



INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL

ACCESIBILIDAD EN EL HOGAR DE UN
ADULTO CON CUADRIPLÉSIA FLÁCIDA

REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA

T.O. GUADALUPE MARTINEZ TORRES

ASESORA
DRA. MA. CRISTINA HERNÁNDEZ LARA DE BOLAÑOS

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2008

RESUMEN

El objetivo de presente caso es mostrar el impacto que los problemas de accesibilidad tienen sobre el desempeño ocupacional de una persona con discapacidad motora severa, cómo afecta su estado emocional y cómo lo lleva a una situación excluyente en sus contextos familiar y de comunidad. Así mismo se pretende dar cuenta de la forma en que el terapeuta ocupacional mediante un análisis del entorno y de las habilidades físicas del cliente desarrolla un plan de intervención el cual consiste en actuar como orientador con la familia y el cliente para enfrentar los problemas de accesibilidad y de desempeño ocupacional.

CONTENIDO

I. JUSTIFICACION	4
II. ANTECEDENTES	5
III. PROCEDIMIENTO	8
Datos de identificación del paciente / cliente	8
Evaluaciones realizadas.....	8
Perfil ocupacional	8
Análisis del desempeño ocupacional	9
Descripción del contexto y su influencia sobre sus debilidades y fortalezas.....	10
Marcos de referencia	10
Objetivos	10
Plan de intervención.....	11
Metas	11
IV. ANALISIS	13
V. CONTRIBUCION	14
REFERENCIAS	15
ANEXOS	16

I. JUSTIFICACION

El caso que seleccioné es el de una persona con secuelas de poliomielitis que usa silla de ruedas, que por su condición se encuentra en una situación de marginación, en sus diferentes contextos, familiar, social y laboral. “Mi situación”, comenta Ernesto, “es muy parecida a la de muchos otros compañeros con discapacidad similar, pasamos desapercibidos y reclusos en nuestros hogares, tratando de no complicar mas las rutinas de nuestras familias, pienso en que son pocas las probabilidades que tengo de vivir una vida digna”.

Ernesto demuestra capacidad cognitiva y emocional suficiente para realizar una actividad laboral remunerativa y de manera independiente, sin embargo su condición física, ha sido un factor determinante que le ha impedido desarrollar estas fortalezas. La poliomielitis afecto de manera importante sus cuatro extremidades; se desplaza en silla de ruedas, la que logra empujar con su pie izquierdo y su extremidad superior derecha que conserva actividad de algunos músculos.

Los espacios físicos inadecuados tanto internos como externos en el entorno dificultan aun mas su independencia, los desniveles para salir y entrar a su casa, la distribución del mobiliario, las puertas angostas, la falta de adaptaciones necesarias para el desempeño de sus diferentes ocupaciones fueron las de mayor prioridad. Mediante este trabajo se pretende mejorar las condiciones en el hogar de Ernesto y como consecuencia mejorar su independencia, seguridad y estilo de vida elevando su autoestima y confianza al facilitar su acceso a la comunidad.

II. ANTECEDENTES

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente a los niños menores de 3 años, es causada por un agente viral que se transmite vía fecal-oral por contacto directo, su manifestación clínica es fiebre de comienzo súbito acompañado de malestar general con una combinación de síntomas como la cefalea, náusea y vómito, rigidez cervical y de la espalda y que a los 4 días puede llevar a una parálisis flácida asimétrica.

Cuando invade el organismo, ingresa al sistema nervioso central, invade y necrosa selectivamente las moto neuronas de la medula espinal, tallo cerebral o bulbo raquídeo (AAPSPM 2006). Una vez destruidas, las fibras del músculo esquelético correspondientes a estas motoneuronas quedan desnervadas y, por consiguiente paralizadas, la consecuencia inmediata es que en poco tiempo se atrofian (AAPSPM 2006). En casos severos los músculos de las extremidades se afectan con la parálisis flácida aguda principalmente las extremidades inferiores y en sus músculos proximales. En los de mayor severidad se afecta el cerebro y el sistema respiratorio los que puede conducir a la muerte. La poliomielitis fue descrita por primera vez en 1875 por Jean-Martin Charcot.

La **Organización Mundial de la Salud** estima que hay entre 10 y 20 millones de sobreviviente de la polio en el mundo y entre 4 y 5 millones de ellos tienen síndrome Postpolio (PRENSA DIFEM 2007). Condición que agrava aún más la funcionalidad motora de la persona con Poliomielitis. La accesibilidad es una necesidad funcional que se ve afectada en toda persona víctima de una discapacidad física o sensorial. La accesibilidad es la condición que posibilita el llegar, entrar y salir a cualquier sitio y permitir a las personas participar en toda actividad social y económica (FAC. CSUC 2005). Para las personas con discapacidad física es un reto enfrentar una serie de dificultades propias de su deficiencia para desenvolverse en la vida cotidiana y social, y más si son agravadas por situaciones del entorno social, cultural y ambiental.

En nuestra ciudad existen numerosos obstáculos que impiden a las personas con discapacidad física desenvolverse libremente, simplemente el salir de casa puede resultarles toda una hazaña. Para ellos el entorno debe disponerse de modo que les permita desenvolverse de la forma más independiente posible. Un componente importante de la independencia es la capacidad de entrar y salir de su propio hogar y de ser capaz de movilizarse con facilidad y seguridad dentro del mismo, esto ayuda a aumentar su

autoestima y confianza, así como facilitar el acceso a la comunidad (Gackle, 2005). Las barreras de accesibilidad que con más frecuencia encontramos en el hogar son: el acceso a la vivienda, la distribución del inmueble, iluminación, tipo de piso, desniveles, muebles, alfombras, altura de mesas, sillas y cama, sierra de puertas y ventanas. Estas adaptaciones además de cubrir las necesidades del paciente, deben cumplir con ciertos requisitos como el de dar seguridad, ser personalizada, económica y progresiva (Sanjurjo, 2004).

Los terapeutas ocupacionales han considerado siempre la importancia de las modificaciones en el hogar para ayudar a las personas que así lo requieran a mejorar su calidad de vida. Estas modificaciones realizadas en los hogares hacen las tareas mas sencillas, facilitan los cuidados, aumentan la independencia, mejoran la seguridad y reducen la necesidad de asistencia personal. La evaluación de la vivienda se aplica para identificar los problemas al realizar las tareas domésticas asociadas a las limitaciones funcionales de la persona así como a la falta de un entorno adecuado y la interacción entre ambos factores (Pynoss, 2002) .

En la literatura donde se habla de la intervención del terapeuta ocupacional en el domicilio del anciano señala “ El terapeuta ocupacional puede dirigirse a las necesidades funcionales específicas dentro de contextos únicos y significativos para esa persona, es decir en ambientes reales y no artificiales. El trabajo en el hogar también utiliza una parte significativa de su tratamiento en la orientación a la familia o cuidador, y realiza adaptaciones o modificaciones ambientales específicas para las necesidades de esa persona (Pynoss, 2002).

Una evidencia es uno de los programas que se desarrolla en el CENDI 3 para niños especiales del DIF San Pedro en NL , denominado “ La adaptación en el hogar para los adolescentes con PCI en condición de custodia “. Su objetivo es facilita a los padres o cuidadores el manejo del adolescente en el hogar. El programa consiste en desarrollar entrevistas con la familia para obtener un perfil ocupacional y detectar sus necesidades, preocupaciones, problemas y riesgos en el cuidado de su familiar y planear con ellos, a futuro, las probables adaptaciones y modificaciones, sobre todo cuando se trata de una remodelación a la vivienda. Posteriormente se realizan visitas domiciliarias para convivir con la familia, observar sus roles, rutinas y detectar que ocupaciones son las que requieren de mayor apoyo y orientación, esto nos ofrece ideas más claras para nuestra intervención.

La respuesta de los padres a sido muy positiva porque durante el desarrollo del programa comprenden ampliamente el impacto que este tendrá en el desempeño funcional cotidiano de la familia.

La intervención del terapeuta ocupacional esta basada en un acercamiento práctico de resolución de problemas, para encontrar una respuesta a la incapacidad funcional en relación a los cuidados personales, el trabajo productivo y al del esparcimiento.

Los objetivos se dirigen a promover en la persona el mayor grado de independencia, funcionalidad y autonomía personal en su ambiente familiar y social. Durante la atención domiciliaria se evalúan las debilidades y fortalezas del paciente en el desempeño funcional de sus áreas de ocupación, el ambiente físico, social y cultural en el que se desenvuelve para elaborar un plan de tratamiento.

III. PROCEDIMIENTO

Datos de identificación del paciente / cliente

Nombre: Ernesto Ramos Rodríguez

Edad: 34 años

Diagnóstico Primario: Poliomielitis viral

Diagnóstico Secundario: Cuadriparesia Flácida

Precauciones y Contraindicaciones: Obesidad exógena

Evaluaciones realizadas

Entrevista de Historia del Desempeño Ocupacional, OPHI-II(Versión 2.0)-2004 , Kielhofner ,G. Mallinson, T. Crawford, C. Nowak.

Medidas de Independencia Funcional. 1987 American Congress of Rehabilitation Medicine & American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation

Perfil ocupacional

Ernesto es una persona de 34 años de edad, divorciado, sin hijos, vive en la casa de su mamá, su padre falleció hace 15 años y es el 5º hijo de 6 hermanos ya casados. Convive con 10 integrantes de la familia entre sobrinos y hermanas. Tiene novia; estudió dibujo técnico y actualmente esta desempleado desde hace 3 años. Su último trabajo lo desarrollo en una base de taxis y el anterior en un taller de serigrafía y ambos los abandono por dificultades en su traslado y problemas de accesibilidad.

Ernesto pasa la mayor parte del día en casa conviviendo con la familia y aprovechando toda ocasión para apoyar en algunas tareas de la casa como llevar el control de gastos de servicios, resolviendo situaciones familiares en aspecto moral y afectivo y apoyando a sus hermanas en el cuidado de sus hijos; gran parte del día ve televisión, escribe poemas, dibuja y ocasionalmente hace trabajos de maquila en casa.

Ernesto ha desarrollado 3 proyectos de trabajo, los cuales ha considerado como fracaso por la falta de una buena administración y la necesidad de apoyar a su familia. Sus salidas son muy ocasionales ya que requiere de ayuda para sus traslados y con

frecuencia no cuenta con ella, además de que su vivienda es poco accesible: espacios pequeños, desniveles, demasiados muebles y sin adecuaciones para las necesidades de Ernesto, dificultando su arreglo personal.

Anteriormente Ernesto se destacó a nivel nacional e internacional como deportista en silla de ruedas y formó parte de un trío musical. Ernesto se considera una persona responsable, sociable, perseverante y de carácter protector. Mantiene su interés en encontrar un trabajo estable y durable que le permita una mayor independencia. Le preocupa el decrecer de sus habilidades por su inactividad y ser cada vez más dependiente de su familia.

Análisis del desempeño ocupacional

Ernesto presenta una parálisis flácida de sus 4 extremidades con mayor afección en las inferiores. Sus manos son lo suficientemente funcionales que le permiten manipular; la condición de su cuello y tronco le permiten inclinarse y girar utilizando estos movimientos para balancear sus brazos y empujar las manos hacia arriba y así involucrarlas en el uso de utensilios.

En las actividades de cuidado personal es parcialmente independiente requiriendo de asistencia en todas las actividades que se necesita para su ejecución el involucro de toda su estructura corporal como el bañarse, el uso del retrete, el pasarse de la silla de ruedas a su cama y viceversa, el ponerse y quitarse la ropa inferior y los zapatos.

En las actividades de alimentación es totalmente dependiente para la cocina pero para alimentarse se vale por sí solo, utiliza la mano derecha para llevar el alimento a la boca y con la izquierda mantiene con el peso de la misma las cosas para que no se muevan de su lugar. Cognitivamente no presenta ningún tipo de alteración puesto que es capaz de desarrollar proyectos de trabajo, dibujar, escribir, el tener una carrera técnica y es capaz de usar los diferentes sistemas de comunicación.

Su mayor dificultad es el trasladarse a un lugar de trabajo y el encontrar un empleo que se adecue a su discapacidad física, esto por las barreras arquitectónicas existentes. Se le dificulta salir de casa lo que le ha significado tener poco contacto físico con sus amigos, con su comunidad y el no asistir a eventos sociales y culturales. Emocionalmente le ha provocado cierto aburrimiento y tedio por su rutina diaria: le preocupa su futuro y la angustia a quedarse solo, pasa con cierta frecuencia por estados depresivos. Sin

embargo su capacidad física le ha permitido participar en actividades deportivas adaptadas. Actualmente su circuito social se ha ido limitando a la familia de quienes recibe en ocasiones apoyo innecesario.

Descripción del contexto y su influencia sobre sus debilidades y fortalezas

La problemática de Ernesto se centra principalmente en las limitaciones de los ambientes físicos, sociales y culturales en los que se desenvuelve. Específicamente el ambiente familiar, las barreras arquitectónicas en el hogar, la falta de dispositivos de asistencia y la falta de sensibilización hacia las necesidades de Ernesto, limitan su participación en ocupaciones para las cuales, cognitiva y emocionalmente, puede estar preparado para desempeñarlas; y como consecuencia no puede aprovechar sus fortalezas, como por ejemplo, su facilidad para adaptarse a un grupo social, su disposición para apoyar moralmente a otras personas, el apoyo de la familia y su responsabilidad con la misma.

Marcos de referencia

Marco de Rehabilitación: Es un marco que está íntimamente relacionado con el área de discapacidades físicas. Es un marco que permite observar desde un inicio las capacidades físicas como sociales de la persona que determinan la enseñanza y el diseño de métodos compensatorios y de dispositivos de asistencia y las modificaciones ambientales que en el caso de Ernesto requiere para desempeñarse a pesar de sus limitaciones.

Modelo de la Ocupación Humana: Este modelo nos permite observar la interacción de las condiciones de la persona con su medio para poder crear una red de condiciones que influyen en la motivación y reacciones en el desempeño ocupacional, además nos permite observar en Ernesto de acuerdo a su grado de discapacidad si puede mantener o modificar las capacidades que le permitan una seguridad hacia su desempeño y motivarlo a que las realice.

Objetivos

- 1.- Lograr que Ernesto realice actividades significativas en sus diferentes contextos para obtener una mejor calidad de vida.
- 2.- Adaptar el entorno a la capacidad física de Ernesto y ayudarlo a adaptarse a sus nuevos patrones de desempeño.

3.- Lograr la mayor independencia posible en el desempeño de sus actividades de cuidado personal e instrumentales.

Plan de intervención

1.- Se trabajó en casa de Ernesto, con una frecuencia de 2 veces por semana en sesiones de 2 hrs. como mínimo.

2.- Se determinó en equipo (cliente/terapeuta/familia) las prioridades en cuanto a las modificaciones del entorno para favorecer la accesibilidad dentro y fuera de casa y pueda Ernesto desarrollar con la menor ayuda posible actividades sociales como volver a los grupos de amigos y tener una mayor participación en su comunidad

3.- Se cubrieron las demandas de las actividades más básicas mediante la elaboración de dispositivos de asistencia que se adapten a las capacidades físicas de Ernesto y guiarlo hacia una mayor independencia posible en el desempeño de sus AVD e I, habituándose a los cambios de tiempo y espacio. Esto remediara su autoestima y motivación.

Metas

Se espera que mediante estas intervenciones Ernesto logre desarrollar la motivación suficiente para continuar siendo activo

Resultados

Mediante las entrevistas y sugerencias se logro que la familia tomara conciencia de las necesidades de Ernesto, y accedieron a colaborar en las modificaciones del hogar. En cuanto a las modificaciones en el interior del hogar se redistribuyo el mobiliario logrando una mayor amplitud de espacios y mejorando su accesibilidad. Se desarrollaron acciones de gestión, solicitando el apoyo económico necesario para modificar la accesibilidad en el entorno externo del hogar,(se colocara una rampa de cemento y barra lateral), con respuesta positiva.

Se determinaron las adaptaciones en el interior de su casa, iniciándose con las de baño, se colocaron barras en pared, se sugirió el uso de tapetes antideslizantes en el suelo, se reciclo una silla metálica con refuerzos laterales y tapones antideslizantes que soportaran el peso de Ernesto. Las adaptaciones instrumentales que se aplicaron fue el alargar el mango al cepillo para el baño. En la recamara se coloco una barra inclinada en la pared y

ubicada a la orilla de la cama para su transferencia. Las adaptaciones y cambios en el entorno se realizaron en base a los intereses y necesidades de Ernesto con la colaboración de la familia.

IV. ANALISIS

La nueva visión de la Terapia Ocupacional hacia la atención del cliente, integra tanto un nuevo enfoque a los conceptos de evaluación y tratamiento, como una forma diferente de intervención del terapeuta ocupacional. Las teorías tradicionales cuyo enfoque primordial ha sido médico, aplicadas a diseños de práctica resultan tan mecanizadas y estáticas que la mayoría de las veces son poco adaptables al objetivo de la intervención, tomando siempre en cuenta que la efectividad de un tratamiento esta sujeta a su flexibilidad, dictada por la propia evolución de la persona y su condición.

La perspectiva de la ocupación aplicada en este caso, ayuda a utilizar la evaluación, la intervención y el rol del terapeuta como componentes susceptibles a modificarse de acuerdo a las situaciones, problemas a resolver y a los intereses y prioridades del cliente. El marco de referencia de rehabilitación adopta la filosofía de la rehabilitación: Permitir que una persona con una discapacidad física o mental o con una enfermedad crónica alcance una función máxima en el desempeño de sus actividades diarias. Cuando no es posible o no tiene éxito la resolución medica o quirúrgica del deterioro, la rehabilitación es la siguiente estrategia de intervención.

La rehabilitación enfatiza las capacidades de un individuo, por tanto el marco de referencia de la rehabilitación se centra en los métodos compensatorios, los dispositivos de asistencia y las modificaciones ambientales que el individuo necesita para desempeñarse a pesar de su deterioro. Destaca la enseñanza de técnicas compensatorias como el uso de un equipo adaptativo y de asistencia y la modificación de las características sociales y físicas de los ambientes que inhiben la función.

El terapeuta ocupacional usa varios tipos de métodos de evaluación como las observaciones del desempeño de la persona en actividades seleccionadas, entrevistas sobre las prioridades cotidianas de la persona y comunicaciones de los pacientes sobre su nivel de competencia en las actividades diarias. En el caso de Ernesto, su condición diagnóstica de cuadriparesia flácida, su condición física de usuario de silla de ruedas, su situación familiar de dependencia y el factor emocional de desmotivación y baja autoestima, fueron factores que influyeron en el terapeuta ocupacional para adoptar varios roles durante el proceso, lo que le permitió una mayor adaptabilidad a la terapia.

V. CONTRIBUCION

Uno de los problemas principales con los que se enfrenta una persona adulta en edad productiva y con un deterioro físico importante, es la accesibilidad. La necesidad de desplazarse en el entorno y el tener acceso a todo espacio significativo para la persona, son necesidades básicas, que se traducen en independencia, en libertad, en respeto y en dignidad.

Estos conceptos me han acompañado durante todos estos años como **terapeuta ocupacional**, y creo que independientemente de cómo fue mi formación, mi compromiso con el paciente y su familia es acompañarlos y guiarlos hacia una integración plena. En el caso de Ernesto, mi rol como terapeuta ocupacional fue el de consultor, ya que se trabajó con el y su familia para resolver su problema de accesibilidad realizando un análisis de su entorno e identificación de sus déficits motores y finalmente dar la asesoría, recomendaciones y sugerencias de cómo afrontar el problema con el propósito de ayudarlo a elevar su autoestima y confianza, así como el de desarrollar habilidades físicas debilitadas.

Crepeau menciona los modelos teóricos y los niveles de consulta, que determinan el ambiente, el objeto, la condición y el resultado de la consulta. “Las actividades de consulta consisten en asesorar, dar consejo y ofrecer opiniones, recomendaciones, alternativas, sugerencias, apoyo y por encima de todo ayuda. Intrínseco a cualquier definición de la consulta es el concepto de un proceso interactivo entre el consultor y la persona, que se caracteriza por compartir, resolver problemas, respeto mutuo, igualdad y colaboración.” En el caso de Ernesto se utilizó el modelo clínico o de intervención (modelo específico de caso o centrado en el paciente que se basa en el diagnóstico y en las recomendaciones para la rehabilitación), y el nivel de consulta I (consulta centrada en los casos que tiene como meta la necesidad específica del paciente y como objetivo producir un cambio conductual o físico apropiado).

El trabajar junto con el cliente y la familia conduce a lograr el mayor desarrollo posible para aquel que se encuentra en desventaja. De igual manera, parte de nuestro trabajo, es concientizar a la sociedad acerca de la inclusión de toda persona con discapacidad. La eliminación de las barreras arquitectónicas y el respeto por los derechos de igualdad, son logros que habría que fortalecer.

REFERENCIAS.

<http://html.rincondelvago.com/poliomielitis.html> Poliomiéлитis, Asociación de afectados de polio y síndrome post polio de Madrid (AAPSPM), 15 septiembre 2008

<http://www.msca.re.org> Accesibilidad en el hogar = mayor independencia, Cindy Gackle, 15 septiembre 2008

<http://www.edomex.gob.mx/familia/docs/html-07/190-1007.pdf> Una cultura de respeto en la entidad que se asume a los logros en materia de rehabilitación ha logrado el país a nivel latinoamericano, DIF Estado de México (DIFEM), 15 septiembre 2008

<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo.shtml> La adaptación de entorno. Una facilitación para las AVD, Gabriel Sanjurjo, 15 septiembre 2008

http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Domicilio_anciano_terapia_ocupacional.shtml Intervención en el domicilio del anciano desde la terapia ocupacional, Rosa Matilla Mora, 15 septiembre 2008

Crepeau, E. Cohn, E. (2005). Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. Argentina

ANEXOS

210

OPHI-II Formato para el Resumen del Reporte Clínico
 Cliente: ERNESTO RAMOS RODRIGUEZ Edad: 37 años Diagnóstico: SECUELAS DE POLIOMIELITIS Fecha: _____
 Terapeuta: GUADALUPE MARTINEZ TORRES Firma del Terapeuta: [Firma]

Clave de Evaluación:
 4.- Competencia excepcional, funcionamiento ocupacional satisfactorio
 3.- Apropiado, funcionamiento ocupacional satisfactorio
 2.- Algunos problemas en el funcionamiento ocupacional
 1.- Problemas de funcionamientos ocupacional extremos

Escala de Identidad Ocupacional	1	2	3	4	Escala de Competencia Ocupacional	1	2	3	4	Escala de Contexto Ocupacional (Ambiente)	1	2	3	4
Tiene proyectos y metas.				✓	Mantiene un estilo de vida satisfactorio.				✓	Formas de vida ocupacional en casa.				✓
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado.				✓	Satisface roles y expectativas.				✓	Formas del rol ocupacional más productivo.				✓
Espera el éxito.				✓	Trabaja hacia sus metas.				✓	Formas ocupacionales de recreación.				✓
Acepta responsabilidad.				✓	Logra estándares de desempeño personal.				✓	Grupo social de vida en casa.				✓
Reconoce habilidades y limitaciones.				✓	Organiza el tiempo para sus responsabilidades.				✓	Mayor grupo social productivo.				✓
Tiene valores y compromisos.				✓	Participa en intereses.				✓	Grupo social de recreación				✓
Reconoce obligaciones e identidad.				✓	Completó sus roles en el pasado.				✓	Espacios físicos, recursos y objetos de su vida en casa.				✓
Tiene intereses.				✓	Mantuvo hábitos en el pasado.				✓	Mayor rol productivo de espacios físicos, recursos y objetos.				✓
Se sintió efectivo en el pasado.				✓	Alcanzó satisfacción en el pasado.				✓	Espacios físicos, recursos y objetos de recreación.				✓
Encontró significado y satisfacción en su estilo de vida pasado.				✓						Formas de vida ocupacional en casa.				✓
Tomó decisiones ocupacionales en el pasado.				✓						Formas del rol ocupacional más productivo.				✓

Escala de Identidad Ocupacional Medida del cliente: <u>36</u> Error estándar: <u>3</u>	Escala de Competencia Ocupacional Medida del Cliente: <u>37</u> Error estándar: <u>4</u>	Escala de Contexto Ocupacional(Ambiente) Medida del cliente: <u>35</u> Error estándar: <u>4</u>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plan de Análisis:
El cliente presenta problemas en el funcionamiento ocupacional en los tres ejes de planeamiento: limitaciones físicas que requieren de asistencia constante para desarrollar sus actividades.

210

OPHI-II Formato para el Resumen del Reporte Clínico
 Cliente: ERNESTO RAMOS RODRIGUEZ Edad: 37 años Diagnóstico: SECUELAS DE POLIOMIELITIS Fecha: 16 SEPT-2008
 Terapeuta: GUADALUPE MARTINEZ TORRES Firma del Terapeuta: [Firma]

Clave de Evaluación:
 4.- Competencia excepcional, funcionamiento ocupacional satisfactorio
 3.- Apropiado, funcionamiento ocupacional satisfactorio
 2.- Algunos problemas en el funcionamiento ocupacional
 1.- Problemas de funcionamientos ocupacional extremos

Escala de Identidad Ocupacional	1	2	3	4	Escala de Competencia Ocupacional	1	2	3	4	Escala de Contexto Ocupacional (Ambiente)	1	2	3	4
Tiene proyectos y metas.				✓	Mantiene un estilo de vida satisfactorio.				✓	Formas de vida ocupacional en casa.				✓
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado.				✓	Satisface roles y expectativas.				✓	Formas del rol ocupacional más productivo.				✓
Espera el éxito.				✓	Trabaja hacia sus metas.				✓	Formas ocupacionales de recreación.				✓
Acepta responsabilidad.				✓	Logra estándares de desempeño personal.				✓	Grupo social de vida en casa.				✓
Reconoce habilidades y limitaciones.				✓	Organiza el tiempo para sus responsabilidades.				✓	Mayor grupo social productivo.				✓
Tiene valores y compromisos.				✓	Participa en intereses.				✓	Grupo social de recreación				✓
Reconoce obligaciones e identidad.				✓	Completó sus roles en el pasado.				✓	Espacios físicos, recursos y objetos de su vida en casa.				✓
Tiene intereses.				✓	Mantuvo hábitos en el pasado.				✓	Mayor rol productivo de espacios físicos, recursos y objetos.				✓
Se sintió efectivo en el pasado.				✓	Alcanzó satisfacción en el pasado.				✓	Espacios físicos, recursos y objetos de recreación.				✓
Encontró significado y satisfacción en su estilo de vida pasado.				✓						Formas de vida ocupacional en casa.				✓
Tomó decisiones ocupacionales en el pasado.				✓						Formas del rol ocupacional más productivo.				✓

Escala de Identidad Ocupacional Medida del cliente: <u>45</u> Error estándar: <u>4</u>	Escala de Competencia Ocupacional Medida del Cliente: <u>50</u> Error estándar: <u>4</u>	Escala de Contexto Ocupacional(Ambiente) Medida del cliente: <u>46</u> Error estándar: <u>4</u>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Plan de Análisis:

Niveles de independencia FIM

Grado de Independencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7- Independencia completa 6- Independencia modificada
Dependencia modificada	5- Supervisión 4- Asistencia mínima (mayor 75% independencia) 3- Asistencia moderada (mayor 50% independencia)
Dependencia Completa	2- Asistencia máxima (mayor 25% independencia) 1- Asistencia total (menor 25% independencia)

Escala de medida de independencia funcional (FIM)

MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Nombre : ERNESTO RAMOS RODRIGUEZ

Fecha: Abril/2008

SECCION MOTORA

Cuidados Personales		Puntuación
A.	Alimentación	7
B.	Aseo Personal	5
C.	Baño	2
D.	Vestido: parte superior	4
E.	Vestido: parte inferior	3
F.	Aseo Perineal	4
Total sección		25

Control de Esfínteres		Puntuación
G.	Manejo Vesical	7
H.	Manejo Intestinal	7
Total sección		14

Movilidad		Puntuación
I.	Transferencias: cama, silla, silla de ruedas	2
J.	Traslados baño	2
K.	Traslados tina o ducha	2
Total sección		6

Locomoción		Puntuación
L.	Locomoción	3
M.	Escalera	1
Total sección		4

TOTAL SECCIÓN MOTORA

49

SECCIÓN MENTAL

Comunicación		Puntuación
N.	Comprensión	7
O.	Expresión	7
Total sección		14

Conciencia del Mundo Exterior		Puntuación
P.	Interacción Social	7
Q.	Resolución de Problemas	7
R.	Memoria	7
Total sección		21

TOTAL SECCIÓN MENTAL

35

TOTAL ESCALA FIM

84