

The background features an abstract design with three concentric blue circles of varying sizes. Two thin blue lines intersect at a point, forming a V-shape that points towards the center of the page. The circles and lines are rendered in shades of blue, creating a modern and minimalist aesthetic.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PARÁLISIS CEREBRAL

PROYECTO DE FIN DE GRADO

Isabel Sádaba Suescun.

Curso 2011-2012.

Universidad de Zaragoza

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 2.
Introducción.....	págs. 2-3.
Caso clínico.....	págs. 3-4.
Metodología.....	pág. 5.
Temporalización.....	págs. 5-6.
Objetivos.....	págs. 6-7.
Desarrollo.....	págs. 7-13.
Conclusiones.....	pág.13.
Bibliografía.....	pág. 14.
Anexo 1.....	págs. 15-16.
Anexo 2.....	págs. 17-18.
Anexo 3.....	págs. 19-20.
Anexo 4.....	pág. 21.
Anexo 5.....	pág. 22.
Anexo 6.....	pág. 23.
Anexo 7.....	págs. 24-25.

RESUMEN

El ámbito en el que se centra mi proyecto de fin de grado es la parálisis cerebral (PC). La PC se define como un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos.

El proyecto lo he centrado en un caso clínico en el que el usuario es muy dependiente, principalmente a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, para lo que me propondré diferentes objetivos a conseguir con dicho usuario.

El tratamiento que realizaré para conseguir dichos objetivos se centrará en trabajar aquellas limitaciones que presente el usuario en el desempeño ocupacional de las diferentes actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales), para que así pueda llegar a ejecutarlas.

El modelo de terapia ocupacional en el que me centraré para trabajar sobre el usuario será el modelo de ocupación humana (MOHO) que se basa en motivar al usuario a través de la ocupación, y igual me centro también en el modelo del control motor para conseguir que el usuario tenga una postura adecuada.

En el proyecto de fin de grado también estarán reflejadas las diferentes evaluaciones que utilice para valorar al usuario, tanto a nivel de dependencia en las diferentes actividades de la vida diaria básicas e instrumentales como a nivel de motivación del propio usuario.

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

He elegido este tema porque la mayoría de estos usuarios tienen una gran dependencia que se manifiesta en cada persona de una manera diferente. Cada persona tiene una discapacidad física y/o psíquica diferente, pero la psíquica no tiene porque existir.

Además, comentar que he elegido PC en edad adulta porque creo que la situación de los adultos es más complicada que en los niños, ya que además de tener el deterioro propio de la PC se añade el deterioro propio de la edad.

DEFINICIÓN. (1)

La parálisis cerebral (PC) es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores a interferir en el desarrollo del SNC.

SINTOMATOLOGÍA. (2)

- Motor. Dependiendo del tono de la persona, puede ser: espástica, atetósica o atáxica.
- Cognitivos.
- Sensoriales
- Suelen aparecer patologías o alteraciones asociadas como el caso de la epilepsia...
- Problemas en la autonomía personal.

CASO CLÍNICO

Luis tiene 18 años. Nació con una parálisis cerebral espástica con hemiplejía del lado izquierdo. Hasta su llegada al centro, Luis vivía con sus padres. En el momento de su nacimiento su madre dejó de trabajar para dedicarse por completo a cuidarle.

Presenta epilepsia en forma del gran mal epiléptico. Por ello, Luis toma un antiepiléptico. No tiene más patologías asociadas.

Desde terapia ocupacional se realiza la siguiente valoración:

Luis presenta una espasticidad en todo el cuerpo pero con más afectación en el lado pléjico. Aún teniendo afectadas las cuatro extremidades, la extremidad superior del lado "sano" está menos afectada que la extremidad inferior de ese mismo lado, ya que tiene movimiento voluntario. Luis presenta una sedestación adecuada y maneja una silla de ruedas eléctrica, ya que ésta le da la independencia para trasladarse en su hogar.

En una posterior entrevista con él nos cuenta que siempre está en casa con su madre y cuando ésta se va, se queda solo sin poder hacer nada, por lo que se observa una clara dependencia para todo tipo de las AVDs.

En las AVDs básicas, carece de autonomía en la alimentación ya que no tiene la capacidad de realizar la pinza tridigital (para coger la cuchara y el tenedor) y la pinza direccional (para utilizar el cuchillo y el tenedor para pinchar). Tampoco puede coger el vaso porque no tiene suficiente fuerza cuando este está lleno, aunque sí conserva la presa palmar plena.

En el vestido es dependiente en el vestido del miembro superior, aunque es capaz de realizar funcionalmente las pinzas necesarias para la actividad (digitopalmar, palmar plena y laterolateral), no tiene precisión en las manos por lo que no puede atarse los botones, ya que la pinza necesaria es la termino – terminal y es muy precisa.

En la higiene personal en su casa era dependiente ya que tenía bañera y no podía acceder solo. Una vez dentro es capaz de jabonarse la parte delantera y superior del cuerpo . En el WC es dependiente porque no es capaz de realizar la transferencia pero tiene control de esfínteres.

En las AVDs instrumentales se observa que tiene una gran dependencia generalizada que siempre lo ha hecho su madre, sin embargo, tiene capacidad para utilizar el teléfono.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo mis objetivos me voy a basar en trabajar las diversas limitaciones de movimientos que presenta Luis a través de actividades lúdicas, dinámicas y sencillas, actividades que le resulten entretenidas. Al principio las sesiones serán más intensivas para lograr el movimiento que queremos, y luego la intensidad disminuirá y las llevaremos a cabo en situaciones reales. Se lleva a cabo en un centro destinado a personas con parálisis cerebral.

Para ello (3), me voy a basar en el MOHO (Modelo de Ocupación Humana). Se ocupa de la motivación de la persona, el patrón de ocupación, la dimensión subjetiva del desempeño y la influencia del ambiente en la ocupación. Se basa en la idea de que las personas están compuestas por tres elementos: volición (causalidad personal, valores e intereses), habituación (hábitos y roles) y capacidad de desempeño.

También este modelo conceptualiza el hacer en tres niveles: participación, desempeño y habilidad.

Para valorar a Luis utilizamos una serie de escalas, son: índice de Barthel (4) (desempeño en las AVDs básicas) (ANEXO 1), índice de Lawton (5) (desempeño en las AVDs instrumentales) (ANEXO 2) y el listado de intereses adaptado (ANEXO 3).

TEMPORALIZACIÓN

Alimentación: Para el uso de los cubiertos angulados dedicaremos las horas de la comida en las que el TO tenga que estar en su mesa en el comedor, al principio dedicaremos 3 ó 4 días seguidos para que adquiera la habilidad, y después dedicaremos 1 ó 2 días cada 5 ó 6.

Para la adquisición de movimientos como la pronosupinación, las pinzas... (movimientos específicos) se hará en las sesiones individuales destinadas a la terapia física, se hará 3 horas a la semana, una hora cada tarde (lunes, miércoles y viernes), cada semana hará el movimiento para el que estemos trabajando.

Al igual que para el manejo de los cubiertos angulados, para el manejo de los normalizados se hará en las horas de la comida, cuando al TO le toque trabajar en su mesa.

Para el entrenamiento del **vestido**, lo haremos por la mañana en su habitación, cuando al TO le toque AVDs en su habitación aunque al principio para que se pueda desempeñar mínimamente estaremos una semana entera seguida, y la adquisición de los movimientos específicos para la actividad se hará al igual que la adquisición de los movimientos para la alimentación, en las sesiones de terapia física, 5 horas a la semana (1 hora cada día de la semana).

Para cumplir el objetivo de la **higiene personal**, lo haremos también en su habitación, por las mañanas, de la misma forma que el vestido, primero una intervención intensiva la primera semana (1 hora por día), y después lo haremos como con el resto de usuarios, cuando el TO tenga asignadas esas habitaciones.

Para el entrenamiento de los movimientos específicos, lo hará en la sala de terapia en el momento de la terapia física.

La **integración en la comunidad** la entrenaremos en la comunidad. A Luis le toca salir fuera del centro los jueves, por lo que se llevará a cabo ese día. El trabajo con la **madre** lo haremos cuando Luis llegue al centro, y después tendremos una reunión al mes con ella para comentarla los avances de su hijo y el tratamiento que se está llevando a cabo.

OBJETIVOS

Generales:

- Conseguir la máxima autonomía posible en su vida diaria.
- Potenciar su calidad de vida y su sentimiento de utilidad.
- Orientar e informar a la familiar.

Específicos:

- Entrenar la ABVD de la alimentación.
- Entrenar la ABVD del vestido.

- Entrenar la ABVD del aseo personal.
- Trabajar con la madre en la comprensión de la enfermedad de su hijo y prevenir el síndrome del cuidador.
- Favorecer la integración en el centro y en la comunidad (compras, transporte...).
- Aconsejar sobre la accesibilidad en el hogar.

DESARROLLO (6, 9)

✓ ENTRENAR LA ABVD DE LA ALIMENTACIÓN.

Antes de entrenar los movimientos necesarios para dicha actividad en su miembro superior derecho, ya que es diestro, tendremos en cuenta los dispositivos de apoyo que va a utilizar. Estos son los siguientes:

- Alfombrilla antideslizante debajo del plato.
- Utilizar platos hondos o con defensas para que no se salga el alimento.
- Utilizar el cuchillo mecedora.

En la medida de lo posible intentaremos que el lado pléjico participe en la actividad, como por ejemplo al coger el vaso la mano pléjica podría estabilizarle.

Para conseguir dicho objetivo, le simplificaremos la actividad a Luis. Para ello, utilizaremos material adaptado a los movimientos que sí tiene capacidad de hacer, de manera que pueda comer con las mínimas acciones. Más adelante intentaremos ir normalizando la actividad mediante el entrenamiento de movimientos necesarios para manejar material lo más normal posible.

Ya que Luis tiene conservadas las presas palmar plena y digitopalmar en principio le entrenaremos en el uso de **cubiertos angulados, y un cuchillo mecedora** para que pueda cortar los alimentos con una sola mano, sin embargo no tiene la capacidad de realizar la pronosupinación, por lo que habrá que entrenarla. Esta medida se utilizará mientras se entrenan

las pinzas necesarias para el uso de cubiertos normales (tridigital, oposición subterminolateral).

Le entrenaremos en el uso del cuchillo mecedora, mediante el entrenamiento de la **pronosupinación** del antebrazo (movimiento necesario para el uso del cuchillo mecedora). Ejercicios (ANEXO 4).

Ya que Luis no puede coger el vaso cuando este está lleno porque la presa digitopalmar no la tiene con la suficiente fuerza para hacerlo, le daremos un vaso con asas de manera que no necesite la fuerza para realizar la presa necesaria.

Tanto el uso de cubiertos como el del vaso lo haremos en el comedor.

Una vez que consigamos que el usuario pueda comer con los cubiertos adaptados, entrenaremos el uso de cubiertos normales, como ya ha adquirido el patrón de movimiento solo tendremos que entrenar las **pinzas** necesarias para coger los cubiertos. Se realizará a través de las siguientes actividades (ANEXO 5).

Cuando estén adquiridas todas estas pinzas, y la movilidad de la mano sea satisfactoria, comenzaremos a trabajar en el uso de material normalizado, lo único que mantendremos será el cuchillo mecedora, ya que es el más adecuado para manejar con una sola mano. Lo haremos en el comedor en la hora de las comidas.

Le iremos instruyendo sobre el manejo de los cubiertos, le diremos como tiene que colocar la mano sobre ellos, tanto para coger el alimento como para llevárselo a la boca, ya que el movimiento no es el mismo que en los cubiertos angulados.

✓ ENTRENAR LA ABVD DEL VESTIDO (7):

Para entrenar el vestido utilizaremos le enseñaremos técnicas para personas con hemiplejia y dispositivos de apoyo.

Para facilitar el vestido recomendaremos el uso:

- Ropas amplias.
- Ropas abiertas por delante.

- Ropa que se deslice fácilmente.
- Zapatos sin cordones o de velcro.
- Calzador de mango largo, pinzas de alcance...

Técnicas del vestido para la hemiplejia:

Para ponerse prendas con botones por delante (camisas, chaquetas...):

- Poner la chaqueta en las piernas con la parte de arriba más cercana al tronco.
- Con los botones abiertos, meter el brazo pléjico por la manga con la ayuda de la mano sana y subir la manga hasta el hombro.
- Utilizamos la mano sana para colocar la mano pléjica entre las dos rodillas y así fijarla.
- Con la mano sana "lanza" la camisa hacia el lado sano por detrás de la espalda y la sujeta por este lado.
- Mete el brazo sano por la manga.

Para quitarse prendas con botones por delante (camisas, chaquetas...):

- Saca la mano sana de la manga.
- Tira de la manga del brazo pléjico con la mano sana para sacar la manga.

Para abrochar la camisa o chaqueta:

- Intentaremos entrenar el uso del abrochabotones. Para el manejo de este dispositivo de apoyo es necesaria la presa digitopalmar y flexo-extensión de muñeca, movimientos que Luis conserva.
- En el caso de no conseguir un buen uso cambiaremos los botones por velcros, como último recurso, ya que intentaremos que Luis use ropa lo más normalizada posible.

Para ponerse una camiseta o jersey:

- Posará sobre sus rodillas la camiseta con la parte ancha próxima a él y la parte de delante boca abajo.
- Con la ayuda de la mano sana mete el brazo pléjico por la manga.
- Mete el brazo sano.
- Con la mano sana sube las mangas hasta los hombros
- Y con la mano sana la mete por el cuello y la baja hasta colocarla.

Para quitarse una camiseta o jersey:

- Tirar del cuello de la camiseta por detrás con la mano sana hasta sacar la cabeza.
- Sacar la mano sana de la manga
- Con la ayuda de la mano sana sacar el brazo pléjico de la manga.

✓ ENTRENAR LA ABVD DEL ASEO PERSONAL (6):

Hay unas consideraciones generales (ANEXO 6) para el entrenamiento del aseo personal.

En la ducha, entrenaremos el lavado de espalda y de la parte inferior del cuerpo. Para ello, Luis va a requerir de pinzas que ya posee gracias al entrenamiento de la alimentación.

Una vez en la ducha le entrenaremos en el uso de la esponja angulada para el lavado de la espalda puesto que tiene flexión de hombro, flexión de codo y realiza una presa palmar.

Para echar jabón en la esponja, habrá un soporte que estará debajo del dispensador de jabón, de manera que dejando la esponja en el soporte no necesita agarrarla y tenga la mano libre para presionar el dispensador.

Para el lavado de la parte inferior del cuerpo utilizaremos una esponja de mango largo. Esta esponja junto con una ligera flexión de tronco puede hacer que Luis sea capaz de asear su parte inferior del cuerpo.

Para lavarse el brazo "sano", se le colocará una esponja en el borde del lavabo sobre la que tendrá que mover el brazo "sano".

Para ayudarlo a realizar la transferencia al WC se le recomienda el uso de una tabla de transferencia, para lo que tiene que poseer un espacio junto al WC que permita el acceso de la silla de ruedas.

✓ TRABAJAR CON LA MADRE EN LA COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO Y PREVENIR EL SÍNDROME DEL CUIDADOR. (8)

Para que la madre comprenda la enfermedad de Luis, se le envía a charlas que se expongan sobre la PC.

El TO le irá informando cada cierto tiempo, de las intervenciones que se van llevando a cabo con su hijo, por qué se hacen, ir informándola de los progresos que va teniendo y de todo lo que está consiguiendo su hijo, tanto las cosas que va a poder hacer en casa como las capacidades que va consiguiendo tanto para su propio cuidado (alimentación, vestido, higiene...) como en la comunidad.

Esta mujer como ha estado durante 30 años entregada totalmente al cuidado de su hijo, ahora que ha ingresado en el centro, se quedará sin su ocupación principal. Una de las acciones para prevenir el síndrome del cuidador, será lo que hemos propuesto anteriormente, la comprensión de la enfermedad de su hijo y sus capacidades. Con esto queremos conseguir que la madre comprenda que su hijo es una persona que tiene sus capacidades, y que aunque sea dependiente, es una persona que puede estar solo y que puede desempeñarse independientemente en muchos ámbitos.

Para que pueda desempeñar algún otro rol podríamos pasarle un listado de intereses y roles para identificar cuáles la interesaban o desempeñaba y que abandonó tras el nacimiento de su hijo, y así hacerla entender que puede retomarlos.

Para una persona que lleva tantos años sin trabajar, volver al mundo laboral puede ser muy difícil, por lo que en principio nos basaremos en la intervención sobre los intereses a nivel de ocio.

Antes del nacimiento de su hijo, la madre de Luis era auxiliar de enfermería. Para intentar la vuelta al mundo laboral podríamos proponerle algún curso de actualización para auxiliares de manera que actualice sus conocimientos, además podría usar el hecho de que lleva 30 años cuidando a una persona discapacitada, y eso para un auxiliar de enfermería es experiencia.

Le aconsejaremos sobre alguna actitud (ANEXO 7) que tiene seguir en los momentos en que su hijo esté en casa, estas actitudes debería haberlas sabido cuando su hijo estaba viviendo en su casa, ahora será más fácil tenerlas en cuenta ya que Luis estará en casa fines de semana, vacaciones....

- ✓ FAVORECER LA INTEGRACIÓN EN EL CENTRO Y EN LA COMUNIDAD (COMPRAS, TRANSPORTE...):

Con Luis intentaremos llevar a cabo objetivos que comprendan estas tres áreas.

En cuanto a **tareas del hogar** le propondremos hacer actividades que posteriormente pueda usar en su casa para ayudar a su madre: poner la lavadora, el lavavajillas, limpiar el polvo de superficies que estén a su altura, ya que son actividades simples para él. En el caso de limpiar el polvo y el lavavajillas no se observan dificultades. En el caso de la lavadora le explicaremos lo básico sobre los programas y el cesto de la ropa se lo pondremos encima de una silla para que esté a su altura.

Para su **integración en el mundo laboral** comenzaremos con formación sobre algún tema que hayamos detectado que le interesa, buscaremos algún centro en el que se imparta algún curso relacionado como el INEM, de esta forma haremos esta actividad más integrada aún, ya que lo hará en un entorno completamente normalizado además de que esto puede favorecer su interacción con otras personas.

En cuanto a la **integración en la comunidad**, haremos actividades fuera del centro. Iremos con él de compras, al banco, a hacer papeleos, a ver algún espectáculo... Haremos estas actividades como tal, pero

anteriormente en el centro haremos una planificación, qué quiere comprar, qué es lo que tiene o quiere hacer..., veremos qué autobuses tenemos que coger, en qué parada...

✓ ACONSEJAR SOBRE LA ACCESIBILIDAD EN EL HOGAR (9):

En el caso de Luis, sólo hay que aconsejarle sobre la accesibilidad en el baño, ya que es la única habitación de la casa donde encuentra dificultad. Para ello se le aconseja que sustituya la bañera por una ducha cuyo plato tenga unas dimensiones de 135 x 135 cm. El suelo de ésta debe impermeabilizarse con pendiente de desagüe de un 2%, pero sin dejar resaltes. Los orificios de la rejilla serán de 1.5 cm. El grifo se colocará a una altura accesible para Luis y será de palanca para facilitar su manejo. La ducha poseerá una silla para Luis pueda sentarse.

Por lo demás el baño es accesible, ya que presenta un suelo antideslizante y las medidas de altura y características del lavabo y del WC están dentro de las permitidas. También presenta el espacio y asideros necesarios.

CONCLUSIONES

Después de hacer este trabajo he comprobado que este es un colectivo con muchas necesidades desde el punto de vista de TO debido a su gran dependencia, aunque según el caso varíe mucho el tipo de discapacidad. Algunas personas pueden tener discapacidad física, otras discapacidad intelectual, en diferentes grados....pero siempre tienen algún tipo de dependencia, por lo que la terapia ocupacional debería estar siempre presente en este tipo de centros.

Aunque en el centro que he planteado, el psicólogo se encarga de la estimulación cognitiva el TO también está capacitado para hacerlo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Confederación ASpace. Disponible en: <http://www.aspace.org/paralisis-cerebral/que-es>. Acceso el 25 de febrero de 2012.
- (2) Wikipedia. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral. Acceso el 10 de mayo del 2012.
- (3) Kielhofner, G. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2006.
- (4) Circunvalación del hipocampo. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/Barthel.asp>. Acceso el 10 de mayo del 2012.
- (5) Circunvalación del hipocampo. Disponible en: <http://www.hipocampo.org/lawton-brody.asp>. Acceso el 10 de mayo del 2012.
- (6) Servicio de daño cerebral. Bilbao: Hospital Aita Menni; Manual de ayudas externas 2005. Disponible en: <http://www.aita-menni.org/documentos/Manualdeayudastecnicas.pdf>. Acceso el 26 de Marzo del 2012.
- (7) Chapinal A. Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismo craneoencefálico y en las involuciones del anciano. 2ª edición. Barcelona: Editorial Masson; 2005
- (8) Síndrome del cuidador. Disponible en: <http://andarrat.free.fr/cap1.htm>. Acceso el 10 de mayo del 2012.
- (9) GUÍA TÉCNICA DE ACCESIBILIDAD EN LA EDIFICACIÓN 2001. ISBN: 84 - 498 - 0629 - 1. Dirección general de la vivienda, la Arquitectura y el Urbanismo e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

ANEXO 1

✓ ÍNDICE DE BARTHEL.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer		
	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse		
	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
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.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- 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	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	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 2

✓ ÍNDICE DE LAWTON.

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

ANEXO 3

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO

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

Nombre _____

Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										

Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/ Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tennis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1981).
Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT, 1983.

ANEXO 4

✓ ACTIVIDADES PARA ENTRENAR LA PRONOSUPINACIÓN:

Ejercicios:

- 1) Colocaremos una tabla recubierta de velcro por debajo, sobre la mesa sobre dos postes, la persona tendrá sobre la mesa pelotas, las cogerá y las pegará en la tabla, de manera que las coja en pronación y las pegue en supinación, y luego lo hará al revés, las pelotas serán de diferentes tamaños para trabajar también la precisión digital.
- 2) El paciente coloca sus manos en supinación, el TO le dará un objeto que se tendrá que pasar a la otra mano haciendo el movimiento de pronación y después lo pasará a un recipiente.
- 3) En una barra curva colocada de forma vertical, con un agarradero introducido en la barra, de esta manera cuando se hace el ejercicio, en la parte de arriba se estará en supinación, y debajo de pronación.

ANEXO 5

✓ ACTIVIDADES PARA ENTRENAR LAS PINZAS:

Ejercicios:

- 1) Utilizamos el cilindro con las anillas, de manera que al principio las anillas sean más grandes para que la pinza pueda ser más gruesa y vamos disminuyendo el tamaño de las mismas para que se vaya pasando a pinzas más precisas, pudiendo utilizar tanto la tridigital como la subterminal-subterminal.
- 2) Trabajaremos con el arco que contiene bolas, siendo estas bolas de un tamaño medio, de esta manera trabajaremos la pinza, además de también favorecer la pronosupinación.
- 3) Utilizaremos este mismo arco pero con las bolas más pequeñas para que la pinza sea más fina.
- 4) Para finalizar ya que se une la pinza con la fuerza utilizaremos pinzas de tender la ropa, lo haremos en un tendal, para que mientras nosotros le sujetamos la ropa, el coloque la pinza, de esta manera en su casa también podrá ayudar en alguna tarea.

ANEXO 6

✓ CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL ASEO PERSONAL:

- Uso de maquinillas eléctricas.
- Uso de sprays.
- Evitar las pastas de dientes de tapón de rosca.
- Uso de cepillos de dientes eléctricos.
- Utilizar esponjas de mango largo, grifos de fácil alcance y para que la pastilla de jabón no se resbale puede colgarse del cuello o colocar un dispensador en la pared.

ANEXO 7

✓ ACTITUDES DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR:

- 1) Descanse cada día lo suficiente. Si el cuidador enferma las cosas podrían ir peor.
- 2) Evite el consumo de alcohol para animarse
- 3) Haga todo lo que pueda para conservar su propia salud. Vaya al médico periódicamente, consúltele lo que le duele, lo que siente, etc. y explíquele su situación personal. Muchas veces el cuidador debe medicarse por prescripción médica, para evitar el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben de ponerse en conocimiento del médico.
- 4) No se aísle. A pesar de todo, continúe quedando con los buenos amigos que tiene, acuda a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que está viviendo.
- 5) Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, correr, ir en bici, tocar un instrumento, pintar, hacer punto, hacer crucigramas, salir a cenar, salir de compras.
- 6) La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo. Si tiene la suerte de sentirse bien "en medio del temporal", no se avergüence de ello. Procure buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan. Una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría.

- 7) Reserve un tiempo semanal para usted mismo. Busque a un familiar, a un profesional, a un buen amigo o vecino, etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que usted pueda salir y relajarse (aprenda técnicas de relajación).Y no olvide tomarse unas vacaciones, al menos anualmente, después de haber descansado las cosas se ven desde otra perspectiva y con mayor serenidad.