

Utilización del Inventario de las Tareas Rutinarias

Autor: Jorge Valverdi

Terapeuta Ocupacional. Jefe de Actuaciones internas de la Dirección General de Auditoría Médica del Ministerio de Salud de la Ciudad de Santa Fe – República Argentina. Docente en Gerontología del instituto de capacitación laboral Domo Auka. – Doctorando en Ciencias de la Salud Facultad de Ciencias Médicas de la Ciudad de Córdoba.

valverdijorge@yahoo.com.ar

valverdijorge@hotmail.com

Noviembre 2010

Resumen

La autora del modelo de la discapacidad cognitiva Claudia Allen, ha realizado constantes investigaciones acerca de lo que comprende una restricción en el procesamiento de la información en personas con patologías cerebrales. Desde sus inicios y hasta la actualidad, junto con sus colaboradores pretenden darle un sentido a la teoría formulada, brindando información permanente sobre temas relacionados con la restricción cognitiva y sus avances científicos. En este sentido tanto el ACL como el RTI son piezas fundamentales para la evaluación de este tipo de pacientes.

The author of the cognitive disability model Claudia Allen, has conducted ongoing research on what comprises a restriction in information processing in people with brain disorders. From its beginnings to the present, along with its partners seek to make sense of the theory formulated, providing permanent information on topics related to cognitive restraint and progress in science. In this sense both the ACL and the RTI are fundamental for the evaluation of such patients.

Breve historia del modelo de la discapacidad cognitiva y sus evaluaciones

El modelo de la discapacidad cognitiva se inicio en el este de Pensilvania, precisamente en el instituto psiquiátrico de la misma ciudad a finales de 1960, en este sentido, Claudia Allen y sus colegas observaron por primera vez ciertos patrones de dificultad en el rendimiento de las actividades que desarrollaban los pacientes adultos con trastornos mentales, cuestión que les llamo la atención.

Al tratar de comprender mejor estas dificultades y por lo tanto responder a las necesidades de estas personas, Allen y otros terapeutas comenzaron a recoger observaciones de manera cuidadosa y sistemática. El eje de la investigación se centró en ese momento en como las "acciones sensoriomotoras originadas de las estructuras bioquímicas del cerebro producen limitaciones observables y medibles en el comportamiento de la tareas de rutina" (Allen, 1985 p.31)¹.

Aun en la actualidad el centro de la preocupación de este modelo, es el concepto de "conocimiento funcional" el que se ha convertido en un término de utilidad para describir la discapacidad cognitiva. El conocimiento funcional comprende las interacciones complejas y dinámicas entre las capacidades cognitivas que presenta un individuo y el contexto en el cual la actividad produce resultados observables.

El Marco de referencia de la discapacidad cognitiva (M.R.D.C.) promovido por Claudia Allen, desde su inicio ha sido utilizado en gran parte de los Estados Unidos de América, y se fue extendiendo por todos los países de habla inglesa, tales como Inglaterra y Australia. Los niveles cognitivos que esta autora desarrolló, se originan de la psicología del desarrollo; precisamente se basó en el estadio sensorio motor de Jean Piaget, debido a que los pacientes con trastornos mentales y las etapas que este autor menciona presentan semejanzas.

Esta autora, para poder evaluar a los pacientes y continuar de este modo con sus investigaciones, inicialmente diseñó algunos elementos de prueba, entre estos se destacaron los mosaicos o azulejos que los pacientes pegaban en bases de madera, estos no eran demasiado prácticos, no podían ser

reutilizados y eran poco portátiles, e impedían además detectar en que nivel cognitivo funcionaban estos pacientes. Posteriormente a estos diferentes tipos de elementos, surge el actual Allen Cognitive Level Test (A.C.L.).

El A.C.L. consta de una pieza de cuero perforada en todo su contorno cuyas medidas son: 3-3/4 "x 4-3/4", permite evaluar al paciente en la realización de tres tipos de puntadas y se realiza utilizando tientos o cordones de cuero y una aguja o en su defecto un cordón de zapatos. Esta evaluación, para poder obtener una estandarización, ha sido sometida a distintos estudios de fiabilidad y validez, entre estos estudios se destacan la comparación del uso del Allen Cognitive Level Test, en pacientes con discapacidad y pacientes sin discapacidad alguna. No obstante estos estudios, algunos terapeutas observaron una cierta contraposición en el valor terapéutico que se le da a estos niveles, debido a que la capacidad limitada para funcionar de los pacientes con trastornos mentales persistía, se reconoció que verdaderamente era necesario establecer un modelo teórico, para mejorar el rendimiento de la actividad de las personas con trastornos mentales crónicos, severos y persistentes.

Posteriormente a este replanteamiento, surge el Inventario de las Tareas Rutinarias (RTI). Este inventario es una valoración complementaria del Allen Cognitive Level Test y su desarrollo está orientado al análisis de las actividades de la vida diaria; estos informes son realizados con tres formularios complementarios:

- a) Informe de los cuidadores de los pacientes para valorar las actividades de la vida diaria, durante su ejecución.
- b) Autoinforme del paciente (el cual en ciertas ocasiones es de muy poco valor).
- c) Observaciones que el terapeuta ocupacional detecta en el desempeño de las actividades.

Ante los distintos y numerosos informes que los terapeutas hacían en cuanto a la metodología, y el mal uso de los términos tales como bajo-bajo o alto-alto, debido a las sub-divisiones en el desglose de los niveles, esta autora reconoció que era necesario desarrollar modos para cada uno de los niveles cognitivos, por lo que subdividió entonces cada nivel cognitivo en cinco modos de desempeño (ADM).

Si bien este modelo es aplicable a personas con patologías cerebrales, entendiéndose a estas según Grieve², como “una restricción fisiológica o bioquímica en las capacidades de procesar información del cerebro”, a la fecha se ha podido encontrar escasa información de su aplicación a personas adultas mayores en instituciones de Latinoamérica; sin embargo algunos países que han hecho uso del ACL y del modelo de la discapacidad cognitiva son Colombia, Venezuela, como también Argentina y España, destacando que son países en los cuales esta teoría es dictada en casi todos sus programas educativos universitarios de Terapia Ocupacional.

Según se entiende, este modelo no ha sido traducido en su totalidad, o en algunos casos solo ciertas particularidades que fueron publicadas en distintos libros en español, cuya finalidad fue dar a conocer algunas características o generalidades, pero estas no han profundizado demasiado como para que los terapeutas de habla hispana lo utilicen como instrumento de evaluación de modo confiable y seguro.

La disfunción cognitiva

La teoría de este modelo, se centra fundamentalmente en como las personas que presentan inhabilidades cognitivas, se ven limitados para procesar la información, consecuentemente no pueden desempeñar las actividades de la vida diaria de manera acorde. No obstante esto, la limitación que el paciente presente será un indicio para determinar en que nivel cognitivo se encuentra.

Según esta autora, la discapacidad cognitiva se ve producida por una condición médica que restringe el funcionamiento cerebral, resultando observable cuando algo anormal ocurre y por lo tanto puede ser detectado. En otras palabras, cuando el individuo no puede procesar la información para realizar una actividad. Dependiendo del tipo de tareas que se esté llevando a cabo, si la ejecución de la actividad puede resultar peligrosa, se requerirá de la intervención del terapeuta para asistir en la protección y seguridad del individuo. Estas limitaciones pueden observarse y medirse, para luego determinar en que nivel cognitivo funciona; básicamente permite determinar las capacidades remanentes, ayudando posteriormente a la persona, adaptando el

entorno a su discapacidad y modificando las actividades para que tengan menor exigencia cognitiva.

Como este modelo está relacionado con las limitaciones para el aprendizaje, si este se encontrara restringido o bloqueado por un proceso patológico, la capacidad del individuo para ejecutar actividades de manera segura y normal estará disminuida, no obstante esto es necesario aclarar que recién en el nivel 5 el paciente está en condiciones de aprender haciendo.

Esta autora, ha desarrollado seis niveles cognitivos que se encuentran íntimamente relacionados con los diferentes estados de la conciencia, estos parten desde el nivel 1 ó el más bajo, hasta el nivel 6 de conducta o el más seguro, es decir que estos niveles miden desde las conductas inconscientes hasta la consciente, en otras palabras desde los movimientos reflejos y automatismos hasta las acciones planificadas. No obstante esto, puede darse el caso de que se interpreten 7 niveles, dado que ciertos autores han realizado publicaciones dando a entender que el nivel 0 es otro nivel, siendo correcta esta afirmación en tanto se entienda que el nivel 0 está relacionado con aquel paciente en estado de coma.

Como una generalidad, los niveles cognitivos de Allen comprendidos entre 1 y 2, se relacionan con patologías tales como Accidente Cerebro Vascular recientes, demencia severa, y daños cerebrales agudos como ciertos traumatismos craneales, mientras que los niveles cognitivos 3, 4 y 5 se relacionan con hemiplejías moderadas producto de un ACV, demencia leve y moderada, y desórdenes mentales graves³.

Estos niveles cognitivos miden la capacidad intelectual del individuo, facilita la interpretación de la discapacidad del paciente y proporciona acciones para que este pueda aprender a adaptarse a una discapacidad y aceptar la misma, la que deberá realizarse durante la ejecución de distintas actividades, previo plan terapéutico.

En este sentido Claudia Allen manifiesta que este sistema es un medio de aprendizaje abierto, vinculado a través de la formación de asociaciones sensitivomotoras, mediante la utilización de los modelos sensitivomotores almacenados, la intervención de nuevos modelos sensitivomotores y la especulación sobre las posibles acciones motrices.

Precisamente los seis niveles describen estos modelos sensitivomotores, a su vez estos niveles como se mencionó anteriormente se subdividen en modos, en el que cada uno de ellos, es un patrón de conducta o pauta para la resolución de problemas, lo que le proporcionará al terapeuta el indicador acerca de la actividad que puede y no puede ejecutar el individuo ⁴.

El autocuidado y la cognición

Los pacientes que presentan ciertas discapacidades cognitivas presentan una limitación evidente y observable en su capacidad de desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD). En este sentido, el individuo puede destacarse en distintas áreas ocupacionales, obviamente que esto debe entenderse en términos de terapia ocupacional. Como destaca Moruno (2006) se han identificado varias áreas: AVD básicas, AVD instrumentales, educación, trabajo, juego, ocio y participación social ⁵.

Como se ha mencionado anteriormente, una discapacidad cognitiva puede entenderse como un deterioro del intelecto el cual se evidencia a través de la pérdida de las habilidades para el adecuado desempeño de las diferentes rutinas, roles, pérdida de hábitos adecuados relacionados con el aspecto personal y la higiene, pérdida de autonomía, y por consiguiente un mayor grado de dependencia ⁶.

En ciertos pacientes que presentan estos déficits cognitivos, pueden observarse disfunciones tales como falta total de planificación en sus tareas, dificultades en la comprensión de las instrucciones, dificultades en la percepción del esquema corporal, mantenimiento de la atención ante tareas que exigen cierto esfuerzo, dificultando además los procesos de aprendizaje, por lo que dichos aspectos deben ser tenidos en cuenta previo al abordaje.

En este contexto, los terapeutas ocupacionales deben orientar abordajes que tiendan a mejorar la calidad de vida del paciente, lograr una ligera mejoría en su grado de autonomía y a minimizar los efectos provocados por el grado de disfunción que presentan, complementando al abordaje, mediante una rehabilitación adaptada a sus capacidades y limitaciones, o bien a través de adaptaciones ambientales que incluyan asesoramiento a los familiares.

Las rutinas

Tanto la disfunción física como la disfunción mental, provocan en el paciente pérdida de los roles y de las ocupaciones, afectando además a las rutinas diarias.

Como una generalidad, en las personas que no presentan ninguna dificultad, las actividades de la vida diaria (AVD) están compuestas por rutinas, las que reflejan roles, necesidades ocupacionales, motivaciones, responsabilidades y hábitos. Cuando estos últimos se ven interrumpidos, las rutinas pueden no estar, observándose en este caso una disminución de los roles.

En este sentido, podemos entender a una persona en su contexto, cuando se aferra fuertemente a las rutinas establecidas, en el cual su vida esta compuesta por responsabilidades sociales, laborales y familiares. Sin embargo, podemos también conocer en su contexto a una persona que se ha jubilado recientemente y continúa su vida en base a rutinas relacionadas con su vida anterior, es decir levantándose a la misma hora o acostándose a la misma hora, e inclusive desayunar en el mismo bar con amigos.

Tanto un ejemplo como el otro mencionados anteriormente, nos lleva a dar cuenta de que las personas que cambian sus rutinas de manera abrupta, conservan temporalmente ciertos patrones de comportamiento ocupacional aún en ausencia de roles y motivaciones, en el cual la rutina pasa a ser un factor dominante convirtiéndose además en un motivador.

No obstante esto, cuando las rutinas se encuentran afectadas debido a una pérdida funcional o del rol, pueden presentar serias dificultades. Destacando que, las pérdidas de aquellos roles que controlan los períodos temporales provocan una falta de motivación para desarrollar los papeles que aun se mantienen.

En consecuencia, los pacientes que desempeñan roles y rutinas basados en necesidades y objetivos, realizados con habilidades que aun siguen conservando, pueden necesitar la intervención de un terapeuta ocupacional para restaurar o mantener el significado y equilibrio ⁷.

Descripción del modelo de discapacidad cognitiva

El modelo de la discapacidad cognitiva ha experimentado un continuo desarrollo y numerosas modificaciones desde su comienzo. Tanto la autora como sus colaboradoras, se propusieron darle un marco conceptual que les permitiera desarrollar y conceptualizar estrategias de intervención en personas que, como resultado de una patología cerebral, no tienen la capacidad para llevar a cabo sus actividades vitales normales⁸. Las observaciones intensivas e investigaciones proporcionaron una sólida fundamentación teórica, en el cual uno de los objetivos principales fue capacitar a los terapeutas ocupacionales acerca de lograr comprender la relación entre la patología cerebral y las habilidades funcionales, tanto estas investigaciones rigurosas como el conocimiento empírico determinaron que ciertas patologías cerebrales producen restricciones en el procesamiento de la información. Algunas enfermedades que pueden producir una discapacidad cognitiva, son: “accidentes cerebro vasculares, lesiones cerebrales traumáticas, demencia, parálisis cerebral, discapacidades del desarrollo, abuso de alcohol/drogas, trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos primarios y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A)” (Grieve, 1995)².

Como se menciona anteriormente, este modelo propone seis niveles cognitivos que definen las demandas de procesamiento de información de las actividades normales de la vida diaria, los que pueden detallarse de la siguiente manera: (1) reflejo, (2) Movimiento, (3) Acciones repetitivas, (4) producto final, (5) variaciones y (6) Pensamiento abstracto.

Resumen sintético de los niveles

Para una visualización rápida, como se observa en la siguiente tabla, se describen a modo sintético un detalle de la situación del paciente con cada nivel correspondiente y la posible actividad que el terapeuta puede desarrollar

Nivel cognitivo	Situación	actividad
-----------------	-----------	-----------

Nivel - 1	No responde generalmente a estímulos externos.	Proporcionar estímulos olfativos y gustativos conocidos y significativos.
Nivel – 2	Las acciones motrices están limitadas a la capacidad de imitar, pero inexactamente	Modifique actividades sencillas y de un único paso, solicítele que imite movimientos simples,
Nivel – 3	Las acciones motrices están limitadas por la capacidad de seguir directivas sencillas de un solo paso.	Estimularlo a participar en actividades adaptadas, mostrándole un paso en cada momento.
Nivel – 4	Se mantiene mediante actividades de corta duración, persigue un proceso motor muy conocido.	Proporcionarle oportunidades para que se interese por actividades concretas, sencillas y relativamente a salvo de errores.
Nivel – 5	El individuo es capaz de aprender haciendo.	Las AVD pueden completarse sin asistencia, estas últimas deben ser supervisadas por cuestiones de seguridad o para prever situaciones negativas.
Nivel - 6	Teóricamente no hay incapacidad cognitiva	

Algunas Investigaciones realizadas sobre los niveles cognitivos de Claudia Allen.

Los estudios realizados acerca de la credibilidad de los componentes de la batería de Allen comenzaron a inicios de la década del 70, con numerosos estudios (publicados y sin publicar) realizados en varias versiones de las herramientas de evaluación (ACLS). La mayoría de las correlaciones en los estudios cuantitativos han sido utilizadas para determinar el grado de asociación entre las medidas. En el Informe se determinó una fuerte correlación de $r = + 0,9$. Para mayor fiabilidad, el

número r debe ser superior a $+ 0 - . 80$. Para la validez general r es menor, entre 30 y 70. Una letra p minúscula representa el significado estadístico, con un mínimo habitual de 0,05, lo que significa que el resultado puede ser incorrecto entre 5 de cada 100 veces. Los números más bajos como p son para reducir mejor el número de los resultados incorrectos, en donde N es el número de la muestra, y Ns representa al aumento de la confianza en el estudio.

Asimismo la relación entre las actividades que típicamente los terapeutas utilizan en la práctica para el uso de la costura de cuero también ha sido considerada. Newman (1987) ha encontrado una correlación ($r = 0,63$, $p < 0,01$) con la tarea de evaluación orientada al Área de evaluación del desempeño funcional. El estudio de las actividades de la vida diaria fue iniciado por Heying de (1983) encontrando una alta correlación ($r = 82$, $p < 0,001$) con la Escala de Automantenimiento Físico y la Escala de las Actividades de la Vida Diaria presentado por Lawton y Brody (1969). Lawton y Brody realizaron modificaciones en la escala de las Actividades de la vida diaria, convirtiéndose en una medida cuantitativa de Heimann (1985), desarrollando de este modo el formulario para el Inventario de las Tareas Rutinarias (RTI). Heimann estudió pacientes psiquiátricos ambulatorios, encontrando una correlación del ACLS y el RTI con el total de $r = . 64$, $p < .001$ (Heimann, Allen, y Yerxa, 1989). La fiabilidad para el test-retest del RTI se estableció en $r = 0,99$, $p < 0,0001$ y la confiabilidad se estableció en $r = 0,99$, $p < .001$ (Heimann, 1985).

Wilson (1985) encontró una prueba de fiabilidad similar después de un intervalo de dos semanas ($r = 0,99$, $p < 0.000 1$). Wilson describe una muestra poblacional representativa en las personas con demencia senil, encontrando una correlación y similitud entre el ACLS y el RTI Heimann en $r = 0,56$, $p < .01$ (Wilson, Allen, McCormack, y Burton, 1989). Gokey (1987) encontró una correlación entre el modesto cordón de cuero y el

RTI ($r = 0,44$, $p < .006$). La solidez de la correlación entre el cordón de cuero y las Actividades de la vida diaria se ha dado en la investigación efectuada por Gokey (1987), Heimann (1985), y Wilson (1985), que llevan a sugerir que el comer es un nivel inferior a todas las demás Actividades. Gokey (1987) encontró que el RTI tenía una firme correlación con el trabajo, al hacer una prueba con el tiento de cuero en una muestra en pacientes esquizofrénicos. En una comparación del RTI correlacionado con el tiento de cuero y la clasificación de las habilidades, comenzó a surgir una distinción entre las habilidades motoras y verbales (Gokey, 1987; Heimann, 1985; Wilson, 1985).

Los problemas de seguridad implícitos en el RTI recibieron su primera investigación explícita por Alsberg (1987) encontrando una asociación entre el tiento de cuero y los errores cometidos al hacer fideos con queso en una muestra de funcionamiento del ACL para los niveles 4 y 5. Burns (1992) trasladó las seis tareas del RTI al Cognitive Performance Task, encontrando una correlación con el Mini-Mental Status Exam ($r = 0,67$, $N = 77$). En las cuatro semanas con el RTI, la fiabilidad fue de $R = 0,91$ ($N = 18$) y el test-retest $r = .89$ era ($N = 36$). La solidez para la validez de las correlaciones no fue mayor, lo que sugiere que una experiencia previa, una motivación, las situaciones sociales y los procesos subyacentes pueden tener importantes influencias mentales en las actividades cotidianas⁹.

Comparación del ACL de Claudia Allen y el Wisconsin Card Sorting Test en adultos con esquizofrenia

El estudio realizado en el Department of Veteran Affairs, Puget Sound Health Care System, American Lake Division, Tacoma, Washington, EE.UU, examina la relación entre la función ejecutiva, la resolución de problemas visoespaciales y las mediciones de la actividad laboral en 33 hombres adultos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

En este estudio se administraron tres mediciones en una sesión de evaluación, entre estos se utilizó el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) para medir la función ejecutiva, razonamiento abstracto y habilidades para resolver problemas, mientras que el Allen Cognitive Level test (ACL) fue utilizado para medir el aprendizaje, resolución de problemas y habilidades viso-espaciales., en tanto que el Inventario de las Tareas Rutinarias (RTI) midió el nivel de desempeño en las actividades de la vida diaria.

El resultado que arrojó fue que, en el uso de la regresión múltiple ajustando por edad, el WCST predijo significativamente el rendimiento sobre el ACL y el RTI. Los errores perseverativos en el WCST se correlacionaron negativamente con el ACL ($r = -.47$) y las puntuaciones del RTI ($r = -.59$). El ACL y RTI también fueron significativamente correlacionados ($r = 0,67$).

Tanto el WCST y el ACL son sensibles a áreas de funcionamiento similares y son predictivos para la ejecución de tareas. Los resultados obtenidos apoyan el uso del ACL como una herramienta rápida para medir las capacidades cognitivas y funcionales de una persona¹⁰.

DESCRIPCIÓN DEL INVENTARIO DE LAS TAREAS DE RUTINA (RTI)

El Inventario de las tareas de rutina (RTI), son una serie de formularios que ayudan a interpretar los resultados obtenidos de las evaluaciones tanto del ACLS como del ADM. Originalmente el RTI incluía 6 niveles cognitivos y no fue sensible para determinar mediante grados, los cambios en la capacidad de funcionamiento del paciente¹¹.

El uso del RTI permite comprobar la realidad de los estilos de vida de los pacientes, no solo antes del alta sino que también puede usarse después. Se comienza a entender el funcionamiento del RTI, cuando se instruye al terapeuta ocupacional y a otros miembros del equipo que realizan el tratamiento, acerca de su utilidad y funcionamiento. No obstante esto, puede haber ocasiones en la cual algunos entenderán muy rápidamente y otros muy lentamente, por lo tanto cuando el concepto no se aprenda de modo ágil se podrá observar en ciertos profesionales una conducta resistente.

El inventario de las tareas rutinarias publicado por Allen en el año 1985, se ha ampliado para ser incluido con el equipo adaptado (en la escala física) y cuidado del niño (en la escala de la comunidad), en la escala de la comunicación y en la escala del trabajo con una consistencia interna establecida por Heimann, Allen y Yerxa para el RTI original, y llevar de este modo al análisis de tarea a otras actividades ¹².

Los modos o decimales, se agregaron en el análisis de las actividades de vida diaria aproximadamente en el año 1992 ¹³. El análisis de las actividades realizadas en el RTI, está destinado para la evaluación de pacientes que presentan déficit cognitivos sin lesiones focales, problemas auditivos o visuales, discapacidades físicas, dificultades adicionales posteriormente a su corrección, y para comprender e identificar de modo general la capacidad de funcionamiento. El RTI puede ser usado para fijar objetivos a corto y a largo plazo, como además, formular recomendaciones.

Como se menciona anteriormente, desde 1989 la versión de RTI ha sido utilizada en Israel, como un inventario estándar de las rutinas diarias, este Inventario previamente fue preparado por Allen como una versión ampliada del RTI original, el cual fuera desarrollado aproximadamente en la década del 80 por la misma autora. El RTI-2 fue publicado más adelante donde parecía ser confuso y demasiado complicado para la mayoría de los médicos y por lo tanto quizás no fue muy utilizado.

El Inventario de las tareas rutinarias (RTI) se puede pensar y describir como un análisis de la actividad y un instrumento de evaluación funcional. Por un lado como un análisis de la actividad, ya que su utilidad clínica es limitada por el conocimiento de los terapeutas sobre la teoría de la discapacidad cognitiva, mientras que una evaluación funcional puede tener sentido para los profesionales, si se observa y se tiene en cuenta en como la experiencia de vida y trabajar con una discapacidad cognitiva por parte del paciente, pueden ser un prerrequisito para el uso confiable de este formulario.

Como otras valoraciones asociadas al Modelo de la Discapacidad Cognitiva, el RTI intenta determinar el grado en el cual esta restricción interfiere en el

desempeño de las tareas diarias a través de la observación del comportamiento en las tareas.

El comportamiento rutinario en las tareas puede entenderse como el funcionamiento ocupacional en áreas del autocuidado, las actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad, en la comunicación social como la comprensión y la expresión verbal y escrita, en la preparación para las relaciones sociales y el funcionamiento en el trabajo. El objetivo de la valoración del comportamiento de las tareas rutinarias, es promover el funcionamiento seguro de las ocupaciones valoradas de un individuo, para maximizar la participación en situaciones o experiencias de la vida cotidiana.

El RTI incluye un manual el cual proporciona las escalas propias de este formulario, una hoja de anotaciones con un formulario de informe, además de tablas de presentación de resumen de estudios de la investigación, los que proporcionan datos iniciales para la confiabilidad y validez, para diversas versiones del RTI. Debido a la experiencia y a los datos limitados de la investigación que se llevó a cabo en su momento, se cree que las dos áreas que fueron agregadas al RTI original (las escalas de preparación de comunicación y del trabajo) son esenciales para comprender el funcionamiento diario y el funcionamiento ocupacional para una variedad de poblaciones, para quienes este instrumento de valoración pueda ser de utilidad.

El manual del RTI fue preparado para proveer a los médicos e investigadores, protocolos claros para su administración y anotación, los que además pueden usarlo de modo constante. Esta valoración debe ser utilizada por terapeutas ocupacionales entrenados. Aclarando que para administrar esta valoración se requiere del conocimiento del Modelo de Discapacidad Cognitiva, además de cómo entrevistar, analizar, y observar las habilidades de la actividad.

El Inventario de las tareas de rutina, presenta tres bases:

- (1) La observación del desempeño del paciente mientras realiza las actividades cotidianas.
- (2) Un autoinforme que nos proporcionará el paciente, este instrumento es una entrevista estructurada.

(3) Un informe del cuidador principal, en función de varias observaciones que debe realizar a lo largo de las actividades y que se estructurarán convenientemente por el terapeuta ocupacional.

Esta prueba consta de cuatro secciones:

- (a) Escala Física.

En la escala de actividades de la vida diaria se incluye: preparación, vestido, baño, caminar y hacer ejercicio, alimentación, aseo o tocador, toma de la medicación y uso de equipo adaptado.

- (b) Escala de la Comunidad.

En la segunda escala se evalúa la economía doméstica, preparación y obtención de la alimentación, obtención del dinero, compras, lavado de la ropa, viajar, llamadas por teléfono y cuidado de niños.

- (c) Escala de Preparación de trabajo.

Esta escala comprende mantenimiento de los pasos y horarios de trabajo, seguimiento de las instrucciones, desempeño en tareas simples y en tareas complejas, ir o estar junto a los compañeros, seguir normas de seguridad y respuesta a las emergencias, planificación del trabajo y otras supervisiones.

- (d) Escala de comunicación.

Por último, se incluye el significado de la comunicación, como escuchar o comprender, conversar o expresarse, leer y comprender, escritura y expresión.

Las cuatro áreas del Inventario de las tareas de rutina, pueden ser determinadas calculando un puntaje a grandes rasgos por cada área que se evalúe. Estos puntajes corresponden a los niveles de cognición funcional, en el cual se desempeña el paciente.

Los rangos de puntaje posibles son los siguientes:

Escala física - ADL 1-5

Escala de la comunidad -IADL 2-6

Escala de la comunicación 1-6

Escala de preparación en el trabajo 3-6.

El informe del Terapeuta describe lo que ha observado sobre el individuo y en como este realiza por lo menos, cuatro de las tareas dentro de cada área informada ¹⁴.

Como se utiliza el Inventario de las Tareas Rutinarias

Autoinforme del RTI e informe de cuidador.

El autoinforme describe la propia opinión del individuo en cuanto a la valoración sobre sus comportamientos observados en las tareas rutinarias. No obstante esto, a veces no es confiable debido a que el paciente tiene tendencia a la subestimación de su grado de dificultad, por lo que en procesos legales que incluye este informe y las discrepancias de las observaciones realizadas por el terapeuta, son más que suficiente para dar razón a varios miembros de la familia y otros cuidadores que pueden desestimar o sobreestimar la calidad del desempeño.

Mientras que el informe de cuidador describe la misma información pero en perspectiva del cuidador, dicho en otras palabras describe lo que observa pero no como una opinión profesional.

Ambos informes se administran como una prueba durante la entrevista con el paciente. Si el individuo puede leer, se le proporcionaran una copia de los criterios del RTI que se anotarán y se le pedirá que de acuerdo a su juicio, indique qué artículos describen mejor sus conductas. En este sentido, el terapeuta explicará que artículos son necesarios y alentará en ciertos casos al paciente o al cuidador para que brinden una descripción de manera detallada de los comportamientos. Seguidamente el terapeuta marcará los artículos que combinarán con el informe del paciente o de los cuidadores. Como una observación a tener en cuenta, si el paciente o los cuidadores no entienden o no pueden leer los formularios, se les deberán leer.

Informe del terapeuta

Antes de realizar la anotación, el terapeuta necesita observar al paciente, en por lo menos cuatro tareas a realizar en cada área, informando qué tareas fueron observadas y la duración de las observaciones en el formulario de informe. Podrá registrar solamente los comportamientos que ha observado directamente en el. Sin embargo, cada área se anota por separado y se puede informar por separado. El puntaje del RTI debe estar basado en la familiaridad con un paciente determinado y la observación hecha durante varios días en diversos contextos. Por lo que es necesario aclarar que no se basa en el

funcionamiento estructurado de una sola tarea, sino que se refiere al desempeño a modo general de las tareas rutinarias.

Si bien los Terapeutas pueden realizar cuantiosas observaciones del desempeño del paciente, estas pueden servir para comunicar razonablemente en una reunión de equipo interdisciplinario acerca de las variaciones detectadas en el individuo. Debiendo preparar en consecuencia, un informe que sea comprensivo, amplio, integral, abarcativo y objetivo sobre la capacidad de la persona para realizar diversas tareas con una directiva simple o compleja, de acuerdo al nivel cognitivo en el que se encuentre.

Puntaje

El formato presentado al principio del RTI es un formulario de informe el cual fue preparado por Sarah Austin, este tiene ciertas ventajas para aquellas personas que deben realizar anotaciones, debido a que se puede registrar información general del paciente.

Los puntajes del RTI pueden determinarse mediante observaciones fundamentalmente descriptivas, anotando e identificando determinados patrones de comportamiento para cada tarea. Mientras se administra la evaluación, el terapeuta deberá combinar los datos recopilados con los criterios de puntaje. Anotando luego, el nivel cognitivo más alto donde se observe un patrón claro del desempeño. Si las conductas que se han registrado en una tarea específica (es decir el vestido, cuidado de niño) aparentan atravesar dos niveles de funcionamiento, el terapeuta puede registrar una cuenta intermedia tal como 3.5 o 4.5.; si ocurriera que se anotan en por lo menos, cuatro tareas dentro de un área, se calculará un puntaje bajo para esa área.

Puede ocurrir que a veces del puntaje resultante, el terapeuta tenga que realizar un promedio con decimales, sin embargo, este sistema de puntuación no se debe confundir con los modos de desempeño usados en versiones actuales de este Modelo, por lo tanto se deben registrar como bajo, en relación a la media de los niveles medios más que los modos de desempeño.

El RTI pretende a través de la observación del comportamiento en las tareas rutinarias, determinar el grado de restricción cognitiva por el cual esta limitación interfiere en el desempeño de las tareas diarias.

El comportamiento rutinario de las tareas puede entenderse como el funcionamiento ocupacional tanto en las áreas del autocuidado, las actividades instrumentales en el hogar y en la comunidad, en la comunicación social como la comprensión y la expresión verbal y escrita, en la preparación para las relaciones y el funcionamiento en el trabajo. El objetivo de la valoración del comportamiento de las tareas rutinarias, es promover en el paciente un funcionamiento seguro y rutinario de las ocupaciones, las que son previamente valoradas en un individuo, para maximizar su participación en situaciones de la vida, de acuerdo al grado de limitación que esté presente.

El RTI también puede utilizarse para tener conocimiento acerca de lo que comprenden ciertas rutinas, debido a que presenta un amplio listado de diferentes actividades que podría o no realizar el paciente.

La ventaja de este inventario, es que proporciona tanto al terapeuta como al paciente, una cierta relación o vínculo en el cual el profesional elabora su constructo acerca de lo que ha observado, individualizando cada aspecto único que detecte al momento de la elaboración del formulario.

Bibliografía

- 1- Allen, C.K. (1985). Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities. Boston: Little, Brown.
- 2- Grieve, June. (1995). Neuropsicología para terapeutas ocupacionales, Evaluación de la percepción y de la cognición. Editorial Médica Panamericana, Buenos, Aires.
- 3- Allen, C.K. (1985). Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities. Boston: Little, Brown.
- 4-http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Claudia_Allen_marco_discapacidad_cognitiva_Valverdi_abril09.doc
- 5- Moruno P, Romero DM. Actividades de la Vida Diaria. Barcelona: Masson; 2006.
- 6- Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 2006.

- 7- Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica. Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson. Ed. Elsevier Science 2003
- 8- Allen, C.K. (1982). Independence through activity: The practice of occupational therapy (psychiatry). *American Journal of Occupational Therapy*, 36. 731-739
- 9-Allen, C.K. & Blue, T (1998). Cognitive Disabilities Model: How to Make Clinical Judgements. In N, Katz (Ed.) *Cognition and Occupation in Rehabilitation: Cognitive Models for Intervention in Occupational Therapy*. The American Occupational Therapy Association, Inc.
- 10- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10732172>
- 11- Allen, C.K. (1985). *Occupational therapy for psychiatric diseases: Measurement and management of cognitive disabilities*. Boston: Little, Brown.
- 12- Allen, C.K., Earhart, C.A., & Blue, T (1992). *Occupational Therapy Treatment Goals for the Physically and Cognitively Disabled*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- 13- Allen, C.K., Foto, M., Moon-Sperling, T., & Wilson, D. (1989). A medical review approach to Medicare outpatient documentation. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 793-800.
- 14- Katz, N. (2006). *Routine Task Inventory – RTI-E manual*, prepared and elaborated on the basis of Allen, C.K. (1989 unpublished).