



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa Específico de Terapia Ocupacional para un caso de lesión medular con discapacidad intelectual previa: Un Enfoque Práctico y Holístico

-

Specific Occupational Therapy Program for a case of spinal cord injury with previous intellectual disability: A Practical and Holistic Approach

Autor

Sheila Vera Sobreviela

Director/a

Estela Solanas Villacampa

Co-Director/a

Isabel Galé Fernández

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso 2023 - 2024

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	7
3. METODOLOGÍA	8
3.1 Revisión bibliográfica	8
3.2 Descripción del caso clínico	9
3.3 Modelo de Terapia Ocupacional	10
3.4 Fases de la intervención	11
3.5 Recursos materiales y humanos	12
4. DESARROLLO	12
4.1 Evaluación	12
4.2 Diseño del plan de intervención	15
4.3 Intervención	16
4.4 Reevaluación	21
5. DISCUSIÓN	22
6. CONCLUSIÓN	23
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS	27

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida de las personas con lesión medular se puede ver afectada de manera considerable. La participación y el compromiso en ocupaciones se pueden ver limitados, y supone un mayor desafío cuando existe una discapacidad intelectual previa. Desde Terapia Ocupacional se pretende llevar a cabo una intervención individualizada en una persona con ambas patologías con el objetivo de aumentar su autonomía y mejorar así su calidad de vida.

Metodología: Se evaluó la situación inicial del usuario tomándose como instrumentos de medida el Índice de Barthel, la escala de medida de Independencia Funcional, el Mini-mental State Examination y el listado de intereses de Kielhofner. Posteriormente, se diseñó y llevó a cabo un plan de intervención de 14 sesiones de 30-45 minutos dirigidas a mejorar la alimentación y a la estimulación cognitiva. Tras el plan se reevaluó al usuario usando los mismos instrumentos.

Resultados: La intervención permitió una leve mejora en las funciones cognitivas afectadas y la alimentación de manera autónoma con mínima asistencia.

Discusión: Por los resultados obtenidos tras la intervención desde Terapia Ocupacional se recomienda continuar con la misma, de cara a asegurar la autonomía en las actividades de la vida diaria y el bienestar del usuario.

Conclusión: El papel de la Terapia Ocupacional es fundamental en la rehabilitación de pacientes con este doble desafío, para aumentar su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, lesión medular, estimulación cognitiva, autonomía, independencia, Terapia Ocupacional, alimentación.

ABSTRACT

Introduction: The quality of life of persons with spinal cord injury can be significantly impaired. Participation and engagement in occupations can be limited, and it is a greater challenge when there is a previous intellectual disability. Occupational therapy aims to carry out an individualized intervention in a person with both pathologies in order to increase their autonomy and thus improve their quality of life.

Methodology: The initial situation of the user was evaluated using the Barthel Index, the Functional Independence measurement scale, the Minimal State Examination and the Kielhofner list of interests as measurement instruments. Subsequently, an intervention plan of 14 sessions of 30-45 minutes aimed at improving nutrition and cognitive stimulation was designed and carried out. After the plan, the user was reevaluated using the same instruments.

Results: The intervention allowed a slight improvement in the affected cognitive functions and autonomous feeding with minimal assistance.

Discussion: Based on the results obtained after the Occupational Therapy intervention, it is recommended to continue with the same, in order to ensure autonomy in daily living activities and the well-being of the user.

Conclusion: The role of Occupational Therapy is fundamental in the rehabilitation of patients with this double challenge, to increase their autonomy and improve their quality of life.

Key words: Intellectual disability, spinal cord injury, cognitive stimulation, autonomy, independence, occupational therapy, feeding.

1. INTRODUCCIÓN

La lesión medular es una condición que afecta significativamente la funcionalidad y la calidad de vida de las personas, resultando en diversas limitaciones físicas que requieren una atención especializada y multidisciplinaria. Cuando esta se presenta en una persona con discapacidad intelectual previa, los desafíos se multiplican, demandando intervenciones terapéuticas adaptadas a sus necesidades específicas. La Terapia Ocupacional (TO) juega un papel fundamental en la rehabilitación de estas personas, tratando de promover la independencia y el bienestar mediante el compromiso en las ocupaciones (1).

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se centra en la intervención desde terapia ocupacional en un caso particular: una persona con lesión medular y una discapacidad intelectual preexistente. Busca demostrar que la TO es fundamental en la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida de personas que presentan este doble desafío.

1.1 Lesión medular

La Asociación Americana de la Lesión Medular (ASIA) define la lesión medular como *"cualquier alteración sobre la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de la lesión"* (2).

La etiología puede ser muy variada, y pueden estar clasificadas en causas traumáticas y no traumáticas. Las traumáticas suponen el 66,6 % de los casos e incluyen: accidentes de tráfico (45%), caídas (28%), golpes (23%), agresiones (2%) y complicaciones quirúrgicas (2%). El resto constituyen las causas no traumáticas, como tumores primarios, tumores metastásicos, infecciones, enfermedades vasculares, mielomeningocele, entre otras (2).

Existe una gran incidencia en España de lesión medular (LM) anualmente, generando un gran impacto en extremidades superiores (3).

Las alteraciones motoras son las consecuencias más evidentes de esta patología e implican la pérdida total o parcial de la movilidad voluntaria por

debajo del nivel de la lesión. La sensibilidad también se va a ver afectada por exceso o por defecto de esta (hipersensibilidad-anestesia). Además, las funciones del sistema nervioso autónomo y la de otros sistemas también pueden sufrir las consecuencias (3).

La calidad de vida de las personas con lesión medular se puede ver afectada de manera importante. La participación en actividades domésticas, sociales y de ocio tiene un impacto positivo en la calidad de vida de quienes tienen una lesión medular. Sin embargo, factores como la altura de la lesión, la edad biológica de la persona, su situación social, el tiempo desde la lesión y el grado de la misma están asociados con una menor calidad de vida (4).

1.1.1 Intervención desde Terapia Ocupacional

Una lesión medular supone una ruptura en el proceso vital de la persona, pudiendo aparecer dificultades que limitan sus quehaceres y se convierten en desafíos ocupacionales (3).

La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008) realizada en España, concluye que además de presentar limitaciones en la movilidad (96,9 %), existen grandes limitaciones en el autocuidado (81,1%) y en la realización de tareas domésticas (84,3%). Estas cifras revelan que las tareas que se ven claramente afectadas están relacionadas con las actividades de la vida diaria, tanto las más básicas (ABVD) como las instrumentales (AIVD) (3).

Pueden experimentar dificultades en el desempeño ocupacional. La intervención desde TO va a estar orientada a la búsqueda del mayor grado de independencia y autonomía posible de la persona y a la mejora y aumento de su calidad de vida (3).

1.2 Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es una condición de la persona multidimensional, multicausal y cuenta con una gran heterogeneidad entre las personas con dicha condición. La American Association on Intellectual and Developmental

Disabilities (AAIDD) define la Discapacidad Intelectual (DI) como “una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas, sociales y prácticas” (5).

Las características de esta condición pueden estar clasificadas en físicas/motoras (escaso equilibrio, déficit locomotor, dificultad en coordinación y en destreza manipulativa); de personalidad (problemas de conducta, mayor ansiedad, falta de autocontrol); cognitivas (falta de estrategias de memoria, dificultad para atender a estímulos, problemas en resolución de problemas, en lenguaje, en categorización) (6).

1.2.1 Intervención desde Terapia Ocupacional

Desde Terapia Ocupacional, las áreas principales que debemos tener presentes en la evaluación y tratamiento de la DI son: competencia y autonomía personal, capacitación laboral (desarrollo de habilidades y destrezas laborales), adaptación del entorno (facilitar la realización de las AVDs), tener en cuenta el estilo de vida y su satisfacción personal, el ocio (con el objetivo de alcanzar un ocio inclusivo y significativo) (7).

El paradigma de la TO es compatible con las necesidades de apoyo de este perfil de usuarios. El objetivo fundamental es ofrecer apoyos para aumentar su independencia, así como las relaciones y participación en la comunidad. Los servicios que se ofrecen están proporcionados por profesionales cualificados (7).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo fue elaborar y llevar a cabo un plan de intervención para un individuo con lesión medular y discapacidad intelectual previa, utilizando estrategias de terapia ocupacional para promover su autonomía y mejorar su calidad de vida.

Para conseguir este objetivo general se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de deterioro cognitivo y las limitaciones físicas causadas por la lesión medular antes del inicio del plan
- Diseñar e implementar un programa de intervención individualizado que, mediante estrategias de TO, combine actividades adaptadas al nivel cognitivo del paciente para mejorar la alimentación, el cálculo y la memoria
- Realizar ajustes y modificaciones en la actividad y en el entorno
- Asesorar y proporcionar productos de apoyo como respuesta a sus necesidades
- Ofrecer apoyo y orientación al paciente y a la familia a lo largo de todo el proceso de intervención
- Evaluar tras el plan el progreso del paciente en relación a la autonomía en la alimentación y al desarrollo de habilidades cognitivas

3. METODOLOGÍA

3.1 Revisión bibliográfica

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos de Alcorze, Dialnet, Pubmed y Google Scholar.

Las palabras clave para la búsqueda exhaustiva fueron en español e inglés: Lesión Medular; Spinal cord injury / Discapacidad Intelectual; Intellectual Disability / Terapia Ocupacional; Occupational Therapy, con el operador booleano utilizado: "AND"

De los artículos encontrados, se seleccionaron aquellos artículos de revistas científicas y libros en inglés y en español, enfocados en la intervención de personas con discapacidad intelectual o en lesionados medulares desde Terapia Ocupacional.

En este proceso como fuentes indirectas, se han utilizado también informes del personal sanitario del centro. En cuanto a las fuentes directas, principalmente se ha recabado información de diferentes escalas de valoración que se explicarán posteriormente.

3.2 Descripción del caso clínico

J.A. es un varón de 70 años con un diagnóstico principal de retraso mental ligero de etiología no filiada. Presenta un diagnóstico secundario de discapacidad neuromuscular debido a mielopatía secundaria, causada por tetraplejia incompleta en las vértebras C5, C6 y C7 a raíz de una estenosis de canal. También se le ha diagnosticado enfermedad de Parkinson, lo que exacerba los síntomas físicos como rigidez muscular, temblor leve y dificultad para la deglución. Además, se encuentra en un proceso de envejecimiento.

Actualmente vive en el centro residencial de Integra Aragón (8) durante toda la semana, uno de los centros donde se atiende a personas con discapacidad intelectual, sin embargo, ha pasado gran parte de su vida en el centro de ATADES Santo Ángel (9), donde residen personas con mayor nivel de autonomía. Posteriormente estuvo trabajando en el Centro Especial de Empleo (CEE) Oliver (10), donde se dedicaba a trabajar para la empresa Teka electrodomésticos. Posterior a la intervención quirúrgica de estenosis de canal, pasó a vivir a Integra Aragón donde pueden satisfacer sus necesidades.

En el centro recibe tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar que ofrece servicio de enfermería, psicología, fisioterapia, cuidados personales, terapia ocupacional, psicopedagogía, etc., formando parte del centro ocupacional de Integra Aragón donde realiza actividades formativas, educativas y laborales, y recibe apoyo psicosocial.

Además, asiste a más talleres e intervenciones que proporciona el centro:

- Intervención en piscina
- Asambleas de autodeterminación y autogestores
- Taller de emociones, afectivo-sexual

- Intervención de psicología
- Caninoterapia

Deambula en silla de ruedas para trayectos largos, y hace uso de andador para trayectos cortos.

Para llevar a cabo el plan de intervención, contamos con el consentimiento informado del usuario (Anexo I).

3.3 Modelo de Terapia Ocupacional

La intervención que se ha llevado a cabo está basada en diferentes modelos propios de la TO. Como modelos principales podemos destacar el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (11), considerando que en la persona conviven tres subsistemas (volición, habituación y capacidad de desempeño), y por otra parte el Modelo Centrado en la Persona (PCP).

Este último modelo surge ante la necesidad de realizar un cambio total en el sistema utilizado para apoyar a las personas y cambiar también el control que las personas que requieren de asistencia tenían sobre sus vidas. Se atienden a las necesidades de los usuarios, respetando sus opiniones y deseos, aunque es cierto que este modelo lleva a conflictos a la hora de tomar decisiones por parte de los profesionales y del personal encargado de sus cuidados, ya que se puede aconsejar al usuario, pero no se puede obligar a hacer lo que el resto piense que es lo correcto. De esta manera el vínculo terapéutico que se adquiere entre la persona y el terapeuta ocupacional se crea fácilmente, ya que el usuario se siente comprendido y entiende que el planteamiento de una intervención surge desde el consenso del profesional y de la persona (12).

Además, con el modelo cognitivo, trabajamos sobre los procesos cognitivos que pueden verse afectados de manera fisiológica por la edad o porque están asociados a una patología. Algunas de las funciones cognitivas que se pueden ver afectadas y podemos trabajar en sesión de terapia ocupacional son la atención, la percepción, la memoria y/o los procesos cognitivos más complejos (pensamiento abstracto, seriación, clasificación). De esta manera se han realizado sesiones de estimulación cognitiva para mantener las

funciones que todavía permanecen intactas, ya que una persona con estas características es posible que no haya mejora en las funciones cognitivas, pero podemos evitar su empeoramiento (13).

3.4 Fases de la intervención

La intervención se realizó durante 4 meses (de febrero a mayo) y se compuso de tres fases fundamentales: 1. evaluación; 2. diseño del plan e intervención; 3. reevaluación (Tabla 1). En la primera fase se evaluó el estado del paciente. Se llevó a cabo en 2 días, repartidos entre el 27 y el 28 de febrero, en sesiones de 45 minutos cada una.

La siguiente fase, la intervención en sí misma se llevó a cabo en 14 sesiones divididas de manera equitativa en talleres de estimulación cognitiva y talleres de alimentación. La duración de estas sesiones fue de 45 minutos en estimulación cognitiva y de 30 minutos los talleres de alimentación.

En la última fase, se llevó a cabo un proceso de reevaluación en el que se utilizaron las mismas escalas que al inicio para obtener resultados y compararlos con los obtenidos anteriormente, durante la evaluación.

Tabla 1. Fases del plan de intervención

EVALUACIÓN	
27/02/2024 (45 minutos)	Índice de Barthel y Escala de medida de independencia funcional (FIM)
28/02/2024 (45 minutos)	Mini-mental State Examination (MMSE) y Listado de intereses de Kielhofner
INTERVENCIÓN	

Taller de estimulación cognitiva	7 sesiones	45 minutos/sesión
Taller de alimentación	7 sesiones	30 minutos/sesión
REEVALUACIÓN		
27/05/2024 (45 minutos)	Índice de Barthel y Escala de medida de independencia funcional (FIM)	
28/05/2024 (20 minutos)	Mini-mental State Examination (MMSE)	

3.5 Recursos materiales y humanos

Para la realización de este trabajo, ha sido imprescindible la colaboración del centro Integra Aragón (ATADES), situado en la localidad de Zaragoza, que me ha brindado la oportunidad de llevar a cabo la intervención haciendo uso de las instalaciones y materiales necesarios.

Las sesiones de alimentación tuvieron lugar en el comedor, en el horario habitual del usuario, y por lo tanto compartiendo espacio con el resto de los residentes y trabajadores del centro, mientras que las de estimulación cognitiva se llevaron a cabo en un aula del centro de día y en la sala multisensorial. En las sesiones de estimulación cognitiva se priorizó que el usuario estuviese solo, para evitar distracciones.

4. DESARROLLO

4.1 EVALUACIÓN

Durante la tercera y la cuarta semana de febrero de 2024 se realiza la búsqueda exhaustiva de las evaluaciones propias de la Terapia Ocupacional

que se le van a realizar al paciente. Las escalas utilizadas fueron: índice de Barthel, escala de Medida de Independencia Funcional, Mini-Mental State Examination, Listado de Intereses.

4.1.1 índice de Barthel (Anexo II)

Escala que valora el nivel de independencia que tiene una persona a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria. Permite valorar la existencia de una discapacidad física o neurológica que suponga una dificultad para el desempeño y realización de tareas fundamentales en nuestro día a día (14).

J.A obtuvo en esta escala una puntuación de 25 sobre 90 (precisa de silla de ruedas), lo que nos indica que tiene una dependencia grave en las actividades básicas de la vida diaria. Es dependiente para lavarse, usar el retrete, deambular con la silla de ruedas y presenta incontinencia en la micción, por lo que lleva pañal.

Además, precisa ayuda para comer, vestirse, para realizar traslados y/o transferencias y presenta algún episodio de incontinencia en las deposiciones. En estas actividades, colabora para llevarlas a cabo, pero precisa de ayuda de una tercera persona. Es independiente en el arreglo e higiene personal, es decir, para lavarse los dientes, afeitado, lavado de cara y manos, pero es necesario que haya supervisión.

4.1.2 Escala de medida de independencia funcional (FIM) (Anexo III)

Se trata de una herramienta aceptada mundialmente como medida de discapacidad (15). Se diferencia de la escala ASIA ya que se trata de una medida de discapacidad, no de déficit y esto permite estimar el nivel de discapacidad sin tener en cuenta la naturaleza o la extensión de la patología, o el deterioro subyacente (16).

La puntuación obtenida en esta escala para J.A. fue de 20/91 en el dominio motor, siendo dependiente en deambulación, movilidad, control de esfínteres y vestido. Presenta menor dependencia en alimentación y en arreglo personal.

En el dominio cognitivo obtuvo una puntuación de 30 sobre 35, obteniendo mayor puntuación en comunicación e interacción social y menor puntuación en resolución de problemas y memoria.

4.1.3 Mini-mental State Examination (MMSE) (Anexo IV)

Se trata de una evaluación estructurada que permite identificar los problemas de memoria o deterioro cognitivo. Puede haber excepciones en caso de existir limitaciones físicas o educativas (17).

La puntuación de J.A. en esta evaluación fue de 26 sobre 30. Se encuentra en el límite entre un nivel cognitivo normal y un posible deterioro cognitivo leve. Esta puntuación puede ser el resultado del proceso de envejecimiento por el que está pasando el usuario y es necesario tenerlo en cuenta en la intervención para mantener las funciones cognitivas preservadas.

4.1.4 Listado de intereses de Kielhofner (Anexo V)

Permite recolectar datos sobre los patrones de intereses de la persona y las características útiles para la práctica clínica. El objetivo principal de hacer uso de este listado dentro del programa de intervención era tener en cuenta los gustos e intereses de la persona, y trabajar los mismos objetivos teniendo en cuenta la opinión del usuario y haciendo partícipe al usuario de manera activa en la elección de las actividades (18).

En un primer momento no mostró interés por ninguna actividad, sin embargo, se le realizaron preguntas sobre ciertas actividades y podemos concluir que: en su pasado le gustaba pasear por la naturaleza (destacando la montaña o por el parque), escuchar música, principalmente música rock, y realizar pasatiempos. En la actualidad le gusta ver la televisión, pintar y leer de vez en cuando y en un futuro le gustaría realizar algún juego de mesa.

4.2 DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Como resultado de la evaluación inicial, pude concluir que J.A. tiene una dependencia grave en las actividades de la vida diaria, presentando dependencia en muchas de las actividades a excepción de la higiene personal que puede realizar con supervisión. Además, se encuentra entre el límite entre la ausencia de deterioro cognitivo y un posible deterioro leve, mostrando peor puntuación en memoria y cálculo. A partir de estos resultados, establecí los objetivos a trabajar en las actividades.

4.2.1 ÁREA COGNITIVA

Teniendo en cuenta la valoración inicial y con el objetivo de mejorar o mantener las funciones cognitivas presentes, centrando su atención en el cálculo y la memoria de trabajo y memoria visual, el plan tendrá los siguientes objetivos concretos dentro del área cognitiva:

- Establecer prioridades entre los distintos estímulos que le llegan, y facilitar la memorización de la información importante, desechando los datos irrelevantes
- Aumentar progresivamente la cantidad de información que puede memorizar
- Mantener la capacidad residual de su memoria de trabajo y memoria visual
- Participar en actividades significativas que requieran de estas habilidades cognitivas para llevarlas a cabo.
- Aplicar las habilidades de cálculo conservadas a las actividades de la vida cotidiana
- Aumentar la capacidad para resolver problemas matemáticos simples y prácticos que se encuentran en la vida diaria

4.2.2 ÁREA ALIMENTACIÓN

Considerando la valoración inicial y con el objetivo de aumentar su capacidad para realizar las actividades de alimentación de manera autónoma, mejorando así su desempeño ocupacional, el plan incluirá los siguientes objetivos específicos en el área de alimentación:

- Mejorar la postura corporal durante las comidas
- Aprender a controlar la velocidad para evitar atragantamientos
- Usar productos de apoyo que favorezcan su independencia en la alimentación
- Participar activamente en las comidas

4.3 INTERVENCIÓN

La intervención comenzó el 9 de abril de 2024 y finalizó el 24 de mayo de 2024. El total de sesiones que recibió J.A. fue de 14 sesiones, divididas en 7 sesiones para trabajar sobre el área cognitiva y otras 7 para trabajar su independencia en alimentación y mejorar su desempeño ocupacional. En los talleres de estimulación cognitiva el paciente mostró interés por realizar fichas cognitivas (algunas de ellas denominadas "Encuentros" tal y como se describen en el cuaderno de actividades (19)) para trabajar las diferentes funciones cognitivas, a excepción de una sesión en la que accedió a usar otro tipo de material.

En la tabla 2 se detalla la dinámica de las sesiones, espacio físico y materiales utilizados en las sesiones de estimulación cognitiva establecidas dentro del plan de intervención.

Tabla 2. TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

	FUNCIÓN COGNITIVA	MATERIAL	ESPACIO FÍSICO	OBSERVACIONES
10/04/24	Cálculo	Ficha Encuentro 8 (Anexo VI) (19)	Aula 1 del centro Integra Aragón	En los ejercicios que implican colocar el signo que corresponde (suma, resta, multiplicación, división) ha presentado dificultades y ha necesitado ayuda para completar el ejercicio
17/04/24	Atención, memoria de trabajo y razonamiento	Ficha Encuentro 7 (Anexo VII) (19)	Aula 1 del centro Integra Aragón	El foco de atención se va perdiendo pasados los 25 minutos y empieza a haber frustración en el usuario
24/04/24	Reconocimiento de objetos, memoria visual y memoria semántica	Power point con imágenes, ordenador y proyector	Sala multisensorial del centro	Ha usado el apoyo verbal (nombrando los objetos, animales, o frases) para recordar las imágenes y frases. Se le ha pedido que las memorizara mentalmente sin decirlas en voz alta

30/04/24	Atención, memoria a corto plazo y semántica y funciones cognitivas	Ficha Encuentro 15 (Anexo VIII) (19)	Aula 1 del centro Integra Aragón	Parece estar más tembloroso, prestar menos atención desde el inicio de la actividad, y disminuye conforme avanzan los 45-50 minutos. Mantiene una peor posición corporal
06/05/24 *Finalizar el ejercicio anterior*	Atención, memoria a corto plazo y semántica y funciones cognitivas	Ficha Encuentro 15 (19)	Aula 1 del centro Integra Aragón	Mayor atención centrada en la tarea. La postura corporal ha sido similar a la del día anterior
14/05/24	Atención, cálculo y lenguaje	Ficha cognitiva (Anexo IX) (20)	Aula 1 del centro Integra Aragón	Los ejercicios de atención los ha realizado sin problemas, sin embargo, en el cálculo ha tenido dificultades y ha necesitado de ayuda para completarlo. En lenguaje ha necesitado poca ayuda.

21/05/24	Memoria visual, atención y cálculo	Ficha cognitiva (Anexo X) (21)	Aula 1 del centro Integra Aragón	Se ha observado al inicio dificultad para comprender los ejercicios. El ejercicio de memoria visual es el que más fallos ha habido
-----------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	--

TALLER DE ALIMENTACIÓN

Las sesiones de alimentación se llevaban a cabo durante el horario de comidas y en su lugar dentro del comedor. En la tabla 3 se detallan las observaciones y avances que se han realizado durante los meses de abril y mayo y las pautas que se han trasladado al centro para favorecer su autonomía durante las comidas.

Tabla 3. Taller de alimentación

	OBSERVACIONES
12/04/2024	<p>Es necesario corregir constantemente la postura para comer, come rápido, tiene poca fuerza en las manos para coger los cubiertos, problemas para agarrar el yogur al comer (tiende a acercarlo al cuerpo para sujetarlo). A veces se le resbala el plato de la mesa y precisa de ayuda para que le sirvan el agua en el vaso.</p> <p>Acude al comedor con andador (poca distancia) por lo que tratamos de mantener el desplazamiento con andador siempre que se pueda.</p> <p>Le dan la medicación las auxiliares.</p>

<p>19/04/2024</p>	<p>La postura se corrige en varias ocasiones, valoramos la necesidad de un cojín para que no se resbale en la silla, además de hacer uso de silla con reposabrazos.</p> <p>Probamos a cambiar el recipiente del yogurt por un cuenco para que tenga mayor base de sustentación y sea capaz de agarrar con la mano el cuenco, de la misma manera que realiza con los platos de la comida.</p> <p>PAUTAS SOLICITADAS: Mantel antideslizante, autonomía en la toma de la pastilla del mediodía (solo es una pastilla) con supervisión, colocar una silla con reposabrazos y cojín, y uso de un cuenco para el yogurt (echar el yogurt en el cuenco por él mismo o con ayuda pero realizarlo después de los platos, ya que tiene adquirida una rutina de beber el líquido que se queda en la superficie del yogur entre los dos platos de la comida; de esta manera tenemos en cuenta a la persona y sus hábitos y rutinas)</p> <p>*No quiere realizar uso de engrosadores en los cubiertos*</p>
<p>26/04/2024</p>	<p>Todavía no se han aplicado las pautas solicitadas. Probamos a que sea él mismo quien se eche el yogur en el cuenco, pero le es imposible por su afectación en la mano izquierda</p> <p>Observamos que hoy el cuenco del yogur se le resbala más que en otras ocasiones, por lo que estamos a la espera de valorar si con el mantel antideslizante esto se evita</p>
<p>3/05/2024</p>	<p>Colocamos el cojín en el asiento y parece que le resulta más fácil adoptar una postura apropiada para comer. Además, él confirma que se encuentra mejor colocado en la silla. Toma de</p>

	la medicación de manera autónoma con supervisión, la pauta del cuenco se traslada al equipo del centro para que la realicen así a diario y seguimos a la espera del mantel antideslizante.
10/05/2024	Durante las 3 sesiones siguientes, se han ido realizando las mismas pautas nombradas anteriormente. El usuario afirma estar contento y satisfecho y además de mejorar su desempeño ocupacional, hemos respetado siempre que hemos podido sus decisiones. Finalmente, ni los engrosadores ni el mantel antideslizante fueron aplicados, a pesar de que habrían sido potenciadores para su autonomía. El centro nos aseguró que se compraría el mantel para futuras ocasiones.
17/05/2024	
24/05/2024	

4.4 REEVALUACIÓN

Finalizados los 2 meses de intervención, pasamos a evaluar los resultados obtenidos. Para ello se utilizan las mismas escalas que al inicio de la intervención. En el Barthel ha obtenido la misma puntuación, mientras que en el MMSE varía 2 puntos por encima de la puntuación inicial y en la FIM varía 1 punto por encima de la puntuación inicial (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la reevaluación

	RESULTADOS	OBSERVACIONES
Índice de Barthel (Anexo XI)	25/90 (precisa de silla de ruedas)	No varía con la puntuación inicial
MMSE (Anexo XII)	28/30 (No sospecha patológica)	Varía 2 puntos por encima de la puntuación inicial (26/30)

FIM (Anexo XIII)	Dominio motor: 21/91 Dominio cognitivo: 30/35 Total: 51/120	Varía 1 punto por encima de la puntuación inicial (50/120)
-------------------------	--	--

5. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la evaluación y en la reevaluación han variado ligeramente. En cuanto al Índice de Barthel, la puntuación fue la misma, ya que se trata de una escala que evalúa el desempeño ocupacional con puntuaciones de 0, 5 y 10. Es por eso que los avances que hemos conseguido con los talleres de alimentación no son los suficientes como para pasar de un 5 (necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.) a un 10 (totalmente independiente), ya que sigue precisando de ayuda para realizar la actividad.

En cuanto a la FIM, escala más específica que el Índice de Barthel, se ha observado una mejoría por parte de J.A de un punto. En alimentación hemos pasado de tener un 3 a un 4, lo cual indica que actualmente requiere de una asistencia mínima para desempeñar la actividad.

Por último, en el MMSE la puntuación final ha sido de 28 puntos, 3 puntos más que en la evaluación inicial, en la que obtuvo 25 puntos. Las áreas en las que se aprecia una mejora son en atención y cálculo y en recuerdo diferido.

Por tanto, el plan de intervención llevado a cabo ha permitido realizar mejoras en la alimentación. Algunas de estas mejoras son: corregir la postura durante la comida, adaptar el recipiente en el que se come el yogur para facilitar su agarre, facilitar la toma de la medicación de manera autónoma.

Además, las funciones cognitivas no afectadas se han mantenido en el tiempo, y se ha visto alguna mejora leve en cálculo, atención y memoria de trabajo.

Algunas de las limitaciones que se han encontrado al llevar a cabo la intervención ha sido la negativa por parte del usuario de realizar el uso de

engrosadores en los cubiertos, y la no adquisición de un mantel antideslizante por parte del centro.

6. CONCLUSIÓN

En relación con los objetivos propuestos, podemos concluir que el plan de intervención ha permitido una leve mejora de las funciones cognitivas más afectadas y mantener las funciones cognitivas sobre las que no había afectación. Estas mejoras pueden ser trasladadas a las actividades de la vida diaria (AVDs) y por tanto favorecer su autonomía en las mismas.

Además, de las mejoras a nivel cognitivo, el plan de intervención ha mejorado la alimentación del usuario, de forma que tras la realización es capaz de comer de manera autónoma con asistencia mínima. Esto le capacita para realizar por él mismo la mayoría de tareas que implican la actividad de comer, mejorando su autoestima y su calidad de vida.

No obstante, bajo mi criterio, la intervención debe continuar en el tiempo, para mantener los resultados obtenidos hasta el momento y para acompañar y facilitar al usuario a la introducción en un proceso de envejecimiento activo, que permita a J.A mantener la autonomía en las AVDs, mejorando bienestar y su calidad de vida siempre que sea posible.

Todo lo anterior deja clara la importancia y el papel fundamental de la TO en la rehabilitación y la mejora de la calidad de vida de personas que presentan este doble desafío.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Arsh A, Anwar Z, Zeb A, Ilyas SM. Effectiveness of occupational therapy in improving activities of daily living performance in complete cervical tetraplegic patients; A quasi experimental study. Pak J Med Sci. 2019;36(2). Disponible en: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.2.1002>
2. Gómez M. "Revisión basada en la evidencia: Terapia Ocupacional y Lesión Medular" [Trabajo fin de grado]. Universidad Da Coruña; 2016. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17380/Gomez_Marta_TFG_2016.pdf?sequence=2
3. González C, Moncayo MC. Abordaje de la terapia ocupacional en la funcionalidad del miembro superior del adulto lesionado medular cervical: Revisión bibliográfica. TOG. 2019;16(30). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7225376>
4. Blasco M, Carretero E, Pérez D. Calidad de vida y autonomía en las actividades de la vida diaria en personas con lesión medular. TOG. 2021;18(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7965604>
5. Manzanero AL, Recio M, Alemany A, Cendra J. Atención a víctimas con discapacidad intelectual. Madrid: Fundación Carmen Pardo Valcarce; 2013. Disponible en: https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO26831/atencion_victimizacion_manzanero.pdf
6. Aparicio C, Arenas J, Martínez MJ. Claves para una respuesta ante la educación especial. Madrid: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2014. Discapacidad intelectual; p. 51-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7861648>

7. Cuairán O, Laparra I, Arnedo A, Loitegui A. Terapia ocupacional en discapacidad intelectual. TOG. 2009;6(Supl. 4):391-409. Disponible en: <https://www.revistatog.com/suple/num4/discapacidad.pdf>
8. ATADES [Internet]. Centro Integra Aragón; [29/05/2024]. Disponible en: <https://www.atades.org/centros/centro-integra-aragon/>
9. ATADES [Internet]. Centro ocupacional y residencial Santo Ángel; [consultado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.atades.org/centros/santo-angel/>.
10. ATADES [Internet]. CEE Oliver; [consultado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.atades.org/centros/oliver/>.
11. Kielhofner G, Burke J. A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. Am J Occup Ther. 1980;34(9):572-81. Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>
12. Pallisera M. La planificación centrada en la persona (PCP): una vía para la construcción de proyectos personalizados con personas con discapacidad intelectual. Rev Iberoam Educ (RIE). 2011;56(3). Disponible en: <https://rieoei.org/RIE/article/view/1516>
13. Gómez J. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. España: MIRA; 1997.
14. Barrero CL, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast Restauracion Neurol. 2005;4(1-2). Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf
15. Rozo AL, Jiménez A. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del Hospital Militar Central de Bogotá en el periodo octubre 2010 – mayo 2011. Rev Med. 29 de noviembre de 2013;21(2):72. Disponible en: <https://doi.org/10.18359/rmed.1185>

16. IMEDIR (UDC) [Internet]. Escala de Independencia Funcional (FIM); 2024. Disponible en: https://www.imedir.udc.es/participa/?page_id=155
17. Lobo A. Mini-examen cognoscitivo y deterioro psíquico. Revista de psicología general y aplicada: FEDAP. 1979;34(159):622-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3055292>
18. Kielhofner G, Neville A. Listado de intereses adaptado; 1983. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/209061014/Spanish-Interest-Checklist>
19. Padellaro S. Taller de estimulación cognitiva. Buenos Aires: Lugar; 2021.
20. Jiménez E. Cuaderno de estimulación cognitiva para personas mayores sordas. Granada: Asociación de personas mayores de Granada y provincia; 2023. Disponible en: <https://asogra.es/wp-content/uploads/2023/03/Cuaderno-de-ejercicios-de-estimulacion-cognitiva-para-mayores-sordos.pdf>
21. Del Valle MM. 30 fichas de entrenamiento cognitivo; Ayuntamiento de Castrillón; 2020. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-metropolitana/psicologia-clinica/30-fichas-de-entrenamiento-cognitivo/70665026>

8. ANEXOS

ANEXO I

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por **Sheila Vera Sobreviela**, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es **rehabilitar física y cognitivamente al usuario desde Terapia Ocupacional para favorecer su autonomía y su calidad de vida.**

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente **45** minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además, el investigador/estudiante podrá participa como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Sheila Vera Sobreviela. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es la **rehabilitación física y cognitiva desde Terapia Ocupacional para le mejora de la autonomía y de la calidad de vida.**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente **45** minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Sheila Vera Sobreviela** al teléfono **653623808**.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Sheila Vera Sobreviela** al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha **28/02/2024**

ANEXO II

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

28/02/2024

DEPENDENCIA GRAVE

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:	SILLA RUEDAS (90)	25/90
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	X
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	X
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	X
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	X
	- Dependiente (Ayuda, podría realizarlo solo)	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	X
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	X
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	X
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	X
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	X
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	X
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	X
	- Dependiente	X 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	X

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO III

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido:

Run : 2810212024

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos 20/91	Autocuidado	
		1. Alimentación	3
		2. Arreglo personal	4
		3. Baño	1
		4. Vestido hemicuerpo superior	2
		5. Vestido hemicuerpo inferior	1
		6. Aseo perineal	1
		Control de esfínteres	
		7. Control de vejiga	1
		8. Control de intestino	2
		Movilidad	
		9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	1
		10. Traslado al baño	1
	11. Traslado en bañera o ducha	1	
	Ambulación		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas	1	
	13. Subir y bajar escaleras	1	
	Cognitivo 35 puntos 30/35	Comunicación	
14. Comprensión		6	
15. Expresión		7	
Conocimiento social			
16. Interacción social		7	
17. Solución de problemas	5		
18. Memoria	5		
Total			50

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Hemicuerpo: cada una de las dos partes en las que se divide el cuerpo; puede ser superior, inferior; derecha e izquierda.

Perineal: pelvis

ANEXO IV

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE:

FECHA: 28/02/2024

ESTUDIOS/PROFESIÓN: ESTUDIOS OBLIGATORIOS F. NACIMIENTO: 11/08/1953

VARÓN / MUJER

OBSERVACIONES:

N.H.:

EDAD: 70

¿En qué año estamos?	0 - 1	2024	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	5
¿En qué estación?	0 - 1	Invierno		
¿En qué día(fecha)?	0 - 1	28		
¿En qué mes?	0 - 1	Febrero		
¿En qué día de la semana?	0 - 1	Miércoles		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0 - 1	ATADES	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	5
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 - 1	Calle		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0 - 1	Zaragoza		
¿En qué provincia estamos?	0 - 1	Zaragoza		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0 - 1	ESPAÑA		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0 1 Caballo 0 1 Manzana 0 1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			Nº de repeticiones necesarias	1
			FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	3
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0 1 27 0 1 24 0 1 21 0 1 18 0 1 0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1			ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	2
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente Peseta 0 1 Caballo 0 1 Manzana 0 1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			RECUERDO diferido(Máx.3)	1
- DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0 1 Reloj 0 1 - REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0 1 - ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano 0 1 Dobla por mitad 0 1 Pone en suelo 0 1 - LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0 1 - ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0 1 - COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0 1			LENGUAJE (Máx.9)	9
Puntuaciones de referencia 27 ó más= normal 24 ó menos = sospecha patológica 12-24= deterioro 9-12 = demencia			Puntuación TOTAL: (Máx.30puntos)	25/30.

↓
to e exortto etto frase



ANEXO V

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO

Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre

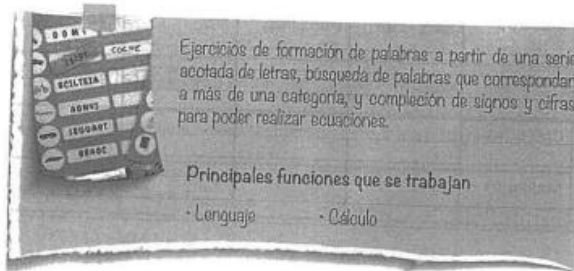
Llena solo las actividades que sean de tu interés

ACTIVIDAD	NIVEL DE INTERES DEL 1 AL 10	HAS PARTICIPADO DE ESTA ACTIVIDAD SI/NO	PARTICIPAS ACTUALMENTE DE ESTA ACTIVIDAD SI/NO
Ir al Gimnasio			
Diseñar y elaborar prendas de vestir			
Juegos de mesa. Cuáles?	7	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
Aprender un idioma extranjero cual?			
Practicar un deporte Cual(es)?	5	NO	NO
Participar en actividades religiosas			
Hacer parte de un grupo social. Cual(es)?			
Tocar un instrumento musical. Cual(es)?			
Escuchar Música. Cual? <i>Rock</i>	8	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO
Caminar <input checked="" type="checkbox"/>			
Mecánica			
Escribir			
Bailar. Qué?			
Hacer pasatiempos. Cuáles?	6	SI	NO
MANUALIDADES			
Bisutería			
Bordado			
Manillas			
Decoración fiestas			
Pintado en vidrio			
Porcelana			
Adornos			
Tarjetería			
Otra. Cual(es)?			
Ver Películas. Genero(s)			
Hacer objetos en madera			
Pintura			
Aprender un oficio Cual(es)?			

Aprender una profesión Cual?			
Tomar clases. ¿Qué?			
Nadar			
Jugar Bolos			
Ir de Visita			
Arreglar Ropa			
Navegar en internet			
Ir a fiestas			
Participar en reuniones familiares			
Leer X			
Viajar			
Formar empresa. Cual? _____			
Practicar Artes marciales			
Escuchar a otros			
Conversar			
Limpiar la Casa			
Jugar con Juegos. Cuáles?			
Compartir tiempo en familia			
Ver Televisión X	8	SI	SI
Ir a Conciertos			
Hacer Cerámica			
Tener mascota. Cual?			
Acampar			
Cocinar			
Participar en un voluntariado			
Participar en Política			
Decorar Interiores			
Pertenecer a un Club			
Cantar			
Ser Scout			
Ir de paseo. Donde? X (Gustarla ir montaña, parque)			
Andar en Bicicleta			
Ver un Deporte. Cual(es)?			
Conducir Vehículo			
Cuidar niños			
Coleccionar algo. Qué?			
Pescar			
Ir de compras			
Pintar X			
Otros. Cuáles?			

ANEXO VI

Encuentro 8



Orientación

Día: 07 Mes: 04 Año: 2024

10

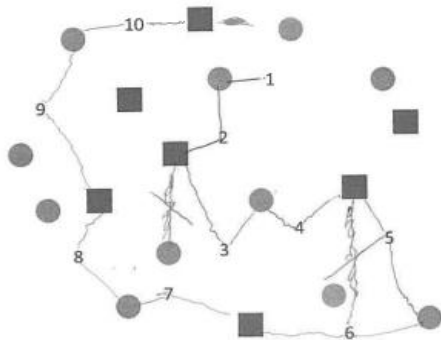
1) Señalá los números tales que al sumar sus cifras den como resultado un número igual o mayor de 21.
Por ejemplo, dado el número 939: $9 + 3 + 9 = 21$.

456	992	<u>939</u>	901	657	109	563	<u>886</u>	<u>786</u>	900	390	781
934	<u>889</u>	<u>999</u>	461	178	932	878	690	<u>897</u>	555	454	675
<u>986</u>	754	449	563	333	548	991	982	828	189	<u>987</u>	211
853	905	328	<u>989</u>	180	098	765	981	219	<u>787</u>	488	<u>868</u>
085	<u>779</u>	763	<u>696</u>	656	<u>896</u>	873	906	666	<u>888</u>	832	471

50

Sabina Padellaro

7) Uní los números en forma ascendente alternándolos con las figuras, de manera de formar la serie número - círculo - número - cuadrado.



• Encontrá todas las soluciones de este encuentro en la página 120.

La atención alternante

La atención alternante nos permite pasar de un foco de atención a otro, de manera fluida, por ejemplo para cocinar un pastel y a la vez preparar una salsa. Se requiere de flexibilidad mental para poder alternar la atención de una actividad a otra, y esta también se puede ejercitar.

Mantener el orden de las cosas en el trabajo y en la casa nos ayudará a mejorar la capacidad atencional; dejar las cosas siempre en el mismo lugar, hacer uso de una agenda para organizarnos, incluso salir a dar un paseo y observar los detalles del barrio son recomendables para estimular esta función.

4) Colocá los signos que correspondan para resolver las ecuaciones.

$$\begin{aligned}
 & 2 \square 2 \square 2 \square 2 \square 2 = 24 \quad \times \\
 & 4 \square 4 \square 4 \square 2 = 30 \quad \checkmark \\
 & 6 \square 6 \square 6 = 30 \quad \checkmark \\
 & 4 \square 4 \square 4 \square 4 = 80 \quad \times \\
 & 3 \square 3 \square 3 \square 3 = 30 \quad \checkmark \\
 & 5 \square 5 \square 5 \square 2 \square 5 \square 2 = 27 \quad \checkmark
 \end{aligned}$$

5) Realizá los siguientes cálculos mentalmente, y anotá los resultados.

$$\begin{aligned}
 100 - 20 + 6 + 24 - 9 &= 95 \quad 101 \\
 99 - 8 + 5 - 20 + 4 &= 87 \quad 80 \\
 22 + 12 + 8 - 12 - 5 &= 30 \quad \checkmark \\
 86 - 12 + 30 + 6 - 15 &= 95 \quad 95 \\
 13 + 21 + 7 - 12 - 8 + 3 &= 24 \quad 24
 \end{aligned}$$

6) a. Sumá todos los resultados. ¿Te da 325? Si No X
b. Hacé la suma en forma escrita para encontrar el error si no llegaste al resultado correcto.

ANEXO X

FICHA 22

1. Ejercicio de atención: señale las dos filas que se repiten en orden inverso

1	Q	W	E	R	T	Y	U	L	O	P	Ñ
2	Ñ	P	O	I	U	Y	T	R	E	W	Q
3	A	S	D	F	G	H	J	K	L	Ñ	M
4	M	Ñ	L	K	O	H	G	F	D	S	A
5	P	O	I	U	Y	T	R	E	W	Q	A
6	A	Q	W	E	R	T	Y	U	V	O	P
7	Ñ	P	O	L	U	Y	T	R	E	W	Q
8	H	G	F	D	S	A	Y	T	R	E	W
9	W	E	R	T	Y	A	S	D	F	G	M

2. Ejercicio de deducción: complete las frases con las palabras de la derecha

El avión se paró cuando estaba en la enliza.
 Estas gafas las compré en una óptica.
 El mes de abril suele ser lluvioso.
 Tus llaves están en la puerta de la entrada.

- puerta
- ascensor
- óptica
- llaves
- mes
- entrepunta
- cuando
- gafas
- abril

3. Ejercicio de memoria: observe atentamente la imagen durante un minuto, dé la vuelta a la hoja y conteste a las preguntas



- ¿De qué color es la casa? o marrón Verde X
- ¿Qué hay junto a la verja de la casa? 7 X
- ¿Cuántas ventanas se ven? 7 X
- ¿Qué color tienen las hojas de los árboles? verde X
- ¿Se ve alguna persona? No X
- ¿Cuántos peldaños tiene la escalera? 4 X
- ¿De qué color es el camino que lleva a la casa? blanco Rojo X
- ¿Y el de las verjas? marrón X
- ¿Sale humo de la chimenea? no si X
- ¿Cuántas columnas tiene el porche? 4 X

4. Ejercicio de lenguaje: escriba todas las palabras que recuerde sobre el cine y el teatro

53,41
 $53,41 + 2,68 = 56,09$
 $17,93 - 4,93 = 13,00$
 $48 \times 6 = 288$
 $92,62 - 35,2 = 57,42$
 $15,8 + 77,82 = 93,62$

5. Ejercicio de cálculo: realice las siguientes operaciones con decimales

$37,14 \times 3 = 111,42$ $65,32 \times 2 = 130,64$ $88,42 : 2 = 44,21$ $70,92 : 2 = 35,46$
 $53,41 + 26,68 = 80,09$ $17,93 + 49,33 = 67,26$ $48,46 - 35,2 = 13,26$ $93,62 - 15,8 = 77,82$

6. Ejercicio de atención: descubra las letras que están en la posición de las "X" del cuadro derecho y escriba la palabra oculta

Q	A	Y	O	K	J	L
Ñ	M	M	N	H	G	A
E	T	A	S	T		
Y	J	J	O	K	L	
U	Y	D	C	E		
R	O	I	Y	E		

X						
		X		X		X
	X		X			
	X					X

ANEXO XI

31/05/2024.

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

DEPENDENCIA GRAVE

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		25/90
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	X
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	X
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. (Supervisión (ayuda mínima))	X
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavalivas	X
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	X
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parte de arriba colubona →

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

No grúa.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente (<i>Colabora mínimamente.</i>)	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO XII

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE: _____

FECHA: 31/05/2024.

ESTUDIOS/PROFESIÓN: BÁSICO

OBSERVACIONES:

F. NACIMIENTO: 11/08/1953

N.H*:

VARÓN/ MUJER

EDAD: 70.

¿En qué año estamos?	0 - 1	2024	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	5
¿En qué estación?	0 - 1	Primavera		
¿En qué día (fecha)?	0 - 1	31/05/2024		
¿En qué mes?	0 - 1	Mayo		
¿En qué día de la semana?	0 - 1	Viernes		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0 - 1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	5
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0 - 1			
¿En qué pueblo (ciudad)?	0 - 1			
¿En qué provincia estamos?	0 - 1			
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0 - 1			
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.			Nº de repeticiones necesarias	1
Peseta 0(1) Caballo 0(1) Manzana 0(1) (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)			FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	3
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.			ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	4
30 0(1) 27 0(1) 24 0-1 21 0(1) 18 0(1) 0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1				
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente			RECUERDO diferido(Máx.3)	2
Peseta 0(1) Caballo 0(1) Manzana 0(1) (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)				
• DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0(1) Reloj 0(1)			LENGUAJE (Máx.9)	9
• REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0(1)				
• ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo" Coje con mano 0(1) Dobla por mitad 0(1) Pone en suelo 0(1)				
• LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0(1)				
• ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0(1)				
• COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0(1)				
Puntuaciones de referencia 27 ó más= normal 24 ó menos = sospecha patológica 12-24= deterioro 9-12 = demencia			Puntuación TOTAL: (Máx.30puntos)	28/30

CIERRE LOS

OJOS

Los árboles tienen hojas



ANEXO XIII

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre y Apellido:

Run : 31105 / 2024 .

FIM Total	Dominio	Categorías	Puntaje
126 puntos	Motor 91 puntos 21/91	Autocuidado	
		1. Alimentación	4
		2. Arreglo personal	4
		3. Baño	1
		4. Vestido hemicuerpo superior	2
		5. Vestido hemicuerpo inferior	1
		6. Aseo perineal	1
		Control de esfínteres	
		7. Control de vejiga	1
		8. Control de intestino	2
		Movilidad	
	9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	1	
	10. Traslado al baño	3	
	11. Traslado en bañera o ducha	1	
	Ambulación		
	12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas	1	
	13. Subir y bajar escaleras	1	
	Cognitivo 35 puntos 30/35	Comunicación	
14. Comprensión		6	
15. Expresión		7	
Conocimiento social			
16. Interacción social		7	
		17. Solución de problemas	5
		18. Memoria	5
		Total	51

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (menor del 25% de independencia)

Hemicuerpo: cada una de las dos partes en las que se divide el cuerpo; puede ser superior, inferior; derecha e izquierda.

Perineal: pelvis