

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL A TRAVÉS DE LA TERAPIA
OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES CON LESIÓN
CEREBRAL, POST TRAUMÁTICA Y POST QUIRÚRGICA DE
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

FLORIDALMA QUELEX LÓPEZ

GUATEMALA OCTUBRE DE 2,007

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL A TRAVÉS DE LA TERAPIA
OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN PACIENTES CON LESIÓN
CEREBRAL, POST TRAUMÁTICA Y POST QUIRÚRGICA DE
NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

FLORIDALMA QUELEX LÓPEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

TERAPISTA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICA UNIVERSITARIA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2007

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciado Helvin Orlando Velásquez; M.A.
SECRETARIO

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Brenda Julissa Chamám Pacay
Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO

PADRINOS

Licda. Sonia del Carmen Molina Ortiz
PSICÓLOGA
Colegiado No. 8392

Licda. Liliana del Rosario Álvarez
PSICÓLOGA
Colegiado No. 2240

DEDICATORIA

A DIOS:

Por su iluminación divina en mi camino hasta llegar al éxito.

A MIS PADRES:

Manuel de Jesús Quelex Tubac
Estefana López Samol
Por su amor y grandes esfuerzos.

A MIS HERMANOS:

Jorge, Elmer, Dalila, Fredy y Danilo
Por su apoyo incondicional.

A MIS FAMILIARES:

Por sus sabios consejos y apoyo;
Con especial cariño.

A MIS AMIGOS:

Con especial aprecio; y éxitos en su vida

AGRADECIMIENTO

A La Universidad de San Carlos de Guatemala.

A La Escuela de Ciencias Psicológicas.

A Mis Catedráticos.

A Mis Compañeros.

Al Hospital General San Juan de Dios.

Al Lic. Estuardo Espinoza y Licda. Sonia Molina por su apoyo y asesoría en el Proceso del Ejercicio Técnico Supervisado.

Al Dr. Erny Leal por su apoyo en el Proceso del Ejercicio Técnico Supervisado.

ÍNDICE

SÍNTESIS DESCRIPTIVA INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFÍA DEL LUGAR.....	1
1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	3
1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	6
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8

CAPITULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 ABORDAMIENTO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	13
2.2 OBJETIVOS.....	37
2.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	37
2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	37
SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	38
SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	38
2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO.....	38
SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	39
SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	40
SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	41

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	43
3.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	47
3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	51

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	55
4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	56
4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	57
4.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	58

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	
5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES.....	60
5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	61
5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	61
5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	62
5.2 RECOMENDACIONES	
5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES.....	62
5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO.....	63
5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA.....	63
5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN.....	63

BIBLIOGRAFÍA.....	64
GLOSARIO.....	65
ANEXOS.....	67

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

El informe final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el Hospital General San Juan de Dios, titulado: “La Estimulación Cerebral a través de la Terapia Ocupacional y Recreativa en Pacientes con Lesión Cerebral, Post-traumática y Post quirúrgica del Servicio de Neurocirugía”. Realizado en el Departamento de Guatemala, por un periodo de ocho meses, en el que se realizaron actividades en los subprogramas de: Servicio, Docencia e Investigación.

En el subprograma de servicio se trabajó, directamente con el paciente o según la necesidad requerida, dentro de las actividades se realizaron: evaluaciones, elaboración de programas, actividades asistidas, orientación sobre actividades auto asistidas, elaboración de férulas; todas las anteriores se realizaron con el objetivo, de recuperar, mantener o realizar adaptaciones para un mejor proceso de recuperación y así mismo lograr en el paciente el grado de independencia.

En el subprograma de docencia, se trabajó con los familiares de los pacientes, por medio de la orientación directa sobre el tipo de lesión cerebral, la forma correcta de trabajar con el paciente, estimular las destrezas presentes a través de actividades, explicar la importancia de la evaluación y del papel que desempeña la familia en el proceso de recuperación y rehabilitación.

En el subprograma de investigación se trabajó, la elaboración de expedientes por cada paciente, para determinar la cantidad de pacientes atendidos, por el tipo de lesión cerebral e identificar la lesión que más afecta a la población estudiada y poder así determinar el plan de actividades según la necesidad del paciente.

Todas las actividades ejecutadas a través de los sub programas estuvieron previamente planificadas durante todo el proceso del E.P.S con la finalidad de coadyuvar a la problemática de dicha población.

INTRODUCCIÓN

El ser humano, mediante el uso de sus manos, potenciadas por la mente, podría influir sobre el estado de su propia salud. La Terapia Ocupacional, facilita el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad; disminuir y corregir patologías, promover y mantener la salud.

La intervención de Terapia Ocupacional se concentra en las áreas del desempeño funcional de auto cuidado, trabajo y esparcimiento, presta atención al ambiente humano y no humano, cultural y social dentro del cual funciona el ser humano.

El trauma físico o psicológico, por enfermedad, lesión, privación ambiental o vulnerabilidad interpersonal puede interrumpir el proceso de crecimiento y desarrollo de todo ser humano.

En el proceso salud- enfermedad la dotación fundamental del individuo, el apoyo y el estímulo recibido del ambiente familiar, van a interactuar juntos de manera tal, que promueve la recuperación de forma positiva.

Todas las Lesiones Cerebrales pueden afectar y alterar el ciclo normal de vida del ser humano, por lo que la intervención de Terapia Ocupacional según el proyecto realizado, inicia desde el conocimiento del principio: "El Sistema Nervioso tiene la capacidad de reorganizarse después de una lesión"; luego se toma en cuenta las destrezas del paciente, el medio familiar y ambiental, y partir de lo anterior las expectativas e intervención del tratamiento rehabilitativo.

A continuación se presenta el informe del Ejercicio Técnico Supervisado, realizado con pacientes con lesión cerebral post-traumática y post quirúrgica de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios; y lograr la Estimulación Cerebral a través de la Terapia Ocupacional, por medios de: Mantener las destrezas presentes, implementar actividades de adaptación en las destrezas ausentes, incentivar la participación de la familia en el proceso de recuperación y mantener la independencia del paciente.

CAPITULO I ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFIA DEL LUGAR

Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, limita al norte y oeste con México; al este con Belice, el Mar Caribe y Honduras; al suroeste con El Salvador y al sur con el Océano Pacífico; su población es de 12,293.545 habitantes.

Cuenta con un clima templado, el idioma oficial es el español, el cual se habla junto a varios idiomas mayas; su unidad monetaria es el Quetzal y la religión católica es la que predomina. La agricultura es una de las principales fuentes de economía.

Cuenta con 22 Departamentos: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Quetzaltenango, Petén, El Progreso, Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Sololá, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa.

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el departamento de Guatemala.

El Departamento de Guatemala tiene una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados y se encuentra a 1,458 metros sobre el nivel del mar.

Cuenta con aproximadamente 2,541,581 habitantes. La fecha de creación fue el 4 de Noviembre de 1,825. Su Fiesta Titular el 15 de Agosto, Día de la Virgen de la Asunción. Limita al norte con el dep. de Baja Verapaz; al sur con Escuintla, al este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa; al oeste con Sacatepéquez y Chimaltenango.

Dentro de las fuentes de su economía, se encuentran principalmente: la agricultura, la pesca, la crianza de ganado caballar, vacuno, y aves de corral. Concentra el 65% de los establecimientos industriales, dentro de los cuales tenemos: industrias de alimentos, tejido, calzado, imprenta, productos farmacéuticos y plásticos, productos mineros no metálicos, sustancias químicas, productos derivados del petróleo, bebidas alcohólicas, procesadoras de gasolinaz, industrias básicas de hierro y acero, etc.

Cuenta con los municipios de Villa Nueva, Amatitlan, Villa Canales, Chinahutla, Mixco, San Juan Sacatepéquez, San Raymundo, Chuarrancho, Fraijanes, Palencia, San José del Golfo, San Pedro Ayampuc, Santa Catarina Pinula, San Pedro Sacatepéquez.

En la educación con un promedio de analfabetismo de 17%, cuenta con varios Centros Educativos Estatales y Privados, tanto a nivel pre-primario, primario, diversificado y universitario.

A nivel de Salud cuenta con dos Hospitales Estatales más grandes e importantes que son: Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios, siendo el último, uno de los más equipados y completos; como también se encuentran las entidades del IGSS que es una institución semi estatal; se cuenta con un gran número de instituciones privadas, todas estas entidades prestan asistencia en salud a toda la población, no solo del área de la capital sino para todo el país cuando son referidos a los mismos.

Guatemala, la capital del país. Establecida a finales del siglo XVII, mantiene características urbanísticas arquitectónicas de las ciudades españolas: una gran plaza, alrededor de la cual se ubican los principales edificios civiles y religiosos.

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Historia del Hospital General San Juan de Dios.

En su historia los religiosos han jugado un papel importantísimo. A través de la historia en cuanto a la atención hospitalaria, merece atención especial: la orden de San Juan de Dios (desde 1630 hasta 1862), las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl (de 1862 hasta la actualidad).

En Guatemala de la Asunción, se sabe que el Hospital San Juan de Dios, fue puesto al público en Octubre de 1778, no se sabe con certeza el día, sin embargo a través de su existencia, se ha celebrado el 24 de Octubre el festejo de la institución, día de San Rafael Arcángel patrono del hospital.

FUNCIONES

Actualmente el Hospital General San Juan de Dios está ubicado en la avenida Elena entre la novena y décima calle de la zona uno, en la capital de Guatemala; es una institución estatal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de carácter asistencial, docente y de investigación.

Anteriormente se brindaba atención únicamente a ciertas zonas de la capital, actualmente atiende a nivel nacional.

SERVICIOS Y PROGRAMAS

ADULTOS, GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA.

Consulta Externa, Encamamiento, Emergencias, Intensivo y Especialidades medicas.

ESPECIALIDADES

Medicina Física (fisioterapia y terapia ocupacional)

Nutrición

Psicología

Estomatología

Neurología

Clínica Familiar

Psiquiatría

Cardiología

Hemodiálisis

OTROS

Farmacia Estatal y de La Fundación

Laboratorio.

OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

- Operacionalizar las políticas y objetivos del plan de salud mental del Ministerio de Salud y Asistencia Social.
- Prestar atención médica en calidad y cantidad a los usuarios de las áreas de influencia alcanzando la cobertura programada.
- Ofrecer un sistema de información confiable y eficaz de sus actividades.
- Brindar apoyo a los puestos y centros de salud de su jurisdicción.

- Coordinar acciones extra institucionales tendientes a la movilización del recurso para su mejor aprovechamiento.
- Obtener la eficiencia y la eficacia de los recursos.
- Desarrollar al personal priorizando en el desempeño de sus acciones.
- Identificar y promover los mecanismos necesarios para la investigación docencia y asistencia.
- Promover la investigación tendiente a resolver problemas de salud, desarrollo profesional y otros.
- Contribuir con los programas de docencia en las escuelas y universidades formadoras.

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el departamento de Neurocirugía de Adultos, siendo las autoridades inmediatas:

Dr. Jaime Hernández – Jefe Neurocirugía de Adultos

Dr. Miguel Romero Padilla- Jefe de Docencia Neurocirugía de Adultos

Dr. Erny Leal Guerra – Creador y Coordinador del Programa de Estimulación Cerebral Post Traumática y Post Quirúrgica.

Licda. Maria Teresa Gaitán Juárez Jefe de Sección de Psicología.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población que se atendió son pacientes del encamamiento; tanto hombres como mujeres, comprendidos entre los 14 y 80 años aproximadamente; así como el seguimiento del tratamiento en las unidades de cuidados intensivos, unidad de

cuidados coronarios y unidad de cuidados intermedios. Con seguimiento del tratamiento por consulta externa.

El encamamiento tiene una capacidad para 32 pacientes; procedentes de la capital y en su mayoría del interior del país. Son aproximadamente el 60% ladinos y un 40% indígenas.

El nivel socioeconómico de la población es medio y bajo predominantemente, la escolaridad va desde al analfabetismo, de nivel primario en su mayoría y pocos a nivel universitario.

Las ocupaciones son variadas, entre las cuales se pueden mencionar: ama de casa, comerciantes, agricultores, oficinistas, maestros y estudiantes etc.

TIPOS DE LESIONES:

Las formas en que se presentan las lesiones cerebrales en los pacientes son:

- Trauma Craneoencefálico
- Heridas por Arma de Fuego
- Heridas por Arma Blanca
- Tumores Cerebrales
- Quistes Cerebrales
- Hipoxia Cerebral
- Gliomas / astrocitomas

- Meningiomas
- Glioblastomas
- Schwannomas
- Accidente Cerebro Vascular
- Hematomas
- Abscesos
- Neurocisticercosis
- Hidrocefalia
- Adenomas
- Aneurismas
- Malformaciones Arterio-venoso.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hipócrates fue el primero en reconocer las enfermedades cerebro vascular, en aquel tiempo recibían el nombre de Apoplejía (que en griego significa, ataque violento). Los ataques de apoplejía eran el resultado de una hemorragia ocasionada, por la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro o por el alojamiento de un coágulo de sangre en alguna parte del cerebro; como consecuencia el paciente sufría de pronto una parálisis cuya extensión y severidad que dependía de la localización, extensión y grado de lesión cerebral.

Actualmente se piensa que una persona con lesión cerebral, es una persona incapaz de valerse por sí misma y por lo tanto es motivo de sufrimiento y carga familiar, que es una persona digna de lastima para quien no existe ningún tratamiento.

La rehabilitación comenzó a desarrollarse como consecuencia de las guerras en las cuales sobrevivían personas, pero quedaban secuelas tales como: deformidades y pérdida de miembros del cuerpo; de allí nace la necesidad de encontrar procedimientos adecuados para reinsertar a estas personas a la sociedad; es donde nace la importancia de la Terapia Ocupacional y Recreativa y de otras disciplinas.

Ya en el contexto hospitalario de este trabajo, al conocer de las patologías de los pacientes atendidos en neurocirugía, específicamente la sintomatología y las secuelas; se evidencia que las lesiones cerebrales, altera el procesamiento cognitivo de manera que puede observarse en las actividades normales y cotidianas de la vida.

Al igual que la discapacidad física restringe la habilidad física para desempeñar una acción motora; una discapacidad cognitiva restringe la habilidad cognitiva de la persona para desempeñar una acción motora, lo cual se traduce en dificultad para realizar actividades comunes, conocidas como actividades de la Vida Diaria.

Actualmente en el servicio de Neurocirugía no existe atención de Terapia Ocupacional; se ha detectado la necesidad de la atención específicamente en esta área, ya que son pacientes que como consecuencia de una lesión cerebral presentan limitación a nivel físico y cognitivo para realizar las actividades que normalmente realizaban; lo que lleva a que tanto los pacientes como la familia, sean afectas emocionalmente al enfrentar la enfermedad.

Surge la necesidad de aplicar no solo tratamiento médico, sino también el de otras disciplinas (Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Educación Especial, etc.); Con técnicas de intervención adecuadas a las necesidades del paciente en la etapa prequirúrgica, post quirúrgica y post traumática, que contribuyan al mejoramiento del proceso de recuperación o adaptación en casos de secuelas negativas; que permitan al paciente la recuperación de las actividades básicas que promuevan su independencia.

En nuestro medio, las personas que padecen de alguna discapacidad física como mental, no reciben una atención y un tratamiento adecuado, ni mucho menos oportunidades para continuar actividades laborales que le permitan su desarrollo de forma independiente o adecuada a sus necesidades personales.

La familia juega un papel muy importante en el proceso de recuperación del paciente, pero muchas veces no tienen conocimientos de la forma correcta o adecuada para realizarlo; orientar a la familia es de mucha ayuda, ya que los mismos son un elemento activo para el seguimiento del proceso del tratamiento en casa

En el año 2003 el Dr. Erny Leal, especialista en Cirugía General y médico residente de Neurocirugía del Hospital San Juan de Dios, tuvo la inquietud de brindar una atención integral a los pacientes del servicio de neurocirugía.

En el año 2004 dio inicio el programa piloto de estimulación cerebral post traumática y post quirúrgica, contando con una atención interdisciplinaria, donde inicia la intervención de Terapia Ocupacional con: la evaluación inicial, aplicación de test de fuerza muscular, aplicación de test de amplitudes articulares, aplicación de test de las actividades diarias, la evaluación de la coordinación, equilibrio, destrezas y sensibilidad, así como su funcionalidad en general; la evaluación permite identificar los problemas y necesidades del paciente, como de sus alcances para iniciar un plan terapéutico.

Al estimular áreas cerebrales tienen como propósito reestablecer la interacción del paciente con el entorno en los niveles: físicos, psíquicos y sociales.

La atención se inicia durante la estancia hospitalaria del paciente, para luego darle continuidad por consulta externa.

Partiendo de los avances obtenidos en el EPS durante el año 2004 y 2005, atendiendo la necesidad de dicha población en el área de Terapia Ocupacional, que se observa en la población atendida en consulta externa, y por referencias de la persona que realizó el EPS anteriormente; se detecta la necesidad de continuar el trabajo ya iniciado sobre: **IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA EN EL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN CEREBRAL, EN PACIENTES CON LESIÓN CEREBRAL POST TRAUMÁTICA Y POST QUIRÚRGICA DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DIOS.**

Se ha observado el incremento de casos de esta población como también que es difícil enfrentar la enfermedad, ya que son personas que anterior a la enfermedad realizaban sus actividades de forma normal, luego enfrentarse a una disminución de las funciones y en otros casos la pérdida de los mismos, les afecta a un nivel alto en todo su entorno (personal, familiar y social); por lo que se considera importante la atención de esta población ya que aun no existe un programa fijo en esta área en dicha institución.

CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Marco Teórico

Desde un inicio la Terapia Ocupacional se ha establecido como importante y necesaria para la vida como la comida y la bebida como dijo (Dunton, 1919). “El hombre, mediante el uso de sus manos, potenciadas por la mente, podría influir sobre el estado de su propia Salud” (Really, 1962).

En la historia de La Terapia Ocupacional, los profesionales la describieron y definieron de varias maneras, pero generalmente la definición aceptada era: “Terapia Ocupacional es cualquier actividad, física o mental, prescrita por el médico y guiada profesionalmente para ayudar a un paciente a recuperarse de una lesión o enfermedad” (McNary, 1947).

Con el paso de los años se realizaron intentos para modificar la definición de Terapia Ocupacional para que reflejara los cambios ocurridos en la práctica y sus relaciones con la medicina. Actualmente los terapeutas ocupacionales reciben la derivación del médico pero tienen la prerrogativa de determinar el curso del tratamiento sobre la base de sus propias evaluaciones. En 1972, se aceptó la nueva definición de Terapia Ocupacional por la Asamblea de Delegados de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional. La definición oficial es la siguiente: “Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar

el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir y corregir patologías, promover y mantener la salud. Interesa fundamentalmente la capacidad, a lo largo de la vida, para desempeñar con satisfacción para si mismo y para otras personas aquellas tareas y roles esenciales para la vida productiva, el dominio de si mismo y el ambiente; y así mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad en la persona.” (Helen H.Hopkins, 1,997).

De la definición anterior puede observarse que la intervención de la Terapia Ocupacional se concentra en las Áreas de Desempeño funcional de auto cuidado, trabajo y esparcimiento prestando atención al ambiente humano y no humano, cultural y social dentro del cual funciona la persona. Al hablar del componente del desempeño funcional se considera lo siguiente:

(a). “Componente sensorio-motor: integración sensorial (conocimiento sensorial, procesamiento sensorial y destrezas preceptuales), neuromuscular (reflejos, intervalo del movimiento, tono muscular, resistencia, control postural e integridad de los tejidos blandos) y motor (tolerancia a la actividad, lateralidad, integración bilateral, praxis, coordinación motora fina/ destreza, integración viso-motora y control motor oral).

(b). Componente cognitivo e integración cognitiva: nivel de excitación, orientación, reconocimiento, campo de atención, memoria, realización de secuencia, categorización, formación de conceptos, operaciones intelectuales en el espacio, solución de problemas, generalizaciones del aprendizaje, integración del aprendizaje y síntesis del aprendizaje.

“(c). Componente psicológicos y destrezas psicosociales: psicológicos (roles, valores, intereses, iniciación de la actividad, culminación de la actividad y concepto de si mismo); social (conducta social, conversación y expresión de si mismo); y manejo de si mismo (destrezas para afrontar situaciones, manejo del tiempo y control de si mismo).”(Helen H.Hopkins, 1,997; 4).

Importancia de la Terapia Ocupacional.

Después de la primera guerra mundial, las actividades con objetivo se utilizaron estrictamente con fines de diversión. Baldwin fue el primer profesional de la salud que analizó la utilización de músculos y articulaciones durante la actividad con sentido. También desarrolló métodos para evaluar si las actividades lograban el objetivo de incrementar el arco y la fuerza, así como interés por la tolerancia al trabajo lo que se conoce como entrenamiento de resistencia aportado por el Dr. Licht. A lo largo de la historia, el punto central de la profesión de la terapia ocupacional ha sido la naturaleza de la persona en relación con la sociedad y el mundo en el cual vive. ...”La terapia ocupacional es un proceso facilitador que ayuda al individuo a lograr el dominio de tareas vitales y a enfrentarse tan eficientemente como sea posible a las expectativas de la vida realizadas a través de los mecanismos de selección de estímulos y disponibilidad de práctica en un ambiente adecuado.” (Helen H.Hopkins. 1,997; 72).

Llorens desarrolló diez premisas fundamentales y secuenciales que apoyan la visión del crecimiento y desarrollo de las personas:

- a) “El organismo humano se desarrolla horizontalmente en áreas de crecimiento neurofisiológicos, físicas, psicológicas y psico-dinámicas y en el desarrollo del lenguaje social, destrezas socioculturales y de la vida diaria en periodos específicos del tiempo.
- b) El organismo humano se desarrolla longitudinalmente en cada una de estas áreas en un proceso continuo como el de la edad.
- c) El dominio de destrezas particulares, habilidad y relaciones en cada una de las áreas: neurofisiológica, física, psico-social y psico-dinámica, lenguaje social, destrezas socioculturales y de la vida diaria, tanto horizontal como longitudinalmente, es necesario para enfrentarse con éxito a situaciones y relaciones adaptativas.
- d) El dominio generalmente se logra de manera natural en el curso del desarrollo.
- e) La dotación fundamental del individuo y el estímulo de las experiencias recibidas dentro del ambiente de la familia van a interactuar juntas de manera tal que promueve el crecimiento positivo y desarrollo temprano en los planos longitudinal y horizontal.
- f) Las influencias tardías de la familia extensa, los grupos comunitarios, sociales y cívicos ayuden al proceso de crecimiento.
- g) El trauma físico o psicológico por enfermedad, lesión, privación ambiental o vulnerabilidad intrapersonal puede interrumpir el proceso de crecimiento y desarrollo.

- h) La interrupción del crecimiento causará una interferencia en el ciclo del desarrollo produciendo una disparidad entre el comportamiento esperado para afrontar situaciones y la adaptabilidad y las destrezas y habilidades necesarias para lograr lo mismo.
- i) La terapia ocupacional, a través de la aplicación de actividades y relaciones, puede proporcionar lazos de crecimiento y desarrollo que cierren la interferencia entre la expectativa y la habilidad, incrementando las destrezas, capacidades y relaciones en las esferas neurofisiológicas, físicas, psico-sociales, psico-dinámicas, del lenguaje social, vida diaria y sociocultural del desarrollo, horizontal y longitudinal.
- j) La terapia ocupacional, a través de la aplicación de actividades y relaciones, puede proporcionar experiencias para prevenir el desarrollo de mal adaptación potencial relacionada a insuficiente nutrición en las esferas neurofisiológicas, físicas, psico-social, psico-dinámicas, lenguaje social, vida diaria y sociocultural del desarrollo, horizontal y longitudinal.” (Helen H.Hopkins, 1,997).
- k) “El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la realización de actividades con objetivo. Utilizando su capacidad de motivación intrínseco, los seres humanos son capaces de variar su salud física y mental y sus ambientes físicos y sociales a través de la actividad con objetivo. La vida humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en la función que

promueve la supervivencia y la actualización de si mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente.”

(Helen H.Hopkins, 1,997).

La terapia ocupacional se basa en la creencia de que la actividad con objetivo (ocupación), con inclusión de sus componentes ambientales e interpersonales, pueden utilizarse para prevenir y controlar la disfunción y para producir la máxima adaptación. La actividad utilizada por los terapeutas ocupacionales tiene un propósito intrínseco y terapéutico.

Enfoques Teóricos en Terapia Ocupacional

Los enfoques teóricos son una herramienta importante que permite dirigir el tratamiento en terapia ocupacional, adecuado a las necesidades del paciente, al tipo de lesión que presenta el paciente principalmente con lesiones cerebrales post-traumática y post-quirúrgica.

Enfoque en Neurobiología.

La neurociencia y la terapia ocupacional son campos de estudio relativamente jóvenes y ambas están dirigidas a la comprensión del órgano único que instrumenta todos los aspectos de la vida. Los líderes en el campo de la neurociencia se han centrado en algunas áreas importantes de investigación durante la década del cerebro, que incluyen los mecanismos homeostáticos del cerebro, el almacenamiento y la utilización de la información, la expresión de impulsos, ritmos y emociones y las alteraciones que ocurren durante los trastornos neurológicos y mentales.

“Aún cuando todo cerebro tiene estructuras similares, la forma en que cada cerebro funciona es totalmente única.” (Helen H.Hopkins, 1997).

Muchos hospitales utilizan protocolos para tratar a pacientes con diagnóstico dados. Incuestionablemente, los pacientes con ciertos diagnósticos o lesiones demuestran al menos algunas conductas y problemas comunes, pero cada paciente ha vivido una vida única que resulta en una diversidad de respuestas a estímulos idénticos.

El sistema nervioso humano tiene la capacidad de reorganizar después de la lesión y esa capacidad persiste durante periodos prolongados. Esta reorganización se denomina plasticidad. La plasticidad es más potente durante los primeros años de vida, pero existe durante toda la vida. Muchos factores pueden influir en esta reorganización, como la edad del paciente, el grado de lesión, el porcentaje de la lesión, las destrezas del equipo terapéutico, el medio ambiente,

las esperanzas y los sistemas de creencias del paciente, familiares y profesionales de la salud y otros fenómenos mal definidos.

En efecto, Wolpaw y cols. (1991) se refieren a un concepto denominada plasticidad impulsada por la actividad, donde el aprendizaje (o re-aprendizaje) deriva de cambios producidos en las conexiones sinápticas. Muchos de los cambios son breves, pero es sorprendente que algunas modificaciones sean de larga duración. El descubrimiento de los agentes más eficaces para acelerar la plasticidad debe ser una prioridad importante para aquellos que trabajan con la población con lesiones encefálicas.

El cerebro es el principal órgano de adaptación. El sistema nervioso necesita estabilidad interna y trabaja para preservar esa estabilidad mientras mantiene respuestas flexibles. Homeostasis (estado de equilibrio) y adaptación no son términos contradictorios. Cambios sutiles en el comportamiento o en el medio ambiente puede constituir el mejor método para producir un desempeño ocupacional positivo y prevenir el rebote de los grandes cambios en la homeostasis.

Un punto de vista amplio del crecimiento y desarrollo humano sugiere que la capacidad para aprender, adaptarse y enfrentarse al mundo tiene su génesis en el movimiento y las emociones. Estas dos entidades se encuentran relacionadas porque el movimiento debe provenir de un organismo que se sienta lo suficientemente seguro como para arriesgarse a moverse e interactuar con el

medio ambiente. El estado motor y socio-emocional de los seres humanos acarrea una importancia fundamental para su bienestar. El movimiento representa una de las primeras formas en que los seres humanos aprendan sobre su mundo. El desarrollo humano se puede definir como los cambios en la estructura, el pensamiento o el comportamiento de una persona que se producen en función de las influencias biológicas y ambientales. Como un agente de cambio, el terapeuta ocupacional puede influir en los cambios que debe hacer un paciente para adaptarse a su situación de vida.

Para lograr ese cambio eficazmente, el terapeuta debe conocer la variedad, el potencial y la disposición para el cambio evidente en el paciente. Con el conocimiento de las secuencias y los aspectos normales del desarrollo, el terapeuta puede reconocer la función anómala y desarrollar procedimientos para “normalizar” las interrupciones patológicas y disfuncionales. Otro aspecto muy importante es la motivación, la motivación se describe como una excitación a la acción, iniciando, imitando y manteniendo patrones de acción específicos. Se ha destacado la importancia de experimentar éxitos para promover sentimientos de eficacia y motivar mejores actuaciones a través de términos como motivación para la competencia y el placer en el dominio. Los factores de motivación surgen de un impulso innato, curiosidad, novedad, complejidad, competición, necesidad de interacción con el ambiente, cooperación, supervivencia, principio del placer, problemas de dependencia – independencia, presiones sociales, control, ansiedad y temor. La satisfacción intrínseca muchas veces es el motivador más eficaz que las recompensas externas.

Los psicólogos humanistas se centran en el concepto que la persona tiene de sí misma, considerando a los seres humanos como auto-determinantes y creativos. Su objetivo es fomentar al máximo el potencial humano.

Marco de Referencia Biomecánico.

El marco de referencia biomecánico se basa en cuatro suposiciones:

“La primera: es la creencia de que las actividades con objetivo pueden utilizarse para tratar la pérdida del arco del movimiento, la fuerza y la resistencia.

La segunda es admitir que luego de recuperar el arco del movimiento, la fuerza y la resistencia, el paciente automáticamente recupera la función. La tercera suposición es el principio de reposo y estrés. Primero el cuerpo reposa para recuperarse. Luego las estructuras periféricas deben estar en estrés para recuperar el arco, fuerza y resistencia. La cuarta suposición es la creencia de que el marco de referencia biomecánico beneficia más a aquellos pacientes con un sistema nervioso central intacto.” (Helen, H.Hopkins, 1997).

Los pacientes pueden tener limitaciones del arco, fuerza y resistencia, pero tener habilidad para desempeñar movimientos aislados y suaves. Los cambios en el tiempo de permanencia en el hospital requieren que el terapeuta trate a los pacientes muy tempranamente. Actualmente los tratamientos pueden comenzar a un lado de la cama de modo que la habilidad para tolerar las actividades inicie de forma paulatina.

La relación entre los objetivos biomecánicos y el resultado funcional deben establecerse antes de que el paciente vuelva a su hogar. Es sencillo desarrollar objetivos biomecánicos medibles porque este marco de referencia utiliza la evaluación de datos cuantitativos como los grados de arco de movimiento. Sin embargo los objetivos biomecánicos describen que déficit serán remediados. De acuerdo con lo anterior el calor, el estiramiento manual y las férulas son métodos para incrementar el arco de movimiento.

Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva.

Una discapacidad cognitiva representa una restricción fisiológica o bioquímica en las capacidades de procesar información del cerebro que producen limitaciones observables y medibles en el comportamiento de tareas de rutina. Algunas enfermedades que pueden producir una discapacidad cognitiva son: los accidentes cerebro-vasculares, las lesiones cerebrales traumáticas, la demencia, la parálisis cerebral, discapacidad del desarrollo, abuso de alcohol/ drogas, trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos primarios y SIDA. El marco de referencia de la discapacidad cognitiva fue desarrollada para conceptualizar estrategias de intervención para personas que como resultado de una patología cerebral, no son capaces de llevar a cabo sus actividades vitales normales.

La patología cerebral altera el procesamiento cognitivo de una manera que puede observarse en las actividades normales de la vida. Al igual que la discapacidad física restringe la habilidad física para desempeñar una acción motora, una discapacidad cognitiva restringe la habilidad cognitiva de la persona

para desempeñar una acción motora. En consecuencia, una discapacidad cognitiva refleja deficiencias en las funciones cognitivas que guían las acciones motoras; estas deficiencias se manifiestan por dificultades en la realización de las actividades vitales normales. Para la evaluación de la discapacidad cognitiva puede obtenerse por la observación del desempeño de las tareas rutinarias que la persona quiere realizar. Cuando desempeña una tarea rutinaria, emergen datos acerca de la calidad del desempeño de la misma. A partir de estos datos pueden conocerse las capacidades cognitivas (procesamiento de información) y las limitaciones del individuo.

En condiciones médicas inestables (como en las enfermedades cerebrales en las cuales puede esperarse recuperación), la reorganización de las capacidades cognitivas sigue una secuencia predecible y jerárquica. En las enfermedades marcadas por el deterioro, en las cuales la recuperación no puede ser esperada (más notable en la demencia), la desorganización y pérdida de las capacidades cognitivas generalmente sigue una secuencia predecibles, inversa. En condiciones médicas estables o con discapacidades a largo plazo que producen limitaciones cognitivas residuales (como en los accidentes cerebro- vasculares, lesiones cerebrales traumáticas, discapacidades del desarrollo, esquizofrenia y demencia), las estrategias de intervención más viables son las compensaciones ambientales; las cuales buscan igualar las deficiencias producidas por la patología cerebral modificando el ambiente de las tareas para compensar las capacidades deficientes del procesamiento de información.

El enfoque de los terapeutas ocupacionales de las actividades normales de la vida de las personas discapacitadas se realiza desde una única perspectiva: Las actividades que los pacientes eligen para incluir en su vida diaria se modifican a través del análisis de la actividad para permitirles tener éxito a pesar de sus discapacidades. El terapeuta analiza las actividades deseadas para determinar los componentes específicos que el paciente pueda o no pueda realizar en el procedimiento típico. Luego las actividades se modifican para maximizar la utilización de las capacidades cognitivas intactas y para compensar los procesos cognitivos que son deficientes.

Allen considera tres dimensiones del pensamiento como estadios de un modelo de procesamiento de información: a). Las señales sensoriales: Todo el procesamiento de información comienza con un estímulo sensorial del ambiente. Allen identifica dos procedencias de señales sensoriales que captan y sostienen la atención: aquellos que resultan del mundo interno de la persona, como las señales propioceptivas y subliminales; y aquellas que resultan del ambiente o sea, táctiles, visuales, auditivas y finalmente señales simbólicas complejas.

b). Las asociaciones sensorio-motoras: Son el proceso interpretativo que sigue a las señales sensoriales. Este término se refiere a los objetivos implícitos en el desempeño de una acción. Las personas ejecutan actividades con varios propósitos en mente, desde el simple placer de moverse, un interés en el efecto de las acciones, hasta la inversión para producir un producto final de alta calidad.

c). Acciones motoras: Las acciones motoras son el estadio final del modelo de procesamiento de información de Allen. Las acciones se producen por señales

sensoriales, guiadas por asociaciones sensorio-motoras y pueden observarse en el desempeño de una actividad.

Las estrategias de intervención derivan de la comprensión de cómo los elementos cognitivos ambientales pueden modificarse mejor dentro de la estructura de una actividad deseada para reforzar y capitalizar las capacidades cognitivas y compensar las limitaciones cognitivas. Como resultado, actividades deseadas se colocan dentro del alcance de comprensión y control del paciente. Los terapeutas modifican la estructura de la actividad deseada específicamente en relación a: 1) las señales sensoriales que el paciente es capaz de atender mientras realiza la actividad en cualquier nivel cognitivo; 2) la calidad de la asociación sensorio-motora que el paciente es capaz de comprender o el objetivo que lo motiva a comprometerse en la actividad; 3) el grado de asistencia requerido para capacitar al paciente a completar más efectivamente una acción motora deseada.

El marco de referencia de la discapacidad cognitiva identifica dos fuentes principales de cambio en el nivel cognitivo y el desempeño funcional: El cambio en la capacidad puede deberse a una variedad de factores externos, como la intervención médica, medicación psicotrópica y proceso normal de recuperación. El cambio también puede ocurrir cuando la intervención de terapia ocupacional trata de enseñar al paciente a desempeñar tareas de rutina. Los cambios en el ambiente se logran principalmente a través de la intervención de terapia ocupacional modificando los procedimientos de las tareas, indicaciones, ámbitos y

ofreciendo asistencia al paciente. Aunque la capacidad del paciente puede permanecer sin cambiar, la habilidad para mejorar el desempeño de tareas de rutina puede aumentar. Para este fin, el terapeuta 1) evalúa la discapacidad, 2) identifica como los procedimientos de la actividad pueden adaptarse mejor para reforzar las capacidades cognitivas y compensar las limitaciones del paciente, 3) enseñar a los cuidadores a realizar las modificaciones ambientales necesarias indicadas para la discapacidad. Por lo tanto, el tratamiento en el marco de referencia de la discapacidad cognitiva se centra en permitir que el discapacitado utilice al máximo las posibilidades funcionales residuales mientras se previene o minimiza la interferencia de las limitaciones funcionales residuales.

Marco de Referencia del Modelo de la Ocupación Humana.

Una premisa central del modelo de Reilly es que el propósito principal de la terapia ocupacional era la reparación de la disfunción del rol ocupacional. “Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea innata del sistema humano la urgencia de explorar y dominar el ambiente. El modelo se basa en la suposición de que la ocupación es un aspecto crucial de la experiencia humana. La urgencia innata del hombre hacia la exploración y su consecuente habilidad para simbolizar es lo que le hace único entre los animales.” (Helen, H.Hopkins, 1997).

El modelo considera al individuo como un sistema abierto que evoluciona y sufre diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio a través de una interacción progresiva con el ambiente externo. El sistema humano funciona

simultáneamente como una totalidad, con sus propios subsistemas internos y como parte de un sistema social más amplio. “Los individuos funcionan ocupacionalmente cuando satisfacen las expectativas de la sociedad para la participación productiva y lúdica y su propia necesidad de exploración y dominio. Inversamente, los individuos se encuentran en disfunción ocupacional cuando las demandas de la sociedad para la participación productiva o lúdica no son satisfechas o el comportamiento del individuo no satisface la urgencia de explorar y dominar.” (Helen H.Hopkins, 1997).

Los tres niveles de función ocupacional: exploración, competencia y logro derivan de la teoría de Reilly, y representan los estados de excitación y participación óptima con el ambiente. Los tres estados de disfunción ocupacional: ineficacia, incompetencia e impotencia representan el estrés y la falta de participación con el ambiente.

Marco de Referencia de Rehabilitación.

El marco de referencia de rehabilitación enseña al paciente a compensar el déficit subyacente que no pueden remediarse. La motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. Las demandas del ambiente de alta, la situación económica del paciente y los recursos emocionales de la familia son ejemplos de las influencias ambientales sobre la motivación para la autonomía.

Las tres dimensiones del marco de referencia de la rehabilitación son: las actividades de la vida diaria, trabajo y esparcimiento. Las actividades de la vida

diaria se dividen dentro de las actividades del cuidado de sí mismo y del hogar. El cuidado de si mismo abarca una amplia variedad de destrezas, incluyendo la alimentación, el vestido, el baño y la posibilidad de orinar y defecar. El cuidado del hogar incluye las actividades del hogar, el cuidado de niños y las tareas de mantenimiento del hogar, como reparaciones simples. Las tareas de esparcimiento y laborales son ampliamente variadas y sujetas a constante cambio.

Las modificaciones ambientales para mejorar la seguridad de las personas han ido más allá de las barras de apoyo y otras estrategias para los discapacitados; actualmente se tratan temas de seguridad laboral y la superación de las barreras arquitectónicas.

Importancia de la Familia en el Proceso de Rehabilitación.

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El paciente que recibe apoyo familiar y estímulo de su familia está más motivado para proseguir tareas difíciles de rehabilitación, para tolerar procedimientos dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a los cambios en el estilo de vida y para proseguir con una vida cotidiana productiva en la comunidad. De hecho algunos estudios demuestran que los pacientes buscan primero a sus familiares para lograr el apoyo y luego en los miembros del personal. No obstante, los miembros de la familia tienen sus propias reacciones emocionales y dificultades para aceptar y adaptarse a la discapacidad o a la

enfermedad de un miembro de la familia. Los deterioros residuales funcionales de un miembro de la familia puede alterar permanentemente la estructura familiar y forzar el cambio en los roles familiares individuales, e uso del tiempo, los intereses personales y las metas.

Los pacientes pueden tener dificultad en el cambio de roles debido a las creencias acerca de los roles apropiados para los sexos. El terapeuta debe comprender los valores y las creencias de las diferentes poblaciones étnicas que tratan, deben informar esta comprensión a la familia y deben utilizar esta información en el proceso de planificación del tratamiento.

Las familias tienen diferentes estilos de afrontar y estrategias para manejar las crisis familiares. Es importante identificar los métodos que tiene una familia para afrontar los cambios y las crisis. Una familia funcional tiende a ser más flexible, puede priorizar las tareas familiares, tiene patrones eficaces de comunicación, valora los derechos las ideas de cada miembro de la familia incluyendo al miembro discapacitado. Con apoyo profesional, los miembros de la familia pueden ver soluciones alternativas, resolver problemas y hacer adaptaciones del estilo de vida de la familia. La funcional puede ayudar al paciente a seguir llevando actuales ocupaciones familiares de forma adoptada a sus necesidades.

Una familia disfuncional reduce el potencial del paciente sobreprotegiendo y promueve la regresión por el rechazo, control excesivo y deja de lado los roles que el paciente podría llevar a cabo como parte de una familia interactiva o como miembro de una comunidad. Toda familia como el paciente puede utilizar

mecanismos adaptativos, como negación y pueden experimentar reacciones emocionales, como shock, escepticismo, ira, ansiedad, depresión, remordimiento y sentimientos de disociación. Estas reacciones pueden ser transitorias o continuas. Las reacciones emocionales al episodio médico y las demandas elevadas de tareas pueden producir experiencias estresantes nocivas para los miembros de la familia.

Estas reacciones de estrés pueden constituir la causa de comportamientos inadaptativos e influyen en la habilidad de la familia para proporcionar apoyo emocional y servicios físicos al paciente.

Los siguientes problemas familiares complican la adaptación de la familia y pueden comprometer el éxito de la rehabilitación: 1) negación de que los cambios son permanentes; 2) sentirse responsables de la lesión o de la enfermedad por algo que hicieron o dejaron de hacer como entrar en una pelea o conducir demasiado rápido; 3) miedo a que el paciente no pueda funcionar adecuadamente en el hogar después del alta o de que los planes para una separación o un divorcio puedan interrumpirse; 4) tendencia a ser sobre-protectores, a creer que el paciente está más discapacitado del caso real y a estimular comportamientos dependientes de modo que el paciente sea incapaz de ser independiente, de participar en roles adultos productivos o de mantener una auto-identidad positiva; 5) imposición de sus propios planes y creencias sin considerar los intereses y metas del paciente; 6) tener puntos de vista opuestos relacionados con la asistencia del paciente, una comprensión diferente de las implicaciones prolongadas de la discapacidad y desacuerdo sobre el uso de los recursos

financieros para el bienestar del paciente; 7) negación de la situación y rechazo del paciente, que conduce a comportamientos como negligencia para organizar las visitas en el hogar, 8) participar en negación, pensamiento mágico y creencias de que el paciente es especial y se recuperará, esto puede convertirse en una expectativa tanto para la familia como para el paciente en desarrollo que impide una buena acomodación a la discapacidad.

Las metas del tratamiento centradas en la familia son: 1) proporcionar a la familia conocimientos sobre la disfunción física o la enfermedad y el efecto sobre el trabajo del paciente, la familia y los roles sociales; 2) estimular a la familia a valorar el logro del paciente de los objetivos a corto plazo; 3) ayudar a la familia a comprender el propósito de los procedimientos terapéuticos; 4) ayudar a la familia a aumentar la comunicación positiva con los miembros del equipo y el paciente; 5) ayudar a la familia a considerar alternativas para asumir los roles familiares y para compartir tareas; 6) estimular a la familia a encontrar intereses, pasatiempos o actividades que puedan hacer juntos y adaptar el equipo para los pasatiempos o las recreaciones; 7) estimular a la familia a utilizar los recursos apropiados y los sistemas de apoyo comunitarios.

Los pacientes y los miembros de la familia no suelen estar psicológica ni funcionalmente preparados para el alta. Durante la transición del centro médico al hogar, las familias frecuentemente tienen dificultad para incorporar la información obtenida de los terapeutas al hogar. El terapeuta ocupacional debe evaluar y

comprender la situación familiar mucho antes del proceso del alta, de modo que los planes se basen en la realidad. La familia necesita información sobre las siguientes áreas: 1) las actividades de la vida diaria que el paciente puede llevar a cabo de forma independiente; 2) las actividades de la vida diaria que el paciente necesita desarrollar; 3) cómo resolver los problemas de accesibilidad relacionados con el hogar o el trabajo; 4) información sobre el diseño interior del hogar y cómo adquirir y cuidar el equipo adaptativo; 5) conocimiento sobre la utilización de recursos comunitarios, como grupos de auto-ayuda, métodos de tratamientos y centros que brinden apoyo.

Cuando pensamos en nuestros pacientes como seres ocupacionales, debemos tratar todos estos niveles, pero al hacerlo, no debemos perder nuestro sentido de lo que es la esencia de la persona. Las personas, después de todo, son individuos con esperanzas, sueños, ambiciones, amores y desilusiones y no un conglomerado de subsistemas. Al referirse a los sistemas que componen a la persona, se debe enfocar en un aspecto funcional ya que ninguno puede funcionar aislado de otro; todas las patologías pueden afectar a nivel físico y biológico a los pacientes atendidos en la neurocirugía y que llega a afectar a todos los sistemas funcionales de las personas, (no solo físico y biológico sino también psicológico, social y laboral).

Métodos de Evaluación

La evaluación inicial llevada a cabo por la terapeuta ocupacional es básica para elaborar un plan o programa de tratamiento, pero también es valiosa para indicar como se encuentra alguna función específica antes y después de intervenciones quirúrgicas.

La evaluación inicial permite identificar las necesidades más importantes del paciente, así como de datos importantes del paciente como del inicio de la lesión.

En la evaluación inicial, el terapeuta ocupacional debe medir algunos aspectos y examinar otros, deberá medir:

- Amplitud articular
- Fuerza muscular

La evaluación de la amplitud articular se refiere a la amplitud o arco del movimiento y se efectúa pasivamente (parte movida por una fuerza exterior, es decir por el terapeuta) o activamente (parte movida por contracciones muscular).

El goniómetro es el instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el arco del movimiento articular.

Para la evaluación de la fuerza muscular se emplea la prueba funcional muscular manual el cual permite determinar el grado de fuerza en el músculo así mismo el grado de debilidad muscular consecutivo a un accidente o enfermedad.

Escala de calificación para el examen muscular manual: Se evalúa de 0 a 5 grados que determinan cada nivel que puede presentar el paciente.

El terapeuta ocupacional debe examinar:

- Las actividades de la vida diaria

Para esta evaluación se utiliza el test de actividades de la vida diaria, en cual el terapeuta debe observar y comprobar la realización de las actividades siguientes de cuidado personal: de alimentación, vestido y arreglo personal, baño e higiene para defecar y orinar; en esta categoría generalmente se incluyen la movilización, comunicación y el manejo de las actividades del hogar; actualmente se han introducidos nuevos términos, como capacidad de ejecución o tareas, para definir la extensión de las áreas de función de automantenimiento, trabajo, juego y esparcimiento.

- Coordinación

El movimiento coordinado es aquel que es útil a través del movimiento de sus componentes musculares y articulares al mismo tiempo.

- Sensibilidad

Es la facultad de sentir o percibir las impresiones transmitidas interna o externamente.

Dentro de la evaluación es importante la observación de la colaboración del paciente en la evaluación, su grado de escolaridad y si habla algún idioma maya o extranjero.

Los resultados de la evaluación inicial se convierten en el fundamento con que se compararán los resultados de las pruebas posteriores (durante el tratamiento y en el momento del alta) para determinar el progreso o la falta de progreso del paciente.

Después de la evaluación continua el análisis de actividades que consiste en el proceso de identificación de las partes que componen una actividad, con la intención de determinar: 1. Las demandas motoras, perceptivas, sensoriales, cognitivas, emocionales, interpersonales, conductuales. Etc., requeridas. 2. Las habilidades (sensitivo-motor, cognitivo y de integración cognitiva, psicológicas y psicosociales), necesarias para completar con éxito la actividad. 3. Las áreas de desempeño (autocuidados, productividad y ocio) relacionados con su realización.

La utilización de las actividades como medios de rehabilitación son para que los pacientes aprendan nuevas habilidades o recuperen las habilidades perdidas o para compensar habilidades deficitarias, con objeto de recuperar o mantener su función y prevenir la disfunción; evitando así el sentimiento de frustración e incompetencia generado por la comparación del desempeño actual y su estado funcional previo a la lesión, enfermedad o discapacidad.

2.2 Objetivos.

2.2.1 Objetivo general

Estimular las destrezas propias, por medio de la terapia ocupacional, para lograr una mejor adaptación al proceso de recuperación en los pacientes con lesión cerebral, post-traumática y post-quirúrgica atendidos en neurocirugía del Hospital General San Juan De Dios.

2.2.2 Objetivos específicos

Docencia:

- Indicar a la familia sobre las necesidades principales pre-quirúrgica y post-quirúrgica del paciente según la lesión al momento de su evaluación.
- Ejemplificar a la familia las actividades de rehabilitación que se utilizarán con el paciente al momento de dar el plan de tratamiento.
- Observar el involucramiento de la familia para apoyar la recuperación del paciente al ejecutar correctamente los planes de tratamiento.

Investigación:

- Determinar la cantidad de pacientes atendidos distribuidos por el tipo de lesión durante el periodo de EPS.
- Ampliar el campo de atención de terapia ocupacional en pacientes con lesión cerebral post- traumática y post- quirúrgica en el área de neurocirugía.

Servicio:

- Brindar atención primaria de terapia ocupacional, para disminuir el grado de afecciones negativas en el paciente.
- Incrementar las destrezas del paciente para lograr una adaptación positiva al proceso de recuperación y a su independencia.

2.3 Metodología de abordamiento.

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó durante el año 2,006 en el servicio de neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios, se ejecutó a través de los subprogramas de docencia, investigación y servicio.

Docencia:

Se trabajó con los familiares al momento de la evaluación del paciente, y al entregar y explicar el plan de actividades, que se realizó el periodo de hospitalización y al momento del alta; esto permitió que los familiares tengan conocimientos sobre:

- La lesión que presenta el paciente.
- Las expectativas de recuperación dependiendo de la etapa del proceso de tratamiento. (antes y después del procedimiento quirúrgico; en el tiempo de hospitalización como del alta).
- Recalcar las destrezas del paciente para su recuperación.
- Importancia del papel de la familia en la rehabilitación.
- Explicar la importancia, el beneficio y las formas de realización de las actividades utilizadas en la terapia ocupacional.

La forma de transmitir la información se ejecutó a nivel individual en la mayoría de los casos según los pasos siguientes:

1. Inicio del rapport para saber sobre los conocimientos, que tienen los familiares y en algunos casos el mismo paciente de la lesión o enfermedad; si no se contaba con la ayuda de familiares se solicitó la posibilidad que se presentaran, según la necesidad o estado del paciente.
2. Explicación de: La lesión o enfermedad según la etapa en la que se encuentra el paciente y las expectativas de la evolución de la misma, la forma e importancia de la evaluación.

3. Evaluación: Se inicia con la observación, luego la aplicación de la evaluación inicial según los resultados de lo anterior, se aplican los test de las actividades de la vida diaria (A.V.D), test de amplitudes articulares (A.A), y el test de fuerza muscular (F.M); según el requerimiento del caso.
4. Elaborar el plan de actividades: Al tener los resultados de la evaluación se realiza, un esquema de actividades, según la prioridad de las necesidades del paciente en la etapa del pre- operatorio, post quirúrgico y post traumático.
5. Entrega y demostración del plan de actividades: Junto al familiar y al paciente se realizan las actividades, indicando la forma correcta, posiciones, el material a utilizar, respuesta a dudas y por último la observación de la ejecución del plan por el familiar, en otros casos el mismo paciente.

El seguimiento de los casos se realizaron, todos los días y según el avance se modificaron los planes de acuerdo a las reevaluaciones y preparación para el alta.

La planificación de talleres en este subprograma no se realizó por inconvenientes de tipo administrativo de la institución.

Investigación:

En el subprograma se elaboraron de registros de datos principalmente el diagnóstico; por medio de expedientes por pacientes donde se llevó un registro de las evaluaciones, programas de actividades y reevaluaciones realizados durante el

tiempo de hospitalización, el alta y el seguimiento por consulta externa; este último no se llevo a cabo de forma formal por el paro laboral en la institución.

Para la ejecución de los expedientes se tomó como base la historia clínica del paciente de donde se obtuvieron: Los datos personales, número de historia clínica, diagnóstico y tratamiento médico.

Al tener la clasificación por lesiones, nos permite identificar el orden en que afecta a la población estudiada y así adaptar las actividades a cada necesidad que presenta el paciente, y contribuir así a mejorar la atención de terapia ocupacional.

Servicio:

Para alcanzar los objetivos de este sub-programa, se realizó por medio de la evaluación inicial al momento del ingreso del paciente al área de neurocirugía, considerando las condiciones clínicas del paciente y según la prescripción médica para las aplicaciones de evaluaciones específicas.

Según las condiciones del paciente y los resultados de las evaluaciones se inicia, la intervención de terapia ocupacional; en pacientes con discapacidad física se realizan férulas para mejorar posiciones, estimulación sensorial, masajes, movimientos asistidos y auto asistidos para movilizaciones en cama para evitar úlceras, asistencia en su alimentación, vestido, cuidados higiénicos y posteriormente adaptaciones para lograr su independencia, si así lo requiere el caso.

En pacientes con limitaciones en fuerza muscular, amplitud articular se realizan: ejercicios y actividades que les permita incrementar por grado de necesidad hasta llegar al nivel normal y poder así, realizar los movimientos normales de articulaciones y miembros que presentan la limitación, así poder prevenir posiciones viciosas y atrofas musculares.

En pacientes con limitación en equilibrio y coordinación: se realizan actividades donde, por medio de repetición de movimientos, recuperar las destrezas perdidas o disminuidas, como tambien por medio de actividades lúdicas según las necesidades del paciente.

Al momento de iniciar un tratamiento adecuado, en el tiempo indicado permitirá a contrarrestar las áreas afectadas y disminuir las limitaciones e incrementar destrezas; como tambien disminuir la depresión, inseguridad y alto grado de independencia.

La atención terapéutica se realizo de forma individual, por periodos de media hora diaria.

Con pacientes ambulatorios se realizaron, actividades terapéuticas en forma grupal e individual durante un a hora diaria, y varias sesiones según el requerimiento de la actividad.

El seguimiento de los casos se llevó a cabo por medio de citas a los pacientes al servicios para las reevaluaciones; y por medio de asesoría por vía telefónica con respecto al avance y modificaciones de los programas, ya que por inconveniente del paro laboral en dicha institución, no se continua el seguimiento por consulta externa en muchos de los caso.

CAPITULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

ACTIVIDADES:

Las actividades se brindaron de forma individual a pacientes hospitalizados, en el servicio de neurocirugía de adultos; en la unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados intermedios y unidad de cuidados coronarios; como también el seguimiento por consulta externa.

En casos de pacientes ambulatorios, la atención se brindó en forma grupal a través de actividades de tiempo de ocio (actividades manuales y recreativas, juegos de mesa), cuyo objetivo es ayudar al paciente a una mejor adaptación al proceso de tratamiento.

Dentro de las actividades realizadas en este sub-programa fueron: la aplicación de evaluaciones específicas: Amplitudes Articulares, Fuerza Muscular, así como también la evaluación de Coordinación y Equilibrio; para determinar el grado de independencia, semi-dependencia o dependencia del paciente en las Actividades de la Vida Diaria:

- Evaluaciones Específicas.

Prueba de Amplitud Articular: se refiere a la amplitud o arco del movimiento, y se efectúa de dos formas pasivamente y activamente.

Las áreas de evaluación son:

*Hombro

*Codo

*Radio Cubital

*Muñeca

*Dedos

*Pulgar.

Se evalúa ambos miembros tanto superiores como inferiores.

- Prueba de Función Muscular.
Permite determinar el grado de fuerza en el músculo y se determina en una escala de 0 a 5 grados; se realiza de forma manual en ambos miembros tanto superiores como inferiores.

- Evaluación de Actividades de la Vida Diaria.
Se evalúan las áreas siguientes:
 - *Cuidado personal
 - *Alimentación
 - *Vestido
 - *Higiene
 - *Movilidad y locomoción
 - *Comunicación.Los grados de evaluación para las actividades de la vida diaria son:
 - *Independencia: ejecución normal de la actividad.
 - *Semi-dependiente: ejecución adecuada, pero dependiente de aparatos específicos o condiciones ambientales.
 - *Dependiente: supervisión necesaria a completa, ayuda necesaria a completa, actividad imposible o no aplicable al momento de la prueba.

La mayoría de las actividades se realizaron con el objetivo de recuperar o mantener el grado de independencia del paciente. En los casos de pacientes con lesiones permanentes, como hemiplejias, paraplejias o cuadriplejias se realizaron adaptaciones para la reeducación en las actividades básicas.

RESULTADOS:

EVALUACIÓN POR GRUPO DE PACIENTES.

CUADRO No. 1

GRUPO DE PACIENTES	No. DE CASOS
INDEPENDIENTES	109
SEMI-DEPENDIENTES	199
DEPENDIENTES	52
FALLECIDOS	51
TOTAL	411

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

EVALUACIONES ESPECÍFICAS, APLICADAS POR GRUPO DE PACIENTES

CUADRO No. 2

EVALUACIONES	INDEPENDIENTE	SEMI-DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	TOTAL
A.V.D.	4	73	54	131
A.A.	3	64	49	116
F.M.	20	118	53	191

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

ACTIVIDADES POR GRUPO DE PACIENTE:

CUADRO NO. 3

AREAS	INDEPENDIENTE	SEMI-DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
Actividades de la Vida Diaria	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener las actividades de alimentación, vestido, arreglo personal e higiene por si mismo. -Participación de tiempo de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Reeducar al paciente con ayuda del terapeuta o familiar supervisando, guiando o asistirlo en vestido, higiene y alimentación -Incentivar al paciente a que realice las actividades por el mismo. -Felicitación los logros o avances obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Movilizaciones dentro y fuera de la cama para evitar las erosiones de la piel. -Dar cuidados de higiene, vestido y alimentación. -Motivación a que realice las actividades de alimentación, vestido e higiene por si mismo.
Fuerza Muscular	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades de tiempo de ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dirigir objetos de acuerdo el grado de F.M, en diferentes ángulos junto al paciente. -Aumentar el peso de los objetos según el avance. -Clasificación de objetos de pesos diferentes, para incrementar el grado de tolerancia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Masaje en músculos -Colocación de tratamiento frío-caliente. -Asistencia completa del terapeuta para estimular el músculo afectado.
Amplitud Articular	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades manuales que estimulen el movimiento que se dificulta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pedirle que se toque partes del cuerpo. -Colocarle objetos en diferentes ángulos. -Clasificar objetos según tamaño o color. -Utilización de aparatos terapéuticos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Masajes. -Colocación de tratamiento frío-caliente, texturas. --Elaboración de férulas, vendajes para evitar posiciones viciosas.
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades manuales 	<ul style="list-style-type: none"> -Juegos de mesa. -Clasificación de objetos por color. -Clasificación de objetos por tamaño. -Colocar objetos en espacios pequeños. -Clasificar palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrarle objetos y que indique su igualdad. -Pedirle que siga un objeto con la mirada. -Ayudarse con la parte del cuerpo funcional, a mover la parte no funcional.
Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades de tiempo de ocio. -Caminatas. -Ayudar a otros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Caminar sobre una línea recta, sostenido de la pared. -Caminar colocando un pie frente al otro. -Sostenido, saltar en un pie. -Caminar con un ojo vendado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sentarlo en la orilla de la cama. -Pedirle que se sostenga solo, sentado en la orilla de la cama. -Que sostenga objetos y evaluar el tiempo.

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

ACTIVIDADES DE TIEMPO DE OCIO REALIZADOS CON LOS PACIENTES

CUADRO No.4

PERIODO	ACTIVIDADES	PARTICIPANTES
Abril y Mayo	Elaboración de tarjeta y arreglo floral.	15
Junio y Julio	Elaboración de cuadro decorativo y tarjeta del día del padre.	21
Agosto y Septiembre	Elaboración de canasta decorativa con periódico.	12
Octubre y Noviembre	Elaboración de sobre funda bordado.	18

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

3.2SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

ACTIVIDADES

Las actividades fueron dirigidas a los familiares de los pacientes, de forma individual tanto como en el periodo de hospitalización, al momento del egreso así como el seguimiento por consulta externa.

En el periodo de hospitalización las actividades se realizaron en las siguientes etapas:

- Al momento del ingreso del paciente al servicio de Neurocirugía.
En esta etapa, se realizó un sondeo con respecto al conocimiento que tenían los familiares sobre la lesión cerebral; según lo anterior se orienta al familiar sobre la lesión del paciente y la intervención de Terapia Ocupacional.

- Al momento de la evaluación del paciente.
En la evaluación según los resultados, se le explica al familiar los resultados, principalmente sobre los aspectos positivos sobre los cuales parte la intervención de Terapia Ocupacional.
- Entrega del programa de actividades.
Se elabora por escrito un programa de actividades, según la necesidad del paciente y según el proceso del tratamiento médico (pre-quirúrgico, post-quirúrgico y post-traumático); al mismo tiempo se demuestra cada una de las actividades realizándolo junto al paciente, con el fin de que el familiar aprenda la forma correcta de realizarlo; así como también la explicación de la importancia y beneficios de los mismos.
- En el Periodo del Egreso.
En este periodo se realiza una evaluación según los avances del paciente, y se elabora un nuevo programa de actividades diseñadas para realizarlas en casa.
- En el Periodo del Seguimiento por Consulta Externa.
En la mayoría de los casos se realizan las evaluaciones en un periodo de dos meses después del egreso, según requerimientos del paciente, según los avances del mismo o según consultas de los familiares.

En otros casos el seguimiento se llevo a cabo por vía telefónica, según referencias de los familiares se indican de cambios en el programa de actividades en casa.

Dentro de otras actividades se contribuye, por medio del involucramiento de la familia al logro de respuestas positivas en el tratamiento de otras disciplinas (Especialidades Médicas, Trabajo Social y Enfermería).

Al finalizar el periodo del proyecto, el involucramiento de familiares, facilito el proceso con familiares de pacientes nuevos en cuanto al trabajo e intervención de Terapia Ocupacional.

RESULTADOS

REGISTRO DE PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS DE TERAPIA OCUPACIONAL A FAMILIARES DE PACIENTES, DE ABRIL A NOVIEMBRE DEL 2006.

CUADRO No. 5

MES	No. DE PROGRAMAS
ABRIL	15
MAYO	28
JUNIO	19
JULIO	22
AGOSTO	25
SEPTIEMBRE	27
OCTUBRE	25
NOVIEMBRE	12

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO SEGÚN APOYO FAMILIAR

CUADRO No. 6

GRUPO DE PACIENTES	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	TERCERA EVALUACION
INDEPENDIENTES	51	95	132
SEMIDPENDIENTES	180	142	113
DEPENDIENTES	74	68	60
TOTAL	305	305	305

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

TEMAS TRABAJADOS CON LOS FAMILIARES DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A NOVIEMBRE.

CUADRO No. 7

TEMA	ACTIVIDAD
Lesión Cerebral.	Explicación Individual
Tipos de Lesión Cerebral.	Explicación Individual
Síntomas Positivos y Negativos de la Lesión Cerebral.	Explicación Individual
Importancia de la Intervención de Terapia Ocupacional en el Proceso de Recuperación.	Explicación Individual
Importancia del Papel de la Familia en el Proceso de Recuperación.	Explicación Individual
Actividades Terapéuticas Utilizadas en Terapia Ocupacional y su Importancia en el Proceso de Rehabilitación.	Demostración Individual
Utilización de Férulas y Vendajes y su Importancia en el Proceso de Rehabilitación.	Demostración Individual
Adaptaciones en Actividades de la Vida Diaria Para Lograr la Independencia del Paciente en Casa.	Explicación Individual
Importancia del Apoyo Emocional Intrafamiliar.	Técnicas de Relajación y Platicas Motivacionales

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

3.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

ACTIVIDADES

Dentro de las actividades realizadas en este subprograma fue la elaboración de expedientes por cada paciente, con el fin de llevar un registro de los datos de cada paciente, los cuales fueron obtenidos del registro medico y de las hojas de evolución; como también se adjuntan las evaluaciones y programas trabajados con los mismos.

La participación en visitas diarias y generales en el servicio, la participación en clases impartidas por médicos residentes y especialistas, las discusiones de casos con el grupo multidisciplinario, contribuyo para obtener conocimientos de los cuadros clínicos de las lesiones cerebrales, al mismo tiempo permitió adecuar el plan de tratamiento de Terapia Ocupacional.

En este subprograma también se incluye la evaluación general que permitió identificar las aéreas que mas están afectadas en el paciente, y determinar así el programa de tratamientos a trabajar y al mismo tiempo determinar la aplicación de alguna evaluación especifica.

- Evaluación General.
Evalúa las siguientes aéreas
 - *Funcionalidad de miembros superiores
 - *Garra
 - *Pinza
 - *Coordinación
 - *Destrezas
 - *Percepción
 - *Planos
 - *Orientación
 - *Análisis secuencial
 - *sensibilidad

- *Stereognosis
- *Comunicación
- *Memoria
- *Desplazamiento
- *Observación de Amplitud Articular
- *Observación de Fuerza Muscular
- *Observación de Actividades de la Vida Diaria

Uno de los objetivos de este programa es determinar la cantidad de pacientes, atendidos por el tipo de lesión cerebral para contribuir así, a través de la intervención de Terapia Ocupacional al programa de estimulación cerebral del Servicio de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios.

RESULTADOS

REGISTROS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA.

POR EDADES: CUADRO No. 8

RANGO DE EDADES	CASOS ATENDIDOS
Menores de 20 años	51
De 21 a 30 años	56
De 31 a 40 años	55
De 41 a 50 años	51
De 51 a 60 años	35
De 61 a 70 años	28
De 71 a 80 años	25
De 81 a 90 años	4
TOTAL	305

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

POR SEXO:

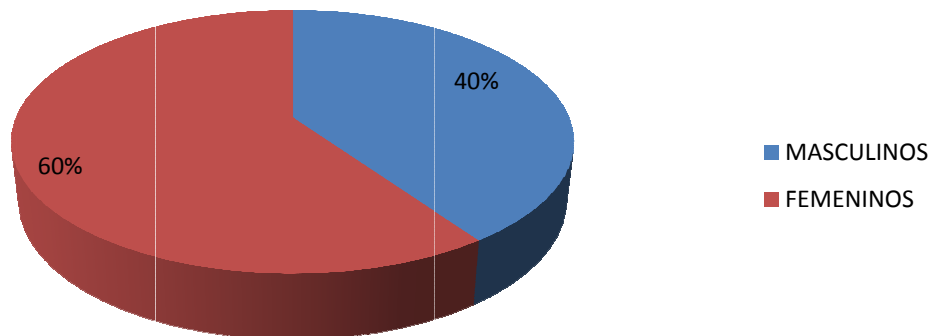
CUADRO No. 9

SEXO	CASOS ATENDIDOS
MASCULINOS	123
FEMENINOS	182
TOTAL	305

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital General San Juan de Dios 2006.

GRAFICA No. 1

Distribucion por Sexo



EVALUACIONES REALIZADAS DURANTE LOS MESES DE ABRIL A NOVIEMBRE CON PACIENTES DE NEUROCIRUGIA.

CUADRO No. 10

MES	PACIENTES EVALUADOS
ABRIL	31
MAYO	28
JUNIO	21
JULIO	22
AGOSTO	25
SEPTIEMBRE	27
OCTUBRE	25
NOVIEMBRE	18

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital General San Juan de Dios 2006.

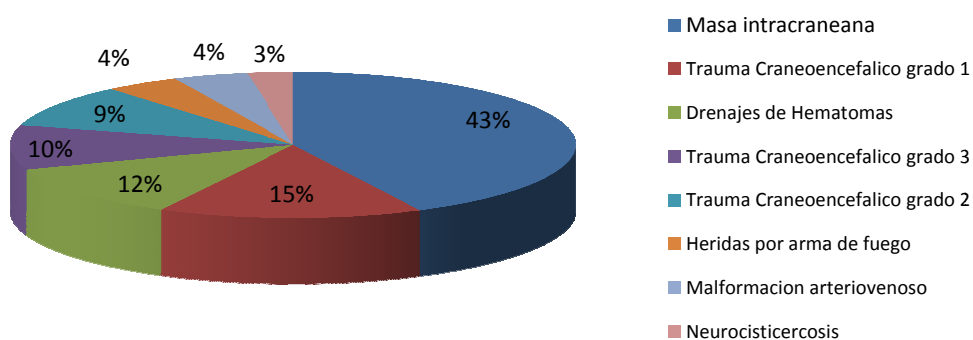
DISTRIBUCION POR EL TIPO DE LESION

CUADRO N0.11

LESIONES CEREBRALES	PACIENTES ATENDIDOS
Masa intracraneana	130
Trauma cráneo encefálico grado 1	46
Drenajes de hematomas	36
Trauma cráneo encefálico grado 3	30
Trauma cráneo encefálico grado 2	29
Herida por arma de fuego	13
Malformación arterio venoso	13
Neurocisticercosis	8
Total	305

Fuente: EPS de Terapia Ocupacional y Recreativa, en el Hospital San Juan de Dios 2006.

GRAFICA No. 2



CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Dentro de los objetivos planteados se alcanzó, en la totalidad de los casos atendidos que fueron 411 pacientes, la interacción deseada; la atención se brindó tanto en el periodo de hospitalización, al momento del egreso así como el seguimiento por consulta externa.

El registro de las evaluaciones, avances y programas fue llevado en hojas de evolución en los expedientes realizados por: Terapia Ocupacional, Educación Especial y Terapia de Lenguaje, exclusivos para el programa de Estimulación Cerebral; también se lleva un registro de resultados en una hoja especialmente del programa, adjunto al expediente y registro médico del paciente.

Los avances se obtuvieron significativamente, en la mayoría de los casos de pacientes con afecciones médicas menos severas observados principalmente en las actividades de: alimentación, vestido e higiene.

En los casos con afecciones permanentes, la intervención de Terapia Ocupacional, a través de adaptaciones en las actividades básicas del paciente, permitió una mejor adaptación al proceso de recuperación, así como también contra-restar las afecciones negativas de la lesión cerebral.

Una de las causas que dificultaron el seguimiento de algunos casos por consulta externa, fueron: la distancia y la situación económica del paciente; otra fue el problema del paro laboral en esta área en dicha Institución.

Los logros más importantes es este subprograma fueron:

- Minimizar complicaciones en el paciente durante el periodo de hospitalización.
- Intervención inmediata de Terapia Ocupacional, en casos de secuelas negativas en el paciente.
- Recuperar actividades básicas (alimentación, vestido e higiene) en el paciente, al mismo tiempo disminuir el grado de dependencia.
- Disminuir a través de las actividades de la vida diaria, las limitaciones en amplitud articular y fuerza muscular; y así recuperar la confianza en si mismo.
- Contribuir a través de la intervención de Terapia Ocupacional, al programa de Estimulación Cerebral en el servicio de Neurocirugía.

A nivel general en todos los casos se trabajó en torno a mantener o recuperar la independencia de las actividades de la vida diaria, por ser un conjunto de actividades que le permiten al hombre ser un ente activo; ya que tiene la capacidad de aprender y adaptarse a nuevas actividades, para mejorar sus habilidades y funcionalidad a través de las mismas.

4.2 SUB PROGRAMA DE DOCENCIA

La orientación a la familia sobre la intervención e importancia de la Terapia Ocupacional, permitió la confianza hacia las actividades que se trabajaron con los pacientes.

Adquirir conocimientos sobre la Lesión Cerebral específicamente las manifestaciones y la forma adecuada de ayudar la paciente, contribuyó a que la familia se involucrara directamente en la recuperación del paciente.

La explicación y demostración directa de las actividades al familiar, junto al paciente, permitió seguridad y confianza a las mismas, y poder así disminuir el grado de dependencia del paciente; al mismo tiempo facilitó el seguimiento del tratamiento en casa al momento del egreso.

El involucramiento de la familia contribuyó a disminuir los casos de pacientes dependientes en las actividades de la vida diaria, el trámite de estudios o exámenes especiales así como a disminuir complicaciones (ulceras por presión, posiciones viciosas), etc.

Dar a conocer las áreas de trabajo de Terapia Ocupacional en el servicio de Neurocirugía, permitió que el grupo multidisciplinario (Médicos Especialistas, Educación Especial, Terapia de Lenguaje, Trabajo Social, Enfermería) conocieran sobre el trabajo y la importancia de la misma en este tipo de paciente.

El rol de la familia en el proceso de rehabilitación es vital y favorecedor. El paciente con apoyo familiar está más motivado para proseguir tareas difíciles, y tolerar procedimientos dolorosos, para enfrentarse a pérdidas inalterables, para adaptarse a cambios en su estilo de vida y para poder proseguir una vida cotidiana productiva en el entorno familiar y comunitario.

4.3 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

La participación en las visitas diarias y generales en el servicio de Neurocirugía, fue para tener conocimiento de la problemática del paciente, del tratamiento y del pronóstico de los mismos; así como también la asistencia a las

clases impartidas por los médicos especialistas, permitió adquirir conocimientos sobre la lesión cerebral y la forma en que afecta al paciente y a partir de lo anterior, iniciar el tratamiento de Terapia Ocupacional.

La realización de expedientes por cada paciente, contribuyó a llevar un registro de datos personales importantes, al mismo tiempo alcanzar uno de los objetivos del proyecto, que es clasificar por el tipo de lesión y poder así determinar que las lesiones que más afectan a esta población son: las Masas Intracraneanas y los Traumas Craneoencefálicos, lo anterior permitió adecuar la atención a la necesidad del paciente y la problemática que le afecta.

Dentro de los Traumas Craneoencefálicos, se observa que el grado de mayor insidencia es el grado I, luego el grado III, y por ultimo el grado II; casos que aumentan los fines de semana como consecuencia de accidentes automovilísticos y son afectados principalmente pacientes Hombres.

4.4 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

La experiencia obtenida en el periodo de EPS, en el servicio de Neurocirugía en el Hospital General San Juan de Dios, permite ampliar al campo de conocimientos con respecto al rol que desempeña el Terapeuta Ocupacional y su aplicación en pacientes con Lesión Cerebral.

La población atendida, recibe atención en un ambiente hospitalario, donde las expectativas son a nivel médico; donde se enfatiza más sobre de las dificultades que tendrá el paciente después de la cirugía, y de las expectativas del tratamiento médico.

Bajo lo anterior los pacientes y no digamos los familiares, manejan expectativas negativas de la Lesión Cerebral pues consideran que la posibilidad de recuperación es poca o nula en la mayoría de los casos.

Si se agrega otra condición que interfiere para que el paciente reciba un tratamiento completo, hablamos de la economía, que es determinante en la mayoría de los casos ya que son familias de escasos recursos; y los estudios para el diagnóstico, así como el material que utilizan son de costos muy altos, agregándose el riesgo quirúrgico al que están sometidos, todo esto hace a que las expectativas de recuperación sean muy pocas.

Al tener la oportunidad de la intervención de Terapia Ocupacional, a través del Programa de Estimulación Cerebral, se contribuye a que esta población reciba una atención más completa, donde el rol del terapeuta ocupacional se ejecutó de forma más completa al que comúnmente realizaba, ya que el paciente no se atendió como un ente que solo utiliza sus manos, sino también depende de todo el resto de su cuerpo para la ejecución de las actividades vitales.

Por medio del trabajo realizado junto al grupo multidisciplinario, se dio una mejor atención tanto al paciente como a la familia, lo que permitió que la familia fuera facilitadora en el proceso, para lograr una mejor adaptación al tratamiento; así como para obtener mejores resultados en la recuperación del paciente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES

- El Ejercicio Profesional Supervisado fue realizado en el Hospital General San Juan de Dios, dirigido a pacientes con lesión cerebral post-traumática y post-quirúrgica en el servicio de Neurocirugía cumpliendo con los objetivos propuestos de forma satisfactoria; se cuenta con el apoyo del médico coordinador del programa Estimulación Cerebral; Dr. Erny Leal así como del resto del equipo médico, y del grupo multidisciplinario del servicio.
- La intervención de Terapia Ocupacional para la recuperación de la enfermedad a través de la estimulación de las destrezas presentes en el paciente, así como la realización de actividades adaptadas a la necesidad del mismo; contribuyeron a la aceptación del programa de Estimulación Cerebral y al mismo tiempo permitieron alcanzar los objetivos del proyecto de EPS.
- En cada uno de los subprogramas se realizaron actividades que fueron de beneficio para la familia, cabe mencionar principalmente para el paciente, como también se proporciona apoyo para lograr mejores resultados de tratamientos de otros profesionales que integran el grupo multidisciplinario, se alcanza también una amplia experiencia profesional, ya que el pensum de Terapia Ocupacional y Recreativa no tiene contenidos de atención a pacientes con Lesión Cerebral.

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- La intervención de Terapia Ocupacional a través de actividades adecuadas a la necesidad del paciente, permitió mejorar el proceso de recuperación, incrementar las destrezas presentes en el paciente, recuperar la confianza para ejecutar las actividades de la vida diaria para mantener su grado de independencia principalmente en pacientes con secuelas permanentes.
- La implementación de las actividades en la primera etapa de recuperación, logra disminuir complicaciones como: úlceras por presión, posiciones viciosas, contracturas y disminución de la sensibilidad, y como consecuencia aumento del grado de dependencia, y mayor tiempo de recuperación y hospitalización.
- La realización de actividades terapéuticas manuales en tiempo de ocio permite al paciente disminuir las implicaciones emocionales que conlleva la hospitalización y aceptación del proceso del tratamiento.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- El desconocimiento sobre las Lesiones Cerebrales es general en nuestra sociedad ya que son pocas las personas que se interesan por este tipo de población; según lo observado cada día crecen los porcentajes de pacientes atendidos, quienes asisten a los centros de atención cuando la lesión está en una etapa avanzada.
- En su mayoría los familiares y los mismos pacientes, no saben sobre la lesión que padecen; los que cuentan con ciertos conocimientos tienen la idea de que todos los resultados son negativos, por lo que el apoyo no es adecuado y consideran que la posibilidad de recuperación es poca o nula.
- El aumento de la participación de los familiares, y al mismo tiempo del interés hacia el programa ejecutado, se observó en la realización de los programas de actividades, lo que permitió mejorar el proceso de recuperación.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Las Lesiones Cerebrales de mayor incidencia en esta población son: Las Masas Intracraneanas y los Traumas Craneoencefalicos, el conocimiento de lo anterior permite adecuar los programas de tratamientos en Terapia Ocupacional e implementar estrategias de prevención para la población en general.
- La intervención de Terapia Ocupacional en las áreas de Neurocirugía de los centros asistenciales, permite obtener conocimiento sobre este tipo de afección y poder así implementar estrategias de atención que permitan a esta población mejores oportunidades de un tratamiento adecuado a su necesidad.
- La población con Lesión Cerebral, en la mayoría de los casos no recibe un programa de recuperación y rehabilitación inmediata a la afección; por falta de conocimientos de los mismos o por ideas erróneas de esta enfermedad.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES

- Que por medio del departamento de EPS, de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, se continúe apoyando los proyectos de intervención a través de la Terapia Ocupacional dirigido a población con lesión cerebral.
- Apoyar proyectos que contribuyan a fomentar programas de orientación, información e implementación de medidas de prevención de esta afección a la población en general.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

- Incluir en el pensum de Terapia Ocupacional y Recreativa, contenidos sobre lesiones cerebrales y estrategias de intervención.
- Concientizar al resto del grupo multidisciplinario del servicio de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios, sobre la importancia del apoyo familiar para alcanzar mejores resultados de recuperación.
- Continuar con el seguimiento de los casos del programa de estimulación cerebral, en el servicio de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios a través del apoyo de Proyectos de Terapia Ocupacional, en dicho centro asistencial.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

- Implementar programas para la promulgación de conocimientos sobre las lesiones cerebrales principalmente a familiares de pacientes que lo padecen; para la prevención de complicaciones o afecciones negativas asistiendo a recibir atención a tiempo.
- Continuar el apoyo y acompañamiento a los familiares para mejorar la relación entre el familiar y paciente, para lograr mejores resultados de recuperación.
- Implementar programas que faciliten el involucramiento de la familia en las actividades, para lograr mejores resultados en la rehabilitación.

5.2.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

- Implementar programas de Estimulación Cerebral por medio de la Terapia Ocupacional a través de la realización de proyectos en centros de asistencia de salud donde no existen.
- Continuar con la realización de proyectos que apoyen el seguimiento del programa de Estimulación Cerebral en el servicio de Neurocirugía del Hospital General San Juan de Dios.

BIBLIOGRAFIA

1. Helen H. Hopkins, Helen D. Smith, TERAPIA OCUPACIONAL, Octava Edición, Editorial Médica Panamericana. 1997.
2. Begoña Polonio López, TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACITADOS FISICOS, Editorial Médica Panamericana, España 2004.
3. Grieve June, NEUROPSICOLÓGIA PARA TERAPEUTAS OCUPACIONALES, Editorial Médica Panamericana, Segunda Edición, España 2000.
4. Jesús Gomes Talón, FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL, Editorial Mira, Primera Edición 1997.
5. Lic. Rodolfo Jiménez S, LIBRO DE TEXTO TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA, Guatemala 1999.
6. Francisco R. Roberti, RECUPERACIÓN FUNCIONAL, Editorial EL ATENO, Buenos Aires argentina.
7. Papalia Diane E. PSICOLÓGIA DEL DESARROLLO, 3ra, Edición. Editorial McGraw-Hill, Hispanoamericana 1990.
8. WWW. TERAPIA OCUPACIONAL. Com /Artículos de Terapia Ocupacional. Unidad del Daño Cerebral.
9. WWW. Revistatog. Org. TERAPIA OCUPACIONAL Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO, Conceptos Básicos, Junio 2,005.

GLOSARIO

➤ **ASTROCITOMA**

Son tumores que se originan en las células cerebrales denominadas astrositos. Los astrocitomas son de dos tipos principales: de gran malignidad y de escasa malignidad. Los tumores de gran malignidad crecen con rapidez y pueden diseminarse fácilmente a todo el cerebro. Los astrocitomas de escasa malignidad por lo general se circunscriben a un área determinada y crecen lentamente.

➤ **EPENDINOMA**

Es un tumor derivado de las células ependimarias; los epéndimomas del cuarto ventrículo causan hidrocefalia (dilatación anormal de los ventrículos cerebrales a causa del exceso de líquido cefalorraquídeo en el cerebro).

➤ **GLIOBLASTOMA MULTIFORME**

Este tumor representa el 20% de todos los tumores intracraneales y pertenece a los llamados tumores gliomas. Son tumores que crecen a partir de los tejidos que sostienen y rodean a las células nerviosas.

El cuadro clínico consiste inicialmente con manifestaciones generales como cefalea (dolor de cabeza), vómitos, trastornos mentales y crisis convulsiva.

➤ **HEMANGLIOBLASTOMA DEL CEREBELO**

Se trata de un tumor benigno que suele situarse en el cerebelo causando el síndrome hemisférico con ataxia (incapacidad para controlar los movimientos musculares voluntarios).

➤ **HEMIPARECIA**

Disminución de la fuerza y tono muscular.

➤ **HEMIPLEJIA**

Parálisis de un lado del cuerpo.

➤ **MENIGIOMA**

Es un tumor benigno originado a partir de células aracnoideas. Representa el 15% de los tumores intracraneales.

➤ **NEUROCISTICERCOSIS**

Es una enfermedad resultante de la infestación de la forma larvaria de la taenia solium en el sistema nervioso central. Las manifestaciones clínicas más comunes son: epilepsia, síndrome de cráneo hipertensivo, afección de pares craneanos, alteraciones motoras.

➤ **TRAUMA CRANEOENCEFALICO**

Es una lesión cerebral traumática que daña a nivel físico súbito al cerebro. Una de las causas es el golpe vigoroso de la cabeza o contra un objeto o por algo que atraviese el cráneo perforándolo, como una herida por arma de fuego. Las principales causa son los accidentes automovilísticos, otras pueden ser caídas. Los efectos del daño son generalmente inmediatamente después de la lesión.

➤ **TUMORES CEREBRALES**

El cáncer que se presenta tanto en el cerebro como en la medula espinal es, al igual que el resto de tumores malignos, una afección de las células del cuerpo. Dicha afección puede presentarse cuando las células que se reproducen a sí mismas al dividirse, llevan a cabo una división sin orden ni control, si esto sucede, se presenta un crecimiento celular anormal, el cual da como resultado la formación de masas de tejido llamadas “tumores”. Tales tumores pueden ser benignos o malignos.

ANEXOS

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Hospital General San Juan de Dios
Neurocirugía
Estimulación Cerebral
Dr. Erny Leal

Paciente: _____

Teléfono _____

Edad: _____

Procedencia: _____

Historia Clínica: _____ Rx. _____

Diagnostico: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Fecha de Ingreso: _____

HOJA DE RESULTADOS

ESTIMULACIÓN CEREBRAL POSTRAUMATICA- POSTQUIRURGICA
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DEPARTAMENTO DE NEUROCIRUGUA,
DR. ERNY LEAL.

EDUCACIÓN ESPECIAL	TERAPIA OCUPACIONAL
TERAPIA DE LENGUEJE	NUEROCIRUGIA

COMENTARIOS ESPECIALES

NOMBRE DEL PACIENTE _____ HC _____

HOJA DE EVALUACIÓN GENERAL

TERAPIA OCUPACIONAL

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo _____
 Ocupación: _____ Procedencia: _____
 Diagnostico _____
 Historia del Problema: _____
 Fecha de Evaluación: _____

M.S.D. ___ FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NORMAL ___ NO FUNCIONAL
 M.S.I. ___ FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NORMAL ___ NO FUNCIONAL

M.S.D. ___ GARRA ___ CILINDRICA ___ ESFERICA ___ DE GANCHO ___ EN ABANICO
 M.S.I. ___ GARRA ___ CILINDRICA ___ ESFERICA ___ DE GANCHO ___ EN ABANICO
 FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NO FUNCIONAL
 M.S.D. PINZA BIDIGITAL TERMINAL SUBTERMINAL SUBTERM-LATERAL
 ___ LATERAL ___ TRIPODE. ___ FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NO FUNCIONAL
 M.S.I. PINZA BIDIGITAL TERMINAL SUBTERMINAL SUBTERM-LATERAL
 ___ LATERAL ___ TRIPODE. ___ FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NO FUNCIONAL.

COORDINACIÓN: GRUESA ___ BUENA ___ REGULAR ___ ALTERADA
 FINA ___ BUENA ___ REGULAR ___ ALTERADA
 DESTREZA ___ BUENA ___ DISMINUIDA
 PERCEPCIÓN ___ COLOR ___ FORMA ___ TAMAÑO
 PLANOS ___ ALTO ___ MEDIO ___ BAJO ___
 ORIENTACIÓN ___ PERSONA ___ TIEMPO ___ ESPACIO
 ANALISIS SECUENCIAL ___ NORMAL ___ NO FUNCIONAL
 SENSIBILIDAD TÁCTIL PROPIOCEPTIVA-TEXTURA ___ BUENA ___ ALTERADA
 STEREOGNOSIS ___ FORMA ___ TAMAÑO ___ BUENA ___ ALTERADA
 COMUNICACIÓN ___ ORAL ___ ESCRITA ___ FUNCIONAL ___ NO FUNCIONAL
 MEMORIA ___ REMOTA ___ MEDIATA ___ INMEDIATA ___ BUENA ___ ALTERADA
 DESPLAZAMIENTO ___ AMBULA ___ CON AYUDA ___ SIN AYUDA ___ MEDIO DE AYUDA
 AMPLITUDES ARTICULARES ___ FUNCIONAL ___ SEMIFUNCIONAL ___ NO FUNCIONAL
 FUERZA MUSCULAR:

A.V.D. ___ INDEPENDIENTE ___ DEPENDIENTE ___ SEMIDPENDIENTE

ES COLABORADOR:

OBJETIVOS:

INCREMENTAR FUERZA MUSCULAR ___ INCREMENTAR AMPLITUDES ARTICULARES ___

IMPLEMENTAR COORDINACIÓN O DESTREZAS ___ CAMBIO DE DOMINANCIA ___

ESTIMULAR: PERCEPCIÓN ___ ORIENTACIÓN ___ MEMORIA ___ SENSIBILIDAD ___

NOMBRE DEL TERAPISTA

EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR

MIEMBRO	ESCALA	1RA. EVALUACIÓN	2DA. EVALUACIÓN	3RA. EVALUACIÓN
M.S.D.	1-5			
M.S.I.	1-5			
M.I.D.	1-5			
M.I.I.	1-5			

ESCALA DE EVALUACIÓN

1	NO REALIZA NADA, NI LO INTENTA.
2	NO VENCE LA FUERZA DE GRAVEDAD.
3	SOLO VENCE LA FUERZA DE GRAVEDAD.
4	NO SUPERA LA FUERZA DEL EXAMINADOR.
5	SUPERA LA FUERZA DEL EXAMINADOR.

EVALUACIÓN DE AMPLITUD ARTICULAR

NOMBRE _____

DX _____

HOMBRO

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA.EVAL.	3RA.EVAL.
FLEXION					
EXTENCIÓN					
ADD					
ABD					
ROTACIÓN EXTERNA					
ROTACIÓN INTERNA					

CODO

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA.EVAL.	3RA.EVAL.
FLEXIÓN					
EXTENCIÓN					

RADIO CUBITAL

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA. EVAL.	3RA.EVAL.
PRONACIÓN					
SUPINACIÓN					

MUÑECA

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA.EVAL.	3RA.EVAL.
FLEXION DORSAL					
FLEXION PALMAR					
F.DESV.RADIAL					
F.DESV.CUBITAL					
E.DESV.RADIAL					
E.DESV.CUBITAL					

DEDOS

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA.EVAL.	3RA.EVAL.
F.METACARPO.F					
F.INTER.PROX.					
DISTAL					
EXT.METACARPO.F					
ABD					
ADD					
OPOSICIÓN					

PULGAR

	IZQUIERDO	DERECHO	1RA.EVAL.	2DA.EVAL.	3RA.EVAL.
F.METACARPO.F					
E.METACARPO.F					
F.INTERCARPO.F					
E.INTERCARPO.F					
ABD					
ADD					
APOSICIÓN					

TERAPISTA OCUPACIONAL _____

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

NOMBRE _____
 DIAGNOSTICO _____

MOVILIDAD Y LOCOMOCIÓN	FECHA DE EVAL.	FECHA DE EVAL.
Voltearse en la cama		
Sentar en la cama		
Tomar objetos de la mesa junto a la cama		
Pasar de la cama al baño		
Pasar del baño al excusado		
Pasar del baño a la regadera		
Sentarse y pararse de la silla		
Levantar un objeto del suelo		
Caminar hacia adelante 10m		
Caminar hacia atrás 3m		
Caminar hacia los lados		
Caminar cargando un objeto		
Caminar hacia adelante 30m		

ALIMENTACIÓN	FECHA DE EVAL.	FECHA DE EVAL.
Comer con los dedos		
Comer con tenedor		
Comer con cuchara		
Cortar con cuchillo		
Beber de un vaso		
Beber de una taza		

HIGIENE	FECHA DE EVAL.	FECHA DE EVAL.
Utilizar el pañuelo		
Lavarse las manos		
Lavarse la cara		
Cepillarse los dientes		
Peinarse		
Rasurarse o maquillarse		
Arreglarse la ropa en el excusado		
Utilizar papel higiénico		
Bañarse		
Lavarse el pelo		

VESTIDO	FECHA DE EVAL.	FECHA DE EVAL.
Ponerse o quitarse la camisa		
Ponerse o quitarse al sudadero		
Ponerse o quitarse los pantalones		
Ponerse o quitarse los calcetines o medias		
Ponerse o quitarse los zapatos		
Atar o desatar correas		

SERVICIOS		
Abrir y cerrar llaves del agua		
Hacer correr el agua del excusado		
Dar cuerda al reloj		
Abrir y cerrar gavetas		
Usar tijeras		

COMUNICACIÓN		
Escribir su nombre		
Manejar dinero		
Utilizar el teléfono		

CLAVE DE GRADUACIÓN

Grados de Independencia

4- Ejecución Normal

3- Ejecución adecuada, pero dependiente de aparatos especiales o condiciones ambientales.

Grados de Dependencia

2- Supervisión necesaria a completa

1- Ayuda necesaria a completa

0- Actividad imposible

X- No indicada para la prueba en este momento

NA- No aplicable.