



**INSTITUTO  
DE  
TERAPIA  
OCUPACIONAL**

**INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA PERSONA  
CON SECUELAS DE EVENTO VASCULAR CEREBRAL  
A TRAVÉS DEL MODELO CANADIENSE DEL  
DESEMPEÑO OCUPACIONAL**

**ESTUDIO DE CASO**

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

**PRESENTA**

**SERGIO GARAY FLORES**

**ASESORES:**

**Lic. María Eugenia Arredondo Novelo  
Dra. María Cristina Hernández Lara de Bolaños  
Lic. Jazmín Baltazar Lara**

**MÉXICO, D.F.**

**MARZO, 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias Señor por tu inmensa misericordia y poner gente a mi paso que nunca me dejan (amigos, familia, maestros y personas que están contigo) que con sus consejos me permiten día a día ser mejor estar y sentirme vivo

Gracias Señor.....

Gracias señora Guillermina que con tu amor y tus consejos has hecho de mi un hombre de bien dios te bendiga siempre gracias mamá.

A ti Rosalina por ser mi apoyo la administradora de mis sueños y el soporte de mis fracasos simplemente por ser la mitad de ser.

Aline Luz, Karla por ser el motor de mi vida y la sangre que corre por mis venas.

Lic. María Eugenia Arredondo Novelo por su dedicación y tiempo ser parte fundamental de este proyecto. Dios la bendiga siempre.

Directora Cristi por sus regaños consejos y el interés que pone en cada uno de sus alumnos gracias.

Lic. Jazmín Baltazar Lara por aceptar participar en este proyecto gracias.

<b>ÍNDICE</b>		
I.	Resumen	4
II.	Introducción	5
III.	Justificación	7
IV.	Antecedentes	8
	1. Evento Cerebral Vascular	8
	2. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional	11
V.	Procedimiento	12
	1. Datos de Identificación	12
	2. Motivo de referencia al servicio de Terapia Ocupacional	12
	3. Marco de Referencia Utilizado	12
	4. Evaluaciones realizadas	13
	5. Perfil Ocupacional	13
	6. Evaluación de Necesidades Ocupacionales.	14
	7. Análisis del Desempeño Ocupacional	15
	8. Plan de Intervención	16
VI.	Resultados	18
VII.	Análisis	20
VIII.	Contribución	21
IX.	Referencia bibliográfica	22
X.	Anexos	24
XI.	Anexo 1. Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional (Instrumento de Tamizaje)	24
	Anexo 2. Cuadro Ocupación-Persona-Ambiente	30
	Anexo 3. Índice de Barthel	32
	Anexo 4. Listado de Roles	34
	Anexo 5. Mini examen cognitivo o MEC de Lobo	39
	Anexo 6. Escala de Fugl-Meyer (Recuperación funcional después de una hemiplejía).	41

## **I. RESUMEN**

La finalidad de este estudio es presentar el proceso de intervención en Terapia Ocupacional de una persona con secuelas de Evento Vascular Cerebral desde la perspectiva del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

Se trata de un adulto de 58 años de edad, jubilado hace 8 años de una fábrica de champiñones, quien sufrió un Evento Vascular Cerebral con una evolución de 2 años, dejando secuelas de hemiparesia izquierda.

Al jubilarse, el Sr. García se desempeñaba como vendedor de uniformes escolares, los cuales vendía en compañía de su esposa. A raíz del evento, presentó problemas en el desempeño de sus ocupaciones e independencia, particularmente en las actividades de autocuidado, productividad y recreación. En los componentes ocupacionales, presentaba la habilidad emocional como frustración, enojo y tristeza, déficits motores, sensoriales y cognitivos.

Se llevaron a cabo dos evaluaciones: una inicial y otra final, que permitieron identificar los diferentes componentes de la persona, así como factores sociales y físicos de su entorno.

Durante el plan de tratamiento se incluyó el manejo de ayudas técnicas, uso de férulas y adaptaciones posibles del hogar lo que permitió facilitar su desempeño ocupacional en su domicilio.

Al finalizar la intervención el Sr. García logró reintegrarse satisfactoriamente a su ocupación de vendedor, mejoró sus actividades de autocuidado y modificó su entorno.

Este caso muestra que el rol clínico del profesional de terapia ocupacional está vinculado fundamentalmente a la evaluación de la persona y las intervenciones realizadas (Crist, 1996). Además, el terapeuta ocupacional juega el rol de educador hacia la persona y la familia o el ambiente en que éste se desenvuelve, con ello, el terapeuta ocupacional facilita las interacciones entre la persona, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones.

## II. INTRODUCCIÓN

Terapia Ocupacional es una profesión de la salud, que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final mantener y/o adquirir habilidades e integrarse y participar en su ambiente.(COTEOC,2006)

De acuerdo a la visión de la AOTA (2007), *Terapia Ocupacional será considerada en el futuro “como una profesión poderosa, ampliamente reconocida, orientada científicamente y basada en la evidencia con una conexión global y diversos equipos de trabajo enfrentando las necesidades de la sociedad”.*

Unos de los principales objetivos de Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que este refuerce la participación (Labrador, C. Delegada Española en WFOT, 2004).

El ejercicio diario de Terapia Ocupacional refleja el hecho de que nuestras actividades, nuestros comportamientos y los productos de nuestra ocupación se combinan para darnos un sentido de quiénes somos y ayudan a definirnos como seres sociales. (Eakman y Nelson, 2001)

El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad (Simó,2006).La complejidad del desempeño ocupacional va más allá de desarrollar una ocupación (implica poder elegir y organizar). Esta ocupación no puede ser cualquiera, debe ser significativa para la persona, pero al mismo tiempo culturalmente adaptado. El objetivo final del Modelo Canadiense va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es el

disfrutar de una vida en plenitud y el que toda persona pueda contribuir a la sociedad. (Simó, 2006)

Por lo tanto, Terapia Ocupacional coadyuva con las personas a realizar su desempeño ocupacional a través de actividades que sean importantes, para su salud y bienestar a través de la participación de ocupaciones significativas.

Al sufrir una persona un Evento Vascular Cerebral (EVC) se ve comprometido su desempeño ocupacional al tener dificultad para llevar a cabo sus actividades de autocuidado, trabajo y recreación en sus diferentes ambientes y contextos.

El EVC o ictus representa una de las primeras causas de muerte e invalidez en los adultos y supone un enorme coste tanto humano como económico. Siendo uno de los motivos más frecuentes de intervención en Terapia Ocupacional. La afectación del desempeño ocupacional conlleva importantes consecuencias en el terreno personal, familiar y social de quien lo padece.

EL EVC involucra dimensiones complejas debido a la diversidad de sus secuelas con distintos grados de severidad, en los planos físicos, sensorial, neuropsicológico-cognitivo, conductual y emocional- y relacional, que en la mayoría de las ocasiones son de larga duración, llegando a generar una dependencia a largo plazo (Larracochea, 1998)

### III. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo puntualiza la importancia del Modelo Canadiense en la práctica profesional del terapeuta ocupacional en personas con secuelas de un Evento Vascular Cerebral (EVC) así como la trascendencia en su proceso de recuperación, vinculando la atención a la salud y el desempeño ocupacional.

El Modelo Canadiense es coherente con el paradigma actual de Terapia Ocupacional, una vez superado el paradigma mecanicista que imperó en Terapia Ocupacional hasta los años 70, en que fue cuestionado por diferentes académicos entre los que destacan Mary Really y Elizabeth Yerxa..

En el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (M.C.D.O) la palabra ocupación, emana del hacer de la persona y de ejercer control en la vida propia.

Visualiza la ocupación, *como grupos de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas, organizadas y a las que se les da un valor y significado por los individuos y la cultura. Incluyendo los ámbitos de autocuidado, productividad y recreación* (Simón, 2006).

Percibe a las personas como seres espirituales que son agentes activos en el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio ambiente, y que pueden participar como compañeros en una práctica centrada en la persona.

Desde la perspectiva centrada en el cliente, considera cliente a la persona a escala individual, y a grupos a empresas o comunidades, recobrando así las raíces humanistas de la profesión.

## **IV. ANTECEDENTES**

### **1.- Evento Vascular Cerebral**

Un Evento Vascular Cerebral (EVC) o ictus es una de las patologías con mayor prevalencia que causan más discapacidad en la edad adulta. Podemos definirlo siguiendo el criterio de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) *“como una interrupción del flujo circulatorio en una determinada área encefálica, que origina manifestaciones clínicas neurológicas, focales o globales, de instauración brusca”*.(2010)

En líneas generales, la patología vascular cerebral puede dividirse, en función de la naturaleza de la lesión, en dos grandes entidades nosológicas distintas: la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral. La isquemia cerebral se divide, a su vez, en accidente isquémico transitorio e infarto cerebral establecido. La hemorragia cerebral puede ser intracerebral, intraventricular, subaracnoidea, subdural y epidural. (Braunwald, Fauci, Kasper y Hauser, 2001).

Actualmente las enfermedades cerebrovasculares en México deben considerarse como un problema de salud de orden prioritario. La tendencia registrada durante los últimos años muestra un incremento continuo en los niveles de mortalidad por este padecimiento. México ocupó en 2010 el sexto lugar dentro de las primeras causas de defunción y es la entidad neurológica que mayor número de ingresos hospitalarios. (Perfil Epidemiológico de las Enfermedades Cerebrovasculares en México, 2012)

En países desarrollados y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el EVC, fue la segunda causa de muerte en el año 2011. En México, el EVC es la cuarta causa de muerte, representando la tercera causa en sujetos mayores de 65 años, una incidencia de 118 por 100,000 habitantes al año, una prevalencia de 8 por 1000 habitantes y una mortalidad de 38.1 por 100,000 habitantes. El EVC es además la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia (INEGI, 2011).



Siendo, la hipertensión arterial el factor de riesgo número uno para sufrir un EVC, encontrando en segundo plano y no muy lejos de ello, la diabetes, hipercolesterolemia, sobrepeso, así como, factores de edad, antecedentes familiares, consumo de alcohol y drogas, entre otros.

Además de su elevada frecuencia de presentación, su importancia radica en la complejidad de su tratamiento, en la gravedad de las secuelas permanentes y en el impacto psicosocial que tiene sobre la persona que lo padece y su entorno social inmediato, ya que un 50% de los afectados sufre secuelas que impiden su incorporación plena a la sociedad activa. Por estas razones, el EVC es uno de los trastornos a que más frecuentemente se enfrentan los terapeutas ocupacionales (Polonio, 2003).

### **Lesiones causadas por un EVC y su efecto sobre la ocupación**

Las secuelas del daño cerebral son múltiples y comprenden una variedad de áreas que van desde los aspectos físicos y de movilidad, a los cognitivos, emocionales y conductuales, así como el habla y la comunicación. Puede predominar una u otra área en distintas combinaciones, lo que puede producir desde una hemiplejía (parálisis de un miembro o un hemicuerpo) a estados vegetativos persistentes o trastornos de la personalidad y de la conducta sin afección alguna o mínima de las funciones motoras. Estas limitaciones pueden darse en grado leve, moderado, severo o total (Polonio. 2010).

Estas lesiones pueden tener un gran impacto en la vida diaria de la persona, en la que pueden presentar los siguientes trastornos:

#### **Trastornos motores:**

El tono muscular puede ser hipotónico (tono reducido) o hipertónico (tono aumentado). El tono anómalo afectará a la ejecución de las actividades de la vida diaria, ya que la persona deja de tener una concepción normal de la línea media; ello da lugar a un reparto desigual del peso al sentarse o al estar de pie, con afecciones de la capacidad de trasladar el peso de la izquierda a la derecha o de

delante hacia atrás (problema para levantarse de una silla, moverse en la cama o vestirse).

### **Trastornos de percepción**

El déficit de percepción puede consistir en apraxia (incapacidad para realizar ciertos movimientos voluntarios con destreza, a pesar de que la potencia motriz, sensibilidad y coordinación se encuentren en condiciones normales), alteraciones del esquema corporal (la persona puede sentarse sobre la mano afectada o ser incapaz de introducir el brazo afectado por la manga si no se le enseña a hacerlo), alteraciones de las relaciones espaciales, (incapacidad para reconocer las formas, profundidad y posición de los objetos) aquí la persona es incapaz de reconocer un cepillo en una caja desordenada, y agnosia (incapacidad para reconocer objetos familiares), donde la persona no es capaz de reconocer su propia ropa o a los miembros de la familia (Zoltan, 1996).

### **Trastornos sensitivos**

La escasa receptividad de los propioceptores del lado afectado da lugar a la alteración de la respuesta motora, lo que puede producir problemas de equilibrio, posición y movimiento de la cabeza, el tronco y las extremidades. La pérdida de la sensibilidad, al tacto profundo, al dolor o la temperatura puede ser parcial o completa. Se pueden presentar trastornos visuales, siendo el más habitual la hemianopsia homónima. Dado que la persona es incapaz de ver medio campo visual del lado afectado, la visión puede ser periférica, sin afectar la visión central, o perder un sólo cuadrante (Cuadrantopía).(Morgans, L. 2005).

### **Déficit Cognitivo y de Comunicación**

Los trastornos cognitivos son una consecuencia frecuente de los accidentes cerebrovasculares y pueden afectar la capacidad de las personas para realizar las actividades cotidianas. Presentando déficit de concentración, memoria, capacidad de decisión o para hacer secuencias tendrá un efecto directo sobre la capacidad del individuo para responder al tratamiento y retener nueva información.

La dificultad para hablar o comprender puede hacer que la persona se sienta aislado y dañado en su autoestima, mostrándose poco cooperante en el tratamiento (Morgans, L. 2005).

## **2.- Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional**

Uno de los aspectos de la persona que se ven comprometidos tras sufrir un evento cerebrovascular **es su desempeño ocupacional**, siendo éste *“la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en busca del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.* Las actividades significativas se relacionan con la salud, la satisfacción vital y otorgan propósito, direccionalidad y sentido al ciclo vital.

Este modelo, describe la relación dinámica entre la persona, su medio ambiente y la ocupación, que resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida.

Capacitando para la ocupación, más que dar pautas invita a una profunda reflexión sobre la práctica terapéutica. Es la búsqueda de un protagonismo de la persona en su proceso de recuperación. Implica el comprender y desarrollar un tipo de relación, con las personas y hacer un uso consciente del self. (Algado, 2006).

La Revista de Terapia Ocupacional de Galicia en el 2008 publicó la revisión y aplicación del Modelo Canadiense a la práctica clínica de tres casos con secuelas de EVC, concluyendo con resultados satisfactorios, donde el *modelo “permitió establecer el contrato terapéutico haciendo que la persona se hiciera cargo de su rehabilitación, sabiendo lo que se espera de su parte”.*

## **V. PROCEDIMIENTO**

### **1.- Datos de Identificación**

Nombre: Ángel García Guadarrama.  
Edad: 58 años  
Fecha de nacimiento: 17 de enero de 1956  
Ocupación Laboral: Supervisor de control de calidad  
Ocupación Actual: Jubilado  
Comercio Informal (Vendedor de uniformes escolares)  
Diagnóstico primario: Evento Vascular Cerebral.  
Diagnóstico secundario: Hemiplejía izquierda.  
Evolución: 2 años de evolución  
Precauciones: Observar que la presión arterial esté controlada.

### **2.- Motivo por el cual fue referido al servicio de Terapia Ocupacional**

El Sr. García fue referido al servicio de Terapia Ocupacional por el médico de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional de Toluca, Número #220 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien realizó valoración clínica por presentar secuelas de EVC.

### **3.- Marco de referencia utilizado.**

Para el presente caso se utilizó el Modelo Canadiense por basarse en una perspectiva centrada en la persona, considerando su contexto o ambiente donde se desenvuelve. Así como los Marcos de Rehabilitación, Cognitivo y de Adaptación/compensatorio.

#### **4.- Evaluaciones realizadas.**

- Evaluación del Modelo Canadiense (Instrumento de tamizaje del Modelo Canadiense).
- Análisis ocupacional
- Cuadro (Persona-Ocupación-Ambiente)
- Índice de Barthel.
- Escala de roles.
- Mini mental.
- Escala de Fugl-Meyer.

#### **5.- Perfil ocupacional**

El Sr. García es un hombre de 58 años de edad, casado hace 30 años, que estudió técnico superior universitario en Gestión y Calidad de los Productos, practicaba futbol soccer como actividad recreativa. Reside en Toluca, Edo.de México, quien vive en compañía de su esposa y sus dos hijos.

Se desempeñó como supervisor de control de calidad en una empresa de champiñones, de la cual se jubiló hace 8 años. Después de jubilarse se dedicó al comercio de uniformes escolares, vendiendo los fuera de una escuela en compañía de su esposa.

En el año 2012 ingreso al Hospital General de Zona 251del IMSS en Toluca, por un cuadro clínico de EVC, en donde recibió atención médica y de rehabilitación por un periodo aproximadamente de 36 días. El tratamiento de Terapia Ocupacional consistió en posicionamiento, movilización de las cuatro extremidades. Posteriormente continuó con tratamiento rehabilita torio en una Unidad de Medicina Física del IMSS.

El Sr. García presentó dependencia para realizar actividades de alimentación, higiene, vestido, y en aquellas actividades que podía desempeñar las realizaba con el hemicuerpo derecho. Para su deambulaci3n, traslados y trasferencias requiri3 asistencia de familiares. Dejó de ayudar en casa en las actividades

instrumentales como (barrer el patio, limpiar la mesa, recoger basura,) etc. Mostró rechazo para salir de su casa y convivir con familiares. En el área de recreación, dejó de involucrarse en su deporte de interés (futbol soccer) y pasar tiempo con sus hijos.

Durante el abordaje, en la Unidad de Rehabilitación se mostró renuente a recibir terapia, sin embargo al establecerse el vínculo paciente-terapeuta permitió conocer sus intereses y motivaciones, facilitando la intervención. Siendo uno de sus objetivos desempeñarse nuevamente como comerciante de uniformes.

## **6.- Evaluación de Necesidades Ocupacionales**

En las primeras 2 sesiones se realizó una evaluación inicial, aplicando una entrevista (abierta), para conocer sus intereses y objetivos, se aplicó el Instrumento de Tamizaje del Modelo Canadiense, diseñado para detectar la autopercepción del cambio en los problemas del desempeño ocupacional, el Índice de Barthel, para conocer el grado de dependencia en las actividades de autocuidado, Listado de roles, el Examen Mini Mental Folstein, para identificar déficit cognitivo y se realizó un análisis ocupacional utilizando el cuadro Persona-Ocupación-Ambiente del MCDO.

El Sr. García, mostró dependencia en las actividades de autocuidado, entre ellas dificultad para baño, alimentación, traslados y transferencias, requiriendo ayuda en cada una de ellas (Índice de Barthel).

Pérdida de reconocimiento del hemicuerpo izquierdo, alteraciones de la sensibilidad (hiposensibilidad) en el mismo lado, con patrón de mano espástica, limitación de movimiento para la flexión y extensión de codo y hombro.

Presentaba problemas de visión y equilibrio, necesitando ayuda para traslados dentro y fuera de casa. No involucraba el hemicuerpo izquierdo dentro de su esquema corporal, por lo cual, realizaba la mayoría de las actividades con brazo derecho (dominante).

Se registró y observó que tenía largos periodos de tiempo sin realizar actividades, que no fueran sólo para su “terapia de ejercicios” (como él lo llamaba). Por lo cual se estableció un programa de actividades instrumentales y recreativas.

Se mostró ocasionalmente con pocas ganas de realizar actividades y participar en el tratamiento, y otras veces expresaba entusiasmo para seguir adelante.

## **7.- Análisis del Desempeño Ocupacional**

Durante las valoraciones realizadas y de acuerdo al Modelo Canadiense se observó que presentaba dependencia en sus actividades de autocuidado, en ocasiones requería supervisión de un familiar principalmente de su esposa para bañarse, presentaba dificultad para atar agujetas, subir y bajar cremalleras, abotonar, vestido y desvestido de hemicuerpo izquierdo. Las actividades que realizaba las desempeñaba con el hemicuerpo derecho (sin limitación y dominante).

El análisis de componentes sensoriales y perceptuales se registró alteración de la sensibilidad en mano izquierda (hipersensibilidad), problemas visuales (ceguera monocular), mareos al movimiento, problemas de equilibrio y presenta estereognosia al no reconocer ciertos objetos comunes. En el componente cognitivo presentó problemas de memoria a corto plazo, problemas de lenguaje. El análisis de componentes sensoriales y perceptuales se registró alteración de la sensibilidad en mano izquierda (hipersensibilidad), problemas visuales (ceguera como afasia, dificultad para entender algunas indicaciones.

El Sr. García en ocasiones presentó falta de ánimo al ver que su mano no se movía, se preocupó al no poder realizar sus actividades instrumentales como antes y no sentía confianza para salir a algún evento familiar, mostraba periodos de irritabilidad. Sin embargo, refiere darle gusto vender sus uniformes y platicar con sus amigos.

Por otro lado aspectos como micción y deposición no se vieron afectados por el Evento Vascular Cerebral (Índice de Barthel).

En relación a su descanso y sueño, refirió no poder dormir por las noches, por lo que requirió tomar medicamento para conciliar el sueño. Toma periodos de descanso después de que desayuna y come.

Respecto a las actividades de alimentación, requiere ayuda para cortar carne, por lo que llega a comer con el hemicuerpo derecho, (dominante y sin limitación).

No involucra su mano izquierda en las actividades de alimentación, lo cual la deja debajo de la mesa sin incluirla al tomar un vaso con agua.

En el componente social, la familia lo ha acompañado desde el principio de su evento vascular y refirieron ayudarlo en todas sus actividades, hasta el grado de sobreprotegerlo.

## **8.- Plan de Intervención**

Los problemas que el Sr. García presentaba en su Desempeño Ocupacional fueron priorizados en conseguir la máxima autonomía en las actividades de autocuidado e instrumentales, así como realizar adaptaciones técnicas para alimentación, lograr involucrarse en las actividades del hogar, modificar el ambiente físico a través de adaptaciones en el hogar, mejorar la marcha con ayuda técnica (bastón) y optimizar las reacciones de equilibrio y enderezamiento.

De la tercera a la décima sesión, se llevó a cabo la intervención de acuerdo al análisis de resultados obtenidos en las valoraciones iniciales con el enfoque del Modelo Canadiense.

Durante las mismas, se tuvieron pláticas y participación de familiares, donde el terapeuta ocupacional desempeñó el rol de educador. Además en este tiempo se realizaron 3 visitas a domicilio, con fines de considerar el ambiente donde se desenvolvía la persona, encontrando barreras arquitectónicas como escalones.

Se enfatizó a través de diferentes actividades componentes motores con el objetivo de involucrar su hemicuerpo izquierdo en la actividad y en su esquema corporal, siempre tomando en cuenta sus intereses.



Realizó ejercicios en casa como tomar y soltar objetos con ambas manos así como hacer ejercicio con una polea que adaptó previamente, utilizando el hemicuerpo afectado.

Se adaptaron actividades para lograr involucrarlo en las mismas, llevándolas a cabo en diferentes ambientes, por ejemplo, insertar objetos involucrando ambos hemicuerpos, limpiar una mesa, uso de masa terapéutica realizando actividades simulando la alimentación, vestido y desvestido en chalecos simulados como en su propio cuerpo y juegos con pelotas en áreas verdes del hospital, entre otros.

Se diseñaron adaptaciones funcionales para sus actividades de alimentación, vestido-desvestido, y la orientación del uso de un bastón como ayudas técnica para su deambulaci3n. La orientaci3n tambi3n fue dirigida a familiares sobre el manejo del desempe1o del Sr. Garc3a ante las secuelas de un EVC.

Se realizaron adaptaciones en el hogar para mejorar su desempe1o en la alimentaci3n (adaptaciones de mangos anchos en cubiertos), se coloc3 un sujetador en ba1o para facilitar la ducha. Los familiares colaboraron en adaptar una habitaci3n en planta baja para evitar los escalones.

Se realizaron 3 visitas a domicilio y 15 sesiones de tratamiento en el Instituci3n de Seguridad Social, con una duraci3n de 50 minutos cada una.

## **VI. RESULTADOS**

Como resultado de la intervención, y en base al Modelo Canadiense, en el cual es fundamental la participación activa del cliente, el Sr. García fue participe en priorizarlas actividades en base a sus intereses.

Por lo tanto se obtuvo, mejor cooperación y motivación a las actividades de su hemicuerpo izquierdo.

Mejorando el movimiento funcional de su brazo izquierdo (Nivel IV según Fugl-Meyer, Anexo 6), logrando tomar y soltar objetos, hasta el grado de tomar un vaso de agua con las dos manos, colocarse los zapatos, bañarse involucrando la mano izquierda.

Referente a sus actividades de autocuidado las realizó en forma independiente experimentando la sensación de ser útil, lo que le permitió sentir satisfacción.

Aunque involucra el hemicuerpo izquierdo, la mayoría de las actividades las realiza con la mano derecha, (bañarse, lavarse los dientes y vestirse), ayuda a su esposa en las tareas del hogar (limpiando muebles, acomodando los trastes y barrer el patio).

Manifestó satisfacción al recuperar el apetito y salir en compañía de su esposa a comprar los víveres requeridos para realizar la comida, para ello él escoge, pide y paga el total de los productos teniendo independencia en sus actividades instrumentales.

Resaltó nuevamente el interés por su equipo de deporte favorito y estableció con su familia horarios de recreación. Actualmente lee el periódico por la mañana y lo comenta con familiares y amigos, así como disfruta con ellos juegos de mesa (lotería y memorama). Le gusta ver la televisión y leer el periódico para estar al día del seguimiento de su equipo de futbol soccer favorito.

Tuvo la motivación de regresar a vender uniformes en las afuera de una escuela, siendo esto quien lo motivaba a levantarse cada día. Cuando salía de casa refirió sentirse útil y capaz de seguir conviviendo con sus amigos y clientes.

Respecto a la intervención con la familia y la modificación del ambiente físico para mejorar el desempeño ocupacional dentro del hogar, se logró adaptar la habitación del señor en la planta baja para evitar subir y bajar escaleras (se trasladó su recámara a el espacio de la sala), se colocaron sujetadores a un lado del escusado, uso de piso antiderrapante en baño y uso de retrete más alto.

El rol del terapeuta ocupacional permitió sensibilizar a la familia para con el trato al Sr. García dando a conocer el comportamiento de la enfermedad, cómo tratarlo, qué no hacer ante esta situación, mostrar la importancia de la ocupación, establecimiento de rutinas y espacios de recreación.

La familia se mostró abierta a toda información, modificando la forma de tratarlo por ejemplo, dejando que resolviera pequeños problemas como vestirse.

## **VI. ANÁLISIS**

Se seleccionó este caso por la frecuente morbilidad con que se presenta en la población esta patología, pero sobre todo por la afección que sufre la persona en su desempeño ocupacional tras sufrir en EVC. La intervención de Terapia Ocupacional a través del Modelo Canadiense permite tomar en cuenta a la persona como un ser espiritual, haciendo protagonista a la persona en su proceso de recuperación, rompiendo con el modelo médico en que se ha visto sumergida la rehabilitación en México.

Para poder realizar la intervención de Terapia Ocupacional se aplicó una batería de valoraciones para establecer los intereses y objetivos del Sr. García a través del Instrumento de Valoración Canadiense, así como valorar su independencia en las actividades de la vida diaria y su desempeño ocupacional. Permitiendo abordar la capacitación para la educación, facilitar el abordaje, guiar en la búsqueda de un protagonismo de la persona en su proceso de recuperación, que implica el comprender y desarrollar un tipo de relación con las personas y hacer un uso consciente del self. Abordado desde la prospectiva que la práctica centrada en el cliente capacita a la ocupación significativa, empoderando a la persona de acuerdo a la filosofía humanista de la profesión del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.

Éste, fue un caso fehaciente del empoderamiento que la persona puede lograr durante la intervención de terapia ocupacional, logrando retomar su desempeño ocupacional, roles y hábitos, resaltando la capacidad de elegir y continuar realizando sus actividades significativas del Sr. García así como, haciéndolo protagonista de su propio proceso de recuperación, sin dejar de considerar el valor e importancia que brindó su ambiente familiar y social en el proceso de intervención de Terapia Ocupacional. Este caso, subraya la importancia de la ocupación sobre la salud de la persona.

## VII. CONTRIBUCIÓN

Este caso, contribuye a la conceptualización actual de la intervención de Terapia Ocupacional considerando a la persona como un ser espiritual, tomando en cuenta su ambiente y ocupación, sin olvidar la filosofía humanista que la profesión resalta, como lo menciona el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional a diferencia del paradigma mecanicista referido por Kuhn en 1970.

El análisis de los resultados permitió confirmar una vez más la importancia que la ocupación ejerce sobre la salud de la persona, viendo a la salud más allá del concepto de salud- enfermedad como es considerado por la Organización Mundial de la Salud en su definición del año 2010.

Así, como existen creencias centrales de la profesión en relación a la ocupación y salud y su visión de las personas como seres ocupacionales, Wilcock y Townsend (2008) en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, mencionan que “Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar”.

Coincido con opiniones como la de Correa M. (2010) en su artículo de “La Ocupación dentro de la Terapia Ocupacional”, al resaltar la importancia de la ocupación como un medio efectivo para reorganizar su comportamiento y considerar la falta de ésta como una amenaza para la salud.

Considero hacer mención que el rol del terapeuta ocupacional en el objetivo del proceso de Terapia Ocupacional va más allá de “habilitar o capacitar” a la persona, sino dar el empoderamiento de su hacer, respecto a lo mencionado por la WFOT (2004), al referir que: “Los terapeutas logran este resultado mediante la *habilitación* de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que este refuerce la participación”.

## REFERENCIAS

1. Ávila A(2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da ed. Visto en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
2. Bobath B (1993). Hemiplejía del adulto, 3ed, Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
3. Cifuentes D. (2012). Centro de Documentación y Desarrollo del Modelo de Ocupación Humana. Visto en: <http://www.boletinto.cl/moho/intro.html>
4. Correa D(2010). Revista electrónica gratuita de Terapia Ocupacional. La Ocupación dentro de la Terapia Ocupacional. Espacio TO. Venezuela. Vista en:[http://espaciotovenezuela.com/art\\_abril2010/ocupacion\\_dentro\\_terapiaocupacional.pdf](http://espaciotovenezuela.com/art_abril2010/ocupacion_dentro_terapiaocupacional.pdf)].
5. Crepeau E (2011) Terapia Ocupacional.11<sup>th</sup> Edición Buenos Aires: Editorial Panamericana.
6. Fine J(2001). The Effect of Leisure Activity on Depression in the Elderly: Implications for the Field of Occupational Therapy. *OccupationalTherapy in HealthCare. Vol 13 (1): 45-59.*
7. Gómez L (2009). La ocupación y su significado como factor influyente en la identidad personal. Revista Chilena. Visto en:[www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/](http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/)
8. González R (1999).Dysfunction imaging diagnosis asuracy in patients of the stroke (review); 155-162
9. Kielfhofner G(1998). Terapia Ocupacional. Visto en: Hopkins H.L. & Smith, H.L.: Willard/ Spackman. 8va ed. Editorial Panamericana. Madrid.
- 10.Labrador C(2004). Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Definición de Terapia Ocupacional. Visto en:[www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx](http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/43/Default.aspx).
- 11.Polonio L (2001). "Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional". 1ra ed. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

12. Polonio L(2003). Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
13. Domingo A (2006). Revista Gallega de Terapeutas Ocupacionales TOG. Visto en. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com). Número 3. TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.
14. Simó, S (2006). Revista Gallega de Terapeutas Ocupacionales TOG. Visto en: [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com). Número 3. TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.
15. Simó, S(2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Núm. 3 pp. 2 -27. Visto en: [www.Revistatog.com](http://www.Revistatog.com).

## XII. ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional (Instrumento de Tamizaje)

#### DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense)

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: Ángel García Guadarrama		
Edad: 58 años	Sexo: Masculino	Estado civil: Casado
Quién contestó el cuestionario (si es otra persona). El propio Sr. Ángel García Guadarrama		
Fecha de la valoración: 5/julio/12	Día planeado de revaloración: 16/agosto/12	Día de revaloración: 17/agosto/12
Terapeuta: Sergio Garay Flores		
Institución: Instituto Mexicano de Seguridad Social		
Programa: Proceso de una persona con secuelas de EVC a través del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.		



## DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense)

<p><b>Paso 1:</b></p> <p><b>Identificación de los problemas de desempeño ocupacional</b></p> <p>Para Identificar los problemas, preocupaciones del desempeño, entreviste a la persona y pregunte acerca de sus actividades diarias en autocuidado, productividad y esparcimiento. Pídale a la persona que identifique las actividades diarias que deseen realizar 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></p> <p>Usando una tarjeta deresultados pídale a lapersona que califique en una escala del 1 al 10 la importancia de cada actividad. Coloque los resultados en los cuadros que le corresponden en lospasos 1 A, 1B y 1C.</p>
---	--

<b>Paso 1 A:</b>	<b>Importancia</b>
<p><b>Cuidado personal</b> <u>bañarme</u> (e.g.p., vestirse, bañarse, alimentarse, higiene) <u>comer</u></p> <p>Movilidad funcional <u>subir escaleras</u> (e.g.p., transferencias <u>ir solo al baño</u> interiores, exteriores) <u>salir a comprar a la tienda</u></p> <p>Manejo en la comunidad <u>salir a comprar comida</u> (e.g.p., transportación ,<u>manejar dinero cuando compro cosas</u> compras, finanzas) <u>salir a vender mis uniformes</u></p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text" value="10"/>  <input type="text" value="9"/>  <input type="text" value="10"/>   <input type="text" value="10"/>  <input type="text" value="10"/>  <input type="text" value="8"/>   <input type="text" value="9"/>  <input type="text" value="10"/>  <input type="text" value="10"/> </div>
<p><b>1 B: Productividad</b></p> <p>Trabajo remunerado/ no remunerado <u>vender uniformes</u> (e.g.p., encontrar/mantener un <u>ayudar al aseo en casa</u> trabajo, voluntariado)<u>ayudar a hacer la comida</u></p> <p>Manejo del hogar <u>limpiar muebles</u> (e.g.p., limpieza, lavandería, <u>barrer mi casa</u> cocinar) <u>ayudar a limpiar verduras</u></p>	<div style="text-align: center;"> <input type="text" value="10"/>  <input type="text" value="9"/>  <input type="text" value="9"/>   <input type="text" value="8"/>  <input type="text" value="9"/>  <input type="text" value="8"/> </div>

<p>Juego/Escuela <u>juegos de mesa</u></p> <p>(e.g.p., habilidades de juego, <u>jugar futbol</u></p> <p>tareas)<u>ver partidos de futbol</u></p>	<div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">8</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">8</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div> </div>
<p><b>1C: Esparcimiento</b></p> <p>Actividades recreativas <u>leer el periódico (deportes)</u></p> <p>Estáticas <u>ver películas del cine de oro</u></p> <p>(e.g.p., pasatiempos, artesanías,</p> <p>lecturas)<u>ver partidos de futbol</u></p> <p>Actividad recreativas activas <u>futbol</u></p> <p>(e.g.p., deportes, viajes, <u>salir al volcán</u></p> <p>excursiones)<u>juego de cartas</u></p> <p>Socialización <u>asistir a fiestas familiares</u></p> <p>(e.g.p., visitas, llamadas</p> <p>por teléfono, fiestas, <u>platicar con sus clientes</u></p> <p>correspondencia)<u>chatear con sus familiares</u></p>	<p style="text-align: center;"><b>Importancia</b></p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">9</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">9</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">8</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">10</div>   <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">9</div> </div>

### Paso 3 y 4 Puntaje-Valoración inicial y revaloración

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

<b>Valoración Inicial</b>		<b>Revaloración:</b>		
<b>Problemas del desempeño ocupacional</b>				
	Desempeño 1	Satisfacción 1	Desempeño2	Satisfacción2
1. Problemas para asearme.	8	8	9	10
2. Dificultad para caminar	6	7	8	10
3. Dificultad para salir a vender	6	8	9	10
4. No poder ayudar económicamente a su familia.	4	7	9	10
5. Dificultad para trabajar.	6	8	9	10

<b>Puntaje:</b>	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
	Puntaje 1	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 2
	/	/	/	/
Puntaje total es = a los puntajes totales del desempeño o satisfacción / entre número de problemas	<input type="text" value="6.0"/>	<input type="text" value="7.6"/>	<input type="text" value="8.8"/>	<input type="text" value="10.0"/>

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 =

## Anexo 2. Cuadro Ocupación-Persona-Ambiente

<b>PERSONA</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	<b>AMBIENTE</b>
<p><b>Motor/Praxis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Disminución de arcos de movilidad de miembro superior e inferior izquierdo</li> <li>-Espasticidad en hemicuerpo izquierdo.</li> <li>-Mano espástica</li> <li>-Dificultad para abrir y cerrar mano izquierda.</li> <li>-Dificultad para caminar.</li> <li>-Dificultad para subir y bajar escaleras.</li> <li>-Marcha lenta.</li> <li>-Movimientos lentos de miembro superior izquierdo.</li> <li>-Disartria</li> </ul>	<p><b>Cuidado/Persona</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para subir y bajar cremallera con el hemicuerpo izquierdo.</li> <li>-Problemas para abotonarse.</li> <li>-Dificultad para atarse agujetas.</li> <li>-Dificultad para vestirse y desvestirse.</li> <li>-Requiere ayuda para cortar carne.</li> <li>-Come con el hemicuerpo derecho (dominante).</li> <li>-En ocasiones esconde el brazo izquierdo cuando come.</li> <li>-Elige la ropa que quiere usar.</li> </ul>	<p><b>Físico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presenta barreras arquitectónicas en casa.</li> <li>-Uso de bastón.</li> <li>-Modificación de habitación a la sala.</li> <li>-Modificaron el baño, colocando agarraderas y piso antiderrapante, silla de baño especial, estropajo con mando largo y un mando alargo facilitando las actividades de higiene.</li> <li>-Uso de férula de posicionamiento de mano izquierda.</li> </ul>
<p><b>Senso/Perceptual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteración de la sensibilidad en mano izquierda (hiposensibilidad).</li> <li>-Problemas visuales (ceguera monocular).</li> <li>-Mareos al movimiento.</li> <li>-Problemas de equilibrio.</li> <li>-Presenta estereognosia al no reconocer ciertos objetos comunes.</li> </ul>	<p><b>Productividad Antes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para salir a vender.</li> <li>- No ayuda a limpiar su casa.</li> <li>- Dificultad para salir a comprar cosas</li> </ul> <p><b>Después</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayuda a realizar las compras para la comida.</li> <li>-Ayuda a poner la mesa.</li> <li>-Ayuda a recoger su cuarto.</li> <li>-Sale a vender en compañía de su esposa uniformes escolares fuera de escuelas.</li> <li>-Puede manejar el dinero (conoce el valor del dinero).</li> <li>-Lee el periódico y da su comentario de los deportes.</li> </ul>	<p><b>Social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La familia lo ha acompañado desde el principio de su padecimiento.</li> <li>-Sobrepotección de la esposa e hijos.</li> </ul>

<p><b>Regulación emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En ocasiones presenta falta de ánimo al ver que su mano no se mueve.</li> <li>-Preocupación al no realizar sus actividades instrumentales.</li> <li>-Le gusta vender sus uniformes.</li> <li>-Sentimiento de gusto cuando platica con sus amigos.</li> <li>-No sentía confianza para salir a algún evento familiar.</li> <li>-Periodos de irritabilidad.</li> <li>-Toma periodos de tiempo para dormir y descansar durante el día.</li> </ul>		<p><b>Cultural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estigma de que no volverá a trabajar.</li> <li>-Creencias de ser el jefe de familia quien deba de proveer de cuidados y protección a la familia.</li> </ul>
<p><b>Cognitivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presenta problemas de memoria a corto plazo.</li> <li>-Problemas de lenguaje (afasia).</li> <li>-Dificultad para entender algunas indicaciones.</li> </ul>	<p><b>Juego/Esparcimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En ocasiones practica juegos de mesa con su familia (lotería, dominó).</li> <li>-Le gusta ver, leer y comentar el futbol soccer</li> </ul>	<p><b>Institucional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La institución le brinda terapia física y ocupacional.</li> </ul>

**Conclusión:**

Se concluye que el Sr. Ángel presenta dificultades motoras que no le impiden realizar sus actividades de autocuidado e instrumentales, aunque necesite la supervisión de su familia para algunas de ellas. El ambiente físico de su hogar fue modificado colocando diferentes adaptaciones. A pesar de esto, el Sr. Ángel sigue realizando su rol de trabajador, motivándose a seguir trabajando por su familia. Como debilidades presenta ligeros problemas en memoria y atención sin afectar su desempeño. El área de recreación la disfruta al ver, leer y comentar partidos de futbol soccer.

## Anexo 3. Índice de Barthel

### Índice de Barthel

<b>1.- COMER</b>	
(10)	Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
(5)	Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
(0)	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.
<b>2.- LAVARSE (BAÑARSE):</b>	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
(0)	Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.
<b>3.- VESTIRSE</b>	
(10)	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
5	Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
(0)	Dependiente.
<b>4.- ARREGLARSE</b>	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
(0)	Dependiente. Necesita alguna ayuda.
<b>5.- DEPOSICIÓN</b>	
10	Continente. Ningún episodio de incontinencia.
(5)	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
(0)	Incontinente
<b>6.- MICCIÓN</b>	
10	Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
(5)	Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
(0)	Incontinente.
<b>7.- USAR EL RETRETE:</b>	
(10)	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.



(0)	Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.
<b>8.- TRASLADO AL SILLÓN/CAMA:</b>	
(15)	Independiente. No precisa ayuda.
10	Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
(5)	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
(0)	Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
<b>9.- DEAMBULACIÓN</b>	
(15)	Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador
(5)	Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión
(0)	Dependiente
<b>10.- SUBIR/ BAJAR ESCALERAS</b>	
(10)	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
(0)	Dependiente. Incapaz de salvar escalones

### INTERPRETACIÓN DEL ÍNDICE

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

- 1- Independiente: 100 puntos (95 sí permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.**
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4.- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5.- Dependiente total: < 20 puntos.

#### Conclusión:

El Sr. Ángel, de acuerdo a la valoración del índice de Barthel, presenta una dependencia leve en las actividades de la vida diaria, al obtener 70 puntos. Se observó mayor dependencia en áreas como comer, vestido, bañarse y subir y bajar escaleras, donde requería la supervisión de un familiar. Por otro lado aspectos como micción y deposición no se vieron involucradas.

#### Anexo 4. Lista de Roles

#### Listado de Roles

NOMBRE :Ángel García Guadarrama EDAD: 58 años FECHA: 10/07/12

SEXO :Masculino ESTA USTED RETIRADO: Sí

ESTADO CIVIL: SOLTERO: \_\_\_\_\_ CASADO: X SEPARADO: \_\_\_\_\_  
DIVORCIADO: \_\_\_\_\_ VIUDO: \_\_\_\_\_

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

#### PRIMERA PARTE.

Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo sí tenía ese rol en el pasado, si tiene ese rol en el presente y si planea ese rol en el futuro. Puede marcar más de una columna para cada rol. Ejemplo: si ofrecía servicios voluntarios en el pasado, en el presente no lo ofrece, pero planea en un futuro volver a ofrecerlos, marcaría entonces las columnas del pasado y futuro.

<b>ROL</b>	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>FUTURO</b>
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo.	X		
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.	X		
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga, alguna o a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc., por lo menos 1 vez por semana.	X		
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa / esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.		X	

AMO O AMA DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.		X	
AMIGO: Pasar algún tiempo y / o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.	X	X	X
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.	X	X	X
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión por lo menos una vez por semana.	X		
AFICIONADO: Participar y / o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deporte, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.	X	X	
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en Organizaciones tales como club de Leones, Legión Americana, "WeightWatchers", Alcohólicos Anónimos, Asociaciones profesionales, etc., por lo menos 1 vez por semana.	-	-	-
OTROS ROLES:	<b>PASADO</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>FUTURO</b>
Algún otro rol en el cual hayas realizado anteriormente el cual realizas ahora o el cual			

planeas realizar. Escribe el rol en la línea en blanco o marca las columnas apropiadas.			
---	--	--	--

## SEGUNDA PARTE

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

<b>ROL</b>	<b>No muy Valioso y / o Importante</b>	<b>Con algún Valor y / o Importancia</b>	<b>Muy valioso y / o Importante</b>
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo.		X	
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			X
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga, alguna o a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc., por lo menos 1 vez por semana.	X		
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa / esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			X
AMO O AMA DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por Semana			X
AMIGO: Pasar algún tiempo y / o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			X

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 1 vez por semana.			X
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión por lo menos una vez por semana.		X	
AFICIONADO: Participar y / o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.		X	
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en: Organizaciones tales como club de Leones, Legión Americana, "WeightWatchers", Alcohólicos Anónimos, Asociaciones profesionales, etc., por lo menos 1 vez por semana.	X		

## RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

**NOMBRE:** Ángel García Guadarrama      **EDAD:** 58 AÑOS **FECHA:** 10/07/12

**SEXO:** Masculino **ESTA USTED RETIRADO:** Sí

**ESTADO CIVIL:** SOLTERO: \_\_\_\_\_ **CASADO:** X **SEPARADO:** \_\_\_\_\_  
**DIVORCIADO:** \_\_\_\_\_ **VIUDO:** \_\_\_\_\_

<b>ROL</b>	<b>Incumbencias Percibidas.</b>	<b>Valor Asignado.</b>
	<b>Pasado. Presente. Futuro.</b>	<b>Ninguno. Alguno. Mucho</b>
<b>ESTUDIANTE:</b>	Pasado	Alguno
<b>TRABAJADOR:</b>	Pasado	Mucho
<b>VOLUNTARIO:</b>	Pasado	Ninguno
<b>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</b>	Presente	Mucho
<b>AMO O AMA DE CASA:</b>	Pasado- Presente	Mucho
<b>AMIGO:</b>	Pasado-Presente-Futuro	Mucho
<b>MIEMBRO DE FAMILIA:</b>	Pasado-Presente-Futuro	Mucho
<b>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</b>	Pasado	Ninguno
<b>AFICIONADO:</b>	Pasado-Presente	Alguno
<b>PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:</b>	Pasado	Ninguno

### **Conclusión:**

Se concluye que el Sr. Ángel en el presente tiene roles de proveedor de cuidados, al referir que cuida a su esposa e hijos, así como amo de casa al ayudar en actividades de limpieza y alimentos en casa y el rol de aficionado, ya que le gusta el fútbol. Como roles que presenta en los tres tiempos (pasado, presente y futuro) considera son los de amigo y miembro de familia, los cuales tienen mucho valor asignado.

## Anexo 5. Mini examen cognoscitivo o MEC de Lobo.

**Paciente:** Ángel García Guadarrama **Edad:** 58 años

**Ocupación actual:** Comerciante de uniformes escolares.

**Examinado por:** Sergio Garay Flores **Fecha:** 09-07-12

	Puntos	Total
<b>1.- ORIENTACIÓN</b>		
• Dígame el día, fecha, mes, estación, año.	5	5
• Dígame el lugar, planta, ciudad, providencia, nación.	5	5
<b>2.- FIJACIÓN</b>		
• Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana.	3	1
<b>3.- CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>		
• Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?	5	2
• Repita 5-9-2 (Repetir hasta que lo aprenda)		1
• Ahora hacia atrás.		0
<b>4.- MEMORIA</b>		
• Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?	3	1
<b>5.- LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>		
• Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Repítalo con el reloj	2	2
• Repita esta frase: en un trigal había cinco perros.	1	1
• Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato?	2	2
• Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo.	3	2
• Lea esto y cierre los ojos. Haga lo que dice	1	1
• Escriba una frase	1	1

- Copie este dibujo

1



### **Puntuación:**

$\geq 30$

29-24 Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o un bajo nivel cultural.

$< 24$  Deterioro cognitivo

Punto de corte: 23-24

19-23: Deterioro cognitivo leve

14-18: Moderado

$< 14$ : Grave

### **Conclusión:**

Se concluye que el Sr. Ángel presenta un discreto déficit cognitivo al obtener 25 puntos de acuerdo al Mini examen cognoscitivo o MEC de Lobo. Potencializando áreas de orientación y lenguaje y construcción a pesar de presenta afasia. Teniendo dificultad en áreas como fijación, concentración y memoria.



## ANEXO 6. ESCALA DE FUGL-MEYER

### RECUPERACIÓN FUNCIONAL DESPUÉS DE UNA HEMIPLEJÍA

Grado	Movimiento de hombro, codo, antebrazo y miembro inferior
I	Se puede obtener reflejos de estiramiento muscular.
II	Se puede realizar movimientos voluntarios dentro de las sinergias flexo extensoras dinámicas.
III	Se realiza un movimiento voluntario mezclado sinergias flexo extensoras complejas.
IV	Se realizan movimientos voluntarios con poca o ninguna dependencia de la sinergia.
V	Reflejos de estiramiento musculares normales

Datos tomados de Fugl-Meyer, Jaasko, Leyman, Olson y Steglind (1975)

#### Conclusión

A través de esta escala en la revaloración se observa que se tiene una recuperación funcional después de una hemiplejía grado IV, permitiendo realizar movimientos voluntarios con poca o ninguna dependencia para las actividades.