



INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL

INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL CENTRADO EN LA
OCUPACIÓN ORIENTADO A MEJORAR EL DESEMPEÑO
OCUPACIONAL EN UN ADULTO JOVEN CON HEMIPLEJIA:
ESTUDIO DE CASO.

REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL
PRESENTA
MARGARITA ARREOLA ARGUETA

DIRECTORA
MA. CRISTINA H. BOLAÑOS

MÉXICO, D.F.

2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la luz que me dio para culminar este trabajo sobre todo en este momento tan crítico de mi vida.

A la Dra. Ma. Cristina Hernández Lara de Bolaños por su comprensión, empatía, paciencia y por creer en mí.

A Dulce Lorena Armendáriz y Catalina Sánchez por sus aportaciones.

A mis compañeras por su motivación.

A mis hijos Emanuel y Aldo por ser mi orgullo y maestros de vida.

A Norberto por su apoyo y amor.

A mis padres porque me dieron la vida, valores, educación, cuidado y amor.

A todos y cada uno de mis hermanos por sus enseñanzas que me transmitieron cada quien en su forma muy particular, por su cuidado, apoyo cariño y amor.

A todas aquellas personas que me motivaron y apoyaron para culminar este trabajo.

Y a Jorge.

Índice

Resumen	2
I. Justificación	3
II. Antecedentes	5
III. Procedimiento	10
IV. Resultados	22
V. Análisis	26
VI. Contribución	27
Referencias Bibliográficas	29
VII. Anexos	33

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar el proceso de Terapia Ocupacional centrado en la ocupación, aplicado a un adulto joven (Jorge), que sufrió un accidente cerebrovascular quedando con una secuela de hemiplejía espástica izquierda.

Se utilizaron el Modelo de Ocupación Humana, el Marco de Referencia del Neurodesarrollo, y el Cognitivo Conductual, y para conocer si estaba presentando discapacidad cognitiva se utilizó la Prueba del Nivel Cognitivo de Allen Screen (ACLS, 2000) del Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva de Allen.

El proceso de intervención fue aplicado en 24 sesiones, a su término se lograron cambios en su desempeño ocupacional en las áreas ocupacionales de cuidado personal, instrumentales, trabajo y esparcimiento favoreciendo su participación social.

Palabras Clave: Proceso de terapia ocupacional, desempeño ocupacional, accidente cerebrovascular, participación social.

I. JUSTIFICACION

Las ocupaciones conectan a la persona con la vida, desarrollan su potencial humano, su iniciativa y le permite relacionarse con el mundo (Simo, 2008). Las personas ocupan los espacios en el mundo manipulándolo y transformándolo, dando forma al hacer en el que participan (Kielhofner, 2004). Las actividades que las personas realizan en el transcurso de un día, estructuran y organizan el tiempo, incluyendo periodos de actividad y descanso (Moruno, 2003).

"Nada podríamos experimentar ni hacer separados del mundo (ambiente), ninguna existencia tendría el mundo sin nuestro experimentar y nuestro hacer" (Talavera, 2004).

La ocupación favorece y promueve la participación e integración social, partiendo de la forma en que interactuamos con otros, las reglas que seguimos en el hacer, moldeando el modo en que se ve la persona. La cultura le da sentido, forma y significado al hacer, la forma en que interactuamos con otros, las reglas que seguimos para hacer el trabajo y el juego, las formas en que nos vestimos y arreglamos son expresiones de nuestra cultura. Nuestras acciones moldean el modo en que los otros nos ven, así mismo, nuestra posición social influye en lo que se espera que hagamos y como lo emprenderemos (Kielhofner, 2004).

La ocupación es parte de la condición humana y su desempeño es por medio de las actividades de la vida diaria, trabajo y juego (Kielhofner, 2004).

Es a través de la ocupación como una persona desarrolla y expresa su identidad personal. Los roles ocupacionales determinan obligaciones, expectativas, deseos y ritmos de nuestras vidas, organizan nuestro comportamiento, e influyen en el conjunto de acciones que realizamos, y en la manera en que interactuamos con los demás. Las personas se ven como trabajador/estudiante, padre/madre, hijo/hermano etc., actuamos de determinada forma para desempeñar ese rol, la interiorización del rol le da a la persona una identidad, un sentido de vida (Kielhofner, 2004).

Si los roles y ocupaciones se interrumpen en la vida de una persona, se pueden generar emociones negativas como aburrimiento, monotonía, desesperanza, pérdida de interés, frustración, impotencia, enojo, así mismo, pueden tener sentimientos de inutilidad y aislamiento (Turner, 2003). Sin roles suficientes y/o significativos la persona

carece de identidad, propósito y estructura en su vida cotidiana, también puede ocurrir la pérdida de autoestima.

“Las ocupaciones son la oportunidad y la capacidad para fomentar el potencial individual la cohesión con la comunidad y la integración social” (Fransen, 2005)

II. ANTECEDENTES

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) o enfermedad cerebrovascular puede definirse como un trastorno vascular, origen de una lesión encefálica que causa déficit neurológico. Se denomina comúnmente ictus por su inicio súbito; se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo en un área específica del cerebro, lo que conlleva, un daño encefálico por la falta de oxígeno. (Crepeau 2005).

Es una afección caracterizada por el rápido desarrollo de signos clínicos focales con alteración de las funciones cerebrales, con una duración mayor de 24 hrs o de un curso fatal sin otra causa aparente distinta de la vascular.

Epidemiología.

Es un problema de salud en México que ocasiona elevadas cifras de mortalidad y un elevado número de casos de incapacidad permanente que consume importantes recursos económicos. A nivel mundial según la OMS en el 2004 la enfermedad vascular cerebral (EVC) es la segunda causa de muerte y la principal de invalidez. En nuestro país ocupa el 6to. lugar de mortalidad de acuerdo a la Asociación Mexicana de Enfermedad Vascular Cerebral. Con una incidencia de 42.9 casos nuevos por 1000,000 habitantes de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública en el 2001.

En los últimos años se ha observado una disminución del número de ACV hemorrágicos, lo cual puede relacionarse con un mejor tratamiento de la hipertensión arterial [HTA]) y un aumento del número de los ACV isquémicos de origen cardioembólico en las personas de más de 75 años. (Daviet, 2002)

Factores de riesgo:

- No modificables como edad mayor a los 55 años (después de esta edad se incrementa al doble), sexo (en el masculino es mayor que el femenino), raza, antecedentes familiares de enfermedad vascular.
- Modificables como la hipertensión, enfermedades cardiacas, diabetes, estenosis de la carótida, tabaquismo, uso de cocaína y otras drogas, hiperlipidemias, enfermedades asociadas a estados de hipercoagulabilidad.

Clasificación.

- Isquémica, también se llaman infartos cerebrales y se deben a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, generalmente por arterioesclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (carótidas o aorta).
- Hemorrágica, también se denomina hemorragia cerebral y se deben a la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico debido a un pico hipertensivo o a un aneurisma congénito.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes del ACV se encuentran la hemiplejía, suele definirse como pérdida de la función motora del hemicuerpo o la hemiparesia que indica disminución de la función motora en el hemicuerpo, también pueden presentar alteraciones sensoriales, visuales, del lenguaje y cognitivas.

Otras complicaciones que pueden modificar la evolución de los pacientes son las crisis epilépticas. Según la OMS la define como “Crisis cerebral consecuencia de una descarga neuronal excesiva”. (Seria y col. 2007) La complicación de las crisis epilépticas, provoca un cambio brusco en la vida de la persona, así como alteraciones emocionales, negación, frustración, depresión que puede llevar al aislamiento.

Considerando algunas cifras como referencia, el 68% de las personas afectadas con secuela de hemiplejía presentan algún tipo de dificultad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. El 84% presenta problemas a la hora de manejarse fuera del domicilio, el 71% no es capaz de realizar tareas domésticas en el hogar, un 50% no puede desplazarse sin ningún tipo de ayuda y un 40% presentan alteraciones en la capacidad de aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos y así como en las actividades de la vida diaria instrumentales. (Fernández, 2009)

Así mismo una secuela de hemiplejía repercute en la vida personal y social del individuo ocasionándole pérdida de empleo, abandono de los estudios, reducción de las actividades sociales, ruptura de la armonía familiar, así como, pérdida de su autonomía y desajustes que sufre la estructura familiar. (Balmaseda 2002). Cuando las personas presentan una discapacidad es frecuente que su desempeño ocupacional se vea

afectado, ya sea en el ámbito de la persona, el ambiente o en áreas ocupacionales, de cuidado personal, trabajo, recreación y participación social, lo cual puede limitar su desarrollo de la etapa de vida en que se encuentre.

Ciclo de Vida

El desarrollo del ciclo de vida es un proceso que dura toda la vida. Es el estudio de los cambios que se dan en las diferentes etapas de la vida. Comprende ocho periodos: el primer periodo es antes del nacimiento (de la concepción al nacimiento), continua con la primera infancia y los primeros pasos (del nacimiento a los tres años), la niñez temprana (3 a 6 años), la niñez intermedia (6 a 11 años), la adolescencia (11 a 20 años aproximadamente), la edad adulta temprana (20 a 40 años), la edad adulta intermedia (40 a 65 años) y la edad adulta tardía (65 en adelante). (Papalia, 2007).

En este punto nos daremos a la tarea de hablar acerca de la edad adulta temprana, porque es la etapa de desarrollo en que se encuentra la persona del caso que nos ocupa. La edad adulta temprana comprende de los 20 a 40 años, esta es una etapa de logros, las capacidades físicas y sensoriales son excelentes, las elecciones del estilo de vida (dieta, ejercicio, tabaquismo) influyen en la salud. Las relaciones sociales suelen asociarse con la salud física y mental. El desarrollo cognitivo incluye la habilidad para cambiar entre el razonamiento y las consideraciones prácticas, conciencia de que los problemas tienen múltiples causas y soluciones, ser positivo al elegir las soluciones y conciencia del conflicto. Ingresan al trabajo. En la teoría de Erikson el problema de la edad adulta temprana es el de la intimidad frente al aislamiento. Época de cambios drásticos en las relaciones personales, buscan la intimidad emocional y física en sus relaciones con sus pares. Las relaciones íntimas se asocian con la salud física y mental. Toman decisiones de matrimonio o permanecen solteros; ejercen la paternidad. (Papalia, 2007).

Como se puede ver, la edad adulta temprana, es una etapa de logros, cambios y la internalización de nuevos roles como, trabajador, esposo, padre; ahora bien una persona con secuela de hemiplejía frecuentemente se ve limitada para realizar actividades de cuidado personal, instrumentales, educación, trabajo, juego, esparcimiento y participación social. Para ello la Terapia Ocupacional proporciona un tratamiento global que se enfoca al desempeño ocupacional que se encuentre limitado

en éstas áreas de desempeño, incluyendo sus componentes neuromotrices, sensoriales, perceptivos, cognitivos, emocionales y sociales. En caso necesario se enfoca a la adaptación del ambiente o el uso de ayudas técnicas, para desarrollar las capacidades adaptativas necesarias para adquirir, mantener o recuperar sus ocupaciones significativas, mejorando su calidad de vida.

De acuerdo al tema propuesto en este trabajo se exponen a continuación los siguientes conceptos, para así tener más claridad al respecto.

La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de ayudar a las personas a realizar las actividades de la vida diaria que sean importantes para su salud y su bienestar a través de la participación en ocupaciones valiosas. (Crepeau, 2005).

La ocupación, son las diferentes actividades que la persona realiza a lo largo del día, por medio de las cuales se satisfacen necesidades y deseos, mismas que están relacionadas con los roles y con los contextos físicos, sociales y culturales. En función de éstos adquiere un valor y significado que convierte esta actividad en única para la persona que la realiza. También la actividad se selecciona por la motivación y los intereses individuales, así mismo, su ejecución está condicionada a las capacidades habilidades y destrezas personales (Libro Blanco de TO, 2004).

La Terapia Ocupacional es un servicio dirigido a las personas que tienen dificultades en su desempeño ocupacional debido a una problemática física, psicológica o social, que está encaminado a facilitar e incrementar su salud, así como, a mejorar el desempeño ocupacional.

El desempeño ocupacional, es la habilidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, actividades instrumentales, educación, trabajo, juego, esparcimiento y participación social (Bolaños, 2008).

El proceso de Terapia Ocupacional, comprende la evaluación, intervención y resultados, de las necesidades ocupacionales, problemas y preocupaciones de las personas que solicitan el servicio. Los terapeutas ocupacionales, contemplan que el cliente es un ser ocupacional, lo que implica la realización de ocupaciones significativas que son básicas para el mantenimiento de la salud y el bienestar. Los problemas y preocupaciones, se basan en las teorías de la terapia ocupacional y se definen como problemas o riesgos

en el desempeño ocupacional. Durante la intervención no se pierde de vista la ocupación y los esfuerzos se dirigen a que la persona realice actividades.

Este trabajo nos ayuda a conocer como el proceso de intervención centrado en la ocupación, mejora el desempeño ocupacional de un adulto joven con secuela de hemiplejia, en su ambiente, en el cuidado personal, la productividad, la recreación y la participación social, adquiriendo valor, significado y sentido de vida, obteniendo salud bienestar.

III. PROCEDIMIENTO

NOMBRE: Jorge Rosales López

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de septiembre de 1976

DIAGNOSTICO PRIMARIO: Accidente Cerebrovascular

DIAGNOSTICO SECUNDARIO: Hemiplejia izquierda

PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES: No hay

Motivo por el que fue referido al servicio de Terapia Ocupacional

Fue canalizado a terapia ocupacional por el servicio de neurocirugía para su recuperación integral, posterior a un Accidente Cerebrovascular y craneoplastía que le dejó una secuela de hemiplejia espástica izquierda.

A continuación se presenta el Perfil Ocupacional, el cual está escrito en presente, debido al momento en que se recabó la información.

Perfil Ocupacional

Jorge vive con sus padres y su hermano en casa propia de planta baja y un piso.

Se desempeñó como diseñador gráfico durante cuatro años. Actualmente, en su casa, realiza trabajos de diseño grafico esporádicamente, ya que sólo utiliza la mano derecha, lo que le resta velocidad. También atiende un negocio de videojuegos.

Jorge realiza sus actividades de cuidado personal en forma independiente experimentando la sensación de goce y satisfacción a pesar de que lo hace con la mano derecha solamente, por las mañanas, se levanta hace ejercicio, se baña, viste y desayuna. Posteriormente, atiende el negocio o trabaja en la computadora. Después de comer, chuta con un balón en el patio de su casa. Luego vuelve al negocio o a la computadora. Disfruta de su desempeño ocupacional, como atender el negocio de videojuegos, que está en su casa y de diseñador grafico lo que hace al estar en la computadora porque, distrae su mente, se olvida un poco de lo demás, le genera tranquilidad y le motiva en cuanto a planeación y creatividad, que es lo que requiere el diseño de stand. El poder trasladarse de un lugar a otro dentro de su casa, representa

la sensación de satisfacción y logro. Una vez por semana va a su rehabilitación en compañía de su mamá. Hay actividades que son de su interés como ir al cine, de compras, a conciertos, viajar, sin embargo prefiere no hacerlas porque implica el salir de casa.

En cuanto a los hábitos y rutinas que lleva a cabo son: hacer ejercicio por las mañanas al levantarse y por las noches antes de acostarse, después de comer va al patio a chutar con la pelota y el resto de tiempo lo pasa en la computadora. Al iniciar con el proceso de intervención de Terapia Ocupacional centrado en la ocupación Jorge tiene 6 años recibiendo terapia física y 2 años sin salir de su casa, razón por la cual se vio en la necesidad de establecer la rutina mencionada.

Jorge está realizando los roles de hijo, hermano, paciente y trabajador. Sus roles de hijo y hermano han adquirido mayor importancia porque después del evento empezó a convivir la mayor parte del tiempo con su familia y se siente comprometido con sus papás por el apoyo que le dan, por lo que él les corresponde poniendo empeño en su recuperación. Sin embargo, le gustaría que sus padres no fueran tan sobre protectores. El rol de paciente lo desempeña con responsabilidad, compromiso y constancia desde el inicio de su discapacidad; el rol de trabajador al principio lo desempeñó con un sentido de incapacidad e ineficacia, al atender con una mano a los clientes, el recibirles los controles, hacerles la cuenta de lo que habían jugado. El hecho de tener que cobrarles a un grupo de personas, casi al mismo tiempo, le generaba ansiedad. Por el momento no desea comprometerse en ningún trabajo como diseñador grafico donde se encuentre bajo presión de horario y de tiempo para entregar los trabajos porque sólo utiliza la mano derecha en la computadora y eso le resta velocidad y más aun si requiere de salir de su casa prefiere no hacerlo. Con respecto a roles que tengan que ver con salir de casa no piensa en ello, por consiguiente evita el rol de amigo, aficionado y voluntario.

En lo referente a compañeros o amigos, procura no salir con amigos, ellos lo visitan esporádicamente y por el momento no piensa en tener novia porque no podría atenderla.

A Jorge le gustaría tener mayor funcionalidad en su extremidad superior izquierda, la que presentaba espasticidad leve en hombro, en mayor medida en codo y mano, lo que le impedía desempeñar en forma satisfactoria sus ocupaciones en las que se requiere el uso de ambas manos.

Otro interés es lograr salir sólo a la calle porque desde que se le presentaron las crisis epilépticas dejó de salir a la calle porque presentaba sentimientos de miedo. Considera que una vez que logre salir, iniciará la integración social, que es una ocupación que le falta. Otra actividad que le gustaría realizar es manejar un auto.

Para Jorge sus intereses y valores se modificaron como resultado de ir recuperando su movilidad, puesto que, antes de su discapacidad le era significativo jugar futbol los fines de semana y muy importante la convivencia con sus amigos después del juego. Estas actividades actualmente no las realiza, y ahora ya no son una prioridad, argumentando que con la discapacidad se dio cuenta de lo apreciable que es la convivencia familiar. Por otra parte, considera valiosa la posibilidad de participar, en un futuro, como voluntario en alguna comunidad. También considera importante, tomar cursos de actualización y continuar con su desempeño laboral.

Marcos de Referencia que guiaron el proceso:

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO)

Surgió para establecer una guía teórica de la práctica centrada en la ocupación. Fue creado por Gary Kielhofner y se introdujo en 1980. Proporciona una forma de pensamiento sobre la adaptación ocupacional de las personas y del proceso de la intervención terapéutica. Da importancia a la motivación para la ocupación, la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, el desempeño y la influencia del ambiente sobre la ocupación. El modelo da la posibilidad de reunir datos sobre la situación de los clientes para conocer sus fortalezas y limitaciones y seleccionar e implementar el plan de intervención ocupacional.

Para trabajar con el modelo se requiere tomar en cuenta algunos puntos:

- El comportamiento es dinámico y depende del contexto.
- La ocupación es esencial para la auto-organización.

- Los problemas ocupacionales de las personas pueden ser complejos y merecen la atención de un enfoque teórico amplio e instrumentos de intervención bien desarrollados.
- Los profesionales utilizan la teoría para comprender a las personas y decidir el curso de la terapia ocupacional.
- La intervención basada en el MOHO está centrada en la persona.

El MOHO considera al ser humano integrado por tres elementos:

- La volición, proceso por el que las personas son motivadas hacia lo que hacen y deciden hacer. Aquí se encuentran los pensamientos y sentimientos sobre hacer cosas, reflejando sus: Intereses, lo que la persona encuentra agradable y satisfactorio para llevar a cabo. Valores, lo que la persona considera importante. Causalidad personal, la eficacia de una persona para actuar en el mundo.
- La habituación, es el proceso en el que la persona organiza sus acciones en patrones y rutinas. La acción repetida dentro de contextos específicos establece patrones habituales de acción los cuales están dirigidos por hábitos y roles. Los hábitos son formas aprendidas de hacer cosas que se desarrollan automáticamente. Los roles son la forma de comportarse dependiendo del papel que se está representando en el momento de interactuar con los otros.
- Capacidad de desempeño, capacidades mentales y físicas objetivas de la persona para realizar actividades y la experiencia subjetiva relacionadas con los movimientos la percepción y la cognición, que moldean el desempeño.

En el MOHO el ambiente es una dimensión social y física, ofreciendo oportunidades, recursos, demandas y limitaciones teniendo un impacto sobre la persona. El ambiente físico consiste en los espacios natural y humano así como los objetos que se encuentran dentro de él. El ambiente social consiste en grupos de individuos y lo que hacen para emprender la vida cotidiana.

Las características del ambiente físico y social influyen en las personas, la repercusión que tengan dependerá de sus valores, intereses, causalidad personal, roles, hábitos y capacidad de desempeño. Como cada individuo es único, cualquier ambiente tendrá

efectos distintos en los que se encuentran dentro de él; así mismo, los valores, el interés, la causalidad personal, los roles, los hábitos, la capacidad de desempeño y el ambiente siempre están incluidos en un todo dinámico de allí es donde surge lo que las personas hacen, piensan y sienten.

Los problemas que se relacionan con la volición, la habituación, la capacidad de desempeño y el ambiente puede ser la causa de que una persona interrumpa su ocupación, en estos casos es recomendable la utilización del MOHO para comprender los factores que conllevan a la disfunción ocupacional. (Crepeau 2005).

El Tratamiento del Neurodesarrollo (Bobath)

Adaptado como marco de referencia en Terapia Ocupacional se orienta a la facilitación de los componentes motores específicos en el desempeño ocupacional que la persona desea y requiere. Utiliza los principios de facilitación e inhibición para organizar el movimiento y la postura teniendo una influencia positiva en las reacciones de equilibrio. Este enfoque se centra en el alineamiento corporal, distribución del tono postural, distribución de las cargas de peso y sus efectos en las transiciones y adaptaciones posturales en movimiento. (Howle 2004). Con las dificultades de Jorge para mover la extremidad superior izquierda sobre todo flexo extensores de los dedos de la mano es conveniente utilizar técnicas de activación de los extensores de muñeca y mano, también se consideró de utilidad usar estrategias para lograr mayor control del equilibrio y movilidad durante la marcha.

La Terapia Cognitivo-Conductual

El enfoque teórico/práctico Cognitivo Conductual se ha utilizado como marco de referencia en Terapia Ocupacional en personas con diferentes padecimientos. (Crepeau 2005). Este modelo propone que los trastornos mentales tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas, que la consiguiente modificación del pensamiento (modificación de creencias disfuncionales) produce una mejora en esos estados de ánimo y comportamientos. (Beck. 2000)

Con el marco de referencia cognitivo conductual se ayuda a las personas a identificar los procesos de pensamiento que les impiden la satisfacción de la participación en la

vida. A su vez se les orienta para que reconozcan sus valores, intereses, habilidades y su actuación en la vida cotidiana. (Barris y col. 1988)

La terapia cognitivo conductual, mediante diversos recursos, produce un cambio en el pensamiento y el sistema de creencias del cliente, para conseguir una transformación duradera de sus emociones y comportamientos.

Discapacidad Cognitiva

El Modelo de la Discapacidad Cognitiva, fue construido y desarrollado dentro de la terapia ocupacional enfocando su aplicación en personas que presentan dificultad en el procesamiento de la información (discapacidad cognitiva). El modelo puede utilizarse como marco de referencia para identificar la capacidad intelectual residual, para luego proporcionar una estrategia de intervención que permita un desempeño ocupacional eficiente y seguro. Dentro de este marco se utilizan actividades estructuradas de acuerdo al nivel cognitivo de la persona, patología que presente y al daño que esta haya ocasionado (Valverdi, 2008).

El marco de referencia de Discapacidad Cognitiva propone seis niveles cognitivos que definen las demandas de procesamiento de información de las actividades normales de la vida, siendo el nivel 1 acciones automáticas, el nivel 2 acciones posturales, nivel 3 acciones manuales, nivel 4 aprendizaje dirigido a un objetivo, nivel 5 aprendizaje independiente y nivel 6 actividades planificadas.

Uno de los instrumento de evaluación que utiliza este Modelo es la prueba del Nivel Cognitivo de Allen Screen ACLS, la cual consiste en la costura de una pieza rectangular de cuero perforada en todo su contorno y tres cordones de cuero, utilizando tres tipos de puntada (puntada corrida, puntada de látigo y cordobés simple). Permite evaluar la atención, solucionar problemas y la capacidad intelectual residual de la persona.

La prueba del Nivel Cognitivo de Allen Screen ACLS se utilizó con Jorge para identificar su nivel cognitivo y establecer si sería necesario estructurar el aprendizaje de nuevas actividades y rutinas para facilitar su desempeño ocupacional.

Evaluaciones Realizadas

- Entrevista de Historia del Desempeño Ocupacional, OPHI-II, Kielhofner. (2004).
- Listado de intereses Adaptado. Kielhofner. G. Naville. A. (1983).
- Listado de Roles. Kielhofner.
- Allen Cognitive Level Screen (ACLS) 2000 Test Manual
- Examen de observación y palpación de postura y movimiento durante las habilidades funcionales (NDTA Howel, 2001)
- Escala de Actitudes y Creencias. Versión española del Attitudes and Beliefs Test (adaptado de Burgess, 1990).

Análisis del Desempeño Ocupacional

Al inicio del proceso, la causalidad personal de Jorge, se encontraba con un sentido de incapacidad e ineficacia, presentaba ansiedad como respuesta a un temor excesivo e irracional que surgía en el momento de pensar en la necesidad de realizar alguna actividad fuera de casa por la creencia recurrente de la posibilidad de presentar un evento de crisis epiléptica. Ante estos pensamientos Jorge sentía poco control y por consiguiente se negaba a asistir a fiestas de familiares, amigos o simplemente a salir a caminar por los alrededores de su casa. Sus padres contribuyeron a este sentido de incapacidad e ineficacia de Jorge porque no lo dejaban salir solo ya que en ellos también existía la preocupación de que le sucediera un accidente cuando anduviera en la calle.

En las habilidades neuromotoras al momento de la evaluación, se encontró flexión del cuello hacia el lado izquierdo, así como flexión anterior de tronco y flexión lateral de tronco del lado izquierdo. Espasticidad alta en codo y mano de la extremidad superior izquierda, inhabilidad para activar extensores y flexores de muñeca y mano.

En cuanto a las habilidades de comunicación e interacción, Jorge podía mantener conversaciones e interactuar con personas que le acababan de presentar, lo que le

incomodaba o desagradaba era interactuar con familiares cuando iban a su casa porque alteraban su privacidad. En habilidades de procesamiento no se observó problema.

Con relación a sus habilidades cognitivas, Jorge obtuvo una puntuación de 3.8 en la evaluación de El Nivel Cognitivo de Allen (ACLS), durante la prueba se observó escasa atención por estar platicando acerca de los logros que ha tenido, de lo que le faltaba recuperar y de otras evaluaciones que le habían realizado. Por lo general esos eran sus temas de conversación. En lo que respecta a resolver problemas, en la prueba no mostró interés en corregir errores, se dio cuenta que la actividad no estaba del todo bien y comentó: “quedo más o menos”; por consecuencia la ejecución del trabajo fue ineficiente.

El medio ambiente físico en el que se desenvuelve Jorge es seguro, amplio y cómodo. Le desagrada que su mamá organice fiestas o invite familiares a su casa.

En el medio ambiente social, no desempeñaba ninguna actividad de grupo, porque implicaba salir de casa, y tenía presente el pensamiento de que le ocurriera una crisis epiléptica, por lo que no pensaba en ocupaciones que tuviera que realizar fuera de casa. También sus papás contribuyeron a no dejarlo salir solo, incluso cuando sus padres salían a algún compromiso y Jorge no quería ir, buscaban la manera de que alguna persona se quedara con él a pesar de que les decía que se podía quedar solo.

Así mismo, le causaba conflicto ir a lugares que no conocía, donde hubiera piso irregular, como jardines y más aún, que fuera una fiesta donde hubiera personas que lo estuvieran observando y donde pudiese perder el equilibrio o control de su marcha, estas situaciones prefería evitarlas; también el ir al cine porque hay espacios estrechos o lugares muy concurridos, por la cuestión de que lo vieran con su discapacidad y que tuviera limitaciones para moverse entre la gente y por el temor de golpear a alguna persona al pasar junto a ella.

Lo anterior permitió identificar en Jorge riesgos para la participación en ocupaciones, la salud y bienestar, pues existía una actitud ambivalente con relación a su involucramiento en actividades fuera de casa, ya que por un lado experimentaba y reconocía la necesidad de independencia y por otro el temor a salir de casa.

Jorge tiene la habilidad para programarse, organizarse y tomar decisiones si tiene algún compromiso o invitación que este fuera de su rutina. Todos los días elige su ropa que va a usar y se viste de acuerdo a la ocasión le gusta estar combinado y no le gusta andar con pants y desaliñado. Le agrada tener y mantener su recama en orden, él limpia los muebles, cuando se requiere arregla su cama.

Cuando su mamá le lleva el desayuno a su recamara, él regresa la charola a la cocina. En algunas ocasiones le ayuda a su mama a lavar los trastes. Presenta sentido de ineficacia para preparar unos huevos o un sándwich porque tiene que usar las dos manos y como su mama prepara los alimentos no tiene interés en aprender la forma de hacerlo con alguna adaptación o solucionándolo de otra manera. Cuando su mamá sale y no deja comida preparada, pide que le lleven comida a su domicilio. Para comer, si necesita de las dos manos para cortar carne, pide ayuda, y si va a un restaurante pide un alimento que no se requiera cortar, para destapar un frasco o botella prefiere no hacerlo, son actividades que considera no valiosas porque encuentra como satisfacerlas.

En el negocio de videojuegos le preocupaba que fallara algún aparato porque se sentía ineficaz para estar en la posición e inclinación apropiada del cuerpo, estabilizar y mantener una presión segura sobre los aparatos para arreglarlos. Tiene interés de conducir un auto pero sin ninguna adaptación, considera que sí podría manejar un automóvil automático, únicamente con la mano derecha.

De ahí que, Jorge requiere mejorar su funcionamiento neuromotor y desarrollar habilidades para el manejo de la irritabilidad con su familia, la falta de aceptación de sus déficits sobre todo de la mano izquierda y la resolución de problemas, para sentirse más competente en su desempeño ocupacional.

Objetivo general

Mejorar el desempeño ocupacional en las áreas de cuidado personal, instrumentales, trabajo, juego y esparcimiento favoreciendo su participación social.

Objetivos específicos

1. Jorge saldrá de compras para facilitar su independencia e integración al medio ambiente en forma progresiva, cada quince días y posteriormente una vez por semana.
2. Jorge iniciara la salida a su terapia de rehabilitación sin compañía, cada quince días y luego cada semana.
3. Jorge se integrara a una actividad de grupo de tipo recreativo que sea de su interés, orientada a mejorar su sentido de competencia ocupacional en habilidades sociales, cognitivas y/o neuromotoras cada quince días.

Descripción de la intervención

La intervención se llevó a cabo durante 3 meses, dos veces por semana con un total de 24 sesiones.

Desde el Modelo de Ocupación Humana, se trabajó en base a sus deseos, intereses y necesidades ocupacionales, se diseño el plan de tratamiento, donde se incluyeron actividades que le fueran importantes y significativas. Como Jorge anticipaba su capacidad de desempeño, presentando ansiedad a la hora de pensar en salir solo a la calle por lo que decidía evitarlo, se realizó un trabajo de preparación basado en el enfoque cognitivo conductual, que consistió en el análisis de ideas irracionales acerca de salir de su casa y que se le presentara una crisis convulsiva, la inseguridad en su capacidad de desempeño ante situaciones adversas y estar muy pendiente de la posibilidad de los comentarios que hicieran las personas acerca de si se notaba o no su discapacidad.

A fin de trabajar los objetivos propuestos se eligió iniciar saliendo a caminar a la calle, le dimos la vuelta a la manzana, en un recorrido de 20 minutos. Se fue aumentando tanto la distancia, como el tiempo recorrido; las primeras ocasiones la experiencia de Jorge era con un alto grado de ansiedad. Posteriormente la estrategia fue regresarse solo de una distancia de 3 calles, distancia que se fue aumentando en forma gradual. Conforme el nivel de ansiedad disminuyó, pasamos a la siguiente estrategia, que fue quedarnos de ver en un lugar relativamente cerca de su casa, distancia que también se fue

aumentando gradualmente, hasta llegar al punto en el que Jorge saliera y regresara solo a su casa. En la medida en que se le vio más seguro, se le dejó como tarea para los días que no tomaba terapia el salir solo a la calle, sobre todo para realizar actividades que le fueran significativas como formas ocupacionales, de recreación, integración y participación social. Primero inicio con dar la vuelta a la manzana, ir a comprar dulces y videojuegos para su negocio, fue solo a su rehabilitación, salió al cine con su hermano y unos amigos, salió a fiestas y reuniones familiares.

Al mes y medio que inicio la intervención, Jorge y yo nos integramos en un grupo, con un sistema que ayuda a la persona a conocer y desarrollar sus potenciales de una forma divertida, grupal y en conexión con la vida, donde se facilita la integración entre el pensar, sentir y actuar en armonía con el entorno, las demás personas y nosotros mismos. A través de vivencias inducidas por la Música, el Movimiento (danza) y el Grupo. Para Jorge fue un verdadero desafío, el interactuar con personas que no conocía y a su vez ellas no habían convivido con personas que tuvieran alguna discapacidad, por lo que tanto Jorge como los integrantes del grupo aprendieron a convivir mutuamente. Así mismo, el realizar rondas, tomarse de las manos y movimientos con cierto grado de complejidad donde se requiere un gran control postural y manejo de la estabilidad, equilibrio, balance y coordinación, patrones de movimiento que se estaban trabajando en el Marco de Referencia del Neurodesarrollo.

Otra actividad que se llevó a cabo fue con respecto a las crisis epilépticas, se realizaron ensayos en situación de riesgo, en donde se planeó que hacer en caso de que se le presentara una crisis, ya que Jorge siente (aura) cuando le va a dar la crisis. Por tanto simulamos la presencia de una crisis en diferentes lugares, en la calle, dentro del mercado, en el deportivo; el plan fue buscar un lugar donde se pudiera resguardar como recargarse en la pared e irse resbalando para llegar hasta el suelo, o sentarse en la orilla de la banqueta, o en su defecto sentarse en el pasto, de estas formas se podía proteger de una caída y evitar así el lastimarse.

Para las habilidades cognitivas se trabajaron técnicas de entrenamiento en habilidades sociales para la solución de problemas y toma de decisiones, para identificar o descubrir las formas más efectivas para resolver los problemas cotidianos

La estrategia terapéutica que se realizó con relación a la sobreprotección que tienen los padres con Jorge, fue que se concertó una cita con ellos y se habló acerca del apoyo que requería su hijo, de permitirle la salida a la calle sin compañía, se notaba que les era difícil pensar en esta idea, sobre todo su mamá expresó su temor de que Jorge corriera el riesgo de tener un accidente. Aun así manifestaron que tenían deseos de apoyarlo en esta nueva forma de trabajo.

En el Marco de referencia del Neurodesarrollo se utilizó la técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva para organizar el movimiento y la postura para activar las reacciones de equilibrio. Se trabajó la alineación corporal sobre todo de espalda (parrilla costal) hombros, cintura escapular y cuello en posición de pie y sentado; distribución del tono postural, en cadera, rodilla, pié, cintura escapular, codo, muñeca y dedos de la mano izquierda; distribución de las cargas de peso en cadera, extremidad inferior y extremidad superior del lado izquierda en todas las posiciones posibles de sentado, parado, con apoyo en su brazo y mano sobre varios muebles de diferentes alturas y apoyo en la pared; se facilitó la habilidad del tronco para mantener la estabilidad en diferentes posiciones, sentado y parado; se trabajó en las transiciones y cambios en el alineamiento para recuperar el balance; se manejó la fluidez y secuencia de los pasos al caminar para una mayor coordinación. Y se trabajaron actividades funcionales para la activación de flexo extensores de muñeca y dedos de mano izquierda. Actividades funcionales como: empujar un carro de la tienda departamental con mercancía (para que tenga peso), podar pasto, empujar un carrito de basura en el deportivo y llevar una carretilla con piedra. Empujar, jalar y levantar un mueble pesado.

IV. RESULTADOS

En el Modelo de Ocupación Humana, con el trabajo inicial basado en el marco de referencia cognitivo conductual, Jorge aprendió a controlar los pensamientos que le generaban angustia, reemplazándolos por pensamientos más funcionales, poco a poco se sintió con más confianza y seguridad. En la ocupación de traslado se logró que saliera solo de su casa, sin compañía semanalmente. Estableció una rutina de caminar una hora en los alrededores de su casa; ir al deportivo caminando una distancia de 300 metros, dar la vuelta a la pista que son 2 kilómetros, pasar a ver a los animales y regresar a su casa. Cuando lo requiere sale a realizar las compras de dulces y videojuegos para su negocio. Fue al cine en algunas ocasiones. Cada semana, va a su rehabilitación ya sin la compañía de su mamá. Asistió a fiestas de familiares a otros estados. En compañía de su hermana y su primo fue a Cuernavaca a la boda de su exjefe, sabiendo que se iba a encontrar con personas conocidas, compañeros de su último trabajo, en donde se sintió más seguro de sí mismo, tanto en su desenvolvimiento físico como en el desempeño de sus habilidades de comunicación e interacción.

En cuanto a la motivación para la integración y participación en el grupo social, Jorge se dio cuenta que puede integrarse en un grupo de personas que no lo conocen y experimento el sentirse aceptado, con relación a su preocupación sobre “que van a decir las personas”, el que lo pudieran rechazar por no poder mover su cuerpo con fluidez y no usar su mano a la hora de hacer rondas o caminar o bailar en pareja. Así mismo, le gusto el hacer las cosas hasta donde él puede y como él puede y darse cuenta que no pasa nada, que no es criticado. También le gusto que en el grupo se trabaje la espiritualidad.

Al realizar los ensayos en situaciones de riesgo de una crisis epiléptica, Jorge tomo más confianza y seguridad al llevar a cabo estas prácticas y tener conocimiento de qué hacer ante una situación complicada, lo cual aunado con las otras técnicas de terapia ocupacional, contribuyo para que Jorge ya no tuviera evasivas para salir a la calle o si salía quererse regresar inmediatamente.

En cuanto a la habilidad cognitiva en el entrenamiento para las habilidades sociales en solución de problemas y toma de decisiones. Jorge aprendió a reconocer y definir los

problemas para darles la solución más conveniente, sintiéndose más seguro de sí mismo al realizar diferentes actividades que involucran salir de su casa e interactuar con las personas. Su auto-confianza aumento considerablemente, como plan a futuro, tiene el interés de estudiar un curso relacionado con su carrera para actualizarse.

Con relación a la sobreprotección, los padres de Jorge ya no intervinieron cuando él deseaba salir a caminar y si lo hacían Jorge les decía que él se iba solo, y ya no insistían al verle con firmeza y seguridad poco a poco se han ido adaptando.

Desde el Marco Referencia del Neurodesarrollo enfocado a la Ocupación, se logró una mejor postura al permanecer sentado por largos periodos de tiempo frente a la computadora, se observa que al caminar sus movimientos son más seguros y coordinados. Se necesita continuar trabajando con muñeca y dedos de la mano izquierda para lograr integración a las actividades ocupacionales que son de su interés, como la preparación de un sándwich, conducir un automóvil.

El impacto que estos cambios tuvieron en su vida se muestran claramente en el Perfil Grafico de la Historia de Vida Narrativa que se obtiene a través de la entrevista con el OPHI-II, el cual se va construyendo con el cliente a partir de los acontecimientos significativos de su historia de vida ocupacional. En esta gráfica, se pueden observar los acontecimientos que Jorge considero que marcan un cambio en su vida. Jorge considera que inicia en un buen periodo al entrar a trabajar al terminar sus estudios como diseñador grafico, los fines de semana juega futbol y convive con sus compañeros del equipo, pasa por un mal momento cuando termina con su novia y muere su perra, sin embargo, se recupera. Mejora su situación sigue jugando futbol y se cambia de trabajo. Después sufre el accidente cerebrovascular que es considerado como un mal periodo, porque pierde la movilidad, privacidad, productividad, recreación y socialización. Recibe terapia física y recupera la movilidad, observándose un incremento en su bienestar. Viene después un período en el que permanece estancado por un largo tiempo para luego obtener un nuevo impulso con la intervención centrada en la ocupación recuperando mayor confianza y seguridad en sí mismo para realizar diferentes actividades fuera de casa, el llevar a cabo actividades de integración y participación social y la habilidad para resolver problemas, así como la motivación para realizar cursos de actualización relacionados con su profesión.

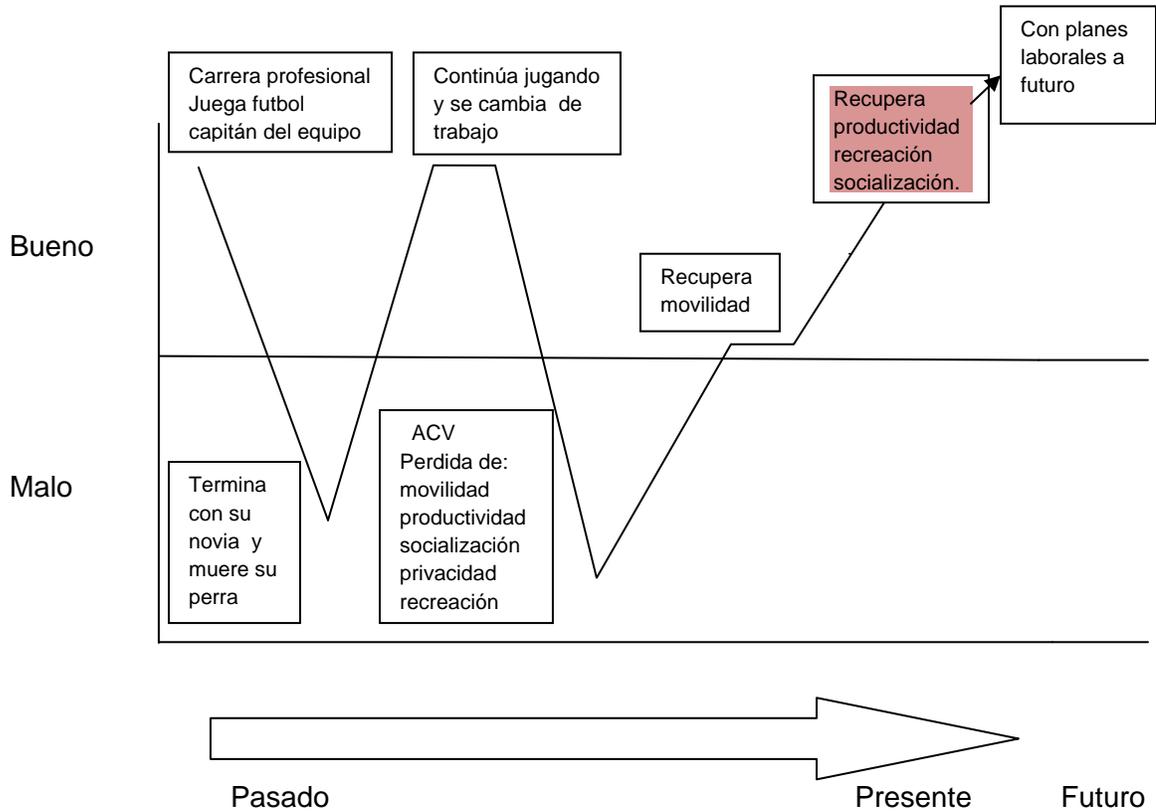


Figura 1. Sesgo narrativo

Conclusión:

Este caso nos muestra a un hombre joven con secuela de hemiplejía que a través de la “ocupación” desarrolla su potencial humano, su iniciativa y le permite relacionarse con el mundo, se siente con la motivación para realizar diferentes roles, rutinas y actividades en el día, dándole significado y equilibrio a su vida.

La aplicación de El Modelo de Ocupación Humana nos permite constatar que el ser humano es considerado como sistema dinámico, que se organiza a sí mismo, que siempre está en desarrollo y que cambia con el tiempo, debido a que la persona se conceptualiza como un sistema compuesto por tres subsistemas: Volición, Habitación y

Capacidad de Desempeño, en donde, el propósito del Subsistema Volición es seleccionar la Ocupación. El Subsistema Habitación, sirve a la organización de roles y rutinas. Finalmente, el Subsistema Capacidad de Desempeño hace posible la realización hábil de las ocupaciones. El ambiente es el contexto donde la persona se desenvuelve y es fundamental en el MOHO, en esta intervención tiene una importante implicación, porque el desempeño ocupacional es resultado de la interacción de la persona con el ambiente.

Por lo anterior se puede observar como la intervención de Terapia Ocupacional centrada en la ocupación logra mejorar su desempeño ocupacional, encontrando actualmente en Jorge, una persona segura de sí mismo al realizar diferentes ocupaciones que involucran el salir de su casa como realizar las compras para su negocio de videojuegos, ir a su rehabilitación sin compañía semanalmente, el participar en una actividad de grupo recreativa, desenvolverse con seguridad y confianza en diferentes lugares e interactuar con las personas, así mismo, mayor confianza que se manifiesta en la habilidad para tomar decisiones y resolver problemas que se puedan presentar en los diferentes ambientes familiar, de trabajo o de recreación.

V. ANALISIS

El proceso de Terapia Ocupacional de una persona con AVC aplicado de acuerdo al modelo médico tradicional, se enfoca a las actividades de la vida diaria que incluyen: movilidad en la cama, transferencias, marcha, higiene, vestido y alimentación y a la recuperación de los problemas motores, sensoriales y perceptuales que presente. .

El proceso de Terapia Ocupacional con la perspectiva ocupacional utiliza la ocupación como un fin. La ocupación, es aquello que le da identidad a la persona y la motiva a realizar diferentes roles, rutinas y actividades a lo largo del día, satisface necesidades y deseos, adquiere valor y significado convirtiendo la actividad en única para la persona que la realiza.

La intervención de Terapia Ocupacional se concentra en las áreas ocupacionales de cuidado personal, instrumentales, trabajo, juego, y esparcimiento, prestando especial atención a la influencia del ambiente físico, cultural, institucional y social dentro del cual se desarrolla y participa la persona.

La actual dinámica de intervención de la Terapia Ocupacional nos proporciona la oportunidad de ver a la persona en su totalidad, no solo en su patología, lo cual nos permite apoyarle para que logre una integración en sus áreas ocupacionales, componentes de desempeño y el ambiente social y cultural, logrando la máxima independencia, participación social y mejor calidad de vida.

La intervención de Terapia Ocupacional desde esta perspectiva, le dio a Jorge la oportunidad de sentirse valioso, disfrutando de su capacidad para realizar con eficacia actividades ocupacionales fuera de casa, aumentando su motivación para continuar con elecciones ocupacionales de su interés. En su sistema de habituación, su estilo de vida, su rutina y hábitos se modificaron al realizar nuevas actividades cotidianas fuera de casa. En su capacidad de desempeño adquirió sentido de competencia y eficacia con relación a sus movimientos y a sus habilidades sociales en un ambiente físico y social, obteniendo seguridad y autoconfianza ante las diferentes situaciones que se le presenten en la vida, mayor conocimiento de su persona y una mejor aceptación de sí mismo.

VI. CONTRIBUCION

Este estudio de caso se realizó utilizando la perspectiva ocupacional, concretamente el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), y los marcos de referencia de Neurodesarrollo y Cognitivo Conductual. El MOHO presenta una conceptualización teórica que ve a los seres humanos como un sistema abierto y dinámico, resaltando el comportamiento ocupacional como un proceso organizador.

Lo relevante de este caso es que el cliente tenía 6 años con terapia física desde el enfoque Biomecánico y tratamiento del Neurodesarrollo, con una recuperación favorable del área neuromotora a pesar de que la secuela de hemiplejía espástica izquierda se clasificaba como severa por su extensión. Sus ocupaciones realizadas en casa estaban siendo “satisfactorias”, pero era evidente que la falta de integración social y la imposibilidad de realizar actividades ocupacionales fuera de su casa, le estaba generando un desequilibrio en su vida ocupacional a Jorge que lo ponía en riesgo de ver limitado en su potencial de desarrollo en su ciclo de vida.

El aporte mayor de este caso, fue el beneficio obtenido por el cliente al recibir la intervención con este nuevo enfoque teórico de atención centrada en la persona, desde la perspectiva ocupacional que tomó en consideración las necesidades, deseos e intereses ocupacionales de la persona, así como, su entorno y su familia que constituyen una parte importante en la recuperación integral de la misma.

Así mismo, fue satisfactorio el observar la volición de Jorge, asociada a su interés de realizar actividades en las cuales antes prefería no pensar por ver tan lejana la posibilidad de llevarlas a cabo, como el manejar un auto, ahora se le ve decidido y con la confianza de que tiene la posibilidad de lograrlo.

Limitaciones del Estudio

Este estudio muestra la primera fase de la intervención, realizando este reporte después de haber logrado los cambios que se indican arriba. Sin embargo, no se contó con un tiempo sin intervención y revaloración para poder determinar la permanencia de los logros alcanzados.

No se puede generalizar porque los seres humanos somos únicos e irrepetibles pero si permite que reportando este tipo de estudios se puedan crear evidencias, puesto que los hallazgos pueden ser utilizados posteriormente para otro estudio o como razonamiento clínico para otras intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Alcalá, R. J., González, G. R. (2007). Enfermedad cerebrovascular, epidemiología y prevención. Revista Facultad Medicina UNAM. 50, 1:36-38.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un071k.pdf>

Consultado el 22 de mayo 2010

Balmaseda, R., Barroso, J M., León, C. (2002) Déficit Neuropsicológico y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. Revista Española de Neuropsicología. 4, 4:312-330. Disponible en:

http://www.google.com.mx/search?sourceid=navclient&hl=es&ie=UTF-8&rlz=1T4DAMX_esMX298MX298&q=balmaseda%2c+r.%2c+barroso%2c+j.+m.%2c+le%2c%3b3n%2c+c.+%282002%29.+deficits+neuropsicol%3b%3gico+y+conductuales+d+e+los+trastornos+cerebrovasculares.+revista+espa%3b%1ola+de+neuropsicolog%3%ada Consultado el 22 de septiembre 2009.

Beck, J. S. (2000). Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización. España: Gedisa.

Crepeau, Cohn, Schell. Willard & Spackman. (2005) Terapia Ocupacional. Argentina: Ed. Médica Panamericana.

Daviet, J. C., Dudognon, P. J., Salle, J.Y., Muñoz, M., Lissandre, J. P., Rebeyrotte, I., Borie M. J. (2002) Rehabilitación en caso de accidente cerebrovascular. Estudio general y tratamiento. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Pag. 1-26. Disponible en:

<http://facilsalud.com/libros/ENCICLOPEDIAS%20DEPORTIVAS/Medicina%20Fisica/Aplicaciones/neurologia/Rehabilitacionen%20caso%20de%20accidente%20cerebrovascular.pdf> Consultado el 21 de mayo 2010

Domingo, G. A M. (2006) Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. www. Revista tor.com. Numero 3. 1-25. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/num2.pdf>

Consultado el 31 de julio 2009

Earhart, C., Earhart, P., Alien, CK., David, S. Allen Cognitive Level Screen (ACLS) 2000 Test Manual.

Fernández, G. E., Ruiz, S. A., Sánchez, C., A. (2009). Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 6, 4:410-464. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf> Consultado el 16 de enero 2010

Howle, JM. (2004). Neuro-Developmental Treatment Approach: Theoretical Foundations and Principles of Clinical Practice. Laguna Beach, CA: NDTA.

Kielhofner. G. (2004) Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Práctica. Ed. Médica Panamericana.

Bolaños, C., Bolaños, L., Sanchez Galicia, C. (2007) Revisión del Manual del Usuario: Entrevista de Historia Ocupacional. Versión 2.1. Editado por la Universidad de Illinois en Chicago y el Instituto de Terapia Ocupacional. Título original: Kielhofner, G., Mallinson, T, Crawford, C., Nowak, M., Rigby, M., Henry, A. Wallens, D. (2004). User's guide to the Occupational Performance History Interview-II. Version 2.1. Chicago: University of Illinois, Department of Occupational Therapy, Model of Human Occupation Clearinghouse

Lega, L. I., Caballo, V. E. y Ellis A. (1998) Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España, Siglo XXI.

Moruno, M. P. (2003). La Ocupación como Método de Tratamiento en Salud Mental. Disponible en: www.terapia-ocupacional.com/.../Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml Consultado el 23 de julio de 2009

Moruno M.P. y Romero A.D.M. (2006) Actividades de la vida diaria. 1ª. Edición Barcelona España Ed. Masson.

Papalia, D. E., Wendkos, O. S., y Duskin, F., R. (2007), Desarrollo Humano. 9ª Edición. McGraw-Hill.

Roann Barris, Gary Kielhofner, Janel Hawfins Watts. (1988) Bodies of Knowledge in Psicosocial, Practice.

Turner A. y Foster. (2003). Terapia Ocupacional y disfunción física .5ª. M. Ed. Churchill Livingston Edición Barcelona España.

Sánchez, A. N., (2008). Enfermedad Cerebrovascular en México. Epidemiología y Pronóstico. Revista Ministerio de Salud. Pág. 1-5.

Disponible en:

<http://campus.um.edu.mx/bajacalifornia/display.aspx?idCol=45&idItem=2946&tipoItem=Documento>. Consultado el 7 de agosto 2009

Seria, V. Y. Martínez, S. S., Rodríguez, M L., López P M. (2007). Complicaciones en pacientes hemipléjicos por Enfermedad Cerebrovascular crónica. Relación con la topografía lesional. Rev. Mex. Neurociencias. 8(3): 222-227.

Disponible en: http://www.neurologia.org.mx/PDFrevista/2007/1_3/Nm073-02.pdf

Consultado el 9 de agosto 2009.

Talavera, V. M A. (2004). Terapia Ocupacional en las Unidades de Hospitalización Breve. El encuentro de las Ocupaciones. Terapia-Ocupacional.com. Disponible en:

http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_unidades_hospitalizacion_breve.shtml

Consultado el 1 de junio 2009.

Valverdi, J. 2008. Terapia Ocupacional. Cuadernos de repaso para entender al: Marco de Referencia de la Discapacidad Cognitiva. Aplicado a los adultos mayores. Espacio T.O. Venezuela. Revista electrónica, Nº 1. Disponible en:

<http://www.espaciotovenezuela.com/adultos.html> Consultado el 6 de septiembre 2009.

Bibliografía Complementaria

Bolaños, C. (2008). Marco de Trabajo para la Practica Americana. PPS.

Conferencia Nacional Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. (2004). Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional.

Disponible en: http://www.udc.es/grupos/cndeuto/docs/libro_blanco_cndeuto_to.pdf

Consultado el 21 de julio de 2009

VII. ANEXOS

PUNTUACION OPHI-II

Cliente: Jorge Rosales López

Edad: 32

Terapeuta: Margarita Arreola Argueta

Fecha: 09-03-09

Clave de Evaluacion:
4 = Funcionamiento ocupacional excepcionalmente competente.
3 = Funcionamiento ocupacional satisfactorio/apropiado.
2 = Cierta disfunción ocupacional.
1 = Extremadamente disfuncional desde el punto de vista ocupacional

Escala de Identidad Ocupacional	1	2	3	4
Tiene proyectos y metas.				
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado.				
Espera el éxito.				
Acepta responsabilidad.				
Reconoce obligaciones e identidad.				
Tiene valores y compromisos.				
Reconoce obligaciones e identidad.				
Tiene intereses.				
Se sintió efectivo en el pasado.				
Encontró significado y satisfacción en su estilo de vida pasado.				
Tomo decisiones ocupacionales en el pasado.				

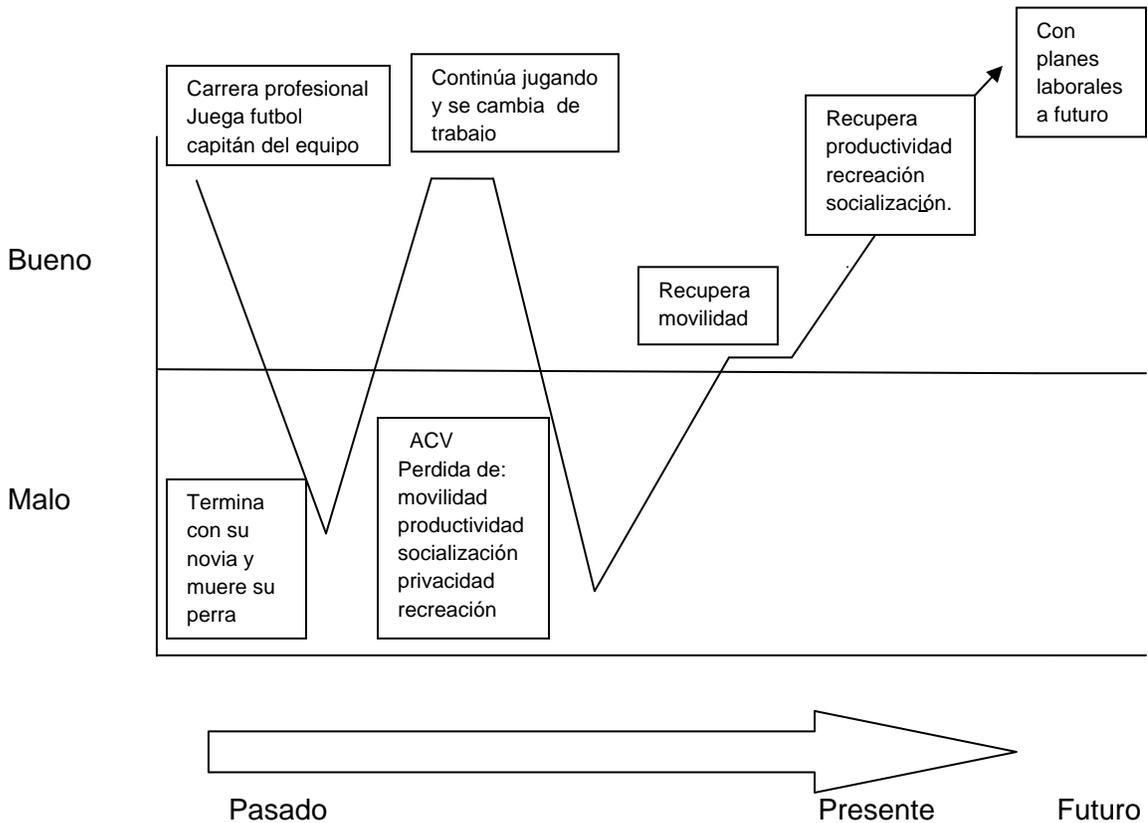
Escala de Competencia Ocupacional	1	2	3	4
Mantiene un estilo de vida satisfactorio.				
Satisface roles y expectativas.				
Trabaja hacia sus metas.				
Logra estándares de desempeño personal.				
Organiza el tiempo para sus responsabilidades.				
Participa en intereses.				
Completó sus roles en el pasado.				
Mantuvo hábitos en el pasado.				
Alcanzo satisfacción en el pasado.				

Escala de Contexto Ocupacional (Ambiente)	1	2	3	4
Formas de vida ocupacional en casa.				
Formas del rol ocupacional más productivo.				
Formas ocupacionales de recreación.				
Grupo social de vida en casa.				
Mayor grupo social productivo.				
Grupo social de recreación.				
Espacios físicos, recursos y objetos de su vida en casa.				
Mayor rol productivo de espacios físicos, recursos y objetos.				
Espacios físicos, recursos y objetos de recreación.				

NARRATIVA DE LA HISTORIA PERSONAL

Cliente: _____ Fecha _____

Terapeuta: _____



Significado/implicaciones de la Historia Personal

Jorge tuvo la suerte de entrar a trabajar en cuanto termino su carrera de diseñador grafico, le gustaba jugar futbol los fines de semana y la convivencia con sus amigos. Su peor periodo fue cuando termino con su novia, falleció su primo muy allegado y murió su perra en un lapso de dos meses. Empieza a mejorar su situación, continua jugando y cambia a un mejor trabajo, al poco tiempo sufre el accidente cerebrovascular lo cual lo lleva a la perdida de movilidad, productividad, socialización, privacidad y recreación. Recibe terapia física y recupera movilidad. Posteriormente recibe terapia ocupacional desde la perspectiva ocupacional obteniendo mayores logros.

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO
Kielhofner, G.,Neville, A. (1983)

Nombre

Fecha

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés de esa actividad.

Actividad	¿Cuál ha sido tu nivel de interés?						¿Participas actualmente en esta actividad?		¿Te gustaría realizarla en el futuro?	
	En los últimos 10 años			En último año						
	MUCHO	POCO	NINGUNO	MUCHO	POCO	NINGUNO	SI	NO	SI	NO
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar / Leer idiomas extranjeras										
Participar en actividades religiosas										
Escuchar radio										
Caminar										
Escribir										
Bailar										
Jugar golf										
Jugar/ver futbol										
Escuchar música popular										
Armar rompecabezas										
Celebrar días festivos										
Escuchar música clásica										
Asistir a conferencias										
Nadar										
Jugar bolos										
Ir de visita										
Jugar damas/ajedrez										
Hacer asado										
Leer										
Viajar										
Ir a fiestas										

Practicar artes marciales										
Limpiar la casa										
Ver televisión										
Jugar con juegos armables										
Ir a conciertos										
Hacer cerámica										
Cuidar mascotas										
Acampar										
Lavar/planchar										
Participar en política										
Jugar juegos de mesa										
Decorar interiores										
Pertenecer a un club										
Cantar										
Ser scout										
Ir de compras										
Ir a la peluquería (salón de belleza)										
Andar en bicicleta										
Ver un deporte										
Observar aves										
Ir a carreras de autos										
Hacer ejercicios										
Cazar										
Trabajar en carpintería										
Conducir vehículo										
Cuidar niños										
Jugar tenis										
Cocinar										
Jugar basquetbol										
Estudiar historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar ciencia										
Realizar encuadernación										
Sacar fotografías										
Pintar										
Otros.....										

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1982)
Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT.

LISTADO DE ROLES

Nombre:

Edad:

Fecha:

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

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

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

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

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

Basado en el "Role Checklist" derechos de autor, 1981 por Frances Oackley M. S. OTR/L

Puntuación del listado de Roles inicial

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO	NADA VALIOSO	ALGO VALIOSO	MUY VALIOSO
Estudiante	X		X			X
Trabajador	X	X	X			X
Voluntario:			X		X	
Proveedor de cuidados				X		
Ama o amo de casa				X		
Amigo	X				X	
Miembro de familia	X	X	X			X
Pertenecer a un grupo religioso						
Aficionado	X					X
Participante de organizaciones						
Otros roles:						

Puntuación del listado de Roles final

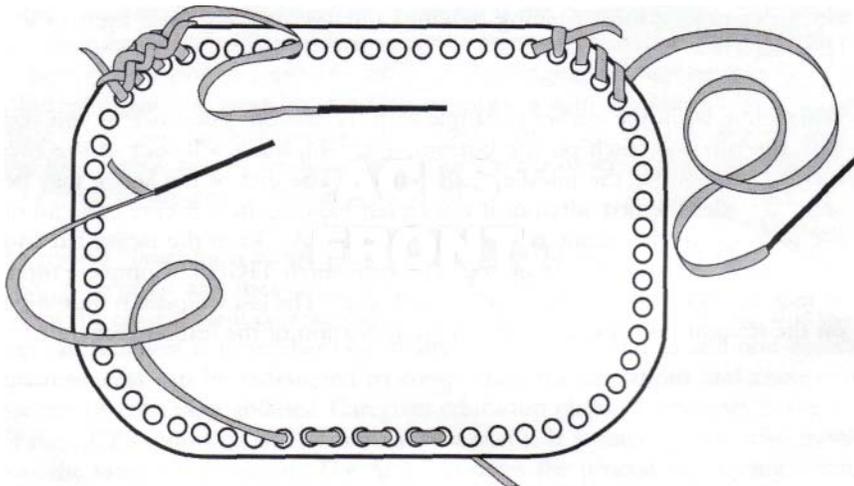
ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO	NADA VALIOSO	ALGO VALIOSO	MUY VALIOSO
Estudiante	X				X	
Trabajador			X		X	
Voluntario:			X		X	
Proveedor de cuidados			X		X	
Ama o amo de casa			X	X		
Amigo		X	X	X		
Miembro de familia		X			X	
Participante de un grupo religioso			X	X		
Aficionado			X			X
Participante de organizaciones		X		X		
Otros roles:						

PRUEBA DE NIVEL COGNITIVO DE ALLEN (ACLS) 2000 TEST MANUAL (Resumen)

Preparación para la Administración de la Prueba ACLS

Material:

- a. 1 pieza rectangular de cuero
- b. 1 rollo de cordones de cuero
- c. 1 manual de instrucciones



Antes de administrar la ACLS, verifique que su ACLS sólo tenga tres áreas de sutura funcionando, a) Utilizar siete perforaciones de la parte inferior del rectángulo de cuero, para la puntada corrida b) cuatro puntos de sutura látigo y c) cuatro puntos de sutura cordobés único. Retire cualquier exceso de puntos de sutura.

Comience por establecer una buena relación con la persona a ser explorada. Una buena forma de desarrollar la relación es con una entrevista que se establece con la historia funcional de la persona. Una de las mejores preguntas es "¿Puede describir un día típico para mí?" A continuación, mostrar a la persona los cordones de cuero y explicar por qué usted está haciendo la evaluación.

"¿Alguna vez has hecho algo como esto antes?"

Si la respuesta es "sí", saber cómo lo hacía y hace cuánto tiempo.

También pregunte, "¿Puedes ver los agujeros?"

Puntada Corrida

"Estoy interesado en ver cómo aprende o como trabaja. Ahora le mostraré cómo hacer una puntada, así que mire con atención como lo hago." Mantenga la piel frente a la persona para que ambos lados de la piel se puedan ver.

"Tome el extremo del cordón y páselo hacia atrás por el hueco, hale del cordón por el agujero. Ahora pase el extremo del cordón hacia adelante a través del siguiente hoyo. Tire del cordón por el agujero y ajuste. No se salte ningún agujero. Ahora hágalo usted.

Estas instrucciones pueden repetirse una vez si el paciente no logra completar la puntada en el primer intento. Si la persona se detiene antes de determinar, la animamos a continuar. Si la persona no puede completar la puntada después de la segunda demostración, dar por terminada la exanimación.

Una vez que los errores se corrigen, o si se realizan sin errores, proceda a la demostración de la puntada de látigo.

Intervenciones para detectar errores - Puntada Corrida

- Cuando se produce un error, hacer la pregunta, "¿Es tuyo o mío?"
 - Si la persona responde con seguridad "No", pase al segundo punto. Si espontáneamente soluciona el error, entonces no se requiere más intervención.
 - Si su respuesta es "sí", o si no hay respuesta a la pregunta, debe decir: "Usted tiene un error. ¿Puede encontrarlo? Muéstreme dónde está."
- Si la respuesta es "no". Haga la pregunta, "¿Cómo es diferente?"

- La persona debe señalar y / o describir el error que él / ella ha hecho. Permita que la persona corrija el error.
- Si la persona no identifica el error, decirle "Necesita mirar con atención" Señale el error al hablar, y luego diga: "Quiero que haga una puntada como la mía".
- Si tiene dificultades para corregir su error, entonces se le pregunta, "¿Puede arreglarlo?" Puede intentar arreglar el error deshaga la puntada y comience de nuevo.

Puntada Látigo

Si la persona puede completar la puntada corrida, se pasa a la puntada de látigo. Estas instrucciones pueden repetirse una vez si el sujeto no logra completar la puntada en el primer intento.

- "Ver como el cordón de cuero tiene un lado suave y claro y un lado rugoso y oscuro. Revisar que la persona este viendo lo que se le está explicando y obtener un reconocimiento de la persona.
- "Siempre mantenga el lado suave hacia arriba cuando haga cada puntada y tenga cuidado de no retorcerlo. Ahora le voy a mostrar otra puntada. Míreme con atención. Tome el cordón y llévelo hacia el frente, por encima del borde del cuero. Introducir el cordón a través del agujero hacia atrás y ajuste el cordón. Asegúrese de que el cordón no esté torcido. No se salte ningún agujero. Ahora usted haga tres punto"

Si la persona se detiene después de una puntada pida a la persona hacer al menos tres puntos de sutura, preguntando: "¿Puedes hacer dos más?"

- Como parte de la evaluación, la persona con discapacidad cognitiva está obligada a demostrar la habilidad para deshacer dos errores. Estos dos errores, uno de una cruz y el otro, un giro, son parte de los criterios de calificación. Cuando estos dos errores no se producen cuando la persona está haciendo el amarre, usted tendrá que hacer físicamente los errores para satisfacer los criterios de calificación.

Las instrucciones para introducir los errores son como sigue:

- "Voy a cometer un error para ver si puedes corregirlo." Tome la ACLS y mantenga a su izquierda, protegiendo la vista de la persona. Luego, en el lado equivocado de la ACLS, empuje el cordón a través del orificio, atrapando el amarre por debajo del lazo. Esto forma una cruz en la parte posterior. Entregue la ACLS en la mano a la persona.
- **"¿Puede mostrarme mi error?" "¿Puede arreglarlo?"**
- Si la persona puede indicar dónde está el error y luego corregir el error de la cruz, siga haciendo un giro también fuera de la vista de la persona. Hacer un giro claramente visible en su cordón de la correa en el lado equivocado de la ACLS. Entregue la ACLS en la mano a la persona diciendo: "He cometido otro error. ¿Puede mostrarme mi error?" "¿Puede arreglarlo?"
- Si al corregir el error la persona empieza a sacar la puntada de todo, decir "alto" y preguntar "¿Puede hacerlo sin tener el amarre fuera del agujero?"

Intervenciones para detectar errores – Puntada Látigo

Una vez que se ha cometido un error, es posible determinar si la persona puede corregir el error. No es aconsejable permitir que una persona con discapacidad cognitiva siga haciendo más puntos cuando un error se ha hecho en un punto anterior.

Las siguientes instrucciones y las intervenciones pueden ser utilizadas:

- "¿Su puntada es como la mía?"
 - Cuando la respuesta es "no" y no trata de corregir el error, decir, "¿Cómo es diferente?" y que señale los errores que han hecho. Si la persona trata de corregir el error sin preguntar, no decir nada más. Si no hacen nada, decir, "¿Puede arreglarlo?" Pueden intentar corregir su error al eliminar el error y empezar de nuevo.

- Cuando la respuesta es "sí", o no hay respuesta a la pregunta "¿tu puntada es como la mía?" dicen: "Tú tienes un error. ¿Puedes encontrarlo? Muéstrame dónde está." Si el error está en la parte posterior, tenga en cuenta si la persona ve en el otro lado de la ACL y corrige automáticamente el error.
- "¿Cómo es diferente?" que indique punto o error. Guardar silencio si la persona comienza a fijar de manera espontánea.
- Si no se identifica el punto de error, decir, "Tu error está aquí. Quiero hacer el tuyo como el mío."
- Cuando no hay ningún intento o un intento ineficaz para corregir el error, por ejemplo "¿Quieres que te enseñe otra vez?" quite el error y empiece la demostración de nuevo, es decir, si la persona no ha recibido ya dos manifestaciones .

Puntada cordobés único

El punto cordobés único se utiliza para crear la oportunidad de observar la capacidad de aprender a hacer una tarea sin una demostración. La puntuación para este rango va desde el nivel/modalidad de 4,4 a 5,8.

Las puntuaciones más bajas surgen a raíz de una manifestación.

Instrucciones para punto cordobés único

Tome con la mano la ACLS y seleccione la puntada cordobés simple y preguntar, "¿Puedes hacer esta puntada?"

Una respuesta de pánico, la frustración o la negativa a tratar la puntada es una indicación de que la tarea es demasiado difícil. Ofrecer ayuda preguntando a la persona si él / ella desea una demostración de la puntada. Si la persona parece ser no prestar atención a la demostración, él o ella tienen dificultad funcional de procesamiento de la información. Ofrecer ayuda si cree que la persona se está volviendo más y más frustrada tratando de completar la puntada. Sólo dos manifestaciones pueden ser anotadas. Al mismo tiempo, dar las siguientes instrucciones verbales y una demostración:

"¿Le gustaría que le muestre cómo?" Si es así, sigue diciendo: "Observa con cuidado. Lleve el cordón a la parte delantera, por encima del borde del cuero e introduzca el cordón por el siguiente agujero en la parte posterior del cuero. No tire completamente del cordón, deja un pequeño ojal. Lleve de nuevo el cordón hacia adelante por encima del borde. Pase el cordón de adelante hacia atrás para el ojal que formo y jale el cordón hacia atrás del cuero. Mantenga el cordón hacia el lado izquierdo del ojal. Ajuste el ojal por atrás y luego ajuste el cordón. Asegúrese de que el cordón no esté torcido. Ahora, hágalo usted".

La respuesta del administrador a los comentarios de la persona deben ser lo menos directivos posible. Si la persona que le pregunta si él / ella está haciendo correctamente decir: "¿Qué te parece" o "¿Su puntada es como la mía?" o "seguir intentándolo". Si la persona dice, "que no está bien", dice usted: "¿Puede arreglarlo?" o "¿Me puede enseñar lo que está mal?"

Después de unos minutos, debe ser obvio que la persona está teniendo dificultad para hacer el punto, especialmente si no se demostró con anterioridad, el administrador puede decir: "¿Quieres ayuda?" La señal verbal puede ser tal que le da una pista de información, tales como "Usted tiene el derecho de la primera parte," o "Vete de adelante hacia atrás." Si no responden a una señal verbal, intente señalar el error. Deje tiempo para que la persona piense en lo que pueda hacer (recuerde que esto no es un límite de tiempo). Si la señal verbal no mejora el rendimiento, puede ofrecer demostrar cómo hacer el punto.

Cuando el mismo error se hace una y otra vez, obviamente no hay mejoría en el rendimiento, la oferta de demostrar una vez más la puntada. No más de dos

manifestaciones pueden ser anotadas, algunas personas con discapacidad cognitiva solicitarán una tercera demostración, que puede ser otorgada, pero no alterará la calificación.

Es importante que los tres puntos sean completados correctamente y, si hay menos de tres puntos de sutura correcta, no puede validar que la persona realmente ha aprendido a hacer el punto.

DIRECTRICES DE PUNTUACIÓN PARA LA ACLS Y LACLS

Oficialmente revisadas en junio de 1999, esta es la cuarta revisión de la prueba manual (2003).

Puntada Corrida

Nivel/modalidad	Descripción de los pasos y acciones para el logro de tareas
3.0	Agarra el cuero o se retira del lugar. Tal vez no puede tratar de captar el amarre o cuando la pieza de cuero es tomada por la persona, puede captar el amarre y se mueven de una manera aleatoria.
3.2	Inserta el cordón a través de al menos un orificio de la pieza de cuero.
3.4	Completa por lo menos tres puntos de sutura, se ejecuta con no más de dos demostraciones (una tercera manifestación es aceptable si se dio una demostración con el ACLS antes de pasar a la LACLS). La persona no debe saltar los agujeros mientras se hace la tarea.

Puntada Látigo

Nivel/modalidad	Descripción de los pasos y acciones para el logro de tareas
3.6	Tiene por lo menos un punto por encima del borde utilizando los agujeros correctos, no se saltan los agujeros.
3.8	Cuando con pausas, no identifica errores en trenzado o cruzado en la parte trasera. No identifica errores, y no se preocupa por la dirección de la puntada, puede seguir haciendo la puntada hasta que no haya más espacio y luego dicen: "¿Lo hice?"
4.0	Cuando tomen conocimiento de ellos, reconoce errores de cruz o giro en la parte trasera. No intenta corregir errores de la cruz o la torsión. Cuando tomen conocimiento de ellos corrija los errores de la puntada en la parte trasera.
4.2	Corrige giros por re-hacer la última puntada. No desenredar el cordón de error mientras todavía está en el agujero. Corrección de errores de cruz en la parte trasera.
4.4	Puede desenroscar por lo menos una puntada por encima del borde sin sacarla. Deja de hacer la puntada después de tres puntos de sutura o puedes seguir cosiendo si él / ella disfruta haciendo la tarea, aunque dicen que saben que deben detenerse.

Puntada cordobés simple (puntada con lazada)

(Continúa con una segunda demostración)

Nivel/modalidad	Descripción de los pasos y acciones para el logro de tareas
4.2	Repite la puntada con lazada o sigue la puntada con lazada con un segundo intento. No se beneficiarán de la demostración de la primera y la segunda.
4.4	Va de adelante hacia atrás a través del orificio (como la persona que hizo con la puntada de lazada), pero inserta la aguja a través del ojal de la parte trasera como si fuera un paso (con cordón en ojal, pero no envuelto alrededor de él) o va al frente por el agujero, pero de atrás hacia delante a través del ojal o lo hace de otra manera. La persona no se beneficia de una primera o segunda demostración.
4.6	La mano no puede hacer la orientación de derecha / izquierda de amarre al poner la aguja a través del ojal. No se observa una pequeña mejoría con la primera o segunda demostración.
4.8	El cordón no se aprieta en secuencia (agujero / bucle), la persona sólo tira del cordón. Puede o no reconocer los errores. No se observa una pequeña mejoría con la primera o segunda demostración.
5.0	Corrección de errores en la dirección tomada para hacer el amarre, o cuando el cordón está enredado, o en el apretar la lazada en secuencia, pero es incapaz de reproducir las soluciones. Se ha mejorado la apariencia punteada con los ajustes siguientes en la segunda manifestación, pero los errores persisten.

5.2	Corrige errores en la orientación de hacer el amarre y en cordones enredados; aprieta la lazada en la secuencia después de una segunda demostración (es decir, los cordones se aprietan en la secuencia, aunque la tensión puede ser un poco flojo).
5.4	Después de sólo una demostración, la persona corrige los errores para hacer el amarre, en el cordón enredado del cordón realiza la secuencia sin una segunda demostración. La persona con alteraciones observa las acciones por lo menos dos veces.

Puntada Cordobés único

(Sin seguir ninguna demostración)

Nivel/modalidad	Descripción de los pasos y acciones para el logro de tareas
5.6	Completa tres puntos de sutura, sin una demostración, sino que requiere una señal para hacer la puntada correcta (verbalmente o señalando a la ubicación del error).
5.8	Completa tres puntos cordobeses únicos sin una demostración o una señal verbal. Utiliza la observación y el ensayo y error para hacer el punto

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

Sexo M Edad 33

Ocupación Diseño Grafico

Carrera Diseño Grafico

Fecha 07- 03- 09

Lugar donde vivió los últimos 10 años: Pueblo Ciudad D., F.

	¿EN QUE GRADO ESTÀ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1	Quiero caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
2	A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
3	En ocasiones cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
4	Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente pienso que soy una mala persona	1	2	3	4	5
5	Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4	5
6	A veces es desagradable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
7	Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
8	En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso	1	2	3	4	5
9	De vez en cuando quiero estar relajado/a	1	2	3	4	5
10	A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4	5
11	Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
12	En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esa manera	1	2	3	4	5
13	Necesito caerle bien a algunas personas	1	2	3	4	5
14	A veces es terrible cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
15	En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
16	Pienso que soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas	1	2	3	4	5
17	Necesito hacer algunas cosas bien	1	2	3	4	5
18	En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
19	Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5

20	Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas	1	2	3	4	5
21	De vez en cuando necesito estar relajado	1	2	3	4	5
22	A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
23	En ocasiones cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
24	Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a	1	2	3	4	5
25	Es esencial que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
26	Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado	1	2	3	4	5
27	En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
28	Solo porque no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona	1	2	3	4	5
29	Es esencial que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
30	Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo	1	2	3	4	5
31	A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
32	Solo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso	1	2	3	4	5
33	De vez en cuando es esencial estar relajado/a	1	2	3	4	5
34	Alguna vez cuando no le agrado a la gente me siento perturbado	1	2	3	4	5
35	En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
36	Solo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así	1	2	3	4	5
37	Es importante que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
38	A veces cuando no hago las cosas bien, me siento de decepcionado	1	2	3	4	5
39	Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a	1	2	3	4	5
40	Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5
41	Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
42	En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
43	A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente	1	2	3	4	5
44	Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso	1	2	3	4	5
45	De vez en cuando es importante estar relajado/a	1	2	3	4	5
46	En ocasiones, cuando no le gusto a la gente me siento decepcionado/a	1	2	3	4	5
47	A veces es insoportable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
48	Nunca voy a conseguir estar relajado/a	1	2	3	4	5

**EXAMEN DE POSTURA Y MOVIMIENTO
DURANTE LAS HABILIDADES FUNCIONALES**

NOMBRE: Jorge Rosales López

FECHA DE NACIMIENTO: 22 de septiembre de 1976

DIAGNOSTICO PRIMARIO: Accidente Cerebrovascular con secuela de hemiplejía

FECHA DE ELABORACION: 09-03-09

PERSONA QUE ELABORA EL EXAMEN: Margarita Arreola Argueta

Tono normal/espasticidad	El tono postural se encuentra aumentado en rodilla izquierda durante la marcha sobre todo cuando va a lugares desconocidos o en terreno irregular. Al colocarse una playera cerrada, presenta aumento de tono postural en hombro y codo izquierdo, al elevar el brazo lo hace con mucha dificultad y el codo se le flexiona.
Control motor en relación a la base de sustentación	No fue capaz de cambiar su control motor en relación a su base de sustentación a la hora de realizar tareas de alcance en parado con apoyo de mano afectada.
Estabilidad y movimiento	En sentado, falta de habilidad para mantener estabilidad en tronco, cuando la extremidad superior izquierda realiza una variedad de movimientos de amplitud y coordinación.
Balance y cambio de peso	En actividades de apoyo de manos sobre la pared no ajusta su postura ni realiza cambio de peso, evitando desplazar su cuerpo hacia el lado izquierdo.
Alineación	Su cabeza la mantiene en flexión lateral izquierda, su hombro izquierdo se encuentra descendido y con proyección anterior, su tronco lo mantiene en flexión lateral izquierda.
Coordinación	No puede combinar los movimientos de los dos lados del cuerpo para el movimiento bilateral. Los movimientos que implican todo el cuerpo son desiguales e imprecisos. No podía realizar tareas complejas como hablar mientras se mueve de posición.
Equilibrio	No puede recuperar el equilibrio al desplazarse rápidamente cuando apoya en extremidad inferior izquierda.