



TRABAJO FIN DE GRADO

**TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN DEL
SÍNDROME DISEJECUTIVO EN ADULTOS TRAS SUFRIR UN
ICTUS**

**OCCUPATIONAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF
DYSJECTIVE SYNDROME IN ADULTS AFTER STROKE**

Autor

PAULA BELTRÁN CARDEÑOSA

Director/es

MARIA CRISTINA RUIZ GARRÓS

Facultad de Ciencias de la Salud

2023/24

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
2.1. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS DEL TFG	8
4. METODOLOGÍA	9
4.1. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA DE TO	10
4.2. FASES DEL PROGRAMA	10
4.3. CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN	13
5. DESARROLLO DEL PROGRAMA	14
5.1. ACTIVIDADES PROPUESTAS	17
6. CONCLUSIONES	23
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS	27

1. RESUMEN

El síndrome disexecutivo, anteriormente conocido como síndrome frontal, aparece tras sufrir un ictus (accidente cerebrovascular) y asentarse la lesión en el lóbulo frontal. Se caracteriza por la presencia de alteraciones en las funciones ejecutivas, pudiendo alterar también la comunicación y la personalidad. Los principales síntomas que genera como la incapacidad de inhibición de los impulsos, la disminución de la memoria de trabajo, la perseverancia por inflexibilidad conductual y dificultades de adaptación a las variaciones del medio, explican la necesidad de realizar una intervención desde Terapia Ocupacional. La propuesta del siguiente TFG se basa en desarrollar un programa teórico de rehabilitación de las funciones ejecutivas en adultos tras sufrir un ictus desde Terapia Ocupacional. Este trabajo consta de una explicación sobre el síndrome disexecutivo, las alteraciones que éste produce y cómo afectan a la función ocupacional de las personas, y un cronograma de la intervención que se puede realizar como terapeuta ocupacional siguiendo unos objetivos establecidos, para mejorar la autonomía de las personas en su vida diaria y su calidad de vida. Desde Terapia Ocupacional podemos evaluar la disfunción en el desempeño ocupacional mediante el uso de diferentes escalas y planteamos una intervención para rehabilitar cada una de las funciones alteradas, interviniendo así sobre la mejora de las funciones ejecutivas.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, síndrome disexecutivo, ictus, funciones ejecutivas, rehabilitación.

2. INTRODUCCIÓN

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognoscitivas necesarias para que una persona posea la capacidad de: actuar en tareas complejas, planificar actividades, organizar, anticiparse y autorregularse mediante procesos de monitorización (1).

De estas conductas complejas se encarga la corteza prefrontal, localizada en el lóbulo frontal. Al sufrir un ictus (accidente cerebrovascular) éstas se pueden alterar dando lugar a lo que llamamos el síndrome disexecutivo o síndrome frontal, condición que afecta a la organización de la actividad cognitiva (2) (3).

La afectación de estas funciones ejecutivas causa importantes restricciones tanto en la participación social como en el nivel de actividad (4).

Las funciones ejecutivas incluyen cuatro componentes principales que pueden alterarse:

- La memoria de trabajo: permite almacenar y manejar información a corto plazo de forma consciente. Si se encuentra afectada puede dar lugar a despistes y problemas en la concentración.
- La inhibición de respuestas: capacidad de contener una respuesta automática o ya conocida cuando puede ser inapropiada o irrelevante. Estos usuarios pueden parecer distraídos e impulsivos.
- La flexibilidad mental: capacidad de cambiar el foco de atención y el comportamiento cuando las circunstancias lo requieren. Depende también de las dos anteriores. La falta de flexibilidad mental produce rigidez en cuanto al pensamiento.
- La fluidez: capacidad de aumentar la producción de información verbal evitando repetir las respuestas (5).

Algunos de estos componentes se pueden confirmar cuando se realiza el examen clínico, donde se observa en la persona que tarda en responder o en iniciar la acción, así como ser incapaz de frenar una acción automática que es errónea (6).

Los síntomas que manifiesta la persona afectada por el síndrome disejecutivo son muy variados, pudiendo aparecer unos u otros:

- Puede haber una disminución en la inhibición de respuestas; aparece perseverancia debido a la inflexibilidad conductual y dificultades para adaptarse al entorno.
- Pueden aparecer problemas para planificar sus actividades, concentrarse, organizar la información y retenerla en la memoria. Muchos de ellos no son capaces de retener información a corto plazo para después utilizarla. Puede haber problemas en la secuenciación y en el inicio y finalización de una acción.
- En algunas ocasiones se altera la personalidad, con tendencia a la impulsividad e irritabilidad. Puede aparecer labilidad emocional, agresividad y falta de adaptación de la conducta a la situación en la que se encuentran. Son comunes la apatía y abulia, e incluso la falta motivación para hacer algo (7).

Este síndrome se diagnostica mediante pruebas que evalúan las funciones ejecutivas relacionadas con la actividad cognitiva, pero no solo debemos evaluar estas funciones, sino que debemos tener en cuenta también las limitaciones funcionales que tiene la persona en el día a día y los trastornos conductuales que hayan podido aparecer (3).

Los déficits que deja el síndrome en la funcionalidad del paciente son bastante graves y afectan al desempeño de la persona en la realización de sus actividades cotidianas, dando como resultado un mal funcionamiento diario en la ejecución de sus AVDs, lo cual merma la calidad de vida de la persona afectada y de sus familiares.

La intervención desde Terapia ocupacional es importante por la mirada global que tiene del usuario, abarcando todas sus áreas funcionales, lo cual le diferencia de otras disciplinas. Se encarga también de asesorar a las familias sobre el manejo de la persona afectada, así como de adaptar el entorno del usuario cuando sea necesario y prescribir y enseñar cómo se manejan algunas ayudas técnicas. Tiene la finalidad de lograr un nivel de desempeño adecuado y la readquisición de roles por medio de actividades que tengan un

propósito para el usuario. Reduce, además, el riesgo que existe de sufrir complicaciones derivadas del ictus y consigue incluso que el paciente vuelva a trabajar tras el alta hospitalaria, permitiendo que se integre de una manera óptima en su entorno (4)(8)(9)(10).

Un estudio demuestra que la implantación de programas de ejercicios funcionales de tipo grupal en personas afectadas por un ACV demostró mejoras en todas las medidas físicas (movilidad, capacidad funcional y equilibrio), y se mantuvieron 1 mes después de la intervención (11).

Respecto a la capacidad motora, AVDs, frecuencia de actividades sociales y disfunción ejecutiva, el tratamiento multidisciplinar en el paciente mostró una mayor independencia en las AVDs básicas e instrumentales, así como mejores puntuaciones en la capacidad motora (12).

El enfoque TO parece ser un enfoque eficaz de rehabilitación UE posterior a un accidente cerebrovascular que induce mejoras funcionales clínicamente significativas (13).

La mejora en el desempeño por medio del entrenamiento centrado en la tarea también se ha demostrado (14).

La importancia de esta intervención radica en el apoyo que brinda el terapeuta ocupacional para recuperar la capacidad de realizar actividades complejas como ABVD, la gestión del hogar, actividades de ocio, etc. Su principal objetivo es maximizar la independencia y participación de estas personas en sus vidas mediante una evaluación e intervención en colaboración con otros profesionales (15) (16).

El terapeuta ocupacional se centrará en las áreas que tiene más conservadas para poder apoyarse en ellas al intervenir en las más afectadas. Se valorará también el tipo de alteración cognitiva y su gravedad, ya que no en todos los pacientes se puede intervenir de la misma manera. Realizará revisiones periódicas del tratamiento para comprobar que haya beneficios y si no, adaptarlo.

Es importante tener en cuenta también el grado de conciencia de la enfermedad y la motivación del usuario para lograr una participación activa.

Se involucrará a la familia en todo el proceso de rehabilitación para que puedan colaborar (17).

Para plantear la intervención desde Terapia Ocupacional me he basado en los siguientes modelos:

- El Modelo Cognitivo: dado que se encarga de estudiar los elementos que forman parte de la resolución de problemas en el adulto. Estudia y desarrolla las facultades mentales que se encuentran organizadas según el principio de procesamiento de la información, y tiene en cuenta los procesos cognitivos elementales, así como los procesos cognitivos complejos que se pueden ver afectados por el síndrome disexecutivo.
- El Modelo Neuropsicológico: ya que se centra en estudiar la relación entre las actividades intencionales y el sistema neurológico presente en su realización. Para este trabajo, nos basaremos en las funciones pre-rolándicas, que son las que incluyen las funciones del lóbulo frontal, encargado de la actividad programada (18).
- El Modelo de Ocupación Humana (MOHO): he decidido incluir este modelo ya que se centra en la persona y en la ocupación. Describe que la persona es la que da sentido a las ocupaciones según las experiencias vividas, y que los contextos forman parte de la ocupación humana (19). Es importante por la manera en que trata de comprender cómo las personas son motivadas a realizar las ocupaciones (20). Está diseñado con el fin de aplicarlo en sujetos con alteraciones en sus roles ocupacionales, lo cual, claramente, ocurre en usuarios que han sufrido un ACV (21).

He elegido abordar la intervención basándome también en el marco de referencia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) ya que prioriza la salud y el funcionamiento que a la propia discapacidad. Estudia cómo es el funcionamiento de la persona en su entorno, teniendo en cuenta sus deficiencias, la limitación en la actividad y la restricción en la participación. Además, en este caso, nos va a permitir evaluar inicialmente al paciente con ACV y observar su evolución. (22) (23) (24).

La Terapia Ocupacional es importante en la forma en que mejora la vida de estos usuarios, aportándoles los conocimientos necesarios para lograr el máximo nivel de autonomía, aumentando así su motivación (25).

La motivación de este TFG surge de mis prácticas externas en la Asociación de Ictus de Aragón (AIDA) tras trabajar con una cantidad de pacientes que tenían afectadas las funciones ejecutivas y aprender todo lo que se pueden beneficiar con un tratamiento de Terapia Ocupacional. Además, me llamó la atención la poca inhibición y flexibilidad cognitiva que tenían estas personas. El objetivo es dar a conocer la rehabilitación que realiza el terapeuta ocupacional con personas que padecen un síndrome disexecutivo tras sufrir un ictus mediante un programa de intervención teórico.

3. OBJETIVOS DEL TFG

Objetivo general

Plantear un programa de intervención teórico para el síndrome disexecutivo en personas adultas tras sufrir un ictus, para mejorar las funciones ejecutivas y mantener las funciones residuales en su día a día.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades y áreas de intervención en el usuario.
- Mejorar la capacidad de inhibición de las respuestas.
- Trabajar la flexibilidad cognitiva que permita una mejor resolución de los problemas.
- Mejorar la fluidez verbal semántica
- Incrementar su capacidad de organizar y planificar las acciones
- Mejorar la capacidad de secuenciación
- Aumentar la autonomía en la realización de AVDs para lograr su reintegración social.
- Reevaluar al usuario en busca de mejoras en sus capacidades.
- Concluir la eficacia o no de la intervención.

4. METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica.

Este trabajo comenzó con la revisión bibliográfica sobre el tema indicado para recabar información acerca del síndrome y su enfoque desde Terapia Ocupacional.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos en las que se utilizaron palabras clave:

- Bases de datos: Pubmed, Dialnet, Google Académico, Webofscience, Alcorze
- Palabras clave: "Terapia Ocupacional", "Síndrome disexecutivo", "Ictus", "Funciones ejecutivas", "Rehabilitación". Además, para la búsqueda en inglés se utilizaron las siguientes palabras: "Occupational Therapy", "Dysexecutive síndrome", "Stroke", "Executive functions", "Rehabilitation".
- Se utilizó el marcador booleano "AND".

Se buscaron artículos científicos, revistas y libros, en inglés y en castellano, con acceso al texto completo.

Se tuvo en cuenta que la patología se diese en la edad adulta, que hubiesen sufrido un ACV y que tuviesen una afectación en sus funciones ejecutivas.

Se excluyeron aquellos artículos en los que la alteración de las funciones ejecutivas se daba en otras patologías, así como los que no tenían acceso gratuito.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DEL PROGRAMA DE TO:

Título del programa teórico de intervención. Programa de intervención de Terapia Ocupacional en el síndrome disexecutivo tras sufrir un ictus.

Población diana. Los pacientes con los que se va a tratar son adultos a partir de 45 años, que hayan sufrido un accidente cerebrovascular con

afectación del lóbulo frontal teniendo consecuencias negativas en sus funciones ejecutivas (síndrome disexecutivo). Serán personas que obtengan una puntuación de 19-28 en la versión española del Cuestionario Disexecutivo lo cual indicaría una afectación moderada de sus funciones ejecutivas.

Lugar donde se implantaría el Programa. Este programa se llevaría a cabo en una Asociación especializada en tratar las secuelas de los Ictus. La rehabilitación será de tipo tradicional, de manera que las personas deben acudir al servicio de rehabilitación para recibir los tratamientos.

Tipo de intervención: individualizada.

FASES DEL PROGRAMA

1ª Fase: Evaluación del paciente. Para detectar las áreas alteradas y cuáles de ellas precisan de intervención. Recopilaremos también información acerca de sus intereses, barreras y limitaciones, el entorno que le rodea, etc.

Esto se hará mediante una entrevista semiestructurada basada en el OPHI-II que nos permita obtener información acerca de la persona y su entorno, así como a través de distintas escalas.

Objetivo: Identificar las áreas de deterioro del individuo y evaluar las necesidades y características específicas realizando un Perfil Ocupacional, así como un Análisis del Desempeño.

Duración: 1-2 semanas.

2ª Fase: Intervención. Basándonos en los resultados obtenidos en la Fase de evaluación, planificaremos la intervención centrándonos en las necesidades específicas de cada usuario, abordando todos los objetivos y teniendo en cuenta todos los facilitadores y barreras de su entorno.

Cada semana se llevarán a cabo sesiones los lunes, miércoles y viernes durante 45 minutos. En estas sesiones se trabajarán los distintos

componentes afectados de las funciones ejecutivas para lograr su mejora, garantizando siempre el bienestar del usuario.

Objetivos: Mejorar el rendimiento ejecutivo, así como mantener funciones residuales; Mejorar la capacidad de inhibición de las respuestas; Trabajar la flexibilidad cognitiva que permita una mejor resolución de los problemas; Mejorar la fluidez verbal semántica; Incrementar la capacidad de organizar y planificar acciones; Mejorar la capacidad de secuenciación; Aumentar la autonomía en la realización de AVDs para lograr su reintegración social; Mejorar su calidad de vida y bienestar, amentando así su estado de ánimo.

Duración: 12 meses.

3^a Fase: Reevaluación y conclusiones del Programa. Se realiza una reevaluación cada 6 meses pasando las mismas escalas para comprobar que se cumplen los objetivos propuestos y ver si hay mejoras por parte del usuario. Si las hay, continuaremos con nuestro programa, pero si no las hay, será el momento de modificar los objetivos y la intervención, buscando siempre la mejoría y el bienestar del usuario. Esta misma reevaluación se llevará a cabo al final del programa.

Objetivos: Reevaluar al usuario en busca de mejoras en sus capacidades; Concluir la eficacia o no de la intervención.

Duración: Se realizará a los 6 meses y al final del Programa de Intervención.

FASES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

<p>Fase 1: EVALUACIÓN (1-2 semana)</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluar las necesidades y características específicas del usuario <p>Actividades a realizar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluación de las funciones ejecutivas- Conjunto básico CIF para Accidente Cerebrovascular Abreviado- Evaluación AVDB con Barthel
<p>Fase 2: INTERVENCIÓN (2º semana-12º mes)</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mejora del rendimiento de las funciones ejecutivas y mantener las funciones residuales- Mejorar la capacidad de inhibición de las respuestas- Trabajar la flexibilidad cognitiva- Mejorar la fluidez verbal semántica- Incrementar la capacidad de organizar y planificar acciones- Trabajar la capacidad de secuenciación- Aumentar la autonomía en la realización de AVDs para lograr su reintegración social <p>Acciones a realizar: diferentes actividades que permitan mejorar sus dificultades debido a la afectación en sus funciones ejecutivas.</p>

<p>Fase 3 (6º mes y 12º mes)</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reevaluar a mitad de la intervención (6 meses) y al final de ésta mediante las escalas utilizadas en la fase 1 - Concluir la eficacia o no de la intervención
--------------------------------------	--

CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN			
FASE	DURACIÓN FASE	DÍAS SEMANA	HORARIO
Fase 1	1- 2 semanas	Lunes, miércoles y viernes	10/10:45 (45 minutos)
Fase 2	4º semana-12º mes	Lunes, miércoles y viernes	10/10:45 (45 minutos)
Fase 3	6º mes y 12º mes	Lunes, miércoles y viernes	10/10:45 (45 minutos)

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Este programa va a llevarse a cabo durante 1 año y estará formado por 3 fases.

FASE 1 DE EVALUACIÓN.

ACCIONES: Se realizará una evaluación del usuario mediante una entrevista semiestructurada basada en el OPHI-II (ANEXO 1), la observación directa y distintas escalas:

- Versión española del Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp) (ANEXO 2): es utilizado para medir de manera cualitativa los síntomas derivados del síndrome disejecutivo. Consta de 20 ítems puntuados en una escala Likert de 5 puntos (a más puntuación, mayor afectación). Está formado por 5 factores: la inhibición, la intencionalidad, la memoria de trabajo y otros dos que tienen que ver con las emociones y la personalidad. Puede ser aplicada directamente al usuario, o a través de las personas que conviven con él (26).
- Trail Making Test (TMT) (ANEXO 3): una de las pruebas neuropsicológicas más comunes encargada de evaluar las funciones ejecutivas, flexibilidad mental, velocidad de procesamiento, rastreo visual... Está formado por dos partes: la A, en la que la persona dibuja líneas de manera secuencial para unir 25 números de manera ordenada; la parte B es similar, la única diferencia es que debe alternar números con letras (1-A, 2-B, etc.) (27).
- Conjunto básico CIF para Accidente cerebrovascular Abreviado (ANEXO 4): estos conjuntos son listas que tienen las categorías más importantes de la CIF en cuanto a la descripción de problemas y alteraciones que pueden presentar los individuos que padecen una enfermedad. Sirven como guía para evaluar al usuario (28). Además del conjunto básico para el ACV abreviado, se han añadido 3 ítems más: d850 Trabajo remunerado, d910 vida comunitaria, d920 tiempo libre y ocio. Se consideran importantes por la influencia que pueden tener en las actividades y la participación de la persona, en su bienestar económico y en su participación social.
- El índice de Barthel (ANEXO 5): es el encargado de evaluar el desempeño en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVBDs). Está formado por 10

ítems y valora actividades como el lavado, el vestido, el uso del retrete, las transferencias, etc. Su puntuación varía entre 0 (totalmente dependiente) y 100 puntos (independiente). Obtener menos de 60 puntos indica la necesidad de supervisión o ayuda. 35 puntos o menos indica una incapacidad funcional bastante grave (29).

En los casos que sea necesario se podrá contactar con las familias si queremos contrastar algún tipo de información dada por el usuario.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: el Terapeuta Ocupacional y las distintas escalas nombradas.

FASE 2 DE INTERVENCIÓN.

ACCIONES: se llevará a cabo un Razonamiento clínico con el que, a través de los resultados de las escalas, la entrevista y la información recopilada mediante la observación directa, se crearán una serie de objetivos ajustados a las necesidades del usuario que nos ayudarán a intervenir de una manera más eficaz.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: el Terapeuta Ocupacional, el cual podrá hacer uso de distintos libros, guías, etc. que le sirvan de ayuda a la hora de planificar la intervención y tomar decisiones.

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES

	FUNCIONES A TRABAJAR	TIEMPO ESTIMADO
LUNES (45 minutos)	Planificación y organización	20 minutos
	Inhibición	15 minutos
	Memoria de trabajo	10 minutos

MIÉRCOLES (45 mins)	Flexibilidad cognitiva	15 minutos
	Razonamiento	20 minutos
	Fluidez verbal	10 minutos
VIERNES (45 minutos)	Secuenciación	20 minutos
	Abstracción	15 minutos
	Memoria de trabajo	10 minutos

ACTIVIDADES PROPUESTAS

ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

ACTIVIDAD 1: TANGRAM

- Descripción de la actividad: consiste en construir la silueta de distintas formas uniendo diferentes piezas. El usuario debe ser capaz de planificar y organizar de una manera lógica dónde irán cada una de las piezas. La dificultad puede ser regulada tanto utilizando el dibujo con cuadrícula, como colocando las fichas directamente encima del dibujo.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con dos sillas y una mesa, el Tangram.

ACTIVIDAD 2: LABERINTOS

- Descripción de la actividad: a través de distintas fichas con partes de un laberinto, debe construir el camino para conseguir salir.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, un laberinto con fichas.

ACTIVIDADES DE INHIBICIÓN

ACTIVIDAD 1: COLORES

- Descripción de la actividad: fichas que tienen escritas varios colores, pero que están subrayados de un color distinto. Debe ser capaz de inhibir el color del fondo y sólo decir el que sale escrito.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con dos sillas y una mesa, las fichas con los colores

ACTIVIDAD 2: CATEGORÍAS CON PALMADAS

- Descripción de la actividad: Empezando por 2 categorías, le decimos al usuario que, si damos una palmada debe decir, por ejemplo, una prenda de ropa, y si damos 2, un oficio. Debe ser capaz de inhibir sus impulsos y esperar las palmadas.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con dos sillas y una mesa.

ACTIVIDADES DE MEMORIA DE TRABAJO

ACTIVIDAD 1: PINCHOS DE COLORES

- Descripción de la actividad: Hacer series de colores en un tablero de pinchos de colores. Deben ser capaces de seguir la serie de colores que nosotros ponemos y no detenerse.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, un tablero con agujeros y pinchitos de colores.

ACTIVIDAD 2: ORDENA LOS NÚMEROS

- Descripción de la actividad: damos al usuario unas fichas con números del 1-30. Debe ser capaz de colocarlos por orden.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con dos sillas y una mesa, fichas con números del 1-30.

ACTIVIDADES DE FLEXIBILIDAD COGNITIVA

ACTIVIDAD 1: MEMORIZA LOS OBJETOS

- Descripción de la actividad: Cartas con dibujos de diferentes objetos. Las colocamos boca abajo, ordenadas formando un cuadrado. Debe levantar dos cartas, de una en una, y si no tienen el mismo dibujo las vuelve a colocar en su sitio. Debe ser capaz de buscar diferentes estrategias para encontrar las parejas.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, unas cartas con dibujos de objetos.

ACTIVIDAD 2: TABLERO DE CÍRCULOS DE COLORES

- Descripción de la actividad: consiste en un tablero vertical con círculos que se pueden mover para crear el mismo modelo que el que le damos en una lámina.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, tablero de círculos.

ACTIVIDADES DE RAZONAMIENTO

ACTIVIDAD 1: QUÉ PALABRA SOBRA

- Descripción de la actividad: se le dicen tres palabras al usuario y tiene que ser capaz de clasificarlas en distintas categorías y utilizar la capacidad de razonamiento para decir qué palabra es la que pertenece a una categoría distinta que la de las otras dos y por qué.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas y una ficha cognitiva con distintas palabras para clasificar.

ACTIVIDAD 2: ANTI-VIRUS

- Descripción de la actividad: tablero con piezas de distintos tamaños y formas que debe mover de una manera lógica de tal manera que la pieza del virus pueda ser sacada del tablero.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con dos sillas y una mesa, el Anti-virus

ACTIVIDADES DE FLUIDEZ VERBAL

ACTIVIDAD 1: CATEGORÍAS

- Descripción de la actividad: Se le pide al usuario que diga todas las palabras que se le ocurran dentro de diferentes categorías (verduras, animales, prendas de vestir, deportes, oficios, objetos de madera...) y las vamos anotando.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, una lista con diferentes categorías, papel y boli.

ACTIVIDAD 2: LAS TIENDAS

- Descripción de la actividad: debe nombrar mínimo 6 productos que se puedan encontrar en distintas tiendas (frutería, farmacia, panadería, ferretería, etc.). Lo vamos anotando.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, papel y boli.

ACTIVIDADES DE SECUENCIACIÓN

ACTIVIDAD 1: QUÉ VA PRIMERO

- Descripción de la actividad: Se le hace una pregunta acerca de una actividad ("Te vas a lavar los dientes, ¿qué harías primero?) y el usuario debe decir paso a paso cómo la haría, razonando. Si esto resultase complicado debido a que tiene que retener la pregunta y los pasos en la memoria, podemos darle fotos para que las organice.

- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, material con fotos para trabajar la secuenciación.

ACTIVIDAD 2: SECUENCIAS TEMPORALES

- Descripción de la actividad: ordenar las fichas de secuencias temporales en las que hay una acción dividida en distintos pasos.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, fichas de secuencias.

ACTIVIDADES DE ABSTRACCIÓN

ACTIVIDAD 1: CUBOS DE KOHS

- Descripción de la actividad: a través de cubos que tienen diferentes dibujos en sus caras, deben reproducir modelos que se les presentan en diferentes láminas.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, los cubos de Kohs.

ACTIVIDAD 2: COMBINACIONES INCOMPLETAS

- Descripción de la actividad: unas fichas con combinaciones de letras y números incompletas que debe llenar.
- Recursos humanos y materiales: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, fichas con combinaciones de números y letras y boli.

Esto, son un ejemplo del tipo de actividades que se podrían realizar a lo largo de la intervención para trabajar los distintos objetivos nombrados anteriormente.

FASE 3: REEVALUACIÓN Y CONCLUSIONES DEL PROGRAMA

ACCIONES: La reevaluación se llevará a cabo al 6º y al 12º mes de intervención mediante las escalas utilizadas en la Fase 1. A los 6 meses se realizará para comprobar si se van cumpliendo los objetivos propuestos y si hay mejoras por parte del usuario, si no, será el momento de reformular esos objetivos y hacer cambios en nuestra intervención. Al final del programa también se realizará la reevaluación para comprobar si ha sido efectivo.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: el Terapeuta Ocupacional, una sala con una mesa y dos sillas, y las escalas utilizadas a lo largo de la Fase 1.

6. CONCLUSIONES

Este programa se realiza para hacer frente a las limitaciones en la vida diaria generadas por la afectación en las funciones ejecutivas tras un Accidente Cerebrovascular.

Se espera que logren mejorar el rendimiento de sus funciones ejecutivas, en especial la capacidad de inhibir sus respuestas, su memoria de trabajo, su capacidad de planificar y organizar acciones, así como secuenciarlas.

Sin embargo, al tratarse de un programa teórico, no se ha aplicado a este tipo de población, por lo que puede ser que alguna actividad tenga que ser modificada si surgen algunos inconvenientes.

Quiero hacer hincapié en las dificultades encontradas en la búsqueda bibliográfica acerca de la eficacia del tratamiento del síndrome disexecutivo, en personas que habían sufrido un ictus, desde Terapia Ocupacional, ya que se centraban en otras disciplinas u otras patologías.

Finalmente, pienso que este programa puede ser novedoso para dar a conocer cómo la Terapia Ocupacional puede tratar este síndrome disexecutivo, y proporcionar información acerca de sus principales síntomas y limitaciones.

Además, aunque este síndrome no permita una reversión completa de sus síntomas, realizando una intervención con diversas actividades se puede conseguir mejorar o mantener sus funciones ejecutivas, influyendo así en la mejora de la autonomía y bienestar del usuario.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Buller I. Evaluación neuropsicológica efectiva de la función ejecutiva: Propuesta de compilación de pruebas neuropsicológicas para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. *Cuadernos de Neuropsicología*. 2010;4(1):63-86.
2. Gómez Beldarrain MÁ. Síndromes disexecutivos y lóbulos frontales. En: *Neurología de la conducta y neuropsicología*, 2007, ISBN 978-84-9835-035-7, págs 327-350 [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2007 [citado 23 de enero de 2024]. p. 327-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2502733>
3. Inozemtseva O, Lozano DL. Aproximación cualitativa al diagnóstico del síndrome disexecutivo en pacientes con lesión cerebral. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology* [Internet]. 2023 [citado 11 de enero de 2024];17(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9224457>
4. Esteban Monge H. Predicción del impacto de las alteraciones ejecutivas en el desempeño: relevancia de la evaluación ocupacional en el daño cerebral = Prediction of the dysexecutive syndrome's performance impairment: importance of the occupation-focused evaluation in acquired brain injury. *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*. 1 de enero de 2015;(. 12):17-21.
5. Rabinovici GD, Stephens ML, Possin KL. Executive dysfunction. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*. 2015;21(3):646-59.
6. Godefroy O. Frontal syndrome and disorders of executive functions. *J Neurol*. 1 de enero de 2003;250(1):1-6.
7. Otaño Ruiz JA, Fiallo I, Mateo P. Trastornos de las funciones ejecutivas: síndrome disexecutivo. 2018 [citado 17 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3641>
8. Rodríguez del Rey T. Funciones ejecutivas y síndrome disexecutivo: propuesta de intervención. *Actas de coordinación sociosanitaria*. 2018;(23):141-52.
9. Torres Ávila I. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2014;(19 (mayo)):3.
10. Domingo García AM. Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2006;(3):2.
11. Eng JJ, Chu KS, Kim CM, Dawson AS, Carswell A, Hepburn KE. A community-based group exercise program for persons with chronic stroke. *Med Sci Sports Exerc*. agosto de 2003;35(8):1271-8.
12. Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, von Koch L. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued

rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome. *Stroke*. febrero de 2005;36(2):297-303.

13. Almhdawi KA, Mathiowetz VG, White M, delMas RC. Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented Approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation. *Occup Ther Int*. diciembre de 2016;23(4):444-56.
14. Carr JH, Shepherd RB, Nordholm L, Lynne D. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patients. *Phys Ther*. febrero de 1985;65(2):175-80.
15. Richards LG, Latham NK, Jette DU, Rosenberg L, Smout RJ, DeJong G. Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1 de diciembre de 2005;86(12, Supplement):51-60.
16. Cecchi F. Does occupational therapy improve activities of daily living and/or cognitive abilities in stroke patients with cognitive impairment? A Cochrane Review summary with commentary. *NeuroRehabilitation*. 2023;53(1):167-71.
17. Arango Lasprilla JC, Parra Rodríguez MA. Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en Caso de Patología Cerebral. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2008;8(1):159-78.
18. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. 1º ed. Zaragoza: Mira Editores; 1997. (Psicopedagogía).
19. Méndez Míguez Á. Estudio de caso: el enfoque del modelo de ocupación humana en un caso de ictus. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2021;(18):167-71.
20. Kielhofner G. Terapia ocupacional. *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana; 2004. 664 p.
21. López BP. *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido*. Ed. Médica Panamericana; 2010. 532 p.
22. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. diciembre de 2009;83(6):775-83.
23. Ruiz Garrós MC, Pedro Cuesta J de, Comín Comín M. Descripción de los factores de capacidad y desempeño en personas con discapacidad en medio rural con relación a las variables ambientales mediante la clasificación internacional del funcionamiento (CIF) de la organización mundial de la salud (OMS). *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*. 2009;(7):4-8.
24. Terradillos E, Villegas E, Benito García M, Castrillo A, Mangas B, Almería A, et al. La Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) en la elaboración de un protocolo de evaluación del daño cerebral. *Trauma (Spain)*. 1 de enero de 2012;23.

25. Cuevas-Lara C, Sobrido-Prieto M, Montoto-Marqués A. Efectividad de programas de terapia ocupacional en personas con daño cerebral adquirido en el ámbito domiciliario y ambulatorio: una revisión sistemática. *Rehabilitación*. 1 de abril de 2017;51(2):109-18.
26. Pedrero-Pérez E, Ruiz Sánchez de León J, Delgado P, Llanero M, Gloria RM, Puerta-García C. Evaluación de los síntomas prefrontales: propiedades psicométricas y datos normativos del cuestionario disejecutivo (DEX) en una muestra de población española. *Revista de Neurología*. 1 de enero de 2011; 52:394.
27. Tombaugh TN. Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 1 de marzo de 2004;19(2):203-14.
28. Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 1 de abril de 2006;126(12):461-6.
29. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC, González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*. 2017;28(4):184-8.

8. ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA BASADA EN EL OPHI-II

ROLES OCUPACIONALES Y COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL:

- Información personal: nombre, edad, lugar de residencia...
- ¿En qué consiste/consistía su trabajo?
- ¿Ha estudiado?
- ¿Cómo es un día normal para usted, qué rutinas tiene?
- ¿Qué nivel de colaboración tiene en el hogar?
- Qué actividades realizaba antes que ahora no puede y le gustaría volver a hacer
- ¿Cómo ha afectado su patología en su rutina diaria?

RUTINA DIARIA:

- Descríbame un día típico de usted
- ¿Cómo era su rutina antes de sufrir el ACV? ¿Tenía algún hobby?
- ¿Le gustaría cambiar algo de su rutina actual?

EVENTOS CRÍTICOS:

- ¿Cómo han cambiado las cosas para usted?

AMBIENTES OCUPACIONALES:

- ¿Con quién vive y cómo es la relación con ellos?
- ¿Han cambiado sus relaciones interpersonales tras sufrir el ictus?
- ¿Qué le gusta hacer para divertirse?

METAS:

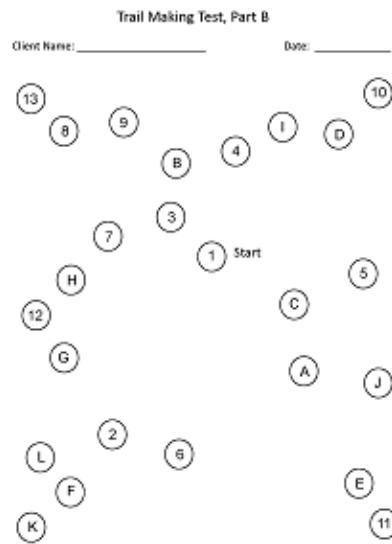
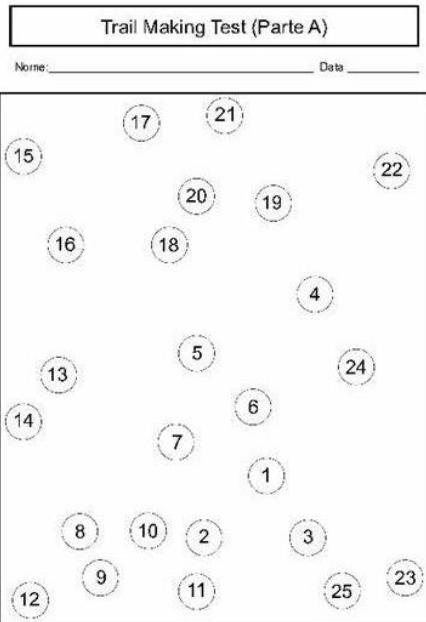
- ¿Qué le gustaría conseguir en el futuro?

ANEXO 2: VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DISEJECUTIVO

CUESTIONARIO DISEJECUTIVO (DEX-Sp)

INSTRUCCIONES		NUNCA	OCASIONALMENTE	ALGUNAS VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	MUY FRECUENTEMENTE
POR FAVOR, RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS.						
1	Tengo problemas para entender lo que otros quieren decir, aunque digan las cosas claramente.					
2	Actúo sin pensar, haciendo lo primero que me pasa por la cabeza.					
3	A veces hablo sobre cosas que no han ocurrido en realidad, aunque yo creo que sí han pasado.					
4	Tengo dificultad para pensar cosas con antelación o para planificar el futuro.					
5	A veces me pongo demasiado excitado con ciertas cosas y en esos momentos me pongo un poco de la raya.					
6	Mezclo algunos episodios con otros, y me confundo al intentar ponerlos por orden.					
7	Tengo dificultades para ser consciente de la magnitud de mis problemas y soy poco realista respecto a mi futuro.					
8	Estoy como aletargado, o no me entusiasmo con las cosas.					
9	Hago o digo cosas vergonzosas cuando estoy con otras personas.					
10	Tengo muchas ganas de hacer ciertas cosas en un momento dado, pero al momento ni me preocupo de ellas.					
11	Tengo dificultad para mostrar mis emociones.					
12	Me enfade mucho por cosas insignificantes.					
13	Me resulta difícil dejar de decir o hacer repetidamente ciertas cosas, una vez que he empezado a hacerlas.					
14	Tiendo a ser bastante activo, y no puedo quedarme quieto por mucho tiempo.					
15	Me resulta difícil cortarme de hacer algo incluso aunque sepa que no debería hacerlo.					
16	Digo una cosa pero después no actúo en consecuencia, no la cumplo.					
17	Me resulta difícil centrarme en algo, y me distraigo con facilidad.					
18	Tengo dificultades para tomar decisiones, o decidir lo que quiero hacer.					
19	No me entero, o no me interesa, lo que opinen otros sobre mi comportamiento.					
20	No me preocupo sobre cómo tengo que comportarme en ciertas situaciones.					

ANEXO 3



ANEXO 4

		0	1	2	3	4	8	9
b140	Funciones de la atención	<input type="checkbox"/>						
	Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario. Incluye: funciones relacionadas con el mantenimiento de la atención, cambios del objeto de la atención, división de la atención, compartir la atención; concentración y tendencia a estar distraído Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130); funciones del sueño (b134); funciones de la memoria (b144); funciones psicomotoras (b147); funciones de la percepción (b156)							
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema: <input type="text"/>							
		0	1	2	3	4	8	9
b144	Funciones de la memoria	<input type="checkbox"/>						
	Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario. Incluye: funciones de la memoria a corto y largo plazo, memoria inmediata, reciente y remota; amplitud de la memoria; recuperación de recuerdos; rememorar; funciones utilizadas en el aprendizaje y en el recuerdo, tales como en la amnesia nominal, selectiva y disociativa Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones de la orientación (b114); funciones intelectuales (b117); funciones de la atención (b140); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172)							
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							
	Descripción del problema: <input type="text"/>							
		0	1	2	3	4	8	9
b167	Funciones mentales del lenguaje	<input type="checkbox"/>						
	Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje. Incluye: funciones de recepción y decodificación de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje tal como el lenguaje de signos; funciones de expresión de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje; funciones integrativas del lenguaje, escrito y oral, tales como las involucradas en la afasia receptiva, expresiva, afasia de Broca, de Wernicke y de conducción Excluye: funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones relacionadas con el cálculo (b172); funciones mentales de encadenamiento de movimientos complejos (b176); Capítulo 2 Funciones Sensoriales y Dolor; Capítulo 3 Funciones de la Voz y el Habla							
	Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica							

Descripción del problema:											
		0	1	2	3	4	8	9			
b730	Funciones relacionadas con la fuerza muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos. Incluye: funciones asociadas con la fuerza de músculos específicos o grupos de músculos, músculos de una extremidad, de un lado del cuerpo, de la mitad inferior del cuerpo, de todas las extremidades, del tronco y del cuerpo como un todo; deficiencias tales como debilidad de los músculos pequeños de las manos y los pies, parálisis muscular, paresia muscular, monoplejia, hemiplejia, paraplejia, tetraplejia y mutismo aquinético Excluye: funciones de las estructuras adyacentes del ojo (b215); funciones relacionadas con el tono muscular (b735); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)											
Fuentes de información:		<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:											
ESTRUCTURAS CORPORALES		0	1	2	3	4	8	9			
Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable			
<i>¿Cuánta deficiencia tiene la persona en ...</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
s110	Estructura del cerebro	Extensión	<input type="checkbox"/>								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Naturaleza* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Localización** <input type="checkbox"/>									
Fuentes de información:		<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:											
s730	Estructura de la extremidad superior	Extensión	<input type="checkbox"/>								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Naturaleza* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Localización** <input type="checkbox"/>									

Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: _____								
* 0 = no hay cambio en la estructura, 1 = ausencia total, 2 = ausencia parcial, 3 = parte adicional, 4 = dimensiones aberrantes, 5 = discontinuidad, 6 = posición desviada, 7 = cambios cualitativos en la estructura, 8 = no especificada, 9 = no aplicable ** 0 = más de una región, 1 = derecha, 2 = izquierda, 3 = ambos lados, 4 = delante, 5 = detrás, 6 = proximal, 7 = distal, 8 = no especificada, 9 = no aplicable								
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN La realización de una tarea o acción por una persona y el acto de involucrarse en una situación vital								
¿Cuánta dificultad tiene la persona para ... D = desempeño para ... C = capacidad para ...								
		0	1	2	3	4	8	9
d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados	D	<input type="checkbox"/>					
		C	<input type="checkbox"/>					
Comprender significados literales e implícitos de los mensajes en lenguaje oral, como distinguir si una frase tiene un significado literal o es una expresión figurada. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: _____								
		0	1	2	3	4	8	9
d330	Hablar	D	<input type="checkbox"/>					
		C	<input type="checkbox"/>					
Mediante el lenguaje hablado, producir palabras, frases y discursos que tienen significado literal e implícito, como expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: _____								

d450	Andar (G)	D	-	-	-	-	-	-	-
		C	-	-	-	-	-	-	-
Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado.									
Incluye: andar distancias cortas o largas; andar sobre diferentes superficies; andar alrededor de obstáculos									
Excluye: "transferir el propio cuerpo" (d420); desplazarse por el entorno (d455)									
Fuentes de información:									
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:									
d510	Lavarse	D	0	1	2	3	4	8	9
		C	-	-	-	-	-	-	-
Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla.									
Incluye: lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo; y secarse									
Excluye: cuidado de las partes del cuerpo (d520); higiene personal relacionada con los procesos de excreción (d530)									
Fuentes de información:									
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:									
d530	Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	D	0	1	2	3	4	8	9
		C	-	-	-	-	-	-	-
Indicación de la necesidad y planificación y realización de la eliminación de deshechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior.									
Incluye: regulación de la micción, defecación y cuidado menstrual									
Excluye: lavarse (d510); cuidado de partes del cuerpo (d520)									
Fuentes de información:									
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:									
d540	Vestirse	D	v	z	z	z	z	z	z
		C	-	-	-	-	-	-	-
Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas.									
Incluye: ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada									
Fuentes de información:									
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:									
d550	Comer	D	0	1	2	3	4	8	9
		C	-	-	-	-	-	-	-
Indicar la necesidad y llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas.									
Excluye: beber (d560)									
Fuentes de información:									
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica									
Descripción del problema:									

			0	1	2	3	4	8	9
d850	Trabajo remunerado (G)		D	<input type="checkbox"/>					
			C	<input type="checkbox"/>					
	<p>Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones del trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo.</p> <p>Incluye: trabajo como autónomo, empleo a tiempo parcial y a jornada completa</p>								
	<p>Fuentes de información:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p>								
	<p>Descripción del problema:</p> <p><input type="text"/></p>								
			0	1	2	3	4	8	9
d910	Vida comunitaria		D	<input type="checkbox"/>					
			C	<input type="checkbox"/>					
	<p>Participar en los aspectos de la vida social comunitaria, tales como participar en organizaciones benéficas, clubes u organizaciones sociales profesionales.</p> <p>Incluye: asociaciones formales e informales; ceremonias</p> <p>Excluye: trabajo no remunerado (d855); tiempo libre y ocio (d920); religión y espiritualidad (d930); vida política y ciudadanía (d950)</p>								
	<p>Fuentes de información:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p>								
	<p>Descripción del problema:</p> <p><input type="text"/></p>								
			0	1	2	3	4	8	9
d920	Tiempo libre y ocio		D	<input type="checkbox"/>					
			C	<input type="checkbox"/>					
	<p>Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros; participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer.</p> <p>Incluye: juegos, deportes, arte y cultura, manualidades, aficiones y socialización</p> <p>Excluye: religión y espiritualidad (d930); vida política y ciudadanía (d950); trabajo remunerado y no remunerado (d850 y d855); montar animales como medio de transporte (d480).</p>								
	<p>Fuentes de información:</p> <p><input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p>								
	<p>Descripción del problema:</p> <p><input type="text"/></p>								

FACTORES AMBIENTALES

constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas

¿Qué grado de facilitador o barrera representa el factor para la persona ...

Usted puede evaluar también los factores ambientales como facilitador o barrera si es aplicable.

		Facilitador completo	Facilitador sustancial	Facilitador moderado	Facilitador ligero	No es facilitador ni barrera								
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9		
e310	Familiares cercanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Individuos emparentados por el nacimiento, el matrimonio o cualquier relación reconocida por la cultura como familia cercana, como esposos, pareja, padres, hermanos, hijos, padres de acogida, padres adoptivos y abuelos.													
	Excluye: otros familiares (e315); cuidadores y personal de ayuda (e340)													
	Fuentes de información:													
	<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica													
	Descripción del facilitador/barrera:													
e355	Profesionales de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios.													
	Excluye: otros profesionales (e360)													
	Fuentes de información:													
	<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica													
	Descripción del facilitador/barrera:													
e580	Servicios, sistemas y políticas sanitarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable.													
	Excluye: servicios, sistemas y políticas de apoyo social general (e575)													
	Fuentes de información:													
	<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica													
	Descripción del facilitador/barrera:													

ANEXO 5

INDICE DE BARTHEL (IB) ABVD	
	COMER
10	independiente
5	Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.
0	dependiente
	LAVARSE
5	Independiente: es capaz de lavarse todo el cuerpo usando la ducha o el baño
0	dependiente
	VESTIRSE
10	Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda, pero realiza sólo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable
0	dependiente
	ARREGLARSE
5	Independiente: incluye lavarse la cara y manos, maquillarse, afeitarse, etc.
0	dependiente
	DEPOSICIÓN (valorar semana previa)
10	Continente: ningún episodio de incontinencia
5	Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse los enemas
0	Incontinente
	MICCIÓN (valorar la semana previa)
10	Contiene: ningún episodio de incontinencia
5	Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24hs: necesita ayuda para el cuidado de la sonda o colector
0	Incontinente
	USAR EL RETRETE
10	Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse
5	Necesita una pequeña ayuda para bajarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo
0	dependiente
	TRASLADARSE (cama/sillón)
15	Independiente
10	Mínima ayuda física o supervisión verbal
5	Necesita gran ayuda (persona entrenada), pero se sienta sin ayuda
0	Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado
	DEAMBULAR
15	Independiente: camina sólo 50 metros, puede ayudarse con bastón, muletas o andador
10	Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros
5	Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión
0	Dependiente
	SUBIR ESCALERAS
10	Independiente para subir escaleras o bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otras personas
5	Necesita ayuda física de otra persona o supervisión
0	Dependiente
	TOTAL