



INSTITUTO  
DE  
TERAPIA  
OCUPACIONAL

DESVENTAJAS EN EL DESEMPEÑO DE  
TAREAS ACADÉMICAS, DE UN JOVEN CON  
HEMIPARESIA ESPÁSTICA DERECHA.

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

**ANA AMÉRICA GARCIA PEÑA GÓMEZ**

ASESORA  
DRA. MA. CRISTINA HERNANDEZ LARA DE BOLAÑOS

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2008

<b>INDICE</b>	
<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>5</b>
<b>PROCEDIMIENTO.....</b>	<b>7</b>
<b>ANALISIS.....</b>	<b>11</b>
<b>CONTRIBUCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>14</b>

**Resumen:**

El propósito de este artículo, es mostrar el nuevo paradigma de Terapia Ocupacional en México y su impacto en la intervención con un joven con Hemiparesia espástica derecha que presenta riesgo en su desempeño ocupacional en el contexto educativo.

Se toman como base algunos modelos de Terapia Ocupacional que centran su filosofía en la persona, el ambiente y su ocupación.

Se muestran los beneficios de incorporar estas teorías al tradicional enfoque biomecánico y de rehabilitación que por décadas han dominado la práctica de la Terapia Ocupacional en México.

**Justificación:**

El presente trabajo es el reporte de un Caso clínico que servirá como modelo de presentación de los conocimientos adquiridos a lo largo de un año, como estudiante del Programa de Profesionalización para obtener el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Se trata de un joven de 16 años de edad viviendo con hemiparesia espástica derecha moderada, secundario a un accidente vascular cerebral.

Frecuentemente se piensa que pasada la etapa aguda o de recuperación y una vez establecida la secuela no hay mas por hacer en pro de la persona viviendo con una limitación motora, así que se toma la decisión de dar de alta al “paciente” y se le encarga la “tarea” de enfrentarse y adaptarse a sus nuevas condiciones de vida con todo y secuela, pero no se le proveen estrategias encaminadas a mantener calidad de vida aunque involucre retos, le permitan crecer como persona y desarrollar su potencial.

Son múltiples las áreas funcionales que se ven alteradas como consecuencia de un AVC severo (déficit perceptivo y motor, alteraciones del sistema cognitivo y la conciencia, cambios en los sistemas de regulación fisiológica, etc.).

La dificultad más importante para Julián es el trastorno del componente motriz de las habilidades de escritura. Este trabajo se centra en el impacto de esta dificultad en el desempeño ocupacional de Julián, así como en los métodos compensatorios que se desarrollan como alternativa para hacer de Julián una persona funcional en el contexto educativo.

## Antecedentes

El **Daño Cerebral Adquirido (DCA)** se define como una lesión producida de forma súbita en las estructuras cerebrales (Turner, 2003). Por lo tanto, no es una discapacidad de nacimiento ni degenerativa, aunque comparta perfiles de necesidad y de atención en las personas afectadas.

El origen más común de estas lesiones son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebro-vasculares (ACV), los tumores cerebrales y otras enfermedades de carácter infeccioso (Turner, 2003).

El **Accidente Cerebrovascular (ACV) o ictus** ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente por la presencia de un coágulo o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales. (Micheli, 2002).

De la misma forma que se dice que una persona que sufre una pérdida de flujo sanguíneo al corazón tiene un ataque cardíaco, puede decirse que una persona con una pérdida de flujo sanguíneo al cerebro o una hemorragia repentina en el cerebro tiene un **ataque cerebral** o sufre un accidente cerebrovascular o ictus. (Micheli, 2002).

El Daño Cerebral Adquirido provoca generalmente, en primer lugar, un cambio repentino del estado de consciencia, cuya gravedad y duración son variables (desde una confusión mínima en tiempo y en contenido hasta un estado de coma profundo o coma vegetativo persistente en los casos más graves) (Pedretti, 2006).. Además produce la alteración de las funciones cerebrales de la persona provocando en ella déficits a nivel físico, cognitivo, emocional y social.

Dentro de las secuelas podemos encontrar la parálisis en una mitad del cuerpo (hemiplejía, hemiparesia), incapacidad para hablar y comprender lo que se le dice (afasia) dificultad para tragar alimentos (disfagia), problemas de atención, concentración, memoria, trastornos de aprendizaje, resolución de problemas, falta de control en el movimiento, falta de equilibrio, inestabilidad afectiva, irritabilidad, agresividad, desinhibición (Pedretti, 2006).

La gravedad de estas secuelas depende de la gravedad de la lesión, de la parte afectada en el cerebro y su extensión, la edad del afectado y las características propias de este (conocimientos, capacidad física anterior). (Pedretti, 2006). No todas las personas presentan todas las secuelas y en la misma intensidad como tampoco la recuperación de las capacidades funcionales es la misma. Pero, si hay algo que comparten es que en todos se produce una merma de su autonomía personal y el menoscabo de su calidad de vida.

En el daño cerebral adquirido, se presentan además algunas alteraciones de destreza motriz para escritura denominadas dispraxia. No hay causas totalmente establecidas. Puede deberse a una inmadurez en el desarrollo de las neuronas o ser ocasionada por traumatismos, enfermedades o lesiones cerebrales, por lo que puede aparecer en

cualquier etapa de la vida. Se caracteriza por debilidad motriz generalizada que impide terminar movimientos que exigen cierta coordinación.

Existen diferentes formas de dispraxia: verbal (trastornos del habla), hiperactividad, trastornos del aprendizaje, trastornos motores o visuales, trastornos afectivos o de comportamiento.

## **Procedimientos**

### Datos de Identificación

Nombre del cliente: Julián P. A.

Fecha de nacimiento: 1990 (18 años)

Diagnostico primario: AVC embolico en lóbulo temporal izquierdo, intervenido quirúrgicamente el día 14 de noviembre de 2005 (2 5/12 años de evolución)

Diagnostico secundario: Hemiparesia espástica derecha

Fecha del Reporte: Agosto de 2008

### **Evaluaciones realizadas**

OPHI-II (versión 2.1), ( Kielhofner, 2004)

Índice de Barthel para AVDH (Mahoney y Barthel, 1965)

AVDI ( Lawton & Brody, 1969).

Goniometría

### **Perfil Ocupacional**

Julián es el segundo de dos, tiene una hermana. Hijo de padres divorciados (8 años atrás aproximadamente) estudiante de 5to tetramestre de preparatoria, que durante la semana distribuye su tiempo entre estudio y terapia, y en fines de semana asiste a grupos religiosos y realiza actividades de recreación con un grupo de amigos. Un día normal para Julián representa levantarse temprano, asistir a clases por la mañana, asistir a terapia alrededor del medio día, ir a casa para comer y hacer tarea y ocasionalmente cuando dispone de algo de tiempo libre al final del día asiste al gimnasio.

Actualmente es independiente en actividades de auto cuidado, realiza además de manera independiente las actividades instrumentales de la vida diaria correspondientes a su edad, rol de hijo, estudiante y amigo así como contexto.

Se auto describe como un buen hijo ya que trata de portarse bien “no soy de antros o de llegar a casa a las 4 de la mañana en mal estado”, se considera estudiante promedio ya que “aunque no saco 9 ó 10 pocas veces repruebo un examen”

Le interesa lograr metas a largo plazo como ser contador público y tener su propio despacho, valora el compromiso, la responsabilidad y la perseverancia.

Le preocupa incrementar la funcionalidad de su brazo y mano derechos ya que teme que esto represente una limitación que lo coloque en desventaja en grados superiores de estudio, pues el próximo año entrara a la universidad.

A partir del evento, ha cambiado sus preferencias religiosas (del catolicismo a Cristiano evangélico) siendo ahora mas dinámico en tareas dentro de su congregación, participa en actividades de evangelización, reuniones juveniles y grupos de oración

### **Análisis del Desempeño Ocupacional**

- a) Su desempeño cognitivo no ha sufrido alteración alguna, actualmente es estudiante de preparatoria, con un rendimiento adecuado.
- b) En el componente neuromotriz se observa marcha claudicante a la derecha con pie equino leve, descenso de hombro derecho y escoliosis dorso lumbar derecha, funcionalidad de miembro torácico derecho disminuida, es capaz de realizar todos los movimientos de hombro, codo y muñeca de manera lenta e incoordinada, presenta una limitación parcial para movimientos finos de dedos. Lo anterior repercute en el desempeño de sus AVD y AVDI además de su rol principal como estudiante, ya que es de dominancia derecha y la secuela del evento afecta principalmente al hemicuerpo derecho por lo que su desempeño en las habilidades de escritura es deficiente, en cuanto a las actividades de auto cuidado es totalmente independiente aunque lento.
- c) En el componente sensorial no se observa alteraciones importantes que tengan repercusión en cualquiera de sus áreas ocupacionales.

Se presenta con una actitud atenta y colaboradora, es muy participativo, muestra constante interés por su terapia, así como las estrategias de tratamiento y los objetivos a corto y mediano plazo.

En cuanto a sus patrones de desempeño ocupacional el impacto mas importante fue en el aumento de roles ya que ahora asiste a un grupo religioso y a un centro de rehabilitación que anteriormente no formaban parte de sus roles, hábitos y/o rutinas.

### **Contexto**

Julián es independiente al 100% en sus actividades de cuidado personal y actividades básicas instrumentales, cumple ampliamente con su rol de estudiante, hijo, amigo y compañero de escuela. En lo que se refiere al desempeño ocupacional en las áreas cognitivas, psicosociales y de comunicación, estas las realiza sin dificultad, en los contextos familiar, escolar, recreativo y espiritual, sin embargo, presenta problemas de desempeño en el área motora ya que, aunque es capaz de realizar de manera independiente todas las tareas y habilidades motoras estas son lentas e incoordinadas, Su principal reto es emocional ya que debe lidiar con sentimientos de frustración y desaliento ocasionados por la dificultad de desempeño motor.

## **Marcos de Referencia**

### 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.

### Modelo de Ocupación Humana

Se orienta hacia el comportamiento ocupacional y la adaptación de los ambientes de tal manera que permitan la exploración y el desarrollo de la competencia y dominio; proporciona orientación y solución de problemas para identificar y alterar el estilo de vida ocupacional inadaptable.

## **Metas**

Lograr un desempeño satisfactorio en los grados académicos superiores que el cliente está a punto de iniciar

Cambio de dominancia para la escritura

Tener un rendimiento académico a la par que el resto de sus compañeros

## **Objetivos**

Los objetivos de las actividades terapéuticas realizadas con Julián se centraron primordialmente en:

Mejorar la velocidad de escritura de manera bilateral, ya que como se ha mencionado se trabajó sobre la idea de hacer cambio de dominancia y al mismo tiempo de mantener y/o mejorar la funcionalidad del hemicuerpo con secuela.

Corregir la incapacidad para realizar una buena sujeción de la pluma con la mano parética.

Mejorar la calidad de su trazo con ambas manos.

## **Plan de Intervención**

El cliente acudió al servicio de Terapia Ocupacional tres veces por semana, en sesiones de una hora cada día, en donde se realizaron actividades tendientes a mejorar o conservar la funcionalidad de su miembro torácico derecho, a la vez que se trabajaron métodos compensatorios para la limitación motora y desarrollo de nuevas habilidades. Así mismo, se realizó cambio de dominancia para desarrollar habilidades en el desempeño de las tareas de vestido, específicamente abrochar botones y agujetas, además de las que le resultan muy importantes para el buen rendimiento académico relacionado con su habilidad para escribir

De manera conjunta y conforme se avanzó con el plan de tratamiento y el cliente experimento la adquisición de habilidades, se le fueron indicando ayudas técnicas para el desempeño de aquellas tareas que le resultaban esenciales, como la toma de notas en clase mediante el uso de la tecnología, o el diseño y entrenamiento de aditamentos para las actividades de vestido, además de las estrategias terapéuticas para favorecer el cambio de dominancia. Lo que se describe como el principal reto de Julián se resolvió satisfactoriamente.

## **Resultados**

Con el Marco de Referencia Biomecánico como base, se trabajaron con Julián actividades terapéuticas de fortalecimiento de miembro torácico derecho mediante el uso de poleas con peso y actividades de trazo en pizarra a diferentes alturas, con incrementos de 200 grs. cada 7 días, logrando que al termino un periodo de dos meses de tratamiento, Julián incrementara su potencia muscular de 600 grs. a 1500 grs. y su rango de movimiento de hombro de 60° a 110° de flexión y de 45° a 90° de abducción.

Se utilizaron además objetos de diferentes dimensiones para entrenar el cierre y apertura de la mano parética, inicialmente Julián fue capaz de sujetar únicamente un dado de plástico sin peso de 4" X 4", al termino del tratamiento fue capaz de sujetar la pluma y objetos pequeños, mediante movimientos de pinza fina y oponencia.

Con entrenamiento se logró que Julián incrementara su velocidad en las habilidades de escritura. Esto fue posible utilizando actividades de caligrafía, inicialmente libres, posteriormente bajo observación y con uso de cronometro, primeramente se hizo un ejercicio de dibujar tres renglones de círculos con registro de tiempo, posteriormente se trabajaron 10 minutos de cada una de sus sesiones de terapia con ejercicios de caligrafía tradicionales (lluvia, olas, óvalos, círculos, etc. Al término de dos meses de entrenamiento, nuevamente se realizo un registro de tiempo, con el ejercicio inicial de tres renglones de círculos, el cual mejoro notablemente al disminuir sus tiempos de 5 min. con 11 seg. a 2 min. con 35 seg. (Ver anexo nº 5)

También se logró una sujeción mas estable de la pluma mediante el diseño y elaboración de un aditamento (engrosar la pluma) que le permitió a Julián mejorar la calidad de los trazos. Posteriormente fue posible conseguirla en el mercado y solo se le agregó material antideslizante.

## Análisis

Durante el trabajo en este caso clínico se adquirió una nueva perspectiva centrada en la ocupación, como paradigma emergente de la Terapia Ocupacional en México. Los terapeutas ocupacionales formados en una visión enfocada en componentes deberán hacer ajustes a su práctica profesional, de modo que finalmente el mayor beneficio sea para los clientes, al recibir un servicio centrado principalmente en ellos como personas, tomando en cuenta su contexto y ocupación como lo fundamentan los diferentes autores conocidos en el transcurso de este estudio.

El presente caso clínico describe una perspectiva enriquecida del nuevo paradigma de la Terapia Ocupacional y permitirá al lector recibir una visión panorámica del abordaje de un caso cotidiano para cualquier terapeuta experimentado, como lo es el diagnóstico de hemiparesia espástica moderada. Sumando los conocimientos adquiridos al tradicional enfoque médico biomecánico de la discapacidad, se desarrollaron las competencias necesarias para establecer con Julián una mejor comunicación en donde él pudo expresar libremente sus prioridades, se establecieron metas realistas, se tomó en cuenta su desempeño en todos y cada uno de sus contextos, lo cual permitió lograr los objetivos de tratamiento en tiempos record comparado con él mismo.

Al establecer comunicación con Julián y programar sus objetivos de tratamiento de manera conjunta, fue una sorpresa descubrir que sus intereses iban más allá de la simple dificultad motora, pues como dicta el Dr. Kielhofner en el capítulo de “El Proceso de Cambio en la Terapia Ocupacional” – “volición, habituación y capacidad de desempeño son moldeados, mantenidos y modificados al ser utilizados. Lo que las personas hacen y como piensan y sienten acerca de su hacer impulsa el cambio” El Dr. Kielhofner utiliza el término participación ocupacional para referirse a “la persona que hace, piensa y siente en la terapia” lo que implica elección, motivación y significado.

Durante la realización del presente análisis de caso se llevaron records detallados de las tareas incluidas en el plan de tratamiento, lo que permitió no solo dar a Julián una retroalimentación positiva, sino además la oportunidad de visualizar la práctica basada en evidencia.

Por todo lo anterior puedo concluir que un programa de Terapia Ocupacional centrado en la persona y su esencia ocupacional reducirá al mínimo los riesgos de estar enviando al entorno familiar, social, educativo y/o laboral una persona disfuncional.

## **Contribución**

Las secuelas de una lesión del sistema nervioso central, afectan mucho más que la motricidad del individuo, se pone en riesgo su desempeño ocupacional, ya que la motivación y los contextos son factores determinantes que impulsan al individuo como seres funcionales en la sociedad.

El desarrollo de los modelos que guían la práctica de la terapia ocupacional actual a nivel mundial, permite a los terapeutas ocupacionales ampliar sus estrategias de intervención ya que se puede propiciar un mejor acercamiento a las dificultades interpersonales mediante el empoderamiento del cliente para que use sus propios juicios y permitirle tomar la iniciativa en la terapia.

Mi rol como terapeuta ocupacional educador se centró en entrenar, asesorar y proporcionar retroalimentación a Julián, ya que habiendo establecido con él la relación de colaboración y empoderamiento del cliente se mantuvo una idea clara de las metas del tratamiento, se respetó en todo momento la motivación y los intereses propios del paciente, mediante recomendaciones directas a Julián que facilitarían su desempeño ocupacional en las tareas escolares. Esto posiblemente no se hubiera logrado en el enfoque tradicional de la Terapia Ocupacional centrada en las metas del staff médico y no las del cliente.

**Referencias:**

Turner, A. Foster, M. (2003). Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Editorial Elsevier. España

Micheli, F. (2002). Tratado de neurología clínica. Editorial Médica Panamericana, España

Pedretti, L. (2006). Pedretti's Occupational Therapy : Practice Skills for Physical Dysfunction. Editorial Mosby Elsevier, USA

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

Romero, Ayuso D. Moruno, P. (2003). Terapia Ocupacional, Teoría y Técnicas Editorial Masson. España

Kielhofner, G. (2004). Terapia Ocupacional, modelo de ocupación humana; teoría y aplicación. Editorial Médica Panamericana, USA

Grieve, J. (2000). Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales; evaluación de la percepción y cognición. Editorial Médica Panamericana, España

Anexo 1



1/2

Identificación JULIAN P. D. Fecha ABRIL 2008

*Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.*

**Alimentación**

- Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.
- Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
- Dependiente.

**Traslado desde la silla de ruedas /sillón hasta la cama**

- Independiente, es capaz de realizar todos los movimientos necesarios con seguridad.
- Mínima ayuda física o supervisión verbal para realizar con seguridad todas las fases de esta actividad.
- Es capaz de permanecer sentado sin ayuda, pero necesita gran ayuda (persona fuerte o entrenada) para levantarse y/o acostarse.
- Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

**Aseo personal**

- Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.
- Dependiente.

**Levantarse y sentarse en la taza del retrete**

- Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.
- Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa o limpiarse.
- Dependiente.

**Bañarse solo**

- Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.
- Dependiente.

Identificación José W P-A Fecha ABRIL 2008

**Pasear sobre un terreno llano / Propulsar la silla de ruedas**

- Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión (capaz de volver esquinas, girar, maniobrar la silla hasta una mesa /cama / baño,.. etc. no puntuar este ítem en pacientes capacitados para caminar.
- Dependiente.
- Camina solo 45 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.
- Necesita ayuda o supervisión para caminar, pero puede pasear al menos 45 metros con una mínima ayuda.
- Dependiente.

**Subir y bajar escaleras**

- Paciente capaz de subir y bajar un tramo de escaleras sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar barandillas, bastón o muletas si las necesita.
- Necesita ayuda de otra persona o supervisión.
- Dependiente.

**Vestirse**

- Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.
- Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.
- Dependiente.

**Control del esfínter anal**

- Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra él mismo.
- Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio. Episodios de incontinencia ocasionales.
- Incontinente.

**Control del esfínter vesical**

- Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender solo su cuidado.
- Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.
- Incontinente.

TOTAL:

**60**

Identificación JULIAN P. A.

Fecha AGOSTO 2008

*Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o si su estado mental no lo permite a través de un familiar o cuidador considerando su capacidad en los últimos 7 días.*

**Alimentación**

- Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable.
- Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
- Dependiente.

**Traslado desde la silla de ruedas /sillón hasta la cama**

- Independiente, es capaz de realizar todos los movimientos necesarios con seguridad.
- Mínima ayuda física o supervisión verbal para realizar con seguridad todas las fases de esta actividad.
- Es capaz de permanecer sentado sin ayuda, pero necesita gran ayuda (persona fuerte o entrenada) para levantarse y/o acostarse.
- Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado.

**Aseo personal**

- Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.
- Dependiente.

**Levantarse y sentarse en la taza del retrete**

- Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.
- Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa o limpiarse.
- Dependiente.

**Bañarse solo**

- Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.
- Dependiente.

Identificación Jordan P.A. Fecha AGOSTO 2008

DESCRIPCIÓN
<p><b><i>Pasear sobre un terreno llano / Propulsar la silla de ruedas</i></b></p> <p> <input type="radio"/> Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión (capaz de volver esquinas, girar, maniobrar la silla hasta una mesa /cama / baño,..etc. no puntuar este ítem en pacientes capacitados para caminar.  <input checked="" type="radio"/> <del>Dependiente</del> <b>INDEPENDIENTE</b>  <input type="radio"/> Camina solo 45 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.  <input type="radio"/> Necesita ayuda o supervisión para caminar, pero puede pasear al menos 45 metros con una mínima ayuda.  <input type="radio"/> Dependiente.                 </p>
<p><b><i>Subir y bajar escaleras</i></b></p> <p> <input checked="" type="radio"/> Paciente capaz de subir y bajar un tramo de escaleras sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar barandillas, bastón o muletas si las necesita.  <input type="radio"/> Necesita ayuda de otra persona o supervisión.  <input type="radio"/> Dependiente.                 </p>
<p><b><i>Vestirse</i></b></p> <p> <input checked="" type="radio"/> Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.  <input type="radio"/> Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.  <input type="radio"/> Dependiente.                 </p>
<p><b><i>Control del esfínter anal</i></b></p> <p> <input checked="" type="radio"/> Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo administra él mismo.  <input type="radio"/> Necesita ayuda para administrarse enema o supositorio. Episodios de incontinencia ocasionales.  <input type="radio"/> Incontinente.                 </p>
<p><b><i>Control del esfínter vesical</i></b></p> <p> <input checked="" type="radio"/> Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de atender solo su cuidado.  <input type="radio"/> Ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.  <input type="radio"/> Incontinente.                 </p>

TOTAL: 95

### Anexo 3

#### Escala de actividades instrumentales de la vida diaria

#### Escala de Lawton y Brody

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	asignar: <b>1</b> 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	asignar: 1 <b>0</b> 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	asignar: 1 <b>0</b> 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	asignar: 1 1 <b>1</b> 1 0

Lavado de la ropa:	asignar:
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	<b>0</b>
Uso de medios de transporte:	asignar:
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	<b>1</b>
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	asignar:
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	<b>1</b>
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	asignar:
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	<b>1</b>
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	5

Cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

OPHI-II Formato para el Resumen del Reporte Clínico  
 Cliente: JULIAN Edad: 16 Diagnóstico: HEMIP. DER Fecha: ABRIL 2008  
 Terapeuta: AMERICA GARCIA PEÑA Firma del Terapeuta: [Firma]

Clave de Evaluación:  
 4.- Competencia excepcional, funcionamiento ocupacional  
 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.			3		Mantiene un estilo de vida satisfactorio.			3		Formas de vida ocupacional en casa.			3	
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado.			3		Satisface roles y expectativas.			3		Formas del rol ocupacional más productivo.			3	
Espera el éxito.			3		Trabaja hacia sus metas.			3		Formas ocupacionales de recreación.			3	
Acepta responsabilidad.			3		<b>Logra estándares de desempeño personal.</b>			3		Grupo social de vida en casa.			3	
Reconoce habilidades y limitaciones.			3		Organiza el tiempo para sus responsabilidades.			3		Mayor grupo social productivo.			3	
Tiene valores y compromisos.			3		Participa en intereses.			3		Grupo social de recreación			3	
Reconoce obligaciones e identidad.			3		Completó sus roles en el pasado.			3		Espacios físicos, recursos y objetos de su vida en casa.			3	
Tiene intereses.			3		Mantuvo hábitos en el pasado.			3		Mayor rol productivo de espacios físicos, recursos y objetos.			3	
Se sintió efectivo en el pasado.			3		Alcanzó satisfacción en el pasado.			3		Espacios físicos, recursos y objetos de recreación.			3	
Encontró significado y satisfacción en su estilo de vida pasado.			3							Formas de vida ocupacional en casa.			3	
Tomó decisiones ocupacionales en el pasado.			3							Formas del rol ocupacional más productivo.			3	

**Escala de identidad Ocupacional**  
 Medida del cliente: 58  
 Error estándar: 5

**Escala de Competencia Ocupacional**  
 Medida del Cliente: 68  
 Error estándar: 4

**Escala de Contexto Ocupacional(Ambiente)**  
 Medida del cliente: 52  
 Error estándar: 5

Plan de Análisis:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anexo 5

