

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY SCALE (COTE) PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

SPANISH ADAPTATION OF COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY SCALE (COTE) FOR PSYCHIATRIC PATIENTS

Palabras Clave evaluación ocupacional, instrumentos estandarizados.

Keyword occupational assessment, standardized instruments.

DeCS evaluación, protocolos, salud mental, terapia ocupacional.

MeSH evaluation, protocols, mental health, occupational therapy.



Autores

D. José Ramón Bellido Mainar. †

Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social y Licenciado en Ciencias del Trabajo. Diploma de Estudios Avanzados.

Servicio Aragonés de Salud. Universidad de Zaragoza.

Email: jrbellidomainar@gmail.com

D. Luis María Berrueta Maeztu

Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social.

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea.

Email: luytxus@yahoo.es

Dña. Patricia Sanz Valer.

Terapeuta Ocupacional, Educadora Social, Licenciada en Antropología Social y Cultural. ENMOvimiemTO (Centro de Terapia Ocupacional y Desarrollo Infantil)

y Espacio Terapéutico AVANTI (Centro de Psicología, Terapia Ocupacional y Psicoterapia). Universidad de Zaragoza. Email: patricasva@hotmail.com

Dña. Teresa López Gistaú.

Diplomada en Traducción e Interpretación. Universitat de Lleida.

Email: teresa.lopez@udl.cat

Dña. Ana Gea Sánchez.

Licenciada en Filología Inglesa. Universitat de Lleida. Email: agea@alumnes.udl.cat

Como citar este documento:

Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM, Sanz Valer P, López Gistaú T, Gea Sánchez A. Adaptación española de la Comprehensive Occupational Therapy Scale (COTE) para pacientes psiquiátricos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [fecha de la consulta]; 12(22): [35 p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num22/pdfs/original5.pdf>

Texto recibido: 18/04/2015

Texto aceptado: 22/08/2015

Texto publicado: 30/11/2015

Introducción

La COTE es una evaluación específica de terapia ocupacional, que consiste en una escala observacional. Se diseñó para proporcionar a los terapeutas

ocupacionales una herramienta que les permita, mediante la observación, valorar el comportamiento

ocupacional de las personas con enfermedad mental mientras participan en las actividades de terapia ocupacional que forman parte de los programas asistenciales de los distintos dispositivos psiquiátricos.

La COTE fue diseñada y validada por Sara Brayman y colaboradores (1) en 1976. Posteriormente

RESUMEN

Objetivo describir los componentes, propiedades psicométricas, pautas de administración y aplicaciones previas de la Comprehensive Occupational Therapy Scale (COTE) y proporcionar una versión española de la COTE.

Metodología traducción indirecta e inversa de la versión inglesa por parte de dos profesionales independientes. Para evaluar la comprensión de la escala, ésta se sometió a la aplicación individual y posterior discusión en grupo en muestra de pacientes psiquiátricos de Hospital de Día (compensados y con un nivel de estudios medio-alto). Igualmente se siguió el mismo proceso en una muestra de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

Resultado se ha logrado proporcionar una adaptación en español de la versión última de la COTE, de 1999.

Conclusión la COTE fue diseñada y validada en unidades de corta estancia. Posteriormente ha sido ampliamente utilizada en la práctica asistencial de dispositivos diversos de salud mental de diferentes países. Son necesarios estudios futuros y la validación del instrumento con población española.

SUMMARY

Objective the goals are to describe the components, psychometric properties, management guidelines, and previous applications of the COTE and to provide a Spanish version of the COTE.

Methodology an indirect and inverse translation of the English version was made by two independent professionals. To evaluate the understanding of the scale, it was subjected to the individual application and to a subsequent group discussion using a sample of psychiatric outpatient Clinic subjects (Stabilized and with medium- to-high education level). Likewise, the same process was undertaken in a sample of university students of Health Sciences.

Result it has managed to provide a Spanish adaptation of the latest version of the COTE, 1999.

Conclusion the COTE was designed and validated in short-stay units. Subsequently, it has been thoroughly used in clinical practice of varied mental health facilities in different countries. It will be require future studies and the validation of the instrument with Spanish population.

fue revisada por la propia autora junto a Kunz (2) en 1999.

La COTE se diseñó inicialmente para pacientes psiquiátricos que ingresan en las unidades de agudos, cuyas estancias tienen una media de entre 11 y 15 días, pero como veremos posteriormente ha sido utilizada en otros dispositivos psiquiátricos. La escala define en su primera versión 25 comportamientos ocupacionales relevantes en la práctica habitual del terapeuta ocupacional (TO, a partir de ahora). (1)

En la segunda versión (2,3) se ha añadido un indicador nuevo:

la conceptualización, que permite medir al terapeuta ocupacional la capacidad del paciente para el aprendizaje y la respuesta a situaciones utilizando el pensamiento concreto o el abstracto, y el indicador de puntualidad ha sido modificado por el indicador asistencia a la actividad, por tanto la COTE consta actualmente de 26 comportamientos ocupacionales. Respecto a esta segunda versión destacar que actualmente el indicador de la conceptualización y la modificación del indicador puntualidad no han sido sometidos a un estudio de fiabilidad y de validación a diferencia de los 25 comportamientos ocupacionales de la primera versión. El presente trabajo se realiza sobre la segunda versión de la herramienta.

Algunos de estos comportamientos ocupacionales definidos fueron identificados por Ayres (4), como factores esenciales que suceden en la participación en actividades ocupacionales y de trabajo. Cada comportamiento ocupacional se valora en un rango de 0 (máxima función) a 4 (máxima disfunción). Este método de medición puede dar lugar a confusión tomando como referencia el ítem Likert de 5 niveles, ya que la COTE mide de forma inversa a cómo habitualmente es utilizado dicho método.

La última versión de la escala (2) identifica 26 conductas observables en el contexto de la terapia ocupacional. Los comportamientos están divididos en tres áreas: comportamiento general (8 ítems) donde se evalúa el nivel general de funcionamiento del paciente; comportamiento interpersonal (6 ítems) donde se evalúa como las relaciones interpersonales afectan al desempeño ocupacional de carácter social; comportamiento en la tarea (12 ítems) donde se evalúa como el paciente realiza la tarea. El terapeuta ocupacional puede utilizar diferentes tipos de actividades para clarificar los ítems, pero durante cada sesión se debe utilizar una sola actividad. Cada ítem tiene una valoración de 0 (normal) a 4 (extremo o excesivamente normal). Algunos ítems, como por ejemplo el nivel de actividad (1c) tienen dos escalas de valores, reflejando los posibles comportamientos no adaptados en dos direcciones. El terapeuta ocupacional en este caso elige una u otra, hiper o hipo activo, dependiendo del comportamiento del paciente.

La escala COTE puede ser utilizada para una observación única en una ocupación, actividad o tarea. Las características de la actividad las puede escoger el propio terapeuta ocupacional. Se pueden escoger actividades de alto desafío para el paciente o tareas que no sean novedosas y que presente un nivel previo de competencia ocupacional, ya que dicha escala no pretende medir el grado de causalidad personal y sentimiento de eficacia sino el grado de comportamiento ocupacional adaptativo, por tanto, para la evaluación del

paciente con la COTE puede ser útil realizar actividades ocupacionales de alta exigencia o actividades de baja exigencia.

Esta escala fue desarrollada (1) en 1976 y modificada (2) en 1999 con el propósito de proveer un método estandarizado y objetivo para la observación y valoración de pacientes psiquiátricos adultos. Se diseñó inicialmente para pacientes agudos adultos pero varios autores sostienen que puede utilizarse en distintos dispositivos de salud mental. (5-10).

La base teórica es bastante integradora (2) y se ha ido adaptando a las modificaciones conceptuales de la Terapia Ocupacional desde su creación en 1976, por lo que se ajusta muy bien a los distintos modelos teóricos de la Terapia Ocupacional. Por tanto es una escala integradora que puede convivir con diferentes modelos teóricos, incluso aquellos que presentan entre ellos importantes diferencias.

Es un instrumento de evaluación que, debido a su fácil utilización y compatibilidad con los modelos propios de terapia ocupacional, está muy incorporado en la práctica asistencial anglosajona. Además, los autores hemos observado una implementación progresiva en los dispositivos y programas de pacientes psiquiátricos de España y América Latina.

Desarrollada en Estados Unidos, actualmente no existe una adaptación española. Para realizar esta adaptación, empezamos por profundizar en el conocimiento de dicha herramienta de evaluación llevando a cabo una búsqueda bibliográfica sobre las características, criterios de administración, objetivos y validez de la COTE tal y como se detalla en el apartado de metodología. Además se recabó información en estudios de investigación sobre experiencias previas de aplicación de la COTE en diversas poblaciones y ámbitos clínicos.

La importancia de disponer de esta herramienta traducida al español se debe a que mucha de la información que recoge el terapeuta ocupacional en su

práctica diaria presenta un carácter cualitativo que precisa de una estandarización para poder medir el impacto de los tratamientos psicosociales en la capacidad funcional del paciente psiquiátrico. Por tanto la COTE según los autores (1) permite registrar parte de esta información relevante que aparece en las actividades de terapia ocupacional, reduciendo el grado de subjetividad que suponen las notas narrativas en las historias clínicas de los pacientes.

Además la COTE puede ser utilizada para la evaluación inicial del terapeuta ocupacional, en la planificación de los objetivos de tratamiento, en la implementación de las actividades terapéuticas, como referente para guiar la orientación ocupacional individual y adaptar los distintos entornos de actividad y para medir la evaluación de los comportamientos ocupacionales de un grupo de pacientes (2,3).

Resulta muy útil dada su fácil comprensión para facilitar la comunicación con el equipo interdisciplinar sobre el progreso del paciente en sus habilidades adaptativas y algunos autores señalan su utilidad para la planificación del alta de los distintos dispositivos de salud mental (9,10).

La COTE supone una herramienta muy apropiada para los recursos donde el terapeuta ocupacional dispone de poco tiempo para la realización de tareas de registro de información de usuarios, ya que su utilización y manejo requiere para un terapeuta ocupacional entrenado en la pasación de la escala unos 5 minutos aproximadamente (2,3).

Según Sara Brayman, autora de la COTE, la formación se adquiere mediante una formación práctica intensiva de 4 horas. En España se ha impartido la formación práctica intensiva de 4 horas de la COTE a terapeutas ocupacionales en distintas ciudades (Pamplona, Lérida, Huesca, etc), bien mediante cursos específicos o como parte del programa de cursos de terapia ocupacional en

salud mental, cumpliendo en ambos casos con los criterios recomendados por Sara Brayman.

Objetivos

1. Describir los componentes, propiedades psicométricas y pautas de administración de la COTE.
2. Mostrar la utilización de la COTE en los distintos dispositivos y programas de salud mental en los que puede ser aplicada.
3. Disponer de una adaptación española de la COTE.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la elaboración de este artículo científico ha seguido los siguientes pasos:

a) Inicialmente se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre las características, criterios de administración, objetivos y validez de la COTE para profundizar en el conocimiento de dicha herramienta de evaluación. Además se recabó información en estudios de investigación sobre experiencias previas de aplicación de la COTE en diversas poblaciones y ámbitos clínicos. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Dialnet, OT Seekers, PubMed, Scopus y Medline. Los términos de búsqueda utilizados fueron: "assesments", "occupational therapy", "mental health", "Comprehensive Occupational Therapy Scale", "COTE", "Brayman", "mental rehabilitation" y "psychogeriatry", combinadas mediante el operador booleano AND. El proceso se llevó a cabo durante el periodo de 2010 a 2013, obteniendo un total de 50 artículos de los que se rechazaron 22 y se aceptaron los 28 que se detallan en la bibliografía.

b) Se solicitó autorización y permiso a la autora de la herramienta, Sara Brayman, para llevar a cabo la traducción y adaptación de la herramienta estandarizada de evaluación, que generosamente concedió.

c) Siguiendo la metodología científica para la traducción de instrumentos se realizó una traducción indirecta e inversa de la versión inglesa por parte de dos profesionales especializados independientes.

d) Para evaluar la comprensión de la escala, ésta se sometió a la aplicación individual y discusión en grupo en una muestra de 10 pacientes psiquiátricos de Hospital de Día y 10 estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud. Los criterios de inclusión para el estudio fueron:

- Los pacientes de Hospital de Día, la estabilización psicopatológica y un nivel cognitivo alto que les permitiera ofrecer feedback sobre la definición de los términos de la COTE. Este último criterio se consideró seleccionando únicamente a pacientes con un puntaje mínimo de 90-100 en la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS).
- Los estudiantes universitarios seleccionados debían cumplir con el requisito de estar en formación práctica en alguna de las Ciencias de la Salud (enfermería, psiquiatría o terapia ocupacional) y estar en rotación en el servicio de hospital de día.

El objetivo de la aplicación y discusión con la muestra era en ambos casos comprobar la comprensión de los términos, no la obtención de puntuaciones.

Al tratarse de una adaptación y no de un proceso de validación el Comité Ético del Hospital Arnau de Villanova y del Hospital Santa María de LLeida informó a los autores de este artículo que para colaborar en el estudio era suficiente con el consentimiento verbal de los participantes compensados.

d) El equipo de terapeutas ocupacionales analizó las traducciones inversas realizadas por los profesionales independientes y las discusiones en grupo de pacientes y estudiantes. También, ante la dificultad presentada debido a que algunos conceptos o términos concretos tenían varios significados y eran susceptibles de diferentes interpretaciones y con el objetivo de ser lo más

fieles posibles a la escala objeto de adaptación, se contactó con Sara Brayman para clarificar el contenido de algunos de los ítems.

RESULTADOS

1. Objetivos de la COTE

Según los distintos autores que han participado en la elaboración de la COTE los objetivos que han guiado el diseño y desarrollo de dicha escala han sido los siguientes (1-3):

- Identificar conductas que suceden y son relevantes en la práctica de la Terapia Ocupacional.
- Definir los comportamientos ocupacionales identificados de una forma uniforme de acuerdo con los modelos teóricos de la profesión. Permitiendo, de esta forma, que distintos terapeutas ocupacionales pueden evaluar con criterios unificados.
- Facilitar información sobre la evolución del comportamiento ocupacional a los distintos miembros del equipo de trabajo mediante un instrumento corto y sencillo.
- Proporcionar un método eficiente para la recuperación de datos que asista al terapeuta ocupacional en la planificación y evaluación de los resultados del tratamiento de terapia ocupacional.
- Eliminar los numerosos problemas que están asociados a la utilización de narraciones subjetivas como única fuente para valorar la evolución de los pacientes. Dichas notas narrativas están cargadas de subjetividad, informaciones no concretas que impiden medir la evolución real del paciente y en muchas ocasiones no muestran ni analizan los comportamientos más relevantes.
- Observar y medir el comportamiento ocupacional del paciente a lo largo del tratamiento de terapia ocupacional en los distintos espacios terapéuticos, para de esta forma poder contribuir a demostrar la efectividad de la Terapia Ocupacional.

2. Descripción de los comportamientos ocupacionales de la COTE

La COTE está compuesta por 26 comportamientos ordenados en tres partes: 1) Comportamiento General, 2) Comportamiento Interpersonal, 3) Comportamiento en la Tarea (Ver anexo I).

Parte 1: Comportamiento General

En esta parte se evalúa el nivel de funcionamiento general del paciente. Son comportamientos observados también por otros miembros del equipo de trabajo, pero que tienen lugar y son relevantes en las actividades grupales de terapia ocupacional.

A) **Apariencia:** Nos indica cómo es el aspecto externo o cuidados personales básicos del paciente. Para ello se considera el resultado final, en relación a cómo el paciente llega a la sesión o actividad de terapia ocupacional, en cuanto a la pulcritud o limpieza propia (de su propia persona), independientemente de los apoyos o ayudas recibidas previamente para lograr este fin. La evaluación depende del número de factores que pueden ser evidenciados/observados en la actividad ocupacional.

Indicadores de evaluación y puntuación:

Están comprendidos los siguientes seis factores: (1) piel limpia (2) cabello limpio, (3) peinado, (4) ropa limpia, (5) ropa planchada, (6) ropa apropiada para la ocasión.

0. Sin problemas en ninguna área.
1. Problemas en 1 área.
2. Problemas en 2 áreas.
3. Problemas en 3 ó 4 áreas.
4. Problemas en 5 ó 6 áreas.

B) **Comportamiento no productivo:** estos comportamientos impiden al paciente involucrarse en las actividades de la vida diaria con una funcionalidad mínima. Una excesiva socialización también es considerado un comportamiento

no productivo. Cuando estas conductas interfieren en la participación en la actividad y en el establecimiento de relaciones interpersonales la puntuación se otorga en función de la cantidad de tiempo que aparecen durante la sesión.

Indicadores de evaluación y puntuación:

Balanceo, juego con las manos, manifestaciones repetidas, se muestra hablándose a sí mismo, preocupado con sus propios pensamientos, etc.

0. No manifiesta comportamientos no productivos durante la sesión.
1. Manifiesta comportamientos ocasionales no productivos durante la sesión.
2. Manifiesta comportamientos no productivos durante la mitad de la sesión.
3. Manifiesta comportamientos no productivos durante las tres cuartas partes de la sesión.
4. Manifiesta comportamientos no productivos durante la sesión.

C) **Nivel de actividad (a o b):** Únicamente se puede valorar el nivel de hiper actividad o el de hipo actividad. El nivel de actividad es disfuncional tanto si es alto o es bajo cuando es capaz de atraer la atención de los demás e interrumpe el rendimiento ocupacional o evita la participación en la actividad. Por tanto este indicador se mide en función del efecto en la participación de los miembros del grupo.

Indicadores de evaluación y puntuación:

(a)

0. No hipo actividad.
1. Ocasionalmente hipo actividad.
2. Hipo actividad, llama la atención de los otros participantes.
3. Nivel tal de hipo actividad que puede participar pero con gran dificultad.
4. Nivel tal de hipo actividad que el paciente no puede participar en la actividad.

(b)

0. No hiper actividad.
1. Ocasionalmente hiper actividad.
2. Hiper actividad, llama la atención de los otros participantes.
3. Nivel tal de hiper actividad que puede participar pero con gran dificultad.

4. Nivel tal de hiper actividad que el paciente no puede participar en la actividad.

D) **Expresión:** incluye los elementos que el paciente puede utilizar para la expresión de emociones y sentimientos. Algunos de estos elementos son el lenguaje corporal, el volumen y tono de voz, expresiones faciales, posturas y el grado de expresividad mostrado. En este indicador se mide si la expresión ha sido apropiada en relación a las situaciones que generan la actividad grupal.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Expresión coherente con la situación y el ambiente.
1. Comunica expresivamente, ocasionalmente de forma inapropiada.
2. Manifiesta expresión inadecuada varias veces durante la sesión.
3. Se muestra expresivo, pero de manera incompatible con la situación.
4. Expresiones bizarras, incontroladas o sin expresión.

E) **Responsabilidad:** es una medida de la responsabilidad del paciente de sus acciones. Este comportamiento se refleja en los hábitos de asistencia, el cumplimiento de las normas, el cuidado de entorno y del material así como la adherencia a los acuerdos y pactos. Se mide este indicador en función del nivel de responsabilidad que asume el paciente en la actividad grupal.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Toma responsabilidad de sus propias acciones.
1. Niega responsabilidad para 1 ó 2 acciones.
2. Niega responsabilidad de varias acciones.
3. Niega responsabilidad en la mayoría de las acciones.
4. Niega toda responsabilidad – interfiere en el proyecto y culpa al TO o a sus compañeros.

F) **Asistencia/Puntualidad:** es una conducta que refleja la responsabilidad, compromiso y la motivación del paciente. Su puntuación se basa en la cantidad de estimulación que necesita para asistir a la actividad de terapia ocupacional.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Preparado para asistir a la terapia.
1. Necesita estimulación un 20% del tiempo.
2. Necesita estimulación un 50% del tiempo.
3. Rechaza hasta un 50 % del tiempo.
4. Rechaza más del 50 % del tiempo.

G) **Orientación a la realidad:** valora si el paciente tiene conciencia del tiempo, lugar y situación en la que se encuentra. Se puntúa en función del número de factores en los que ha perdido la orientación de la realidad.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Conciencia completa de persona, espacio, tiempo y situación.
1. Conciencia general pero incoherente en alguna área.
2. Falta de conciencia en 2 áreas.
3. Falta de conciencia en 3 áreas.
4. Falta de conciencia de persona, lugar, tiempo y situación (quién, dónde, qué y porqué).

H) **Conceptualización:** mide el nivel de aprendizaje y respuesta a situaciones que aparecen en la actividad. Se puntúa en función de cómo se reflejan sus respuestas en un continuum entre pensamiento abstracto y concreto.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Demuestra pensamiento abstracto.
1. Responde de forma abstracta más de una vez.
2. Respuestas concretas relevantes.
3. Responde de forma concreta más de una vez.
4. Respuestas no relacionadas con la situación.

Parte 2: Comportamiento interpersonal

Las habilidades sociales influyen el desempeño de todas las actividades sociales. Un desempeño efectivo en las tareas de la vida diaria depende

frecuentemente de la efectividad en las interacciones sociales. La terapia ocupacional ofrece oportunidades estructuradas o no estructuradas para que se produzcan las interacciones sociales.

A) **Independencia:** este indicador mide como el paciente se muestra de forma independiente en la actividad de terapia ocupacional. Aunque la terapia ocupacional puede incluir actividades estructuradas que condicionan la capacidad de ser independiente, cada sesión ofrece oportunidades para ser independiente.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Funcionalmente independiente.
1. Sólo 1 ó 2 acciones dependientes.
2. Mitad de acciones independientes y mitad dependientes.
3. Sólo 1 ó 2 acciones independientes.
4. No tiene acciones independientes.

B) **Cooperación:** indica cómo el paciente coopera con la actividad de terapia ocupacional. Se valora este comportamiento en función de la colaboración u oposición con la actividad y el terapeuta ocupacional.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Coopera con la actividad.
1. Sigue la mayoría de las instrucciones, se opone menos de la mitad.
2. Sigue la mitad y se opone la mitad.
3. Se opone las tres cuartas partes de las veces.
4. Se opone a todas las instrucciones y sugerencias.

C) **Autoafirmación (a o b):** este indicador está dividido en dos niveles de actividad. La conducta asertiva funcional estaría a medio camino entre el continuum: conducta pasiva-obediente-dominante. La autoafirmación es evaluada en función del tiempo de los comportamientos del continuum: conducta pasiva-obediente-dominante

Indicadores de evaluación y puntuación:

(a)

0. Asertivo cuando es necesario.
1. Condescendiente menos de la mitad de la sesión.
2. Condescendiente la mitad de la sesión.
3. Condescendiente las tres cuartas partes de la sesión.
4. Totalmente pasivo y condescendiente.

(b)

0. Asertivo cuando es necesario.
1. Dominante menos de la mitad de la sesión.
2. Dominante la mitad de la sesión.
3. Dominante las tres cuartas partes de la sesión.
4. Totalmente dominante en la sesión.

D) **Sociabilidad:** este indicador describe cómo el paciente se socializa con los profesionales y con los otros pacientes durante la sesión de terapia ocupacional. Este comportamiento se mide observando si el paciente es capaz o no de participar, tener iniciativa o responder a la interacción social.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Se socializa con el personal y los pacientes.
1. Se socializa con el personal y ocasionalmente con otros pacientes o viceversa.
2. Se socializa sólo con el personal o con los pacientes.
3. Se socializa sólo cuando se le acercan.
4. No se une a otros en la actividad, incapaz de tener una conversación espontánea incluso cuando le hablan.

E) **Demanda de Atención:** este indicador refleja la cantidad de tiempo que el paciente pasa buscando atención. Ejemplos son, repetir preguntas, requerir de forma frecuente ayuda, búsqueda de la aprobación o una actitud pasiva con el fin de llamar la atención.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. Ninguna demanda de atención irracional.
1. Menos de la mitad del tiempo utilizado en solicitar la atención.
2. La mitad del tiempo utilizado en solicitar atención.
3. Tres cuartas partes del tiempo utilizado en solicitar atención.
4. Demandas de constante atención verbales o no verbales.

H) **Respuestas negativas de otros:** es un indicador que mide el efecto en los profesionales y en los otros pacientes con los que comparte la sesión de terapia ocupacional. Ejemplos de este comportamiento son, pedir o exigir privilegios especiales o interacciones con otros pacientes que dan lugar a respuestas negativas. Este comportamiento es evaluado en función del número de respuestas negativas de otras personas que aparecen durante la sesión.

Indicadores de evaluación y puntuación:

0. No provoca respuestas negativas.
1. Provoca 1 respuesta negativa.
2. Provoca 2 respuestas negativas.
3. Provoca 3 ó más respuestas negativas durante la sesión.
4. Provoca numerosas respuestas negativas de los otros y el TO debe intervenir o realizar alguna acción.

Parte 3: Comportamiento en la tarea

En esta parte de la COTE se refleja el desempeño del paciente en las tareas relevantes para llevar a cabo la actividad seleccionada. Esta parte es especialmente relevante en terapia ocupacional ya que nos permite observar y evaluar habilidades específicamente relacionadas con el desempeño ocupacional del paciente, aspecto imprescindible para poder llevar a cabo posteriormente la intervención. La terapia ocupacional proporciona oportunidades únicas a través de las actividades para observar los comportamientos del paciente y como estos cambios se reflejan en su vida diaria. Para lograr este objetivo el profesional selecciona numerosos tipos de actividades que implican la ejecución de tareas. La evaluación de los 12

comportamientos en la tarea se pueden evaluar en la mayoría de actividades de terapia ocupacional.

A) **Compromiso:** refleja la motivación hacia el trabajo o actividad. En la medida que el paciente intenta completar la tarea de forma significativa se valora con más o menos puntuación.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. No necesita ser estimulado para iniciar la tarea.
1. Necesita ser estimulado una vez para iniciar la tarea.
2. Necesita ser estimulado 2 ó 3 veces para aplicarse a la tarea.
3. Se aplica a la tarea después de ser muchas veces estimulado.
4. No se aplica a la tarea.

B) **Concentración:** este comportamiento es un factor importante para poder desempeñarse en la vida diaria. Se mide por la cantidad de tiempo que puede mantener la atención y concentración en la tarea.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Ninguna dificultad de concentración durante la sesión completa.
1. Se desconcentra menos de un $\frac{1}{4}$ de tiempo.
2. Se desconcentra la mitad de tiempo.
3. Se desconcentra $\frac{3}{4}$ del tiempo.
4. Se desconcentra de la tarea en menos de un minuto.

C) **Coordinación:** es un indicador que valora la coordinación de las funciones corporales con las instrucciones del sistema nervioso central. Permite medir por otro lado el efecto de la medicación en la coordinación.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. No presenta dificultades de coordinación.
1. Problemas ocasionales con detalles delicados, manipular herramientas o materiales.
2. Problemas ocasionales manipulando herramientas o materiales, problemas frecuentes con detalles delicados.

3. Algunas dificultades con movimientos amplios. Incapaz de manipular ciertas herramientas o materiales.
4. Gran dificultad en los movimientos (motricidad gruesa). Incapaz de manipular herramientas o materiales (motricidad fina).

D) **Seguir instrucciones:** es un indicador importante en muchos aspectos de la vida diaria. El TO puede utilizar una gran variedad de actividades para valorar este comportamiento.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Cumple las instrucciones sin problemas.
1. Ocasionalmente problemas con instrucciones de 3 pasos.
2. Cumple instrucciones simples dirigidas, tiene problemas con instrucciones de 2 pasos.
3. Puede cumplir solo instrucciones muy simples de un sólo paso (demostrado, escrito, oral).
4. Incapaz de cumplir cualquier instrucción.

E) **Pulcritud en la actividad o atención a los detalles**^a : En este indicador solamente se evalúa uno de los dos comportamientos. Los comportamientos se refieren a que el paciente pueda realizar la tarea y la calidad del trabajo realizado.

e. Pulcritud en la actividad

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Actividad realizada pulcramente.
1. Ocasionalmente ignora detalles sutiles.
2. Frecuentemente ignora detalles sutiles y los materiales están desordenados.
3. Ignora detalles sutiles y los hábitos del trabajo perturban a los demás.
4. Sin atención a los detalles sutiles, tan descuidado que el TO debe intervenir.

^a Considerar la pulcritud de la actividad o la atención a detalles, no ambas

e. Atención a los detalles

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Presta atención a los detalles apropiadamente.
1. Ocasionalmente demasiado detallista.
2. Más atención de la necesaria a algunos detalles.
3. Tan detallista que el proyecto requerirá el doble de tiempo de lo esperado.
4. Tan interesado en los detalles que el proyecto nunca será finalizado.

F) **Resolución de problemas:** es uno de los comportamientos que se pueden observar con más frecuencia en las actividades de terapia ocupacional.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Resuelve los problemas sin ayuda.
1. Resuelve los problemas después de recibir ayuda una vez.
2. Puede resolver sólo después de repetidas ayudas.
3. Reconoce el problema pero no puede resolverlo.
4. Incapaz de reconocer ni resolver un problema.

G) **Complejidad y organización de la tarea:**

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Organiza y desempeña las tareas dadas.
1. Ocasionalmente tiene problemas con la organización de actividades complejas que debería ser capaz de realizar.
2. Puede organizar actividades simples pero no complejas.
3. Puede hacer sólo actividades muy simples bajo la organización del TO.
4. Incapaz de organizar o llevar a cabo una actividad aunque todas las herramientas, materiales e instrucciones estén disponibles.

H) **Aprendizaje inicial:** se evalúa cuando el paciente realiza una actividad que no le es familiar y requiere instrucciones.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Aprende una nueva actividad rápidamente y sin dificultad.

1. Ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples.
2. Tiene dificultades en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples.
3. Incapaz de aprender actividades complejas; ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades simples.
4. Incapaz de aprender una nueva actividad.

I) **Interés en la actividad:** Ilustra la voluntad del paciente para intentar actividades nuevas o diferentes.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Interesado en una variedad de actividades.
1. Ocasionalmente no está interesado en una nueva actividad.
2. Muestra ocasionalmente interés en una parte de la actividad.
3. Realiza actividades pero no muestra ningún interés.
4. No participa.

J) **Interés en completar la tarea:** indica si el paciente puede establecer metas y trabajar para su cumplimiento, tomando las medidas necesarias.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Interesado en finalizar las actividades.
1. Ocasionalmente falta de interés o placer en finalizar una tarea larga.
2. Interés o placer en completar una tarea corta - falta de interés en actividades largas.
3. Interés ocasional en finalizar cualquier actividad.
4. Sin interés o placer en finalizar una actividad.

K) **Toma de decisión:** es una parte integral de la vida diaria y puede depender del número y tipo de opciones y del mayor o menor grado de apoyo disponibles. El proceso de selección de una actividad durante la terapia ocupacional puede ilustrar este comportamiento.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Toma sus propias decisiones.
1. Toma decisiones pero ocasionalmente busca la aprobación del TO
2. Toma decisiones pero frecuentemente busca la aprobación del TO.
3. Toma decisiones sólo cuando se le ofrecen dos alternativas.
4. No puede tomar ninguna decisión o rechaza tomar decisiones.

L) **Tolerancia a la frustración:** es un indicador de la capacidad el paciente en perseverar en cada secuencia de la actividad a pesar de que tenga dificultades para poder ser eficaz en la tarea.

Indicadores de evaluación y puntuación

0. Maneja todas las tareas pero sin sentirse muy frustrado.
1. Ocasionalmente se frustra con tareas complejas; puede manejar tareas simples.
2. Frecuentemente se frustra con tareas complejas pero es capaz de manejar tareas simples.
3. Frecuentemente se frustra con cualquier tarea pero intenta continuar.
4. Se frustra tanto con tareas simples que rechaza o es incapaz de funcionar.

3. Propiedades psicométricas de la COTE

La validación de la COTE (1,11) se realizó con 50 pacientes psiquiátricos agudos ingresados en Pickens Hospital, sur de California, en EE.UU. Estos pacientes fueron derivados de la red de salud mental comunitaria de la zona de referencia del hospital, con una población de 240.000 habitantes. Respecto a los diagnósticos la muestra se distribuyó de la siguiente manera:

- Neurosis depresiva: 57%
- Depresión: 9%
- Esquizofrenia: 8%
- Psicosis maniaco-depresiva: 3%
- Neurosis ansiosa: 3%
- Síndromes orgánicos: 3%

- Otros: intentos autolíticos, trastornos conductuales y ataques de pánico, trastornos cognitivos y trastornos no especificados: 17%

Es importante destacar que estos diagnósticos fueron definidos según el DSM-II (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - Segunda Edición), manual de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría publicado en 1968 (12). Actualmente en salud mental se está trabajando con la quinta versión denominada DSM-V (2013) cuyos diagnósticos han cambiado considerablemente (13).

Respecto al nivel educativo de los pacientes, la muestra se distribuyó del modo siguiente:

- Estudios secundarios: 53%
- Estudios primarios: 25%
- Estudios universitarios normalizados: 22%

En ninguno de los artículos consultados proporcionan datos sobre género y edad.

La estancia media de ingreso de los pacientes objeto del estudio de validación de la COTE fue de 11 días, la mayoría de los pacientes eran independientes en las actividades de la vida diaria y el tratamiento fue monitorizado por el psiquiatra. Actualmente los tratamientos se articulan en los llamados "Planes Terapéuticos Individualizados", elaborados por todo el equipo de profesionales que intervienen con el paciente.

Fiabilidad

La fiabilidad se determinó (1,11) mediante la técnica de la fiabilidad inter-jueces definida (14) como la medida de la consistencia o acuerdo entre dos o más personas (evaluadores) que evalúan el mismo acontecimiento o a la misma persona. Se eligieron a 5 terapeutas ocupacionales (ningún artículo

especifica los años de experiencia de dichos profesionales), que se emparejaron en grupos de 2 personas para evaluar al mismo paciente. Estos 5 terapeutas ocupacionales fueron rotando en parejas de 2 hasta crear siete grupos. El porcentaje de acuerdo osciló entre un 76%-100% con un promedio del 95%. Las puntuaciones con un grado de diferencia se consideraron válidas. Por otro lado el porcentaje de acuerdos exactos osciló entre 36% a 84% con una media del 64%. Los autores en sus distintas publicaciones (1-3,11) informan de un estudio de campo realizado por el director de terapia ocupacional de un hospital general con 13 camas de psiquiatría, que determinó la fiabilidad de la COTE con dos terapeutas ocupacionales y siete pacientes, obteniendo datos similares con un porcentaje de acuerdo del 98%. Dicho estudio piloto no está publicado.

Validez

La validez (1,11) se determinó seleccionado al azar 56 pacientes dados de alta de un grupo de 400. Las puntuaciones totales del primer día en terapia ocupacional y el último día en terapia ocupacional fueron comparadas. Las puntuaciones descendieron de 31 puntos a 17 puntos respectivamente. Esta bajada de la puntuación es atribuible a la mejora de los pacientes, y los autores afirman que dicha mejoría detectada por la COTE fue corroborada por otros profesionales de la sesión. Los autores (1,11) informan de un estudio no publicado realizado por un terapeuta ocupacional (Cook, P; 1977) de un hospital universitario en su unidad de psiquiatría, que observó cómo las puntuaciones totales del primer día de terapia ocupacional y el último día de terapia ocupacional también descendieron con una media de 11 puntos de descenso. Para darle mayor validez, cada vez que realizaba una pasación de la COTE la realizaba en una hoja en blanco para evitar las interferencias de la evaluación anterior.

Además, la validez de criterio se estableció entre la COTE y la Escala de Observación de Tareas en Terapia Ocupacional (OTTOS) con una

correlación positiva de 0,80 entre la partes de los dos instrumentos que miden los comportamientos en las tareas (15).

Administración

La escala COTE puede ser utilizada para una observación única o progresiva en una actividad. Las características de la actividad las puede escoger el propio terapeuta ocupacional. Se pueden escoger actividades de alto desafío para el paciente o tareas que no sean novedosas en las que presente un nivel previo de competencia, ya que dicha escala no pretende medir el grado de causalidad personal y sentimiento de eficacia (16) sino el grado de comportamiento ocupacional adaptativo.

El terapeuta ocupacional puede utilizar diferentes tipos de actividades para clarificar los ítems, pero durante cada sesión se debe utilizar una sola actividad (3).

Como se ha comentado anteriormente, la escala consta de 26 comportamientos divididos en tres áreas. Cada ítem se puntúa de 0 a 4 puntos. Algunos ítems, como por ejemplo el nivel de actividad (1c) tienen dos escalas de valores, reflejando los posibles comportamientos no adaptados en dos direcciones. El terapeuta ocupacional elige una opción u otra, dependiendo del comportamiento predominante o relevante para el paciente.

Se suman las puntuaciones en cada área y luego se suman las puntuaciones de las tres áreas, dándonos una puntuación total englobada en un rango de 0-104 puntos. Por tanto se pueden analizar las puntuaciones por áreas o por totales en toda la escala. Las puntuaciones se tienen que asignar inmediatamente después de cada sesión para asegurar una mayor fiabilidad en la puntuación.

La COTE presenta varios formatos. El primer formato (1) (Anexo 1) se caracteriza por una rejilla con la posibilidad de evaluar 15 sesiones y poder visualizar rápidamente la evolución. Posteriores formatos han aparecido durante

estos años, un formato con las rejillas organizadas para una evaluación inicial y 4 semanas posteriores (2), otro organizado para cuatro sesiones (3) u otro para sesiones únicas (11).

En todos los formatos existe un espacio para poder escribir notas subjetivas sobre elementos relevantes que considere el terapeuta ocupacional. Algunos autores alertan que en aquellos comportamientos donde resulta difícil puntuar entre 0 o 1 las notas subjetivas son útiles. (5). Los autores afirman que con dos minutos se puede puntuar una sesión de evaluación a través de la escala COTE. Según nuestra experiencia los tiempos son algo mayores. Para un profesional entrenado el tiempo de puntuación es de aproximadamente 5-10 minutos.

La autora de la COTE propone dos plantillas para la administración de la COTE, una para evaluar 15 sesiones y la otra plantilla para realizar una evaluación semanal (Anexo 1 y 2). También añadimos una tabla con la definición de términos para facilitar la administración (Anexo 3).

DISCUSIÓN

La COTE nació y se validó en una unidad de agudos psiquiátrica de corta estancia, pero los autores (1-3,11) afirman que debido al carácter transversal con la que se diseñó la escala, compuesta por indicadores de comportamiento ocupacional que reconocen todos los modelos propios de terapia ocupacional, y debido a su fácil manejo, puede ser utilizada en toda la variedad de dispositivos psiquiátricos existentes en las redes de atención de salud mental. Afirman también que puede ser aplicada a todo el abanico de diagnósticos tratados por estos dispositivos, e incluso que puede ser aplicada por asistentes de terapia ocupacional debidamente formados. Dicha afirmación ha sido avalada por una variedad de autores que han utilizado la COTE en su experiencia clínica e investigadora (5-10).

Como resultado de la revisión bibliográfica realizada podemos constatar que la COTE ha sido utilizada en los siguientes programas de actividades, ámbitos de intervención (hospitalario, institucional y comunitario) y diagnósticos:

- Para medir la efectividad de la terapia ocupacional verbal y experiencial con grupos de pacientes de un centro de salud mental comunitario para trabajar la capacidad para mejorar la gestión del dinero (17). En dicha investigación los instrumentos utilizados conjuntamente a la COTE fueron la Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (18) y el [Milwaukee Evaluation of Daily Living Skills](#) (MEDLS) (19).
- Para medir los beneficios de una actividad hortícola con pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico público e involucrados en el programa de habilidades de la vida comunitaria (20).
- Para medir el efecto de los distintos tipos de formato grupal en las características de comunicación establecidas entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados que participan en las actividades de terapia ocupacional grupal (21).
- Para evaluar el efecto de un programa de terapia ocupacional en centros de tratamiento de dependencias de alcohol y otras drogas (22).
- Para medir el efecto de los programas de actividades de terapia ocupacional en pacientes psicogerítricos (23).
- Para diseñar un nuevo instrumento de evaluación a partir de la COTE para evaluar los comportamientos funcionales de los enfermos de Alzheimer. Dicho instrumento se denomina Functional Behavior Profile (FBP) (24).
- Para valorar el efecto de las técnicas de integración sensorial en ancianos con un importante deterioro cognitivo ingresados en residencias para dependientes (25).
- Para establecer el perfil neurocognitivo de los pacientes con esquizofrenia que participan en los programas de rehabilitación psiquiátrica ingresados en un hospital psiquiátrico en Taiwán (26).

- Para evaluar los efectos del uso del ordenador en el programa de rehabilitación cognitiva con pacientes psiquiátricos que participan en dispositivos de rehabilitación vocacional/laboral (27).
- Para analizar la evolución funcional de los pacientes que participan en un grupo de autoayuda para el aprendizaje de tareas de la vida diaria con diagnóstico de ansiedad (28).
- También se ha utilizado para la evaluación de pacientes que participan en programas de capacitación laboral y formación (29).
- Para evaluar la evolución del comportamiento ocupacional de personas con trastornos afectivos bipolares que recibieron tratamiento de terapia ocupacional (30).
- Como se enunció previamente en este artículo se ha realizado la traducción de la versión de la COTE más reciente, la de 1999, que consta de 26 ítems (2). Se siguió la metodología descrita para cada uno de los ítems. Al realizar dicha traducción hubo consenso para la mayoría de los ítems pero hubo tres términos que generaron una mayor dificultad o discusión tal y como se detalla a continuación:
 - En el ítem "Cuidado Personal" surgió la duda de si se debía evaluar exclusivamente que el paciente llegara limpio al departamento de terapia ocupacional o se debían considerar las ayudas recibidas para lograr dicho fin. Para clarificar el objetivo de evaluación de este ítem se consultó con Sara Brayman, quien aclaró que lo que se debía evaluar era si el paciente llegaba limpio o no, independientemente de las ayudas previas recibidas.
 - En el ítem "Compromiso" las traductoras discutieron si era más apropiada la palabra compromiso o motivación. Tras dicha discusión se acordó que el ítem que mejor reflejaba el concepto que pretendía evaluar la herramienta era "Compromiso".
 - En el ítem "Pulcritud" las traductoras también discutieron que término mejor definía el parámetro evaluado: pulcritud versus limpieza de la actividad. Finalmente acordaron que la palabra "Pulcritud" definía de manera más adecuada el término.

Otra peculiaridad que cabe destacar de la COTE es que cada ítem se valora en un rango de 0 (máxima función) a 4 (máxima disfunción). Como ya hemos indicado, este modo de medir puede dar lugar a confusión si se tiene como referencia la Escala Likert de 5 niveles, ya que la COTE mide de forma inversa a cómo habitualmente es utilizado dicho sistema. En este artículo se lleva a cabo una adaptación de la COTE y por tanto no podemos modificar la gradación de la escala original, pero consideramos que sería conveniente realizar dicha modificación en un estudio posterior de validación.

CONCLUSIONES

La traducción realizada de la COTE es una herramienta útil para evaluar el desempeño ocupacional de personas con patologías psiquiátricas que asisten a diferentes dispositivos de salud mental y participan en programas de terapia ocupacional. Los terapeutas ocupacionales formados y familiarizados en el uso de esta herramienta pueden utilizarla en su práctica clínica diaria para obtener información objetiva, específica y útil con el objetivo de guiar su intervención. Es fundamental destacar que la COTE es un instrumento que no valora el perfil ocupacional del individuo, sino su nivel de desempeño ocupacional en actividades con fuerte componente de tarea.

La escala original, tal como se ha indicado, tiene las siguientes limitaciones:

- En la segunda versión (1999) el indicador de "Conceptualización" añadido y la modificación del indicador "Puntualidad" no han sido sometidos a un estudio de fiabilidad y de validación, a diferencia de los 25 comportamientos ocupacionales de la primera versión.

- La validación de la COTE fue llevada a cabo en un contexto profesional de salud mental en el que se trabajaba en base a unos criterios que hoy han evolucionado:

- A) los diagnósticos eran definidos según el DSM-II (1968). Actualmente se diagnostica según el DSM-V (2013) ó la CIE-10 (1992).

- B) Los tratamientos en salud mental eran monitorizados por el psiquiatra, y actualmente se articulan en los planes de tratamiento

individualizados elaborados por todo el equipo de profesionales que interviene.

Este artículo es un estudio de adaptación de la COTE que acerca su utilización clínica a terapeutas ocupacionales hispanohablantes. Sin embargo, para poder realizar modificaciones en la herramienta y utilizarla con fines investigadores además de clínicos, sería necesario realizar un estudio de validación de la versión española de la COTE, basado en un análisis factorial y una validez externa basada en una evaluación interjueces e informe de opinión de expertos. Dicha validación permitiría hacer cambios en los indicadores, en la definición de términos (añadir, modificar...), y también en el sistema de evaluación o forma de puntuar. Para una futura validación sugerimos que debería considerarse una muestra amplia (aproximadamente unos 160 sujetos) y un mínimo de 3 terapeutas ocupacionales provenientes de diferentes recursos asistenciales que evalúen al mismo paciente.

Además, esta traducción abre futuras líneas de investigación:

- Profundizar en la comparación de la COTE con otros instrumentos utilizados por los terapeutas ocupacionales y escalas de medición desarrolladas por otros perfiles profesionales.
- Desarrollar investigaciones para comprobar si el nivel de fiabilidad, validez y sensibilidad de la COTE está condicionada por el diagnóstico, modalidades de tratamiento y dispositivos asistenciales.
- Estandarizarla en población sana para tener una referencia con la que poder comparar los puntajes obtenidos en la práctica clínica.

Bibliografía

1. BOE. LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Madrid; 2006. Report No.: 299.
2. Rojas MJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *Gerokomos (Madr)*. 2006 Marzo; 17(1): p. 8-23.
3. IMSERSO. Institucionalización y dependencia. Colección estudios: Serie dependencia. Madrid; 2006. Report No.: 12003.
4. Flórez JA, Cachero E, San José N, Martínez S, Farpón E, Martínez E, et al. Programa de adaptación para ancianos al medio residencial. *Med Integral*. 2003; 41(1): p. 48-55.
5. Meléndez JC, Charco L, Mayordomo T, Sales A. Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema (Oviedo)*. 2013 Mayo; 25(3): p. 319-323.
6. Carrasco M, Oslé C, García P, Mosquera JL, Salvadó I, Laceras T, et al. Calidad de vida y estado de salud en las residencias geriátricas de Pamplona. *Cuad Gerontol*. 2001 Noviembre; 1(1): p. 5-30.
7. Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, et al. OPHI-II. Manual del usuario de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (II). The Model of Human Occupation Clearinghouse. University of Illinois, Chicago: Department of Occupational Therapy of College of Applied Health Sciences; 1998.
8. Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai, JS. (2001). Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2011; 55(3): p. 260-267.
9. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-2003).
10. Grupo Género y Salud Pública de SESPAS. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000; 14(2): p. 146-155.
11. Rocha-Sánchez TE, Díaz-Loving R. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *An Psicol*. 2005; 21(1): p. 42-49.
12. Kielhofner G. Volición. En: Kielhofner G. Modelo de Ocupación humana. Teoría y aplicación. 4th ed. Buenos Aires-Argentina: Médica Panamericana; 2004. p. 49-70.
13. Kielhofner G, Forsyth K, Kramer JM, Melton J, Dobson E. El modelo de la ocupación humana. En: Blesedell E, Cohn ES, Boyt BA. Willard y Spackman. Terapia Ocupacional. Madrid: Panamericana; 2011. p. 446-461.
14. Kielhofner G. Modelo de Ocupación humana. Teoría y aplicación. 4th ed. Madrid: Médica Panamericana; 2004.
15. Sheldon A. Women and disability. En: Swain J, French S, Barnes C, Thomas C. Disabling Barriers-Enabling Environments. 2nd ed. London: SAGE publications; 2004. p. 69-74.
16. Junta de Andalucía. I Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad de Andalucía, 2008-2013. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2008.
17. Comunidad de Madrid. Mujer, discapacidad y violencia, 2013. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2013.
18. Polonio B. Modelos propios de Terapia Ocupacional. Modelo de

- desempeño ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). In Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 104-109.
19. Polonio B, Castellanos MC, Viana I. Terapia Ocupacional en la infancia. Teoría y práctica Madrid: Médica Panamericana; 2008.
20. Case J, Clifford J. Occupational Therapy for Children. 6th ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2010.
21. Ayuso M, Del Pozo R, Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. Rev Esp Salud Publica 2010; 84(6): p. 789-798.

ANEXOS

COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION SCALE (COTE)

Escala de Evaluación Global de Terapia Ocupacional

Autores: Brayman S.J; Kirby, T.F; Misenheiner; A.M: Short, M.J.

Traducción: JR. Bellido, LM. Berrueta, P. Sanz, T. López y A. Gea

Nombre y apellidos:/Fecha:...../

Unidad:.....

Profesional evaluador:...../

Tiempo de ingreso:

Escala: 0-Normal, 1-Mínimo, 2-Leve, 3-Moderado, 4-Severo

I. Comportamiento General	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Apariencia															
b. Comportamiento no productivo															
c. Nivel de actividad (a o b)															
d. Expresión															
e. Responsabilidad															
f. Asistencia/Puntualidad															
g. Orientación a la realidad															
h. Conceptualización															
Sub-total															

II. Comportamiento interpersonal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Independencia															
b. Cooperación															
c. Autoafirmación (a o b)															
d. Sociabilidad															
e. Demanda de atención															
f. Respuestas negativas de otros															
Sub-total															

III. Comportamiento en la tarea	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Compromiso															
b. Concentración															
c. Coordinación															
d. Seguir instrucciones															
e. Pulcritud en la actividad o atención a los detalles															
f. Resolución de problemas															
g. Complejidad y organización de la tarea															
h. Aprendizaje inicial															
i. Interés en la actividad															
j. Interés en completar la tarea															
k. Toma de decisión															
l. Tolerancia a la frustración															
Sub-total															
TOTAL															

Comentarios y firma del profesional

ANEXO 2
COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION SCALE
Escala de Evaluación Global de Terapia Ocupacional (COTE)

Fecha	Inicial	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
I. Comportamiento general					
A. Apariencia					
B. Comportamiento no productivo					
C. Nivel de actividad (a ó b)					
D. Expresión					
E. Responsabilidad					
F. Asistencia/puntualidad					
G. Orientación a la realidad					
H. Conceptualización					
Subtotal					
II. Comportamiento interpersonal					
A. Independencia					
B. Cooperación					
C. Autoafirmación (a ó b)					
D. Sociabilidad					
E. Demanda de atención					
F. Respuestas negativas de otros					
Subtotal					
III. Comportamiento en la tarea					
A. Compromiso					
B. Concentración					
C. Coordinación					
D. Seguir instrucciones					
E. Pulcritud en la actividad/ Atención a los detalles*					
F. Resolución de problemas					
G. Complejidad y organización de la tarea					
H. Aprendizaje inicial					
I. Interés en la actividad					
J. Interés en completar la tarea					
K. Toma de decisión					
L. Tolerancia a la frustración					
Subtotal					
Total					

Escala: 0=normal; 1=mínimo; 2=leve; 3=moderado; 4=severo

*indique bien: de pulcritud en la actividad o de atención a los detalles, no de los dos.

Comentarios: _____
_____ Terapeuta: _____ Fecha: _____

ANEXO 3 DEFINICIÓN DE INDICADORES

PARTE I: COMPORTAMIENTO GENERAL

<p>a. Apariencia</p> <p>Están comprendidos los siguientes seis factores: (1) piel limpia (2) cabello limpio, (3) peinado, (4) ropa limpia (5) ropa planchada, (6) ropa apropiada para la ocasión.</p> <p>0. Sin problemas en ninguna área.</p> <p>1. Problemas en 1 área.</p> <p>2. Problemas en 2 áreas.</p> <p>3. Problemas en 3 ó 4 áreas.</p> <p>4. Problemas en 5 ó 6 áreas.</p>	<p>d. Expresión</p> <p>0. Expresión coherente con la situación y el ambiente.</p> <p>1. Comunica expresivamente, ocasionalmente de forma inapropiada.</p> <p>2. Manifiesta expresión inadecuada varias veces durante la sesión.</p> <p>3. Se muestra expresivo, pero de manera incompatible con la situación.</p> <p>4. Expresiones bizarras, incontroladas o sin expresión.</p>
<p>b. Comportamiento No productivo</p> <p>(Balanceo, juego con las manos, manifestaciones repetidas, se muestra hablándose a sí mismo, preocupado con sus propios pensamientos, etc.)</p> <p>0. No manifiesta comportamientos no productivos durante la sesión.</p> <p>1. Manifiesta comportamientos ocasionales no productivos durante la sesión.</p> <p>2. Manifiesta comportamientos no productivos durante la mitad de la sesión.</p> <p>3. Manifiesta comportamientos no productivos durante las tres cuartas partes de la sesión.</p> <p>4. Manifiesta comportamientos no productivos durante toda la sesión.</p>	<p>e. Responsabilidad</p> <p>0. Toma responsabilidad de sus propias acciones.</p> <p>1. Niega responsabilidad para 1 ó 2 acciones.</p> <p>2. Niega responsabilidad de varias acciones.</p> <p>3. Niega responsabilidad en la mayoría de las acciones.</p> <p>4. Niega toda responsabilidad – interfiere en el proyecto y culpa al TO o a sus compañeros.</p>
<p>c. Nivel de actividad (a o b)</p> <p>(a)</p> <p>0. No hipo actividad.</p> <p>1. Ocasionalmente hipo actividad</p> <p>2. Hipo actividad llama la atención de los otros participantes.</p> <p>3. Nivel tal de hipo actividad que puede participar pero con gran dificultad.</p> <p>4. Nivel tal de hipo actividad que el paciente no puede participar en la actividad.</p> <p>(b)</p> <p>0. No hiper actividad.</p> <p>1. Ocasionalmente hiper actividad</p> <p>2. Hiper actividad, llama la atención de los otros participantes.</p> <p>3. Nivel tal de hiper actividad que puede participar pero con gran dificultad.</p> <p>4. Nivel tal de hiper actividad que el paciente no puede participar en la actividad.</p>	<p>f. Asistencia/Puntualidad</p> <p>0. Preparado para asistir a la terapia.</p> <p>1. Necesita estimulación un 20% del tiempo</p> <p>2. Necesita estimulación un 50% del tiempo.</p> <p>3. Rechaza hasta un 50 % del tiempo.</p> <p>4. Rechaza más del 50 % del tiempo.</p>
	<p>g. Orientación a la realidad</p> <p>0. Conciencia completa de persona, espacio, tiempo y situación.</p> <p>1. Conciencia general pero incoherente en alguna área.</p> <p>2. Falta de conciencia en 2 áreas.</p> <p>3. Falta de conciencia en 3 áreas.</p> <p>4. Falta de conciencia de persona, lugar, tiempo y situación (quién, dónde, qué y porqué)</p>
	<p>h. Conceptualización</p> <p>5. Demuestra pensamiento abstracto.</p> <p>6. Responde de forma abstracta más de una vez</p> <p>7. Respuestas concretas relevantes.</p> <p>8. Responde de forma concreta más de una vez</p> <p>9. Respuestas no relacionadas con la situación</p>

PARTE II: COMPORTAMIENTO INTERPERSONAL

<p>a. Independencia</p> <p>0. Funcionalmente independiente. 1. Sólo 1 ó 2 acciones dependientes. 2. Mitad de acciones independientes y mitad dependientes. 3. Sólo 1 ó 2 acciones independientes. 4. No tiene acciones independientes.</p> <p>b. Cooperación</p> <p>0. Coopera con la actividad. 1. Sigue la mayoría de las instrucciones, se opone menos de la mitad. 2. Sigue la mitad y se opone la mitad. 3. Se opone las tres cuartas partes de las veces. 4. Se opone a todas las instrucciones y sugerencias.</p> <p>c. Autoafirmación (a o b)</p> <p>(a)</p> <p>0. Asertivo cuando es necesario. 1. Condescendiente menos de la mitad de la sesión. 2. Condescendiente la mitad de la sesión. 3. Condescendiente las tres cuartas partes de la sesión. 4. Totalmente pasivo y condescendiente.</p> <p>(b)</p> <p>0. Asertivo cuando es necesario. 1. Dominante menos de la mitad de la sesión. 2. Dominante la mitad de la sesión. 3. Dominante las tres cuartas partes de la sesión. 4. Totalmente dominante en la sesión.</p>	<p>d. Sociabilidad</p> <p>0. Se socializa con el personal y los pacientes. 1. Se socializa con el personal y ocasionalmente con otros pacientes o viceversa. 2. Se socializa sólo con el personal o con los pacientes. 3. Se socializa sólo cuando se le acercan. 4. No se une a otros en la actividad, incapaz de tener una conversación espontánea incluso cuando le hablan.</p> <p>e. Demanda de Atención</p> <p>0. Ninguna demanda de atención irracional. 1. Menos de la mitad del tiempo utilizado en solicitar la atención. 2. La mitad del tiempo utilizado en solicitar atención. 3. Tres cuartas partes del tiempo utilizado en solicitar atención. 4. Demandas de constante atención verbales o no verbales.</p> <p>f. Respuestas negativas de otros</p> <p>0. No provoca respuestas negativas. 1. Provoca 1 respuesta negativa. 2. Provoca 2 respuestas negativas. 3. Provoca 3 ó más respuestas negativas durante la sesión. 4. Provoca numerosas respuestas negativas de los otros y el TO debe intervenir o realizar alguna acción.</p>
---	--

PARTE III: COMPORTAMIENTO EN LA TAREA

<p>a. Compromiso</p> <p>0. No necesita ser estimulado para iniciar la tarea. 1. Necesita ser estimulado una vez para iniciar la tarea. 2. Necesita ser estimulado 2 ó 3 veces para aplicarse a la tarea. 3. Se aplica a la tarea después de ser muchas veces estimulado. 4. No se aplica a la tarea.</p> <p>b. Concentración</p> <p>0. Ninguna dificultad de concentración durante la sesión completa. 1. Se desconcentra menos de un ¼ de tiempo. 2. Se desconcentra la mitad de tiempo. 3. Se desconcentra ¾ del tiempo. 4. Se desconcentra de la tarea en menos de un minuto.</p> <p>c. Coordinación</p> <p>0. No presenta dificultades de coordinación. 1. Problemas ocasionales manipulando herramientas o materiales, problemas frecuentes con detalles delicados. 2. Problemas ocasionales manipulando herramientas o materiales, problemas frecuentes con detalles delicados. 3. Algunas dificultades con movimientos amplios. Incapaz de manipular ciertas herramientas o materiales. 4. Gran dificultad en los movimientos (motricidad gruesa). Incapaz de manipular herramientas o materiales (motricidad fina).</p> <p>d. Seguir instrucciones</p> <p>0. Cumple las instrucciones sin problemas. 1. Ocasionalmente con instrucciones de 3 pasos. 2. Cumple instrucciones simples dirigidas, tiene problema con instrucciones de 2 pasos. 3. Puede cumplir solo instrucciones muy simples de un sólo paso (demostrado, escrito, oral). 4. Incapaz de cumplir cualquier instrucción.</p> <p>e. Pulcritud en la actividad*</p> <p>0. Actividad realizada pulcramente. 1. Ocasionalmente ignora detalles sutiles. 2. Frecuentemente ignora detalles sutiles y los materiales están desordenados. 3. Ignora detalles sutiles y los hábitos del trabajo perturban a los demás. 4. Sin atención a los detalles sutiles, tan descuidado que el TO debe intervenir.</p> <p>e. Atención a los detalles*</p> <p>0. Presta atención a los detalles apropiadamente. 1. Ocasionalmente demasiado detallista. 2. Más atención de la necesaria a algunos detalles. 3. Tan detallista que el proyecto requerirá el doble de tiempo de lo esperado. 4. Tan interesado en los detalles que el proyecto nunca será finalizado.</p> <p>f. Resolución de Problemas</p> <p>0. Resuelve los problemas sin ayuda. 1. Resuelve los problemas después de recibir ayuda una vez. 2. Puede resolver sólo después de repetidas ayudas. 3. Reconoce el problema pero no puede resolverlo. 4. Incapaz de reconocer ni resolver un problema.</p> <p>*Considerar la pulcritud en la actividad o la atención a los detalles, no ambas</p>	<p>g. Complejidad y organización de la tarea</p> <p>0. Organiza y desempeña las tareas dadas. 1. Ocasionalmente tiene problemas con la organización de actividades complejas que debería ser capaz de realizar. 2. Puede organizar actividades simples pero no complejas. 3. Puede hacer sólo actividades muy simples bajo la organización del TO. 4. Incapaz de organizar o llevar a cabo una actividad aunque todas las herramientas, materiales e instrucciones estén disponibles</p> <p>h. Aprendizaje inicial</p> <p>0. Aprende una nueva actividad rápidamente y sin dificultad. 1. Ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples. 2. Tiene dificultades en aprender actividades complejas, pero puede aprender actividades simples. 3. Incapaz de aprender actividades complejas; ocasionalmente tiene dificultad en aprender actividades simples. 4. Incapaz de aprender una nueva actividad.</p> <p>i. Interés en la actividad</p> <p>0. Interesado en una variedad de actividades. 1. Ocasionalmente no está interesado en una nueva actividad. 2. Muestra ocasionalmente interés en parte de una actividad. 3. Realiza actividades pero no muestra ningún interés. 4. No participa.</p> <p>j. Interés en completar la tarea</p> <p>0. Interesado en finalizar las actividades. 1. Ocasionalmente falta de interés o placer en finalizar una tarea larga. 2. Interés o placer en completar una tarea corta-falta de interés en actividades largas. 3. Interés ocasional en finalizar cualquier actividad. 4. Sin interés o placer en finalizar una actividad.</p> <p>k. Toma de decisión</p> <p>0. Toma sus propias decisiones. 1. Toma decisiones pero ocasionalmente busca la aprobación del TO. 2. Toma decisiones pero frecuentemente busca la aprobación del TO. 3. Toma decisiones sólo cuando se le ofrecen dos alternativas. 4. No puede tomar ninguna decisión o rechaza tomar decisiones.</p> <p>l. Tolerancia a la frustración</p> <p>0. Maneja todas las tareas pero sin sentirse muy frustrado. 1. Ocasionalmente se frustra con tareas complejas; puede manejar tareas simples. 2. Frecuentemente se frustra con tareas complejas pero es capaz de manejar tareas simples. 3. Frecuentemente se frustra con cualquier tarea pero intenta continuar. 4. Se frustra tanto con tareas simples que rechaza o es incapaz de funcionar.</p>
--	--