



INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

INTERVENCIÓN INTRAHOSPITALARIA Y SEGUIMIENTO  
DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA PERSONA CON  
DIAGNÓSTICO DE SCHWANNOMA DEL NERVIO  
VESTIBULAR BASADO EN EL MODELO CANADIENSE DEL  
DESEMPEÑO OCUPACIONAL

REPORTE DE PRACTICA INNOVADORA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

PRESENTA  
SARA MARIA ANTONIETA VEGA GUTIERREZ

DIRECTOR  
Lic.MC Ana Isabel Romero Téllez

MÉXICO, D.F.

2012

## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo.

Primeramente deseo agradecer especialmente a Dios por ser fuente de motivación en los momentos de angustia y después de varios esfuerzos, dedicación, aciertos y reveses que caracterizaron el desarrollo de mi formación profesional y que con su luz divina me guio para no desmayar por este camino que hoy veo realizado.

A la Dra. Ma. Cristina Hernández Lara de Bolaños directora del Instituto de Terapia Ocupacional, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido.

Especial reconocimiento merece el interés mostrado por mi trabajo y las sugerencias recibidas de la profesora y amiga la L. en M.C. Ana Isabel Romero Téllez, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.

También me gustaría agradecer la ayuda recibida de la Dra. María de los Ángeles Duran Toral por que sin su apoyo no habría logrado llegar a esta meta.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a mi esposo e hijas por el apoyo, el amor y la ayuda que me brindaron.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de mi familia y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

## INDICE

I. RESUMEN.....	4
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. ANTECEDENTES.....	6
IV. PROCEDIMIENTO.....	16
V. RESULTADOS.....	28
VI. ANÁLISIS.....	29
VII. CONTRIBUCIÓN.....	30
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
IX. ANEXOS.....	34

## I. RESUMEN

En este trabajo se presenta el proceso de intervención oportuna de Terapia Ocupacional centrado en el desempeño ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo y en el hogar de un adulto de 41 años de edad con diagnóstico de Schwannoma del nervio vestibular.

Con esta intervención se logró conseguir que no se estructuraran discapacidades, que se disminuyeran disfunciones y que se llevara a cabo el desempeño ocupacional, incrementando la independencia en el área productiva, es decir se le proporcionó calidad de vida.

El proceso de intervención se realizó desde el segundo mes de internamiento, estando intubado y sedado hasta estar consciente, orientado. Posteriormente en el hogar, se realizó la intervención hasta ser parcialmente independiente al realizar sus roles como esposo, padre, amigo y en sus actividades de autocuidado.

El proceso de Terapia Ocupacional se implementó en base al Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional basado en los marcos de referencia control motor, con sus diferentes técnicas de abordaje, y el marco de referencia de rehabilitación. La intervención se realizó durante un mes con 2 sesiones de 25 minutos a la semana dentro de UCI y 8 meses con sesiones de 50 minutos, 4 veces a la semana en el hogar interviniendo en las áreas ocupacionales siguientes: el cuidado personal, la alimentación, esparcimiento, productividad como el usar la computadora y el apoyarlo en la realización de sus roles importantes como lo son el de padre, esposo, hijo, hermano, amigo, para que pudiera hacerlo con cierta independencia.

Palabras clave: Intervención Oportuna. Terapia Ocupacional. Unidad de Cuidados Intensivos. Desempeño ocupacional. Schwannoma del Nervio Vestibular.

## II. JUSTIFICACION

La intervención oportuna en cualquier padecimiento es importante, ya que hace la diferencia en la calidad de vida y el grado de recuperación de una persona. La intervención oportuna tiene como objetivo la detección de deficiencias de cualquier tipo, tan pronto como sea posible y puede permitir el acceso a diferentes ayudas siempre que sea necesario. Las medidas tomadas reducirán los riesgos y secuelas que se presentan debido al padecimiento y ayudarán a superar y/o disminuir sus efectos (1). La prevención implica la aplicación de las medidas útiles para evitar en lo posible la aparición de discapacidades o disfunciones en cualquier ámbito, es decir factores de riesgo asociados a los componentes de la persona, al medio social y a la ocupación. Debido a esto hay que adoptar un enfoque holístico para desarrollar la intervención, por lo que se considera a la persona como un individuo y cualquier decisión a tomar debe tener en cuenta todos los aspectos de su entorno.

Específicamente la Terapia Ocupacional interviene de manera integral ya que se centra en la persona, tomando en cuenta todas las áreas ocupacionales. Este caso fue abordado con el Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional que se basa en el desempeño ocupacional, que es el resultado de la interacción dinámica entre la persona, el ambiente y la ocupación(1).

La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida. “La Ocupación abarca las actividades cotidianas que permiten a las personas mantenerse, contribuir a la vida de su familia y participar en la sociedad (American Occupational Therapy Association).

La participación ocupacional es importante porque tiene la capacidad de contribuir a la salud y al bienestar (Clarke y Col. 1997)

La ocupación forma parte de la identidad social de un individuo, responde a las necesidades de auto mantenimiento; proporciona un sentimiento de utilidad, de crecimiento y evolución, da un sentido de vida, una identidad por la que luchar y trabajar, da una identidad psicológica y una identidad espiritual.

Siguiendo el modelo canadiense centrado en el cliente, la ocupación es imprescindible para encontrar y modelar el sentido a nuestra existencia individual a través de la búsqueda de valores personales y universales.

En el caso que se aborda con este trabajo, se demuestra como la intervención oportuna de la Terapia Ocupacional logró conseguir que no se estructuraran discapacidades, que se disminuyeran disfunciones y que se llevara a cabo el desempeño ocupacional, incrementando la independencia en el área productiva es decir se le proporcionó calidad de vida a la persona a pesar de su diagnóstico de Schwannoma del nervio vestibular.

### III. ANTECEDENTES

#### Introducción

Schwannoma del nervio vestibular es un tumor benigno generalmente de crecimiento lento que se desarrolla desde el nervio vestibular (los movimientos de la cabeza son detectados por los canales semicirculares y son transmitidos hacia el cerebro por medio del nervio vestibular).

Los Schwannomas del nervio vestibular o mal llamados neurinomas o neuromas del acústico son relativamente poco comunes en la distribución general y afectan aproximadamente a una de cada 100 mil personas. Ocupan del 80 al 90% de todos los tumores del ángulo pósterocefálico. Corresponde al 7% de los tumores endocraniales. En un 7 a 10% de los casos coexisten quistes aracnoides en la misma localización, el 95% son unilaterales. En el caso que sea bilaterales nos hallamos ante una neurofibromatosis tipo II.

Los Schwannomas pueden verse en dos formas: aislados (95% de los casos) y asociados a la neurofibromatosis tipo II, en la que aparecen de forma bilateral y se presentan en pacientes en general jóvenes debido a un fallo en el gen supresor del tumor en el brazo largo del cromosoma 22 que normalmente evita que se presente. Se desconoce la causa de este defecto genético, sin embargo, a menudo existe una asociación entre el Schwannoma del nervio vestibular y el trastorno genético neurofibromatosis tipo II.

Conforme el tumor crece:

Presiona contra los nervios auditivos y de equilibrio, usualmente causando deterioro auditivo unilateral, tinnitus (tintineo, silbidos, etc.), y pérdida del equilibrio. Puede interferir con el nervio trigémino (sensibilidad facial), causando entumecimiento facial. También puede producir presión en los músculos faciales causando debilidad muscular o parálisis del lado donde se encuentre el tumor. Si el tumor crece más, puede eventualmente presionar contra estructuras nerviosas cerebrales.

La tasa de crecimiento no se puede predecir siendo generalmente de 1 a 10 mm por año. No obstante algunos no presentan cambios en muchos años. El 16% incluso disminuye de tamaño, aunque algunos pueden llegar a crecer entre 20 y 30 mm por año.

Nace en la zona de Obersteiner-Redlich (la zona de unión entre la glía y las células de Schwann) de la división del vestibular superior. Macroscópicamente se presenta como un nódulo firme, elástico, bien delimitado, de superficie de corte

gris blanquecino, a veces mucoidea. Histológicamente están constituidos de células fusadas bipolares con finas fibrillas dispuestas en haces entrecruzadas.

El comportamiento biológico es benigno pero si existen, con mucha menor frecuencia, los sarcomas de células de Schwann. Los Schwannomas múltiples suelen ser manifestación de una neurofibromatosis de Von Recklinghausen.

Hay, sin embargo, neurinomas de más rápido crecimiento. La pérdida auditiva ya sea unilateral o bilateral (insidioso y progresivo) acufenos (de alta frecuencia) y perdida de equilibrio son síntomas tempranos del tumor.

Dado el crecimiento habitualmente indolente de estas lesiones, no existe relación entre la intensidad o gravedad de los síntomas y el tamaño de la lesión en el momento del diagnóstico.

El diagnóstico lo hace el otólogo y el neurólogo. El examen neurológico incluye el estudio audiómetro completo, examen vestibular y potenciales auditivos de tronco.

El diagnóstico diferencial se hace con:

- a) Meningiomas
- b) Epidermoides
- c) Glomos yugulares
- d) Schwannoma del V-VII-IX-X-XI-XII par
- e) Quistes aracnoides
- f) Hemangiomas cavernosos
- g) Metástasis

#### Abordaje Médico

Es probable que en gran porcentaje de Schwannomas diagnosticados por los otólogos, en especial los de pequeño tamaño, sean tratados por estos mismos especialistas por vía translabirintica de fosa media, consideradas intrínsecamente otológicas y aptas para tumores de tamaño pequeño.

Las opciones de manejo se reducen a su exéresis microquirúrgica o el tratamiento con radiocirugía cuando se encuentran lesiones de 2.5 mm de diámetro de forma que las lesiones de mayor tamaño solo pueden ser tratados con efectividad con microcirugía.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la exeresis de la lesión, mientras el objetivo de la radiocirugía es el control de su crecimiento.

A pesar de los avances de la técnica quirúrgica, monitorización, anestesia y reanimación, la cirugía de los neurinomas grandes del acústico constituye un gran reto neuroquirúrgico y pone al paciente frente a una serie de secuelas neurológicas que pueden ser desproporcionadas con relación a la sintomatología clínica en el momento del diagnóstico. Las lesiones de gran tamaño deben seguir siendo tratadas exclusivamente con técnica microquirúrgica.

## Cirugía

La extirpación del tumor y la prevención de la parálisis facial son los objetivos del tratamiento quirúrgico.

Preservar la audición es más difícil, si un tumor se extirpa cuando es pequeño, se puede preservar la audición pero no puede recuperarse cuando esta se ha perdido antes de la cirugía. Los tumores grandes generalmente ocasionan pérdida total de la audición del lado afectado.

También pueden hacer presión sobre los nervios importantes para el movimiento facial y la sensación, pero la cirugía puede producir parálisis de algunos músculos faciales. Los tumores muy grandes pueden hacer presión adicional en el tallo cerebral poniendo en peligro el funcionamiento de otros nervios y la circulación normal del líquido cefalorraquídeo, lo cual puede llevar a la acumulación de líquido en la cabeza (hidrocefalia) que puede ocasionar aumento de presión intracraneal potencialmente mortal. El tratamiento de hidrocefalia y descompresión del tallo cerebral son los objetivos de la cirugía en estos casos.

## Radiocirugía estereotáxica

El objetivo de la radioterapia es disminuir la velocidad o detener el crecimiento del tumor no curarlo ni extirparlo. Se realiza en pacientes de edad avanzada o enfermos que no pueden resistir una cirugía cerebral.

Algunas veces durante la cirugía cerebral para extirpar los neuromas acústicos no todo el tumor se extirpa completamente, pueden quedar algunos residuos, así que, en estos casos se utiliza la radiocirugía como tratamiento postoperatorio para tratar el tumor residual.

La radiocirugía se recomienda para tratar solo tumores pequeños a fin de reducir el daño causado a los tejidos que se encuentran alrededor del tumor. Al igual que la cirugía cerebral la radiocirugía puede provocar parálisis facial o pérdida de la audición.

## Pronostico

Son benignos, no son cancerosos y no se propagan a otros sistemas del cuerpo (metástasis) pero pueden seguir creciendo y comprimir estructuras vitales dentro del cráneo, provocando lesiones cerebrales de importancia.

## DEFICIT NEUROLOGICO Y OCUPACIONAL

Las secuelas por shwannomas a nivel del cerebelo provoca síntomas y signos derivados del desequilibrio, de regulación de la adaptación postural en la ejecución de los movimientos voluntarios, en la amplitud de movimiento, en la iniciación y fin de los movimientos, en la secuenciación de movimientos alternativos rápidos, asinergia durante la marcha, temblor al realizar algún movimiento, disminución en la facultad al ejecutar rápidamente movimientos sucesivos alternativos (adiodococinesia). Afectaciones en el timbre, tonalidad y fuerza al hablar. La escritura es irregular, fragmentada. (Rodríguez .R)

Puede observarse trastorno motor con tono anormal (bajo). Rango de movimiento restringido, control postural deficiente y escaso control motor. Trastornos sensitivos, deterioro cognitivo en el nivel de reactividad, orientación, atención, memoria secuencia y organización. Déficit viso perceptivos, en las relaciones espaciales, percepción en el espacio y la relación figura fondo y profanidad. Autoexpresión y socialización. Dificultad para controlar sus emociones. Puede sentirse fácilmente abrumado, cursar con depresión y cambios de ánimo.

Estas alteraciones no deben considerarse de forma aislada sino prestando un interés a las dificultades que producen en el funcionamiento diario de la persona al realizar sus ocupaciones.

Las lesiones encefálicas afectan a todas las áreas ocupacionales, incluidas las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, actividades recreativas y participación social. (Crepeau 2005).

A consecuencia de estas lesiones el desempeño ocupacional, “ La capacidad de elegir, organizar, y desempeñar de manera satisfactoria ocupaciones significativas definidas por la cultura y adecuadas a la edad para el autocuidado, el disfrute de la vida y para contribuir con el entramado social y económico de la comunidad” (Law y col; 1997) también se ve afectado.

Los componentes o áreas del desempeño ocupacional que se ven afectados involucran a la persona, su ocupación y al ambiente. (Tabla 1)

Desde un punto de vista social la calidad de vida, en el daño cerebral adquirido dependerá de las estrategias de aprendizaje que sean capaces de aplicarse a la persona para minimizar las restricciones en la participación y en la ejecución de las actividades que vienen desarrollando. (Sánchez C. 2005)

<b>Persona</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Ambiente</b>
<p>Físico: Habilidades motoras y funciones sensoriales Afectivo: Relaciones interpersonales de la persona con su familia; sustrato cultural , étnico y social</p> <p>Mental: Respuestas emocionales y cognitivas del individuo al ambiente</p> <p>Núcleo espiritual: Fuerza vital: manifestación del Ser Superior, propósito y significado vital que se expresa en el contexto. Esencia innata del Ser Expresión de la voluntad Guía para la autodeterminación y el control personal Guía para tomar decisiones.</p>	<p>Autocuidado: Como la persona cuida de sí misma Cuidado personal; Higiene alimentación y vestido Movilidad funcional: como la transferencias Manejo de la comunidad: Traslado, compras y manejo de dinero</p>	<p>Físico Social Cultural Institucional</p>
	<p>Productividad: Como la persona contribuye a la sociedad. Trabajo remunerado y no remunerado, considera la preparación para desempeñarse en un empleo o como voluntario. Manejo del Hogar: incluye limpiar, lavar y cocinar. Escuela Juego</p>	
	<p>Recreación: Como la persona disfruta de la vida Recreación pasiva: incluye hobbies y actividades como las artísticas, manuales y lectura Recreación activa; como los viajes y deportes Socialización</p>	

Tabla1.Áreas del desempeño ocupacional de acuerdo al Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.

## REHABILITACION TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

A lo largo del periodo de rehabilitación se distinguen varias fases. Si bien lo normal es dividir el proceso en 3 periodos o fases, aguda-subagudacrónica, se impone cada vez más la consideración de una cuarta fase, lo que permite ser más eficiente en responder a las necesidades de la persona afectada por el daño cerebral adquirido, así como las demandas del núcleo familiar y poder establecer la intervención terapéutica más adecuada. (IMSERSO 2007).

**Fase aguda:** Generalmente la persona está hospitalizada en unidades de cuidados Intensivos. En esta fase existe un importante riesgo vital y en la que pueden aparecer complicaciones graves. El objetivo fundamental en esta fase es la estabilización clínica y el tratamiento y prevención de complicaciones.

**Fase subaguda:** En esta fase la persona con daño cerebral se encuentra ya estabilizada y ha sido trasladada a una sala general en régimen de hospitalización. Durante este periodo, además de procurar los cuidados médicos y de enfermería encaminados a la prevención y tratamiento de complicaciones, se inicia el periodo de rehabilitación interdisciplinar e intensiva. El objetivo fundamental en esta fase es el de procurar el máximo nivel de autonomía y alcanzar el grado de estabilización clínica suficiente para poder seguir con el programa de rehabilitación de forma ambulatoria, finalizando de esta forma el periodo de hospitalización.

**Fase postaguda:** En este periodo la persona ya no requiere cuidados médicos o de enfermería continua y su estado clínico puede ser abordado desde el ámbito domiciliario. La persona vive en su domicilio y son principalmente sus familiares los que asumen los cuidados necesarios. La persona acude al centro de rehabilitación ambulatoria donde recibirá el programa de rehabilitación personalizado. El objetivo fundamental en esta fase es afianzar los logros conseguidos en las fases anteriores mediante la generalización de los conocimientos y las destrezas adquiridas y adaptación a la nueva situación vital, tanto por parte de la persona afectada como de la familia.

**Fase crónica:** En esta fase la persona presenta estabilidad neurológica y funcional pero tiene más implicaciones en la autonomía de sus actividades. El tratamiento prolongado es para obtener mejorías puntuales o como para evitar el deterioro. Esta fase puede durar meses e incluso años, y en algunos casos el tratamiento de mantenimiento deberá continuarse de por vida.

Debe tomarse en cuenta que la enunciación de número de etapas es una descripción, que las personas con daño cerebral adquirido, en cualquier punto de su recuperación pueden mostrar características de más de una etapa (Dobkins1996).

## INTERVENCION EN TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es una profesión de la salud que se basa en el conocimiento de la actividad con significado y propósito como favorecedora de la salud y el bienestar en todos los aspectos de la vida. Tiene como propósitos el promover, desarrollar, restaurar, y mantener las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias y prevenir así la discapacidad (WFOT 2008).

Los terapeutas ocupacionales basan su intervención en el conocimiento del paciente como una persona con una historia singular de actividades vitales, patrones de vida diaria, valores e intereses. Los objetivos del paciente se obtienen por medio de una entrevista a este y a otras personas relevantes sobre como las ocupaciones se han interrumpido o presentan vulnerabilidad. Esta información brinda la base para saber donde centrar la atención y es el fundamento para generar ideas para la intervención (Crepeau 2005).

El terapeuta ocupacional apoya la participación del paciente en las ocupaciones diarias y trata habilidades específicas para esta participación, lo que puede prevenir la dependencia y mantener o aumentar la independencia. Analiza, evalúa y trata el desempeño ocupacional de las personas, comprendiendo este como una interacción entre la persona, el ambiente, y la ocupación/actividad diaria. Gracias a esto, el terapeuta ocupacional puede desarrollar estrategias de intervención a partir del ambiente y dadas las características del hospital, puede sugerir o implementar modificaciones en el ambiente con el fin de facilitar un desempeño independiente y con mayor seguridad. (Gajardo J 2008).

El proceso de terapia ocupacional comienza con la evaluación de necesidades, problemas y preocupaciones del paciente. Al comprender al paciente como un ser ocupacional, para quien el acceso en actividades significativas y productivas es central para la salud y el bienestar, es una perspectiva única y propia de la terapia ocupacional. Los problemas y preocupaciones encontrados en la evaluación e intervención son definidos desde la terapia ocupacional como problemas o riesgos en el desempeño ocupacional. Durante la intervención, el foco permanece en la ocupación y los esfuerzos se dirigen hacia el fomento del logro de un desempeño mejorado en las ocupaciones. Una variedad de actividades terapéuticas, incluyendo el involucrarse en actividades de la vida diaria, son utilizadas durante la intervención. (AOTA 2005)

La Terapia Ocupacional hace posible el aprendizaje y la recuperación a través de la modificación de los estímulos del medioambiente, en la manera de presentación de las tareas ocupacionales y en la modificación del contexto en el que tienen lugar.

Dependiendo de la gravedad de la lesión, factores personales previos (nivel educativo, edad, rol, etc.) y otros factores contextuales, facilitará la realización de actividades cotidianas mejorando las habilidades inherentes a la propia actividad y enseñando a la persona estrategias de aprendizaje compensatorias o/y recuperadoras. Por lo tanto, la Terapia Ocupacional basa su intervención en la ocupación / actividad, por las siguientes razones:

Es la manera de maximizar el potencial de cada paciente para mejorar los déficits consecuentes a la lesión, así como prevenir las posibles discapacidades derivadas de los mismos.

Minimiza en la medida de lo posible los procesos de dependencia capacitando al cliente para desarrollar las actividades relevantes en función de sus roles personales.

Reduce las restricciones en la participación facilitando la adquisición de nuevos roles y afrontando el proceso de rehabilitación de la manera más holística posible, preservando y teniendo en cuenta siempre que sea posible los gustos y preferencias del sujeto (Sánchez C. 2005)

## TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La unidad de cuidados intensivos funciona como una unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes.

Los objetivos de la UCI son la monitorización y el apoyo de las funciones vitales amenazadas o insuficientes en pacientes en estado crítico, a fin de efectuar determinaciones diagnósticas adecuadas y tratamientos médicos o quirúrgicos para su mejor evolución.

Las características del personal médico, de enfermería, terapeutas y del resto del personal de salud, el equipamiento técnico, la arquitectura y el funcionamiento deben estar definidas claramente. Las normas escritas interdisciplinarias sobre el proceso de trabajo, las competencias, los estándares médicos y los mecanismos para la toma de decisiones son útiles para deslindar las competencias y estandarizar el proceso de trabajo.

El rol del terapeuta ocupacional en la primera visita a la unidad UCI consiste en descubrir cuál era el estado previo del paciente respecto a movilidad y función (si

era totalmente independiente, si necesitaba ayuda para realizar algunas actividades de la vida diaria, o si dependía de otras personas), evaluar el estado actual del paciente (estado cognitivo, fuerza, resistencia física, habilidad para cuidar de sí mismo) y determinar cuál es el lugar más apropiado para el paciente cuando sea dado de alta en el hospital. Las habilidades de evaluar a un paciente rápida y minuciosamente, determinar el lugar donde debería ir tras ser dado de alta y establecer la necesidad, o no, de más terapia (ya sea en un centro o en el domicilio del paciente) son cruciales en este tipo de entorno. (Orovay C. 2011)

El terapeuta ocupacional puede obtener información sobre la historia ocupacional de sus pacientes gracias a la familia y a otras personas significativas. Evalúan los aspectos personales, como observar los movimientos pasivos y activos, que podrían afectar a las áreas ocupacionales futuras. La intervención en esta etapa, se dedica a la educación familiar, las estrategias de prevención concebida para preservar el rango de movimiento, la integridad de la piel y la función respiratoria, así como para tratar el tono y la provisión de oportunidad para la respuesta con propósito. (Crepeau 2005).

Desde el Servicio de Terapia Ocupacional se ha apostado por comenzar a trabajar a través de estimulación sensorial. En la estimulación sensorial se estimulan todos los sentidos audición, visión, olfato, gusto, tacto y propiocepción, de forma graduada y al nivel en el que el paciente pueda responder. También ofrecen estimulación controlada y la oportunidad de una respuesta con propósitos a los estímulos, como estimulación táctil profunda, algia, táctil superficial, gestatoria, olfatoria, visual y cinestesia. Otra estrategia es proporcionar una regulación ambiental o regulación sensorial. Enfatizan la importancia de regular o controlar los estímulos que recibe el paciente durante todo el día. (Sanz. S 2004).

El propósito de la estimulación sensitiva no es acelerar la recuperación, sino determinar cuándo se encuentra el paciente en la transición del nivel de coma a otro de baja reactividad. Comienzan a generar la estimulación de respuesta con mayor propósito, en los términos de seguir ordenes de uno pasa el cumplimiento espontáneo de áreas ocupacionales básicas. Las tareas pueden ser introducida a través de los objetos, como alcanzar al paciente una esponja o un peine y de dar al mismo al mismo tiempo una orden simple de un aso. La terapia se centra en las áreas y habilidades ocupacionales básicas, como actividades que estimulan la atención, habilidades motoras controladas. Se dirige a mejorar los factores personales con el mejor rango de movimiento que pueden impedir que una persona complete las tareas (Crepeau 2005).

En la etapa de la recuperación (internación, ambulatorio o salud domestica) el trabajo del terapeuta ocupacional se concentra en actividades de la vida diaria más compleja, tanto en la vivienda como en la comunidad, y en ayudar al paciente

a volver a las actividades ocupacionales o a identificar otras nuevas para satisfacer los objetivos en su desempeño ocupacional (educación, trabajo, ocio y participación social). (Crepeau 2005).

#### IV. PROCEDIMIENTO

NOMBRE: Darío C. A. N

EDAD: 41 años

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de abril de 1967.

DIAGNOSTICO PRIMARIO: Tumor Shwannoma del nervio vestibular

DIAGNOSTICO SECUNDARIO: Secuelas de daño cerebral adquirido.

Post operado por Shwannoma del nervio vestibular.

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES: Colocar en decúbito supino mientras este con traqueotomía, hasta retirar la cánula.

Motivo por el que fue referido al servicio de Terapia Ocupacional

La intervención fue solicitada por su esposa, cuando él se encontraba, ya por dos meses, en la UCI post operado de 8 intervenciones por Tumor Schwannoma a nivel vestibular. -“Para iniciar con su rehabilitación y evitarle más deformidades”, menciono ella.

Se presenta el Perfil Ocupacional que se recabo en el hospital, con su esposa y una hermana de él, fuera de la UCI.

La persona vive con su esposa y sus dos hijos en casa propia de dos niveles. Estudio la Licenciatura en Ciencias Políticas. Tiene 2 hermanas y 3 hermanos, nació en la ciudad de Toluca. Trabajaba de forma independiente en su área de trabajo.

Se casó a los 30 años, tiene dos hijos, un niño de 12 años y una niña de 10 años, después de un tiempo de estar casado se quedó sin trabajo durante un año, en ese lapso se dedicó a las tareas del hogar, llevar a sus hijos a la escuela, preparar la comida, etc., puesto que su esposa tenía que trabajar. Después de un tiempo su cuñado le consiguió trabajo en la Secretaria de Educación en el cual ocupo un puesto como asistente personal del secretario de Educación Pública a nivel Estado de México, laboro ahí durante 10 años hasta que se le presentaron los síntomas de su enfermedad actual.

Durante el tiempo que laboró llevo una vida muy activa laboral y socialmente, lo refieren como una persona con mucho carisma. Tiene muchos amigos, le gusta convivir mucho con la gente, salir de paseo, le gustan las fiestas, su vida social es activa pues además tiene un carácter agradable.

Cuando el cliente presenta su enfermedad le dan incapacidad en su trabajo, la cual se fue prolongando por las complicaciones que presentó y las secuelas con

las que quedo, no ha podido regresar al trabajo por lo cual le están tramitando su pensión.

Él empieza a darse cuenta que presenta un problema porque pierde el equilibrio, se siente mareado y sufre una caída de las escaleras en su casa, por lo que decide ir a consulta. Le mandan a hacer diversos estudios y en menos de un mes es diagnosticado con un Tumor de Schwannoma del nervio vestibular. Es intervenido quirúrgicamente en noviembre de manera exitosa, pudiendo caminar y retomar su vida completamente normal.

Al mes empezó a perder el equilibrio y a sentirse mareado, por lo que decidieron intervenirlo otra vez, estando en el área hospitalaria, presento un derrame cerebral postoperatorio y otras complicaciones no especificadas por su familia, por lo que se realizaron 8 intervenciones cerebrales y permaneciendo en la UCI por 2 meses.

En la UCI estaba inconsciente, con la cabeza girada hacia el lado derecho conectado a un respirador por medio de una cánula de traqueotomía, con sonda de gastrostomía y sonda urinaria tipo Foley. Apretaba la mano izquierda ante preguntas sencillas y concretas con su esposa.

## MODELO DE REFERENCIA QUE GIARON EL PROCESO

### Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional

Los planteamientos filosóficos conciben al hombre como un ser que necesita estar ocupado, lo que supone la adquisición de muchas formas de actividad, normas y roles, que van a tener un efecto crucial sobre la calidad de vida. Según este modelo, la culminación de todas las experiencias que tiene el hombre es la formación del yo individual (mental, físico, socio-cultural y espiritual) otros conceptos son la adaptación, entendida como concepto unificador central en la práctica centrado en el cliente y la actividad considerado como el núcleo del proceso de terapia ocupacional (CAOT, 1991).

Un aspecto central del modelo canadiense 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 puede provocar experiencias funcionales para que la persona interactúe y logre una mayor integración en su medio.

Entre los elementos claves para que la intervención sea exitosa podemos citar:

- 1) Relación terapéutica - establecida entre terapeuta y cliente.

- 2) Motivación - para participar en actividades terapéuticas significativas propósitos y relevantes.
- 3) Espiritualidad - necesidad de comprender (significado de la vida)
- 4) Ética - basada en los principios humanistas.

El proceso de intervención ocupacional centrado en el cliente consta de los siguientes puntos (Law, 1992)

- Definición del problema
- Ponderación del problema
- Puntuación del problema
- Revaluación
- Seguimiento

El modelo canadiense de desempeño ocupacional facilita el reconocimiento de los problemas y el establecimiento de las prioridades terapéuticas y puede ser utilizado con un amplio abanico de pacientes con disfunción en cualquiera de las áreas de desempeño o de los componentes y con una amplia perspectiva, holística individual.

## MARCOS DE REFERENCIA

### Marco de Control Motor

El marco de control motor explica el modo en que los seres humanos producen los movimientos físicos necesarios para realizar las ocupaciones que constituyen sus vidas cotidianas. El marco de control motor se ocupa del modo en que se controla el movimiento (Mathioetz y Bass-Haugen, 2002).

El control motor incluye componentes tan diversos como la generación y la coordinación de los patrones de movimiento de la cabeza, las extremidades y el tronco, así como el mantenimiento del equilibrio durante el desempeño ocupacional. El control motor se aprende por medio de un proceso en el que la persona busca soluciones óptimas para la realización de una ocupación.

El marco contemporáneo de control motor en la terapia ocupacional destaca el papel de la ocupación y el contexto ocupacional en el que se la desempeña. Se considera que la forma ocupacional, que se refiere a los objetivos y los procedimientos de la actividad ocupacional que se realiza, tiene una influencia importante sobre el control motor en general. De acuerdo con este modelo, al control motor se lo considera un comportamiento que autoorganiza de manera

específica de acuerdo con el contexto dentro del que se desempeña una forma ocupacional (Lin, Wu y Trombly, 1998; Trombly, 1995; Wu, Trombly y Lin, 1994).

Cuando las personas presentan daño en el SNC, los problemas del comportamiento motor son la consecuencia del intento de compensación del daño durante el desempeño de una forma ocupacional específica en un contexto determinado. Si cambiase la ocupación o el entorno en el que la persona se desempeña, también podría cambiar el tipo de comportamiento motor que presenta la persona (Mathiowetz y Bass-Haugen, 1994,1995; Trombly, 1995).

Al inicio, este marco se centro exclusivamente en el papel del sistema nervioso central en el control del movimiento y en explicar los diferentes abordajes o técnicas de manera separada; actualmente, hace hincapié en la interacción del SNC, la actividad y el ambiente para la organización del movimiento. Así se fundamenta la modificación de la tarea, del ambiente o de ambos para provocar movimientos más eficaces (G.Kielhofner 2006). Desde el punto de vista de los sistemas dinámicos se expresa que el control motor se distribuye entre muchos componentes. Estos componentes incluyen el SNC, los componentes del sistema musculo esquelético, del objetivo de la tarea y las condiciones sobresalientes del ambiente (tamaño, forma, peso, etc). Cualquiera de estas variables, cuyo cambio puede modificar un patrón de comportamiento motor en favor de otro patrón, se considera un parámetro de control.

Los enfoques del neurodesarrollo (enfoque de Rood, enfoque de Bobath, Terapia de movimiento de Brunstrom y Facilitación neuromuscular Propioceptiva) se basan en un conocimiento más antiguo, mientras que los conceptos del control motor representan conceptos recientes del control y el desarrollo motor. En conjunto, estos enfoques buscaran explicar las discapacidades motoras y especificar las estrategias de intervención que apuntan a mejorar el control motor, estos enfoques se centran en los problemas motores que aparecen como consecuencia del daño del sistema nervioso central.

El enfoque contemporáneo del control motor hace hincapié en el aprendizaje de la ocupación completa más que de sus partes diferenciadas. Los enfoques del neurodesarrollo actualmente, suelen enseñarse y utilizarse en conjunto no solo porque comparten conceptos, sino también porque se valen de un conocimiento interdisciplinario similar.

Para este enfoque los objetivos del tratamiento se centran en:

- La realización de las formas ocupacionales necesarias y deseadas de la manera más eficiente de acuerdo con las características del cliente
- Permitirle a la persona que practique dentro de contextos variables y naturales para que los comportamientos motores aprendidos sean más estables

- Maximizar las características personales y ambientales que mejoran el desempeño
- Ampliar las capacidades de resolución de problemas de los clientes para que puedan hallar con mayor facilidad las soluciones a los desafíos que encuentren en los entornos nuevos que trascienden el ambiente del tratamiento.

La terapia comienza por la identificación de las tareas cuyo desempeño presenta dificultad y por la observación de los patrones preferenciales de movimiento que la persona utiliza en estas tareas. El terapeuta luego determina los sistemas personales y ambientales que favorecen el desempeño óptimo o que contribuyen a un desempeño ineficaz. Esto provee una identificación de los factores contribuyentes y limitantes del control motor y sirve de base para determinar la intervención. El terapeuta también busca determinar la estabilidad o la inestabilidad de los comportamientos motores de acuerdo con las condiciones ocupacionales y ambientales. De este modo puede determinarse la variedad de condiciones en las que se manifiestan los patrones de movimientos funcionales y afectados.

### El Enfoque de Rood

Este enfoque implica la hipótesis de que la estimulación sensorial adecuada puede provocar respuestas motoras específicas (McCormack y Feuchter, 1996). El enfoque terapéutico incluye cuatro estrategias:

- Normalizar el tono muscular por medio de estímulos sensoriales que provoquen una respuesta muscular adecuada.
- Comenzar a partir del nivel de desarrollo de la persona y continuar de acuerdo con la secuencia normal de desarrollo motor.
- Enfocar la atención sobre el objetivo o el propósito de una actividad.
- Proveer oportunidades para la repetición con el objetivo de reforzar el aprendizaje.

Gran parte de la técnica de Rood se centra en proveer estímulos sensoriales adecuados para provocar una respuesta muscular (Rood, 1956).

Para facilitar la actividad de los músculos se emplean estímulos sensoriales como la aplicación de textura, roce y caricia del área encima de los músculos. Estímulos propioceptivos como la compresión manual de las articulaciones, el estiramiento rápido, los golpeteos, la presión que aplica el terapeuta, la resistencia al movimiento, entre otros.

Lo ideal sería que en la terapia ocupacional se utilicen técnicas diversas de estimulación sensorial para ayudar al cliente a moverse de manera voluntaria y para prepararlo para la participación activa en actividades significativas (McCormack y Feuchter, 1996).

#### El enfoque del Neurodesarrollo de Bobath

El enfoque del TDN se utiliza en terapia ocupacional para apoyar y facilitar el movimiento normal en el contexto de actividades significativas (Trombly y Radomski, 2002). La intención de la terapia es fomentar el control voluntario de las respuestas normales. El objetivo del tratamiento es preparar a la persona para el desempeño funcional.

El TDN se basa en las premisas siguientes:

1. Cada actividad tiene su base implícita en el control postural.
2. El control motor implica el aprendizaje de las sensaciones de movimiento.
3. Primero se aprenden los movimientos posturales básicos, después se amplían y por último se integran en las habilidades funcionales.

#### Marco de Referencia de la Rehabilitación

La rehabilitación permite que una persona con discapacidad física o mental o con una enfermedad crónica alcance una función máxima en el desempeño de sus actividades diarias.

La rehabilitación es el proceso de ayuda a una persona con una discapacidad a desempeñarse de manera competente en sus roles sociales y en sus actividades diarias.

En el marco de referencia de la rehabilitación destaca la enseñanza de técnicas compensatorias, el uso de un equipo adaptativo y de asistencia y la modificación de las características sociales y físicas de los ambientes que inhiben la función. Dutton (1995) identificó cinco premisas:

- Con estrategias y técnicas de compensación, un individuo puede recobrar la independencia cuando no es posible remediar el deterioro subyacente.
- El nivel de motivación afecta a la medida en la que un individuo recupera la independencia.
- Los ambientes en los cuales se desempeña una persona tienen una gran influencia en su motivación para la independencia.

- La rehabilitación comprende el proceso de enseñanza, aprendizaje; por tanto, la persona necesita habilidades cognitivas suficientes para aprender, aplicar métodos compensatorios.
- La motivación permite al individuo a participar plenamente en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Durante toda la evaluación le terapeuta ocupacional presta atención a varios factores asociados con el estado funcional de un individuo como:

- Las características del ambiente físico y social en las que actúa la persona.
- El equipamiento y los recursos económicos que emplea el paciente.
- Los niveles de supervisión y de asistencia disponibles.
- Las expectativas de desarrollo para su desempeño.
- Las habilidades de interacción motora, de proceso y sociales que están ausentes o que limitan la función.

#### Evaluaciones realizadas

Las Evaluaciones se realizaron de acuerdo a las etapas de evolución, la primera se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos y fue la escala de Glasgow.

Esta escala es un sistema de puntuación muy útil para la evaluación del nivel de consciencia. Está compuesta a su vez por tres subescalas donde se evalúa lo siguiente:

- I. La capacidad de apertura de ojos del paciente
- II. La respuesta verbal
- III. La respuesta motora

Aquí también se aplicó la Medición de Arcos de Movimiento Articular.

A los quince días de estar en su casa, empezó a presentar control motor del hemicuerpo izquierdo y se aplicó la Evaluación de Neurodesarrollo de Bobath en su modalidad aplicada para Adultos (Tromblin) por primera vez, se volvió aplicar a los 3 meses de intervención y al final del tratamiento.

Al lograr un mayor control, se aplicó la Evaluación del Índice de Barthel (1965 Mahoney, F. I. y Barthel, D. W), Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria dando mayor importancia a la puntuación de los temas de control de esfínteres y la movilidad.

EL instrumento de Tamizaje del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional. 2º. 1994. Utilizado para detectar la auto percepción del cambio en los problemas de desempeño ocupacional.

## FIN instrument Registro de Medida de la Independencia Funcional (Polonio)

### Análisis del Desempeño Ocupacional

El análisis del desempeño ocupacional nos proporciona información sobre los componentes ocupacionales inherentes a la persona, sus ocupaciones y el ambiente mediante los cuales realizaba su desempeño ocupacional en la primera valoración.

Al inicio del proceso al cliente lo empecé a atender en el hospital pues ya tenía dos meses de estar en Terapia Intensiva y se le habían presentado varias complicaciones en su tratamiento. Se encontraba totalmente inmóvil, estaba inconsciente, con la cabeza girada hacia el lado derecho conectado a un respirador por medio de una cánula de traqueotomía, con sonda de gastrostomía y sonda urinaria tipo Foley. Apretaba la mano izquierda ante preguntas sencillas y concretas con su esposa.

De acuerdo a la Escala de Glasgow; Tenía apertura de los ojos ante estímulos dolorosos, respuesta motora apretando la mano izquierda ante estímulos auditivos. Lo empecé a atender dos veces por semana durante un mes, ahí se empezó a ver la mejoría, empezó por mover levemente su mano y su pie izquierdo. Y respuesta verbal, con sonidos incomprensibles. Dándole una puntuación de nueve, lo que de acuerdo al rango, se consideraba una lesión moderada. Se aplicó la Medición de Arcos de Movimiento Articular, en la que observamos que no realizaba ningún movimiento de manera activa, sin embargo a la movilización pasiva no se encontraron contracturas en las extremidades. Por su condición, era completamente dependiente en todas las esferas de su desempeño ocupacional.

En la Unidad de Cuidados Intensivos estaba en una habitación privada, solo, cómoda, con buena ventilación y luz, con unos ventanales hacia el jardín interior del hospital; sin ruidos externos, se podía percibir únicamente los ruidos del ventilador y los monitores de la Unidad. Se encontraba con la compañía de un familiar las 24 horas y las visitas médicas por turno y bajo la supervisión frecuente de una enfermera.

Un mes después de la intervención con Terapia Ocupacional, le dieron de alta de la UCI y lo atendí en su casa.

### Resultados de las Evaluaciones realizadas en el hogar

A los quince días de estar en su casa, empezó a presentar movimientos del hemicuerpo izquierdo y se aplicó la Evaluación de Neurodesarrollo de Bobath en

su modalidad para adultos. Observamos que levemente flexionaba la cabeza, despegándola de la almohada y levemente flexionaba ambas caderas y rodillas contra gravedad.

Antes de la segunda intervención se volvió a aplicar la Evaluación de Neurodesarrollo de Bobath, observándose mejor control postural y del movimiento en posición prona y supina, con ayuda podía incorporarse en la posición sedente y mantenerse con ayuda en la posición cuatro puntos, sentado largo, hincado y de pie. En esta etapa se aplicó la Evaluación de Bartel, observándose parcialmente independiente al realizar las actividades de alimentación y baño. Era independiente en el control de esfínteres. En el resto de las actividades de cuidado personal era totalmente dependiente.

Para iniciar la Tercera Intervención se revaloró con las valoraciones anteriores. Con ayuda podía tener mayor control motor en las posiciones de sedestación, cuatro puntos y de pie, lo que le permitió tener un mayor desempeño ocupacional reflejándose en la Escala de Bartel en la que observamos una mayor independencia en la alimentación y baño. Con supervisión o ayuda logró realizar sus actividades de cuidado personal y traslados dentro del hogar.

Se aplicó el Instrumento de Tamizaje del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional para identificar lo que para él representaba mayor importancia de lograr en las áreas de autocuidado, productividad y esparcimiento del desempeño ocupacional.

Para el cliente en el área de autocuidado lo de mayor importancia era lograr mayor movilidad funcional en el interior y en el exterior caminado solo. En el manejo de la comunidad su interés era el poder transportarse por él mismo. En la productividad era de gran importancia regresar a su trabajo, a pesar de recibir su sueldo íntegramente, menciona el querer escribir y manejar su computadora. En las habilidades para el juego le interesaba realizar juegos de mesa con sus hijos y amigos. En el área de esparcimiento salir de viaje y de paseo con su familia es lo que más le agrada y en la socialización recibir visitas es lo que más disfruta.

#### Objetivo General:

Prevenir la aparición de úlceras de presión, contracturas musculares y el establecimiento de secuelas tras el daño. Que tenga el estado de alerta y de conciencia necesario para tener el control motor adecuado para realizar sus actividades en las diferentes áreas del desempeño ocupacional lo más independiente posible.

### Objetivo Específicos en la Primera Intervención:

Aumentar se estado de alerta y de conciencia. Evitar la aparición de úlceras, contracturas y deformidades por medio de la estimulación sensorial y la movilidad articular preparándolo para realizar la actividad ocupacional.

### Descripción de la Primera Intervención:

La primera etapa se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un mes dos veces por semana durante 45 minutos. De acuerdo a las pruebas aplicadas y al desempeño ocupacional antes descrito, se diseñó un plan de tratamiento que se les enseñó a los familiares que lo cuidaban; poniendo gran importancia a los cambios de postura continuos, a la alineación de los segmentos corporales con la colocación de almohadas para mantener la posturas que el cliente debía tener en la cama. También se les enseñó como realizar los movimientos de forma pasiva para evitar la aparición de escaras, contracturas y estimular así la recuperación de la función motora.

Se incluyeron estímulos auditivos por medio de la música clásica alternando con la música de su preferencia (Joaquín Sabina) de manera continua durante el día. Se les pido a los familiares que le hablaran constantemente sobre lo que más le gustaba, lo que estaba sucediendo con su familia y amigos más cercanos. Se realizaron estímulos propioceptivos por medio de cargas de peso, compresión muscular y articular para mejorar el estado de alerta y la conciencia articular. La estimulación táctil se realizo por medio de cepillado ascendente en las 4 extremidades y se pasaron diferentes texturas (terciopelo, lana, algodón, esponjas, fibras, papel de lija, etc.) por periodos cortos por tres a cuatro veces al día.

### Segunda Intervención

#### Objetivos Específicos:

Establecer un método de comunicación por medio del cual pudiera expresar sus necesidades básicas.

Lograr la alineación de la cabeza, lograr el control postural y la movilidad voluntaria para iniciar sus actividades de autocuidado como mantener la postura sedente, tomar el vaso para comer, tomar la esponja para bañarse y manejar su silla de ruedas.

#### Programa de Intervención:

Se realizó cuando lo dieron de alta y fue trasladado a su casa. Ahí la intervención fue durante tres meses con sesiones de una hora tres veces por semana. Se le realizaron las valoraciones y de acuerdo a los resultados dados se vio que el cliente ya mueve brazos y piernas por el mismo, ya se empieza a rodar de lado derecho e izquierdo de la cama. Se comunicaba por medio de señas y palabras aisladas.

Se continuó con un trabajo de control motor con las técnicas en nuro desarrollo como preparatorio para la actividad, iniciado en el piso con los cambios de decúbito, los movimientos transicionales a la posición sedente y de cuatro puntos ha hincado con ayuda. Se estimulo la posición sentado en la cama, en la silla de ruedas y en la silla del comedor realizando estimulación táctil en manos por medio de diferentes semillas y texturas. La prensión gruesa se estimulo por medio de tomar y romper papel, tomar vasos de diferentes tamaños, manejo de masas y plastilina. Juegos lúdicos por medio de pelotas de diferentes tamaños.

Se realizaron las adaptaciones engrosando el mango de los cubiertos y los cepillos. Se le estimulaba para que realizara sus actividades del baño de manera más independiente en la posición de sentado. Se le enseñó a trasladarse y a manejar la silla de ruedas. Se inicio el trabajo interdisciplinario con una terapeuta de lenguaje y con un psicólogo clínico.

### Tercera Intervención

#### Objetivos Específicos:

Lograr la mayor independencia en las diferentes áreas del desempeño ocupacional, de acuerdo a las áreas de interés del cliente y así lograr una mayor integración familiar y social.

#### Programa de Intervención:

La tercera intervención fue de cuatro meses con sesiones de tres veces por semana. Se continuó trabajando con la técnica de nurodesarrollo y la pelota de pilates para reforzar el control motor y así lograr una independencia en las actividades de cuidado personal (traslados, alimentación, baño y vestido).

Se reforzó la posición bípeda y la deambulacion con ayuda en el interior y en el exterior de la casa, ya que en esto era lo de su mayor interés.

Por la falta de equilibrio no se logro el manejo de andadera y de bastón, por lo que se continuo estimulando la deambulacion asistida para trasladarse y realizar sus actividades de autocuidado como ir al baño, a la sala, a la cocina.

Se reforzó la prensión fina por medio de actividades de juego como domino, damas chinas, rompecabezas sencillos y resaque, con un bastidor subir y bajar cierres, abotonar y desbotonar, amarre de agujetas.

Se empezó con un programa escritura adaptando los utensilios y posteriormente se inicio con manejo de la computadora.

Se estimuló el que pasará mayor tiempo jugando en el jardín con sus hijos, con una pelota o sentado en el trombling. Se le pidió que a realizará paseos cortos en coche con su familia y amigos.

## V. RESULTADOS

Con la Intervención oportuna en la Unidad de Cuidados Intensivos y la implementación del programa que los familiares realizaron se evito la aparición de úlceras y contracturas tras la inmovilidad también se logro aumentar el estado de alerta y conciencia.

Después de la intervención en su casa el cliente logro el control de esfínteres, la movilidad articular, la amplitud de movimiento, la fuerza y la resistencia pudiendo realizar sus actividades de cuidado personal, como tomar la esponja al bañarse, comer y posteriormente vestirse estando acostado y sentado de manera independiente o con ayuda si está parado.

El cliente habla mejor por lo que es capaz de sostener una conversación, lo cual le da mayor seguridad al platicar con la gente. Su participación en el hogar y en la familia ha ido en aumento. El ver su mejoría ha aumentado la confianza y por lo tanto su estado de ánimo

En cuestión de coordinación mejoro mucho logrando dejar las adaptaciones en los cubiertos y los cepillos, empezó con la escritura de manera no muy legible.

Empieza con el manejo de la computadora y decidió tomar clases de computación, se tarda en redactar un mail corto.

El puede manejar solo su silla de ruedas en el interior de su casa, también va a la tienda que se encuentra enfrente acompañado, sale al patio y sus amigos ya se lo llevan de paseo utilizando su silla.

En cuestión de movilidad, para caminar el cliente sigue necesitando ayuda, pues todavía no tiene el equilibrio suficiente para lograrlo por sí solo, algunas veces esto lo deprime pero con el apoyo de su familia y de sus amigos ha logrado salir adelante. También el cliente tiene una actitud comunicativa y participativa esto es de gran ayuda para su problema.

## VI ANALISIS

Este caso nos muestra que la intervención oportuna de Terapia Ocupacional desde la Unidad de Cuidados Intensivos y utilizando el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacionales contribuyen a prevenir la aparición de úlceras, contracturas musculares y el establecimiento de secuelas tras el daño neurológico adquirido, permitiéndole a la persona una mejor calidad de vida, mayor funcionalidad, autonomía en la realización de su desempeño ocupacional y en la participación social.

La integración de técnicas y marcos de referencia convencionales a modelos innovadores de terapia ocupacional centrados en la persona y en la ocupación permiten una intervención holística logrando un mayor desempeño ocupacional en la persona, reflejándose en el grado de independencia y la calidad de vida a pesar de tener un mal pronóstico por el daño cerebral adquirido que tiene tras la intervención quirúrgica por schwannoma.

Durante la Intervención la familia ha tomado un papel activo, lo que le ha permitido una independencia tras el tratamiento, una mayor integración a la vida familiar y a la participación social. La elaboración de objetivos de tratamiento, después de las valoraciones del desempeño ocupacional y centradas en las necesidades de la familia al inicio y después en las prioridades del cliente han estimulado a un más esta participación en el tratamiento.

El modelo al estar centrado en el cliente y el desempeño ocupacional le dio mucha importancia a los intereses y prioridades de el cliente lo cual a le dio la oportunidad de opinar sobre su tratamiento y de esta forma ver lo que le interesaba y le agradaba.

Después con el marco rehabilitatorio la independencia fue mayor se realizaron las adaptaciones a los utensilios y a su casa, que le permitió lograr la independencia en las actividades de autocuidado y alimentación, retomar sus roles como esposo, padre y amigo. Darle la confianza para ir acompañado a la tienda, tomar clases de computación y salir de viaje con su esposa y amigos.

## VII. CONTRIBUCIÓN

El propósito final de la intervención de terapia ocupacional es mejorar la calidad de vida de las personas que presentan cualquier disfunción ocupacional o están en riesgo de padecerla.

Los terapeutas ocupacionales basan su intervención en el conocimiento del cliente, como una persona con una historia singular de actividades y patrones de vida cotidiana, valores e intereses únicos.

Los objetivos del cliente se obtienen por medio de una entrevista a este o a sus familiares sobre como las ocupaciones se han interrumpido o presentan vulnerabilidad o tras una enfermedad están en riesgo de no volverse a realizar. Esta información brinda la base para saber donde centrar la atención y es el fundamento para generar ideas para la intervención.

Dentro del Modelo de Desempeño Ocupacional el ambiente y las ocupaciones juegan un papel importante para alcanzar el desempeño ocupacional. Por lo que este modelo me permitió fundamentar mi práctica oportuna en la Unidad de Cuidados Intensivos, centrándome en las necesidades de la familia y cuando pudo expresarlos, en las de mi cliente.

La intervención en esta etapa, se dedica a la educación familiar, las estrategias de prevención planeadas para preservar el rango de movimiento, la integridad de la piel, así como para tratar el tono y la provisión de oportunidad para la respuesta motora con propósito ocupacional.

El haber tenido la oportunidad de continuar con la intervención fuera del hospital, me permitió verificar como la Terapia Ocupacional hace posible el aprendizaje y la recuperación a través de la modificación de los estímulos del medioambiente, en la presentación de las tareas y en la modificación del contexto en el que se realiza y así junto con la participación activa de la familia y de mi cliente lograr una mayor independencia en su desempeño ocupacional, mayor participación social y mejor calidad de vida.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A pesar del manejo oportuno y holístico que se realizó, no se logro alcanzar la independencia en la de ambulación y muchas actividades donde el equilibrio es básico y que además es el mayor interés del cliente, volver a caminar para lograr retomar su vida familiar, laboral y social con la intensidad que tenia.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: domain and process. 56:616-26.

De Cs (2009). Biblioteca Virtual en Salud. (Recuperado 18 de agosto 2011). [http://decs.bvs.br/E/DeCS2009\\_Albob-S\\_esp.htm](http://decs.bvs.br/E/DeCS2009_Albob-S_esp.htm).

Crepeau, E.C (2005). Terapia Ocupacional. Buenos Aires. Médica Panamericana.

De Mont F (2007). Surgically curable brain tumors of adults. Ed. Tumors of the brain and spine (pp53-92). New York.

De Charm R (1968). Personal causation: the internal affective determinant of behaviors. New York: Academic Press.

FAOTA (2006). Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Grossack M (1970). Social Psychology as Social Science. Pa. International Textbook Co.

IMSERSO (2007). Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Colección Documentos, Serie Documentos Técnicos. IMSERSO.

Kielhofner G (2006). Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª ed. Buenos Aires. Médica Panamericana.

London P (1976). Ruddock R: Roles and Relationships.

Lovis D (2007). Classification of Tumours of the Central Nervous System. (pp152-155). Lyon: IARC.

Mathioetz V (2002). Assession abilites and capacities; Motor behavior en Gary Kielhofner.

Nafarroako L (2002). Terapeuten Lanbide Elkartea (Aptona- Nalate) Pamplona.

Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Neurocirugía (2007). Revista Peruana de Neurocirugía. Volumen 2. No. 3.

Orovay A (2011). Terapeutas Ocupacionales en el Cuidado Agudo de Pacientes en Estados Unidos. (Recuperado 20 de mayo 2012)  
[http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Cuidado\\_agudo\\_USA\\_terapia\\_ocupacional\\_Adela\\_Orovay.shtml](http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Cuidado_agudo_USA_terapia_ocupacional_Adela_Orovay.shtml).

Polonio B (2003). Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica. Médica Panamericana.

Revista Colega de Terapia Ocupacional TOG. Número 3 (febrero 2006). El Modelo Canadiense del desempeño Ocupacional. Pág. 1 a 27.  
[www.revistatog.com](http://www.revistatog.com).

Robinson A (1977). The arena for acquisition of rule for competent behavior. Am J Occup Ther. 31:248-253.

Sales J ( 2007). "Schwannoma del nervio vestibular". Publicación Mensual para formación continúa en neurocirugía. Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario Alicante volumen 1 número 1.

Sánchez C (2005). Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 2.  
**Revisiones: Terapia Ocupacional y Daño Cerebral Adquirido. Conceptos Básicos.** [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com).

Sanz S (2004). Terapia Ocupacional en el estado vegetativo y de mínima conciencia. Mafre Medicina. VOL 15, No. 2.

Turner A, Foster (2002). Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Elsevier.

White R (1959). Excerpts from motivation reconsidered: the concept of competence. Psychol. 66:126-134.

World Federation of Occupational Therapists (2004). About occupational therapy. Documenting center: <http://www.wfot.org>

## VIII. ANEXOS

La evaluación de Glasgow

Se realizó cuando el paciente se encontraba en la UCI.

Escala de Coma de Glasgow

OJOS Abren Espontáneamente

A una orden verbal

Al dolor

2

No responden

MEJOR RESPUESTA MOTORA

A una orden verbal. Obedece

A un estímulo doloroso

5

Localiza el dolor

Retirada y flexión

Flexión anormal (rigidez de decorticación)

Extensión (rigidez de descerebración)

No responde

MEJOR RESPUESTA VERBAL

Orientado y conversando

Desorientado y hablando

Sonidos Incomprensibles

2

Ninguna respuesta

TOTAL

9

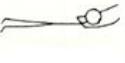
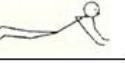
De acuerdo con los resultados de la escala de Glasgow se considera lesión moderada de 12-9 puntos.

MEDICION DEL ARCO DE MOVIMIENTO ARTICULAR



## VALORACIÓN DE NEURODESARROLLO BOBATH, VERSION ADULTOS.

### POSTURAS Y MOVIMIENTOS DE PRUEBA

Cuadro 6-2 Evaluación de la parálisis cerebral. Carta de control motor básico*							
Nombre: Darío César A N		Fecha de Nacimiento: 22/04/1967		Diagnóstico: Shwannoma del nervio vestibular			
Examinador:		Nombre: Darío		Nombre: Darío		Nombre: Darío	
Posturas y movimietos de pruebas		Fecha	Observaciones	Fecha	Observaciones	Fecha	Observaciones
Supina							
1. Caderas y rodillas totalmente flexionadas, brazos cruzados palmas sobre los hombros.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
2. Caderas y rodillas totalmente flexionadas.		D. 19 de Mayo	Levemente	D. 20 de Agosto	Ya lo realiza	D. 29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
a) Pierna derecha extendida b) Pierna izquierda extendida		I. 19 de Mayo	Levemente	I. 20 de Agosto	Ya lo realiza	I. 29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
3. Cabeza Levantada		19 de Mayo	Si lo realiza	20 de Agosto	Si lo realiza	29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
Prona							
4. Brazos extendidos junto a la cabeza. Levantar la cabeza a una posición media.		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Levemente	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Levemente	I. 29 de Diciembre	Si lo realiza
5. Brazos extendidos junto al cuerpo, con las palmas hacia abajo.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Si lo realiza	29 de Diciembre	Si lo realiza
6. a) Flexionar la rodilla derecha, cadera extendida. b) Flexionar la rodilla izquierda, cadera extendida.		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Si lo realiza	D. 29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Si lo realiza	I. 29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente
7. Tronco apoyado en los antebrazos, parte superior del tronco extendida, cara vertical.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Si lo realiza
8. Tronco apoyado sobre las manos con los codos y caderas extendidas.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Si lo realiza
Sentado erecto							
9. Plantas de los pies juntas, caderas flexionadas y en rotación externa a cuando menos 45°.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Si lo realiza
10. Rodillas extendidas y piernas en abducción; caderas 90°- 100°.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Si lo realiza	29 de Diciembre	Lo realiza adecuadamente

Cuadro 6-2 (Continuación)							
Nombre: Darío César A N		Fecha de Nacimiento: 22/04/1967			Diagnóstico: Shwannoma del nervio vestibular		
Examinador:		Nombre: Darío		Nombre: Darío		Nombre: Darío	
Posturas y movimientos de pruebas		Fecha	Observaciones	Fecha	Observaciones	Fecha	Observaciones
11. Piernas colgando sobre el borde de la mesa. a) Extender la rodilla derecha b) Extender la rodilla izquierda		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Si lo realiza	29 de Diciembre	Si lo realiza
Arrodillado 12. Espalda y cuello rectos (no hiperextendidos). a) Peso sobre las rodillas b) Peso sobre las manos		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Levemente	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Levemente	I. 29 de Diciembre	Si lo realiza
13. Sentado del lado, parte alta del tronco erecta, brazos relajados: a) sobre la cadera derecha. b) sobre la cadera izquierda.		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Levemente	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Levemente	I. 29 de Diciembre	Si lo realiza
14. Arrodillado en forma erecta, caderas extendidas, cabeza en posición intermedia, brazos a los lados.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Si lo realiza
15. a) Semiarrodillado: Peso sobre la rodilla derecha b) Semiarrodillado: Peso sobre la rodilla izquierda.		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Con ayuda	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Con ayuda	I. 29 de Diciembre	Si lo realiza
En cuclilla 16. Talones asentados, dedos de los pies sin encoger, rodillas apuntando en la misma dirección que los dedos, caderas totalmente flexionadas, cabeza en línea con el tronco.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Levemente	29 de Diciembre	Si lo realiza
De pie y componentes de la marcha 17. De pie, alineación correcta.		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Con ayuda	29 de Diciembre	Si lo realiza con ayuda
18. Pelvis y tronco alineado sobre la pierna adelantada. Ambas rodillas extendidas. a) Pierna derecha hacia adelante. b) Pierna izquierda hacia adelante.		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Con ayuda	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza con ayuda
		I. 19 de Mayo	No lo realiza	I. 20 de Agosto	Con ayuda	I. 29 de Diciembre	Si lo realiza con ayuda
19. Apoyando el peso sobre una pierna en posición media. a) Cambiar el peso sobre la pierna derecha b) Cambiar el peso sobre la pierna izquierda		D. 19 de Mayo	No lo realiza	D. 20 de Agosto	Con ayuda	D. 29 de Diciembre	Si lo realiza con ayuda
20. Golpear con el talón. Pierna posterior extendida y rotada hacia afuera, talón hacia abajo. Ambas rodillas estiradas		19 de Mayo	No lo realiza	20 de Agosto	Con ayuda	29 de Diciembre	Si lo realiza con ayuda

## ESCALA DE BARTHEL

Es un instrumento para detectar 10 actividades básicas de la vida diaria dando mayor importancia a la puntuación de los temas de control de esfínteres y la movilidad. Se aplica aproximadamente después de tres meses de tratamiento.

ITEM	ESCALA DE BARTHEL DE AVD	
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Totalmente independiente.</li> <li>- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	5
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Entra y sale solo del baño.</li> <li>- Necesita supervisión o mínima ayuda.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	5
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse solo la ropa, abotonarse, atarse los zapatos</li> <li>- Necesita ayuda.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0
ARREGLARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para lavarse las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse.</li> <li>- Supervisión o ayuda para afeitarse, maquillarse o peinarse, independiente para el resto.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0
DEPOSICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continente</li> <li>- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para suministrarse supositorios o lavativas.</li> <li>- Incontinente.</li> </ul>	10
USO DE EXCUSADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.</li> <li>- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0
TRASLADO SILLÓN/CAMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para realizar transferencia.</li> <li>- Mínima ayuda física o supervisión.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Camina solo 50 metros.</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0
ESCALONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para subir o bajar escaleras.</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	0

---

Resultado	Grado de dependencia
20-35	Grave

---

## Evaluación final

ITEM	ESCALA DE BARTHEL DE AVD	
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Totalmente independiente.</li> <li>- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	10
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Entra y sale solo del baño.</li> <li>- Necesita supervisión o mínima ayuda.</li> <li>- Dependiente</li> </ul>	5
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse solo la ropa, abotonarse, atarse los zapatos</li> <li>- Necesita ayuda.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5
ARREGLARSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para lavarse las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse.</li> <li>- Supervisión o ayuda para afeitarse, maquillarse o peinarse, independiente para el resto.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5
DEPOSICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continente</li> <li>- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para suministrarse supositorios o lavativas.</li> <li>- Incontinente.</li> </ul>	10
USO DE EXCUSADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa.</li> <li>- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5
TRASLADO SILLÓN/CAMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para realizar transferencia.</li> <li>- Mínima ayuda física o supervisión.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente. Camina solo 50 metros.</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5
ESCALONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Independiente para subir o bajar escaleras.</li> <li>- Necesita ayuda física o supervisión.</li> <li>- Dependiente.</li> </ul>	5

---

Resultado	Grado de dependencia
40-55	Moderado
60	Leve CALIFICACIÓN 75

---

# FIM™ Instrument

(Registro de Medida de la Independencia Funcional)

NIVELES	7. Independencia completa (en un tiempo razonable, con seguridad) 6. Independencia modificada (con ayuda de equipo)	SIN AYUDA													
	<b>Dependencia modificada</b> 5. Supervisión (sujeto = 100%+) 4. Asistencia mínima (sujeto = 75%+) 3. Asistencia moderada (sujeto = 50%+) <b>Dependencia completa</b> 2. Asistencia máxima (sujeto = 25%+) 1. Asistencia total (sujeto = menos del 25%)	CON AYUDA													
		<b>ADMISIÓN      ALTA      SEGUIMIENTO</b>													
<b>Autocuidados</b>															
A. Alimentación	2	4	6												
B. Apariencia externa	3	4	5												
C. Baño, ducha	2	3	6												
D. Vestido de la parte superior del cuerpo	2	4	5												
E. Vestido de la parte inferior del cuerpo	2	4	5												
F. Aseo	1	2	4												
<b>Control esfínteres</b>															
G. Control del esfínter vesical	5	7	7												
H. Control del esfínter anal	5	7	7												
<b>Transferencias</b>															
I. Cama, silla, silla de ruedas	1	3	5												
J. Aseo	1	3	5												
K. Baño, ducha	1	3	5												
<b>Locomoción</b>															
L. Deambulación / silla de ruedas	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>1</td><td>B</td></tr> <tr><td>1</td><td>B</td></tr> </table>	1	B	1	B	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>B</td></tr> <tr><td>2</td><td>B</td></tr> </table>	2	B	2	B	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>2</td><td>B</td></tr> <tr><td>2</td><td>B</td></tr> </table>	2	B	2	B
1	B														
1	B														
2	B														
2	B														
2	B														
2	B														
M. Escaleras															
<b>Subtotal Puntuación Motora</b>	27	48	64												
<b>Comunicación</b>															
N. Comprensión	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> </table>	7	B	7	B	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> </table>	7	B	7	B	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> <tr><td>7</td><td>B</td></tr> </table>	7	B	7	B
7	B														
7	B														
7	B														
7	B														
7	B														
7	B														
O. Expresión															
<b>Cognición/Social</b>															
P. Interacción social	3	7	7												
Q. Resolución de problemas	3	7	7												
R. Memoria	3	7	7												
<b>Subtotal Puntuación Cognitiva / Social</b>	23	35	35												
<b>TOTAL FIM</b>	50	83	99												

D: deambulación    S: silla de ruedas    B: ambos    A: auditiva    V: visual    C: verbal    N: no verbal

Nota: no dejar espacios en blanco. Introducir 1 si el paciente no es valorable debido al riesgo.

**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: Dario César Armeaga Nava		
Edad: 44 años	Sexo: masculino	Estado civil: casado
Quién contestó el cuestionario (si es otra persona)		
Fecha de la valoración: Agosto 2011	Día planeado de revaloración: Agosto 2011	Día de revaloración: Agosto 2011

Terapeuta: Sara María Antonieta Vega Gutiérrez
Institución: Pensionado
Programa: Integración del caso

Autores: M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 1994  
Editor: CAOT Publications,  
Traducción para fines educativos: Instituto de Terapia Ocupacional, A.C.

<p><b>Paso 1:</b></p> <p><b>Identificación de los problemas de desempeño ocupacional</b>          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</p>	<p><b>Paso 2:</b></p> <p><b>Calificando la Importancia</b>          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 corresponde en los pasos 1 A, 1B y 1C.</p>																											
<p><b>Paso 1 A:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Cuidado personal (e.g.p., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)</td> <td>bañarse _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>vestirse _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>higiene _____</td> </tr> <tr> <td>Movilidad funcional (e.g.p., transferencias interiores, exteriores)</td> <td>caminar _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>subir escaleras _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>movilidad por si solo _____</td> </tr> <tr> <td>Manejo en la comunidad (e.g.p., transportación, compras, finanzas)</td> <td>transportación _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>compras _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>finanzas _____</td> </tr> </table>	Cuidado personal (e.g.p., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)	bañarse _____		vestirse _____		higiene _____	Movilidad funcional (e.g.p., transferencias interiores, exteriores)	caminar _____		subir escaleras _____		movilidad por si solo _____	Manejo en la comunidad (e.g.p., transportación, compras, finanzas)	transportación _____		compras _____		finanzas _____	<p>Importancia</p> <table border="0"> <tr><td><input type="text" value="6"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="8"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="9"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="8"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="7"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="10"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="10"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="5"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="4"/></td></tr> </table>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>
Cuidado personal (e.g.p., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)	bañarse _____																											
	vestirse _____																											
	higiene _____																											
Movilidad funcional (e.g.p., transferencias interiores, exteriores)	caminar _____																											
	subir escaleras _____																											
	movilidad por si solo _____																											
Manejo en la comunidad (e.g.p., transportación, compras, finanzas)	transportación _____																											
	compras _____																											
	finanzas _____																											
<input type="text" value="6"/>																												
<input type="text" value="8"/>																												
<input type="text" value="9"/>																												
<input type="text" value="8"/>																												
<input type="text" value="7"/>																												
<input type="text" value="10"/>																												
<input type="text" value="10"/>																												
<input type="text" value="5"/>																												
<input type="text" value="4"/>																												
<p><b>1 B: Productividad</b></p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="3">Trabajo remunerado/ no remunerado (e.g.p., encontrar/manterner un trabajo, voluntariado)</td> <td>trabajo remunerado _____</td> </tr> <tr> <td>no remunerado _____</td> </tr> <tr> <td>trabajo voluntario _____</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Manejo del hogar (e.g.p., limpieza, lavandería, cocinar)</td> <td>no es aplicable _____</td> </tr> <tr> <td>debido a su _____</td> </tr> <tr> <td>problema motor _____</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Juego/Escuela (e.g.p., habilidades de juego, tareas)</td> <td>manualidades _____</td> </tr> <tr> <td>juegos de mesa _____</td> </tr> <tr> <td>rompecabezas _____</td> </tr> </table>	Trabajo remunerado/ no remunerado (e.g.p., encontrar/manterner un trabajo, voluntariado)	trabajo remunerado _____	no remunerado _____	trabajo voluntario _____	Manejo del hogar (e.g.p., limpieza, lavandería, cocinar)	no es aplicable _____	debido a su _____	problema motor _____	Juego/Escuela (e.g.p., habilidades de juego, tareas)	manualidades _____	juegos de mesa _____	rompecabezas _____	<table border="0"> <tr><td><input type="text" value="10"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="8"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="4"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="6"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="10"/></td></tr> <tr><td><input type="text" value="9"/></td></tr> </table>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="9"/>						
Trabajo remunerado/ no remunerado (e.g.p., encontrar/manterner un trabajo, voluntariado)		trabajo remunerado _____																										
		no remunerado _____																										
	trabajo voluntario _____																											
Manejo del hogar (e.g.p., limpieza, lavandería, cocinar)	no es aplicable _____																											
	debido a su _____																											
	problema motor _____																											
Juego/Escuela (e.g.p., habilidades de juego, tareas)	manualidades _____																											
	juegos de mesa _____																											
	rompecabezas _____																											
<input type="text" value="10"/>																												
<input type="text" value="8"/>																												
<input type="text" value="4"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text" value="6"/>																												
<input type="text" value="10"/>																												
<input type="text" value="9"/>																												

1C: Esparcimiento		Importancia	
Actividades recreativas Estáticas (e.g.p., pasatiempos, artesanías, lecturas)	leer	<input type="text" value="7"/>	
	ver televisión	<input type="text" value="9"/>	
	escuchar música	<input type="text" value="10"/>	
Actividad recreativas activas (e.g.p., deportes, viajes, excursiones)	salir de paseo	<input type="text" value="8"/>	
	ir de viaje	<input type="text" value="10"/>	
	visitar a su familia	<input type="text" value="9"/>	
Socialización (e.g.p., visitas, llamadas por teléfono, fiestas, correspondencia)	fiestas	<input type="text" value="8"/>	
	hablar por teléfono	<input type="text" value="9"/>	
	visitas	<input type="text" value="10"/>	

**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 puntúa 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
1.	caminar solo	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="3"/>
2.	higiene	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="8"/>
3.	bañarse	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="8"/>
4.	vestirse	<input type="text" value="6"/>	<input type="text" value="9"/>	<input type="text" value="7"/>	<input type="text" value="9"/>
5.	trasladarse	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="5"/>
Puntaje:		Desempeño Puntaje 1	Satisfacción Puntaje 1	Desempeño Puntaje 2	Satisfacción Puntaje 2
Puntaje total es = a los puntajes totales del desempeño o satisfacción / entre número de problemas		<input type="text" value="3.2"/>	<input type="text" value="6.4"/>	<input type="text" value="5.0"/>	<input type="text" value="6.6"/>

CAMBIO EN EL DESEMPEÑO ES = al puntaje de Desempeño 2  menos puntaje de Desempeño 1  =

CAMBIO EN LA SATISFACCIÓN ES = al puntaje de Satisfacción 2  menos puntaje de Satisfacción 1  =

Programa sensorial dentro de la UCI y Hogar

Sentido	Estimulo	y	Actividad	Contribución	Etapa
Táctil	Material Texturas		Pasárselas de distal a proximal en miembros superiores, inferiores y hemicara izquierda.	Para identificar tipo de textura	En la UCI
Olfativo Gustativo					
Visual	Ejercicios oculares		Seguir un objeto en diferentes direcciones	Mejorar campo visual únicamente con el ojo derecho	Hogar
Auditivo	Diferentes sonidos		Sonar diferentes objetos y localizar el sonido	Para mejorar el campo auditivo del lado izquierdo	Hogar
Propioceptivo	Piboteos Palmoteos Digito presión Cargas de peso		Todos los estímulos se realizan de distal a proximal	Para mejorar tono muscular, sensibilidad y postura.	Hogar
vestibular	Sobre la pelota, aros		Sacar aros del lado derecho y ponerlos en el izquierdo.	Para mejorar coordinación y equilibrio.	Hogar