



**INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL**

INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁREA DE
TRABAJO PRODUCTIVO EN UNA PERSONA CON
LESIÓN MEDULAR ESTUDIO DE CASO**

**REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA:
JUANA NATIVIDAD LABASTIDA MOCTEZUMA**

**DIRECTORA :
DRA. MARÍA CRISTINA HERNÁNDEZ LARA DE BOLAÑOS**

MÉXICO, D.F.

MAYO 2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos; además de su infinita bondad.

A mis padres, por darme la vida.

A mis hermanos, por compartir conmigo las diferentes etapas de mi vida.

A José Manuel, por su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hijos: Juan Manuel, Adry, Lore y Luis. Hago este triunfo compartido esperando que comprendan que mis ideales y esfuerzos son inspirados en cada uno de ustedes.

A la directora del Instituto de Terapia Ocupacional, la Doctora Cristy Bolaños, por ser el medio que propició la profesionalización, tanto a mí como a mis demás compañeros; que representó una oportunidad de superación a los terapeutas ocupacionales.

A la licenciada Dulce Lorena Armendáriz por su apoyo, por sus consejos y sugerencias.

Y de manera general, a todos los que de una u otra manera me apoyaron para poder lograr terminar la profesionalización.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE	3
RESUMEN.....	4
I. JUSTIFICACIÓN.....	5
II. ANTECEDENTES	9
III. PROCEDIMIENTO	14
IV. RESULTADOS.....	23
V. ANÁLISIS.....	24
VI. CONTRIBUCIÓN.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
VII. ANEXOS.....	28

RESUMEN

Este trabajo presenta el proceso de terapia ocupacional centrado en las áreas de la ocupación, como tareas de la vida diaria, trabajo productivo y recreación, en un adulto joven de 40 años que sufrió un accidente de tráfico. Éste le provocó una fractura y luxación en la vértebra cervical 7, lo que condicionó una lesión medular incompleta a ese nivel dejando como secuela una cuadriplejia flácida. Se ocasiona así, una disfunción en el desempeño ocupacional de la persona.

El objetivo de la intervención de terapia ocupacional fue lograr la participación del cliente, en actividades de cuidado personal y trabajo productivo que él había identificado como necesarias y deseadas para su propio bienestar, entre ellas las tareas de cuidado personal y sobre todo lograr tener una ocupación remunerada para poder seguir cubriendo los gastos de su hija y los de él.

Se utilizó el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, el Marco de Referencia de Rehabilitación y el Marco de Referencia Biomecánico. Se aplicó la valoración del Índice de Barthel, al ingreso y se revaloró al final. Esto nos arrojó varios cambios y avances en su cuidado personal. También se utilizó el Instrumento de Tamizaje (Modelo Canadiense) donde se obtiene el desempeño y satisfacción de la persona.

El proceso de intervención se dio en 60 sesiones. A su término se lograron cambios significativos en su desempeño ocupacional en el área de cuidado personal, trabajo y recreación favoreciendo esto su inclusión social y una gran satisfacción tanto de Daniel como mía por lograr una meta que la pronosticábamos a largo plazo: “lograr incorporarse al campo laboral”.

Palabras clave: Disfunción ocupacional, lesión medular, desempeño ocupacional.

I. JUSTIFICACIÓN

Definición de Ocupación.

La ciencia de la ocupación se define como una nueva ciencia social derivada de la terapia ocupacional. Su objetivo principal es el estudio del hombre, como ser ocupacional, y el cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro de objetivos. Está incluida dentro de las ciencias y no entre las humanidades porque sus métodos de recolección de datos son sistemáticos, disciplinados y sujetos a análisis público. Además está más relacionada con las ciencias sociales que con las físicas porque su objetivo principal tiene que ver con el comportamiento humano. (Polonio et al., 2001) Algunos autores señalan que la terapia ocupacional no está relacionada con todos los tipos de actividad y se concentra en lo que es ocupación en la vida humana. Entendemos que este hecho se refiere a que la terapia ocupacional trabaja para incidir sobre la mejora del desempeño funcional adecuado de todas las actividades humanas cuando el individuo las siente importantes para él y para su desarrollo personal y social.

Se reconocen 3 tipos o áreas de ocupación (según la AOTA áreas de ejecución ocupacional):

Tareas de la vida diaria, trabajo, ocio o juego. Las tareas de la vida diaria abarcan los autocuidados, las tareas domésticas, el mantenimiento del espacio vital, el mantenimiento y manejo de los recursos económicos y aquellas conductas adecuadas para el acceso a los distintos recursos del entorno (compras, desplazamientos, viajes etc.). Trabajo: Todas aquellas actividades productivas remuneradas o no, es decir, aquellos que proporcionan un servicio a la sociedad. Las actividades productivas generalmente, están organizadas en lo que se denominan roles vitales importantes. Estos roles vitales son posiciones que la persona ocupa en la vida, reconocidas por el entorno social y por lo que Kielhofner denomina el rol obligado. Además de ofrecer un medio para organizar la actividad de una persona en una posición dentro de la sociedad, el rol constituye una fuente importante de identidad. Así las actividades en las que participa un individuo para satisfacer los deberes de su rol se consideran un trabajo y por ende actividades productivas.

Ocio o juego: Es una actividad que acompaña al ser humano desde su nacimiento. A través de éste el individuo comienza a explorar y a dominar su cuerpo y su entorno. En la

infancia, el juego predomina sobre otras áreas de la ocupación y según el individuo va creciendo, el juego se modifica, pasando de los juegos más motrices y deportivos. En la vejez, el juego tiene más tiempo para desarrollarse pero, debido a elementos culturales ha sido relegado y mal visto en esta etapa.

La principal ocupación del ser humano es vivir humanamente, de manera honesta y digna. La vida fluye, cambia constantemente. Es necesario cultivar la flexibilidad; la capacidad de adaptarse a las circunstancias, asumir nuevos roles, retos, con la mente abierta y de ser posible con humor. El cambio nos puede ayudar a crecer como personas. La pérdida nos enseña a valorar la vida, lo que somos y tenemos. Es importante que una persona pueda ocuparse, llenar su tiempo y su vida, en aquellas cosas que sean coherentes con su espiritualidad, puedan expresarla o faciliten su desarrollo.

Hay que ofrecer la oportunidad de tomar diversas decisiones, cada día, para favorecer el sentimiento y la capacidad al menos en la medida de lo posible de control de la propia vida. (Berrueta, 2008)

La ocupación, se refiere a las actividades que realizamos para cuidar de nosotros mismos y brindar algo a la comunidad, participar socialmente y expresar nuestra espiritualidad en el contexto de nuestra vida.

Las ocupaciones implican actividades y tareas, tiempo, planeación, organización y toma de decisiones. A través de ellas aportamos a la comunidad (productividad) ejercemos nuestras responsabilidades (roles) y llevamos a cabo actividades de esparcimiento (juegos, cine, deportes, religión). En las ocupaciones se integran conocimientos y experiencias personales que a través de la práctica nos llevan a realizar las cosas con maestría, es decir, con dominio, independientemente de la etapa de la vida en que nos encontremos, que nos proporcionan sensación de éxito y un sentimiento de valor por lo que se es y por lo que se hace. Al individuo se le considera como un ser ocupacional, único, con dignidad y valor intrínseco, que puede tomar sus propias decisiones, con capacidad de autodeterminación para participar en la ocupación sin importar las capacidades y habilidades necesarias para realizarla.

La ocupación es parte de un estilo de vida que refleja comportamiento humano a través de los roles, la cultura el entorno, sus experiencias, habilidades, intereses y deseos. A partir de la interacción de la persona con su ambiente y sus acciones, se establece una

relación entre la ocupación y la salud, en donde la persona da expresión a sus anhelos de vida y contribuye socialmente. La ocupación es una necesidad básica del ser humano que da significado a la vida y es determinante en la salud y bienestar de la persona. (Bolaños et al., 2010, p. 50)

Los componentes ocupacionales en la vida del individuo son fundamentales para su salud y su bienestar. La ocupación se define como “las actividades significativas que las personas realizan como parte de su vida cotidiana, todos los aspectos de la vida que contribuyen a la salud y a la realización del individuo”. (Polonio, 2003)

En un sentido más amplio se le ha definido como “todo lo que las personas hacen para ocuparse de sí mismas, incluyendo el cuidado de uno mismo y el aporte social y económico a la comunidad”. (Grieve et al., 2008, p. 3)

Crepau cita a Relly: “A través del uso de sus manos, potenciadas por la mente y el deseo, el hombre puede influir en el estado de su propia salud”. (Crepau et al., 2005, p. 209).

De la misma manera Margaret cita a Rogers con la definición de ocupación, como un “Comportamiento dirigido hacia un objetivo volicional que pretende el desarrollo del juego, del trabajo, y de las habilidades vitales para un empleo óptimo del tiempo” (Foster, 2003, p. 59).

Después de una reunión en 1993 por Hagedorn, Creek, Turner y otros, Margaret rescata esta otra definición, que textualmente dice: “La ocupación define y organiza una esfera de acción a lo largo de un periodo de tiempo y es percibida por el individuo como parte de su identidad personal social” (Foster, 2003, p. 59).

La ocupación es un estado del ser, alcanzado más frecuentemente a través de la participación en la actividad.

Las ocupaciones y las actividades son componentes fundamentales de una vida sana equilibrada, pueden utilizarse de varias maneras para superar la disfunción y para promover la salud en el cuerpo y en la mente. Los resultados más positivos se alcanzan a través de actividades que son intencionales, que están dirigidas a un objetivo y que están basadas en retos realistas y en resultados alcanzables. El mayor compromiso personal se obtiene cuando las actividades elegidas son relevantes en el estilo de vida, en los roles,

en las aspiraciones y en las necesidades del individuo dentro de su entorno y están relacionadas adecuadamente con su nivel de funcionalidad presente. [Foster, 2003, p. 60]

Tal como señala Kielhofner “El ser y el mundo en que uno actúa están entrelazados. Los tipos de cosas que hacemos, por qué y cómo las hacemos y qué pensamos y sentimos acerca de ellas derivan de las condiciones e influencias de tiempo y espacio, sociedad y cultura que se entrecruzan. La ocupación humana única, que caracteriza a nuestra especie, es una función de estas condiciones e influencias”.

II. ANTECEDENTES

Lesión medular

La médula espinal es el camino que los mensajes usan para viajar entre el cerebro y las diferentes partes del cuerpo. Mide aproximadamente 45 cm. de largo y se extiende desde la base del cerebro hasta el final de la cintura, bajando por el medio de la espalda.

La lesión medular es el daño que se presenta en la médula espinal, que conduce (según su gravedad) a la pérdida de algunas funciones, movimientos y/o sensibilidad. Normalmente estas pérdidas se presentan por debajo del nivel de la lesión.

La lesión medular se produce al alterarse la normal anatomía y funcionamiento de la médula espinal. Esta es una estructura que junto con el encéfalo forma el Sistema Nervioso Central y que se encuentra situada en el canal que forman las vértebras al apilarse y unirse entre sí para formar la columna vertebral: el canal vertebral.

La columna vertebral está formada por 26 huesos de tipo irregular articulados entre sí de tal forma que dan lugar a una estructura curvada y flexible. Constituye el apoyo axial del tronco y se extiende desde el cráneo, al que sujeta, hasta su punto de anclaje en la pelvis, en donde transmite el peso del tronco a los miembros inferiores.

Recorriendo su cavidad central está la médula espinal, a la que rodea y protege. Además, la columna es el punto de anclaje de las costillas y los músculos de la espalda.

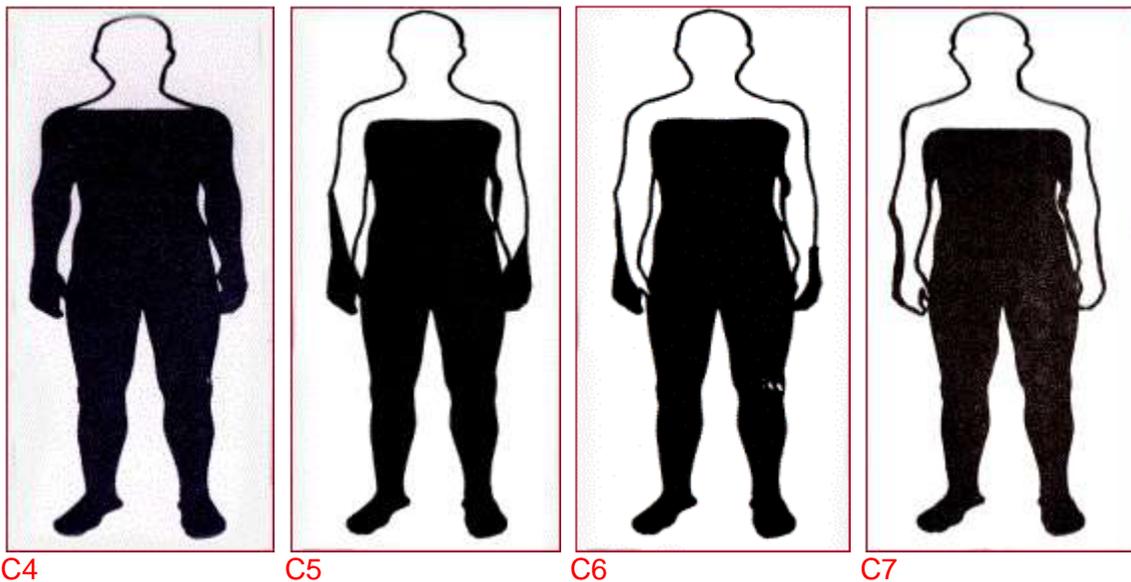
El canal medular está rodeado por anillos de hueso llamados vértebras. Estos constituyen la columna vertebral. En general, entre más alta sea la lesión en la columna vertebral, más problemas de funciones experimentará la persona. Cada vértebra toma su nombre de acuerdo con su localización.

1. Las primeras siete vértebras en el cuello se llaman CERVICALES. La primera vértebra de arriba es la C1, la siguiente es la C2, etc. Las lesiones medulares cervicales



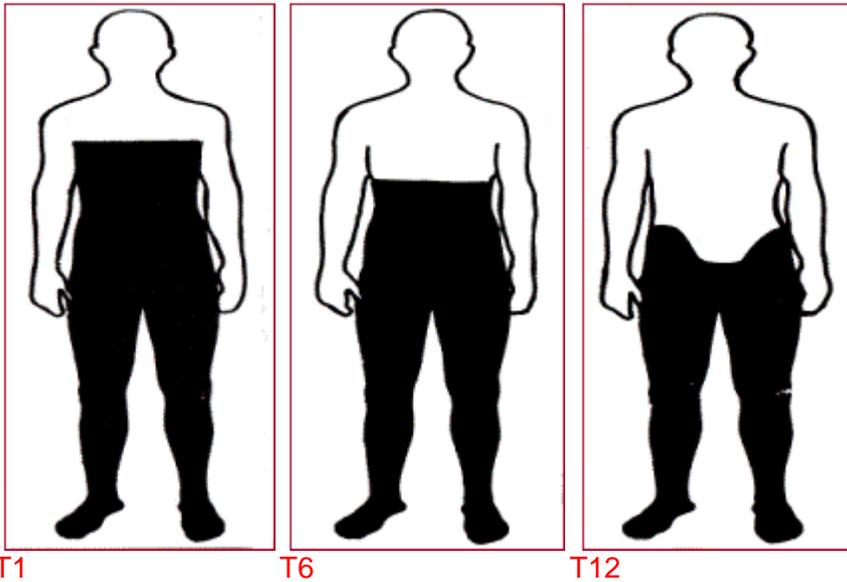
normalmente causan pérdida de funciones en los brazos y piernas, resultando una cuadriplejía.

Las lesiones por encima de C4 pueden llevar a la persona a necesitar un ventilador para ayudarlo a respirar. Las lesiones a nivel C5, a menudo conservan el control de hombros y bíceps, pero no controlan la mano o el puño. Cuando son en C6, permiten el control del puño, mas no la funcionalidad de la mano. Las personas con lesión C7 pueden estirar los brazos, pero aún pueden presentar problemas de destreza en el uso de la mano y dedos.

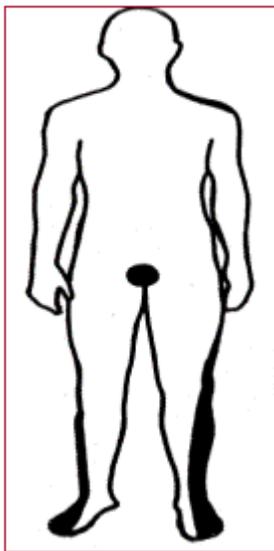


2. Las doce Vértebras siguientes, a nivel del pecho, se llaman las vértebras TORÁXICAS. La primera de ellas es la T1. Es la vértebra donde se aloja la primera costilla. Las lesiones en la región torácica generalmente afectan el pecho y las piernas, resultando una paraplejía.

Cuando la lesión es entre T1 y T8, normalmente hay control de brazos y manos, pero un mal control del tronco, como resultado de la carencia o deficiencia de control de los músculos abdominales. Las lesiones torácicas más bajas (T9 a T12) permiten un buen control de tronco y de músculos abdominales y el balance sentado es muy bueno.



3. Las cinco vértebras siguientes son las LUMBARES (L1 a L5). Las lesiones lumbares y sacras producen disminución del control de los flexores de cadera y piernas.



L4

4. Las cinco que les siguen hasta el final de la columna vertebral son las sacras, S1 a S5. Las lesiones lumbares y sacras, normalmente producen algunas pérdidas de funciones en las caderas y las piernas.

Conocer el nivel de la lesión es extremadamente útil al diagnosticar qué partes del cuerpo fueron afectadas por la parálisis y qué pérdida de funciones se presentaron. Es importante saber que en las lesiones incompletas existen muchas variaciones en el pronóstico. Los

efectos de la lesión medular dependen del tipo de lesión y del nivel en que este ocurra. Es importante saber que para cada persona, así haya sufrido la lesión al mismo nivel que otra, los síntomas son diferentes.

Las lesiones medulares se dividen en dos tipos: completas e incompletas.

- Una lesión medular completa se presenta cuando no hay funciones debajo del nivel de la lesión y no hay sensibilidad ni movimientos voluntarios. Los dos lados del cuerpo están afectados de igual forma.
- Una lesión incompleta es cuando prevalece algo de funciones debajo del nivel primario de la lesión. Una persona con una lesión incompleta puede ser capaz de mover más un miembro que el otro; puede sentir partes del cuerpo que no puede mover, o puede tener más funciones en un lado del cuerpo que en el otro.

Según los estándares establecidos internacionalmente por la Asociación Americana de Lesión Medular el ASIA, se puede clasificar en Lesión Medular Completa y Lesión Medular Incompleta, así como en 5 rubros de la A a la E. Se puede clasificar en Tetraplejía y Paraplejía, tomando en cuenta el nivel neurológico, que es el último nivel sano tanto sensitivo como motor, por abajo de éste nivel se encuentran alteraciones aunque sea mínima.

- **Lesión Medular Completa A:** No hay preservación sensitiva ni motora por debajo del nivel de lesión y se abarcan segmentos sacros, es decir, no existe tampoco sensibilidad ni control para misionar ni defecar.
- **Lesión Medular Incompleta B:** Hay preservación de la sensibilidad pero no motor por debajo del nivel neurológico abarcando segmentos sacros, es decir existe sensibilidad para defecar y misionar, pero no control voluntario.
- **Lesión Medular Incompleta C:** Hay preservación de la sensibilidad y la fuerza por debajo del nivel de lesión pero los músculos, se encuentran débiles y se consideran no funcionales.
- **Lesión Medular Incompleta D:** Los músculos por debajo del nivel neurológico son funcionales un 75% de ellos.
- **Lesión Medular Incompleta E:** La fuerza y la sensibilidad prácticamente esta normal.

Además de la pérdida de sensibilidad y movimiento, las personas con lesión medular también experimentan otros cambios. Por ejemplo, pueden presentar mal funcionamiento

de la vejiga y los intestinos. Las funciones sexuales frecuentemente también se ven afectadas y, en el caso de la eyaculación, el hombre normalmente se ve disminuido en sus capacidades normales. Esto conlleva problemas en fertilización, caso contrario a la mayoría de las mujeres.

Otros efectos de la lesión medular pueden ser la baja de presión sanguínea, por la imposibilidad de regular la presión sanguínea de forma efectiva, el mal control de la temperatura del cuerpo, la falta de sudoración por debajo del nivel de la lesión y el dolor crónico. (García et al., 2009)

III. PROCEDIMIENTO

Datos de identificación

Nombre del cliente: Daniel S.A.

Fecha de nacimiento: 09 de junio 1971.

Diagnóstico primario: Lesión medular nivel C7.

Diagnóstico secundario: cuadriplejia flácida.

Precauciones y contraindicaciones: Cuidados de la piel, evitar úlceras por presión.

Motivo por el cual fue seleccionado como caso

La lesión medular alta, como secuela de accidente de tráfico en un adulto joven cuya principal preocupación es recuperar su rol productivo, representa un reto importante para una intervención persona-ocupación-ambiente.

Perfil ocupacional

Daniel es una persona adulta de 40 años, originario del estado de Querétaro, se casó a los 26 años. A los 28 años fue padre de una niña. Cuatro años después se divorcia, quedando la niña bajo la custodia de su mamá. Tiene estudios de secundaria. Desde los 18 años se desempeñó como chofer, primero de un taxi. Tiempo después trabajó para diferentes empresas, siempre buscando el puesto de chofer, actividad que le gustaba y realizaba con placer. Como padre de una niña asistía con frecuencia a parques recreativos, cine y fiestas, actividades que disfrutaba mucho.

En enero de 2010 sufrió un accidente automovilístico que le ocasionó una lesión medular a nivel C7. Esto le deja como secuela una cuadriplejia flácida, afectándole todas sus áreas de ocupación. Antes del accidente convivía con su hija tres días a la semana: viernes sábado y domingo. Acudía cada domingo a misa y formaba parte de un grupo de personas que se reúnen para hacer oración en la iglesia de su comunidad y participaba como miembro activo en la peregrinación que se organiza de la ciudad de Querétaro a la Ciudad de México (La Villa).

Actualmente vive únicamente con su mamá una mujer de 65 años, su papá abandonó el hogar desde hace cinco años. Tiene dos hermanas mayores y un hermano menor que él, quienes viven con sus respectivas familias lejos de su casa. La casa donde vive es de interés social, pequeña, de dos plantas con escaleras. Su habitación está en el segundo

piso, lo que le imposibilita seguir utilizándola. Para las movilizaciones cuenta con el apoyo de su papá, dos sobrinos y en algunas ocasiones con amigos para su traslado.

En mayo de 2011 acude al Centro de Rehabilitación Integral Querétaro (CRIQ), al servicio de Terapia Ocupacional, desde las primeras sesiones Daniel plateó como su gran preocupación ser totalmente dependiente de su mamá, no poder mover su cuerpo para por lo menos cooperar a la hora que lo visten y asean y no quiere ser una carga para ella pues ya es una persona mayor. Otra de sus preocupaciones es no poder cumplir con su rol de padre, en el sentido de no poder aportar económicamente para los gastos de su hija.

Evaluaciones realizadas

Como parte de la detección de necesidades, se aplica la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO) (Anexo 2), el Índice de Barthel y se realiza un análisis persona-ocupación-ambiente (cuadro 1). Los resultados obtenidos muestran que Daniel desea ser independiente en sus actividades de cuidado personal, principalmente en higiene y alimentación además de gran interés en desarrollar una actividad que le remunere.

Cuadro 1 Análisis persona-ocupación-ambiente		
PERSONA	OCUPACIÓN	AMBIENTE
<p>FÍSICOS</p> <p>Daniel está limitado en sus movimientos de sus cuatro extremidades.</p> <p>Alteración de la sensibilidad en miembros inferiores.</p> <p>Disminución de fuerza muscular.</p>	<p>CUIDADO PERSONAL.</p> <p>Es dependiente en su alimentación.</p> <p>Requiere ayuda para vestirse y bañarse.</p> <p>Realiza con ayuda sus transferencias.</p>	<p>FÍSICO</p> <p>Existencia de barreras arquitectónicas en su casa</p>
<p>AFFECTIVOS</p> <p>Baja autoestima</p> <p>Pobres expectativas respecto a su capacidad de logro</p>	<p>TRABAJO PRODUCTIVO</p> <p>A consecuencia de su accidente queda pensionado. Desea trabajar para poder cubrir los gastos de su hija.</p>	<p>SOCIAL</p> <p>Cuenta con el apoyo de su mamá, hermano y sobrinos para ser trasladado a donde necesita ir y para actividades de cuidado personal.</p>
<p>COGNITIVO</p> <p>Buena memoria, razonamiento.</p> <p>Capacidad de solución de sus problemas</p>	<p>RECREACIÓN</p> <p>No realiza ningún tipo de actividades recreativas, sólo ve televisión por periodos cortos de tiempo y sin mucho interés.</p> <p>Evita las visitas.</p>	<p>CULTURAL</p> <p>En espacios públicos existe un aparente reconocimiento de las necesidades de desplazamiento para las personas con discapacidad: Existe dificultad para que sean contratadas en el campo laboral.</p>
<p>ESPIRITUAL</p> <p>Profesa la fe católica y experimenta su esperanza en la creencia de un ser superior</p>		<p>INSTITUCIONAL</p> <p>El CRIQ oferta diversos apoyos a personas con diferentes discapacidades, tales como: talleres de capacitación, educación, formación para el trabajo, actividades recreativas, gestión con otras instancias de apoyo etc.</p>

Análisis del desempeño ocupacional

Daniel pasa la mayor parte del día en su cama, solo lo pasan en su silla de ruedas cuando asiste a su terapia. Despierta muy temprano, es aseado por su mamá con apoyo de su hermano y sobrino, ya que la señora no puede voltearlo de un lado a otro para realizar su higiene y vestido. Es alimentado en la boca Requiere ayuda de dos personas para hacer sus transferencias. Tiene poca tolerancia para permanecer sentado, es incapaz de realizar sus demás actividades de cuidado personal. Escucha música, ve televisión, lo visitan familiares y amigos por las tardes.

ÁREA MOTORA

Presenta pérdida de movilidad en sus cuatro extremidades, debilidad muscular, dificultad para sostener y manipular objetos. Lo trasladan en silla de ruedas y requiere de una banda para sostener el tronco del respaldo de la silla para poder permanecer sentado.

SENSOPERCEPTUAL

Tiene alteraciones en la sensibilidad de todo su cuerpo, mantiene buena visión, puede leer textos de cerca y de lejos. Oído- escucha todos los ruidos y sonidos que hay en su alrededor, escucha con atención las indicaciones que se le dan. Gusto- mantiene su gusto intacto, degusta de sus alimentos favoritos. Olfato- tiene habilidad para detectar cualquier olor. Propiocepción- está afectada principalmente en miembros inferiores. Equilibrio – es inestable para permanecer sentado en su silla de ruedas.

COGNITIVO

Está consciente de su problema. Tiene buena memoria, recuerda todos sus eventos antes y después de su accidente. Tiene secuencia en sus actos y equilibra sus emociones.

REGULACIÓN EMOCIONAL

Su regulación emocional se encuentra en una etapa de duelo. Con frecuencia se deprime pues menciona que “no tiene caso luchar, tengo el cuerpo perdido”. Se siente una carga para su familia. Lo abandonó la novia que tenía al darse cuenta cómo había quedado después del accidente. Prefiere dormir la mayor parte de su tiempo. Manifiesta sentirse preocupado por su nivel de dependencia en las tareas de auto mantenimiento y por la edad de su mamá. Es atento con sus compañeros de terapia.

COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN

Se comunica sin problemas. Puede entablar comunicación por teléfono si se lo colocan en el cuello, sabe dar información, solicita lo que él necesita, gesticula según la ocasión y tiene facilidad de propiciar una conversación.

En resumen, Daniel es un hombre en edad productiva, aunque se encuentra afectado a nivel emocional. Se encuentra motivado para llegar a ser lo más autónomo posible. Cuenta con el apoyo de amigos y familiares, quienes lo visitan por las tardes. Le llevan películas y libros de superación personal. Lo visitan también compañeros de su grupo de oración. Mientras está la visita logra permanecer sentado en su silla de ruedas. Antes de retirarse lo pasan a su cama mientras él les dice cómo deben de acomodarlo. Es dependiente en sus actividades básicas, no tiene problemas de comunicación, ni de memoria. Es consciente de su problema.

Desea tener mayor independencia, realizar su arreglo personal en menos tiempo y aumentar su habilidad para manejar la silla de ruedas en forma independiente, ya que desea ir de compras y visitar centros comerciales.

Modelo y marcos de referencia que guiaron el proceso

Se utiliza el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO) para guiar la presente intervención. Este modelo es de amplia aceptación en el ámbito internacional. Es una ayuda excelente para llevar a la práctica la filosofía humanista de la profesión. Nos da una visión ocupacional de la persona. Se basa en una perspectiva centrada en el cliente, ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente.

Un aspecto central del modelo canadiense de desempeño ocupacional es la conceptualización del individuo como un ser global único y valioso, trabajando con él para aumentar su autoconfianza, máxime cuando la persona se encuentra en una situación de discapacidad. La terapia ocupacional pretende provocar experiencias funcionales para que la persona interactúe y logre una mayor integración en su medio. Este modelo tiene una visión holística del individuo, al cual considera formado por cuatro componentes que no se pueden separar: físico, psíquico, sociocultural y espiritual, pero con una única y particular capacidad de actuar y de interpretar el mundo (Polonio, 2003, p. 31).

Marco de referencia de la rehabilitación.

Se utiliza este marco de referencia por que 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; porque con estrategias y técnicas de compensación una persona puede recobrar la independencia cuando no es posible remediar el deterioro; comprende el proceso de la enseñanza y aprendizaje. En este marco de referencia, el terapeuta ocupacional enseña a la persona a compensar los déficit mediante el uso de técnicas y/o equipos adaptados que incluyen la utilización de órtesis, ayudas técnicas para la vida diaria o adaptaciones y modificaciones en el hogar y en el entorno. Los objetivos del tratamiento, según este enfoque, los podemos esquematizar en la consecución de la máxima independencia posible en el funcionamiento físico y en el desempeño de los roles vitales. La reinserción social y laboral también debe ser considerada cuando utilizamos este marco de referencia. Es así como el equipamiento adaptado y de asistencia puede ayudar a las personas a facilitar su cuidado personal, mejorar el mantenimiento de la salud y prevenir la deformidad (Polonio, 2003, p. 22).

Marco de referencia biomecánico.

Se utiliza para tratar a personas con limitaciones en la actividad causadas por deterioros como consecuencia del daño de estructuras y funciones corporales biomecánicas, incluidos la inestabilidad estructural, disminución de la fuerza, la limitación de la amplitud y la escasa resistencia. Su principio básico de este enfoque es que el desempeño ocupacional puede recuperarse tratando los deterioros subyacentes que limitan el desempeño de las actividades. El tratamiento se centra en prevenir o disminuir el deterioro a través del uso de actividad y ejercicio, que puede ser de propósito o de rutina. Se aplica por corregir el problema y restablecer la salud. Aunque puede darse cierta mejoría espontánea en las actividades de la vida diaria a medida que mejoran las funciones y estructuras corporales biomecánicas, las actividades transicionales aseguran que las ganancias en la función biomecánica se transfieran al desempeño ocupacional. (Crepeau et al., 2005, p. 240).

Plan de intervención

La intervención se centró en el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, también se utilizó el marco de referencia biomecánico para mejorar la fuerza muscular y favorecer la movilidad articular y el marco de rehabilitación que modifica los ambientes que la persona necesita para desempeñarse a pesar de su deterioro.

OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

Objetivo general

Lograr la participación¹ del cliente, en actividades de cuidado personal y trabajo productivo que él ha identificado como necesarias y deseadas para su propio bienestar.

Objetivos específicos

- Daniel será capaz de utilizar diferentes aditamentos y utensilios modificados con el propósito de ser independiente en actividades de cuidado personal (alimentación, vestido, aseo).
- Que Daniel utilice diferentes sistemas de comunicación (teléfono, bolígrafo, control de TV)
- Que sea capaz de mantener una postura estable en la silla de ruedas, frenar/ quitar el freno, descargar presión de glúteos e impulsar la silla por terreno plano.
- Que Daniel elija en un taller de capacitación/educación

METAS ACORDADAS EN FORMA CONJUNTA	
Ocupaciones significativas	
Alimentación	Utilizar sus utensilios a la hora de los alimentos, sentado en su silla de ruedas y en la mesa donde come con su mamá.
Aseo, higiene	Ayudar, a la hora de bañarse, en tallarse las partes del cuerpo que alcance con el cepillo de mango largo
Ocupaciones que debe retomar	
Trabajo productivo	Tomar un taller de capacitación
Recreación	Convivir con su hija los tres días de la semana como lo hacía antes, ahora con juegos de mesa, leyendo y apoyando en sus tareas escolares
Ocupaciones que debe suspender	Dormir durante el día por tiempo prolongado y permanecer en cama la mayor parte del día.

¹ La participación alude al hecho de tomar parte en una ocupación, es decir, involucrarse en situaciones de vida, las cuales comprenden todos los aspectos del funcionamiento del ser humano, implica aprender y aplicar conocimiento, completar tareas, la comunicación, la movilidad, el cuidado personal, la vida doméstica, las relaciones interpersonales y los principales ámbitos de la vida (educación, trabajo, vida comunitaria, social y cívica) (Crepeau et al., 2005).

Descripción de la intervención

La consecución de los objetivos propuestos requirió la realización de actividades que requerían mínimo movimiento y se fueron graduando hasta lograr manipular objetos y llevarlos a cierta distancia de su línea media. Se le realizaron modificaciones a su cuchara, tenedor (mango más grueso) y vaso para facilitarle el agarre y así lograr que se alimentara solo.

Se trabajó en mantener su postura estable en la silla de la ducha, así como, en habilidades para sostener y dirigir la ducha, para mojar cuerpo y cabeza, enjabonar cabello, miembros superiores, parte anterior del tronco y secar cabello. También se adaptó un cepillo de mango largo para cooperar en tallarse a la hora de bañarse. Para facilitar el ser independiente en el vestido superior, se sugirió que sentado en su silla se quitara su ropa y utilizara ropa holgada para facilitar la acción.

Para favorecer la recreación y el desempeño de su rol de padre se propusieron diversos juegos de mesa con su hija y se hicieron aditamentos para que pudiese manejar el control de la TV y ver sus programas y películas que él desee. La intervención ambiental incluyó hacer modificaciones a la casa donde vive tales como cambio de la escalera de entrada de su casa por una rampa, adaptación de su recámara en la planta baja, en donde se realizaron modificaciones dirigidas a apoyar su participación de las transferencias a la cama y a la silla de ruedas.

La intervención en el área ocupacional de trabajo productivo, requirió que se le apoyara en buscar algunas actividades que le generaran ingresos, por lo que se le sugirió participar en la capacitación para la elaboración de artesanías durante cuatro semanas con una duración de seis horas diarias. Al finalizar se le otorga una beca económica a cada participante. En la parte teórica se capacitó para el auto- empleo, ambos cursos son impartidos por personal de la Secretaría del Trabajo en el CRIQ.

Descripción de la intervención. Descripción de la Actividad Terapéutica.

Objetivo	Actividad a utilizar	Cómo vas a presentarla para alcanzar el objetivo terapéutico.
Alimentarse	Alcanzar objetos	Sentado en su silla de ruedas enfrente de la mesa alcanzará objetos situados sobre la mesa a una distancia de 45 cm. y los deslizará hacia el cuerpo.
Aseo	Agarrar y apretar objetos	Tomará objetos de un diámetro de 5 cm. Los levantará a una altura de 20 cm. en línea media.
Manejar su silla de ruedas	Control postural	Despegar el tronco del respaldo de la silla (flexión de tronco). Realizar inclinaciones laterales. Enderezarse desde una posición de flexión de tronco o inclinación lateral de tronco.
Tomar un taller de capacitación	Aprender a manejar diferentes herramientas con adaptaciones de acuerdo a su necesidad.	Asistiendo diariamente a la hora y lugar donde se dará la capacitación. Realizar las actividades que el instructor indique como: cortar papel, pegar, amarrar, doblar, enrollar, unir piezas de maya de alambre con pinzas, cortar cartón corrugado con cúter, etc. Logrando así terminar sus trabajos manuales.

IV. RESULTADOS.

Número de sesiones que se proporcionaron: 60 sesiones, de 60 minutos cada una, distribuidas normalmente en tres días a la semana.

Después de su accidente Daniel queda totalmente dependiente de varias personas para su cuidado básico. A través de la intervención persona-ocupación-ambiente y de los marcos de referencia biomecánico y de rehabilitación logra recuperar movimientos y fuerza muscular; muestra un gran interés de ser independiente y logra retomar algunas actividades que había dejado de hacer.

Los resultados más significativos tienen que ver con el hecho que Daniel se dio cuenta que podía hacer más cosas de las que él pensaba. Utilizó diferentes herramientas para poder terminar sus trabajos y concluyó su curso sin dificultad. Motivado después de estos cursos Daniel inicia el diseño de trabajos artesanales: realiza cajas para regalo con cartón liso y corrugado forrándolo con diferentes papeles y diseñando diferentes figuras. Actualmente hace entregas en diferentes papelerías y tiendas de regalos. Participó en el bazar navideño que organiza el DIF, obteniendo más pedidos de sus productos.

La reevaluación refleja el cambio en el nivel de autonomía personal. Revisando la primera evaluación se constata que ha conseguido un nivel de independencia acorde con las expectativas de su lesión. El nivel de satisfacción en las actividades significativas se ha incrementado. Esto provoca que Daniel tenga una mejora de su estado emocional, en el concepto de sí mismo y en la relación con los demás, que le permite ser más optimista para enfrentar el futuro.

Su casa la han adaptado para poder desplazarse dentro de ella con su silla de ruedas. Tiene rampas, puertas más anchas, pasamanos en el baño y una grúa que utiliza cuando no hay quién le pueda ayudar a sus transferencias. Acude al cine, teatro, cuando lo invitan sus familiares o amigos. Escucha música. Asiste a conferencias de superación personal. Se reincorpora al grupo de oración al que asistía antes de su accidente.

V. ANÁLISIS

Existe una gran dificultad por parte de la persona que acude a los servicios de TO para aceptar las limitaciones en su desempeño ocupacional, producto de una lesión o secuela, lo que representa un reto importante para las intervenciones de Terapia Ocupacional.

Otra dificultad importante tiene que ver con el hecho de que la persona y familia acepten hacer las modificaciones al ambiente físico, ya que por cuestiones económicas o de espacio no siempre las recomendaciones son aceptadas.

Adicionalmente es importante que la familia esté consciente del pronóstico y se involucre activamente en el proceso terapéutico, debido a que las reacciones suelen ser de incomprensión hacia las dificultades de desempeño o de sobre protección hacia la persona.

VI. CONTRIBUCIÓN

Este estudio muestra el proceso de la intervención desde el ingreso al servicio de terapia ocupacional hasta lograr su alta de la institución, siempre con la perspectiva ocupacional. En las primeras sesiones se trabajó con la terapia tradicional, el enfoque biomecánico y de rehabilitación, con una recuperación favorable en su independencia personal.

El aporte mayor de este caso se dio al aplicar el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. Este modelo tiene una visión holística del individuo, al cual considera formado por cuatro componentes que no se pueden separar: físico, psíquico, sociocultural y espiritual. La espiritualidad es la parte central del modelo; es vista como la esencia del ser humano, su fuerza de vida motivadora (Polonio, 2003, p.31). Para mi cliente, su hija era su principal fuerza de vida y motivación para enfrentar cualquier obstáculo y luchar hasta lograr su objetivo.

FORTALEZAS: Disponibilidad para las tareas, amable, respetuoso, siempre con un buen sentido del humor.

RECURSOS: Se contó siempre con el apoyo de la familia. Por parte de la institución se obtuvo la aprobación para gestionar que se impartiera el curso de capacitación y orientación en el auto empleo. Daniel se pudo integrar sin costo alguno. También se aprobó, por medio de la misma institución, la apertura de un espacio para el bazar navideño donde Daniel, por primera vez, ofrece sus productos a diferente población obteniendo buenos resultados. Esto aumenta su entusiasmo, creatividad y seguridad en continuar elaborando sus productos y a la vez obtiene más demanda.

El Modelo Canadiense fue el que guio el proceso general de la intervención. Con esto llego a la conclusión que sin un marco teórico la terapia ocupacional sería como un barco a flote sin brújula en un mar turbulento.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Velasco MV, Salinero Pérez M. Tratamiento de fisioterapia en el lesionado medular (24 pp.). Disponible en: http://www.lesionadomedular.com/archivos/almacen/guia_fisioterapialm.pdf [fecha de consulta: 16 de agosto 2011].

Aquino Olivera M, Bautista López R (2002). Enfermería y Lesionado Medular. Un texto sencillo para un cuidado complejo (1era ed.). Disponible en: <http://www.aspaymcantabria.com/descargas/lesion-medular-y-sanidad> [fecha de consulta: 16 de agosto 2011].

Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) (2008). Marco de Terapia para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso (2da ed.).

Berrueta Maeztu LM (2008). Una perspectiva ocupacional de la existencia humana desde la proximidad de la muerte. TOG (Acuña) [revista en internet] Consulta: <http://www.revistatog.com/num7/pdfs>.

Bolaños Hernández C, Sánchez Galicia CE (2010). Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores, edit. Limusa, México, D.F.

Crepau EB, Cohn ES, Schell BAB (2005). Terapia Ocupacional (10ma ed.). Editorial Médica Panamericana.

Foster M (2003). Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y práctica (5ta ed.). Editado por Annie Turner, Margaret Foster, Sybil E. Jhonson, Edit. Churchill Livingston.

García Marín EM, Martín García E, Mora Pérez AG (2009). Lesión Medular: actuación desde la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. [fecha de consulta: agosto 2011]; 6(10): [28p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original5.pdf>

Grieve J, Gnanasekaran L (2008). Neuropsicología para terapeutas ocupacionales (3era ed.). Edit. Panamericana, Buenos Aires, Argentina.

Kielhofner G. (2011). Modelo de Ocupación Humana Teoría y aplicación (4ta ed.). Edit. Panamericana, Buenos Aire, Argentina.

Lesión medular básico. Disponible en: <http://www.lesionmedular.org/que-es-lesi%C3%B3n-medular> [Consulta: 16 agosto 2011, 21:17hrs].

Mary L, Sue B, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N (1999). Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense) (2da Ed.).

Moreno García I. Síndrome del lesionado medular. Tratamiento, rehabilitación y cuidados continuos, en Enfermería y lesionado medular, Madrid. Disponible en: http://www.imagina.org/archivos/LM_sindrome%20del%20lesionado%20medular.pdf [fecha de consulta: 16 agosto 2011].

Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B (2001). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional (1era ed.). Ed. Panamericana, Madrid España.

Polonio López B (2003). Terapia ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y práctica. Edit. Panamericana, Madrid, España.

Sánchez R, Paul N, Hernández J, Peralta J, Rojano D, Castañeda R (2010). Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), en Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, (pág. 113-117). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=28&IDPUBLICACION=2945> [fecha de consulta: 16 de agosto 2011].

Turner A, Foster M, Johnson SE (2003). Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, Técnicas y Prácticas. Edit. Churchill Livingstone.

VII. ANEXOS

A. Resultados obtenidos del Índice de Barthel:

Daniel S. A.		Fecha aplicación: mayo 2011	
Comida:			
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona		
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo		
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona		
Lavado (baño)			
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise		
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión		
Vestido			
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda		
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable		
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas		
Arreglo			
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona		
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda		
Deposición			
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia		
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.		
0	Incontinente. Más de un episodio semanal		
Micción			
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).		
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.		
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas		
Ir al retrete			
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona		
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo		
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor		
Transferencia (traslado cama/sillón)			
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.		
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.		
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.		
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado		
Deambulación			
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.		
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.		
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión		cero
Subir y bajar escaleras			
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.		
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.		
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones		
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total: CERO

Daniel S. A.		Revaloración: noviembre 2011	
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).	
		Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total: 65

Índice de Barthel (Mahoney, F.I. Y Barthel, D.W 1965). En este se refleja el estado funcional de las personas en actividades de la vida diaria y sirve para evaluar el cambio.

B. Resultados obtenidos con el instrumento de tamizaje MCDO

DESEMPEÑO OCPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense)

2da 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: Daniel Saldivar Alvarado		
Edad: 40 años	Sexo: masculino	Estado civil: divorciado
Quién contestó el cuestionario (si es otra persona):		
Fecha de la valoración: 14 de marzo del 2011	Día planeado de revaloración: Enero 2012	Día de revaloración: 27 de enero del 2012

Terapeuta: Juana Natividad Labastida Moctezuma
Institución: Centro de Rehabilitación Integral Querétaro (CRIQ)
Programa: Estudio de caso

Paso 1:

Identificación de los problemas de desempeño ocupacional. 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 necesitan 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.

Paso 2:

Calificando la Importancia. 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 correspondan en los pasos 1 A, 1B y 1C.

Paso 1 A:

		Importancia
Cuidado personal (e.g.p., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene):	Vestirse totalmente solo	6
Movilidad funcional (e.g.p., transferencias interiores, exteriores)	Manejar su silla de ruedas en exteriores	8
Manejo en la comunidad (e.g.p., transportación, compras, finanzas)	Salir de compras	6

1 B: Productividad

		Importancia
Trabajo remunerado/ no remunerado (e.g.p., encontrar/mantener un trabajo, voluntariado):	Trabajo voluntario	5
Manejo del hogar (e.g.p., limpieza, lavandería, cocinar):	Limpiar la mesa	3
Juego/Escuela (e.g.p., habilidades de juego, tareas):	Video juegos	4

1C: Esparcimiento

		Importancia
Actividades recreativas Estáticas (e.g.p., pasatiempos, artesanías, lecturas):	Ver televisión	5
	Elaborar sus artesanías	6
	Leer	3
Actividad recreativas activas (e.g.p., deportes, viajes, excursiones):	Salir al parque	4
	Viajar con su familia	5
	Excursiones	2
Socialización (e.g.p., visitas, llamadas por teléfono, fiestas, correspondencia):	Recibir visitas de amistades	8
	Hablar por teléfono	8
	Asistir a fiestas	6

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 de 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

Problemas del desempeño ocupacional	Desempeño 1	Satisfacción 1
1. Vestirse totalmente solo	6	8
2. Manejo de su silla de ruedas	8	10
3. Elaborar sus artesanías	6	8
4. Salir de compras	6	8
5. Trabajo voluntario	5	7
Puntaje total (promedio):	6.2	8.2

Revaloración

Problemas del desempeño ocupacional	Desempeño 2	Satisfacción 2
1. Vestirse totalmente solo	7	9
2. Manejo de su silla de ruedas	9	10
3. Elaborar sus artesanías	8	8
4. Salir de compras	8	9
5. Trabajo voluntario	7	8
Puntaje total (promedio):	7.8	8.8

CAMBIO EN EL DESEMPEÑO:

Puntaje del «Desempeño 2» menos puntaje de «Desempeño 1»	$7.8 - 6.2 = 1.6$
--	-------------------

CAMBIO EN LA SATISFACCIÓN:

Puntaje de «Satisfacción 2» menos puntaje de «Satisfacción 1»	$8.8 - 8.2 = 0.6$
---	-------------------