



INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
INCREMENTO EN LA INDEPENDENCIA Y EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE
UN ADULTO MAYOR CON SINDROME DE GUILLAIN BARRE UTILIZANDO EL
MODELO CANADIENSE Y LA OCUPACION SIGNIFICATIVA
ESTUDIO DE CASO

REPORTE DE PRACTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA
SOFIA HERNANDEZ FERRARA

DIRECTOR
LIC. ANA ISABEL ROMERO TELLEZ

MEXICO D.F.

JULIO 2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la vida y saber que siempre estará conmigo.

A mis padres, que a pesar de todas las carencias que tuvimos, siempre conté con su apoyo incondicional.

A la Dra. Ma. Cristina Hernández Lara de Bolaños.

Directora del Instituto de Terapia Ocupacional por impulsar la profesionalización del terapeuta ocupacional y participación durante los seminarios.

A mi asesora, la Lic. Ana Isabel Romero Téllez, agradezco ampliamente por su valiosa colaboración, por sus aportaciones, su dedicación, sus consejos, y sobre todo, su tiempo para llevar a cabo la realización de mi tesis.

A la Dra. Ma. De los Ángeles Duran Toral, lectora y jefe de servicio por su apoyo incondicional en este proyecto de superación.

A mi esposo Jaime por sus consejos y ayuda en todo momento.

A mis hijos Gustavo, Brandon y en especial a Iván, por todo su apoyo que tuve en esta etapa.

A la Dra. Rosa Lilia Chiquillo Barrios, médico especialista en rehabilitación, quien con su ayuda y motivación me impulsó a no desistir y seguir adelante.

Gracias.

Índice

Resumen	4
Introducción	5
1. Justificación	6
2. Antecedentes	9
3. Procedimiento	15
4. Resultados	31
5. Análisis	33
6. Contribución	34
Referencias bibliográficas	35
7. Anexos	38

RESUMEN

Este trabajo presenta el proceso de terapia ocupacional basado en la persona su contexto y en la ocupación significativa de un adulto mayor de 82 años que padeció Síndrome de Guillain Barré y que dejó como secuelas una parálisis flácida en las extremidades superiores e inferiores lo que le ocasionó una disfunción ocupacional.

El objetivo de la intervención de terapia ocupacional fue que la persona realizará sus ocupaciones significativas, que eran atender su tienda de forrajes, a sus borregos y el cuidado de sus parcelas, lo más óptimo posible.

Se utilizó el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional y el Marco de Referencia Biomecánico, el Modelo de Ocupación Humana y el Modelo Compensatorio.

Se realizó una valoración inicial, Índice de Barthel, tres valoraciones en la etapa intermedia: El índice de Katz, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton, el Listado de roles de Gary KielHofner y de Desempeño Ocupacional; de las cuales surgieron los objetivos y las estrategias de intervención basados, en el Desempeño Ocupacional y las ocupaciones significativas de la persona.

El proceso consistió en tres fases, con un total de 49 sesiones.

Al final del proceso la persona logro retomar de manera independiente sus roles y realizar sus ocupaciones significativas de una manera satisfactoria.

Palabras Clave: Adulto mayor, ocupación significativa, proceso de terapia ocupacional, desempeño ocupacional, síndrome de Guillain Barré.

INTRODUCCION

El síndrome de Guillain-Barre es un trastorno que afecta al sistema inmunológico dañando el sistema nervioso periférico; se caracteriza por una inflamación aguda de múltiples nervios que conduce a una debilidad muscular progresiva rápida, parálisis potencial y trastornos, o pérdida de la sensibilidad. Este síndrome puede afectar a cualquier persona, no respeta edad, sexo ni condición social.

Este estudio de caso corresponde al de un adulto mayor, de 82 años de edad, jubilado desde hace 15 años de una línea de trasportes llamada “Servicios Especiales”, quien presento el síndrome secundario a un cuadro gripal. Esta persona antes de enfermarse era muy activa, realizaba sus actividades sin impedimento alguno, y a raíz de su padecimiento se volvió parcialmente dependiente, tanto de su esposa como de sus hijos, para poder realizar sus actividades de cuidado personal y por tanto, esta situación que vivió le resulto bastante incomoda y frustrante por todas las limitaciones que presento para realizar sus actividades significativas

No obstante la edad y las secuelas adquiridas por el padecimiento; Don Antonio expresaba un impulso interno sobresaliente por volver a ser independiente y retomar todas sus ocupaciones significativas.

Lo que llamo mucho mi interés profesional por dar seguimiento a este caso, fue su impulso interno e interés en la terapia dado que coincidió con mis estudios de la profesionalización del adulto mayor y la ocupación.

1. JUSTIFICACION

A través de las ocupaciones y el desempeño ocupacional, el ser humano es capaz de relacionarse en el medio social; dichas ocupaciones le permiten al adulto mayor organizar y estructurar su vida; así como desarrollar su potencial, e integrarse socialmente en el medio productivo y económico del país.

Por tal motivo es indispensable integrar lo más rápido posible a las personas con una disfunción ocupacional a su medio familiar, social y laboral.

Se entiende por ocupación al grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad (Brea Rivero. 2008).

Los individuos experimentan y expresan significado en sus vidas por medio de sus ocupaciones. Las ocupaciones no sólo tienen significado por sí mismas sino en relación con otras ocupaciones y en la completa organización de la vida. (. Wachholt, 2005)

La ocupación juega un papel clave en la salud de los seres humanos, ya que somos únicos en cuanto a que hemos desarrollado un conjunto complejo y extenso de cosas para satisfacer esta intensa necesidad.(Moruno, Romero 2010).

El ideal ocupacional se ve reflejado por un equilibrio, que corresponde a una distribución balanceada de tiempo entre la convivencia familiar, las actividades de la vida diaria, las productivas, el esparcimiento y el descanso.

Este equilibrio se manifiesta también cuando las habilidades coinciden con la ocupación, el deseo y las necesidades de la persona y de su ambiente.

En este estudio se considera la ocupación significativa “como una actividad, o conjunto de tareas organizadas y nominadas, que se posiciona en un lugar de mayor

importancia en la experiencia vital de la persona que la ejecuta, dentro de todas las actividades realizadas; constituyendo un signo de expresión de su identidad personal e individualidad y/o del sentido de pertenencia al grupo social dentro del cual se lleva a cabo". (Domínguez 2010).

Las ocupaciones significativas se relacionan con la salud, la satisfacción vital y otorgan propósito, direccionalidad y sentido al ciclo vital.

La ocupación es un medio terapéutico para alcanzar una mayor calidad de vida. Desde este punto de vista pueden distinguirse dos tipos de relaciones diferentes entre ocupación y salud (Rivera, Simó 2001).

En la medida en que la ocupación puede constituirse en una forma de dar sentido, significado a la existencia; es un vehículo simbólico que incide en el bienestar psicológico y espiritual del ser humano.

La realización de una ocupación específica, esta determinada por capacidades, destrezas o aptitudes y puede utilizarse como medio para el mantenimiento, mejora y recuperación de las estructuras corporales, funciones psicológicas, sociales, laborales y culturales de las personas.

Para la utilización de la ocupación como medio terapéutico, es necesario el análisis de las actividades y las tareas que componen cada ocupación para poder emplearlas como método rehabilitador. Este análisis constituye el razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales y es la base para adaptar y graduar las actividades utilizadas en el tratamiento.

La ocupación como medio terapéutico se trata de un proceso en el que se calibran las propiedades intrínsecas de una determinada actividad, tarea u ocupación respecto a

su utilidad para motivar al paciente y satisfacer sus necesidades ocupacionales (Llorens, 1993).

El síndrome de Guillain-Barré o polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda, tras la virtual eliminación de la poliomielitis, se ha convertido en la principal causa de parálisis flácida en el mundo occidental (Hahn 1998). Aunque la mayoría de los casos aparecen en la adolescencia tardía y en adultos jóvenes, se describe un segundo pico de incidencia en la vejez de hasta 8.6 casos por 100,000 habitantes mayores de 70 años. (Hahn, 1998).

Mediante la Terapia Ocupacional se pueden beneficiar a los adultos mayores con discapacidades físicas, disfunción social o en situación de alto riesgo de desarrollarla. (Corregidor Sánchez, 2010). Uno de los principales objetivos de la Terapia Ocupacional es el mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores para que puedan realizar sus actividades de la vida diaria, cumplir sus funciones y roles en la familia y en la comunidad, y así poder ajustar la forma en que se desempeñan para poder cubrir sus necesidades de acuerdo a la edad, a los cambios, los padecimientos, los trastornos o discapacidades y, por lo tanto, mejorar su desempeño ocupacional y su dignidad.

2. ANTECEDENTES.

Desde el momento de la concepción, los seres humanos sufren procesos del desarrollo. A lo largo de las diferentes etapas de la vida, las personas presentan cambios físicos, cognitivos y psicosociales, así como también algunas de las características físicas permanecen estables. (Papalia, 2005).

Lo importante es entender que cada etapa de la vida tiene su tiempo, y que las maravillas de la infancia son quizá sombras en la edad adulta, así como los logros de esta etapa se verán coronados durante la vejez. (Villa, 2007)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en México y en los países en desarrollo se alcanza la vejez cuando se llega a los 60 años de edad cronológica. (Villa, 2007).

Desde el punto de vista médico, la vejez es un proceso que disminuye poco a poco la vitalidad humana. El declive humano comienza a partir de que se alcanza el umbral de su desarrollo máximo; este punto se sitúa cerca de los 30 años, por tanto, a partir de esta edad inicia la disminución de las funciones corporales, y se puede decir que ahí da inicio la vejez. (Villa, 2007).

La ocupación juega un papel clave en la salud de lo seres humanos, ya que somos únicos en cuanto a que hemos desarrollado un conjunto complejo y extenso de cosas para hacer. (Corregidor Sánchez, 2010)

Cualquier alteración en salud crea un desequilibrio en la persona, que al prolongarse puede provocar una disfunción.

La palabra disfunción se utiliza, para indicar una incapacidad crónica o temporal para manejar y participar en los roles, las relaciones y las ocupaciones esperadas de una

persona de similar edad y cultura. En las causas de la disfunción pueden incluirse los factores físicos, sociales, psicológicos o ambientales.

Reed y Sanderson (2001) postulan que la disfunción ocupacional puede producirse siempre que ocurra algún cambio en la capacidad del individuo para adaptarse o ajustarse mediante las ocupaciones; puede deberse a cambios súbitos en el entorno interno y/o externo, y también cambios a largo plazo, como un retraso en el desarrollo o una enfermedad degenerativa lenta; puede conllevar el cambio en el potencial de desempeño en las áreas ocupacionales, en los componentes de la ejecución o en ambos; la disfunción ocupacional puede ser originada por un único problema, o por la combinación de varios de ellos.

La disfunción ocupacional es el problema central que se aborda en Terapia Ocupacional. Nuestra perspectiva es diferente a la del modelo médico, que ve la disfunción como una enfermedad. Los terapeutas ocupacionales nos ocupamos investigar cómo esta enfermedad provoca un fallo o dificultad en el desarrollo de patrones saludables de ocupación. La disfunción ocupacional es específica de cada persona.

Puesto que la ocupación es parte de la condición humana, las personas no pueden desarrollarse plenamente como seres humanos cuando están privadas de la ocupación. La disfunción ocupacional reduce la calidad de vida, es origen de sufrimiento, llegando a perder su sentido de competencia. La disfunción ocupacional implica una disfunción vital, ya que la continuidad y el sentido global de la vida se ven amenazados. (Polonio, Durante y Noya; 2001)

Síndrome de Guillain Barre

Más de 100 años han pasado desde que Sir William Osler describió lo que hoy conocemos con síndrome de Guillain-Barré el cual, tras la virtual eliminación de la poliomielitis, se ha convertido en la principal causa de parálisis flácida en el mundo occidental.(Hahn A; 1998).

Definición

El Síndrome de Guillain Barré se caracteriza por una inflamación aguda de múltiples nervios que conduce a debilidad muscular progresiva rápida, parálisis potencial y trastornos o pérdida de la sensibilidad. La inflamación causa daño de la vaina de mielina que envuelve las fibras nerviosas del SNC; en los casos más graves también produce daño axónico. En algunas circunstancias, el comienzo de la inflamación puede ser más gradual, aunque es improbable.

Causas.

La causa exacta del Síndrome de Guillain Barré se desconoce, sin embargo, con frecuencia aparece después de una recuperación de una enfermedad viral, de una operación o de una inmunización. El diagnóstico se hace sobre la base de la presentación clínica con las características antes mencionadas y con el hallazgo de una concentración elevada de proteínas en el líquido cefalorraquídeo obtenido éste por punción lumbar.

El síndrome de Guillain Barré puede producir la muerte por insuficiencia respiratoria a causa de la parálisis o por de las complicaciones secundarias de la parálisis, pero habitualmente es una enfermedad transitoria de las unidades motoras que termina en recuperación completa. Algunas personas pueden experimentar debilidad residual, como resultado de la hipoxia prolongada en al fase aguda.

Este Síndrome puede adoptar una forma leve, que produce paresia solo en las extremidades inferiores, o en una forma grave, que da lugar a una cuadriplejía e insuficiencia respiratoria. La extensión de la enfermedad depende directamente de cuáles y cuántos nervios están afectados.

El proceso patológico generalmente cursa en tres etapas: la fase aguda, que comienza con el inicio de los síntomas y dura hasta que ya no presenta ningún síntoma nuevo; la fase de meseta, que se caracteriza fundamentalmente por la ausencia de cambios importantes; y la fase de recuperación, que es cuando se produce la remielinización y la regeneración axónica y el paciente comienza a mostrar síntomas de mejoría. La fase aguda suele durar de 1 a 3 semanas.

La fase de meseta puede prolongarse de varios días a 2 semanas. La fase de recuperación abarca entre 6 meses y 2 años.

El Síndrome de Guillain Barré puede presentarse en todas las personas en cualquier etapa de la vida (Reed, 2001)

El síndrome de Guillain-Barré es una enfermedad que ocurre a cualquier edad, incluso en los ancianos, en la que no hay diferencias en el comportamiento clínico comparado con los jóvenes y, al parecer, el adulto mayor presenta la variante axonal más frecuente.

Las alteraciones del sistema inmunológico debidas al envejecimiento quizá están relacionadas a la mayor frecuencia de recaídas en el anciano. (Hanh 1998).

Epidemiología.

En el mundo se reporta una incidencia anual de 1 a 3 cada 100,000 habitantes. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo, con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven y otra en ancianos. (Melano, Carrillo, Gulias y Col; 2004).

Déficit.

Los pacientes pueden experimentar trastornos en las habilidades de procesamiento sensitivo, neuromusculoesqueléticas y motoras. Pueden no tener sensibilidad o presentar hipersensibilidad. Las parestesias pueden ser particularmente dolorosas. Pueden presentarse trastornos en el rango de movimiento, el tono muscular, la fuerza muscular, la resistencia, el control postural o la integridad de los tejidos blandos. Con frecuencia existe escasa coordinación y control motor tanto por la debilidad motora proximal y distal como por los cambios sensitivos. También pueden mostrar deficiencias en el control motor oral, que conducen a déficit de la deglución y los colocan es riesgo de aspiración. Estos deterioros tienen una influencia enorme sobre la capacidad de la persona para participar en actividades de cuidado personal y ocupaciones valoradas (Reed, 2001).

Intervención de Terapia Ocupacional

El rol del terapeuta en la etapa aguda es determinar en que nivel puede participar el paciente. Habitualmente, los terapeutas intervienen cuando la persona se encuentra en el respirador, lo que limita su capacidad de participar. La evaluación debe centrarse después en el examen del rango de movimiento pasivo y activo, la fuerza, el posicionamiento en la cama para el cuidado de la piel y respiratorio, la integridad de

los tejidos blandos, el tono muscular, la coordinación y la sensibilidad. Puede ser necesario que los terapeutas proporcionen férulas y posicionamiento especializado para evitar la pérdida del rango de movimiento y los cambios en la integridad de los tejidos blandos, así como para disminuir la intensidad del dolor.

Para los pacientes que ya no dependen del respirador, el terapeuta puede completar la evaluación de las deficiencias en la deglución y la motricidad oral que afectan a la capacidad de alimentarse en la misma habitación.

El terapeuta ocupacional en internación, evalúa las actividades de cuidado personal deseadas, como aseo, vestido, arreglo personal, alimentación y evacuación intestinal y vesical independiente; habilidades motoras, como movilidad en la cama, traslados, movilidad en la silla de ruedas y deambulación funcional durante el desempeño en las tareas; y otras actividades ocupacionales valoradas relativas a educación, trabajo, recreación y participación social. La evaluación posterior se basa en desarrollar hipótesis sobre el déficit específicos que causan las dificultades con estas tareas.

La terapia ocupacional concibe a la persona mayor como un miembro activo y participativo en su entorno social, cultural y espiritual. El principal objetivo es el de mejorar la capacidad de las personas mayores para realizar sus actividades de la vida diaria; para cumplir sus funciones (ocupaciones) en su hogar y en la comunidad; para ajustar la forma en que funcionan según las necesidades de edad relacionados con los cambios, trastornos o discapacidades y, por lo tanto, para mejorar su dignidad. (Sánchez Corregidor, 2010)

3. PROCEDIMIENTO

Caso Clínico:

EDAD: 82 años.

NOMBRE: Antonio G. C.

FECHA DE NACIMIENTO: 14 de mayo de 1929

DIAGNOSTICO PRIMARIO: Síndrome de Guillain Barré

DIAGNOSTICO SECUNDARIO: Cuadriparesia flácida

CONTRAINDICACIONES: Están contraindicados los programas agresivos de ejercicios de exigencia física ya que esto puede causar aumento de la debilidad muscular.

Motivo por el cual fue referido al servicio de terapia ocupacional.

Es referido a Terapia Ocupacional por el médico de Medicina Física y Rehabilitación, del Hospital Regional en el que laboro para realizar, valoración de AVD (Actividades de la Vida Diaria), entrenamiento de las deficiencias obtenidas en las valoraciones, así como trabajar funciones básicas de mano.

El perfil ocupacional se recabo en el servicio de terapia ocupacional como parte del proceso de atención.

El Sr. Garduño vive con su esposa Jovita y con uno de sus hijos en casa propia de dos plantas. Con 82 años de edad, nació en San Miguel Chapultepec, municipio de Tenango del Valle en el Estado de México, de religión católica y el mayor de ocho hermanos, todos sus hermanos estudiaron una carrera a excepción de el, no por falta de recursos sino por convicción propia y solo estudio la primaria, al tener 15 años de edad comenzó a trabajar en el campo y acompañaba a su padre a comprar ganado

en el norte del país, es de carácter tranquilo. Se casó a los 18 años de edad, es padre de 8 hijos, diecisiete nietos y bisabuelo de catorce bisnietos.

Se desempeñó como operador de la línea de autobuses llamada, “Servicios especiales”, de la que se jubiló hace quince años. Antes del padecimiento se dedicaba a la venta de forrajes en una tienda de su propiedad, así como a la crianza de borregos para su comercialización, tiene terrenos de siembra, que por su situación de salud ya no puede trabajarlos y decidió rentarlos para ayudar con los gastos de la casa.

Don Antonio tiene muchos amigos, le gusta convivir mucho con la gente, salir los fines de semana con la familia, ver televisión sobre todo documental de animales como perros y especialmente caballos ya que en su juventud fue charro campero, su vida social era activa y además tiene un carácter muy agradable.

Don Antonio se ve en la necesidad de usar silla de ruedas para sus desplazamientos y era auxiliado por uno de sus hijos, ya que caricia de fuerza en las cuatro extremidades al presentar síndrome de Guillain Barré, quedando totalmente dependiente en todas las actividades de cuidado personal, excepto en la alimentación, la cual realizaba con cubiertos que se le adaptaron, al inicio del tratamiento.

Después de tres meses de tratamiento, se revaloró a persona encontrándose independiente en todas las actividades de cuidado personal, requiriendo un mínimo de ayuda para bañarse.

Asistía a rehabilitación 3 veces por semana, en compañía de uno de sus hijos, en donde recibía terapia física y terapia ocupacional. Los otros días, realizaba terapia en casa por medio de su familia y a la cual le ponía mucho interés.

Los hábitos y rutinas que lleva a cabo actualmente son: hacer caminata por la mañana, realiza actividades y juegos para mejorar fuerza, coordinación y realizar un programa de actividades terapéuticas y ejercicio por la tarde.

En su rol de esposo deseaba ser más participativo con su esposa en las actividades que ella realizaba como poner la mesa, servir la comida, lavar los trastes, preparar el café, etc. como abuelo no tuvo problemas pues sentado platicaba y jugaba con sus nietos y bisnietos. En su rol de paciente se desempeña con gran responsabilidad, interés, paciencia y compromiso desde que inició su tratamiento.

En la actualidad Don Antonio logró retomar sus roles y se reintegró a su ocupación significativa lo cual lo tiene muy contento y satisfecho.

Marcos de Referencia utilizado.

Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.

Es un modelo que se desarrolló en 1997, el cual describe el punto de vista canadiense de la filosofía y proceso de Terapia Ocupacional sobre la relación dinámica y entrelazada de las personas, su medio ambiente y la ocupación, que resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida. (CAOT. 1997)

El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, ve a las personas como seres ocupacionales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en las ocupaciones de su medio ambiente y que puedan participar como compañeros dentro de una práctica centrada en la persona. (Simó S, Urbanowski, 2006). Figura 1.

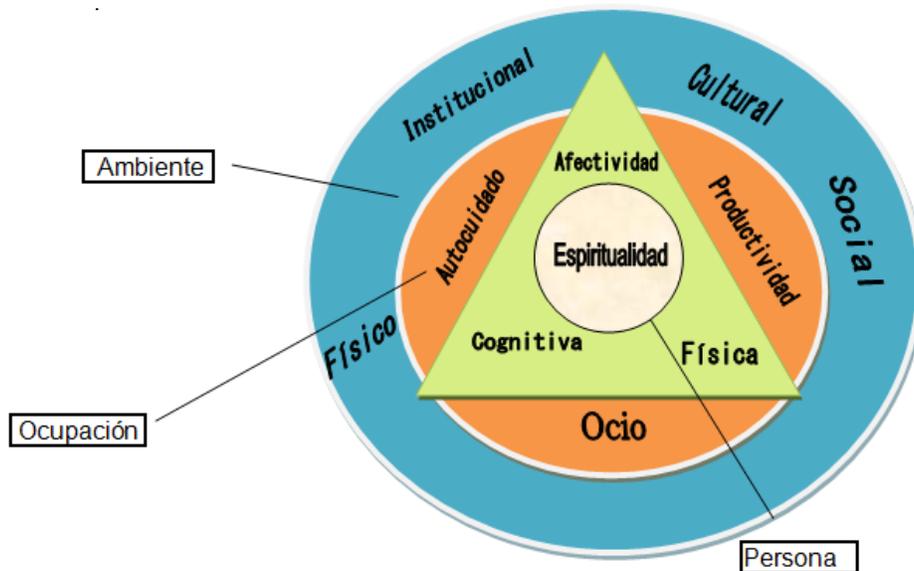


Figura 1. Representación gráfica del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, con las tres dimensiones: Persona, con la espiritualidad como su esencia; ocupación y el medio ambiente.

Marco de Referencia Biomecánico

El Marco de Referencia Biomecánico se utiliza para tratar a individuos con limitaciones en la actividad causadas por deterioros como consecuencia del daño de estructuras y funciones corporales biomecánicas, incluidas la inestabilidad estructural, disminución de la fuerza, la limitación de la amplitud y la escasa resistencia. El principio básico que preside este enfoque es que el desempeño ocupacional, puede recuperarse tratando los deterioros subyacentes que limitan el desempeño de las actividades (Hagedorn, 1997; Trombly, 1995).

El tratamiento se centra en prevenir o disminuir el deterioro a través del uso de la actividad y ejercicio, que pueden ser de propósito o de rutina. Es posible que las modalidades de tratamiento no sean intrínsecamente significativas para la persona, pero se considera que el significado se crea por medio del objetivo final, cuyo propósito es restablecer la capacidad de participar en la ocupación.

El Marco de Referencia Biomecánico tiene su fundamento en las ciencias biomecánicas; que son reduccionistas, es decir, que se aplican para corregir el problema subyacente para restablecer la salud (Yerxa, 2001).

Los profesionales de Terapia Ocupacional que usan el Marco de Referencia Biomecánico pueden aplicar este conocimiento a un programa de tratamiento que restablece el desempeño ocupacional. Su principal ventaja es que trata directamente los deterioros que limitan el desempeño ocupacional.

Modelo de Ocupación Humana

El Modelo de Ocupación Humana surgió gracias a los esfuerzos para establecer una guía teórica de la práctica que reflejara una centralización en la ocupación. Se introdujo inicialmente en la década de 1980.

El Modelo de Ocupación Humana proporciona una forma de pensamiento sobre la adaptación ocupacional de las personas y del proceso de la terapia ocupacional. Sus conceptos tratan la motivación para la ocupación, la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, la naturaleza del desempeño experimentado y la influencia del ambiente sobre la ocupación. El modelo proporciona un marco amplio de trabajo para reunir datos sobre las circunstancias de los pacientes, para generar un conocimiento de las fuerzas y limitaciones ocupacionales de estos y para seleccionar e implementar una intervención de terapia ocupacional.

El Modelo de Ocupación Humana concibe al ser humano como un compuesto por tres elementos: volición, habituación y capacidad de desempeño. La volición se refiere al proceso por el que las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden que hacer. La habituación se refiere a un proceso en el que las personas organizan sus

acciones en patrones y rutinas. La capacidad de desempeño se refiere tanto a las capacidades mentales y físicas objetivas subyacentes de las personas como a su experiencia vivida que moldea el desempeño.

Marco de Referencia Compensatorio

Este marco de referencia está basado en la creencia de que los seres humanos somos seres funcionales y de que nuestro bienestar depende de nuestra habilidad para funcionar, independientemente de los medios. Resalta el beneficio secundario adquirido a través de la mejora de la realización de la actividad u ocupación a pesar de las posibles disfunciones físicas, cognitivas, psicológicas o sociales. Diversos métodos compensatorios pueden ser utilizados para realizar una actividad.

El objetivo principal radica en la realización exitosa de una actividad que permita al individuo sobrevivir en sociedad, más que en lograr una modificación en los atributos anatómicos, fisiológicos o psicológicos.

La compensación puede ser utilizada para facilitar la actuación en diversas actividades de la vida diaria a través del uso y de la adaptación del resto de las habilidades y fuerzas mediante la adaptación de las actividades o a través de la provisión de medios compensatorios externos.

Evaluaciones Realizadas

Las evaluaciones se aplicaron en tres etapas diferentes, de acuerdo a la evolución y necesidades.

1a. etapa. Índice de Barthel (1965. Mahoney, F: I: y Barthel, D. W). Evalúa la independencia en las actividades de la vida diaria.

2a. etapa Índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz. (INSERSO, 1994, Ford, Katz y Adams, 1965, Steinberg y Frost, 1963). Se basa en la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor.

2a. etapa Escala de actividades básicas instrumentales de Lawton y Brody. (1969). Es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores. y al final de esta etapa de aplico El Listado de Roles. Oakley, Kielhofner y Barris 1985. Es un formulario de autoevaluación acerca de 10 roles en el cual la persona indica primero si los desempeño, si participa actualmente en ellos y/o si planea realizarlos en el futuro.

3a. Desempeño Ocupacional. Instrumento de Tamizaje. 2º. 1994. Utilizado para detectar la autopercepción del cambio en los problemas de desempeño ocupacional.

Análisis del Desempeño Ocupacional

El análisis del desempeño ocupacional nos proporciona información sobre los componentes ocupacionales inherentes a la persona, ocupaciones y ambiente mediante los cuales realizaba su desempeño ocupacional. A continuación se hace una descripción de estos:

Don Antonio carecía de fuerza para realizar sus desplazamientos y manejar la silla de ruedas en forma independiente, por lo que era auxiliado por uno de sus hijos. Era totalmente dependiente en todas sus actividades de cuidado personal, excepto en la alimentación, por la debilidad muscular que estaba presentando se le realizaron, adaptaciones a los cubiertos y se enseñó la técnica de alimentación. Esta situación que vivió le resultó incómoda y frustrante por todas las limitaciones que implicó dicha enfermedad.

Toda esta dependencia que presentó conllevó a que sus patrones de desempeño se vieran interrumpidos, tales como sus hábitos, rutinas, roles y participación social, ya que gustaba de salir los fines de semana con toda la familia a disfrutar de un día de campo o, simplemente disfrutar de la naturaleza. A pesar de las limitaciones que presentó, es una persona positiva, cooperadora, amable y respetuosa.

En las habilidades motoras, Don Antonio fue capaz de mantener la postura de sentado en su silla de ruedas y tuvo la capacidad de corregir su postura cuando se iba de lado, los pies se encontraban bien alineados, tenía cruce de la línea media con ambos brazos, la función de las manos era voluntaria pero torpe, era capaz de realizar algunos agarres gruesos con los dedos entrelazados, realizó movimientos a diferentes alturas y distancias.

En las habilidades de comunicación e interacción, no presentó problema alguno para mantener una conversación y relacionarse con las personas. En cuanto a sus actividades cognitivas no presento problemas. Emocionalmente se percibe equilibrado y positivo, con un impulso interno fuerte y deseoso de salir adelante para realizar sus ocupaciones, con buen sentido del humor y sin problemas para relacionarse con las personas. Sensorialmente refirió ligera hipo sensibilidad en la yema de los dedos de las manos, con una relación viso espacial y esquema corporal sin alteraciones.

El medio ambiente físico en el que se desarrolló era seguro, sin barreras arquitectónicas que le limitaran sus traslados.

En el ambiente social, por el momento, solo veía la televisión en compañía de su esposa, era visitado por sus amigos, vecinos y familiares para platicar y se incorporó a juegos de mesa.

Resultados obtenidos de las evaluaciones.

Primera intervención.

Índice de Barthel. Arrojó una total dependencia en sus actividades, a excepción la de alimentación la que realizaba mediante cubiertos modificados.

Segunda intervención.

Índice de Actividades Básicas de la Visa Diaria de Katz. Arrojó una parcial independencia en sus actividades de vida diaria, exceptuando el alimentarse en la que presentó total independencia.

Escala de Actividades Básicas Instrumentales de Lawton y Brody. Se observó capacidad para usar el teléfono y mantener una conversación, para trasladarse requirió de un acompañante, incapacidad para preparar alimentos, responsabilidad con los horarios y dosis de sus medicamentos. Inició deambulación con ayuda de una andadera.

Listado de roles. Para evaluar sus roles.

Tercera intervención.

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense) 2ª Edición.

Se pudo observar la importancia que la persona da a sus diferentes áreas ocupacionales y nivel de satisfacción. Para la identificación de problemas en el desempeño ocupacional que a Don Antonio le preocupaban se determinaron en cuanto a su importancia, siendo 10 lo más importante y 0 lo menos significativo, en las diferentes áreas y a continuación se mencionan:

Cuidado personal: Para Don Antonio el vestirse, bañarse y alimentarse, no eran problema, porque ya era independiente en estas actividades.

Movilidad funcional: Deambulaci3n en terrenos irregulares 10, mientras que subir y bajar escaleras 8.

Manejo en la comunidad: Realizar pagos y compras, 10.

Productividad: Atender su tienda y sus terrenos de siembra, 10.

Manejo del hogar: tender su cama, 10.

Juego/Escuela: Juegos de mesa, 10.

Esparcimiento: Ver la televisi3n, 10.

Actividad recreativa: Salir a caminar, 10.

Socializaci3n: Recibir visitas, 10.

En forma conjunta con Don Antonio, se escogieron los 5 problemas m1s importantes, los resultados fueron los siguientes: que se muestran en la tabla 1

	Valoraci3n Inicial	
	Desempe1o	Satisfacci3n
Caminar con mayor seguridad	5	8
Ba1arse totalmente s3lo.	6	9
Poder realizar compras y pagos.	2	8
Manejar su autom3vil.	1	9
Atender su tienda.	2	9

Puntaje total = Los puntajes totales del desempe1o o satisfacci3n entre n1mero de problemas.

Puntaje de Desempe1o=3

Puntaje de Satisfacci3n=8.6

Con la intervenci3n de terapia ocupacional centrada en los intereses y deseos de la persona que es considerada como ser 1nico, se logr3 mejorar su independencia en

habilidades vitales así como su integración productiva, siendo capaz de atender su tienda, salir a la calle, seguridad para desplazarse a sus terrenos de siembra, retomar sus roles de esposo, padre, abuelo y su integración a su ambiente social.

Objetivo general

Recuperar sus ocupaciones significativas de:

Atender su tienda de forrajes, crianza de borregos y cuidado de sus parcelas de siembra.

Objetivos específicos de la primera etapa

Realizar actividades de propósito o rutina para, iniciar su independencia en actividades de vestido, higiene, bañarse y de traslados.

Aumentar amplitud de movimiento articular, fuerza y resistencia muscular, para lograr una mayor capacidad en su desempeño ocupacional y de esta manera irse integrando poco a poco a su ocupación para alcanzar su total independencia.

Descripción de la primera intervención

Se realizó la valoración del Índice de Barthel, que evalúa la independencia en las actividades de la vida diaria, obteniendo como resultado, total dependencia en las actividades de la vida diaria excepto la de alimentación ya que la realizaba, con cubiertos modificados.

La intervención tuvo una duración de dos meses, con tres sesiones por semana, es decir, un total de diecisiete sesiones, las cuales se llevaron a cabo en el servicio de Medicina Física y rehabilitación del Hospital regional en el que laboro.

De acuerdo a las pruebas aplicadas y resultados obtenidos, se diseñó un plan de tratamiento para sus problemas y necesidades, siendo el más importante, el sistema motor.

Las intervenciones consistieron en diferentes actividades que estimularan:

Los Cambios de postura, para evitar puntos de presión a nivel de sacro, codos y talones.

Cuidados generales del cuidado de la piel y lubricación.

Alineación de segmentos en la silla de ruedas.

Enseñar el uso correcto de la silla de ruedas y sus componentes, para tener el conocimiento de esta y poder así realizar sus traslados.

Movilizaciones pasivas a las cuatro extremidades, para evitar la atrofia y preparar para la función.

Enseñanza de las diferentes técnicas de traslados.

Se intervino en la sensibilidad a través del tacto, la presión, la vibración con diferentes texturas y semillas.

Se trabajó en un tablero de madera, simulando las actividades de la vida diaria como: abotonar, desabotonar, subir y bajar cierres, meter y sacar agujetas, broches de presión. Además se trabajo el: vestido y desvestido, alimentación independiente, adaptación de utensilios, para la alimentación, higiene personal: lavarse la cara, los dientes, afeitarse, la barba, ponerse crema en la cara, colocarse su gorra. Se favoreció la interacción con su familia y amigos, la participación asistida en juegos de mesa con sus amigos. En relación a su productividad lo llevaban a su tienda de forrajes para la supervisión de sus empleados. Estaba por periodos de tiempos de hasta una hora de dos a tres veces por día. Se le adapto un timbre para pedir

asistencia en las actividades que no podía realizar, como pesar el alimento, amarrar las bolsas, alcanzar los productos de un estante, etc.

Segunda intervención

Análisis del desempeño ocupacional

Don Antonio realizó de forma independiente sus actividades cuidado personal, requiriendo un mínimo de ayuda para las actividades de higiene pero no para las instrumentales tales como: utilizar el transporte público, realizar compras ni pagos bancarios y requerir ayuda para preparar alimentos. Se logró que realizara las diferentes técnicas de transferencias, así como mantenerse en posición bípeda por tiempos cortos, inició marcha muy lenta con ayuda, una mayor participación con su familia saliendo los fines de semana a días de campo

Objetivo general

Recuperar sus ocupaciones significativas de:

Atender su tienda de forrajes, crianza de borregos y cuidado de sus parcelas de siembra.

Objetivos específicos

Iniciar uso de andadera para mayor independencia en la realización de sus actividades de vida diaria y poder llevar a cabo su ocupación.

Mejorar sus desplazamientos para lograr mayor independencia en sus traslados dentro y fuera de su casa.

Salir de la casa para convivir más con sus amigos y vecinos para incorporarse socialmente.

Aumentar los tiempos de atención en la tienda, realizar cuentas de manera independiente, pesar productos, acomodarlos en los estantes, manejo de dinero.

Descripción de la intervención

Se llevó a cabo durante dos meses, asistiendo al servicio de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Regional en el que laboro, acudiendo dos veces por semana con un total de dieciocho sesiones.

Se aplicaron pruebas de acuerdo a la evolución que se obtuvo en la primera intervención, y se diseñó el plan de tratamiento.

Se trabajaron actividades en posición bípeda para fortalecer, cintura pélvica.

Se realizaron actividades en posición bípeda simulando su ocupación como: pesar diferentes tipos de alimento para animales y colocarlos dentro de bolsas de plástico, de papel y acomodarlos a diferentes alturas.

Se trabajó con pelotas de diferentes tamaños y pesos.

Se simuló la actividad de oficina mediante la escritura, realización de cuentas, abrir y cerrar cajones, engrapar, perforar etc., acomodar cosas de diferentes pesos en lugares altos y bajos.

Se realizaron actividades al aire libre tales como: botar y aventar la pelota a la pared y atraparla; quitarle las hojas secas a las plantas, arboles pequeños, acomodar piedras de diferentes tamaños y pesos, regar las plantas con una regadera manual.

Tercera intervención

Análisis del desempeño ocupacional

Don Antonio fue independiente en sus actividades de vida diaria así como para las instrumentales, requiriendo un mínimo de ayuda para realizarlas, en las actividades de traslación caminó por periodos largos, con el apoyo de un bastón de cuatro puntos y por su hijo, también se incorporó a sus roles de padre, esposo, amigo y abuelo.

Don Antonio retomó la actividad de caminar y para realizarla contó con la compañía de su hijo quien le brindó más seguridad, y valiéndose de un bastón de cuatro puntos se sintió con más independencia para realizar varias actividades como: atención de su tienda, realización de sus compras y pagos, visitó a los amigos y vecinos, participó en las labores de la casa; comenzó a manejar su automóvil con el apoyo y vigilancia de su hijo porque deseaba desplazarse más lejos de su casa para vigilar sus terrenos de cultivo.

Objetivo general

Recuperar sus ocupaciones significativas de:

Atender su tienda de forrajes, crianza de forrajes y cuidado de sus parcelas de siembra.

Objetivos específicos

Usar el bastón de un punto de forma permanente (por su edad y dadas las circunstancias del padecimiento que lo aquejó) para desplazarse a su tienda y a sus terrenos de cultivo.

Retomar sus funciones como jefe de familia y miembro activo de la sociedad.

Manejar libremente su automóvil.

Retomar sus actividades ocupacionales de forma permanente y segura.

Descripción de la intervención

Se llevó a cabo durante un mes asistiendo al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional en el que laboro dos veces por semana con un total de nueve sesiones.

Se trabajó la marcha en diferentes superficies como: área verde, camino empedrado, subir y bajar escaleras y rampas, así como sortear obstáculos y barreras arquitectónicas que se encuentran en el camino para mayor seguridad en sus desplazamientos y poder así realizar su ocupación.

Se incorporó a sus roles de esposo, padre, abuelo, amigo y su participación en la comunidad para ser miembro activo de la sociedad.

Don Antonio realizó una prueba de manejo, a fin de determinar si era factible el uso del automóvil; y de esta manera logró la independencia que tanto deseaba y así pudo integrarse totalmente a su ocupación.

4. RESULTADOS

La intervención consistió en tres etapas, en silla de ruedas, posición bípeda y deambulaci3n asistida con un bast3n.

Primera intervenci3n

Inicio en silla de ruedas: Se logr3 que Don Antonio se trasladara de su cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas a la silla del comedor, al sill3n de la sala, y a la taza del ba1o.

La presi3n manual fue m3s precisa y con m3s fuerza; logr3 vestirse y desvestirse, meter y sacar agujetas, abotonar y desabotonar, subir y bajar cierres.

Se lav3 los dientes, as3 como lavarse y afeitarse la cara, ponerse crema, quitarse y ponerse su gorra o sombrero. Se alimentaba ya sin cubiertos modificados. Supervisaba las actividades en la tienda tres veces al d3a por periodos de hasta una hora, pidiendo apoyo por medio de un timbre.

Segunda intervenci3n

Dej3 de usar la silla de ruedas y se trasladaba por medio de una andadera en el exterior e interior de su casa. Realizaba todas sus actividades de higiene. Se logr3 tener mayor precisi3n y fuerza en las actividades que implican pinza fina como: dar cambio, abrir un caj3n, amarrar bolsas con mercanc3a, bajar y subir objetos de diferentes pesos y alturas. Aument3 el tiempo de atenci3n en la tienda qued3ndose hasta cuatro horas por la ma1ana y por la tarde.

Adquirió y mantiene la capacidad para usar el teléfono y mantener una conversación; tiene la responsabilidad con los horarios y dosis de sus medicamentos. No realizó trámites bancarios ni administrativos.

Tercera intervención

Se traslada de manera independiente con la ayuda del bastón de un punto. En el exterior y en sus terrenos de siembra, sale solo a la calle. Es completamente independiente en sus actividades de cuidado personal, pudiendo prepararse alimentos como: un café, una torta, servirse agua de una jarra, destapar un refresco. Puede realizar pagos y compras en compañía de su hijo.

5. ANALISIS

Se selecciono este caso, por ser un padecimiento que no se presenta frecuentemente en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación, así como por tratarse de un adulto mayor que demostrado grandes deseos de recuperarse y que siempre vio la vida de forma positiva, su principal necesidad era mantener sus ocupaciones significativas, tanto en actividades de cuidado personal, como productivas y recreativas ya que para él eran de suma importancia.

Para poder realizar una intervención de terapia ocupacional lo primero que se hizo fue: valorar su independencia en las actividades de cuidado personal, así como en las instrumentales y evaluar capacidad de desempeño. Una vez realizadas las valoraciones, se prosiguió a la planificación de actividades que incluyeran desarrollo de las destrezas necesarias para alcanzar los objetivos pactados con Don Antonio y la familia. Para lograr las actividades ocupacionales, se realizaron programas, los cuales fueron dirigidos a las necesidades de Don Antonio, haciendo modificaciones estructurales del entorno para un mayor entrenamiento funcional.

Una vez terminada la intervención de Terapia Ocupacional los resultados fueron excelentes ya que Don Antonio logro integrarse a su ocupación significativa y retomar sus roles en un 90 %.

6. CONTRIBUCION

Es sabido que la realización de ocupaciones significativas mediante una forma equilibrada, contribuye al desarrollo y mantenimiento de sus estructuras físicas, psicológicas, afectivas y sociales. (Fernández Ballesteros, 1998).

En el ejercicio de la profesión se emplea la ocupación que puede ser utilizada terapéuticamente ya sea para, conservar o recuperar aquellas capacidades, enlentecer el deterioro, habilidades y destrezas afectadas que frenen la independencia ocupacional.

La intervención de terapia ocupacional se basa en una continua interacción de la persona, sus ocupaciones y de los entornos físicos y sociales en los que se desempeña.

Mantener el funcionamiento ocupacional en los adultos mayores es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo y sentimientos de inutilidad. Por tal motivo, es necesario mantener a nuestros adultos mayores realizando actividades de su interés y significado en las áreas recreativas, de aprendizaje, profesionales o sociales; las cuales contribuirán a la orientación, establecimiento de rutinas y a fomentar el sentimiento de utilidad y conservar su identidad personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Allan, N. (Noviembre 2005). Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Revista chilena de Terapia Ocupacional Vol. 5.
- Brea Rivero, M. (2008). Terminología consensuada en Terapia Ocupacional: Marco para el entendimiento. Recuperado el 6 de Diciembre de 2011, de Revista Gallega de Terapia Ocupacional Vol. 5: <http://www.revistatog.com/num7>
- Carranza, E. M. (Junio de 2004). Archivos de neurociencias. Recuperado el 2007 de Febrero de 2007, de Síndrome de Guillain Barré en el anciano: un estudio retrospectivo: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47-052004000600003&lng=es&nr=iso
- Crepeau, E. C. (2005). Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Domínguez, M. S. (2005). Ocupaciones significativas. Estrategias de afrontamiento en mayores recién jubilados. Recuperado el 11 de Diciembre de 2011, de CEPRAM: <http://www.cepram.org.ar>
- Duarte, J. D. (Noviembre-Diciembre 2005). Síndrome de Guillain-Barré. Acercamiento diagnóstico-terapéutico Vol. 21. Medicina Interna de México.
- Estévez, V. V. (2007). El adulto mayor. México D.F.: Trillas.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez No. 16. Encuentros Multidisciplinares, 1-11.
- Hagedorn, R. (1997). Foundations for practicing occupational therapy. New York: Churchill Livingstone.
- Hanh, A. (1998). Guillain Barré síndrome. Lancet, 352: 635-641.
- Kielhofner, G. D. (2006). Fundamentos conceptuales de Terapia Ocupacional. 3a. Edición. Panamericana.

- Llorens, L. (1993). Activity analysis: Agreement between participants and observers on perceived factors and occupation components. *Occupational Therapy Journal of Research*, 198-211.
- López, B. P. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Monroy, J. N. (2005). Síndrome de Landry-Guillain-Barre-Strohl. *Revista Mexicana Neurociencias*, 372-383.
- Moruno, P. R. *Terapia Ocupacional: La ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento*. AYTONA, Madrid.
- NINDS. (Marzo de 2007). Síndrome de Guillain Barré. Recuperado el Junio de 2011, de Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares:
http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/el_sindrome_de_guillain_barre.htm
- Papalia, D. E. (2005). *Desarrollo Humano*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Puga, M. P. (2003). Síndrome de Guillain Barré. *Revista Cubana Medicina Militar*, 137-142.
- Reed, K. L. (1992). *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Reed, K. L. (2001). *Quick reference to occupational therapy*. Gathersburg, MD: Aspen.
- Rivera C., S. S. (2001). *Organización del conocimiento en Terapia Ocupacional; una aproximación al paradigma*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rogers, J. (1982). Order and disorder in Occupational. *Therapy and in medicine*. *American Journal Occupational Therapy*, 36-29.
- Sánchez, A. I. (2010). *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

- Simó, S. U. (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Revista Gallega de Terapia Ocupacional.
- Trombly, C. A. (1995). Planning, guiding, and documenting therapy. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Turner, A. F. (s.f.). Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Elsevier.
- Yerxa, E. J. (2001). The social and psychological experience of having a disability. St. Louis: Mosby.

7. ANEXOS

Primera Intervención.

Índice de Barthel: Índice de Actividades Básicas de la Vida diaria

COMER:

(10) Independiente. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable

~~(5)~~ Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

~~(0)~~ Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda.

Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

~~(0)~~ Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- ~~(10)~~ Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (valorar la semana previa):

- ~~(10)~~ Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sonda y otros.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sala solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- ~~(0)~~ Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- ~~(5)~~ Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACIÓN:

(15) Independiente. Puede andar 50 m o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta) excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.

(10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.

(5) Independiente; en silla de ruedas, en 50 m no requiere ayuda o supervisión.

~~(0)~~ Dependiente.

SUBIR/BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.

~~(0)~~ Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

1. Independiente: 100 puntos (95 si permanece en silla de ruedas)
2. Dependiente leve: con más de 60 puntos.
3. Dependiente moderado: 40-55 puntos.
4. Dependiente grave: 20-35 puntos.

5. Dependiente total: menos de 20 puntos.

Ocupación.

Área de funcionamiento	Problema necesidad	Indicadores	Fortalezas
Ocupación	No puede atender su tienda	No tiene la suficiente fuerza para manipular objetos	Progresivamente ayudarle a adquirir fuerza a través de actividades con propósito
Persona	No puede comer	No puede sostener bien la cuchara	Se le hace una adaptación a la cuchara
Ambiente	No puede salir con los amigos	No puede manejar la silla de ruedas	Que los amigos vayan a su casa y lo saquen al centro

Metas y objetivos.

Área de funcionamiento	Actividad	Objetivo (corto plazo)	Metas (largo plazo)	Métodos Actividad Estructurada
Aumento de la sensibilidad en los dedos de las manos	Uso de diferentes texturas	Tomar objetos	Mejorar la sensibilidad	Pasar diferentes texturas de distal a proximal
Mejorar el movimiento de miembros superiores	Tomar objetos	Comer con ayuda	Comer solo	Enseñarle a tomar objetos de diferentes tamaños y peso
Mejorar el movimiento de miembros inferiores	Movimiento de los pies	Lograr aumentar el movimiento de las piernas	Lograr la postura de bipedestación	Trabajar con una pelota para realizar la flexión y extensión de las piernas

Segunda Intervención.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)²

CUADRO 3.2. ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	<p>I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.</p> <p>X = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.</p> <p>D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.</p>
Puntuación: <u> 1 </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Vestirse	<p>I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.</p> <p>X = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.</p> <p>D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.</p>
Puntuación: <u> 1 </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Apariencia Personal	<p>I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda</p> <p>X = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse</p> <p>D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia</p>
Puntuación: <u> 1 </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Usar el inodoro	<p>I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.</p> <p>X = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente.</p> <p>D = Completamente incapaz de usar el inodoro.</p>
Puntuación: <u> 1 </u>	Puntuación: <u> </u>		

² Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

I A D	I A D	Continencia	<p>X = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Trasladarse	<p>I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica X = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Caminar	<p>I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. X = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Alimentarse	<p>X = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
Total: <u>10</u>	Total: _____		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)³

CUADRO 3.3. ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de: Paciente	Informante	Actividad	Guía para evaluación
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	<p>X = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.</p> <p>A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números.</p> <p>D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.</p>
Puntuación: <u> I </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	<p>I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto.</p> <p>X = Sólo viaja si lo acompaña alguien.</p> <p>D = No puede viajar en absoluto.</p>
Puntuación: <u> A </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Ir de compras	<p>I = Realiza todas las compras con independencia.</p> <p>A = Necesita compañía para realizar cualquier compra.</p> <p>X = Totalmente incapaz de ir de compras.</p>
Puntuación: <u> D </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Preparación de la comida	<p>I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia.</p> <p>A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.</p> <p>X = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>
Puntuación: <u> D </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	<p>X = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta.</p> <p>A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.</p> <p>D = Incapaz de administrarse su medicación.</p>
Puntuación: <u> I </u>	Puntuación: <u> </u>		
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	<p>I = Maneja los asuntos económicos con independencia.</p> <p>X = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera.</p> <p>D = Incapaz de manejar su dinero.</p>
Puntuación: <u> A </u>	Puntuación: <u> </u>		
Total: <u> </u>	Total: <u> </u>		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

³ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

Tercera intervención

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)²

CUADRO 3.2. ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	<p>X = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.</p> <p>A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.</p> <p>D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.</p>
Puntuación: <u>2</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Vestirse	<p>I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.</p> <p>X = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.</p> <p>D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Apariencia Personal	<p>X = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda</p> <p>X = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse</p> <p>D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Usar el inodoro	<p>I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.</p> <p>X = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente.</p> <p>D = Completamente incapaz de usar el inodoro.</p>
Puntuación: <u>1</u>	Puntuación: _____		

² Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

LISTADO DE ROLES

Nombre: Garduño Cortes Antonio Edad: 82 años Fecha:

Sexo: Masculino Está ud.: Jubilado: Si

Estado civil: Soltero: Casado: Si Separado: Divorciado: Viudo:

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE:

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de un columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
<u>ESTUDIANTE:</u> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.	X		
<u>TRABAJADOR:</u> Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>VOLUNTARIO:</u> Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</u> Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			X
<u>AMA O AMO DE CASA:</u> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.	X		X
<u>AMIGO:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.	X		X
<u>MIEMBRO DE FAMILIA:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</u> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
<u>AFICIONADO:</u> Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.	X		
<u>PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:</u> Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
<u>OTROS ROLES:</u> <u>Atender su tienda de forrajes</u> Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.-----		X	X

SEGUNDA PARTE

En esta parte están listados los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hallas tenido ni pienses tenerlo.

ROL	No muy valioso y/o importante	Con algún valor y/o importancia	Muy valioso y/o importante
<u>ESTUDIANTE:</u> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.	X		
<u>TRABAJADOR:</u> Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			X
<u>VOLUNTARIO:</u> Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.	X		
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</u> Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.	X		
<u>AMA O AMO DE CASA:</u> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.		X	
<u>AMIGO:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.		X	
<u>MIEMBRO DE FAMILIA:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			X
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</u> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.	X		
<u>AFICIONADO:</u> Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.		X	
<u>PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:</u> Participar en organizaciones tales como club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.	X		
<u>OTROS ROLES:</u> _____ Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas. ----- Atender su tienda de forrajes			X

RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

Nombre Antonio Garduño Cortes Edad: 82 años
Sexo Masculino Jubilado Si
Estado civil: ___ Soltero: ___ Casado: Si Separado: ___ Divorciado: ___ Viudo: ___

ROL	Incumbencia Percibida			Valor asignado		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Alguno	Mucho
Estudiante				X		
Trabajador	X					X
Voluntario				X		
Proveedor de cuidado				X		
Ama o amo de casa		X	X		X	
Amigo	X	X	X		X	
Miembro de familia	X		X			X
Miembro activo de grupo religioso						
Aficionado	X				X	
Participante de organizaciones		X	X			X
Otros						

Comentarios: Al realizar el cuestionario se observó que para Don Antonio su interés significativo es la ocupación y la convivencia con su familia y amigos que le rodean.

DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense) 2ª edición

Autores:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock.

Este instrumento fue diseñado para ser utilizado por terapeutas ocupacionales para detectar la autopercepción del cambio en los problemas del desempeño ocupacional.

Nombre del cliente: Garduño Cortes Antonio		
Edad: 82 años	Sexo: Masculino	Estado civil: Casado
Quién contestó el cuestionario (si es otra persona)		
Fecha de la valoración 5 de Julio :	Día planeado de revaloración: 14 de Julio de 2011	Día de revaloración:

Terapeuta: Sofía Hernández Ferrara

Institución: Hospital Regional de Toluca

Programa: Integración de caso

<p>Paso 1: Identificación de los problemas de desempeño ocupacional</p> <p>Para Identificar los problemas, preocupaciones del desempeño, entreviste a la persona y pregunte acerca de sus actividades diarias en autocuidado, productividad y esparcimiento. Pídale a la persona que identifique las actividades diarias que deseen realizar necesiten hacer o se espera que hagan, motivándoles a que piensen en un día típico. Después pídale a la persona que identifique cuáles de estas actividades son difíciles para ellos hacer ahora a su satisfacción. Registre estas actividades problemáticas en los pasos 1 A, 1 B y 1C</p>		<p>Paso 2: Calificando la importancia</p> <p>Usando una tarjeta de resultados pídale a la persona que califique en una escala del 1 al 10 la importancia de cada actividad. Coloque los resultados en los cuadros que le corresponden en los pasos 1 A, 1B y 1C.</p>
<p>Paso 1 A: Cuidado personal (e.g.p. vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)</p> <p>Movilidad funcional: (e.g.p., transferencias interiores, exteriores)</p> <p>Manejo en la comunidad: (e.g.p., trasportación, compras, finanzas)</p>	<p><u>La persona en este aspecto es independiente, las realiza de una manera satisfactoria.</u></p> <p><u>Caminar en terrenos irregulares</u> <u>Subir y bajar escaleras</u> <u>Marcha insegura</u></p> <p><u>Realizar diferentes pagos</u> <u>Surtir su tienda</u> <u>Marcha insegura</u></p>	<p>Importancia.</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text" value="10"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p> <p><input type="text" value="10"/></p> <p><input type="text" value="10"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p>
<p>1. B. Productividad</p> <p>Trabajo remunerado/no remunerado (e.g.p., encontrar/mantener un trabajo, voluntario)</p> <p>Manejo del hogar (e.g.p., limpieza, lavandería, cocinar)</p>	<p><u>Trabajo voluntario</u> <u>Terrenos que renta</u> <u>Animales para venta</u></p> <p><u>Tiende su cama</u> <u>Lava los trastes</u> <u>Mantenimiento al jardín</u></p>	<p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="10"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="10"/></p> <p><input type="text" value="7"/></p> <p><input type="text" value="8"/></p>

Juego/escuela (e.g.p., habilidades de juego, tareas)	<u>Juegos de mesa</u> <u>Rompecabezas</u> <u>Dibujar</u>	<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>
1. C. Esparcimiento		Importancia
Actividades recreativas estáticas (e.g.p., pasatiempos, artesanías, lecturas)	<u>Leer</u> <u>Ver televisión</u> <u>Escuchar música</u>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="8"/>
Actividades recreativas activas (e.g.p., deportes, viajes, excursiones)	<u>Salir al parque a caminar</u> <u>Salir de paseo con la familia</u> <u>Visitar a sus hermanos</u>	<input type="text" value="10"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="8"/>
Socialización (e.g.p., visitas, llamadas por teléfono, fiestas, correspondencia)	<u>Hablar por teléfono</u> <u>Le agradan las visitas</u> <u>Participa en fiestas</u>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="8"/>

Paso 3 y 4. Puntaje- Valoración inicial y revaloración

Confirme con la persona los cinco problemas más importantes y regístrelos abajo. Utilizando las tarjetas de registro pídale a la persona que califique cada problema en desempeño y satisfacción y calcule el puntaje total. Los puntajes totales son calculados sumando el puntaje de desempeño y satisfacción de todos los problemas y dividiéndolo en número de problemas. En la revaloración la persona puntea cada problema tanto en desempeño como en satisfacción. Se calculan los nuevos puntajes y el cambio de puntaje

Valoración inicial		Revaloración		
Problemas del desempeño ocupacional				
	Desempeño 1	Satisfacción 1	Desempeño 2	Satisfacción 2
<u>1. Caminar con mayor seguridad.</u>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="8"/>
<u>2. Bañarse totalmente sólo.</u>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="9"/>
<u>3. Poder realizar compras y pagos.</u>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="8"/>
<u>4. Manejar su automóvil.</u>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="9"/>
<u>5. Atender su tienda.</u>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
Puntaje:				
Puntaje total = Puntajes totales del desempeño o satisfacción, entre número de problemas	Desempeño Puntaje 1 <input type="text" value="3"/>	Satisfacción Puntaje 1 <input type="text" value="8.6"/>	Desempeño Puntaje 2 <input type="text" value="3.2"/>	Satisfacción Puntaje 2 <input type="text" value="8.6"/>

<p>CAMBIO EN EL DESEMPEÑO = Puntaje del desempeño 2 Desempeño 1 <input type="text" value="3"/> = <input type="text" value="0.2"/></p>	<p>menos puntaje de <input type="text" value="3.2"/></p>
<p>CAMBIO EN LA SATISFACCIÓN = Puntaje de satisfacción 2 Satisfacción 1 <input type="text" value="8.6"/> = <input type="text" value="0"/></p>	<p>menos puntaje de <input type="text" value="8.6"/></p>