

TERAPIA OCUPACIONAL EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

OCCUPATIONAL THERAPY IN ACQUIRED BRAIN INJURY

DECS: Daño encefálico, Terapia Ocupacional, autonomía personal, evaluación, Accidente Cerebrovascular, Traumatismos Craneocerebrales

Mesh: Brain Damage, Occupational Therapy, Personal Autonomy, evaluation, Stroke, Craniocerebral Trauma



Autores

Dña. Esther Fernández Gómez.

Terapeuta Ocupacional de la Fundación Argibide en la Clínica Ubarmin de Navarra.

Dña. Ana Ruiz Sancho.

Terapeuta Ocupacional de la Asociación de Daño Cerebral de Santiago de Compostela (SARELA).

D. Ángel Sánchez Cabeza.

Terapeuta Ocupacional de Fundación Hospital Alcorcón (Madrid). Profesor asociado de la universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza A. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, supl. 4: p 410-464 Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>

NOTA:

Año 2008 Documento cortesía de:
Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra

Introducción

Este dossier informativo ha sido elaborado con 3 objetivos principales:

1.- Dar a conocer algunas de las funciones más relevantes que desempeñan los terapeutas ocupacionales en el ámbito del daño cerebral, tanto a nivel general como en cada centro en particular.

2.- Ayudar a implantar servicios de terapia ocupacional con las suficientes garantías de calidad y profesionalidad en aquellos centros que en la actualidad sigan sin contar con estos profesionales. Colaborar para que en los centros de nueva apertura se disponga de un servicio de Terapia Ocupacional (en adelante, TO) acorde con las actuales necesidades sociosanitarias de nuestro entorno. Ayudar a mejorar el funcionamiento de los servicios de terapia ocupacional que a

RESUMEN

El daño cerebral es una lesión que se produce de forma súbita en personas previamente sanas provocando alteraciones tanto físicas como cognitivas, las cuales repercutirán posteriormente en su autonomía y manejo social. Los terapeutas ocupacionales son los profesionales encargados de mejorar la funcionalidad de los pacientes rehabilitando, buscando formas alternativas o adaptando las actividades a realizar para, de esta manera, incrementar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. A continuación se presenta un dossier en el que se hace patente el trabajo que actualmente se está llevando a cabo desde los servicios de terapia ocupacional en este ámbito de trabajo y se fundamenta nuestra labor como personal imprescindible en la rehabilitación de esta patología. Con esta información se pretende dar a conocer más extensamente las funciones concretas de los terapeutas en las diferentes fases del daño cerebral adquirido así como mostrar algunas herramientas específicas y programas de tratamiento empleados en los diferentes centros socio-sanitarios en nuestro país.

SUMMARY

Brain damage is an injury which is produced in a sudden form in previously healthy people, causing physical as well as cognitive alterations, which will later have an impact on their autonomy and social management. Occupational therapists are the professionals in charge of improving the patient's functionality, by rehabilitating and looking for alternatives or by adapting the activities so that, this way, the quality of life of patients and their families will increase. Below there is a dossier in which the work which is being carried out by the occupational therapy services in this area becomes clear and it bases our work as essential staff in the rehabilitation of this pathology. With this information, it is intended to reveal more extensively the specific functions of occupational therapists in the different phases of acquired brain injury, as well as to show some specific tools and treatment programmes used in various socio-sanitary centres in our country.

labor. Para terminar, se explican algunos de los programas que los terapeutas ocupacionales llevan a cabo en dichos centros asistenciales.

Daño Cerebral Adquirido

fecha de hoy se prestan en los distintos centros de daño cerebral.

3.- Servir de orientación para la elaboración de planes por parte de la administración, así como en la actualización de la legislación vigente, para garantizar que los ciudadanos de los distintos centros y sus familiares gocen de unos servicios cada día con una mayor calidad y mayor profesionalización.

En el presente dossier se recoge una breve explicación de qué es la terapia ocupacional y cuáles son sus aportaciones en el campo del daño cerebral. Se explican las principales funciones de los terapeutas ocupacionales en los diferentes estadios por los que pasa una persona afectada por un daño cerebral adquirido, así como en los centros socio-sanitarios en los que con más frecuencia desarrollan su

“El Daño Cerebral Adquirido 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 en el nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/ o físico” (Vermont Division of Vocational Rehabilitation, 1999).

Según los datos de la Encuesta de Discapacidades y Deficiencias y Estado de la Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística, en nuestro país existe un elevado número de personas que presentan alguna discapacidad derivada del daño cerebral; aproximadamente 570 personas por cada 100.000 habitantes y año, lo que significa que alrededor de 300.000 personas en España sufren algún tipo de discapacidad a raíz del daño cerebral adquirido.

Las principales causas son los Ictus o Accidentes Cerebrovasculares (ACV). Se trata de cuadros clínicos que se producen por la falta de aporte sanguíneo a alguna región del cerebro originando una alteración en la función de la que es responsable esa área cerebral dañada. El otro gran grupo etiológico son los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE), siendo los accidentes de tráfico la causa más frecuente seguidos de los accidentes laborales, lesiones por armas, etc. El informe “Daño Cerebral Sobvenido en España: un Acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario” del Defensor del Pueblo refiere una incidencia anual de ictus de 266 casos por cada 100.000 habitantes, de los cuales un número elevado de ellos tendrán probabilidad de presentar una afectación moderada o grave; es decir; cada año se producen en nuestro país unos 63.000 casos de ictus que dan lugar a un estado de dependencia severo. La tasa de incidencia de los traumatismos incluye 100 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y año, lo que supone unos 6600 afectados anuales con alta probabilidad de secuelas. Otras causas menos frecuentes incluyen los tumores cerebrales, infecciones (encefalitis,...) o las anoxias cerebrales (falta de aporte de oxígeno en el cerebro).

Diversos factores influyen en las alteraciones resultantes tras un daño cerebral adquirido (DCA), por lo que nos resulta imposible determinar un patrón general de afectación al sufrir este tipo de lesiones. Las alteraciones presentes dependerán de factores como el tipo de lesión, la localización y severidad inicial de la misma..., así como de características propias de cada persona como la edad, personalidad o capacidades previas.

Teniendo en cuenta que el cerebro es uno de los dos órganos más importantes del cuerpo humano, encargado de procesar la información sensorial, controlar el movimiento, el comportamiento, responsable de la cognición, las emociones, la memoria y el aprendizaje; los daños en el mismo causarán pérdidas a todos estos niveles. A pesar de la heterogeneidad de las lesiones y sus múltiples consecuencias sí podemos agrupar y destacar algunos de los principales déficit que suelen aparecer: las alteraciones sensitivomotoras (espasticidad (aumento del tono muscular) o flaccidez (pérdida del tono muscular), déficit en la coordinación manual, alteraciones en la sensibilidad...), alteraciones del lenguaje y la comunicación (afasias, disartrias, dificultades para la lectura y/ o la escritura...) y trastornos neuropsicológicos (cognitivos y conductuales).

El conjunto de trastornos que presente una persona que sufre un DCA afectará, por consiguiente, al desempeño de esa persona en la realización de sus actividades cotidianas, es decir, el DCA tendrá un impacto negativo en su funcionamiento diario dificultando la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) de dicho individuo, lo cual mermará no solamente su calidad de vida sino igualmente la de sus familiares.

Tomando algunas cifras como referencia, el 68% de las personas afectadas por daño cerebral adquirido presentan algún tipo dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria básicas (alimentación, aseo personal, transferencias, control de esfínteres y vestido). El 84% presenta problemas a la hora de manejarse fuera del domicilio, el 71% no es capaz de realizar las tareas

domésticas en el hogar, un 50% no puede desplazarse sin algún tipo de ayuda y hasta un 40% presenta alteraciones en la capacidad de aprendizaje y adquisición de nuevos conocimientos así como en el desarrollo de tareas con mayor grado de complejidad como las actividades de la vida diaria instrumentales (manejo del dinero, utilización de transportes...).

Terapia Ocupacional y Daño Cerebral Adquirido

El hombre es un ser activo cuyo desarrollo se encuentra influenciado por la actividad propositiva. A través de su capacidad para la motivación intrínseca, los seres humanos son capaces de influir sobre su salud física y mental así como en su entorno físico y social a través de la actividad con un propósito. La vida humana implica un proceso de continua adaptación. La adaptación es un cambio que conlleva la supervivencia y la actualización del propio individuo. Factores biológicos, psicológicos y medioambientales pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, como es el daño cerebral adquirido. Cuando este proceso de adaptación se ve alterado puede acontecer la disfunción. La actividad propositiva facilita el proceso de adaptación. "La Terapia Ocupacional se basa en el principio de que la actividad propositiva (actividad ocupacional), donde se incluyen factores interpersonales y del entorno, puede utilizarse para prevenir y mediar sobre la disfunción y / o lograr la mayor adaptación posible. Cuando el terapeuta ocupacional utiliza la actividad incluye un doble propósito: intrínseco y terapéutico" (AOTA, 1979, p.785).

Campo de intervención: La Función

Desde 1917, la terapia ocupacional ha centrado sus esfuerzos para fomentar y/o favorecer la mejora funcional especialmente en aquellas personas donde se encuentra alterada la habilidad para realizar una acción o actividad considerada necesaria para su vida diaria. A través del esfuerzo conjunto del paciente y el terapeuta, son identificadas las dificultades y capacidades como punto de

partida para llevar a cabo las intervenciones terapéuticas , pautas para el correcto manejo (educación para familiares y pacientes) así como adaptaciones del entorno, dentro de un plan de tratamiento con los objetivos correspondientes (Law & Baum, 1994). La terapia ocupacional contribuye de manera específica a la realización de aquellas actividades significativas para el individuo lo que implica favorecer las condiciones de seguridad e independencia para llevar a cabo las mismas así como optimizar el desempeño ocupacional y, por lo tanto, la función. (AOTA, 1995^a, 1019-1020).

La Terapia Ocupacional puede definirse como la disciplina sociosanitaria que pretende conseguir, a través de la actividad, el mayor nivel de independencia posible en personas que han sufrido una lesión y/ o enfermedad y se ven limitadas en su autonomía diaria.

Si citamos dos definiciones más específicas encontramos que para la ***American Occupational Therapy Association (AOTA, 1999)*** la terapia ocupacional se basa en el análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas de la vida diaria que tienen significado y propósito para el individuo y le capacitan para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, rutinas o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural y económico. Para la ***APETO (Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales)*** la terapia ocupacional es una disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada. Utiliza la actividad como propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y las actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

El trabajo en terapia ocupacional se concreta con la determinación de la capacidad del sujeto para realizar sus actividades de la vida cotidiana y las

repercusiones que a nivel funcional se producen. El terapeuta ocupacional evalúa las capacidades motoras, cognitivas, sensitivas y conductuales, así como las actividades y ocupaciones personales. En función de las características de cada persona tras la lesión, el terapeuta facilita y adapta la realización de tareas a través de la recuperación de habilidades, desarrollando estrategias compensatorias y dando a conocer y elaborando ayudas externas que mejoren el desempeño de cada tarea. Todo ello con el fin último de lograr como principal objetivo la autonomía personal de cada paciente para su vida diaria.

Es por ello, que este área de trabajo se presenta como una modalidad idónea de tratamiento para pacientes que han sufrido un daño cerebral en algún momento de sus vidas, ya que actúa de forma integral sobre los niveles de reeducación motora, rehabilitación cognitiva y relación del ser humano con su medio (Trombly, 1995).

Uno de los niveles de actuación más vinculados a la Terapia Ocupacional es su intervención en las actividades de la vida diaria (AVD). Las AVD constituyen las tareas ocupacionales que cada persona lleva a cabo diariamente en función de su rol biológico, emocional, cognitivo, social y laboral. El entrenamiento en dichas actividades tiene un papel esencial en la rehabilitación de los pacientes que han sufrido un daño cerebral, ya que constituye un factor pronóstico fundamental que determinará el nivel de independencia y calidad de vida futuras. Está demostrado que resulta más recomendable el entrenamiento en AVD como medio terapéutico, que la práctica de determinados ejercicios específicos desarrollados de forma aislada, tanto para la recuperación de los déficits sensitivo-motores como cognitivos, dando como resultado un tratamiento más ecológico que potencie la generalización de los nuevos aprendizajes a diferentes contextos reales.

Además, la evaluación de la propia terapia en los últimos años, viene insistiendo en la necesidad de prestar una mayor atención a este tipo de actividades, ya que contribuyen a una mejora en las capacidades cognitivas,

motoras y comportamentales y ofrecen un punto de apoyo a la persona que aumenta su autoestima y valoración de sí mismo.

3.- FUNCIONES DEL TO EN LAS DIFERENTES FASES DEL DCA

Los objetivos del terapeuta ocupacional así como de todo el equipo de profesionales encargado de la atención de las personas con lesión cerebral, irán encaminados a prevenir cualquier complicación secundaria al daño, preservar las estructuras y funciones conservadas e intentar conseguir la máxima capacidad física, funcional y social para una adecuada reintegración del afectado en su entorno social, familiar y laboral.

Para ello, los terapeutas ocupacionales desarrollan diferentes funciones:

FUNCIONES GENERALES

- Formar parte del equipo interdisciplinar, tomando una participación activa en las decisiones relevantes de funcionamiento general y de los tratamientos preescritos para cada paciente.
- Planificar, coordinar y supervisar los programas de terapia ocupacional.
- Llevar a cabo los programas de terapia ocupacional bajo criterios técnicos elaborados y fundamentados.
- Planificar y poner en marcha los tratamientos y técnicas necesarias para cada paciente.
- Llevar a cabo el seguimiento y reevaluación de los tratamientos implementados.
- Elaborar informes clínicos y completar las historias clínicas.
- Evaluar la ejecución y resultado del paciente en las diferentes áreas de desempeño ocupacional (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales).

- Evaluar y analizar los componentes de ejecución: sensoriomotores, cognitivos y psicosociales, que puedan afectar a la realización de actividades de la vida diaria.
- Evaluar el contexto o entorno social, físico y ocupacional.
- Rehabilitar las habilidades sensoriomotoras, cognitivas y psicosociales alteradas tras la lesión.
- Adquirir, mejorar y potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
- Entrenar y estimular el reaprendizaje de actividades de la vida diaria básicas (alimentación, vestido, control de esfínteres, aseo personal, etc)
- Entrenar y estimular el reaprendizaje de actividades de la vida diaria instrumentales (manejo del dinero, utilización del transporte público, etc).
- Analizar las actividades de la vida diaria y sus componentes físicos, cognitivos y/o sociales; necesarios para ser llevadas a cabo.
- Diseñar, asesorar y / o fabricar férulas, ortesis, ayudas técnicas y adaptaciones.
- Entrenar al paciente en el manejo y funcionamiento de dichas ortesis, prótesis y ayudas externas.
- Planificar, coordinar y poner en marcha actividades de ocio y tiempo libre con fines terapéuticos adaptadas al paciente.
- Valorar, adaptar y modificar el entorno ocupacional, la supresión de barreras arquitectónicas y otras dificultades de adaptación al medio.
- Fomentar la integración socio-laboral.
- Participar en los programas de rehabilitación e integración escolar, en la población pediátrica.
- Colaborar en la información y formación de los propios afectados, de sus familiares y de las instituciones implicadas en este campo de trabajo.
- Participar en la elaboración y ejecución de programas de promoción de la salud, prevención del daño cerebral adquirido, educación sanitaria y

reinserción social, dirigidos al individuo, a la familia, y al entorno social y comunitario.

- Formar, entrenar y supervisar al personal auxiliar implicado en el tratamiento rehabilitador del paciente.
- Valorar y conservar los recursos técnicos y materiales necesarios para el correcto desarrollo del trabajo diario, haciendo un uso adecuado de los mismos.
- Establecer criterios de control y calidad que eleven el nivel asistencial de la terapia ocupacional en los diferentes servicios asistenciales.
- Colaborar con los centros y escuelas universitarias facilitando estancias prácticas e iniciativas de formación para alumnos de terapia ocupacional.
- Completar y ampliar de forma continuada el nivel científico-técnico y humano, con la asistencia y participación en cursos de formación continuada.
- Fomentar el desarrollo y puesta en marcha de sesiones clínicas de terapia ocupacional participando también en otras de los servicios afines a este campo.
- Participar en proyectos de investigación y publicaciones científicas.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

Las necesidades asistenciales (anexo 1) así como las funciones de la terapia ocupacional van a depender de la gravedad del daño sufrido por cada persona distinguiendo cuatro estadios que requerirán planteamientos diferentes aunque complementarios y con un alto nivel de coordinación:

I. FASE CRÍTICA

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable pero persiste la probabilidad de aparición de complicaciones tras el daño cerebral (disfunciones

respiratorias, disfagias, situación clínica inestable) existiendo aún riesgo para su vida.

Esta fase se desarrolla en las UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS de los HOSPITALES y/ o en las plantas de NEUROLOGÍA/ NEUROCIROLOGÍA.

Las funciones del terapeuta ocupacional que desarrolla su labor en esta fase pueden resumirse en:

1. Prevención de alteraciones secundarias a la lesión cerebral (deformidades articulares debidas a tiempos prolongados en cama, contracturas musculares, úlceras por presión...).
2. Información y pautas de actuación a la familia y al resto del personal del equipo médico.
3. Desarrollar programas y actividades de estimulación sensorial global.
4. Contribuir al apoyo psíquico y ayuda necesaria a la familia desde terapia ocupacional.
5. Valorar y asesorar sobre la posible necesidad de utilización de férulas posturales y/o adaptaciones.

II. FASE AGUDA

La persona se encuentra estable neurológicamente, disminuyendo el riesgo de presentar complicaciones. Comienzan a identificarse las secuelas a nivel físico, cognitivo, conductual y funcional. Se inicia el proceso de rehabilitación por parte más activa del lesionado. Se mantiene la atención en régimen hospitalario y la duración es independiente para cada afectado.

Generalmente, esta fase se desarrolla en las plantas de los HOSPITALES o en las UNIDADES DE ICTUS de los servicios de rehabilitación de clínicas y hospitales.

La intervención del terapeuta ocupacional irá encaminada a:

1. Valoración del estado funcional de la persona.
2. Evaluación de los componentes de ejecución ocupacional afectados.
3. Establecimiento de objetivos realistas a corto plazo de forma consensuada y coordinada entre todos los miembros del equipo.
4. Iniciar la intervención sobre los componentes de ejecución afectados.
5. Iniciar el reentrenamiento progresivo de las actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, transferencias, vestido...
6. Estimulación de funciones cognitivas y perceptivas implicadas en el desempeño de actividades de la vida diaria.
7. Información y pautas de actuación a familiares y a los propios afectados.
8. Planificar y llevar a cabo actividades específicas de rehabilitación de aspectos sensorio-motores: reentrenamiento motor del miembro superior, control postural, equilibrio en sedestación, rehabilitación de la sensibilidad,....
9. Tratamiento de los problemas de disfagia y otros trastornos de la deglución, en coordinación con el servicio de logopedia disponible.
10. Recomendación y asesoramiento sobre el empleo de ayudas técnicas y/ o adaptaciones necesarias.
11. Información y pautas de actuación al personal auxiliar.
12. Asesoramiento, valoración y adaptación de los sistemas de sedestación y posicionamiento apropiados así como de las sillas de ruedas necesarias.
13. Asesoramiento, valoración, confección y/o adaptación de ortesis y férulas para evitar posibles deformidades articulares secundarias a la lesión.
14. Entrenamiento. del paciente y la familia en la correcta utilización de dichas ayudas.
15. Visitas domiciliarias para el momento del alta. Adaptación del domicilio.
16. Orientación de posibles recursos al alta.

III. FASE SUBAGUDA Y REHABILITADORA

Se alcanza el nivel de estabilización clínica necesario para finalizar el período de hospitalización en las unidades de agudos y comienza el tratamiento rehabilitador más intensivo, especializado y específico. Esta fase incluye la rehabilitación en régimen de hospitalización así como el tratamiento de manera ambulatoria cuando la situación clínica es estable y la persona ya no requiere de asistencia médica continua. Adaptación al domicilio y al entorno comunitario.

Esta etapa se desarrolla en las UNIDADES DE ICTUS de los servicios de rehabilitación de clínicas y hospitales o en HOSPITALES DE DÍA, recurso donde la persona con daño cerebral acude durante todo el día a realizar su plan de tratamiento rehabilitador y además se incluye la asistencia médica o de enfermería necesaria. Existen también centros especializados de atención al lesionado cerebral como el CEADAC (Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral).

Las funciones del terapeuta ocupacional son:

1. Evaluación específica de las actividades de la vida diaria así como de los componentes, sensitivos, motores, cognitivos o/ y conductuales.
2. Valoración, entrenamiento y adaptación para la realización de transferencias de manera segura en el paciente afectado.
3. Valoración, adaptación y entrenamiento en los correctos sistemas de posicionamiento.
4. Valoración y entrenamiento en el correcto control motor y postural del paciente.
5. Entrenamiento en la realización de actividades de la vida diaria básicas.
6. Entrenamiento en la realización de actividades de la vida diaria instrumentales.

7. Reeduación de destreza manual en las extremidades superiores, entrenamiento para el cambio de dominancia en pacientes con miembro superior dominante no funcional.
8. Restauración, rehabilitación de componentes de ejecución.
9. Entrenamiento y aprendizaje de técnicas de compensación.
10. Intervención en domicilios de los pacientes y en su entorno social y comunitario.
11. Información y formación a familiares y cuidadores.
12. Valorar las capacidades residuales para una adecuada reincorporación laboral u orientación a nuevas profesiones.
13. Planificación de objetivos realistas a largo plazo: reinserción laboral, estudios, tiempo libre, etc.
14. Motivar a la persona afectada hacia nuevos intereses ocupacionales y recreativos adaptados a su capacidad real.
15. Reentrenamiento en la tolerancia al esfuerzo.
16. Valoración de necesidad de nuevas ayudas externas o retirada de las anteriores. Entrenamiento en el manejo de las mismas.
- 17.** Orientación sobre posibles recursos más específicos: centros especiales de empleo, asociaciones, centros ambulatorios de tratamiento, etc.

IV. FASE DE READAPTACIÓN (ATENCIÓN A LARGO PLAZO)

Se desarrolla al alta del tratamiento rehabilitador, la persona se encuentra estable en su proceso de recuperación. Las secuelas físicas, cognitivas y conductuales, con mayor o menor intensidad, se mantienen en el tiempo.

A partir de este período la atención al afectado por daño cerebral se desarrolla en diferentes recursos asistenciales más o menos especializados:

- CENTROS DE DÍA
- RESIDENCIAS, CENTROS DE RESPIRO FAMILIAR

- PISOS TUTELADOS
- ASOCIACIONES (FEDACE)
- CENTROS OCUPACIONALES, CENTROS ESPECIALES DE EMPLEO

La intervención del terapeuta ocupacional en este período es muy heterogénea, dependiendo de la gravedad y grado de secuelas de cada afectado así como del tipo de recurso y de las actividades y programas llevados a cabo. En líneas generales, algunas funciones son:

1. Desarrollar programas de rehabilitación de mantenimiento del estado funcional general, evitando un mayor deterioro global.
2. Seguimiento y valoración continuada de la situación funcional de los afectados.
3. Formación a familiares y cuidadores.
4. Formación a personal auxiliar o voluntarios de residencias, centros de día, asociaciones...
5. Programas de transición a vida autónoma en pisos tutelados.
6. Desarrollo de programas de ocio y tiempo libre.
7. Favorecer el máximo nivel de integración en la comunidad y entorno social de cada persona.
8. Orientación prelaboral y laboral, adaptación de puestos de trabajo.

ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES

Merece la pena destacar, dentro de la globalidad de personas afectadas por lesiones cerebrales adquiridas, dos grupos de población con características más especiales:

Las personas en estado vegetativo

Existe un grupo de pacientes que pasados los meses se mantienen en un estado vegetativo de forma permanente. El estado vegetativo hace referencia a

una condición clínica caracterizada por estado de vigilia, en la que la persona no da ningún signo evidente de conciencia de sí mismo o del entorno y es incapaz de interaccionar o reaccionar a los estímulos adecuados. Generalmente, no precisa de soporte para mantener las funciones vitales. Son pacientes que dependen totalmente de terceras personas para cualquier actividad de la vida diaria, suponiendo una enorme carga emocional, física y económica para sus familiares.

La intervención del terapeuta ocupacional con este grupo de pacientes debe centrarse en el desarrollo de programas de estimulación sensorial, estimulación cognitiva, mantenimiento de los componentes motores preservados, pautas de interacción para la familia, recomendación de cuidados y/o férulas posturales que prevengan complicaciones secundarias a la inmovilidad, asesoramiento sobre adaptaciones del domicilio y formas más adecuadas para la realización de transferencias evitando lesiones en los cuidadores. Hacer especial hincapié en el control de cualquier posible signo de recuperación

Los niños con daño cerebral

El cerebro en la edad infantil está en pleno desarrollo. Cuando un niño sufre una lesión cerebral, es predecible que aparezcan alteraciones que afecten a la evolución del mismo, pudiendo no manifestar consecuencias hasta momentos posteriores, cuando las capacidades cerebrales terminen de madurar. Por tanto, los tratamientos con niños deberán tener una duración prolongada en el tiempo, realizando un seguimiento de forma constante y continuada.

Los terapeutas ocupacionales implicados en estos casos deberán tener conocimientos específicos sobre el desarrollo evolutivo normal del niño (capacidades motoras, neuropsicológicas, lenguaje...) y trabajar de manera estrecha y coordinada con la familia y educadores, ámbitos donde el niño pasará la mayor parte de su tiempo. En ocasiones, será necesario adaptar el

ambiente escolar y la actividad docente, así como facilitar opciones de ocio y la realización de juegos (como actividad propia del niño y como medida terapéutica). Lo deseable es contar con un servicio de terapia ocupacional en el centro educativo del niño con daño cerebral adquirido, así como la valoración en función de la edad del paciente de su nivel de rendimiento para las actividades de la vida diaria básicas. De igual forma, cobra especial relevancia en este colectivo la adaptación del material escolar y cotidiano que permita el desarrollo del paciente y la potenciación de las habilidades afectadas tras la lesión.

4.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los programas de intervención de los servicios de terapia ocupacional en este campo son variados y diversos y tendrán que adaptarse a los déficit y capacidades de los pacientes atendidos así como al tipo de recursos donde se lleve a cabo el tratamiento.

A modo de ejemplo se muestran en este dossier una serie de programas de intervención que dan a conocer de forma más concreta la labor de los terapeutas ocupacionales en el campo del daño cerebral adquirido:

I. PROGRAMA DE EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

II. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:

A.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS COMPONENTES DE EJECUCIÓN OCUPACIONAL.

A1. Intervención sobre los componentes sensoriomotores.

A2. Intervención sobre los componentes cognitivos.

A3. Intervención sobre los componentes psicosociales.

B.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL.

B1. Entrenamiento en actividades de la vida diaria básicas.

B2. Entrenamiento en actividades de la vida diaria instrumentales.

B3. Intervención en otras áreas de desempeño: educación, trabajo...

B4. Intervención en otras áreas de desempeño: juego, ocio y tiempo libre.

C.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE EL CONTEXTO OCUPACIONAL.

C1. Ayudas técnicas y adaptaciones.

C2. Adaptación y modificación del domicilio: supresión de barreras arquitectónicas.

I. PROGRAMA DE EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

OBJETIVO GENERAL: Conocer el grado de independencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer y estudiar cuáles son las capacidades funcionales conservadas y los déficit (funcionales, cognitivos, físicos y conductuales) de la persona afectada.
- Explorar cómo repercuten estos déficit en su vida diaria.
- Valorar la importancia que la persona y sus familiares conceden a las distintas limitaciones.
- Estudiar de qué forma compensar los déficit que presente el usuario con las capacidades y habilidades conservadas.
- Valorar la necesidad de asistencia por parte de una tercera persona o ayuda física externa para el desarrollo de las AVD.
- Facilitar la planificación del tratamiento así como el establecimiento de objetivos.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Los pasos del proceso de valoración serían los siguientes:

- Recogida de información de fuentes indirectas tales como la historia clínica, evaluaciones de distintos profesionales, etc.
- Entrevista inicial individual y única para cada paciente y familia.
- Evaluación de áreas de desempeño mediante escalas y protocolos estandarizados y no estandarizados (a través de entrevistas y observación directa del desempeño de la persona en el contexto clínico y real).

- Evaluación de destrezas (componentes de ejecución; anexo 2) mediante escalas y protocolos estandarizados y no estandarizados.
- Evaluación del entorno (contexto) ocupacional mediante escalas y protocolos estandarizados y no estandarizados.
- Elaboración de un programa individual de tratamiento.
- Revisiones (re-evaluaciones) periódicas.

En las últimas páginas del documento se recogen algunas de las escalas y protocolos frecuentemente empleados como herramientas de evaluación en los servicios de terapia ocupacional (anexos 3, 4, 5 y 6).

II. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

A.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LOS COMPONENTES DE EJECUCIÓN OCUPACIONAL

A1. INTERVENCIÓN SOBRE LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES

Como se detalla anteriormente en la introducción del dossier, las alteraciones consecuentes tras sufrir una lesión cerebral varían ampliamente de unos pacientes a otros. Sin embargo, en cuanto a los déficit sensoriomotores, sí podemos apreciar algunos más característicos y frecuentes que debemos detallar:

ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD: Dificultades o incapacidad para reconocer estímulos a través del tacto. Los pacientes no perciben sensaciones en el lado afectado y/o posiciones de su cuerpo.

ESPASTICIDAD: Síntoma que refleja un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones: deambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución, etc.

FLACCIDEZ: Síntoma que refleja un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente relajados. Los reflejos osteotendinosos están disminuidos, los músculos presentan menor movimiento, débiles y atróficos.

AGNOSIAS: Alteración en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o en aprender otros nuevos sin haber deficiencia en la alteración de la percepción, lenguaje o intelecto. Atendiendo al canal sensorial podemos clasificar las agnosias en visuales, auditivas, táctiles, gustativas u olfatorias. Otra posible clasificación sería según el tipo de material no reconocido: Para las caras (prosopagnosia), colores (agnosia cromática), objetos, letras (alexia agnóstica), música (amusia), los dedos de la mano (agnosia digital), etc. La clasificación más clásica es la de Lissauer (1890), que divide las agnosias en asociativas (resultado de alteraciones en los procesos de integración de la información sensorial) y aperceptivas (consecuencia de alteraciones en la percepción visual, existe una distorsión del estímulo en los niveles sensoriales-perceptivos que provocarían un fallo en el reconocimiento visual del estímulo presentado).

APRAXIAS: Trastornos de la actividad gestual aprendida, ya se trate de movimientos adaptados a un fin o de la manipulación real o por mímica de objetos, que no se explican ni por lesión sensitiva, motora o perceptiva, ni por alteración mental o de comprensión verbal y que aparecen tras lesiones en determinadas zonas cerebrales. Se distinguen dos tipos principales: apraxia ideomotora (déficit en el programa motor necesario para la realización del gesto, el paciente sabe lo que tiene que hacer pero no sabe cómo hacerlo) y apraxia ideatoria (alteración en el plan ideacional de la acción, el paciente no sabe lo que tiene que hacer)

SÍNDROME DE NEGLIGENCIA: Incapacidad del paciente para detectar, referir, orientarse o responder a estímulos presentados contralateralmente a una lesión cerebral en ausencia de trastornos sensitivos, sensoriales o motrices elementales.

OBJETIVOS

- Identificar los déficit motores y sensoriales que interfieren en la realización de AVD's.
- Restaurar los componentes sensoriomotores afectados.
- Estimular, mantener y potenciar las capacidades sensoriomotoras conservadas.
- Dotar de estrategias compensatorias.
- Adaptar el entorno para favorecer la autonomía personal.
- Sustituir los componentes afectados con el empleo de ayudas externas.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Las pautas de tratamiento para la rehabilitación de estos déficit son diferentes y variadas; sin embargo, de forma general se pueden clasificar en dos grupos diferenciados: estrategias adaptativas o funcionales (asistencia o ayuda al paciente a través de su adaptación a los déficit, modificando los parámetros de la tarea y llevando a cabo adaptaciones de la misma así como de su entorno) y estrategias de recuperación o restauración (utilización de técnicas que estimulen las funciones afectadas por la lesión basándose en los principios de recuperación del sistema nervioso central y potenciación de nuevas conexiones neuronales para el restablecimiento de la función).

Algunas técnicas de tratamiento generales en relación a los déficit perceptivos serían:

- Estrategias basadas en el procesamiento activo: consiste en analizar los objetivos y resultados de las actividades por parte del paciente y el terapeuta para utilizar la conciencia del problema como feedback al llevar a cabo actividades perceptivas.
- Técnicas conductuales: constituyen una forma esencial de facilitar el grado de conciencia sobre la actividad, la detección de errores y desarrollo de estrategias.
- Abordaje multicontextual: este modelo considera la percepción como un producto de la constante interacción entre el individuo, la tarea y el entorno.
- Técnicas de tratamiento Affolter: técnica basada en proporcionar al paciente estímulos cinestésico-táctiles, esenciales para la interacción con el entorno, a través de la conexión entre el movimiento y su efecto sobre los objetos se establece una relación causa-efecto, parte íntegra de las actividades de la vida diaria.
- Reentrenamiento con ordenadores: diferentes programas y actividades permiten entrenar de manera específica determinados componentes.

Algunas técnicas de tratamiento más específicas:

- **SÍNDROMES AGNÓNICOS**: técnicas encaminadas al reconocimiento visual de objetos mediante la presentación en diferentes contextos, posiciones, colores, intensidad de la luz..., proporcionar información verbal durante la manipulación de objetos funcionales, utilización de etiquetas en los objetos cotidianos, potenciar los sentidos no dañados para compensar déficit visuo-perceptivos.

- ALTERACIONES VISOESPACIALES Y DEL ESQUEMA CORPORAL: enseñar a moverse más lentamente facilitando el reconocimiento de los referentes espaciales que le rodean y de su propio cuerpo. Usar pautas verbales como feedback, trabajar el reconocimiento de las partes del cuerpo.
- ANÁLISIS Y SÍNTESIS VISUAL: estrategias dirigidas a modificar las características de los objetos como el color, tamaño, forma, dirección grado de luminosidad en función de las necesidades de cada paciente.
- SÍNDROME DE NEGLIGENCIA: recomendaciones generales, técnicas de compensación, reentrenamiento específico en AVD, técnicas de activación del hemisferio afecto, entrenamiento en rastreo visual apropiado, activación de extremidad superior del lado no atendido, técnicas de rotación de tronco, pautas verbales...
- ESTIMULACIÓN SENSORIAL: basadas en el modelo de integración sensorial de Ayres.
- APRAXIAS: facilitación del movimiento normal, principios de aprendizaje, aprendizaje sin errores, moldeado (cuando conducta a afianzar no forma parte del repertorio habitual del paciente), encadenamiento (establecer conductas complejas a través de pasos sencillos, que irán integrándose paulatinamente hasta lograr la secuencia global) ...

Existen también técnicas de tratamiento de diferentes disciplinas globales. Algunas de ellas son:

MÉTODO BOBATH

El concepto Bobath proporciona una sólida base de experiencias y conocimientos acerca del análisis de la postura y el movimiento, de las técnicas

para modular el tono postural (inhibición y estimulación), condición básica para el movimiento normal integrado en las actividades funcionales.

El tratamiento tiene como objetivo conseguir un mecanismo de control postural normal, consiguiendo un tono muscular adecuado, inervación recíproca y coordinación normal del movimiento. Se pretende conseguir este mecanismo de control postural normal a través del "movimiento normal", por lo que es preciso un intenso análisis de la musculatura y de su forma de trabajar en cada movimiento, los postural set, reacciones de enderezamiento, apoyo, etc. Todo ello, como preparación para la realización de actividades funcionales y habilidades requeridas para la resolución de las actividades de la vida diaria.

MÉTODO KABAT O FNP (facilitación neuromuscular propioceptiva)

Se fundamenta en el movimiento natural del ser humano. Se utilizan estímulos propioceptivos, reflejos y otros mecanismos de facilitación para la excitación del SNC con el fin de provocar o mejorar la contracción muscular, la coordinación, el equilibrio y la relajación muscular.

Son varias las técnicas que se utilizan para mejorar los patrones posturales y de movimiento, atendiendo a la estimulación sensorial: a través de estímulos de origen superficial y de origen profundo, que provienen de las manos del terapeuta, estimulaciones verbales, por medio de órdenes, y estímulos visuales, solicitando al paciente que siga el movimiento que se realiza con la vista.

MÉTODO PERFETTI

Este método propone ejercicios terapéuticos cognoscitivos de primer, segundo y tercer grado en los que los pacientes van progresivamente aprendiendo a relajar, controlando la respuesta exagerada al estiramiento, aprendiendo a reclutar unidades motoras de forma progresiva y guiada y controlando las irradiaciones y los esquemas elementales.

Uno de los principios básicos de los programas de actividades que propone este método es la importancia de la estimulación táctil. Los ejercicios deben demandar la atención del paciente y debe proponer la resolución de un problema cognitivo planteando hipótesis perceptivas que el paciente tendrá que resolver por medio de su ejecución, utilizando la sensibilidad táctil, la presión, la propiocepción, la cinestesia y la visión.

ENFOQUE ORIENTADO A LAS TAREAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (Haugen y col, 2002).

Este método propone un enfoque centrado en la persona y orientado a las tareas basado sobre un modelo de sistemas de control motor que está influido por las teorías del desarrollo y del aprendizaje motor actuales (adquisición de habilidades). Este modelo tiene en cuenta la interacción entre las características personales o los sistemas, como el sistema sensitivomotor o el sistema cognitivo, y el contexto de desempeño (entorno) y la tarea (actividad). Para permitir un funcionamiento ocupacional óptimo, las intervenciones empleadas en este enfoque deben abordar tanto los sistemas personal como ambiental que afectan a las actividades y a la participación de la persona en diferentes ambientes físicos y sociales.

En este enfoque, la recuperación del daño cerebral se define como el descubrimiento por parte del individuo de cuáles son las habilidades que subsisten para desempeñar las tareas. El rol del terapeuta ocupacional es tener en cuenta todos los sistemas como variables potenciales para explicar el comportamiento (motor, cognitivo, conductual) de cada individuo en un momento determinado. Cada individuo es observado como único, con un curso de recuperación que refleja los problemas específicos y las demandas ambientales relativas a sus funciones en un ambiente singular.

Son premisas fundamentales de este modelo orientado a la tarea:

1. Las tareas funcionales (actividades propositivas y actividades de la vida diaria) ayudan a organizar el comportamiento sensoriomotor.
2. El desempeño ocupacional surge de la interacción de múltiples sistemas que constituyen las características singulares de la persona y el ambiente.
3. Después del daño del Sistema Nervioso Central u otros cambios en los sistemas personales o ambientales, las alteraciones del comportamiento reflejan intentos por lograr metas funcionales.
4. La práctica y la experimentación activa con estrategias variadas y en contextos diversos son necesarias para hallar la solución óptima de un problema motor y desarrollar habilidad en el desempeño.

En este programa la intervención está dirigida a aumentar el desempeño motor, y el énfasis no sólo se centra en la práctica de tareas específicas, el entrenamiento de la acción muscular controlable y el control sobre los componentes del movimiento de las tareas, sino también, en actividades que incorporan el ejercicio o técnicas neuroterapéuticas (Safari, 2002).

Algunos ejemplos más concretos de actividades:

- Pautas y ejercicios de posicionamiento y control postural.
- Cuidados de extremidad superior y mano pléjica.
- Programas específicos de funcionalidad manual.
- Terapia de mano
- Ejercicios de destreza manipulativa, precisión, motricidad fina, pinzas...

- Terapias físicas.
- Técnicas de movilización del sistema nervioso.
- Cambios de dominancia manual.
- Actividades de estimulación y reeducación de la sensibilidad.
- Programas específicos de Psicomotricidad: actividades de coordinación general, coordinación óculo-manual, esquema corporal, organización espacial, estimulación sensorial global...

A2. INTERVENCIÓN SOBRE LOS COMPONENTES COGNITIVOS

Como consecuencia de las lesiones cerebrales, se presentan en los pacientes déficit y alteraciones cognitivas que comprometen el adecuado funcionamiento independiente en la sociedad. Entre los fallos cognitivos más frecuentes tras el daño cerebral se encuentran los fallos de memoria, disminución de la atención y concentración, problemas en las habilidades de razonamiento y una pobre capacidad de planificación y organización de las tareas.

OBJETIVOS

- Identificar los déficit cognitivos que interfieren en la realización de AVD's.
- Restaurar los componentes cognitivos afectados.
- Estimular, mantener y potenciar las capacidades cognitivas conservadas.
- Dotar de estrategias compensatorias.

- Adaptar el entorno para favorecer la autonomía personal.
- Sustituir los componentes afectados con el empleo de ayudas externas.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

- Actividades destinadas a la estimulación y restauración de las funciones cognitivas: atención, memoria, orientación, praxias, funciones ejecutivas...
- Técnicas de orientación a la Realidad.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Abordaje terapéutico multicontextual (Toglia, PJ).
- Evaluación y entrenamiento basado en las teorías sobre el procesamiento de la información. Modelo perceptivo-cognitivo (Abreu, Quintana, Neistadt 1994).

A3. INTERVENCIÓN SOBRE LOS COMPONENTES PSICOSOCIALES

OBJETIVOS

- Trabajar conjuntamente con todos los miembros del equipo interdisciplinar para mejorar el desempeño del paciente en habilidades como el trabajo en grupo, habilidades comunicativas y sociales, resolución de problemas...
- Facilitar la búsqueda de nuevos intereses y roles sociales.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Dentro del contexto de las actividades de la vida diaria instrumentales, ocio y tiempo libre y actividades prelaborales, procurando introducir de manera continua y constante, modificaciones en las conductas deseadas y fomentando habilidades de destrezas psicológicas y sociales ajustadas.

Llevar a cabo de forma individual y con trabajos grupales, haciendo partícipes a familiares y cuidadores y procurando intervenir tanto en el contexto clínico como en el social y comunitario.

B.- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LAS ÁREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL

B1. ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS

OBJETIVO GENERAL: Conseguir la mayor autonomía e independencia posible en la realización de las AVD Básicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la máxima colaboración del afectado.

- Entrenar al usuario en el reaprendizaje y la realización de dichas actividades.

- Enseñar a la persona afectada a compensar sus déficit y dificultades con las capacidades y habilidades conservadas.

- Valorar la necesidad de ayudas técnicas para llevar a cabo estas actividades.
- Crear hábitos de vida y rutinas a la hora de llevar a cabo estas actividades.
- Generalizar los aprendizajes a situaciones cotidianas y reales sin control.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

El término Actividades Básicas de la Vida Diaria engloba aquellas actividades más elementales destinadas al cuidado del propio cuerpo. Algunos ejemplos de estas actividades entrenadas en los servicios de terapia ocupacional serían:

- Transferencias: de la silla de ruedas a la cama y viceversa, de la silla de ruedas a la bañera y viceversa, de la silla de ruedas al w.c. y viceversa, de la silla de ruedas al automóvil y viceversa, paso de decúbito a sedestación...
- Control de esfínteres: pautas a familiares, programas de control...
- Alimentación: intervención en alteraciones de deglución, manejo de cubiertos, empleo de ayudas técnicas...
- Aseo personal: afeitado, cepillado de dientes, lavado de manos y cara, cuidado de las uñas, peinado, maquillaje...
- Vestido y desvestido: parte superior, parte inferior, calzado, empleo de ayudas técnicas...

- Baño/ ducha: regular la temperatura del agua, enjabonarse, lavado de cabeza, aclararse, secado...

Las habilidades para realizar estas tareas de forma autónoma son fundamentales para la independencia de cualquier individuo. Es por eso prioritario que el paciente afectado por un daño cerebral adquirido vaya realizando de forma precoz todas las actividades que pueda llevar a cabo. De esta manera, favoreceremos su progresiva recuperación y fomentaremos su autonomía personal. El terapeuta ocupacional es el profesional encargado de tener en cuenta los requerimientos y capacidades implicadas en la puesta en marcha de estas tareas para determinar de qué forma pueden abordarse y favorecer así secuencias y patrones adecuados de realización.

Las actividades realizadas están encaminadas al entrenamiento y realización de la actividad en sí en un contexto lo más real posible. Así, si una persona tiene dificultades para vestirse, ella llevará a cabo dicha actividad junto con el terapeuta, para reaprender cómo realizarla, buscar formas alternativas utilizando las capacidades conservadas o recomendar posibles adaptaciones o ayudas externas que faciliten a la persona afectada llevar a cabo esta actividad.

Todas estas actividades son preparadas con objetivos terapéuticos definidos e individualizados, de forma que se parta desde las tareas más sencillas, progresando hacia las más complicadas y combinando las habilidades adquiridas con las nuevas a implantar, según el grado de dificultad y las propias posibilidades personales.

Dentro de este programa se desarrollan actividades destinadas a conocer y familiarizarse con los elementos necesarios para cada tarea y actividades destinadas al entrenamiento en el uso y manejo de dichos instrumentos. Otro tipo de tareas serán las encaminadas a establecer rutinas diarias para llevar a cabo estas actividades en los propios domicilios.

B2. ENTRENAMIENTO EN AVD INSTRUMENTALES

OBJETIVO GENERAL: Conseguir la mayor autonomía e independencia posible en la realización de las AVD Instrumentales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la máxima colaboración del afectado.
- Entrenar al usuario en el reaprendizaje y la realización de dichas actividades.
- Enseñar a la persona afectada a compensar sus déficit y dificultades con las capacidades y habilidades conservadas.
- Valorar la necesidad de ayudas técnicas para le realización de estas actividades.
- Crear hábitos de vida y rutinas a la hora de llevar a cabo estas actividades.
- Generalizar los aprendizajes a situaciones cotidianas y reales sin control.
- Dar a conocer y enseñar a utilizar a los pacientes los servicios que la sociedad ofrece de manera autónoma y responsable.
- Fomentar en la persona afectada actuaciones responsables, aprendiendo a valorar las consecuencias de las propias acciones y desarrollando actitudes de respeto hacia los demás.
- Mejorar el grado de autoestima y confianza en las propias posibilidades.
- Formarse una imagen ajustada y realista de sí mismos y de sus capacidades y expectativas de futuro.

- Potenciar la independencia personal para promover una mayor autonomía social y mejorar la calidad de vida.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales hacen referencia a aquellas actividades más complejas de realizar que requieren de la intervención de procesos cognitivos superiores. Algunos ejemplos de este tipo de actividades serían:

- Habilidades domésticas: Tareas domésticas (barrer, fregar, hacer la cama, limpiar el polvo,...), actividades de cocina (preparación y manipulación de alimentos, elaboración comidas sencillas, comidas más elaboradas...), manejo de electrodomésticos...
- Autonomía Social: El término autonomía social incluye actividades en el contexto comunitario, fuera del domicilio. Algunas de las actividades entrenadas con estos programas son: desplazamientos y orientación por el entorno, manejo del transporte público, utilización de recursos comunitarios (bancos, citas médicas, realización de compras...), manejo del dinero...

Del mismo modo que ocurre con las AVD básicas, el entrenamiento en actividades instrumentales dependerá de cada paciente, de sus características individuales y necesidades específicas. Estas actividades pueden desarrollarse en programas de tratamiento grupales o de forma individual. Por lo general, en primer lugar se entrenan en un contexto más clínico y teórico y más adelante deberían ponerse en práctica en entornos más reales y próximos al paciente.

B3. INTERVENCIÓN EN OTRAS ÁREAS: EDUCACIÓN, TRABAJO...

EL término **EDUCACIÓN** hace referencia a las actividades necesarias para ser un estudiante y participar en el medio educativo. Incluye actividades como la participación en la educación formal, exploración de necesidades e intereses personales y participación personal en la educación no formal.

El término **TRABAJO** incluye las actividades necesarias para conseguir un empleo remunerado y también hace referencia a las actividades de voluntariado.

OBJETIVOS

- Colaborar en la orientación vocacional de la persona con daño cerebral, fomentando la búsqueda de nuevos roles e intereses.
- Entrenamiento en hábitos de estudio y habilidades para la búsqueda del empleo.
- Orientar y entrenar a la familia como apoyo para la rehabilitación de estas actividades.
- Evaluar, diseñar y programar planes de formación ocupacional.
- Diseñar programas especiales de empleo (empleo con apoyo, centros especiales de empleo, centros ocupacionales...).
- Servir como centros de asesoramiento y consulta para la inserción laboral.
- Entrenamiento en capacidades de ejecución laboral. Rehabilitación de dificultades del desempeño laboral.
- Ergonomía laboral: evaluación, diseño y adaptación de puestos de trabajo. Entrenamiento en el manejo de ayudas técnicas. Adiestramiento laboral.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Metodología y técnicas generales de rehabilitación:

- Evaluación de la persona (historia formativa, historia laboral, red social, recursos económicos, intereses y preferencias ocupacionales...) y evaluación del entorno (familia, domicilio, evaluación del mercado formativo-laboral, evaluación, análisis y descripción de puestos de trabajo, análisis de demandas de empleo...)
- Orientación y asesoramiento ocupacional: tutorías, entrenamiento in vivo, diseño y adaptación del entorno, compensación de discapacidades y adaptación de puestos de trabajo, seguimientos del funcionamiento formativo y laboral, dinámicas de grupo, visitas a empresas, charlas de profesionales, facilitación de experiencias...
- Orientación y entrenamiento en habilidades para la búsqueda de empleo: conocimiento de recursos comunitarios útiles, elaboración de cartas de presentación y curriculums, planificación y organización de la búsqueda, actividades relacionadas con procesos de selección, preparación de la documentación necesaria que puede ser requerida en una situación relacionada con el empleo...
- Orientación y entrenamiento familiar: tutorías con familiares para informar y asesorar, entrenamiento en técnicas para la relación de ayuda, programas específicos de ayuda a domicilio, grupos de autoayuda...
- Entrenamiento en habilidades sociales.

- Entrenamiento del desempeño laboral y ocupacional: incluyen todas y cada una de las actividades que cada persona debe poner en marcha para conservar su puesto de trabajo.
- Ergonomía: estudiar las características, capacidades y habilidades de los pacientes con daño cerebral para establecer criterios que deben soportar el diseño de productos, ambientes y procesos con los que dichas personas interactúan durante su vida.
- Diseño de programas de formación ocupacional y entrenamiento en actividades ocupacionales.

Otras actividades: actividades educativas, actividades formativas, voluntariado, actividades ocupacionales secundarias...

B4. INTERVENCIÓN EN OTRAS ÁREAS: JUEGO, OCIO Y TIEMPO LIBRE.

Cuando hablamos de **JUEGO** nos referimos a cualquier actividad espontánea u organizada que provea disfrute, entretenimiento, pasatiempo o diversión. Es la ocupación principal del niño, pero es igualmente importante en el adulto como medio de expresión, socialización, satisfacción, relajación... Sin embargo, a continuación nos centraremos más en la intervención a través de programas de ocio y tiempo libre.

El **OCIO** es entendido como el tiempo libre de responsabilidades familiares y sociales caracterizado por un sentimiento de libertad y autodesarrollo. El **TIEMPO LIBRE** hace referencia a una actividad no obligatoria, elegida voluntariamente y desempeñada durante un período de tiempo que no entre en conflicto con la dedicación a ocupaciones obligatorias como el trabajo, el cuidado personal o el descanso.

OBJETIVOS

- Analizar y explorar las alternativas de ocio en función de los intereses del afectado.
- Fomentar habilidades sociales y de comunicación en diferentes contextos.
- Organizar y planificar el tiempo dedicado al ocio.
- Aumentar la satisfacción del usuario, facilitando el desarrollo y crecimiento personal.
- Potenciar las habilidades y destrezas personales (físicas, cognitivas y sociales).
- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales, ampliar las actividades de ocio y la integración sociocomunitaria.
- Adaptación del entorno.
- Fomentar la capacidad de elección de cada persona, mejorando el autoconcepto, la autoestima y la satisfacción personal.
- Incorporar y mantener en el tiempo nuevas actividades de ocio en la rutina diaria.
- Favorecer una actitud positiva y activa hacia las actividades de ocio.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Cuando un terapeuta plantea un programa de ocio y tiempo libre para personas con daño cerebral debe considerar una meta terapéutica considerando los aspectos cognitivos, emocionales, sociales, interpersonales, físicos, ajuste al trabajo, etc.

McDoxel (1981) describe 7 pasos para elegir de forma adecuada las actividades de ocio: tomar conciencia del ocio personal, conocer diferentes recursos y posibilidades de ocio e identificar intereses, identificar destrezas, fomento del ingenio y la creatividad, entrenamiento en estrategias de resolución de problemas, seguimiento de la ejecución, reflexión y valoración de los pasos anteriores.

C.- INTERVENCIÓN SOBRE EL CONTEXTO OCUPACIONAL

C1. AYUDAS TÉCNICAS Y ADAPTACIONES

Una AYUDA TÉCNICA es "Cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico utilizado por una persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía" (según Norma ISO 9999: 1998). Según la clasificación ISO 9999, se dividen en:

- 03 Ayudas para la terapia y el entrenamiento.
- 06 Ortesis y prótesis.
- 09 Ayudas para el cuidado y la protección personal.
- 12 Ayudas para la movilidad personal.
- 15 Ayudas para las actividades domésticas.
- 18. Mobiliario y adaptaciones para las viviendas y otros inmuebles.
- 21 Ayudas para la comunicación, la información y la señalización.

24 Ayudas para el manejo de bienes y productos.

27 Ayudas y equipo para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas.

30 Ayudas para el esparcimiento.

OBJETIVOS

- Valorar y recomendar la utilización de ayudas técnicas y/o adaptaciones necesarias o favorables para una mayor autonomía y funcionalidad.
- Crear diferentes ayudas técnicas y posibles adaptaciones para mejorar la calidad de vida de los usuarios.
- Entrenar en el uso y manejo de dichas ayudas.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Es función del terapeuta dentro de esta campo el conocer los diferentes dispositivos y ayudas disponibles en el mercado (algunos ejemplos en el anexo 7), ser capaz de valorar cuándo son necesarias y cuando se puede prescindir de ellas, saber qué tipo de ayuda es la más adecuada para cada caso en particular y saber adaptar las ya existentes siendo habilidoso y creativo.

Hay que destacar dentro de este programa una ayuda con la que el terapeuta debe estar familiarizado y es el especialista para su recomendación, las SILLAS DE RUEDAS. El terapeuta ocupacional debe ayudar a la persona con lesión cerebral y a su familia a elegir la silla de ruedas adecuada a sus necesidades individuales, mostrar y entrenar las técnicas útiles para su manejo y adaptación.

El proceso de recomendación de una ayuda técnica o adaptación debe seguir los siguientes pasos: Solicitud del paciente, evaluación del paciente, análisis de las actividades comprometidas, estrategias de abordaje, recomendación de la ayuda necesaria y/ o adecuación del entorno, entrenamiento en la utilización de dicha ayuda y seguimiento del manejo a largo plazo.

C2. ADAPTACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL DOMICILIO: SUPRESIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

OBJETIVO GENERAL: Instruir y orientar en los cambios necesarios del hogar para facilitar el manejo de la persona en su entorno más cercano y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar la situación individual del paciente para valorar la posible necesidad de cambios o modificaciones del hogar.
- Asesorar sobre la supresión de diferentes barreras arquitectónicas que dificulten la movilidad o realización de actividades de la persona afectada.
- Organizar el espacio para facilitar la realización de tareas. Estrategias y técnicas de conservación de la energía.
- Asesorar acerca de la correcta colocación de objetos y muebles, a una altura funcional.
- Ayudar y hacer más fácil la adaptación de la persona afectada a su nuevo entorno domiciliario.

ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA

Las actividades de este programa son variadas:

- Valoración del entorno domiciliario del paciente.
- Eliminación de barreras y obstáculos del domicilio y del entorno de acceso al mismo.
- Cambios en la organización y colocación de muebles.
- Adaptaciones a nivel vertical: colocación de rampas para sillas de ruedas, valorar ascensores, altura y tamaño de los botones...
- Cambios en las puertas: anchura, espacios para maniobrar con sillas de ruedas, picaportes ...
- Cambios en los suelos.
- Modificación de baños: colocación de asientos en bañeras, barras de apoyo, dispensadores de jabón y papel, cambio a platos de ducha...
- Organización de la cocina: electrodomésticos, acceso al fregadero, apertura de muebles...
- Iluminación de las estancias...

Una vez realizadas las modificaciones necesarias, el terapeuta entrena con la persona afectada las actividades de la vida diaria en el nuevo contexto domiciliario.

5.- ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA TO Y EL DCA

Es cierto que la terapia ocupacional, incluso siendo una disciplina sociosanitaria (como la propia definición nos indica), es aún desconocida en ciertos sectores sanitarios y sociales. En el ámbito del daño cerebral adquirido, donde ha quedado demostrada la relevancia de nuestro papel dentro del equipo interdisciplinar, no siempre se tiene en cuenta nuestra figura dentro del proceso rehabilitador y, en muchos otros casos, ni se conoce la función que desempeñamos.

Esta mentalidad va progresivamente cambiando y los responsables de los servicios de rehabilitación dedicados al daño cerebral adquirido comienzan a contar con nuestra disciplina como parte del proceso asistencial ya que la evidencia actual al respecto en la bibliografía científica de calidad metodológica comprobada así lo avala (Cochranne, 2004, 2006, 2007). Sin embargo, es evidente que aún nos queda un largo camino por recorrer ya que, en ocasiones, nuestra figura no está presente en todas las fases por las que pasa una persona con lesión cerebral.

No en todos los hospitales de la red sanitaria existe el perfil del terapeuta ocupacional cuando la persona se encuentra en la fase crítica, momento en el que deben iniciarse los programas de estimulación sensorial o empezar a dar pautas de manejo a la familia; o en la fase aguda, cuando debe comenzar la intervención sobre las alteraciones motoras, sensoriales, perceptivo-cognitivas y conductuales y el reentrenamiento progresivo de las actividades de autocuidado personal. Es cierto, que por el contrario nuestra labor en la fase subaguda y en la de atención a largo plazo comienza a afianzarse y cada vez son más los centros de rehabilitación, centros de día, centros ocupacionales y asociaciones que cuentan con terapeutas ocupacionales en sus equipos de profesionales.

A pesar de la buena evolución de nuestra disciplina, para lograr un verdadero cambio y asentar nuestro papel en el ámbito del daño cerebral, en cada una de

las etapas por las que pasa una persona afectada, no podemos relajarnos y esperar que sean los demás los que demuestren nuestra validez, sino que es nuestro deber demostrar la base científica sobre la que sustentamos nuestra práctica diaria.

Hasta hace poco tiempo, los estudios de investigación en terapia ocupacional eran escasos, escribíamos poco y no incorporábamos certezas científicas a nuestro entorno laboral. No obstante, esta mentalidad va cambiando y cada vez son más los terapeutas conscientes de la necesidad de demostrar, reflexionar y defender teóricamente nuestro papel como personal sanitario que aplica técnicas específicas de tratamiento a la par que incorporamos evidencias a nuestra práctica profesional. Es necesario llevar a cabo estudios de investigación científicos para que la disciplina alcance el nivel de autonomía que se merece y permitir optimizar su potencial terapéutico y rehabilitador.

Del mismo modo, nuestro papel en la docencia, asistiendo e impartiendo cursos y seminarios, como profesores de universidades, facilitando estancias prácticas para alumnos, formando nuevos profesionales, dando a conocer las técnicas fundamentales de nuestra intervención... sólo así incrementaremos la calidad de los tratamientos y contaremos con futuros terapeutas cada vez más capacitados para el desempeño laboral.

Esta línea de trabajo ayudará igualmente a las personas responsables de los diferentes recursos asistenciales que atienden a personas afectadas por lesiones cerebrales a entender la importancia de incorporar terapeutas ocupacionales como miembros fundamentales del equipo de profesionales en todas y cada una de las fases de intervención y tratamiento del proceso rehabilitador.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Abreu BC, Togliola JP. Cognitive rehabilitation: a model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy* 1987; 41: 439-448.
- 2.- Arnadottir G. *The brain and behaviour. Assessing cortical dysfunction through activities of daily living.* St Louis: Mosby Company; 1990.
- 3.- Bernabeu M, Roig T. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar (Blocs 11). Barcelona: Fundació Institut Guttmann; 1999.
- 4.- Blesedell Crepeau E, Chon Ellen S, Boyt Schell B. Willard & Spackman. *Terapia ocupacional.* 10ª ed. Madrid: Médica-Panamericana; 2006.
- 5.- Bobath B. *Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento.* 3ª ed. Buenos aires: Médica-Panamericana; 1993.
- 6.- Bowen A, Lincoln NB. *Rehabilitación cognitiva para la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida).* En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.(Revista en internet) Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.- Davies PM. *Pasos a seguir: tratamiento integrado de paciente con hemiplejía.* 2ª ed. Madrid: Médica-Panamericana; 2003.
- 8.- Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE). *Fisioterapia y Daño Cerebral Adquirido.* Madrid: FEDACE; 2007.
- 9.- Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE). *Terapia Ocupacional y Daño Cerebral Adquirido.* Madrid: FEDACE; 2006.
- 10.- García Peña M, Muñoz Céspedes JM. *Apraxias e independencia funcional en personas con daño cerebral adquirido.* Polibea 2000; 57: 34-39.
- 11.- García Peña M, Sánchez Cabeza A, Miján de Castro E. *Evaluación funcional y terapia ocupacional en el daño cerebral adquirido.* *Rehabilitación (Madr).* 2002; 36 (3): 167-175.
- 12.- García Peña M, Sánchez Cabeza A. *Alteraciones perceptivas y prácticas en pacientes con TCE: relevancia en las actividades de la vida diaria.* *Rev Neurol* 2004; 38(8): 775-784.
- 13.- Gómez Tolón J. *Terapia ocupacional en el paciente con traumatismo craneoencefálico.* En Pelegrín C, Muñoz Céspedes JM, Quemada JI, editores. *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos.* Barcelona: Prous Science; 1997. 100-120
- 14.- Grieve J. *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales: evaluación de la percepción y de la cognición.* 2ª ed. Madrid: Médica-Panamericana; 2000.
- 15.- Hackett ML, Anderson CS, House AO. *Intervenciones para el tratamiento de la depresión posterior al accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida).* En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 16.- Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L. *Terapia de movimiento inducido por restricción para las extremidades superiores en niños con parálisis cerebral hemipléjica espástica (Revisión Cochrane traducida).* En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 17.- Johnson JA, Krefting LH. *Occupational therapy approaches to traumatic brain injury.* London: Haworth Press; 1990.

- 18.- Kielhofner G, Newton A. The model of human occupation: a developing conceptual tool for clinicians. *Briths J Occup Ther* 1987; 52: 210-214.
- 19.- Legg LA, Drummond AE, Langhorne P. Tratamiento ocupacional para pacientes con problemas en las actividades de la vida diaria después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 20.- Lynch M, Grisogono V. Strokes and head injuries. A guide for patients, families, friends and carers. London: John Murray; 1991.
- 21.- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO). Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Madrid: El Ministerio; 2007.
- 22.- Muñoz Céspedes JM. Rehabilitación neuropsicológica: un enfoque centrado en las actividades de la vida diaria. En Fundación Mapfre Medicina, editores. Daño cerebral traumático y calidad de vida. Madrid: Mapfre Editorial; 1996. 20-35
- 23.- Neistadt ME. Perceptual retraining for adults with diffuse brain injury. *Am J Occup Ther*; 1994; 48(3): 225-233.
- 24.- Outpatient Service Trialists. Servicios de rehabilitación basados en terapias para pacientes con accidente cerebrovascular que viven en sus domicilios (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 25.- Perfetti C. El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto. Madrid: EdikaMed; 1999.
- 26.- Polonio B, Durante P, Noya B. Conceptos fundamentales en terapia ocupacional. Madrid: Médica-Panamericana; 2003.
- 27.- Polonio B. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica-Panamericana; 2003.
- 28.- Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional: teoría y técnicas. Madrid: Masson; 2003.
- 29.- Sánchez Blanco I. Rehabilitación del accidente cerebrovascular: asistencia centrada en los problemas de la persona. *Rehabilitación: Rehabilitación (Madr)*. 2000; 34 (6): 393-518.
- 30.- Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. *TOG (A Coruña)* [revista en internet]. 2004 [1 Septiembre 2007]; 2(2): [34 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num2/pdfs/num2art4.pdf>
- 31.- Sánchez Cabeza A, García Peña M. Reflexiones sobre el proceso de tratamiento de las disfunciones cognitivas y perceptivas. *Ter Ocup*; 2002; 28: 2-13.
- 32.- Shepherd J, Carr JH. Rehabilitación del paciente en el ictus. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- 33.- Toglia JP. Approaches to cognitive assessment of the brain injured adult: Traditional methods and dynamic investigation. *Occup Ther Practice J*. 1989; 1(1): 36-55.
- 34.- Trombly CA. Clinical practice guidelines for post-stroke rehabilitaci3n and occupational therapy practice. *Am J Occup Ther*. 1995;49: 711-715.
- 35.- Turner A, Foster M, Jonson SE. Occupational therapy and physical dysfunction: Principles, Skills and Practice. 3ª ed. London: Churchill Livingstone; 1992.

36. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Rehabilitación multidisciplinaria para la lesión cerebral adquirida en adultos en edad laboral (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 3*, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

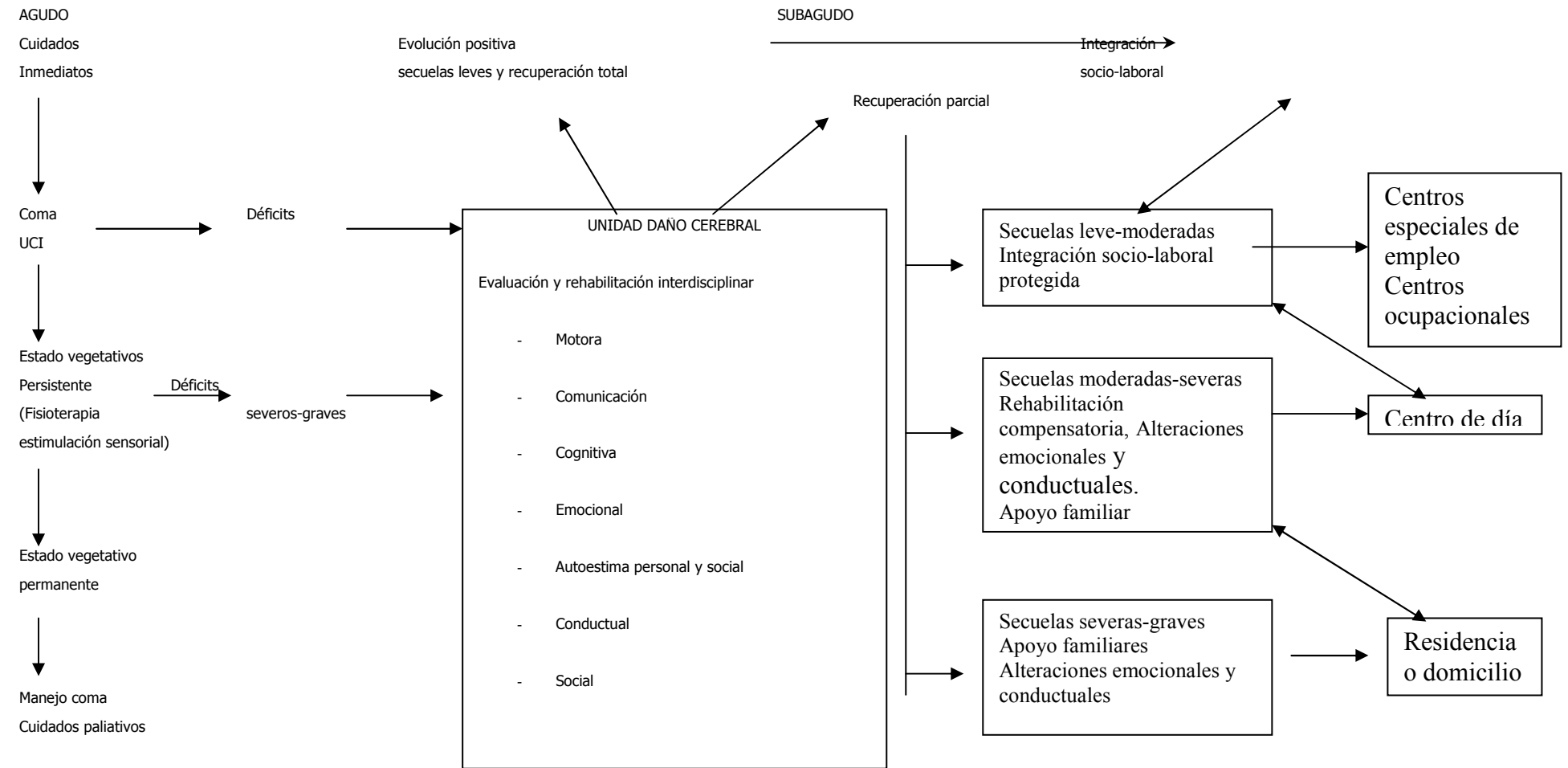
RECURSOS EN INTERNET:

1. Revistas electrónicas de T.O
2. Terapia Ocupacional
www.terapia-ocupacional.com
3. Spanish Journal of Occupational Therapy
www.cs.urjc.es/revistas/sjot/sjot.html
4. Revista electrónica de Terapia Ocupacional
<http://www.cs.urjc.es/revistas/reito/reito.pdf>
5. Revista de Terapia Ocupacional de Galicia
www.revistatog.com
6. Revista chilena de Terapia Ocupacional
<http://www.revistaterapiaocupacional.cl>
7. Magazine Digital de Terapia Ocupacional de Argentina
<http://www.entretodosdigital.com.ar>
8. Terapia Ocupacional basada en la evidencia
<http://www.otevidence.info>

Otras:

9. CEAPAT
<http://www.ceapat.org/>
10. Sitio web de Isabelle Beaudry
<http://www.ibeaudry.com/>
11. Asociación Española de Terapeutas Formados en el Concepto Bobath
<http://www.aetb.net/ap/asociados.shtml>
12. Revista de Neurología
<http://www.revneurolog.com/>
13. Aytona. Servicios de Terapia Ocupacional.
<http://www.aytona.com>
14. ASTRANE. Rehabilitación del Daño Cerebral
<http://www.astrane.com/>
15. Manual de ayudas técnicas del Hospital Aita Menni
<http://www.aita-menni.org/documentos/Manualdeayudastecnicas.pdf>

MODELO ASISTENCIAL INTEGRADOR



COMPONENTES DE EJECUCIÓN OCUPACIONAL

<p>SENSORIOMOTORES Capacidad para recibir información, procesarla y producir una respuesta.</p>	<p>SENSORIALES</p>	<p><u>Reconocimiento/ conocimiento sensorial:</u> recibir y diferenciar sensaciones.</p>			
		<p><u>Procesamiento sensorial:</u> interpretación de los estímulos sensoriales</p>	<p>Táctil Vestibular Auditivo</p>	<p>Propioceptivo Visual Gustativo</p>	<p>Olfativo</p>
		<p><u>Procesamiento perceptivo:</u> interpretación de combinaciones de sensaciones y organización de las aferencias sensoriales en patrones significativos.</p>	<p>Esteroagnosia Respuesta al dolor Discriminación dcha/ izq. Posición en el espacio Figura-fondo profundidad Relaciones espaciales</p>	<p>Cinestesia Esquema corporal Constancia de la forma Cierre visual Percepción de la</p>	<p>Orientación topográfica</p>
	<p>NEUROMUSCULARES</p>	<p>Reflejos Tono muscular Resistencia Alineación postural</p>	<p>Grado de movilidad Fuerza Control postural Integración de los tejidos blandos</p>		
	<p>MOTORES</p>	<p>Coordinación gruesa Lateralidad Control motriz Coordinación motora fina Control oromotriz</p>	<p>Cruce de la línea media Integración bilateral Praxias Integración visomotriz</p>		
<p>COGNITIVOS Capacidad para utilizar las funciones cerebrales complejas</p>	<p>Nivel de conciencia Reconocimiento Iniciación de la actividad Memoria Clasificación</p>	<p>Orientación Capacidad de Atención Fin de la actividad Secuenciación Formación de conceptos</p>	<p>Operaciones espaciales Resolución de problemas Aprendizaje Generalización</p>		
<p>PSICOSOCIALES Capacidad para interactuar en la sociedad y para procesar las emociones</p>	<p>PSICOLÓGICOS</p>	<p>Valores Intereses Autoconcepto</p>			
	<p>SOCIALES</p>	<p>Desempeño del rol Conducta social</p>	<p>Destrezas interpersonales Autoexpresión</p>		
	<p>AUTOORGANIZACIÓN</p>	<p>Habilidades de lucha Organización del tiempo Autocontrol</p>			

ANEXO Nº 3

ALGUNAS PRUEBAS DE VALORACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL Y DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO		
PARA ÁREAS DE DESEMPEÑO	PARA COMPONENTES DE EJECUCIÓN	PARA EL CONTEXTO OCUPACIONAL
Índice de Katz		
Índice de Barthel	Evaluación Cognitiva de Terapia Ocupacional Löwenstein (LOTCA) (Elazar et al, 1996)	
Klein-Bell ADL scale	Batería de Evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales de Chessington (COTNAB)	
Sister Kenny Self-Care Evaluation	Mini-Mental (MMS) (Folstein et al, 1975)	
Árnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) (Árnadóttir, 1990)	Batería de Evaluación Perceptual Rivermead (1985)	
Medida de la Independencia Funcional (FIM) (UDSMR, 1993)	Test de equilibrio de Tinetti (Tinetti, 1986)	Entrevistas con la familia y afectado
Functional Assessment Measures (FAM)	Test de Manipulación de Minnesota	Visitas domiciliarias
Protocolo de Valoración del Instituto de Rehabilitación de Chicago	BIT (Behavioural Inattention Test)(Wilson, Cockburn y Halligan, 1987)	Visitas al entorno laboral
Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS) (Fisher, 1994)	OPHI (Kielhofner et al, 1982)	Cuestionarios de valoración del domicilio...
Older Americans Resources and Services (OARS)	Registro de intereses (Oakley et al)	
Índice de Lawton	Evaluación de la Ejecución Funcional (Bloomer y Williams, 1979)	
Lista de Intereses NPI (Rogers, 1969)	Test del Nivel Cognitivo de Allen ACLS-90 (Allen, 1996)	
Inventario de Intereses de Ocupaciones de Ocio (LOII) (Stein y Cutler, 1997)	Análisis del caso Ocupacional (OCAIRS) (Kaplan y Kielhofner, 1989)	
Canadian Occupational Performance Measure (COMP)	Registro de roles (Oakley et al)...	
Valoración del Grado de Autonomía en la Realización de Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (VIABI)...		

ANEXO Nº4

LOTCA VALORACIÓN COGNITIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LOWENSTEIN

Diseñado especialmente para el Terapeuta Ocupacional dedicado a la rehabilitación neurológica. Se usa principalmente para evaluar pacientes con daños cerebrales, incluyendo daños traumáticos, accidentes cerebrovasculares y tumores. La batería consta de 20 subtests, agrupados en cuatro áreas:

ORIENTACIÓN

- Tiempo
- Lugar

PERCEPCIÓN

- Identificación visual de objetos
- Identificación visual de formas
- Figuras superpuestas
- Consistencia de la forma
- Percepción espacial
- Praxis

OPERACIONES RACIONALES

- Categorización
- Clasificación de objetos de Riska (estructurado y no estructurado).
- Secuencias de dibujos
- Secuencias geométricas



ORGANIZACIÓN VISOMOTORA

- Formas geométricas
- Reproducción de modelos bidimensionales
- Construcción de modelos con pivotes
- Diseño de bloques de colores
- Diseño de bloques sencillos
- Reproducción de rompecabezas
- Dibujar un reloj

COTNAB
BATERÍA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA PARA TERAPEUTAS
OCUPACIONAL DE CHESSINGTON

Creada y desarrollada por terapeutas ocupacionales para valorar la capacidad funcional de pacientes con daño cerebral adquirido, también pretende identificar áreas de dificultad funcional para guiar al terapeuta a la hora de planificar e implementar programas de tratamiento.

La evaluación consiste en 12 pruebas validadas y estandarizadas que miden de manera fiable y objetiva los aspectos perceptivos o cognitivos que las integran. No evalúan aspectos de la vida diaria. Cada una de las doce pruebas miden la capacidad para completar la tarea y el tiempo empleado, y estos dos valores se combinan ofreciendo así una medida funcional denominada ejecución total. Los 12 tests han sido graduados en orden de complejidad, partiendo de la percepción visual y finalizando por la capacidad para seguir instrucciones.

No pretenden identificar daños orgánicos específicos o déficits psicológicos. Se trata más bien de evaluaciones estandarizadas de áreas de capacidad funcional relacionadas con la práctica de la terapia.

Las 12 pruebas individuales están distribuidas en cuatro amplias áreas funcionales de creciente dificultad y contienen cada una de ellas las tablas de puntuación para valores de CAPACIDAD, TIEMPO Y EJECUCIÓN TOTAL en cada grupo de edad:

Percepción Visual, Capacidad de construcción, Capacidad sensoriomotora, Capacidad para seguir instrucciones.

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DE REHABILITACIÓN PREVOCACIONAL_ (De Ethride, 1968)

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Instrucciones para el observador: Rodear la respuesta que se considera más adecuada para cada paciente.

Destrezas laborales, hábitos y tolerancia

- Interés, motivación o entusiasmo:
 1. Poca o ninguna, indiferente
 2. Pobre, ambivalente, lento
 3. Aceptable, suficiente
 4. Bueno, excelente, impaciente
- Iniciativa, habilidades para iniciar una actividad, rendimiento:
 1. Poca o ninguna, no puede comenzar un trabajo
 2. Pobre, lentitud para empezar
 3. Adecuada, aplicado al trabajo
 4. Iniciativa, buen rendimiento
- Habilidades para seguir instrucciones, concentración:
 1. Distraible, poca concentración
 2. Necesita que le recuerden las instrucciones
 3. Adecuada atención
 4. Atención correcta
- Habilidades para tomar decisiones o aceptar la autoridad, respuesta a controles:
 1. Pobre, hostil, crítico, resentimiento a la autoridad
 2. Evita abiertamente las instrucciones, desafiante, debate las sugerencias
 3. Acepta y tolera las sugerencias
 4. Responde bien, es difícil que llegue a decisiones erróneas
- Calidad del trabajo, habilidad, destreza manual:
 1. Descuidado
 2. Pobre, errores, desordenado
 3. Aceptable, dentro del promedio
 4. Adecuado y exactitud
- Calidad del trabajo, producción:
 1. Poca o ninguna, inaceptable
 2. Por debajo de lo requerido
 3. Aceptable
 4. Por encima de la producción
- Puntualidad, regularidad, asistencia:
 1. Irregular, llega tarde, ausencias habituales
 2. Impredecible, inconsistente, frecuentemente tarda
 3. Normalmente es puntual, consistente
 4. Puntual, incluso permanece más tiempo

Socialización y actitud hacia otros

- Participación en actividades sociales:
 1. Nunca participa
 2. Ocasionalmente atiende, poca participación
 3. Alguna vez participa
 4. Participa activamente y se divierte
- Verbalización, cantidad de contenido:
 1. Habla constantemente, confundido, confuso, divaga
 2. Con frecuencia divaga, improductivo
 3. Responde a conversaciones
 4. Apropiaada. Inicia diálogos
- Agresividad / hostilidad:
 1. Extremadamente agresivo, altamente irritable
 2. A veces causa problemas
 3. Ocasionalmente, pero no causa problemas
 4. Apropiaado, sin agresividad
- Consideración, ajuste a iguales:
 1. Desprecia a los otros
 2. Indiferente
 3. Aprecia las necesidades de los otros
 4. Se interesa apropiadamente y elogia a los compañeros de forma adecuada
- Habilidades para trabajar con otros, cooperación:
 1. Incapaz de ajustarse, hostil
 2. Irritable, crítico, reservado
 3. Quieto, poco amigable, generalmente aceptable
 4. Estimula a otros, activo y participa en grupo

Características de personalidad

- Conducta inusual y manierismos:
 1. Alucinaciones, gestos raros
 2. Ocasionalmente notable, puede ser controlable
 3. Raramente, conducta inapreciable
 4. Nunca tiene conductas inapreciables
- Ansiedad:
 1. Extremadamente elevada o baja
 2. Sensible, frecuentemente interfiere con el trabajo
 3. Moderadamente ansioso, a veces afecta al trabajo
 4. Casual, normal, apropiado
- Juicio, dependencia y responsabilidad:
 1. Irresponsable, sobrepasa la autoridad
 2. Necesita que le recuerden, frecuentemente inadecuado
 3. Acepta responsabilidades
 4. Motivado para avanzar
- Tolerancia a la frustración, autocontrol y control emocional:
 1. Maltrato verbal, destructivo

2. Pobre control, ocasionalmente humor variable
3. Humor raramente afecta a su trabajo. Muestra autocontrol
4. Muy estable, buen autocontrol

Observaciones generales

- Apariencia:
 1. Inapropiada, descuidada
 2. Ocasionalmente descuidada
 3. Aceptable, normalmente presentable
 4. Apropiado, bien aseado
- Aprendizaje, inteligencia general:
 1. Lento, incapaz para aprender significativamente
 2. Lento, pobre retención
 3. Capaz de aprender con instrucciones
 4. Rápido aprendizaje, recuerda bien
- Conocimiento del equipo, seguridad y mantenimiento del orden:
 1. Necesita ayuda constantemente, olvida los procesos
 2. Conocimiento parcial. Algunos accidentes
 3. Aprendizaje correcto, trabaja de forma segura
 4. Puede reparar el equipo, protege el equipo
- Uso del tiempo:
 1. Pierde el tiempo, desorganizado, no planifica
 2. Gasta tiempo, pobre organización, lento en tomar decisiones
 3. Buen control del tiempo
 4. Eficiente, tiene un buen ritmo de trabajo

Comentarios adicional

ANEXO Nº 6 MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

**FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE™ AND FUNCTIONAL ASSESSMENT MEASURE
Brain Injury**

Scale:

- 7 Complete Independence (timely, safely)
- 6 Modified Independence (extra time, devices)
- 5 Supervision (cuing, coaxing, prompting)
- 4 Minimal Assist (performs 75% or more of task)
- 3 Moderate Assist (performs 50%-74% of task)
- 2 Maximal Assist (performs 25% to 49% of task)
- 1 Total Assist (performs less than 25% of task)

(Patient Stamp)

	Adm	Goal	D/C	F/U
SELF CARE ITEMS				
1. Feeding				
2. Grooming				
3. Bathing				
4. Dressing Upper Body				
5. Dressing Lower Body				
6. Toileting				
7. Swallowing*				
SPHINCTER CONTROL				
8. Bladder Management				
9. Bowel Management				
MOBILITY ITEMS (Type of Transfer)				
10. Bed, Chair, Wheelchair _____				
11. Toilet _____				
12. Tub or Shower _____				
13. Car Transfer* _____				
LOCOMOTION				
14. Walking/Wheelchair (circle)				
15. Stairs				
16. Community Access*				
COMMUNICATION ITEMS				
17. Comprehension-Audio/Visual (circle)				
18. Expression-Verbal, Non-Verbal (circle)				
19. Reading*				
20. Writing*				
21. Speech Intelligibility*				
PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT				
22. Social Interaction				
23. Emotional Status*				
24. Adjustment to Limitations*				
25. Employability*				
COGNITIVE FUNCTION				
26. Problem Solving				
27. Memory				
28. Orientation*				
29. Attention*				
30. Safety Judgement*				

*FAM items

	Admt	Date	D/C	Date		Admt	Date	D/C	Date
RN	_____	_____	_____	_____	ST	_____	_____	_____	_____
PT	_____	_____	_____	_____	PSY	_____	_____	_____	_____
OT	_____	_____	_____	_____	REC	_____	_____	_____	_____