEJORO	0%	91%	82%	82%	91%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%