



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Plan de intervención individual en un anciano
con ACV

Autor/es

Ana Belén Casanova Hidalgo

Director/es

Jesús Gómez Tolón

Facultad de Ciencias de la Salud

2013

RESUMEN

Plan de intervención mediante Terapia Ocupacional en un anciano con ACV. El tratamiento se inicia con una evaluación inicial mediante escalas de valoración del Modelo de Ocupación Humana, del sistema volitivo de manera global y sintetizada, de las praxias y de las distintas gnosis, un estudio cinesiológico mediante balance articular y muscular de las extremidades, así como de la sensibilidad estereoceptica y propioceptiva y finalmente de las AVD.

En función de la evaluación se plantearon unos objetivos de intervención que se desarrollarían a través de la realización de tareas ocupacionales dirigidas a favorecer la bimanualidad y mejorar los déficits neuropsicológicos y cognitivos. Todo esto propició la aparición de unos objetivos del trabajo y su consecución.

Finalmente, se realizó una reevaluación análoga a la inicial donde los resultados no mostraron grandes mejorías, pero sí cierta progresión en el ámbito de la ocupación y las actividades de autocuidado.

ABSTRACT

Occupational Therapy intervention plan for an old man with stroke. The treatment begins with initial appraisal by assessment scales from the Model of Human Occupation, volitional system in a globally and synthesized way, the praxis and the study of different gnosis, a kinesiologic study by joint and muscle balance of the extremities, as well as exteroceptive and proprioceptive sensitivity and finally the ADL.

Depending on the assessment arose intervention targets which were developed through occupational tasks to encourage the bimanuality and improve neuropsychological and cognitive deficits. All of this propiciated the appearance of work objectives and their achievement.

Finally, an initial reassessment was made similar to initial where the results showed no significant improvements, but some developments in the field of occupation and self-care activities.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Descripción del problema de salud	4
1.2. Justificación de la intervención desde TO.....	6
1.3. Propósito general del trabajo.....	6
1.4. Descripción del recurso/dispositivo	7
2. OBJETIVOS	7
3. METODOLOGÍA	8
3.1. Procedimiento de evaluación inicial	9
3.1.1. Competencia, identidad, participación y desempeño ocupacional. Habilidades de comunicación e interacción y habilidades motoras.....	9
3.1.2. Evaluación cognitiva y habilidades de procesamiento	10
3.1.3. Evaluación física y sensorial	10
3.1.4. Evaluación de las actividades de la vida diaria	11
3.2. Descripción del proceso de intervención	11
4. DESARROLLO	15
4.1. Reevaluación.....	15
5. CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA	20

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema de salud

El problema de salud con el que he trabajado para elaborar este trabajo ha sido el de un anciano con ACV.

Se denomina "ictus" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. Según el Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se recomienda la utilización de este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral, a la hemorragia intracerebral y a la subaracnoidea (1).

La incidencia poblacional de la enfermedad cerebrovascular a nivel nacional no es conocida. Sin embargo, puede estimarse que la incidencia de enfermedad cerebrovascular para ambos sexos en España oscilaría entre 120 y 350 casos anuales por 100.000 habitantes. La incidencia sería mayor en hombres (183-364/100.000) y se multiplica por 10 en población mayor de 70 años de edad. La mejora en la mortalidad cerebrovascular se estima como debida, en parte, a las mejoras en la supervivencia, lo que conduce a una prevalencia creciente de esta enfermedad (aproximadamente de un 7,5%, unos 400.000 ancianos afectados). La enfermedad cerebrovascular es una patología extremadamente frecuente (2).

La rehabilitación ha demostrado ser útil en la mayoría de los pacientes. Mejora la autonomía funcional, aumenta la frecuencia de regreso al domicilio (menos institucionalización) y reduce el tiempo de hospitalización.

El enfoque terapéutico del ACV se fundamenta en 4 pilares:

1. Prevención primaria.
2. Diagnóstico y tratamiento urgente.
3. Prevención secundaria de las recurrencias.
4. Rehabilitación.

Según si el ACV es isquémico (80%) o hemorrágico (20%), el tratamiento rehabilitador únicamente dependerá de la clínica sin distinción entre uno y otro, pues el pronóstico evolutivo de los supervivientes una vez instaurado el daño, contrariamente a la mortalidad, no será muy distinto. Los factores predictivos de la evolución son:

- Retraso en la mejoría.
- Gravedad del cuadro.
- Edad.
- Grado de dependencia previo al ACV.
- Entorno del paciente y apoyo social.
- La depresión postictal.

En lo referente al tratamiento, el punto débil de la rehabilitación del ACV y neurológica en general es que existen muchos métodos propuestos sin que ninguno haya demostrado ser superior a los demás. Las tendencias actuales se apoyan en el fenómeno de plasticidad neuronal, como en la rehabilitación orientada a tareas. Tampoco la intensidad idónea de la terapia ha sido determinada (3).

Se ha mostrado útil la implantación del llamado «código ictus» para coordinar los servicios extrahospitalarios de transporte urgente con los servicios hospitalarios (equipos-unidades de ictus). Se recomienda reducir al mínimo la demora en el inicio del tratamiento y establecer sistemas de coordinación de asistencia intra y extrahospitalaria específicos (4).

El TACI (infarto total de la circulación anterior) se refiere a una clasificación de los infartos cerebrales. Se incluye dentro de esta clasificación cuando cumple estos tres criterios (4):

- Disfunción cerebral superior o cortical (afasia, discalculia o alteraciones visuoespaciales).
- Déficit motor y/o sensitivo en al menos dos de las tres áreas siguientes: cara, extremidades superiores y extremidades inferiores.
- Hemianopsia homónima.

1.2. Justificación de la intervención desde TO

Elegí este problema de salud porque es uno de los más frecuentes y con alta prevalencia dentro de las patologías existentes en los hospitales generales y la terapia ocupacional es una metodología clínico-terapéutica y social fundamental en el abordaje del tratamiento integral del paciente con ACV.

He basado mi intervención en los resultados de varios artículos donde la evidencia científica manifiesta que la terapia ocupacional mejora la recuperación de las habilidades y destrezas de la persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular, así como la ejecución de las actividades de la vida diaria (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11).

En la gran mayoría de artículos consultados, el rol de la Terapia Ocupacional radica en el entrenamiento en las actividades de la vida diaria para mejorar su ejecución. La dificultad para la recuperación de la funcionalidad analítica del miembro superior del hemipléjico es un reto para los terapeutas que voy a afrontar, con base a unas actividades de la vida diaria que mejoran su autoestima y en consecuencia sus metas, sus roles y los aspectos volitivos como su autoconcepto, su locus de control, sus objetivos y sus intereses siguiendo el Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner (12).

1.3. Propósito general del trabajo

Con este trabajo pretendo poner en práctica las evidencias científicas que he podido recopilar (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) y sistematizar la estrategia terapéutica más adecuada al caso. Mi propósito último como terapeuta es el de ayudar a mejorar la independencia de esta persona que ha sufrido el ACV mediante actividades ocupacionales.

1.4. Descripción del recurso/dispositivo

El hospital San Juan de Dios (HSJdD) pertenece a la orden hospitalaria de San Juan de Dios y, actualmente, forma parte de la red de hospitales que dan servicio a la sanidad pública aragonesa (13).

Dispone de unidades de hospitalización, de convalecencia con rehabilitación, sin rehabilitación y cuidados paliativos. En la planta de rehabilitación disponen de gimnasio, sala de terapia ocupacional y sala de estar con comedor.

En cuanto a la actividad ambulatoria, gestiona un Hospital de Día Geriátrico, rehabilitación ambulatoria y equipos de apoyo de atención domiciliaria a distintas zonas de Aragón.

Concretamente, el ámbito de realización de mi estudio era el Hospital de Día Geriátrico.

2. OBJETIVOS

Mis objetivos principales para este trabajo son dos:

1. Revisar todas las evidencias científicas posibles en la rehabilitación del ACV desde Terapia Ocupacional.
2. Aplicar y adaptar las evidencias encontradas en la intervención que está siendo llevada a cabo.

3. METODOLOGÍA

Perfil ocupacional (14) recogido mediante entrevistas, evaluaciones no estandarizadas e informes médicos.

El perfil ocupacional de mi paciente es el de un anciano que ha sufrido un infarto cerebral derecho de origen indeterminado, tipo TACI que a los dos meses ingresa en el HSJdD para su rehabilitación. Vive en casa con su mujer y una de sus hijas que le ayuda tanto a él como a su esposa. Vive en Zaragoza capital desde siempre, a poca distancia del recurso hospitalario, en una casa sin adaptaciones a su situación actual.

En el citado hospital se le hace un estudio diagnóstico más específico. El diagnóstico principal es el de una oclusión y estenosis múltiple y bilateral con infarto cerebral. Sindrómicamente, se detecta una hemiplejía flácida con afectación del lado no dominante, una hemihipoestesia izquierda y una hemianopsia homónima con componente de heminegligencia.

Solicita el tratamiento desde terapia ocupacional para devolverle las habilidades perdidas tras el ACV. Le preocupa no poder ayudar a su mujer en las tareas del hogar y ser una carga.

Las áreas principales donde el paciente encuentra problemas son las AVDB, las AVDI, las relaciones sociales y el disfrute del ocio y tiempo libre. Más adelante, mediante las evaluaciones pertinentes las desarrollaré con detalle.

Su contexto familiar facilita el progreso de algunas de estas áreas, pero su entorno social de amistades limita las relaciones sociales y el ocio.

Es una persona jubilada, que ha trabajado desde joven en una fábrica de material de acampada, con pocos hobbies en su tiempo libre y cuyo interés principal ha sido siempre la familia. Tiene una buena relación con su mujer y con sus hijas. Valora el esfuerzo, pero en estos momentos no es capaz de exigirse a sí mismo, ni de confiar en los resultados que le puede dar este tratamiento.

Desea poder caminar y ser útil en casa para hacer feliz a su mujer.

3.1. Procedimiento de evaluación inicial

Comienzo mi plan de tratamiento con un periodo profundo de evaluación y valoración de la participación, el desempeño y la habilidad ocupacional.

3.1.1. Competencia, identidad, participación y desempeño ocupacional. Habilidades de comunicación e interacción y habilidades motoras

La evaluación inicial la realizo suministrándole algunos cuestionarios del **Modelo de Ocupación Humana de Kielhoffner** (15) en sucesivas sesiones, cumplimentándose:

- El **OPHI** (16) con unos resultados donde predomina la disfunción ocupacional en el presente, pero no así en sus experiencias de vida pasadas.
- El **OCAIRS** (16) me permite conocer la participación ocupacional del paciente, que en este caso es bastante maladaptativa, especialmente en cuanto a intereses, destrezas y disposición para el cambio.
- El **cuestionario ocupacional (OQ)** (17) el cual da unos resultados con muy pocas actividades recreativas y ninguna de trabajo, y con unas valoraciones muy negativas del propio paciente hacia sus habilidades.
- El **Rol Checklist** (listado de roles) (17) tiene resultados alentadores porque la persona conserva intereses pero en la actualidad no está llevando a cabo ninguno de los roles que tuvo en el pasado y le son importantes, excepto el de familiar.
- **Evaluación de las habilidades motoras y de procesamiento (AMPS)** (18) tiene unos resultados positivos en los aspectos motores excepto la coordinación y la energía (sobreesfuerzo, atención, ritmo), pero son peores en cuanto a las habilidades de procesamiento en todos los aspectos (no organiza, no busca conocimiento ni se adapta adecuadamente).
- **Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS)** (16) me encuentro con una comunicación con valores aceptables pero con una interacción baja, excepto en el ambiente familiar.

3.1.2. Evaluación cognitiva y habilidades de procesamiento

- Evaluación cognitiva y de habilidades de procesamiento mediante el **Mini examen cognoscitivo (Minimental - MEC)** (19) con un resultado de 21/35 cuyos fallos aparecen en la orientación temporal y la comprensión de órdenes complejas (concentración, cálculo, lenguaje y construcción y praxis bidimensional).
- Evaluación más pormenorizada de sus déficit: **Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA)** (20) (21) donde se detecta un fracaso importante en la atención lo que lleva a una peor ejecución del resto de áreas. Realiza con éxito la orientación (excepto el año), la identificación de formas y objetos y la percepción espacial.

3.1.3. Evaluación física y sensorial

Realicé un estudio según los modelos analíticos comenzando por los **aspectos cinesiológico-articulares** (balance articular y muscular) con muy buenos resultados, a excepción de la musculatura intrínseca de miembro inferior y una limitación ligera y global del rango de movimiento articular de manos.

En la evaluación de los aspectos sensoriales cabe resaltar una disminución de la **propiocepción** (mediante el estudio posicional del segmento osteoesquelético con privación de la visión). Detecté que la propiocepción del brazo pléjico estaba muy afectada; no sabe decirme en qué posición está colocado y tiene la necesidad de mirar. No obtengo respuesta positiva de la posición de ningún segmento de MS.

Al no colaborar en la exploración táctil, presumo la existencia de un déficit pero no puedo saber si es de vía sensitiva estereoceptica o es central (estereognosia).

En consecuencia, observo un déficit propioceptivo claro, y un déficit estereoceptico dudoso.

Lo más probable para mí es que haya perdido una gran parte de sensibilidad táctil y dolorosa en la mano, además de la propiocepción a nivel de la extremidad superior lo que le incapacita para las AVD más que la existencia de un déficit motriz propiamente dicho.

3.1.4. Evaluación de las actividades de la vida diaria

- **Cuestionario básico de la vida diaria (Barthel)** (22) con un resultado de 30/100 lo que supone una incapacidad severa, fallando principalmente en el vestido, la deambulación, las transferencias y el cortado de alimentos.
- **Cuestionario de las actividades instrumentales (Lawton y Brody)** (22) con un resultado de 2/8 esperable debido a los déficits cognitivos sumados a los físicos.

3.2. Descripción del proceso de intervención

Tras la evaluación, analicé los resultados y me planteé unos objetivos basados en los intereses de mi paciente. Manifiesta que quiere poder volver a ayudar a su mujer y lo expresa muy concretamente diciendo que quiere poder pelar patatas y ayudar en las tareas del hogar.

Como terapeuta, vi que este objetivo era difícil de conseguir con las características del paciente y sus circunstancias, así que, para evitar un sentimiento de frustración en el usuario, lo dirigí hacia la consecución de una mayor autonomía en el autocuidado, lo que lograría, indirectamente, cumplir con el objetivo de ayudar a su mujer siendo una carga menor para ella y su familia.

En consecuencia, mi **objetivo general** de tratamiento es:

- ❖ Mejorar la autonomía en el desarrollo de las ABVD.

A partir de este objetivo tan amplio, me establezco unos **objetivos** más **específicos** con los que cumplir el general:

- Minimizar y/o compensar los problemas del campo de la motricidad y de la percepción visuo-espacial con la finalidad de mejorar las AVD.
- Mejorar la sensibilidad propioceptiva y estereoceptica.
- Integrar el hemicuerpo afectado en las citadas actividades.
- Entrenar y mejorar la atención.
- Propiciar experiencias positivas para facilitar una mejora de la autoestima.

Planteé mi objetivo general en base a que “los pacientes que reciben intervenciones de terapia ocupacional tienen menos probabilidades de empeorar y más probabilidades de ser independientes en su habilidad para realizar actividades personales de la vida diaria. Sin embargo, debe definirse la naturaleza exacta de la intervención de terapia ocupacional para lograr un beneficio máximo” (5).

Casi la totalidad del tratamiento, de dos meses de duración, lo he implementado yo, a excepción de las terapias grupales, impartidas por mi cotutora. Los materiales utilizados pertenecen al departamento de Terapia Ocupacional del HSJdD.

La **hemianopsia – heminegligencia** (la hemianopsia no permitía detectar la heminegligencia), fue detectada a través de la evaluación LOTCA, principalmente. En los artículos “Rehabilitación cognitiva para la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular” (6) y “Treatments of unilateral neglect” (7) realizan diferentes estudios en los que mediante rehabilitación cognitiva se logra mejorar este déficit. No arroja luz sobre los beneficios en la autonomía o la independencia del paciente, pero sí es un paso hacia la recuperación de esa heminegligencia.

Establecí los siguientes objetivos operativos, basados en mis objetivos específicos ya citados:

- Realizar actividades con estímulo verbal y luminoso en el hemisferio visual izquierdo para desencadenar reacciones de captura foveal (búsqueda de imágenes para emparejamiento u ordenación, vestido).
- Trabajar con actividades que requieran giro de cabeza a izquierda y derecha (apilamiento de objetos, conos).

En mi caso, he utilizado ejercicios cognitivos muy sencillos o tareas básicamente físicas y conocidas para evitar que apareciese la ansiedad ante lo desconocido.

Esta dificultad visual fue tratada en primer lugar porque me pareció esencial corregirla o educarla para conseguir éxito en el resto de tareas importantes para el paciente.

Dada la dificultad de la diferenciación entre si existía un **déficit táctil** periférico en el miembro afecto o era un **déficit de integración** cortical (estereognosia) y junto con el hecho del déficit claro propioceptivo, el adiestramiento estuvo centrado en el reconocimiento y manipulación de objetos y en toda la serie de actividades prácticas. Me propuse los siguientes objetivos: (8) (9)

- Educar en la visualización constante del miembro pléjico como sustitución del sentido del tacto (refuerzo verbal, vestido, transferencias).
- Educar el aspecto manipulativo-práxico (praxis ideomotora, ideatoria, constructiva, pinza fina) (23) (24) (25).

El LOTCA me ha aportado una visión clara de los déficits del paciente. Además de la heminegligencia, durante toda la prueba tuve que repetir frecuentemente las órdenes para que continuase con el ejercicio y lo comprendiera debidamente.

Por esto pretendí:

- Ejercitar la atención mediante ejercicios de inhibición-expectancia (26) (seguimiento de órdenes de palmadas, ejercicios de ritmo).
- Aumentar progresivamente los tiempos en las pruebas de la batería de Joynt y Benton (27).

Trabajé en la mejora de la atención mediante el entrenamiento, a pesar de que no se encontrase ganancia de este hecho en la independencia funcional (10). No obstante lo utilicé para mejorar su baja atención.

Para terminar, el último aspecto que trabajé fue la **integración del hemicuerpo** afectado mediante las actividades de autocuidado. Esta afectación la observé a través de las pruebas sensoroperceptivas, el balance muscular y en las praxis incluidas en el LOTCA.

Mis objetivos para la mejora fueron (11):

- Realizar actividades bimanuales (vestido, cortado de plastilina con cubiertos).
- Entrenar las transferencias (transferencia silla-cama).

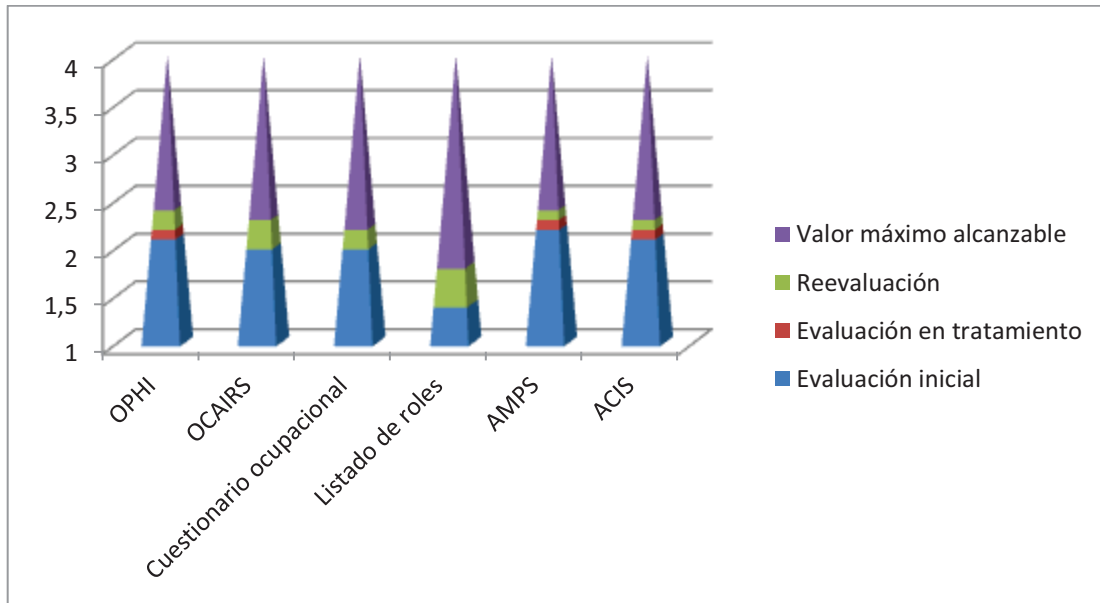
La principal limitación que me ha surgido durante el tratamiento con este paciente fue el importante déficit de atención que dificultaba la realización de las tareas y añadía un componente de peligrosidad que obstaculizaba el manejo terapéutico del paciente.

Además, la ansiedad y la aparente depresión aumentaban la sensación de frustración del paciente, a pesar de las mejoras evidentes que no parecía dispuesto a reconocer.

4. DESARROLLO

4.1. Reevaluación

La reevaluación del paciente la llevé a cabo mes y medio después del fin del tratamiento. Para ello, utilicé las mismas escalas de valoración utilizadas en la evaluación inicial, para poder comparar si había obtenido mejoras.



En el **OPHI** se ha producido una mejora a nivel de la Escala de competencia ocupacional. Resulta una calificación de 2,4. Lo que equivale a una cierta disfunción ocupacional.

En el **OCAIRS** ha aumentado el número de situaciones adaptativas como el ambiente físico y los hábitos, resultando una puntuación de 2,3.

El **cuestionario ocupacional** ha mejorado en el aspecto de que ha introducido actividades de recreación en su vida. Sugiere una puntuación de 2,2.

El **listado de roles** apenas ha variado. He notado que ha retomado el rol de amigo. Puntuación de 0,8.

Del **AMPS** han mejorado los aspectos motores tales como la gestión de la energía y la atención. Total de 2,4.

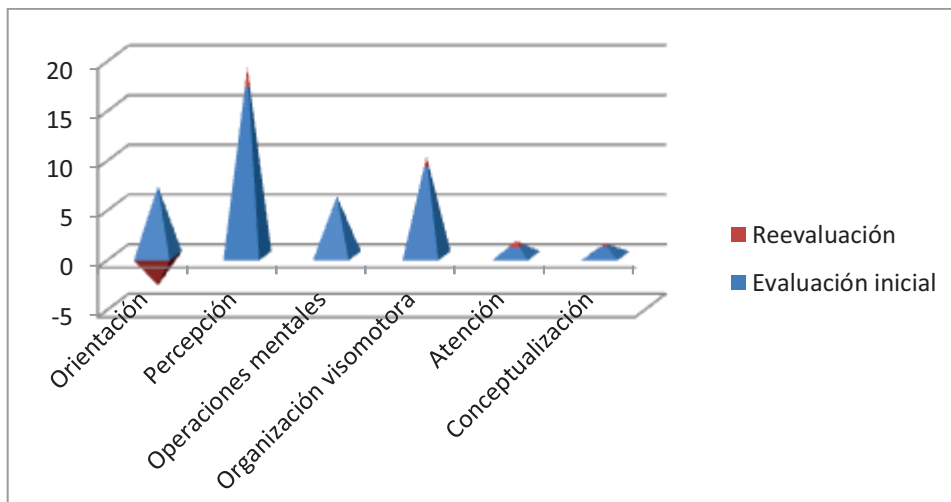
El **ACIS** ha mejorado la expresión de los sentimientos y necesidades y que en casa ya trata de solicitar explicaciones cuando no entiende algo. Puntuación de 2.3.

Según estas puntuaciones numéricas podríamos referir estas situaciones ocupacionales:

- 1: extrema disfunción ocupacional (déficit).
- 2: algo de disfunción ocupacional (inefectivo).
- 3: función ocupacional buena, apropiada, satisfactoria (cuestionable).
- 4: función ocupacional excepcionalmente competente (competente) (16).

De las valoraciones cognitivas, el **MEC** empeoró con un resultado de 18/35, por fallo en la memoria y en la orientación temporal.

En el **LOTCA** volvió a fallar la fecha, mejoró la identificación de figuras superpuestas, la praxis ideomotora (percepción) y la reproducción de formas geométricas (organización visomotora). También hay cierta mejora en la atención y la conceptualización.



En las actividades de la vida diaria, el **Barthel** ha dado un resultado de 35/100 con mejora en el vestido y las transferencias. Necesita supervisión y refuerzo verbal, pero las ayudas físicas son mucho menores.

El **Lawton y Brody** se mantiene 2/8, sin mejoría.

En cuanto a la valoración física y sensorceptiva, no obtuve resultados apenas diferentes a los iniciales.

Con todos estos datos, interpreto una leve mejoría que se refleja en las AVD como el vestido, la higiene personal y las transferencias. Todas las mejoras observadas en las demás evaluaciones afectan de manera positiva al desempeño de estas actividades y, por tanto, deberían mejorar el autoconcepto del usuario y su motivación, pero el síndrome ansioso-depresivo del paciente impide el reconocimiento de las mejoras.

Comparando mis resultados con los objetivos de intervención puedo decir que he alcanzado, al menos en parte, el objetivo general que me planteé (mejorar autonomía en ABVD).

Partía de un desempeño muy pobre en un usuario con las capacidades físicas bastante conservadas, pero no las sensoriales ni las cognitivas. La mejora principal se ha dado en la integración del hemisferio afectado y en la mejora de la praxis. Sigue necesitando supervisión y apoyo verbal ya que la atención no ha mejorado apenas. La depresión sigue dificultando la expresión de intereses, la motivación y la valoración de los éxitos.

No se han podido cumplir todas las mejoras previstas en los artículos y no puedo aseverar que se hayan debido a mi tratamiento, pero considero que ha sido una experiencia personal con ligera mejora para el paciente y una fuente de aprendizaje en el manejo del mismo muy importante para mí.

Por último, hacer una reflexión acerca de la importancia de la motivación en el paciente para su mejoría. He observado que sin motivación y sin objetivación del éxito, la mejoría no se traslada al aspecto subjetivo del propio paciente, es decir, no llega al nivel del subsistema volitivo (MOHO).

Por otra parte, la importancia del equipo multidisciplinar a la hora de elaborar el plan de tratamiento de cualquier paciente (me he apoyado en mi cotutora, en la fisioterapeuta y la médica). Además, la participación en grupos de terapia ha tenido beneficios (palabras de apoyo, de ánimo, reconocimiento de méritos) pero también sus perjuicios (introyecciones negativas, desmotivación, juicios de valor) lo que me lleva a tener en cuenta la necesidad del control de dichos grupos.

En un futuro, para este caso me gustaría contar con un psicólogo o psiquiatra en el equipo profesional para mejorar el aspecto de la depresión que repercutirá positivamente en mi trabajo. Si hubiera tenido la posibilidad, también hubiera deseado tener contacto directo con la familia y realizar intervención en el domicilio.

5. CONCLUSIONES

Terminado este trabajo, puedo concluir que he cumplido en gran medida los objetivos que me planteé.

He revisado las fuentes bibliográficas que me permitían llegar al conocimiento de las evidencias científicas posibles en la rehabilitación del ACV desde la TO dentro de mis limitaciones propias de un alumno que realiza una primera incursión seria en el campo de la investigación.

El segundo objetivo se ha realizado en función de los datos adquiridos a partir de las evidencias científicas que me han llevado a las evaluaciones pertinentes, obteniendo un marco de trabajo para los objetivos concretos y llevando a cabo una reevaluación que nos muestra una mejoría en ciertos aspectos del espectro ocupacional.

Finalmente, estoy bastante satisfecha de los aprendizajes adquiridos con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Marta Moreno J (coordinador autonómico de la estrategia en ictus del sistema nacional de salud). Lou Alcaine ML y Marzo Arana J (coord. Del documento). Programa de atención a pacientes con ictus en el Sistema de Salud de Aragón. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Zaragoza, diciembre de 2009. Actualización diciembre 2012. p. 7
- (2) Medrano Alberio MJ, Boix Martínez R, Cerrato Crespán E, Ramírez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet]. 2006 Ene [acceso 14 marzo 2013]; 80(1): [05-15]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v80n1/colaboracion1.pdf> p. 9-12.
- (3) Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Rehabilitation of the stroke: evaluation, prognosis and treatment. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal de Valdeorras. Galicia Clin [revista en Internet] 2009 [acceso 16 marzo 2013]; 70 (3): [25-40]. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/5/81.pdf> p. 25-31.
- (4) Díez Tejedor E, Comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. [monografía en Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neurología, 2004 [acceso 16 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/guias/2004/Guia%20SEN%20ictus.pdf> p. 9 y 97.
- (5) Legg L, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD003585. DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub2.
- (6) Bowen A, Lincoln NB Rehabilitación cognitiva para la negligencia espacial después de un accidente cerebrovascular (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008

- Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- (7) Samuel R. Pierce, MSPT, Laurel J. Buxbaum, PsyD. Treatments of Unilateral Neglect: A Review. Review article. En: 2002 by the American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Disponible en: <http://www.smpp.northwestern.edu/savedLiterature/Pierce2002Arch%20Phys%20Med%20Rehabil83p256-258.pdf>. Arch Phys Med Rehabil Vol 83, February 2002. [Acceso 10 marzo 2013]
 - (8) Doyle S, Bennett S, Fasoli SE, McKenna KT. Interventions for sensory impairment in the upper limb after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD006331. DOI:10.1002/14651858.CD006331.pub2.
 - (9) Schabrun SM and Hillier S. Evidence for the retraining of sensation after stroke: a systematic review (Structured abstract). Centre for Reviews and Dissemination. Clinical Rehabilitation, 2009, 23(1), 27-39.
 - (10) Lincoln N, Majid M, Weyman N. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002842. DOI: 10.1002/14651858.CD002842.
 - (11) Giulianne Krug, MA, OTR/L & Guy McCormack, PhD, OTR/L. Occupational Therapy: Evidence-Based Interventions for Stroke. School of Health Professions. University of Missouri. March/April 2009. p. 147-148/3-4. [Acceso 10 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.msma.org/docs/communications/Momed/Occupational%20Therapy%20Interventions%20for%20Stroke.pdf>.
 - (12) Kielhofner G. Introducción al Modelo de Ocupación Humana. En: Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: terapia ocupacional: teoría y aplicación. 4ª Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2011.
 - (13) Orden Hospitalaria de San Juan de Dios [sede Web] Sant Boi de Llobregat: Orden Hospitalaria San Juan de Dios; 2010

- [actualizada 2013; acceso 14 abril de 2013]. Disponible en: www.ohsjd.es
- (14) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [3/02/2013]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). p. 36-37
 - (15) Kielhofner G. Dimensiones del quehacer. En: Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: terapia ocupacional: teoría y aplicación. 4ª Edición. Buenos Aires. Editorial Panamericana. 2011. p.101-109
 - (16) Hemphill-Pearson BJ. Assessments in Occupational Therapy Mental Health. An Integrative Approach. 2nd Edition. USA: Slack Incorporated; 2008. p. 166-171.
 - (17) MOHO Clearinghouse [sede Web]. Chicago: University of Illinois; 2008 [actualizado el 19 de abril de 2013; acceso 3 febrero 2013] Translated MOHO assessments. Disponible en: <http://www.uic.edu/depts/moho/mohorelatedsrcs.html#Spanish>
 - (18) Fisher A, Bryze & Kielhofner G. Manual del Usuario. Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento [monografía en Internet]. 1987 [acceso 24 marzo de 2013]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/131615559/AMPS-Completo>
 - (19) Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas en neurología. 2ª Edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2008. p. 150-151. Disponible en: http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf
 - (20) Lotca. LOTCA Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) Battery II [sede Web] Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment; 2012 [actualizado 3 mayo 2013; acceso el 3 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.lotca.com/lotca-battery-ii/>

- (21) Lotca. LOTCA Cognitive battery [sede Web] Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment; 2012 [actualizado 3 mayo 2013; acceso 3 mayo 2013]. Disponible en: <http://www.lotca.com/lotca-cognitive-battery/>
- (22) Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas en neurología. 2ª Edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2008. p. 38-39. Disponible en: http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf
- (23) Gómez Tolón J. Realización práxico-constructiva bidimensional. En: Gómez Tolón J. Habilidades y destrezas en terapia ocupacional. 1ª Edición. España. Mira Editores. 2000. p. 50
- (24) Gómez Tolón J. Realización práxico-constructiva tridimensional. En: Gómez Tolón J. Habilidades y destrezas en terapia ocupacional. 1ª Edición. España. Mira Editores. 2000. p. 72
- (25) Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. 1ª Edición. España. Mira Editores. 1997. p. 100-102
- (26) Gómez Tolón J. Rehabilitación psicomotriz en los trastornos de aprendizaje. 1ª Edición. España. Mira Editores. 1997. P. 154-179.
- (27) Joynt, R. J.; Benton, A. L.; Fogel, M. L. Behavioral and pathological correlates of motor impersistence. Neurology, Vol 12(12), 1962, 876-881.
- (28) Psicología y daño cerebral [sede Web] Los accidentes cerebrovasculares: ictus y derrame cerebral (y II). Víctor M. García González. [5 Mayor 2011; acceso 28 Abril 2013] Disponible en: <http://neuropsicologica.blogspot.com.es/2011/05/los-accidentes-cerebrovasculares-ictus.html>