

CERTIFICACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PEDIATRÍA MÓDULO II

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS AL EVALUAR, INTERPRETAR
EVALUACIONES, ELABORAR INFORME Y PLANEAR
TRATAMIENTO

L.T.O. Sarita Martínez García

Consideraciones prácticas

Evaluación

Contexto de práctica

- *Medio privado*
- *Hospital*
- *Institución*
- *Atención domiciliaria*

Información obtenida previamente

- Medios de información
 - *Expediente*
 - *Referencia de otro profesional*
 - *Referencia del familiar*

Tiempo disponible

Consideraciones prácticas –Evaluación–

Entrevista inicial

■ Factores

- *Informante*
- *Edad del niño*
- *Información previa*
- *Elección de evaluaciones*

Evaluaciones

■ Tipos

- *Desarrollo motor*
- *Tamizaje*
- *Integración sensorial*
- *Observaciones clínicas*
- *Independencia funcional*
- *Movilidad y fuerza*

Seguimiento de instrucciones

■ Tipos

- *Desarrollo motor*
- *Tamizaje*
- *Integración sensorial*
- *Observaciones clínicas*
- *Independencia funcional*
- *Movilidad y fuerza*

Consideraciones prácticas -interpretar evaluaciones-

Evaluación aplicada

- Estandarizada
- No estandarizada
- Observaciones clínicas

Planeación de objetivos/tratamiento

Considerar:

- La familia y el niño
- La escuela
- El médico
- El terapeuta ocupacional

Consideraciones prácticas –el informe-

- Ficha de identificación
- Generalidades (especificar motivo de consulta)
- Evaluaciones, observaciones aplicadas
- Resultados de las anteriores
- Observaciones
- Objetivos (GAS)
- Sugerencias



GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS) ESCALA DE LOGRO DE OBJETIVOS

L.T.O. Sarita Martínez García

Desarrollado para adultos en el área de salud mental

Herramienta de evaluación de programa que facilita la participación del cliente en el proceso de establecimiento de metas (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994).

Su metodología es congruente con la filosofía de T.O. centrada en el cliente porque ofrece un significado para identificar los resultados de intervención que son específicamente relevantes para los individuos y su familia.

A través de una entrevista en las sesiones de establecimiento de metas y en las sesiones posteriores al tratamiento, el proceso de GAS captura aspectos funcionales y significativos del progreso de una persona que pueden ser un reto para evaluar con el uso de medidas disponibles estandarizadas.

Estudios recientes han encontrado que a pesar de que los padres valoran cambios motores y sensoriales observables tradicionalmente reflejados en pruebas estandarizadas, le dan más valor en aquellos aspectos funcionales que no son medidos por escalas tradicionales de logros (Cohn, 2001; Cohn, Miller & Ticle-Degnen, 2000).

Debido a que GAS captura el progreso individualizado significativo para la familia, es un método atractivo para medir los cambios durante y después de la terapia de IS de TO, tanto en aplicaciones clínicas como de investigación.

Escritura y escala de metas

- Al desarrollarse en 1968 por Kiresuk y Sherman, idearon un método muy preciso de medida para escribir las metas logradas que se basaba en la probabilidad de que ocurriera un resultado particular

Escala de niveles de la escala de logro de objetivos (GAS)

Clasificación	Descripción del nivel
-2	Mucho menos que el resultado esperado – Este nivel refleja el desempeño que se espera ocurra aproximadamente el 7% del tiempo, variando de una regresión a ningún o un mínimo cambio.
-1	Un poco menos que el resultado esperado – Este nivel refleja el desempeño que se espera ocurra en aproximadamente el 21% del tiempo y es un poco menos que el esperado para el periodo de intervención
0	Desempeño proyectado esperado al final del periodo de medición – Este nivel de desempeño indica el desempeño al nivel anticipado al inicio del tratamiento durante el periodo de medición y se espera que ocurra aproximadamente el 43% del tiempo.
+1	Un poco más que el resultado esperado – Este nivel de desempeño refleja el desempeño que es probable que ocurra aproximadamente el 21% del tiempo e indica un poco más progreso del esperado durante el periodo de intervención.
+2	Mucho más que el resultado esperado – Este nivel refleja el desempeño que es probable ocurra aproximadamente el 7% del tiempo y es inusual porque significa más progreso del esperado durante el periodo de medición.

Comparativo de métodos para escalar objetivos utilizados por varios

Nivel	Ottenbacher & Cusick (1990)	King et al. (1999)	Miller et al. (2007)	Kiresuk, Smith, & Cardillo (1994)
-2	Resultado más desfavorable probable	Línea base	Regresión del nivel actual	Resultado mucho menor al esperado
-1	Resultado menor al esperado	Resultado menor al esperado	Nivel actual de desempeño	Un poco menos del resultado esperado
0	Nivel esperado	Nivel esperado	Nivel esperado	Nivel proyectado de desempeño
+1	Resultado mayor al esperado	Resultado mayor al esperado	Resultado mayor al esperado	Un poco más que el resultado esperado
+2	Resultado más favorable probable	Resultado mucho mayor al esperado	Resultado mucho mayor al esperado	Mucho más del resultado esperado

Ejemplo del GAS para niños con disfunción de int. sens

- **Preocupación:** Incapacidad para participar en comida familiar por la hipersensibilidad a texturas, sabores, olores y sonidos.
- **Objetivo:** Ser capaz de participar en una comida familiar en casa, en casa de amigos, casa de parientes y en un restaurant al disminuir hipersensibilidad a texturas, olores, sabor y ruido.
- **Periodo de intervención:** 20 sesiones

-2 Mucho menos del nivel esperado	-1 Menos del nivel esperado	0 Nivel o desempeño esperado	+1 Mejor que el nivel esperado	+2 Mucho mejor que el nivel esperado
Tolera el área de comida familiar durante la comida sin datos de incomodidad o angustia (llorar, presentar reflejo de arcada, quejarse o dejar el comedor), 4 de 5 oportunidades.	Tolera 2 nuevos alimentos en la mesa o en el plato de otro de los miembros de la familia sin datos de incomodidad o angustia (llorar, presentar reflejo de arcada, quejarse o dejar el comedor), 4 de 5 oportunidades.	Tolera 2 nuevos alimentos servidos en su plato sin datos de incomodidad o angustia (llorar, presentar reflejo de arcada, quejarse o dejar el comedor), 4 de 5 oportunidades.	Toma 1 mordida de 2 nuevos alimentos durante una comida sin datos de incomodidad o angustia (llorar, presentar reflejo de arcada, quejarse o dejar el comedor), 4 de 5 oportunidades.	Come muchas mordidas de 2 nuevos alimentos durante una comida sin datos de incomodidad o angustia (llorar, presentar reflejo de arcada, quejarse o dejar el comedor), 4 de 5 oportunidades.

El equipo concluyó que:

- GAS fue una medida sensible del cambio clínico en un periodo corto de intervención porque todos los niños en los sitios donde se aplicó demostraron el nivel esperado de cambio o más en el seguimiento.
- Cada sitio notó que los padres involucrados en el proceso GAS valoraron en gran manera las metas individualizadas y agradecieron que los aspectos funcionales y significativos de los resultados fueran enfocados.
- La escritura de las metas del GAS por parte de los terapeutas de las diferentes clínicas diferían en su interpretación del significado de algunos conceptos (como el “nivel esperado de desempeño”) y en el uso del sistema de escala. Los múltiples terapeutas involucrados en el proyecto multiclínico y las distancias geográficas entre ellos resultaron en menos consistencia en las palabras utilizadas en las metas y una distancia relativa entre los rangos asignados (0 a 1; 1 a 2), o en asignar escalas al escribir los objetivos GAS que los obtenidos previamente en un solo sitio. Por lo que el modelo informar de entrenamiento a pares que había sido exitoso en una investigación piloto en un solo sitio, no fue efectivo para un entrenamiento a larga distancia multisitio. La consistencia entre los sitios fue vista como crucial para la implementación futura de una investigación multisitios.
- Cada lugar estuvo de acuerdo en que el proceso del GAS tiene un potencial de aplicación tanto en la práctica clínica como en la investigación; sin embargo los tiempos de demanda de la entrevista y el proceso de seguimiento que era inherente en la aplicación del GAS convierte la rutina clínica en un reto.

BIBLIOGRAFÍA

Mailloux, Z., May-Benson, T.A., Summers, C.A., Miller, L.J., Brett-Green, B., Burke, J.P., et al. (2007). Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 254-259.

Presentar informe

- Con seguridad
- Sin miedo de dar “malas noticias”
- Consideraciones de avance o retroceso en las evaluaciones subsecuentes
- Sugerencias

Ejemplos de casos:

- Revisar evaluaciones

- Reflexión final: Describe paso a paso la forma actual en que evalúas a tus pacientes pediátricos desde el primer contacto. Si trabajas en medio privado e institucional, describe ambas en caso de que sean diferentes. ¿Se modificó en algo tu evaluación, presentación de reporte e intervención?

Gracias