



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Propuesta de intervención desde terapia ocupacional, en niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica

Occupational therapy intervention proposal for
children with cerebral palsy spastic hemiparesis.

Autor

Marina Cutié Arnalda

Director

Elena Ramos Romero

Facultad de Ciencias de la Salud

2022/2023

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. DESARROLLO.....	15
4.1 Fase de evaluación:.....	15
4.2 Fase de intervención:.....	19
4.3 Fase de reevaluación:.....	30
5. DISCUSIÓN.....	32
6. CONCLUSIÓN.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34
8. ANEXOS.....	38

RESUMEN

La parálisis cerebral, es un trastorno del desarrollo de la postura y del movimiento de carácter persistente. Actualmente, es la patología que provoca más alteraciones motrices en los niños.

El presente trabajo, se centra en la elaboración de una propuesta de intervención en niños entre 6 y 12 años, que padezcan parálisis cerebral de tipo hemiparesia espástica; es el tipo más común de parálisis cerebral en relación a la afectación motora, conlleva un incremento del tono muscular y afecta a uno de los dos lados del cuerpo.

Al ser un trastorno incurable, los niños van a experimentar muchos problemas en la realización de actividades de la vida diaria, como el vestido o la alimentación, por tanto el objetivo principal, es elaborar una propuesta de intervención desde terapia ocupacional, centrada en las AVD del vestido y alimentación de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica, para mejorar la calidad de vida y aumentar su autonomía.

Esta propuesta de intervención, está basada en el modelo centrado en la familia y será llevada a cabo en los entornos naturales del niño, los padres, son el pilar fundamental de los niños y van a ser una parte activa de la intervención. Se les dotará de estrategias para aumentar su autonomía. Previamente a todo ello, se llevará a cabo una revisión bibliográfica, que permita obtener conocimientos e información actualizada para elaborar un plan de intervención lo más eficaz posible.

Palabras clave: Terapia ocupacional, parálisis cerebral infantil, tetraparesia espástica, intervención

ABSTRACT:

Cerebral palsy is a persistent developmental disorder of posture and movement. It is currently the pathology that causes most motor disorders in children.

This work focuses on the development of an intervention proposal for children between 6 and 12 years old suffering from cerebral palsy of the spastic hemiparesis type; which is the most common type of cerebral palsy in terms of motor impairment as well as it involves an increase in muscle tone and affects one of the two sides of the body.

As it is an incurable disorder, children will experience many problems in carrying out activities of daily life, such as dressing or eating. Therefore, the main aim is to develop an intervention proposal from occupational therapy focused on dressing and eating ADLs for children with spastic hemiparesis cerebral palsy in order to improve their quality of life and increase their autonomy.

This intervention proposal is based on the family-centred model and will be carried out in the children's natural environment, so parents are the fundamental pillar of the children and will be an active part of the intervention. They will be provided with strategies to increase their autonomy. Prior to all this, a bibliographical review will be carried out in order to obtain updated knowledge and information to draw up the most effective intervention plan possible.

Keywords: Occupational therapy, infantile cerebral palsy, spastic tetraparesis, intervention.

1. INTRODUCCIÓN

Más de 150 años después de la acuñación del término parálisis cerebral, (de ahora en adelante PC), aún existen discusiones sobre su definición y clasificación, ya que, algunos de estos niños y niñas (a partir de ahora con la palabra niños se engloba a niños y niñas) se caracterizan por movimientos involuntarios, no parálisis.

La definición aceptada más recientemente, propuesta por un comité de expertos en 2005, dice, que es un trastorno del desarrollo de la postura y del movimiento de carácter persistente, aunque no invariable, que condiciona una limitación en la actividad, secundario a una agresión no progresiva, a un cerebro inmaduro.

La PC es por definición una enfermedad crónica, lo cual es importante en la previsión de recursos, no tiene cura pero con una intervención apropiada podrá alcanzar una vida plena, además, a causa de la interacción de alteraciones en los patrones de movimiento típicos de la lesión, y los procesos de maduración del sistema nervioso (de ahora en adelante SN), se activan nuevas regiones y funciones, la aparición de nuevos signos puede dar una falsa impresión de progreso.

El trastorno motor de la PC, estará acompañado frecuentemente de otros trastornos, (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionarán de manera importante, el pronóstico individual de estos niños. Las causas de la PC son diversas, desde una infección intrauterina, malformaciones cerebrales, nacimiento prematuro, asistencia incorrecta en el parto... (1,2).

La PC es la patología pediátrica, que hoy en día provoca más disfunciones motrices en los niños y causa más discapacidad. Suele ser diagnosticada sobre los 2 años de edad, aunque en general no se incluye en el registro hasta los 4-5 años, además es más prevalente en prematuros de antes de las 28 semanas de gestación.

La parálisis cerebral afecta aproximadamente a 1 de cada 500 personas en todo el mundo. Las últimas cifras de ASPACE (Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral), organización dedicada a apoyar a las personas con la enfermedad, indican que en España hay alrededor de 120.000 casos (3).

En la clasificación de las PC, encontramos distintos grupos según los miembros afectados: **la diparesia**, que conlleva que las cuatro extremidades están dañadas, pero se acentúa más la afección en los miembros inferiores; **la tetraparesia**, que están afectadas de la misma manera las cuatro extremidades y **la hemiparesia**, que afecta a uno de los dos lados del cuerpo y es uno de los tipos más comunes de PC.

Otra forma de clasificar la PC, está basada en los patrones de movimiento que presenta el niño, de esta forma la podemos dividir en espástica (85%), discinética (7%, que incluye distonía y coreoatetosis) y atáxica (4%) (4).

La espasticidad, es la afectación motora más frecuente de la PC, conlleva un incremento del tono muscular, como resultado, origina un aumento de la resistencia al movimiento pasivo, debilidad muscular, espasmos, exacerbación de los reflejos, acortamiento, deformidades musculares, pérdida de destreza, y se aminora el movimiento activo, por lo cual, el niño es incapaz de realizar los movimientos motores correspondientes a su edad.

En la discinética, destacamos movimientos involuntarios, incontrolados, recurrentes y ocasionalmente estereotipados.

En la PC atáxica, nos encontramos con una falta de coordinación muscular, por lo que los movimientos son realizados con alteraciones de la fuerza, ritmo y precisión (4-6).

Por todo ello, es imprescindible una atención adecuada desde un equipo multidisciplinar, ya que tienen unas exigencias médicas que son esenciales tratarlas, para que su calidad de vida sea la más óptima posible (2,7).

La causa más común de la PC hemiparesia espástica, es la prenatal (70%) ya sea por un accidente cerebrovascular o una malformación y es el segundo tipo más reiterado de la PC, por ello en este trabajo nos vamos a centrar en este tipo de parálisis, ya que la terapia ocupacional (de ahora en adelante TO) es de vital importancia en las intervenciones con este tipo de niños (1).

Todos los niños con PC, padecen dificultades en el control de movimientos y la postura. En muchos de ellos, también es común la presencia de condiciones relacionadas con la discapacidad intelectual, convulsiones, problemas de visión, audición, dificultades en el habla, problemas relacionados con la columna vertebral como puede ser la escoliosis o contracturas de algunas articulaciones.

Las afectaciones son muy variadas, dependiendo del tipo y de la severidad, algunos tendrán dificultades para hablar, caminar o utilizar sus manos, esto hace que a los niños les resulte más difícil el avance en la destreza manual y la motricidad fina. En la PC espástica, se puede distinguir que los movimientos son más costosos debido a la gran rigidez y tensión en los músculos de estos niños, además, muchos de ellos también necesitarán apoyo para la mayoría de las actividades de la vida diaria (AVD a partir de ahora) (8-10).

Muy unido con el trastorno motor, encontramos el desarrollo de problemas emocionales y psicológicos, como depresión, ansiedad y un bajo nivel de autoestima, ya que el aislamiento físico por las dificultades que los niños tienen, la estigmatización social, unido a una mala adaptación del entorno, aumentan el riesgo a padecer este tipo de trastornos.

Debido a las dificultades del habla, y a la presencia de discapacidad intelectual, en alguno de los casos las dificultades del aprendizaje pueden ser notables, pero esto no siempre ocurre así, hay niños con PC que pueden tener un coeficiente intelectual más alto que lo habitual.

Algunos de los niños con PC, tienen dificultades para calcular distancias o para formar elementos en tres dimensiones, por lo que tendrán un desajuste en la percepción espacial, está relacionado con una anomalía en una zona del cerebro, pero no tiene relación directa con la inteligencia (11,12).

Estos síntomas dificultan la realización de las actividades del vestido, higiene, alimentación así como, participar en actividades de juego tanto educativas como sociales. Por lo tanto, estos niños tendrán algunas limitaciones en su autonomía y en su participación ocupacional (13).

Debido a que la PC es un trastorno incurable, las personas tienen que convivir con él durante toda la vida, la TO es una especialidad, que engloba toda la intervención con el fin de mejorar las competencias funcionales, e incrementar su calidad de vida así como su autosuficiencia.

Nuestra disciplina actúa en gran cantidad de intervenciones y enfoques en el progreso, para hacer más llevadero el proceso hasta la independencia funcional.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, WFOT (World Federation of Occupational Therapists), define a la Terapia Ocupacional, como “una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la

ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional, es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales, logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación” (14).

Según la dependencia de cada niño, la vida familiar puede cambiar; cuando el nivel es alto, van a necesitar mucha asistencia y atención para poder realizar todas las AVD (14,15).

Los terapeutas ocupacionales, nos encargamos del asesoramiento, adaptación y enseñanza sobre el uso de un producto de apoyo, la finalidad, es que las personas puedan hacer las actividades de su interés de forma independiente, segura y fácil. Los terapeutas, realizaremos evaluaciones de forma individual, para recomendar el producto que mejor se adapte a cada persona y ayudar a realizar las tareas, que les resultan más costosas o que sin este tipo de ayudas no las podrían llevar a cabo (9,13).

Los productos de apoyo, van a dar sostén y seguridad a la persona que haga uso de ellos. En 2008 pasaron de llamarse Ayudas Técnicas a Productos de Apoyo, y fueron definidos por AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) como: “Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación” (16).

Un objetivo de TO, es llevar a cabo la intervención desde un tratamiento individualizado, lo ideal sería empezar antes de los dos años en aquellos niños con riesgo de presentar una PC.

Para esta propuesta de intervención, nos vamos a centrar en niños desde los 6 años hasta los 12 años, ya que se encuentran en un proceso de ganar autonomía e independencia en sus actividades básicas de la vida diaria.

Para llevar a cabo el programa, nos centraremos en el Modelo Centrado en la Familia. En Europa se han hecho investigaciones que respaldan el modelo centrado en la familia, puesto que señalan la importancia de la comunicación y

relación que instaura el terapeuta con la familia para que la intervención sea efectiva (17).

La familia, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), "es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. Brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella" (18).

En este modelo, el terapeuta debe tomar un rol de colaborador con la familia del niño, por lo que es imprescindible, establecer una comunicación fluida, una escucha activa y tener la capacidad de flexibilizarse para darle el lugar correspondiente y que se sienta parte activa durante toda la intervención. También es primordial, saber reconocer las necesidades de la familia así como las del niño.

Algunos autores como Pereda, Bronfenbrenner, Sameroff, Fiese o Feuerstein enfatizan, la trascendencia de la interrelación del niño con su entorno, facilitando vivencias de aprendizaje en los ambientes ya conocidos y naturales para ellos, y de qué manera afecta en el desarrollo sus competencias individuales; por ello, el hogar es el lugar donde nuestra intervención va a ser más afectiva, y el TO comprenda mejor las ocupaciones, gustos, motivaciones e intereses así como las dificultades o limitaciones del niño y así prestar una intervención grata y conveniente (19-21).

Las evaluaciones, nos van a ayudar a obtener datos cuantitativos estandarizados y van a complementar toda la recogida de información para una adecuada intervención.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Elaborar una propuesta de intervención desde terapia ocupacional, centrada en las AVD del vestido y alimentación de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica para mejorar la calidad de vida y aumentar su autonomía.

Objetivos específicos:

- Identificar las dificultades de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica, mediante evaluaciones estandarizadas en las áreas del vestido y alimentación.
- Hacer un estudio de las posibles barreras físicas y ambientales, que limiten o dificulten la autonomía de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica, en el vestido y alimentación y así ajustarse a las necesidades individuales de estos, mediante la eliminación o modificación de las que sea necesario.
- Mejorar el desempeño en el área del vestido hasta que logre alcanzar la máxima autonomía posible, así como analizar, recomendar e integrar de forma individualizada, las posibles ayudas técnicas o productos de apoyo para favorecer dicha autonomía, en caso de ser necesario.
- Aumentar la autonomía en el área de alimentación valorando y entrenando los requisitos necesarios para ello, así como estudiar y dotar en caso de que sea necesario, de los productos de apoyo y ayudas técnicas para que el niño pueda realizar la tarea de forma más autónoma.
- Evaluar la efectividad del programa de intervención terapéutica, mediante la comparación de los resultados obtenidos en las evaluaciones iniciales y las evaluaciones finales.

3. METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo el presente trabajo sobre una propuesta de intervención, ha sido precisa la búsqueda de textos que nos posibilitará la recogida de información acerca del tema seleccionado.

Las principales fuentes utilizadas en la búsqueda de información, han sido las bases de datos de Pubmed, Scielo y Dialnet además de otros recursos como Alcorze o Google Académico. También ha sido indispensable consultar otro tipo de fuentes como libros, tesis o revistas.

Los descriptores en español empleados en las estrategias de búsqueda han sido: "Parálisis Cerebral Infantil", "Hemiparesia", "Espasticidad", "Hemiparesia Espástica", "Terapia Ocupacional" "Familia", "Domicilio"; y en inglés: "Cerebral Palsy", "Hemiparesis Spastic", "Infantile Cerebral Palsy" y "Occupational Therapy" "Youth", "Home programs", "Family".

Junto con los descriptores, se utilizaron criterios de inclusión, que fueran documentos científicos y en cualquier idioma; y criterios de exclusión, si el artículo era más antiguo del 2010 o no estaba actualizado.

Tras la búsqueda de información, se plasmaron los objetivos, para la mejora de la autonomía en el área del vestido y la alimentación de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica.

Como se detalla en la introducción, vamos a llevar a cabo la propuesta de intervención, desde el modelo centrado en la familia. Las sesiones se realizarán en el domicilio de cada niño, por lo que la intervención será individual y ajustada a las necesidades de cada uno.

Para realizar este programa de intervención, y como ya se menciona anteriormente, nos vamos a focalizar en niños de 6 a 12 años, ya que están en un proceso de adquirir gran autonomía en las áreas del vestido y de alimentación, además, nos centraremos en niños, en los que su nivel cognitivo no estará alterado, por lo que tendrán capacidad para hablar, tomar decisiones por ellos mismos y expresar sus preocupaciones y preferencias a la hora de marcar los objetivos.

Las sesiones las realizaremos llevando a cabo 2 sesiones por semana, de 50 minutos cada una, e intentando que la intervención se produzca en días alternos,

concretando si serán los lunes y miércoles o martes y jueves. La duración total de la intervención, será aproximadamente de 12 semanas, desde la evaluación pasando por la intervención hasta la reevaluación.

Fase de evaluación: Para comenzar el proceso, los TO debemos de utilizar las evaluaciones estandarizadas, son de gran importancia para medir de forma equivalente a todos los niños (22).

Tanto la historia clínica, como las observaciones directas, serán herramientas de valoración que nos ayudarán a entender mejor las necesidades de cada niño, en cada momento. Las personas que formarán parte de este programa serán los niños y niñas con sus respectivas familias, además, durante todo el proceso, los padres serán partícipes de la intervención y se podrán modificar objetivos, o valorar los que sean más importantes y necesarios de conseguir para ellos.

Para comenzar el programa de intervención, realizaremos una entrevista, en la que asistirán tanto los padres, como el niño, esto, nos facilitará establecer los objetivos que son primordiales para ellos, y nos podrán expresar con libertad cuáles son sus preocupaciones, además, le preguntaremos al niño, acerca de sus intereses para elaborar el programa de intervención de forma individualizada, dándole importancia a las preferencias de éste y así, aumentar su motivación y que las actividades sean de interés para él. También realizaremos una evaluación del entorno para estudiar la accesibilidad que tiene el niño en el domicilio.

Por otro lado, el instrumento que utilizaremos para medir la capacidad funcional en el vestido y en la alimentación, será el Índice de Barthel (anexo 1) ya que es una evaluación propia de la terapia ocupacional, es fácil de pasar y rápida, además, nos mostrará datos sobre su independencia en estas áreas y si lo hace con ayuda o no.

Es una escala, que valora el nivel de independencia en las AVD, nos proporciona información valiosa y fiable, tanto con el resultado global de puntos, como con la puntuación individual de cada ítem valorado, por ello, vamos a valorar independientemente el vestido y la alimentación, esta manera nos servirá para comprender mejor las deficiencias individuales del niño (23,24).

Otro instrumento que utilizaremos para valorar a los niños en esta intervención será la herramienta GMFM (Gross Motor Function Measure) (Anexo 2), un instrumento observacional estandarizado ideado para medir cambios en la

función motora gruesa a lo largo del tiempo en niños y niñas con PC desde los 5 meses a los 16 años de edad.

Se trata de un instrumento de observación válido, fiable y sensible. Consta de 88 ítems (anexo 3) agrupados en cinco dimensiones diferentes (tumbarse y rodar, sentarse; gatear y arrodillarse; de pie; caminar correr y saltar) su principal objetivo, es medir el grado de movimiento funcional en el niño y aprovecharlo lo máximo posible en las actividades, en este caso en las tareas del vestido y la alimentación (25,26).

La duración de esta fase será de tres sesiones.

Fase de intervención: En base a los resultados previos, y considerando las necesidades únicas de cada niño, se plantean distintos objetivos para trabajar con ellos y con las familias en las diferentes sesiones. Los objetivos se escribirán en la escala de Logros de Objetivos (GAS, por sus siglas en inglés) y en la última fase del programa, se valorarán los objetivos que han sido conseguidos por el niño.

Realizaremos 19 sesiones de intervención, 2 sesiones de 50 minutos cada semana, trabajando para mejorar la autonomía en la alimentación y el vestido; las llevaremos a cabo de manera individual en el domicilio de cada niño.

En el caso de que el niño no pueda completar la sesión por cualquier causa, o no esté receptivo con las actividades que le hemos preparado, será conveniente adecuarse a las necesidades que tenga en ese momento y modificar las actividades en función de lo que el niño requiera, sin olvidarnos de los objetivos que queremos completar en la sesión.

Las sesiones se llevarán a cabo por un terapeuta ocupacional, será importante la presencia de los padres porque, será un pilar fundamental durante la intervención, de modo que podremos modificar objetivos y nos podrán expresar sus preocupaciones y preferencias a trabajar con el niño. Tal y como se explica anteriormente, es importante que las intervenciones se realicen en el entorno natural del niño por lo que será la terapeuta la que se desplace hasta el domicilio.

Esta fase tendrá una duración de aproximadamente 9 semanas.

Fase de reevaluación: En esta fase, se evalúa la efectividad del programa, comparando los resultados obtenidos en las evaluaciones, volveremos a pasar el el índice de Barthel para comprobar si hay una evolución y mejora en el niño con respecto al inicio del programa. En esta sesión será imprescindible la presencia del niño pero no es necesario que estén los padres.

Además utilizaremos la escala de Logros de Objetivos (GAS, por sus siglas en inglés) como una medida efectiva en la identificación de resultados significativos para los padres y familiares. Se utiliza para allanar el problema de poder evaluar si las intervenciones alcanzan los resultados esperados o no. Se llevará a cabo en la última sesión junto con los padres para la valoración final.

Los objetivos, ya fijados en la fase de evaluación, deben de predecir que se espera que el niño alcance después del periodo de intervención, e identificar incrementos iguales por encima y por debajo del nivel de desempeño esperado. En general se usa una escala de cinco puntos para graduar los objetivos de -2 a +2 donde 0 es el nivel esperado de desempeño (27).

La duración de esta etapa aproximada será de dos sesiones.

A continuación, se muestra un cronograma, de cómo resultan las etapas de intervención suponiendo que los días elegidos fueran los martes y los jueves.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	S	D
1º SEMANA		Evaluación		Evaluación			
2º SEMANA		Evaluación		Intervención vestido			
3º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
4º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
5º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
6º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
7º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
8º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
9º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
10º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
11º SEMANA		Intervención alimentación		Intervención vestido			
12º SEMANA		Revaluación		Revaluación			

4. DESARROLLO

El plan de intervención será llevado a cabo en el domicilio, 2 sesiones a la semana, cada una de 50 minutos y consta de las siguientes fases:

4.1 Fase de evaluación:

Esta fase se llevará a cabo durante tres sesiones.

Resulta de gran importancia, estudiar y detallar las causas de lo que le sucede y afecta al niño, cuando se trata de la capacidad para comprometerse y alcanzar el logro en sus objetivos, centrándonos en las capacidades del niño y en las barreras ambientales de su entorno.

1º SESIÓN EVALUACIÓN	
Lugar	En el hogar, lo más recomendado sería en una habitación donde el terapeuta, los padres y el niño estuvieran cómodos, con una distancia apropiada y no hubiera ruido para poder hablar adecuadamente y de forma tranquila, se recomienda una mesa para poder apuntar lo recogido en esta primera anamnesis.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Tranquilo, con buena luz y sin distractores
Materiales	Hoja de papel, bolígrafo y un guión con las preguntas imprescindibles
Objetivos que se cumplen	Los padres, nos expresarán cuales son las dificultades que ven en los niños, y así podremos recogerlas y definir junto a ellos, la prioridad de estas a la hora de establecer los objetivos de trabajo. Además, también le preguntaremos al niño, para que nos diga en qué actividades cree que tiene más problemas y cuáles le gustaría mejorar.

	<p>En este primer encuentro, será imprescindible hacer una valoración del entorno, le pediremos a los padres que nos enseñen el acceso que tiene el niño a su ropa, calzado, utensilios de cocina, en qué silla suele comer, a qué altura de la mesa se encuentra, si es correcta... Con todo esto, podremos valorar si el acceso del niño, es correcto o hay que modificar el entorno, para ofrecerle más oportunidades de autonomía. Además, observaremos si la disposición le permite al niño desde la elección de qué ponerse o donde sentarse, hasta la posibilidad de colaborar con la recogida de la ropa o de la comida.</p>
<p>Qué y cómo se lleva a cabo</p>	<p>Tenemos que tener en cuenta, que es el primer contacto terapeuta-familia, por lo que será importante el respeto, empatía y la escucha activa, para establecer una buena relación terapéutica.</p> <p>Realizaremos una entrevista semi estructurada, la llevaremos a cabo de forma que los padres nos guíen sobre los objetivos que quieren llevar a cabo, además será importante, que como terapeutas, repasemos el guión para no olvidar ninguna pregunta y que la intervención se lleve a cabo de manera individualizada.</p> <p>En este primer contacto, será importante observar los comportamientos del niño y preguntar acerca de los gustos e intereses. Como terapeutas, debemos dejar claro cómo vamos a intervenir y si tienen cualquier duda, resolverla.</p>

2º SESIÓN EVALUACIÓN	
Lugar	Se realizará en el hogar, para llevar a cabo la evaluación del vestido, será recomendable donde el niño se suela vestir, y de igual manera realizaremos la evaluación de la alimentación, donde el niño suela comer.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y el habitual para el niño, con buena luz, los padres estarán presentes en todo el proceso.
Materiales	Índice de Barthel, bolígrafo
Objetivos que se cumplen	Identificar las dificultades de los niños con parálisis cerebral hemiparesia espástica, mediante evaluaciones estandarizadas en las áreas del vestido y alimentación.
Qué y cómo se lleva a cabo	<p>Le pasaremos al niño el Índice de Barthel, es importante que lo haga de la manera que habitualmente lo hace, para no obtener sesgos en la evaluación, en el caso que no se ponga ninguna prenda, marcaremos que es totalmente dependiente y será de utilidad preguntar en lo que tienen más dificultades, tanto los padres como el niño.</p> <p>También será útil que observemos al niño mientras lleva a cabo la actividad, de forma que observemos sus rangos de movimiento, donde tiene más dificultades, e ir estudiando los posibles productos de apoyo o recomendaciones que les permitan mayor autonomía.</p>

3º SESIÓN EVALUACIÓN	
Lugar	La evaluación la realizaremos en el domicilio, la terapeuta traerá todos los materiales necesarios para llevar a cabo la evaluación.
Tiempo	50 minutos (se necesitan aproximadamente 45-60 minutos para completar la GMFM)
Ambiente	<p>Debe animar al niño a que logre el mayor esfuerzo posible en cada ítem efectuado, la habitación debe ser suficientemente grande, para acomodar el equipamiento necesario, al niño, al examinador y a los padres.</p> <p>El niño, deberá sentirse cómodo durante la prueba y los padres no podrán ayudar al niño en ninguno de los ítems.</p>
Materiales	<p>Equipamiento necesario para la GMFM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos líneas rectas - Un círculo marcado en el suelo - Una colchoneta - Uno o varios objetos pequeños interesantes para el niño - Una mesa - Una silla - Cronómetro - Un bastón
Objetivos que se cumplen	Identificar el grado de movimiento funcional que tiene el niño para aprovecharlo al máximo en las actividades del vestido y alimentación.
Qué y cómo se	Se realizarán los ítems en el orden establecido y se

<p>lleva a cabo</p>	<p>finalizará la evaluación completa de una dimensión antes de comenzar con la siguiente. Deben estudiarse todos los ítems que pueda realizar el niño. Se permitirá al niño un máximo de tres intentos por cada ítem. La puntuación asignada será la mejor puntuación obtenida.</p> <p>Está permitido alentar verbalmente al niño o mostrarle cómo se realiza la prueba, pero no se permite ninguna ayuda manual o facilidad a no ser que se indique específicamente.</p> <p>La GMFM deberá realizarse la primera vez sin zapatos, sin ayudas y sin aparatos ortopédicos, si un niño utiliza normalmente ayudas, debe repetirse la prueba con ellos puestos utilizando las mismas directrices; si la función del niño cambia como resultado de la ayuda o aparato ortopédico, debe marcarse con una A (ayuda).</p>
---------------------	--

4.2 Fase de intervención:

Realizaremos 19 sesiones de intervención con una duración de 50 minutos cada una, repartidas a lo largo de 9 semanas consecutivas y cada semana llevaremos a cabo 2 sesiones, dividiéndolas en días alternos, concretando si serán los lunes y miércoles o martes y jueves.

Las sesiones se llevarán a cabo por un terapeuta ocupacional de forma individual, con cada familia y cada niño, la intervención la realizaremos con el niño de forma individual y al final de cada sesión le contaremos a los padres los objetivos que hemos trabajado y el avance del niño, de modo que están informado del proceso. También es importante, que las intervenciones se realicen en el entorno natural del niño, por lo que, será la terapeuta la que se desplace hasta el domicilio.

Esta fase tendrá una duración de aproximadamente nueve semanas.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de sesiones trabajando diferentes aspectos del niño, para mejorar la alimentación y el vestido, pero tenemos que destacar que son orientativas, ya que en un caso real, serán los padres quienes

decidan los objetivos a cumplir y la prioridad de estos, además, tendremos que tener en cuenta la dependencia de cada niño en particular.

También, hay que destacar que algunas de las actividades propuestas, van a servir para trabajar los requisitos previos de ambas actividades.

SESIÓN PARA TRABAJAR EL VESTIDO	
Lugar	Esta sesión la llevaremos a cabo en una habitación amplia del hogar, donde el niño se sienta cómodo.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Una superficie donde el niño se pueda sentar, que sea un poco inestable y que no tenga respaldo, puede ser una pelota, un cojín alto o si el niño todavía no tiene nada de estabilidad un taburete. - Un material que se pueda agarrar fácilmente y que sea del interés del niño, una pelota, un objeto que les llame la atención, un peluche que les guste, etc.
Objetivos que se cumplen	Mejorar el desempeño en el área del vestido, en este caso mejorando la consciencia corporal, mejorar el control de tronco, aumento de tono muscular y fuerza.
Qué y cómo se lleva a cabo	Queremos trabajar los prerrequisitos necesarios para el vestido, como serán las posiciones y el equilibrio de cadera y tronco aumentando la consciencia corporal y el tono y fuerza muscular.

	<p>Para trabajar equilibrio y consciencia de las manos y brazos, el niño se colocará en sedestación, de forma que no tenga respaldo para apoyarse, puede ser un cojín un poco duro, una pelota, dependiendo de la inestabilidad que el niño pueda soportar.</p> <p>Le explicaremos al niño que tendrá que ir a alcanzar el objeto y cogerlo con las dos manos, lo podemos acercar o alejar dependiendo de cuánto queremos que el niño se desestabilice y ha de ser un objeto que se pueda agarrar con facilidad, para que el niño no se frustre y lo pueda coger cuando lo alcance.</p> <p>También podemos ir cambiando de objeto, para dificultar su agarre o cambiar de texturas y así trabajar la propiocepción.</p> <p>Para darle al niño más estabilidad, lo podemos agarrar un poco de la cadera y darle un apoyo para que se sienta seguro.</p>
--	--

SESIÓN PARA TRABAJAR LA ALIMENTACIÓN	
Lugar	Esta sesión la llevaremos a cabo en una habitación del domicilio, donde el niño se sienta cómodo.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	Bloques de construcción de plástico grandes, un tamaño que sean capaces de cogerlo con la mano afecta además de con la no afecta.


Objetivos que se cumplen	Aumentar la autonomía en el área de alimentación valorando y entrenando en los requisitos necesarios para ello, en esta sesión mejorar la coordinación oculo-manual, cruce de línea media, la atención, mejorar el agarre y la precisión y control de fuera en los movimientos.
Qué y cómo se lleva a cabo	<p>Para mejorar la motricidad fina de sus manos, vamos a decirle que coja un bloque cada vez con una mano y del lado contrario, por ejemplo, que con la mano izquierda coja un bloque del lado derecho y lo coloque en el suelo, el siguiente que coja lo colocará encima, de tal forma que la finalidad es que construya una torre. Si tiene muchas dificultades a la hora de poner la nueva pieza encima de las otras, le podemos ayudar para que los movimientos se estabilicen y sean más precisos.</p> <p>Una vez hecha la torre podemos hacer lo mismo pero quitando los bloques de uno en uno. Además le pediremos que los cuente a la vez que los va quitando o poniendo.</p>

SESIÓN PARA TRABAJAR EL VESTIDO	
Lugar	Esta sesión la llevaremos a cabo en una habitación amplia del hogar, donde el niño se sienta cómodo.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	- Ropa que normalmente utilice el niño

Objetivos que se cumplen	Mejorar el desempeño en el área del vestido hasta que logre alcanzar la máxima autonomía posible.
Qué y cómo se lleva a cabo	<p>En esta actividad, se propone que con la ropa que normalmente utiliza el niño, sus camisetas, pantalones y calcetines... los vaya doblando; con esto podremos trabajar con las dos manos de forma simétrica y que la mano sana ayude a la afectada en el movimiento, o incluso solo con la mano afectada si el niño tiene la suficiente fuerza y precisión.</p> <p>Con los diferentes agarres mejoraremos también las pinzas y las distintas estrategias para agarrar los materiales.</p>

SESIÓN PARA TRABAJAR LA ALIMENTACIÓN	
Lugar	Esta sesión la llevaremos a cabo en una habitación amplia del domicilio, donde el niño se sienta cómodo.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	- Plastilina
Objetivos que se cumplen	Aumentar la autonomía en el área de alimentación valorando y entrenando los requisitos necesarios para ello.
Qué y cómo se lleva a cabo	Con la plastilina podemos hacer muchos tipos de actividades ya que es un material muy versátil, podemos trabajar la

	<p>imaginación, la motricidad fina, el control de fuerza, etc.</p> <p>En esta actividad se propone que el niño haga diferentes actividades con la plastilina, primero con una mano y luego con la otra.</p> <p>Estos ejercicios pueden ser: amasar un trozo del material, primero uno grande y luego uno más pequeño si el niño controla bien el movimiento; también se propone hacer “pelotitas”, primero con la mano y la mesa y si controla bien el movimiento, podemos proponer hacerlas solo con los dedos de una mano, realizando diferentes pinzas, y después aplastarlas con la mano o con cada dedo, con esto trabajaremos la fuerza, la propiocepción, motricidad fina de la mano, además el ejercicio se realizará en una posición correcta y con una mesa donde la altura sea correcta y el niño pueda apoyar sus pies en el suelo.</p>
--	---

SESIÓN PARA TRABAJAR EL VESTIDO	
Lugar	Esta sesión la llevaremos a cabo en una habitación amplia del hogar, donde el niño se sienta cómodo.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Gomas elásticas forradas de distintas texturas y tamaños, lo suficientemente elásticas para que quepa dentro el niño. 

	- Silla
Objetivos que se cumplen	Mejorar el desempeño en el área del vestido hasta que logre alcanzar la máxima autonomía posible.
Qué y cómo se lleva a cabo	<p>Tendremos varias gomas de varios colores, le daremos la posibilidad de elegir cual quiere utilizar y le explicaremos la actividad.</p> <p>Va a consistir en introducir la goma hasta que quede en la tripa del niño, podemos mostrárselo nosotros para que comprenda cómo se hace.</p> <p>Primero introduciremos la cabeza por la goma, después los brazos que los sacaremos hacia afuera y por último la terminaremos de bajar hasta que esté colocada en la tripa, es un buen ejercicio para practicar el paso previo a ponerse una camiseta ya que el orden de los pasos será el mismo.</p> <p>Podemos repetir el ejercicio con distintas gomas, primero las más elásticas y anchas y después las que sean más estrechas. Una vez que el niño ya comprenda y haga correctamente este ejercicio, podemos proponer hacer lo mismo pero quitando las gomas, primero se lo mostrará el terapeuta y después lo hará el niño.</p>

SESIÓN PARA TRABAJAR LA ALIMENTACIÓN	
Lugar	La llevaremos a cabo en donde el niño suela comer
Tiempo	50 minutos

Ambiente	Ambiente tranquilo y sin distracciones en el que el niño se sienta seguro.
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Dos vasos y un plato de plástico - Cubiertos con el mango engrosado para que el agarre sea más fácil - Plastilina
Objetivos que se cumplen	Aumentar la autonomía en el área de alimentación valorando y entrenando los requisitos necesarios.
Qué y cómo se lleva a cabo	<p>El primer ejercicio que se propone consiste en llenar los dos vasos de agua y hacer trasvases de uno a otro, primero con una mano y luego con la otra, podemos empezar con un vaso que el agarre sea más sencillo para niño y se sienta cómodo, una vez que la presa ya la realice adecuadamente podemos empezar con presas más pequeñas, por ejemplo alguna asa o un vaso más estrecho.</p> <p>En el segundo ejercicio utilizaremos el plato y los cubiertos de plástico junto con la plastilina, le propondremos al niño realizar distintas formas con ayuda de las dos manos con la plastilina, forma de hamburguesa, de salchicha, de filete de carne... y después con los cubiertos practicaremos el agarre y la coordinación de ambas manos para cortar, para sujetar el plato, para introducir los pasos previos antes de comenzar con comida real.</p>

Otras sesiones que proponemos llevar a cabo en este plan de intervención, son las sesiones de estudio, recomendación y adaptación de productos de apoyo, siempre y cuando el niño los necesite y tanto él como los padres estén de acuerdo.

RECOMENDACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO

Siempre se recomendará de forma individual a cada niño, dependiendo de las dificultades que hayamos recogido en la evaluación, y de los problemas que expresen los padres acerca de su hijo.

Los productos de apoyo los recomendaremos siempre y cuando le vayan a aportar al niño más independencia y se sientan seguros en todo el proceso, desde el primer contacto hasta introducir el producto de apoyo de forma natural en la actividad.

Estos son algunos productos de apoyo para niños con hemiparesia en el vestido:

- **Velcro:** Para facilitar el abrochar y desabrochar las prendas y poder prescindir de los botones o de las cremalleras es muy buena opción, además también lo podemos incluir en las zapatillas y evitar el tener que atar los cordones. Esta adaptación es bastante económica y es suficiente con una tira de velcro por dentro de las chaquetas o camisas por lo que es fácil de llevar a cabo.
- **Ganchos:** Un gancho con un mango largo puede ayudar a acercar algún tipo de prenda de ropa hacia el cuerpo, además si no hay estabilidad en el tronco y hay dificultad para doblar la cadera, a la hora de ponerse un calcetín, puede ser útil para ayudar a subirlo.
- **Abrochabotones:** Cuando es necesaria la presencia de botones en las prendas podemos utilizarlo, se utiliza con una mano, lo que facilitará al niño con hemiparesia hacerlo con la mano sana y ser más autónomo.
- **Imán:** El imán puede ser muy útil para cuando las niñas empiezan a

llevar sujetador, el abroche de los sujetadores suele ser muy engorroso y además suele ser en la parte trasera, podemos incorporar el imán en la parte delantera para facilitar tanto el ponerlo como el quitarlo.

- **Elásticos:** La cintura de algunos pantalones suele ser con botón y bastante rígida, para facilitar el poner y el quitar los pantalones o faldas y poder llevar de todo tipo intentaremos que se ajusten con una cinta elástica.
- **Calzador:** Según la necesidad del niño y su capacidad para doblar la cadera y mantener la estabilidad de tronco se podrán recomendar calzadores de mango largo o corto que facilitarán la colocación de los zapatos.
- **Cordones elásticos:** Al igual que con el velcro de las zapatillas podemos adquirir zapatillas que tengan los cordones elásticos o sustituir los de las zapatillas por unos de estas características, así evitaremos atar y desatar los cordones cuando utilicemos zapatillas.
- **Subcremalleras:** Cuando es necesaria la presencia de cremalleras en las prendas pero hay dificultad en el agarre de la misma o en la estabilidad de la prenda podemos utilizarlo, además otra recomendación es poner un trozo de tela en la punta o una anilla para que el agarre sea más fácil (28,29).

RECOMENDACIONES EN EL VESTIDO DE UN NIÑO CON HEMIPARESIA

- Poner la ropa a su alcance para que a la hora de elegir o de guardarla pueda hacerlo sin ninguna barrera ambiental.
- Utilizar ropa más bien holgada que ajustada y con las mangas anchas.
- Comenzar el vestido por el lado afectado y al desvestir empezar por el lado sano.
- Utilizar calcetines de tubo, sin talón.
- Vestir y desvestirse en posición de sedestación.

Para finalizar, estos son algunos productos de apoyo para niños con hemiparesia en la alimentación, tanto para prepararlos como para ingerirlos:

- **Pelador:** Es un buen utensilio para posibilitar el poder pelar o cortar alimentos con más facilidad, además si se complementa de una tabla de cocina adaptada puede ser utilizado con una mano por lo que será muy útil en niños con hemiparesia.
- **Sujeta-sartenes:** Estos utensilios serán muy útiles en niños con hemiparesia que quieran cocinar y necesiten una sartén; ya que en general cuando queremos remover algo en la sartén necesitamos agarrarla con una mano y remover con la otra; estos utensilios facilitarán esta tarea ya que impiden que la sartén se mueva o de vueltas.
- **Abrebotellas antideslizante:** Este tipo de ayuda facilitará abrir una botella con una sola mano y tener que hacer menos fuerza.
- **Cubiertos con mango engrosado:** Este tipo de cubiertos, serán muy útiles, para niños que no puedan realizar la pinza fina que requieren los cubiertos de uso común.
- **Cuchillos para cortar con una sola mano, cuchillo basculante, :** Este tipo de cuchillos permiten cortar sin necesidad de la otra mano para la sujeción del alimento, lo podrán utilizar los niños para aumentar su autonomía a la hora de comer.
- **Cuchillo Nelson:** Su forma permite cortar con un movimiento de balanceo y solo es necesario una mano. Al final del cuchillo hay una forma de tenedor, lo que permite utilizarlo como tal y así optimizar los cambios de cubiertos.
- **Cuchitenedor:** Consiste en la unión de una tijera y un tenedor, por lo que al igual que en el anterior no es necesario tanto cambio de cubiertos.
- **Platos con reborde:** Puede servir de ayuda a los niños para recoger todo el alimento aunque está más recomendado para personas con hemiplejía.

- **Manteles antideslizantes:** Los colocaremos debajo del plato o del vaso e impedirán que se resbalen cuando los niños hagan algún movimiento (30).

4.3 Fase de reevaluación:

En esta fase, se evalúa la efectividad del programa comparando los resultados obtenidos en las evaluaciones, en esta fase volveremos a pasar el índice de Barthel.

Además, introduciremos la escala de Logros de Objetivos (GAS, por sus siglas en inglés) como una medida efectiva en la identificación de resultados significativos para los padres y familiares. Se utiliza para allanar el problema de poder evaluar si las intervenciones alcanzan los resultados esperados.

La duración de esta etapa aproximada será de una semana.

1º SESIÓN REEVALUACIÓN	
Lugar	Se realizará en el hogar, para llevar a cabo la evaluación del vestido será recomendable donde el niño se suela vestir, y de igual manera realizaremos la evaluación de la alimentación, donde el niño suela comer. No es necesario la presencia de los padres pero sí recomendable.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Tranquilo, con buena luz y sin distractores
Materiales	Índice de Barthel
Objetivos que	Evaluar la efectividad del programa de intervención terapéutica, mediante la comparación de los resultados

se cumplen	obtenidos en las evaluaciones iniciales y las evaluaciones finales.
Qué y cómo se lleva a cabo	Le volveremos a pasar el Índice de Barthel, le pediremos que realice la actividad y así observaremos las mejoras respecto al inicio de la intervención, también anotaremos los productos de apoyo que hayamos introducido durante todo el proceso.

2º SESIÓN REEVALUACIÓN	
Lugar	En el hogar, lo más recomendable sería en una habitación donde el terapeuta y los padres estuvieran cómodos, con una distancia apropiada, se recomienda una mesa para que mientras completan la escala puedan estar en una buena postura. No es necesario la presencia del niño.
Tiempo	50 minutos
Ambiente	Tranquilo, con buena luz y sin distractores
Materiales	Escala de Logros de Objetivos (GAS)
Objetivos que se cumplen	Evaluar la efectividad del programa de intervención terapéutica y si los objetivos marcados han sido alcanzados.
Qué y cómo se lleva a cabo	Completamos junto con los padres, la escala de Logros de Objetivos (GAS), que utilizaremos como una medida efectiva, en la identificación de resultados conseguidos por

	<p>el niño. Será útil para poder evaluar si la intervención ha alcanzado los resultados esperados.</p> <p>De esta forma se podrá ver de manera más visual, lo que ha conseguido el niño con respecto a los objetivos, y será una manera de asegurar que el niño sienta la competencia y el logro.</p>
--	---

5. DISCUSIÓN

Esta propuesta de intervención, surge, por la necesidad de analizar las habilidades de los niños con parálisis cerebral, debido a que es un trastorno incurable y los niños tendrán que aprender a convivir con ello; las competencias que la terapia ocupacional ofrece, le van a permitir un mayor grado de autonomía y trabajar para alcanzar el máximo nivel de funcionalidad, con ello los niños podrán sentir mayor grado de autonomía e independencia, ya que cuando sienten esto, en las actividades básicas de la vida diaria, en este caso del vestido y alimentación, se fomenta la autoestima y participación social.

Desde terapia ocupacional también nos encargamos de hacer un estudio del ambiente, y así llevar a cabo una intervención de forma individualizada, que se adapte a las necesidades de cada niño, ofreciendo las ayudas convenientes, para aportar la máxima autonomía e independencia; todo ello hace, que la terapia ocupacional sea una disciplina indispensable en este tipo de intervención y patología.

En la presente propuesta de intervención, se puede comprobar que es de gran importancia, la terapia ocupacional y es imprescindible, fomentarla en estas áreas y poder llevar a cabo las intervenciones de manera individualizada, centrada en las necesidades de cada familia y niño. Además, el realizarla en el entorno natural del niño, va a aportar muchos beneficios a la intervención.

Por último, al ser un programa que no es llevado a cabo, los resultados esperados son que el niño alcanzará la máxima autonomía en el vestido y la alimentación.

6. CONCLUSIÓN

Este trabajo, tiene como objetivo, enfatizar y valorar la figura del terapeuta ocupacional como parte esencial y necesaria en la rehabilitación de los niños con parálisis cerebral.

El objetivo principal del trabajo es, que los niños con este trastorno puedan desarrollar la máxima autonomía en las actividades del vestido y de la alimentación, gracias a las estrategias aportadas por el terapeuta, teniendo en cuenta las características de cada familia y de cada niño, y además llevar a cabo el plan dentro del domicilio, basándonos en el modelo centrado en la familia, donde el niño se encuentra en su entorno natural y es el profesional el que se desplaza.

Esta propuesta de intervención, no se ha podido llevar a cabo, porque no se ha encontrado la posibilidad de trabajar con un niño con parálisis cerebral, pero me hubiera gustado llevarlo a cabo, e ir a un domicilio a intervenir un niño, para ver correctamente la efectividad y poder adaptar las actividades de forma individual, a las necesidades del niño, además siento que la figura del terapeuta ocupacional, es importante y que hay que incrementarla en este área para aportar estrategias y mejorar la autonomía de estos niños en las actividades básicas de la vida diaria.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Hurtado Lorente I. La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. Disponible en:
<https://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2013/06/paralisis-cerebral-actualizacion-del-concepto-diagnostico-y-tratamiento.pdf>
2. Peláez Cantero MJ. Abordaje integral del niño con parálisis cerebral | Elsevier Enhanced Reader. [citado 19 de abril de 2023]; Disponible en:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403321002496?token=9A15A36CC6BA173B00CF6813FB4D3926CDEFC6190273448A18AAE94D7342395DE6D7C6777FA843F305AA1431DDFCE5FA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230419161747>
3. Día Mundial de la Parálisis Cerebral: «Es la causa más frecuente de discapacidad motora en niños» [Internet]. La Voz de Galicia. 2022 [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en:
<https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/lavozdelasalud/enfermedades/2022/10/05/dia-mundial-paralisis-cerebral-causa-frecuente-discapacidad-motor-a-ninos/00031664978362858226312.htm>
4. Velde A, Morgan C, Novak I, Tantsis E, Badawi N. Early Diagnosis and Classification of Cerebral Palsy: An Historical Perspective and Barriers to an Early Diagnosis. Journal of Clinical Medicine. octubre de 2019;8(10):1599.
5. Espin Tello SM. Influencia del grado de funcionalidad en la autoestima en personas con Parálisis Cerebral. Universidad de Zaragoza; 2016.
6. Firmino da Silva D, Moraes MCG de, Golin MO. Características clínicas e intervenciones fisioterapéuticas en tetraparesia espástica. Rev Neurocienc [Internet]. 20 de agosto de 2021 [citado 19 de abril de 2023];29. Disponible en:
<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/11237>
7. Descubriendo_la_parálisis_cerebral.pdf [Internet]. [citado 7 de febrero de 2023]. Disponible en:
http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6239/Descubriendo_la_p ar% c3 % a1 lisis _ cerebral . pdf ? sequence = 1 & rd = 003179095561339

8. ¿Qué es la parálisis cerebral infantil? | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html>
9. Hernández-Lanas O. Tecnología asistiva: Propuesta de terapia ocupacional para aumentar el desempeño ocupacional de un usuario con parálisis cerebral. Rev Chil Ter Ocupacional. 31 de diciembre de 2013;13(2):ág. 33-44.
10. Quintero Diaztagle CA. Sistema de bipedestación para niños con parálisis cerebral espástica [Internet]. Universidad Católica de Pereira.; 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10785/1520>
11. Efectos de la Parálisis Cerebral [Internet]. ASPACE Andalucía. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://aspaceandalucia.org/paralisis-cerebral/efectos-y-dificultades/>
12. Peláez-Cantero et al. - 2021 - Parálisis Cerebral en Pediatría Problemas Asociad.pdf [Internet]. [citado 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v30n1/2631-2581-rneuro-30-01-00115.pdf>
13. Torriente-Herrera N, Zurita-Cruz CR, Sánchez-Savigñón M, Marrero-Santana NT, Echemendía-del-Valle A. Desarrollo de la motricidad fina en infantes con parálisis cerebral mediante terapia ocupacional. Rev Cuba Med Física Rehabil [Internet]. 9 de septiembre de 2022 [citado 24 de mayo de 2023];14(3). Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/761>
14. ¿Qué es la TO? - Definición [Internet]. [citado 27 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to-definicion.html>
15. Del Toro Alonso V, Sánchez Moreno E. Introducción del Modelo Centrado en Familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. Introduction family-centered model in Spain from a perspective from the life family quality. Rev Educ Inclusiva. 23 de diciembre de 2020;13(2):9-21.
16. Marinas García S. Productos de apoyo y terapia ocupacional [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020 [citado 9 de mayo de 2023].

Disponible en:

<https://revistamedica.com/productos-de-apoyo-terapia-ocupacional/>

17. Escorcia-Mora CT, García-Sánchez FA, Sánchez-López MC, Orcajada N, Hernández-Pérez E. Prácticas de Atención Temprana en el Sureste de España: Perspectiva de Profesionales y Familias. octubre de 2018;34(3).
Disponible en:
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.34.3.311221/232301>
18. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. LA FAMILIA Y LA SALUD [Internet]. 2003. Disponible en:
<https://www3.paho.org/spanish/GOV/CD/cd44-10-s.pdf>
19. Tapia-Gutiérrez CP, Palma-Mardones A, González-Parra K. Atención temprana, percepción de madres de niños y niñas con Síndrome de Down. 1 de enero de 2017; Volumen 17(Número 1).
20. Guerzoni et al. - 2008 - Análise das intervenções de terapia ocupacional no.pdf [Internet]. [citado 26 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/MrYYs53LZbpHT4zhMLwn7fk/?format=pdf&lang=pt>
21. Domingo Sanz MÁ. Terapia ocupacional en pediatría. Madrid: Síntesis, D.L.; 2015.
22. Peters C, Chang A, Morales A, Barnes K, Allegretti A. An integrative review of assessments used in occupational therapy interventions for children with cerebral palsy. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. marzo de 2019;27:168-85.
23. Cid-Ruzafa y Damián-Moreno - 1997 - Valoración de la discapacidad física el índice de.pdf [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
24. Orihuela RA, Alba-Guerrero Y, Mena-Pérez O. Rehabilitación de pacientes con parálisis cerebral infantil. Experiencias de un círculo científico estudiantil. Rev Científica Espec En Cienc Cult Física Deporte. 11 de septiembre de 2018;15(36):61-70.
25. Ferre Fernández M, Murcia-González MA, Ríos-Díaz J. Traducción y

adaptación transcultural del Gross Motor Function Measure (GMFM) a la población española de niños con parálisis cerebral. Rev Neurol [Internet]. 17 de marzo de 2020;71. Disponible en:

<https://neurologia.com/articulo/2020087/esp>

26. GMFM (Gross Motor Function Measure). Vol. Traducción de la 2ª edición.

27. KULUNKA. El uso de GAS (Escala de Medición de la Consecución de Objetivos) para medir el impacto de las intervenciones de terapia ocupacional en niños con desórdenes de integración sensorial. Disponible en: https://kulunka.org/wp-content/uploads/2013/12/doc_33.pdf

28. Andreu N. Productos de Apoyo para el vestido en personas con hemiplejia [Internet]. IRENEA - Instituto de Rehabilitación Neurológica. 2019 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en:

<https://irenea.es/blog-dano-cerebral/productos-de-apoyo-para-el-vestido-en-personas-con-hemiplejia/>

29. Ayudas para Vestir. Variedad Disponible Ayudas para Vestir [Internet]. Ortohispania. 2019 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en:

<https://www.ortohispania.com/es/ayudas-para-vestir/>

30. NeuroRHB. Retomando el placer de comer. Ayudas técnicas de alimentación [Internet]. IRENEA - Instituto de Rehabilitación Neurológica. 2013 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en:

<https://irenea.es/blog-dano-cerebral/retomando-el-placer-de-comer-ayudas-tecnicas-de-alimentacion-utiles-para-pacientes-de-dano-cerebral/>

8. ANEXOS

Anexo 1:

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Anexo 2:

MEDICIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA GROSERA			
GMFM			
HOJA DE PUNTUACIÓN			
Nombre del niño: _____	Nº de ID: _____		
Fecha de nacimiento: __/__/__ <small>dd mm aa</small>	Fecha de la evaluación: __/__/__ <small>dd mm aa</small>		
Diagnóstico: _____	Gravedad <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave		
Nombre del evaluador: _____			
Condiciones de la Prueba (por ej.: sala, vestimenta, hora, otras personas presentes) <i>Siempre heurica de ser igual</i>			

La GMFM es un instrumento observacional estandarizado diseñado y validado para medir cambios en la función motora grosera en el tiempo en niños con parálisis cerebral.			
<table border="1"><tr><td>*CLAVES DE PUNTUACIÓN</td><td>0 = no comienza 1 = comienza 2 = completa parcialmente 3 = completa</td></tr></table>		*CLAVES DE PUNTUACIÓN	0 = no comienza 1 = comienza 2 = completa parcialmente 3 = completa
*CLAVES DE PUNTUACIÓN	0 = no comienza 1 = comienza 2 = completa parcialmente 3 = completa		
* A no ser que se especifique lo contrario, "comienza" se define como prueba completada por debajo del 10% del objetivo de cada ítem. "Completa parcialmente" se define como prueba que se completa entre el 10% y menos del 100%.			
Las claves de puntuación son una guía general. Sin embargo, la mayoría de los ítems tienen definiciones específicas para cada puntuación. Es obligatorio <u>utilizar estas normas para puntuar cada ítem</u> .			
Dirección de contacto: Dianne Russell, Gross Motor Measure Group, Chedoke-McMaster Hospitals, Chedoke Hospital, Building 74, Room 29, Box 2000, Station "A", Hamilton, Ontario L8N 3Z5			
Programa de Rehabilitación Del Desarrollo Infantil en los Hospitales Chedoke-McMasters, Hamilton, Ontario, Centro de rehabilitación Hugh MacMillan, Toronto, Ontario, y Universidad McMaster, Hamilton, Ontario			

Anexo 3:

Item		A: TUMBARSE Y RODAR	PUNTUACIÓN		
1.	SUP. CABEZA EN LÍNEA MEDIA; VOLVER LA CABEZA CON EXTREMIDADES SIMÉTRICAS	0	1	2	3
2.	SUP.: LLEVAR MANOS A LÍNEA MEDIA, JUNTAR LOS DEDOS	0	1	2	3
3.	SUP.: LEVANTAR LA CABEZA 45°	0	1	2	3
4.	SUP.: FLEXIONAR CADERA Y RODILLA D. AL COMPLETO	0	1	2	3
5.	SUP.: FLEXIONAR CADERA Y RODILLA L. AL COMPLETO	0	1	2	3
6.	SUP.: ADELANTA BRAZO L. LA MANO CRUIZA LA LÍNEA MEDIA HACIA EL JUGUETE	0	1	2	3
7.	SUP.: ADELANTA BRAZO R. LA MANO CRUIZA LA LÍNEA MEDIA HACIA EL JUGUETE	0	1	2	3
8.	SUP.: RODAR HASTA PRONO SOBRE EL LADO D	0	1	2	3
9.	SUP.: RODAR HASTA PRONO SOBRE EL LADO B	0	1	2	3
10.	PR.: LEVANTAR LA CABEZA	0	1	2	3
11.	PR. SOBRE ANTEBRAZOS: LEVANTAR LA CABEZA, CODO EXTENDIDO, TORAX ELEVADO	0	1	2	3
12.	PR. SOBRE ANTEBRAZOS: PESO SOBRE ANTEBRAZO D, EXTIENDE POR COMPLETO EL BRAZO OPUERTO	0	1	2	3
13.	PR. SOBRE ANTEBRAZOS: PESO SOBRE ANTEBRAZO I, EXTIENDE POR COMPLETO EL BRAZO OPUERTO	0	1	2	3
14.	PR.: RODAR HASTA SUP. SOBRE EL LADO D	0	1	2	3
15.	PR.: RODAR HASTA SUP. SOBRE EL LADO I	0	1	2	3
16.	PR.: RODAR 90° A LA D USANDO LAS EXTREMIDADES	0	1	2	3
17.	PR.: RODAR 90° A LA I USANDO LAS EXTREMIDADES	0	1	2	3
		TOTAL DE LA DIMENSIÓN A:			

Item		B: SENTARSE	PUNTUACIÓN		
18.	SUP. MANOS SUJETAS POR EL EXAMINADOR: SE INCORPORA CONTROLANDO LA CABEZA	0	1	2	3
19.	SUP.: RUEDA HACIA LA D. HASTA SENTARSE	0	1	2	3
20.	SUP.: RUEDA HACIA LA I. HASTA SENTARSE	0	1	2	3
21.	SENT. SOBRE ESTERA: SUJETADO POR EL TORAX POR EL TERAPEUTA: LEVANTA LA CABEZA RECTA, SE MANTIENE 3 SEGUNDOS	0	1	2	3
22.	SENTADO SOBRE ESTERA, SUJETADO POR EL TORAX POR EL TERAPEUTA: LEVANTA LA CABEZA HACIA LA LÍNEA MEDIA, SE MANTIENE 10 SEGUNDOS	0	1	2	3
23.	SENTADO SOBRE ESTERA, (BRAZOS) APOYADOS: SE MANTIENE 5 SEGUNDOS	0	1	2	3
24.	SENTADO SOBRE ESTERA: SE MANTIENE CON LOS BRAZOS LIBRES 5 SEGUNDOS	0	1	2	3
25.	SENTADO SOBRE ESTERA, CON UN JUGUETE ENFRENTÉ: SE INCLINA HACIA ADELANTE, TOCA EL JUGUETE, SE VUELVE A INCORPORAR SIN AYUDA DE LOS BRAZOS	0	1	2	3
26.	SENTADO SOBRE ESTERA: TOCA EL JUGUETE COLOCADO A 40° A LA D Y DETRÁS DEL NIÑO Y VUELVE A LA POSICIÓN INICIAL	0	1	2	3
27.	SENTADO SOBRE ESTERA: TOCA EL JUGUETE COLOCADO A 40° A LA I Y DETRÁS DEL NIÑO Y VUELVE A LA POSICIÓN INICIAL	0	1	2	3
28.	SENTADO SOBRE EL LADO D: SE MANTIENE, SIN APOYAR LOS BRAZOS, 5 SEGUNDOS	0	1	2	3
29.	SENTADO SOBRE EL LADO I: SE MANTIENE, SIN APOYAR LOS BRAZOS, 5 SEGUNDOS	0	1	2	3
30.	SENTADO SOBRE ESTERA: PASA A PR. CON CONTROL	0	1	2	3
31.	SENTADO SOBRE ESTERA CON PIES AL FRENTE: CONSIGUE UN APOYO CON 4 PUNTOS SOBRE EL LADO D	0	1	2	3
32.	SENTADO SOBRE ESTERA CON PIES AL FRENTE: CONSIGUE UN APOYO CON 4 PUNTOS SOBRE EL LADO I	0	1	2	3
33.	SENTADO SOBRE ESTERA: GIRA 90°, SIN AYUDA DE LOS BRAZOS	0	1	2	3
34.	SENTADO EN UN BANCO: SE MANTIENE, SIN AYUDA DE BRAZOS NI PIERNAS, 10 SEGUNDOS	0	1	2	3
35.	DE PIE: CONSIGUE SENTARSE EN UN BANCO PEQUEÑO	0	1	2	3
36.	EN EL SUELO: CONSIGUE SENTARSE EN UN BANCO PEQUEÑO	0	1	2	3
37.	EN EL SUELO: CONSIGUE SENTARSE EN UN BANCO GRANDE	0	1	2	3
		TOTAL DE LA DIMENSIÓN B:			

item	C: Gateo y Rodillas	Calificación	NT
* 38	Pr. Se arrastra hacia delante 1,8 m	0 0 1 2 3 4	38
* 39	4 puntos se mantiene con el peso en manos y rodillas 10 seg.	0 0 1 2 3 4	39
* 40	4 puntos alcanza sedente con los brazos libres	0 0 1 2 3 4	40
* 41	Pr. alcanza cuadrúpedo con el peso en manos y rodillas	0 0 1 2 3 4	41
* 42	4 puntos alcanza hacia delante con el brazo derecho, la mano al nivel del hombro	0 0 1 2 3 4	42
* 43	4 puntos alcanza hacia delante con el brazo izquierdo, la mano al nivel del hombro	0 0 1 2 3 4	43
* 44	4 puntos gatea no hacia delante 1,8 m	0 0 1 2 3 4	44
* 45	4 puntos gatea recíprocamente hacia delante 1,8 m	0 0 1 2 3 4	45
* 46	4 puntos sube 4 escalones gateando	0 0 1 2 3 4	46
* 47	4 puntos gata hacia atrás 4 pases en manos y rodillas/piés	0 0 1 2 3 4	47
* 48	Sentado en colchoneta alcanza arrodillado usando los brazos, mantienen con las manos libres 10 seg.	0 0 1 2 3 4	48
* 49	Arrodillado alcanza semiarrodillado en la rodilla derecha usando los brazos, mantienen con las manos libres, 10 seg.	0 0 1 2 3 4	49
* 50	Arrodillado alcanza semiarrodillado en la rodilla izquierda usando los brazos, mantienen con las manos libres, 10 seg.	0 0 1 2 3 4	50
* 51	Arrodillado camina en rodillas 10 pasos hacia delante, mantienen con las manos libres	0 0 1 2 3 4	51
		TOTAL DIMENSIÓN C:	

Marque (✓) la calificación apropiada: Si un ítem no es evaluado (NT), escriba con un círculo el número del ítem en la columna de la derecha.

item	D: Bípodo	Calificación	NT
* 52	En el suelo se impulsa para pararse, en un banco grande	0 0 1 2 3 4	52
* 53	Mantiene con los brazos libres 3 seg.	0 0 1 2 3 4	53
* 54	Bip. Se sostiene con una mano en un banco grande, levanta el pie derecho 3 seg.	0 0 1 2 3 4	54
* 55	Bip. Se sostiene con una mano en un banco grande, levanta el pie izquierdo 3 seg.	0 0 1 2 3 4	55
* 56	Bip. Mantiene brazos libres 20 seg.	0 0 1 2 3 4	56
* 57	Bip. Levanta el pie izquierdo, brazos libres, 10 seg.	0 0 1 2 3 4	57
* 58	Bip. Levanta el pie derecho, brazos libres, 10 seg.	0 0 1 2 3 4	58
* 59	Sentado en un banco pequeño alcanza bípodo sin usar las manos	0 0 1 2 3 4	59
* 60	Arrodillado alcanza bípodo, pasando por semiarrodillado en rodilla derecha, sin usar las manos	0 0 1 2 3 4	60
* 61	Arrodillado alcanza bípodo, pasando por semiarrodillado en rodilla izquierda, sin usar las manos	0 0 1 2 3 4	61
* 62	Bip. Baja a sentarse en el suelo con control, brazos libres.		

Anexo 4:

CÓMO UTILIZAR LA ESCALA GAS - 3 sencillos pasos:

A- Paso 1: Establecimiento de los objetivos

Informaciones

1) PROCESO DE UTILIZACIÓN DE LA ESCALA

- Debatir y ponerse de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento:
- Con el paciente y su familia
- Con el equipo pluridisciplinar
- Definir los resultados esperados del tratamiento:
- Si las expectativas del paciente y del personal sanitario no son realistas, negociar sobre aquello que razonablemente se puede lograr
- Describir y documentar el resultado esperado
- Asegurarse de que tanto el paciente como el equipo sanitario lo comprende y lo acepta

2) DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS

- Los objetivos del tratamiento deben ser "SMART". SMART significa:
- Specific - personalizados
- Mesurables
- Alcanzables - realizables
- Realistas
- Timed (con fecha)

3) EJEMPLO

- María declara:
- "Me gustaría poder vestirme con más facilidad"
- Los objetivos SMART:
- Reducir la espasticidad del brazo de María
- Con el fin de que pueda meter el brazo por la manga de la chaqueta
- Sin ayuda de ninguna otra persona
- Antes del (especificar la fecha)

4) ¿CUÁNTOS OBJETIVOS?

- No existe un número fijo de objetivos:
- Puede variar de un paciente a otro
- PERO la definición y la negociación de los objetivos:
- pueden requerir tiempo
- Por razones prácticas:
- Se recomienda no fijar más de entre 3 y 4 objetivos: 1 objetivo principal y 2 - 3 objetivos secundarios

Establecimiento de los objetivos

Objetivo 1: (principal)

Descripción :

Objetivo 2:

Descripción :

Objetivo 3:

Descripción :

Objetivo 4:

Descripción :

Objetivo 2:

-2	-1	0	+1	+2
Mucho menos	Un poco menos	Resultado esperado	Un poco más	Mucho más
Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :

Objetivo 3:

-2	-1	0	+1	+2
Mucho menos	Un poco menos	Resultado esperado	Un poco más	Mucho más
Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :

Objetivo 4:

-2	-1	0	+1	+2
Mucho menos	Un poco menos	Resultado esperado	Un poco más	Mucho más
Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :

C- Paso 3: Ponderación de la importancia (Facultativa)

Informaciones

PONDERACIÓN DE LOS OBJETIVOS:

- Algunos objetivos:
- Tienen mayor importancia que otros para el paciente
- Presentan más dificultades que otros.
- Tener estos factores en cuenta:
- Los objetivos se pueden ponderar según:
- Su importancia para el paciente y su familia
- La dificultad evaluada por el equipo.

ESCALA DE PONDERACIÓN

- Aplicar una ponderación a los objetivos:

Importancia (para el paciente y la familia)		Dificultad (evaluada por el equipo)	
Ninguna	0	Ninguna	0
Poca	1	Poca	1
Moderadamente	2	Moderadamente	2
Mucha	3	Mucha	3

Ponderación = Importancia x Dificultad.

La ponderación es facultativa.

B- Paso 2: Evaluación de consecución de los objetivos

Informaciones

EVALUACIÓN INICIAL

- La puntuación inicial es Generalmente de "-1"
- ya que un deterioro se considera como posible después del tratamiento
- Si no puede haber empeoramiento, la puntuación inicial es de -2
- ninguna condición médica más desfavorable resulta clínicamente plausible, por ejemplo:
- Puntuación de dolor 10/10 o "todo lo intenso que el dolor puede ser"
- o si el paciente es totalmente incapaz de realizar la tarea

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS EN 5 PUNTOS

Puntuación 0 de la escala GAS:

- El nivel más probable que se puede alcanzar si el paciente recibe el tratamiento previsto.

-2	-1	0	+1	+2
Mucho menos	Un poco menos	Resultado esperado	Un poco más	Mucho más

El objetivo es tener un máximo de pacientes a 0

ALTERNATIVA PARA LOS MÉDICOS: UTILIZACIÓN DE LA ESCALA PARA NEGOCIAR

- Algunos médicos prefieren no utilizar cifras para la escala GAS, sino que prefieren pensar en:
- objetivos alcanzados
- objetivos parcialmente alcanzados
- ningún cambio
- El siguiente nivel verbal
- aporta toda la información necesaria para asignar de forma retrospectiva las puntuaciones GAS sin forzar a los médicos a utilizar cifras

UTILIZACIÓN DE LA ESCALA GAS PARA NEGOCIAR OBJETIVOS REALISTAS

El paciente declara:

"Quiero utilizar mi mano con normalidad"

-2	-1	0	+1	+2
Imposibilidad total de utilizar la mano	Necesita ayuda para coger una taza con la mano, mientras se vierte una bebida en ella	Utiliza la mano para sujetar y estabilizar la taza	Utiliza la mano para llevarse la taza a la boca y beber	Utilización normal de la boca y beber

El sistema de evaluación de 5 puntos se puede utilizar para negociar objetivos realistas

- Si se alcanza un funcionamiento normal de la mano:
- La puntuación será de +2
- Pero no esperamos realmente este resultado
- Prevemos la utilización del brazo únicamente como un accesorio de estabilización

De esta forma, no se ignora el objetivo del paciente:

- Pero se le anima a establecer un objetivo realista
- Se pueden utilizar todas las escalas, tanto instrumentales como clínicas

Evaluación de consecución de los objetivos

Objetivo 1:

-2	-1	0	+1	+2
Mucho menos	Un poco menos	Resultado esperado	Un poco más	Mucho más
Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :	Descripción :

Ponderación de la importancia (Facultativa)

Objetivo 1:

Importancia (para el paciente y la familia)		Dificultad (evaluada por el equipo)	
Ninguna	0	Ninguna	0
Poca	1	Poca	1
Moderadamente	2	Moderadamente	2
Mucha	3	Mucha	3

Objetivo 2:

Importancia		Dificultad	
Ninguna	0	Ninguna	0
Poca	1	Poca	1
Moderadamente	2	Moderadamente	2
Mucha	3	Mucha	3

Objetivo 3:

Importancia		Dificultad	
Ninguna	0	Ninguna	0
Poca	1	Poca	1
Moderadamente	2	Moderadamente	2
Mucha	3	Mucha	3

Objetivo 4:

Importancia		Dificultad	
Ninguna	0	Ninguna	0
Poca	1	Poca	1
Moderadamente	2	Moderadamente	2
Mucha	3	Mucha	3

Plazos del tratamiento:

Fecha tope

Se debe indicar la fecha a partir de la cual se podrá calcular la puntuación final de la evaluación (tras el tratamiento):

Fecha: / /

La segunda pasada para el cálculo de la puntuación final, después del tratamiento, será accesible a partir de esta fecha, y ello, durante 30 días exactamente a partir de esta.