



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES  
CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

**OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION IN PATIENTS WITH  
ACQUIRED BRAIN INJURY**

**Autor/a:** Inmaculada Malo Calvo

Director 1. Teresa Jiménez Bernadó

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>OBJETIVOS</b> .....	9
<b>METODOLOGÍA</b> .....	9
FASE 1: EVALUACIÓN .....	10
FASE 2: INTERVENCIÓN .....	12
FASE 3: REEVALUACIÓN.....	12
<b>DESARROLLO</b> .....	13
FASE 1: EVALUACIÓN .....	13
FASE 2: INTERVENCIÓN .....	14
FASE 3: REEVALUACIÓN.....	20
<b>CONCLUSIONES</b> .....	21
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	22
<b>ANEXOS</b> .....	26
ANEXO I: ENTREVISTA HISTÓRICA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL OPHI-II .....	26
ANEXO II: AUTOEVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL OSA ..	28
ANEXO III: LISTADO DE INTERESES MODIFICADO .....	30
ANEXO IV: LISTADO DE ROLES .....	31
ANEXO V: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS) .....	33
ANEXO VI: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS).....	35
ANEXO VII: ESCALA DE BARTHEL .....	36
ANEXO VIII: ESCALA DE AIVD DE LAWTON & BRODY.....	38
ANEXO IX: ACTIVIDADES PARA LOS DÉFICITS COGNITIVOS.....	40
ANEXO IX: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	42

## RESUMEN

El daño cerebral adquirido (DCA) está causado por una lesión en el cerebro, que produce alteraciones en el funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico, que trae consigo múltiples consecuencias en los diversos entornos del paciente, por la diversidad de sus secuelas y el grado de discapacidad que generan.

Actualmente en España hay casi medio millón de personas con DCA, y la mayoría de ellas necesitan asistencia para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria.

En este trabajo se llevará a cabo un programa de intervención con este colectivo, realizando diversos tipos de actividades para llegar a una mejora de su autonomía y calidad de vida.

El modelo de práctica de Terapia Ocupacional que sigue este programa es el Modelo de Ocupación Humana, con el que guiaremos el proceso de evaluación e intervención en el transcurso del proceso. Además, se utilizarán otros marcos de referencia en los que apoyar nuestra intervención.

La realización de un programa de intervención en DCA es de suma importancia desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, para conseguir suplir la restricción en la participación y en la ejecución de actividades que sufren estos usuarios.

**Palabras clave:** "daño cerebral adquirido", "actividades de la vida diaria", "terapia ocupacional", "autonomía", "calidad de vida", "Modelo de Ocupación Humana".

## INTRODUCCIÓN

“El daño cerebral adquirido (DCA) está producido por una lesión en el cerebro, de naturaleza no degenerativa ni congénita, como resultado de una fuerza física externa o causa interna, que produce una alteración del nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico”. <sup>(1)</sup>

Las principales etiologías del DCA son los accidentes cerebrovasculares (ACV) y los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Existen otras enfermedades que pueden provocarlo como las anoxias cerebrales (las cuales surgen por paradas cardíacas, ahogamientos o intoxicaciones), los tumores cerebrales, y las infecciones, que, aunque tienen menor peso cuantitativo, las demandas asistenciales que requieren son semejantes. <sup>(2)</sup>

El DCA trae consigo unas consecuencias de gran peso en el terreno personal, familiar y social de quienes la padecen, ya que las secuelas que se producen son muy diversas y con distintos grados de severidad en los planos físico, sensorial, neuropsicológico (cognitivo, conductual y emocional) y relacional, y pueden ser de larga duración. <sup>(2)</sup>

También la súbita irrupción, la responsabilidad que adquiere el entorno familiar, la dependencia que a largo plazo genera y la dificultad a la hora de acceder a los servicios de rehabilitación especializada y a los apoyos sociales adecuados, hacen de ésta una patología compleja. <sup>(2)</sup>

Las alteraciones encontradas dependerán de diversos factores, como la severidad inicial de la lesión, el tipo y localización de la misma y la presencia de complicaciones en la fase aguda, y otros factores relevantes como la edad, la personalidad y las capacidades cognitivas previas al accidente. <sup>(3)</sup>

Se producen diferencias en cuanto a la incidencia y la gravedad de la discapacidad resultante según si el daño cerebral se produce en el lado derecho o en el lado izquierdo. Ejemplos de trastornos provenientes del DCA en el hemisferio derecho serían negligencia, problemas visuales y espaciales e impedimentos motores del lado izquierdo, mientras que aquellos que surgen por DCA en el hemisferio izquierdo serían apraxia, afasia y deficiencias motoras del lado derecho. <sup>(4)</sup>

No hay que tratar estas alteraciones de forma aislada, sino que hay que tener en cuenta las dificultades que estas producen para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria (AVD).<sup>(5)</sup>

Según los datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2008, en España residen 420.064 personas con DCA. El 78% de estos se deben a accidentes cerebrovasculares, y el 22% restantes a otras causas, sin determinar a cuál de las anteriormente señaladas.<sup>(6)</sup>

En el caso del DCA por accidentes cerebrovasculares, existe una relación directa entre la edad y el número de casos, ya que a partir de los 45 años aumentan considerablemente los casos de DCA. Mientras que, por el contrario, en el caso del DCA sin especificar causa, destaca un perfil joven de estas personas, siendo el 69,36% menores de 65 años.<sup>(6)</sup>

Nos encontramos un alto porcentaje de discapacidades asociadas al DCA que suponen elevados niveles de dependencia y/o dificultades para la comunicación y la interacción social, causadas por una gran variedad de deficiencias, donde destacan las mentales, seguidas por las del sistema nervioso y osteoarticular.<sup>(6)</sup>

Según los resultados detallados de la Encuesta, 375.912 personas con DCA presentan alguna discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (lo que supone el 89%). El 71% de estas personas no puede realizar alguna de estas actividades si no recibe algún tipo de ayuda. El 91% recibe algún tipo de ayuda, ya sean ayudas técnicas o asistencia personal, y gracias a ellas se reduce el nivel de seriedad de estas discapacidades y se contribuye a una mayor autonomía.<sup>(6)</sup>

“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”. Este es el papel que persigue la terapia ocupacional, y su contribución principal es la aplicación de valores centrales, conocimiento y habilidades para ayudar a los clientes a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones y conseguir este objetivo.<sup>(7)</sup>

En la realización de una AVD se requiere la participación e integración de componentes a nivel sensoriomotor, cognitivo y conductual; cuando se produce una alteración en estos componentes, se originan limitaciones funcionales que repercuten en el desempeño de las AVD. <sup>(3)</sup>

La calidad de vida de estos pacientes dependerá de las estrategias de aprendizaje que apliquen para suplir la restricción en la participación y en la ejecución de actividades. <sup>(5)</sup>

El objetivo fundamental de la Terapia Ocupacional en los pacientes que han sufrido DCA consiste en capacitar al individuo para que pueda llevar a cabo aquellas actividades que son esenciales para él. Para ello el terapeuta ocupacional evalúa las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interpersonales en el desempeño de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales en un entorno real, y los roles personales; junto con el resto de miembros del equipo multidisciplinar, se elabora un plan de tratamiento individualizado para facilitar la realización de actividades a través de la mejora en las habilidades donde hay limitaciones, por medio de estrategias compensatorias y recuperadoras para conseguir mantener la independencia del usuario. <sup>(3) (5) (8)</sup>

Estas técnicas compensatorias son el uso de ayudas técnicas, recursos para la realización de las AVD y adaptaciones ambientales, para tratar de subsanar sus déficits en el desempeño y promover la independencia del usuario. <sup>(3) (9)</sup>

Es importante que las personas con DCA tengan conciencia de los déficits y limitaciones que presentan a la hora de aprender una nueva habilidad o la mejora de sus capacidades. Este deterioro de su autoconciencia afecta a la comprensión por parte de los individuos en las restricciones que se producen en la actividad, en la participación en la rehabilitación y la capacidad para establecer metas realistas. A menudo muestran disminución de las habilidades de pensamiento, y una autorregulación y juicio pobre. Todos estos problemas también obstaculizan su desempeño en las tareas cotidianas de resolución de problemas e interfieren con su capacidad para hacer frente a los problemas. <sup>(10)</sup>  
<sup>(11)</sup>

El modelo teórico en el que se ha basado esta intervención es en el **Modelo de Ocupación Humana**, ya que en él se considera a los seres humanos como

sistemas dinámicos, que se organizan a sí mismos, están en desarrollo y cambian con el tiempo. El comportamiento ocupacional aparece a partir de la interrelación de tres sistemas con las circunstancias del ambiente; estos son la volición, la habituación y la ejecución o capacidad de desempeño. <sup>(12)</sup>

“La volición hace referencia al proceso mediante el cual las personas se motivan hacia algo y eligen lo que hacen. La habituación se refiere a un proceso por medio del cual la actividad se organiza en patrones y rutinas. La capacidad de desempeño alude tanto a las habilidades físicas y mentales objetivas subyacentes como a la experiencia vivida que determina el desempeño”. <sup>(13)</sup>

Las personas que sufren un DCA suelen verse afectadas en estas tres esferas, ya que se produce una disminución de la causalidad personal, cambios en su sistema de valores, modificación de intereses, cambios en los roles, percepción insatisfactoria de rutinas, déficits en habilidades perceptivo-motoras, de procesamiento, comunicación, etc. <sup>(12)</sup>

También se ha fundamentado en otros marcos teóricos según las secuelas a las que nos enfrentamos. Estos son los siguientes:

- **El marco de referencia rehabilitador** que se basa en los métodos compensatorios, en los dispositivos de asistencia o ayudas técnicas y en las modificaciones y adaptaciones del entorno que el sujeto necesita para poder llevar a cabo sus actividades cotidianas. <sup>(14)</sup>
- **Marco de referencia del neurodesarrollo:** se basa en el desarrollo de la neurofisiología normal evolutiva, y su objetivo final es enseñarle al paciente pautas normales de desarrollo, experimentando la sensación del movimiento normal. <sup>(14)</sup>
- **Marco de referencia conductual:** se fundamenta en que el aprendizaje es el origen de los comportamientos. En el caso del DCA se integra dentro de las herramientas que sirven para basar el cambio de conductas observables, definibles y específicas que comprometen el funcionamiento cotidiano del sujeto, con el fin de mantener y generalizar las nuevas conductas adquiridas. <sup>(14)</sup>
- **Marco de referencia cognitivo-perceptual:** está dirigido para personas con daño en el Sistema Nervioso Central. Se basa en el procesamiento de la información y la repercusión de dicho proceso para la realización de las actividades de la vida diaria, ocupándose del modo en que los procesos cognitivos y perceptuales limitados influyen en la

restricción del desempeño ocupacional. Se asienta en la recuperación para mejorar las habilidades perceptivas y cognitivas, y la adaptación o funcional, usando las habilidades preservadas para compensar sus déficits. <sup>(14)</sup> <sup>(15)</sup>

Hay más posibilidades de éxito en la intervención cuando se proponen estrategias y se comparten objetivos entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar como un elemento fundamental para coordinar el proceso de rehabilitación. <sup>(8)</sup>

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal de este programa es fomentar y mejorar la autonomía de las personas con DCA.

Los objetivos específicos que subyacen del anterior son los siguientes:

- Mejorar el rango de movimiento del miembro pléjico
- Trabajar la motricidad gruesa y la motricidad fina
- Trabajar aquellos déficits cognitivos que presenten los usuarios
- Trabajar los déficits perceptivos causados por el daño cerebral
- Fomentar la cohesión social del grupo y mejorar de esta manera los problemas de comunicación
- Valorar y potenciar la recuperación, mantenimiento y adquisición de roles personales significativos
- Realizar un entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

## **METODOLOGÍA**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Cuiden, ISOC, y en específicas de Terapia Ocupacional como Otseeker. Se utilizan como palabras clave terapia ocupacional e intervención en daño cerebral adquirido, combinadas con actividades básicas de la vida diaria y autonomía, tanto en español como en inglés.

También se ha consultado el catálogo de la Universidad de Zaragoza, en la Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG), Canadian Journal of Occupational Therapy (CAOT) y American Journal of Occupational Therapy (AJOT).

## **Recurso**

Este programa de intervención se llevará a cabo en un centro de día, y estará dirigido a personas de 40 años en adelante, que hayan sufrido un daño cerebral de varios años de evolución, y presenten déficits derivados del mismo.

La duración del programa será de unos 9 meses, que pueden ser prorrogables si es necesario, y estará dividido en tres fases: evaluación, intervención y reevaluación.

## FASE 1: EVALUACIÓN

Utilizaremos las siguientes herramientas para llevar a cabo la evaluación de los usuarios que participen en el programa:

### **Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional OPHI-II** <sup>(16)</sup> [ANEXO I]

Nos brindará información acerca de la adaptación ocupacional en el pasado y en el presente de los usuarios, y sobre sus valores, intereses y confianza personal, el grado en que se ven en distintos roles ocupacionales, el grado en el que pueden sostener un patrón de participación ocupacional productivo y satisfactorio, y el impacto del entorno en su vida ocupacional.

### **Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional OSA** <sup>(17)</sup> [ANEXO II]

Nos permitirá conocer la percepción de los usuarios sobre su competencia ocupacional en la realización de las ocupaciones, y que ocupen un papel central en la determinación de los objetivos y en la elección de las estrategias de su terapia.

### **Listado de Intereses Modificado** <sup>(17)</sup> [ANEXO III]

Se utilizará para obtener información acerca de los intereses ocupacionales globales de los usuarios y sobre los intereses no vocacionales que influyen en la elección de las actividades.

### **Listado de Roles** <sup>(17)</sup> [ANEXO IV]

Nos proporcionará información sobre las percepciones de las personas acerca de su participación en roles ocupacionales durante toda su vida y sobre el valor que les dan a esos roles. Se valorará si han tenido el rol en el pasado, si

actualmente lo ejercen, si esperan tener ese rol en un futuro y cuánto valor le otorgan.

### **Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS) <sup>(18)</sup>**

[ANEXO V]

Se observará a los usuarios mientras realizan actividades para valorar la capacidad en el desempeño de las mismas. Se trata de dos escalas que miden por separado las habilidades motoras y las de procesamiento. Con la primera se recoge información sobre las acciones realizadas para moverse o para mover objetos, y con la segunda, sobre la secuenciación lógica de las acciones, la selección, y el uso apropiado de herramientas y materiales, y la adaptación a los problemas.

La AMPS nos ofrece información sobre las habilidades motoras y de procesamiento que se encuentran intactas, y aquellas en las que se presentan dificultades, y así comprobar cómo se desempeña la persona.

### **Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) <sup>(18)</sup>**

[ANEXO VI]

Nos suministrará información, mediante la observación en el ambiente real de la persona o en entornos que se asemejen, sobre las potencialidades y las debilidades de la persona en la interacción y la comunicación con otros en el desarrollo de las actividades cotidianas, y así comprobar su desempeño en un grupo social.

### **Índice de Barthel <sup>(19)</sup> [ANEXO VII]**

Nos permitirá valorar la autonomía de los usuarios a la hora de realizar las ABVD, tales como la alimentación, el baño, vestido, aseo, uso del retrete, defecación y micción, deambulación, subir y bajar escaleras y transferencias.

## **Escala de Lawton & Brody** <sup>(20)</sup> [ANEXO VIII]

Nos permitirá valorar la capacidad de los usuarios para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad de utilizar dinero.

La evaluación dependerá del momento evolutivo en el que se encuentre el paciente, por lo que los instrumentos de medida variarán según la fase y las secuelas que presente el usuario. <sup>(21)</sup>

### **FASE 2: INTERVENCIÓN**

Después de realizar la evaluación de los miembros que conformen el grupo, se llevará a cabo una propuesta de actividades tanto individuales como grupales, según las necesidades que presenten los usuarios.

Las actividades seleccionadas deben ser significativas y del interés del paciente, ya que de ese modo aumentará la motivación para completar la tarea. <sup>(22)</sup>

### **FASE 3: REEVALUACIÓN**

Al ser un programa de intervención que no se ha llevado a cabo no tenemos unos resultados acerca de cómo han respondido los usuarios. Nuestra propuesta sería realizar una reevaluación de cada participante del programa con las mismas herramientas que se utilizaron al comienzo del mismo, para así permitirnos comprobar si se ha producido mejora en los déficits que presentaba cada uno.

Si no se consiguen los resultados esperados, se hará un reajuste de los objetivos que nos permita modificar la intervención.

## DESARROLLO

### FASE 1: EVALUACIÓN

Tras la evaluación a los usuarios se tendrán en cuenta las necesidades personales de cada uno de ellos según sus propias secuelas e intereses individuales, y, además, se realizará un perfil grupal que nos permitirá desarrollar actividades que fomenten la cohesión del grupo.

Tras esta valoración inicial podremos comprobar si se presentan las siguientes características en los distintos componentes que forman los sistemas:

- **Volición** <sup>(12)</sup>
  - Disminución de la causalidad personal: En las personas con DCA se produce una pérdida de habilidades y se producen cambios en la creencia que tienen acerca de las mismas. Esto origina sentimientos de pérdida de autonomía y les lleva a no tomar decisiones por ellos mismos, modificando su comportamiento.
  - Cambios en su sistema de valores: pueden presentar dificultad para establecer metas ocupacionales a medio y largo plazo, y muestran estándares de ejecución personales muy exigentes.
  - Modificación de intereses: estos suelen estar relacionados con las experiencias de las que han disfrutado antes de aparecer el daño cerebral, por lo que es necesario realizar las adaptaciones que precise la persona para desempeñar las actividades que desean, y ayudarle a explorar nuevos intereses. Suelen no llevar a cabo actividades de ocio por falta de iniciativa, requerimiento de supervisión, por la creencia de ser incapaces de hacerlo, etc.
  
- **Sistema de habituación:** <sup>(12)</sup>
  - Cambios en los roles desempeñados: la mayoría de los usuarios con DCA presentan una pérdida de roles significativos para ellos o un cambio en el desempeño de los mismos, y adquieren otros nuevos. Esto puede producir una ruptura del equilibrio de los roles que la persona posee, y un cambio en la percepción que tiene el usuario sobre lo que esperan los demás de él.

- Percepción de rutinas insatisfactorias y desequilibradas: suelen tener rutinas desestructuradas, con ausencia de actividades productivas y de ocio, y muchas horas de descanso. Este hecho mejora con la incorporación a un centro. Además, pueden presentar hábitos sociales no adecuados o conductas de rigidez mental.
- **Sistema de ejecución**: en aquellos déficits en habilidades perceptivo-motoras y de procesamiento, habilidades de comunicación e interacción y a sus distintos constituyentes, será necesario intervenir de manera individual para mejorar su desempeño en las áreas ocupacionales. <sup>(12)</sup>

## FASE 2: INTERVENCIÓN

### **Actividades para mejorar el rango de movimiento del miembro pléjico y trabajar la motricidad gruesa y fina, consiguiendo un patrón de movimiento normalizado:**

Se intervendrá con diferentes actividades para trabajar deficiencias motoras como debilidad muscular, anormalidades en el tono, problemas de coordinación y sincronización, movimientos involuntarios y/o alteraciones musculoesqueléticas. <sup>(23)</sup>

Algunas de las actividades que podemos utilizar son:

#### 1. Tableros de figuras en los que el usuario tenga que insertar éstas en el palo adecuado

Las figuras se colocan en diferentes lugares y alturas para conseguir el mayor movimiento posible del miembro.

El usuario coge las figuras realizando las pinzas termino-terminal y subterminal con los tres primeros dedos de la mano.

#### 2. Apilar conos

En este caso los conos también se colocan en diversos lugares y alturas, para que el usuario los coja realizando una presa palmar y se trabaje la apertura y cierre de la mano.

### 3. Desapilar conos

De esta manera se trabaja también la presa palmar y la apertura y cierre de la mano, y además se incluye a la mano sana trabajando la coordinación bimanual.

### 4. Tablero de velcros

Con esta actividad el usuario trabaja la fuerza y el movimiento del miembro superior afectado, deslizando rodillos de varios tamaños cubiertos de velcros de un extremo a otro del tablero del mismo material

5. Transportar objetos de una caja a otra, cogiendo los mismos utilizando diferentes pinzas con los tres primeros dedos de la mano afectada.

### 6. Anillas

El usuario inserta anillas en la barra que colocamos en varias alturas y lugares.

### 7. Monedas

Trasladar las monedas de una caja a otra, realizando la pinza termino-terminal con los tres primeros dedos de la mano pléjica.

### 8. Plastilina

El usuario trocea pequeños trozos de plastilina con la mano afectada y los redondea usando las yemas de los tres primeros dedos.

9. Actividades en atril, para trabajar el control postural del tronco y conseguir la máxima movilidad del miembro superior. En él se pueden colocar, por ejemplo, hojas con números o dibujos que tiene que ir señalando, para trabajar la precisión, la disociación de dedos y la coordinación óculo-manual.

### 10. Soporte para mano

Se coloca la mano afectada en este soporte para conseguir una postura funcional de la misma, y así tratar de dirigir el brazo con una correcta postura de hombro, codo y tronco.

### 11. Masa terapéutica

Con este material podemos trabajar la fuerza de la mano afectada, la apertura y cierre de la mano y la destreza manual.

### 12. Tablero con alfileres

Se trata de un tablero de poliexpan en el que el usuario tiene que ir clavando los alfileres, después de cogerlos realizando una pinza termino-terminal. Se puede realizar con la combinación de los diferentes dedos como en otros ejercicios.

### 13. Tablero con recorrido

El usuario mueve el objeto que está insertado en el recorrido, proporcionando al miembro superior una movilización íntegra.

### 14. Insertar bolas de diferentes tamaños en una cuerda.

15. Lanzamientos de pelota, donde trabajar el movimiento del miembro superior, la apertura y cierre de la mano, y el control motor del cuerpo, además de aspectos cognitivos, como la atención y la secuenciación de los movimientos. Se puede realizar solamente con las manos, incluir los miembros inferiores, o algún objeto como unas raquetas, para ir aumentando la dificultad del ejercicio.

16. Murales, en los que se encuentran dibujados unos recorridos que el usuario tiene que seguir con el dedo índice de la mano afectada, y así conseguir una coordinación de todos los miembros del cuerpo para seguir el movimiento.

## **Actividades para trabajar los déficits cognitivos:**

Se tratará de estimular, mejorar y mantener el correcto funcionamiento de las funciones cognitivas afectadas, <sup>(23)</sup> mediante actividades como: [ANEXO IX]

1. Cálculo y problemas matemáticos
2. Secuencias y ritmos con las manos
3. Inventar ritmos

4. Secuenciación de actividades y de acciones
5. Inventar una historia
6. Buscar información sobre temas del interés del usuario para trabajar su deriva personal
7. Llevar a cabo una agenda con las actividades que realiza el usuario cada día
8. Dibujo libre
9. Programas y juegos de ordenador que estimulen la atención y la concentración

### **Actividades para trabajar los déficits perceptivos:**

Con las siguientes actividades procuraremos la recuperación de la información sensorial y del correcto procesamiento de la misma <sup>(23)</sup>:

1. Tableros de figuras en los que el usuario tenga que ordenar las mismas por formas y colores.
2. Tablero con recorrido, en el que, además de conseguir una mayor funcionalidad del miembro superior, puede ir indicando qué articulaciones son en las que percibe movimiento, mientras se encuentra con los ojos cerrados, y de esta manera trabajar la percepción del propio cuerpo y el esquema corporal.
3. Juegos como el tangram, tetris, rompecabezas, puzles..., donde se trabajen los problemas visoperceptivos que se puedan presentar.
4. Cubos de Kohs, cubos de colores para problemas visoperceptivos, trabajar atención y concentración.
5. Reconocimiento de colores y objetos
6. Copia de figuras para trabajar la percepción de formas y la orientación espacial, principalmente.

**Actividades para fomentar la cohesión social del grupo y mejorar los problemas de comunicación, favoreciendo la adquisición y manejo de los roles personales dentro del conjunto de usuarios:**

1. Psicomotricidad y conciencia corporal: donde los usuarios trabajarán aspectos motrices, pero mediante actividades grupales donde se necesite de la colaboración de unos y otros.
2. Cultura general: en este taller se trabajarán los intereses de los usuarios, y se leerán informaciones relevantes o se proyectarán materiales audiovisuales que tengan que ver con ellos.
3. Manualidades, dibujo, encuadernación y marquetería: son una serie de talleres donde se trabajará la creatividad del usuario.
4. Taller de voz y expresión corporal: su objetivo principal será la intervención en los problemas comunicativos mediante actividades de colaboración del grupo.
5. Talleres de ayuda grupal: se trata de que los usuarios cuenten sus experiencias, las limitaciones que presentan y las mejoras que van alcanzando, a los demás miembros del grupo, en un ambiente de comprensión y confianza.
6. Taller de actualidad: el principal objetivo es el mantenimiento de la orientación temporal, tratando de estimular y trabajar la memoria, y estando conectados a la realidad que se produce a su alrededor.
7. Taller de ocio y tiempo libre: el objetivo principal es que los usuarios conozcan la agenda cultural de la ciudad, los recursos de ocio de los que disponen, realizando sesiones informativas o salidas a lugares de interés de la localidad.

## **Actividades para entrenar las ABVD y AIVD**

Realizaremos actividades individualizadas de entrenamiento de ABVD, según las necesidades de cada usuario. En ocasiones, el tratamiento restaurador o recuperador es suficiente para que el paciente recupere la capacidad de realizarlas y no es preciso hacer un entrenamiento. De este modo, si aspectos como la motivación, el interés, los roles, etc., son adecuados, el usuario comenzará con estas actividades cuando esté capacitado. <sup>(24)</sup>

En las estrategias de compensación, también se incluye la adaptación, llevando a cabo una modificación de la tarea, del método y/o del entorno, para promover la independencia del usuario en el funcionamiento ocupacional. Se pueden utilizar ayudas técnicas o adaptaciones que le proporcionen esta independencia. <sup>(24)</sup>

1. Entrenamiento de ABVD
  - a. Entrenamiento en alimentación
  - b. Entrenamiento en vestido
  - c. Entrenamiento en higiene personal
  - d. Entrenamiento en movilidad y transferencias

Se puede incluir un taller de entrenamiento de AIVD en aquellos pacientes que así lo precisen, para lo que se realizarán los siguientes talleres:

- a. Control del dinero
- b. Realización de compras
- c. Preparación de comidas
- d. Cuidado de la casa
- e. Uso del teléfono
- f. Movilidad en la comunidad
- g. Control de medios de transporte

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30-10:00	Taller de actualidad	Taller de actualidad	Taller de actualidad	Taller de actualidad	Taller de actualidad
10:00-11:00	Trabajo motriz	Trabajo motriz	Trabajo motriz	Trabajo motriz	Trabajo motriz
11:00-12:00	Trabajo cognitivo	Trabajo cognitivo	Trabajo cognitivo	Trabajo cognitivo	Trabajo cognitivo
12:00-13:00	Trabajo perceptivo	Trabajo perceptivo	Trabajo perceptivo	Trabajo perceptivo	Trabajo perceptivo
16:00-17:00	Psicomotricidad y conciencia corporal	Cultura general	Manualidades	Dibujo	Taller de voz y expresión corporal
17:00-18:00	Marquetería	Encuadernación	Taller ocupacional	Jardinería	Taller de ocio y tiempo libre
18:00-19:00	Entrenamiento de ABVD	Entrenamiento de AIVD	Entrenamiento de ABVD	Entrenamiento de ABVD	Entrenamiento de AIVD

### FASE 3: REEVALUACIÓN

Se llevará a cabo una valoración de los usuarios donde se espera que, en cuanto a la volición, recuperen o mejoren las habilidades en las que presentaban déficits y ganen confianza en ellos mismos a la hora de realizarlas, para fomentar la autonomía y la toma de decisiones propias. También que exploren nuevos intereses y recuperen otros antiguos que habían perdido a raíz del daño cerebral.

Teniendo en cuenta el sistema de habituación, se espera que los usuarios acudan al centro de día para participar en este programa de intervención, y así, estructurar su día en una rutina, en la que habrá tiempo para el descanso, el ocio y las actividades productivas. Del mismo modo, se espera que los usuarios cambien la percepción sobre lo que esperan los demás de ellos, y vuelvan a desempeñar roles significativos que habían perdido por la irrupción de la enfermedad.

En cuanto al componente de ejecución, se espera que recuperen los déficits que presentaban y mantengan y potencien las habilidades conservadas.

Para llevar a cabo la valoración del programa se tendrán en cuenta indicadores como, que asistan al 75% de las sesiones planteadas, que participen todos los usuarios en las mismas, y que, al menos, el 60% de ellos, consigan los objetivos propuestos.

Se evaluará con una encuesta la satisfacción de los usuarios respecto al programa y al trabajo realizado por el terapeuta ocupacional. [ANEXO X]

## **CONCLUSIONES**

1. Gracias a la bibliografía revisada en este trabajo, podemos comprobar que la Terapia Ocupacional está adquiriendo un papel cada vez más notable en el tratamiento de los pacientes con DCA, ya que es una discapacidad que está en aumento, y lleva consigo multitud de secuelas de diferentes tipos.
2. Estas secuelas llevan a una pérdida de autonomía y dependencia que irrumpe súbitamente en el desempeño ocupacional de los afectados y que, gracias a un tratamiento multidisciplinar, en el que están coordinados todos los miembros del equipo, se consigue una mejora de estos déficits.
3. Las personas que sufren un DCA se encuentran con la problemática de acceso a un recurso especializado una vez que salen del hospital, por lo que me parece de suma importancia un programa de intervención destinado a este colectivo con el que puedan continuar con su rehabilitación y alcanzar una mejora de su calidad de vida.
4. Por otra parte, cabe destacar la importancia de aumentar la investigación acerca de la intervención en paciente con DCA en los próximos años para profundizar en las estrategias de tratamiento, para que sean lo más precisas posibles para cada tipo de usuario.
5. Recalcar que la mayoría de intervenciones desde terapia ocupacional que se encuentran en DCA tratan de aspectos motores, pero no hay que olvidar que hay áreas, como el ocio y el tiempo libre, que son de suma importancia para los usuarios, y en las que se debería hacer un trabajo más exhaustivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) [Sede Web]. Madrid: FEDACE [actualizado en 2016, consultada el 5 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://fedace.org/>
2. Bascones Serrano LM, Quezada García MY. Situación sociosanitaria del daño cerebral adquirido. Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P 3-14.
3. Sánchez A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Acción psicológica [revista en Internet]. 2007 [consultado el 2 de marzo de 2016]; 4 (3): 27-33. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/471/410>
4. Huertas E, Pedrero EJ, Águila AM, Rojo G, Martínez R, Pérez de Heredia M. Outcomes of a multicomponent intervention on occupational performance in persons with unilateral acquired brain injury. Functional Neurology [revista en Internet]. 2016 [consultado el 14 de marzo de 2016]; 31(2): 1-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936798/>
5. Sánchez A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. TOG [revista en Internet]. 2005 [consultado el 2 de marzo de 2016]; 1 (2): 1-34. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num2/num2art4.htm>
6. Quezada M. El Daño Cerebral Adquirido (DCA) en España: principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008. Boletín del Observatorio Estatal de la Discapacidad. 2011; (3): 39-59.
7. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal

- en Internet]. 2010 [25 de marzo de 2016]; [85p.]. Disponible en: <http://terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
8. Sánchez A. Terapia Ocupacional basada en la evidencia para la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido. TOG [revista en Internet]. 2013 [consultado el 3 de marzo de 2016]; 10 (8): 40-53. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num8/rehabilitacion.pdf>
  9. De Freitas A, Dos Santos EM, Clécio de Jesús J, Souza R, De Souza RF. El uso del enfoque compensatorio en el cuidado de un paciente con un diagnóstico de accidente cerebrovascular: caso clínico. TOG [revista en Internet]. 2015 [consultado el 16 de abril de 2016]; 12 (22): 1-11. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso3.pdf>
  10. Fong KN, Howie DR. Effects of an Explicit Problem- Solving Skills Training Program using a Metacomponential Approach for outpatients with Acquired Brain Injury. AJOT [revista en Internet]. 2009 [consultado el 4 de julio de 2016]; 63 (5): 525-534. Disponible en: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1869959>
  11. Schmidt J, Fleming J, Ownsworth T, Lannin NA. An occupation-based video feedback intervention for improving self-awareness: Protocol and rationale. CAOT [revista en Internet]. 2015 [consultado el 4 de julio de 2016]; 82 (1): 54-63. Disponible en: <http://cjo.sagepub.com/content/82/1/54.full.pdf+html>
  12. De las Heras B, García E. Aplicación del modelo de Ocupación Humana en personas con daño cerebral adquirido: una perspectiva de trabajo en grupo. [consultado el 4 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://terapiaocupacional50.files.wordpress.com/2007/11/aplicacion-del-moho-en-personas-con-dano-cerebral-adquirido.pdf>

13. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2006. P 147-170.
14. Sánchez Cabeza A. Corrientes, modelos de intervención y marcos aplicados de referencia utilizados en terapia ocupacional neurológica. Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P 203-216.
15. Kielhofner G. Modelo cognitivo-perceptual. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2006. P 126-146.
16. Kielhofner G, Forsyth K, Clay C, Ekbladh E, Haglund L, Hemmingsson H, Keponen R, Olson L. Hablar con las personas: instrumentos de evaluación que recogen información a través de entrevistas. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2011. P 262-287.
17. Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Nakamura-Thomas H, Yamada T, Cordeiro JR, Keponen R, Pan AW, Henry A. Autoevaluaciones: facilitación de la perspectiva de los clientes. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2011. P 237-261.
18. Kielhofner G, Cahill SM, Forsyth K, De las Heras CG, Melton J, Raber C, Prior S. Instrumentos de evaluación basados en la observación. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2011. P 217-236.
19. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J. 1965; 13: 61-65.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

21. García M, Sánchez A, Miján E. Evaluación funcional y terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido. Rehabilitación [revista en Internet]. 2002 [consultado el 11 de mayo de 2016]; 36 (3): 167-175. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-evaluacion-funcional-terapia-ocupacional-el-S0048712002732647>
22. Moreno MC. Eficacia de la aplicación del Método Affolter en daño cerebral adquirido. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional [revista en Internet]. 2013 [consultado el 11 de mayo de 2016]; 10: 16-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4209294>
23. Agorreta E, Urteaga G, Fernández R. Intervención de Terapia Ocupacional en usuarios con patología neurológica y/o disfunción física. TOG [revista en Internet]. 2015 [consultado el 16 de abril de 2016]; 12 (22): 1-22. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision5.pdf>
24. Martorell MC, Romero DM. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. P 319-358.

## ANEXOS

### ANEXO I: ENTREVISTA HISTÓRICA DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL OPHI-II

<b>ESCALA DE IDENTIDAD OCUPACIONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Tiene metas y proyectos personales				
Identifica un estilo de vida ocupacional deseado				
Espera el éxito				
Acepta responsabilidad				
Reconoce capacidades y limitaciones				
Tiene compromisos y valores				
Reconoce la identidad y las obligaciones				
Tiene intereses				
Se sintió eficiente (pasado)				
Encontró significado y satisfacción en el estilo de vida (pasado)				
Hizo elecciones ocupacionales (pasado)				
<b>ESCALA DE COMPETENCIA OCUPACIONAL</b>				
Mantiene un estilo de vida satisfactorio				
Cumple con las expectativas de los roles				
Trabaja hacia las metas				
Cubre los estándares de desempeño personal				
Organiza el tiempo para las responsabilidades				
Participa en intereses				
Cumplió con los roles (pasado)				
Mantuvo hábitos (pasado)				
Logró satisfacción (pasado)				
<b>ESCALA DE ENTORNOS OCUPACIONALES</b>				
Formas ocupacionales del hogar				
Formas ocupacionales del principal rol productivo				
Formas ocupacionales del tiempo libre				
Grupo social del hogar				
Grupo social del principal rol productivo				
Grupo social del tiempo libre				
Espacios físicos, objetos y recursos del hogar				

Espacios físicos, objetos y recursos del principal rol productivo				
Espacios físicos, objetos y recursos del tiempo libre				

Clave 1 = Funcionamiento ocupacional excepcionalmente competente

Clave 2 = Funcionamiento ocupacional satisfactorio, apropiado

Clave 3 = Algunos problemas de funcionamiento ocupacional

Clave 4 = Problemas extremos de funcionamiento ocupacional

## ANEXO II: AUTOEVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL OSA

Yo mismo	Competencia				Valores			
	Muchos problemas	Cierta dificultad	Bien	Sumamente bien	No tan importante	Importante	Muy importante	Sumamente importante
Concentrarme en mis tareas								
Hacer físicamente lo que necesito hacer								
Cuidar el lugar donde vivo								
Cuidar de mí mismo								
Cuidar de otros de quien soy responsable								
Llegar a donde necesito ir								
Manejar mis finanzas								
Manejar mis necesidades básicas (alimento, medicina)								
Expresarme con otros								
Llevarme bien con otros								
Identificar y resolver problemas								
Relajarme y disfrutar								
Completar lo que necesito hacer								
Tener una rutina satisfactoria								
Ejercer mis responsabilidades								

Participar como estudiante, trabajador, voluntario o miembro de familia								
Hacer las actividades que me gustan								
Trabajar con respecto a mis objetivos								
Tomar decisiones basadas en lo que pienso que es importante								
Lograr/llevar a cabo lo que planifico hacer								
Usar con eficiencia mis habilidades								

### ANEXO III: LISTADO DE INTERESES MODIFICADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en 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 el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Jardinería										
Coser										
Juegos de cartas										
Idiomas										
Participar en actividades religiosas										
Escuchar radio										
Caminar										
Reparar coches										
Escribir										
Bailar										
Jugar al Golf										
Jugar/Ver fútbol										
Música moderna										
Puzzles										
Celebrar días festivos										
Ver películas										
Música clásica										
Asistir a charlas/conferencias										
Nadar										
Jugar a bolos										
Ir de visita										
Arreglar ropa										
Jugar damas/ajedrez										
Hacer asado										
Leer										
Viajar										
Ir a fiestas										
Practicar artes marciales										
Limpiar la casa										
Jugar con juegos armables										
Ver television										

## ANEXO IV: LISTADO DE ROLES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Está ud. Jubilado: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Separado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Viudo \_\_\_

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

### PRIMERA PARTE:

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

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

<b>OTROS ROLES:</b> Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas			
---	--	--	--

**SEGUNDA PARTE:**

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

<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>
<b>ESTUDIANTE:</b> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<b>TRABAJADOR:</b> Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<b>VOLUNTARIO:</b> Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
<b>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</b> Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<b>AMA O AMO DE CASA:</b> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
<b>AMIGO:</b> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<b>MIEMBRO DE FAMILIA:</b> 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.			
<b>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</b> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
<b>AFICIONADO:</b> 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.			
<b>PARTICIPAR EN ORGANIZACIONES:</b> 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.			
<b>OTROS ROLES:</b> Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas			

## ANEXO V: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO (AMPS)

Nombre .....

Edad .....

Diagnóstico .....

TO evaluador .....

Competente (4)	Cuestionable (3)	Inefectivo (2)	Déficit (1)
<i>Desempeño competente que apoya el progreso de la acción y produce buenos resultados. El examinador no observa evidencia de déficit.</i>	<i>Desempeño cuestionable que pone en riesgo el progreso de la acción y produce resultados inciertos. El examinador cuestiona la presencia de déficit.</i>	<i>Desempeño inefectivo que interfiere con el progreso de la acción y produce resultados no deseados. El examinador observa déficit leve a moderado.</i>	<i>Desempeño deficitario que impide el progreso de la acción y produce resultados inaceptables. El examinador observa un déficit severo.  (riesgo de daño, peligro, provocación o falla en el trabajo.)</i>

		4	3	2	1
<b>Situación Observada</b>					
<b>Fecha</b>					
<b>Adaptación</b>	<b>Nota</b>				
	<b>Acomoda</b>				
	<b>Ajusta</b>				
	<b>Sortea</b>				
	<b>Beneficia</b>				
<b>Uso del Conocimiento</b>	<b>Elige</b>				
	<b>Usa</b>				
	<b>Toma</b>				
	<b>Comprende</b>				
<b>Busca el Conocimiento</b>	<b>Investiga</b>				
<b>Organización Temporal</b>	<b>Inicia</b>				
	<b>Continúa</b>				
	<b>Secuencia</b>				
	<b>Termina</b>				
<b>Organización del Espacio y Objetos</b>	<b>Busca</b>				
	<b>Reúne</b>				
	<b>Organiza</b>				

	<i>Restaura</i>				
<i>Energía de procesamiento</i>	<i>Atiende</i>				
	<i>Sigue el ritmo</i>				
<i>Energía Físico motora</i>	<i>Resiste</i>				
	<i>Sigue el ritmo</i>				
<i>Postura y equilibrio</i>	<i>Estabiliza</i>				
	<i>Alinea</i>				
	<i>Posiciona</i>				
<i>Movilidad</i>	<i>Camina</i>				
	<i>Alcanza</i>				
	<i>Gira</i>				
	<i>Se dobla</i>				
<i>Coordinación</i>	<i>Coordina</i>				
	<i>Manipula</i>				
	<i>Fluye</i>				
<i>Fuerza y Esfuerzo</i>	<i>Mueve</i>				
	<i>Transporta</i>				
	<i>Levanta</i>				
	<i>Calibra</i>				
	<i>Agarra</i>				

## ANEXO VI: EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS)

DOMINIO FÍSICO (CORPORALIDAD)			COMENTARIOS
Se contacta	4 3 2 1	4 3 2 1	
Contempla	4 3 2 1	4 3 2 1	
Gesticula	4 3 2 1	4 3 2 1	
Maniobra	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se orienta	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se posiciona	4 3 2 1	4 3 2 1	
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN			COMENTARIOS
Articula	4 3 2 1	4 3 2 1	
Es asertivo	4 3 2 1	4 3 2 1	
Pregunta	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se involucra	4 3 2 1	4 3 2 1	
Habla	4 3 2 1	4 3 2 1	
Sostiene	4 3 2 1	4 3 2 1	
Comparte	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se expresa	4 3 2 1	4 3 2 1	
Modula	4 3 2 1	4 3 2 1	
RELACIONES			COMENTARIOS
Colabora	4 3 2 1	4 3 2 1	
Cumple	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se centra	4 3 2 1	4 3 2 1	
Se relaciona	4 3 2 1	4 3 2 1	
Respeto	4 3 2 1	4 3 2 1	

**COMPETENTE (4):** desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.

**CUESTIONABLE (3):** desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.

**INEFECTIVO (2):** desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.

**DÉFICIT (1):** déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o ruptura de la interacción grupal).

## ANEXO VII: ESCALA DE BARTHEL

		PUNTUACIÓN
<b>ALIMENTACIÓN</b>	Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	10
	Necesita ayuda	5
	Necesita ser alimentado	0
<b>BAÑO</b>	Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera	5
	Necesita cualquier ayuda	0
<b>VESTIDO</b>	Es independiente: capaz de quitar y poner ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...	10
	Necesita ayuda, pero hace buena parte de las tareas habitualmente	5
	Dependiente: necesita mucha ayuda	0
<b>ASEO</b>	Independiente: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...	5
	Necesita alguna ayuda	0
<b>USO DEL RETRETE</b>	Es independiente: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas	10
	Necesita ayuda para ir al WC pero se limpia solo	5
	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0
<b>DEFECACIÓN</b>	Es continente e independiente: usa solo el supositorio o el enema	10
	Tiene alguna defecación no controlada: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas	5
	Incontinente o necesita que le suministren el enema	0
<b>MICCIÓN</b>	Es continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	Tiene escape ocasional:	5

	máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda	
	Incontinente	0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	Es independiente: camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas	5
	Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia	0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	Es independiente: sube y baja solo. Puede barandilla o bastones	10
	Necesita ayuda física o verbal	5
	Incapaz de manejarse sin asistencia	0
<b>TRANSFERENCIA (trasladarse de la silla a la cama o viceversa)</b>	Es independiente	15
	Necesita mínima o poca ayuda (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal)	10
	Necesita mucha ayuda (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda	5
	Es incapaz, no se mantiene sentado	0

La valoración se realiza según una escala de 0 a 100:

< 20 dependencia total

20-35 dependencia grave

40-55 dependencia moderada

60-90/100 dependencia leve

100 independiente (90 si va en silla de ruedas)

## ANEXO VIII: ESCALA DE AIVD DE LAWTON & BRODY

	VALORACIÓN
<b>CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
<b>HACER COMPRA</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporciona los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como fregar platos o hacer camas	1
Realiza tareas ligeras, pero puede mantener un adecuado grado de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1

Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>ADMINISTRACIÓN DE SU ECONOMÍA</b>	
Se encarga de sus asuntos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y los bancos	1
Incapaz de manejar el dinero	0

Grado de dependencia:

0-1 puntos: dependencia total

2-3 puntos: dependencia severa

4-5 puntos: dependencia moderada

6-7 puntos: dependencia ligera

8: autónomo

## ANEXO IX: ACTIVIDADES PARA LOS DÉFICITS COGNITIVOS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUÉ TRABAJAMOS?
CÁLCULO Y PROBLEMAS MATEMÁTICOS	El usuario tendrá que realizar diversos problemas con operaciones matemáticas	El razonamiento, el control de impulsos, la atención, la concentración, el pensamiento lógico y la memoria
SECUENCIAS Y RITMOS CON LAS MANOS	El usuario debe repetir la secuencia propuesta por el terapeuta ocupacional con las manos	Concentración, memoria, secuenciación y coordinación bimanual
INVENTAR RITMOS	Ahora será el usuario el que tiene que realizar un ritmo con las manos, sin indicaciones del terapeuta	Desarrollo del ritmo, atención, concentración, coordinación y creatividad
SECUENCIA DE ACTIVIDADES Y ACCIONES	El usuario tendrá que ordenar una serie de imágenes de actividades cotidianas en un orden lógico	Organización, planificación, pensamiento lógico y atención
INVENTAR UNA HISTORIA	El terapeuta elegirá tres palabras y el usuario deberá incluirlas en una historia que él mismo se inventará	Imaginación, creatividad, comunicación oral, planificación y memoria
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN SOBRE TEMAS RELEVANTES	Según los intereses del usuario se llevará a cabo una búsqueda de información para que la vayamos leyendo y comentando, y luego pueda hacer una recopilación de la misma para consultarla siempre que quiera	Deriva personal, motivación, comprensión escrita y oral, comunicación oral y memoria
AGENDA DEL USUARIO	Se llevará a cabo la realización de una agenda	Principalmente memoria y comunicación escrita y oral

	con el usuario donde se vean reflejadas las actividades que realiza cada día	
DIBUJO LIBRE	El usuario tiene que hacer el dibujo que él quiera en un papel en blanco	Trabajamos la iniciativa y la toma de decisiones, además de la motivación, la imaginación y la creatividad
PROGRAMAS Y JUEGOS DE ORDENADOR	El usuario tiene a su disposición diferentes juegos en el ordenador para trabajar diversas habilidades cognitivas según las categorías	Atención, concentración, planificación, memoria, resolución de problemas

## ANEXO IX: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Por favor, denos su opinión sobre el desempeño de nuestro trabajo para que podamos mejorar cualquier cosa que fuese necesaria. Por favor, marque la respuesta que considere adecuada y no dude en exponer otras ideas o sugerencias adicionales.

Gracias por su participación.

1. El personal de terapia ocupacional ha sido amable y sensible a mi situación:  
Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo
  
2. El terapeuta ocupacional ha sido accesible y me ayudó a entender los objetivos de mi programa:  
Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo
  
3. El terapeuta ocupacional tuvo en cuenta mis intereses a la hora de elegir las actividades:  
Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo
  
4. El personal de terapia ocupacional respondió a mis preguntas:  
Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo
  
5. El terapeuta ocupacional me explicó en todo momento las actividades que íbamos a realizar y cómo hacerlas:  
Muy de acuerdo  
De acuerdo  
En desacuerdo

6. Con el trabajo realizado en las actividades individuales he alcanzado los objetivos marcados:

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

7. Con el trabajo realizado en las actividades grupales he alcanzado los objetivos marcados:

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

8. He realizado actividades de mi agrado e interés:

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

9. He realizado actividades que no me satisfacían:

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

10. La valoración final para mi terapeuta ocupacional y el equipo del centro de día es:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----