



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

“COMPENSACIÓN DE LA DISFUNCIÓN OCUPACIONAL DERIVADA DE LAS SECUELAS DE UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR. PLAN DE INTERVENCIÓN.”

“COMPENSATION OF OCCUPATIONAL DYSFUNCTION DERIVED FROM THE SEQUELAE OF A CEREBROVASCULAR ACCIDENT. INTERVENTION PLAN.”

Autor/a: María Cartiel López-Blanco

Tutor: David Romano Casaus

Cotutora: María Ángeles Langa López



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	5
2.2 DESCRIPCIÓN DEL RECURSO.....	6
3. OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
4.1 DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	8
4.2 DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.....	8
RECOGIDA DE INFORMACIÓN.....	8
INTERVENCIÓN.....	10
5. DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN.....	13
5.1 EVALUACIÓN.....	13
PERFIL OCUPACIONAL.....	13
5.2 INTERVENCIÓN.....	15
5.3 RESULTADOS.....	18
6. CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS.....	24

1. RESUMEN

Los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) provocan una alta incidencia de discapacidad en España.

Desde Terapia Ocupacional, se propone un plan de intervención centrado en la compensación de las secuelas en personas con hemiplejía izquierda flácida con el objetivo de que sea más independiente en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

La intervención esta guiada por el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y los Marcos de Referencia Neuromotriz, Rehabilitador y Cinesiológico-Biomecánico.

Palabras clave: Accidente Cerebro Vascular, Ictus, Intervención, Terapia Ocupacional, Tratamiento.

ABSTRAC

Cerebrovascular Accidents (CVA) cause a high incidence of disability in Spain.

From Occupational Therapy perspective we propose an intervention plan focused on the compensation of sequelae in people with flaccid hemiplegia on the left side in order to be more independent in Activities of Daily Living (ADLs).

The intervention is guided by the Human Occupation Model (MOHO) as well as Neurofunctional, Rehabilitative, Kinesiologica-Biomechanical Framen of Referencia.

Key words: Cerebrovascular accident, Stroke, Intervention, Occupational Therapy, Treatment.

2. INTRODUCCIÓN

Se entiende por ictus el trastorno del flujo sanguíneo cerebral de aparición brusca y que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. ⁽¹⁾

Según la naturaleza de la lesión cerebral distinguimos entre ictus isquémico y ictus hemorrágico. El ictus isquémico representa el 85% de los ictus y se caracteriza porque una parte del cerebro queda necrosada tras haberse quedado sin riego ya sea por una embolia o trombo. Su duración varía dependiendo de si se trata de un ataque isquémico transitorio (AIT) cuyos síntomas desaparecen por completo en menos de 24 horas o de un infarto cerebral (IC) cuando los síntomas duran más de 24 horas y suelen dejar algún tipo de síntoma. ^(1,3)

En cuanto al ictus hemorrágico cerebral, son menos frecuentes y podemos distinguir entre hemorragia intracerebral, cuando la sangre se encuentra dentro del encéfalo y hemorragia subaracnoidea cuando la sangre se localiza en el espacio subaracnoideo. ⁽²⁾

Los ictus representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera de dependencia funcional y deterioro en personas adultas y la segunda en demencia detrás de la enfermedad de Alzheimer. Además de ser una causa frecuente de depresión. En la actualidad, es uno de los problemas socio-sanitarios más importantes debido a su alta incidencia (266 casos por cada 100.000 habitantes al año) que aumenta de forma progresiva en España. La prevalencia se estima que es de un 7% en la población mayor de 65 años y afecta más a los hombres (53%) que a las mujeres (47%). ^(1,2,3)

El pronóstico de los pacientes varia, si se trata de un ictus suave o moderado la recuperación suele ser excelente. Sin embargo, cuando se trata de un ictus severo las secuelas pueden ser muy variables.

Las consecuencias y secuelas de las lesiones cerebrales son múltiples y debido a su gran complejidad pueden afectar a cualquier tipo de función sensorial, motora o autonómica. La mayoría de las complicaciones aparecen en los primeros días o meses después de la lesión y aunque algunos de ellos desaparecen, muchos otros pueden perdurar poniendo en peligro la independencia de la persona. Algunas de estas secuelas pueden ser trastornos motores como la hemiplejía o hemiparesia que suelen ir acompañadas de flacidez o espasticidad por lo que la autonomía de la persona a la hora de llevar a cabo las actividades de la vida diaria puede verse alterada. Otras secuelas son déficit táctil, déficit sensitivo, ataxia, anosmia, dipoplía, disfagia, incontinencia y alteraciones cognitivas a nivel de la memoria, atención, concentración, planificación que repercuten en las relaciones sexuales de la persona con su pareja. ⁽²⁾

A la vista de las secuelas descritas y de las necesidades atencionales de la población afectada, nuestro trabajo pretende esbozar una **propuesta de intervención** orientada a la satisfacción de estas necesidades por medio de la **compensación de la disfunción ocupacional derivada de las secuelas de un ictus**.

2.1 JUSTIFICACIÓN

Los diferentes motivos de elección de este tema de trabajo son varios.

En primer lugar por el contacto personal que hemos tenido con el ámbito del ictus a partir de las prácticas externas realizadas a lo largo de la formación académica. Es a raíz de este contacto donde hemos podido observar que las personas afectadas por este problema de salud tienen unas necesidades derivadas de las secuelas que no se ven atendidas en su totalidad.

En segundo lugar por la alta incidencia que tiene este problema de salud en la actualidad y la gran cantidad de afectados que quedan en un estado de dependencia grave debido a las secuelas. ⁽⁴⁾

Y por último por la alta evidencia sobre la importancia que tiene la terapia ocupacional en la recuperación de los déficits (motores, cognitivos, sensoriales, etc.) y las diferentes funciones ejecutivas para conseguir, a través de la actividad, el desarrollo de habilidades y técnicas compensatorias, el mayor nivel de independencia posible. ^(4,5,6,21)

2.2 DESCRIPCIÓN DEL RECURSO

Presentaríamos esta propuesta de intervención a un recurso comunitario como pudiera ser una asociación de afectados de ictus, para que desde la misma se hiciera llegar a las posibles personas beneficiarias el acceso a esta intervención.

Una asociación es una entidad sin ánimo de lucro que ofrece recursos y servicios a sus asociados. Se encuentra gestionada por una junta y se financia por las cuotas de los socios, donaciones privadas y aquellas subvenciones públicas que reciben.

Esta asociación, tiene la misión de agrupar, informar, reivindicar, asesorar y rehabilitar a los afectados y a las familias.

3. OBJETIVOS

El **objetivo general** de este trabajo es desarrollar un plan de intervención eficaz desde Terapia Ocupacional para la compensación de las secuelas tras un Accidente Cerebro Vascular.

Los objetivos de esta propuesta de intervención son:

- Llevar a cabo las evaluaciones y tratamientos necesarios para el paciente.
- Reeducar en la realización de las Actividades de la Vida Diaria para que la persona sea lo más independiente posible.
- Comprobar el efecto del tratamiento mediante una reevaluación del caso.

4. METODOLOGÍA

4.1 DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de este trabajo se han consultado varias bases de datos como PubMed, OTSeeker y Dialnet con temas relacionados con la Terapia Ocupacional y la salud, en concreto con el Accidente Cerebro Vascular. Además, se han consultado ejemplares de libros en la biblioteca de la Universidad de Zaragoza y realizado búsquedas en revistas electrónicas.

Las palabras claves utilizadas han sido: "Terapia Ocupacional", "Accidente Cerebro Vascular", "Ictus", "Bobath", "Kabat", "Stroke", etc.

Al tratarse de una plan de intervención las búsqueda de información se ha centrado en diferentes aspectos:

- Publicaciones de terapia ocupacional relacionadas con el Accidente Cerebro Vascular.
- Rehabilitación en pacientes crónicos de ictus.
- Publicaciones de revisión bibliográfica sobre el tratamiento de la terapia ocupacional en personas con esta patología.

4.2 DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

▪ RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La recogida de información, para la elaboración del perfil ocupacional se llevará a cabo en dos partes.

En primer lugar, se realiza una entrevista con el paciente. Entrevista no estructurada/abierta ya que esto permitirá establecer una confianza inicial con el paciente y que nos cuente de forma cómoda y normal todo aquello que le preocupa y quiera contarnos.

En segundo lugar, se lleva a cabo una observación cualitativa, se le pide que realice una serie de ejercicios no estandarizados para comprobar cuál es el grado de deterioro que presenta, tanto a nivel físico como a nivel cognitivo. Además también se le pasan varias escalas de valoración de la participación, habilidad y desempeño de las ocupaciones.

ESCALAS DE VALORACIÓN		
EVALUACIÓN HABILIDADES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL	Listado de roles e intereses	Para valorar la volición y los diferentes intereses de la persona. (7)
EVALUACIÓN COGNITIVA	Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)	Breve test cognitivo que evalúa las capacidades cognitivas (16)
Evaluación física y control motor	Escala de Daniels	Evaluación completa de las capacidades físicas para identificar las capacidades residuales y problemas que influyen en el desarrollo de las habilidades para llevar a cabo las ocupaciones. (8)
Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria	Índice de Barthel	Escala para la evaluación de las diferentes Actividades Básicas de la vida diaria. (17)
	Escala de Lawton y Brody	Escala para la evaluación de las diferentes Actividades Instrumentales en la vida diaria. (18)

▪ **INTERVENCIÓN**

Para el desarrollo de la intervención, se lleva a cabo una revisión de los diferentes estudios

El modelo teórico que va a guiar la intervención va a ser el Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

El MOHO considera la ocupación como algo necesario para la vida puesto que el ser humano es un ser activo y la ocupación es algo espontáneo e intrínseco de este. El fin de este modelo en la Terapia Ocupacional, es proporcionar o facilitar una adaptación a las características personales y contextuales que rodean a la persona. ⁽⁷⁾

Según este modelo, el comportamiento ocupacional nace a partir de la interacción de tres sistemas en relación con el medio ambiente: volición, habituación y ejecución.

- Volición es la motivación que tiene una persona para participar en las ocupaciones, surge de forma innata.
- Habituación son los diferentes comportamientos ocupacionales reiterados que forman parte de la vida de una persona.
- Ejecución es la acción conjunta de los diferentes sistemas que permiten llevar a cabo las diferentes actividades de la vida diaria de una persona. ^(7,9)

La elección de este modelo para la representación abstracta de nuestra propuesta de intervención clínica se basa en dos consideraciones principales:

- Concebir al sujeto como elemento central de todo el proceso. El MOHO es un modelo humanista, que considera a la persona usuaria en el centro de la intervención, aspecto que coincide con el rasgo diferencial de nuestra propuesta.
- En línea con lo anterior, respetar y poner en valor las preferencias e intereses del usuario respecto a su proceso de recuperación. Volición, motivación, exploración, logro... Parámetros que sostienen el contenido de la intervención.

Para establecer las bases conceptuales de la práctica clínica propuesta, acudimos a los marcos de referencia relevantes para este ámbito de actuación, los cuales contemplarán la implementación de diferentes técnicas de interés en Terapia Ocupacional. Estos marcos de referencia son:

- Marco de referencia de rehabilitador: Tiene la intención de conseguir que la persona con una discapacidad (física, mental o enfermedad crónica) alcance su máxima funcionalidad en la realización de las actividades diarias cuando los diferentes procedimientos quirúrgicos o médicos no han sido efectivos. Por lo tanto, este marco utiliza métodos compensatorios como las ayudas técnicas y las adaptaciones del entorno necesarias para que el sujeto pueda ser independiente en las AVDs. ^(2,12)

- Marco de referencia neuromotriz: Engloba todos aquellos factores (equilibrio, tono, coordinación oculomanual, etc.) que forman parte del control de las destrezas motrices. Engloba diferentes técnicas y conceptos, tales como:
 - Concepto Bobath: realizaremos movilizaciones articulares pasivas, activas y pasivo-asistidas del miembro superior para la facilitación de los diferentes estímulos propioceptivos y exteroceptivos. Mediante la repetición de diferentes patrones de movimiento se conseguirá una respuesta motora más parecida a los movimientos normales. ^(10,11)

 - Técnica Kabat: Método que mediante la actuación conjunta de técnicas de facilitación (contactos manuales, refuerzos visuales y verbales, etc.) promueve los patrones normales del movimiento. ^(2,19)

Las diagonales bajo las que se trabaja este método son:



- Diagonal 1 (trayecto de tracción): Flexión-Adducción-Rotación Externa → Extensión-Abducción-Rotación Interna.
 - Diagonal 2 (trayecto de transporte, toma y suelta de un objeto): Extensión-Adducción-Rotación Interna → Flexión-Abducción-Rotación Externa.
-
- Marco de referencia cinesiológico-biomecánico: Justifica la selección de aquellos elementos cinesiológicos y biomecánicos que intervienen en la realización de un determinado movimiento para llevar a cabo una actividad concreta. ^(2,12)

5. DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

5.1 EVALUACIÓN

A través de la información que se obtiene en la entrevista con el paciente, los ejercicios no estandarizados y las escalas de valoración se llevará a cabo el perfil ocupacional.

Se presenta un perfil hipotético de un paciente tipo, con el que se procedería a la aplicación del plan de intervención.

PERFIL OCUPACIONAL

J.L, es un varón que acude a la asociación con un diagnóstico principal de hemiplejía izquierda flácida como consecuencia de un Accidente Cerebro Vascular isquémico. J.L ya había recibido rehabilitación en otro centro antes de acudir a la asociación.

En su primer contacto con el servicio de Terapia Ocupacional, se observa que su estado de ánimo no está decaído y que tiene más iniciativa de la que cabe esperar por sus limitaciones. Comenta que es una persona trabajadora y activa.

En la recogida de información, se obtiene que J.L, es un varón de 46 años de Zaragoza, casado, diestro y vive con sus dos hijos, el mayor de 15 años y el pequeño de 12 años, cuyas aficiones son las manualidades, los trabajos de construcción y el fútbol, jugando los fines de semana en la liga del barrio San José. Estudió Administración y Dirección de Empresas en la Universidad de Zaragoza y al no encontrar un trabajo, fue contratado como albañil en diferentes obras de construcción.

En el momento del ictus se encontraba trabajando por lo que la enfermedad le fue reconocida como laboral. En cuanto a la incapacidad todavía no le ha sido reconocida por el tribunal.

Las áreas donde presenta mayor número de problemas es en las ABVD, AIVD, las actividades de ocio y tiempo libre y las relaciones sociales.

Tiene un gran apoyo familiar aunque admite que en ocasiones se siente una carga para su familia. Sus relaciones sociales siguen siendo buenas a pesar de que ha tenido que dejar de realizar actividades.

Actualmente, no trabaja y su principal preocupación es saber si va a recuperar su movilidad para poder seguir siendo igual de independiente sobre todo a nivel de las actividades de la vida diaria y dejar de sentirse una carga para su familia.

En cuanto a los resultados obtenidos en las diferentes escalas y cuestionarios: (Anexos)

RESULTADOS EVALUACIÓN INICIAL	
MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)	MEC: 29/35
ESCALA DE DANIELS	ESCALA DE DANIELS: 3/5
ÍNDICE DE BARTHEL	70/100 Dependencia leve
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	6/8 Dependencia ligera

El usuario que se presenta, tiene un buen nivel cognitivo con pequeños fallos a nivel de memoria y atención. Sin embargo a nivel de orientación, fijación y lenguaje no presenta dificultades.

En el Índice de Barthel tiene una dependencia leve en áreas como el autocuidado, en la alimentación y en el vestido. Siento totalmente independiente en el control de heces y orina, y en los traslados.

En la Escala de Lawton y Brody presenta una dependencia ligera para el desempeño de las actividades instrumentales. Necesita ayuda total en la preparación de la comida. Intenta ayudar en las compras y limpieza del hogar pero presenta limitaciones. Es capaz de manejar el dinero para compras pequeñas pero en grandes gastos se encarga su mujer.

A nivel motor, en la Escala de Daniels presenta una puntuación de 3/5, es decir, la persona es capaz de realizar todo tipo de movimiento contra la gravedad pero no contra la resistencia.

5.2 INTERVENCIÓN

Tras la recogida de información y el análisis de los resultados se lleva a cabo el plan de intervención. El plan de intervención se planifica en 2 sesiones semanales de 45 minutos cada una, durante un periodo de 2 meses.

Los objetivos terapéuticos que se plantean:

- Aumentar el balance muscular y articular.
- Reeducación y adiestramiento en las AVD.
- Mejora de la sensibilidad y propiocepción.
- Integración del miembro pléjico en el esquema corporal.

Antes de comenzar el proceso de intervención desde Terapia Ocupacional, es muy importante que el paciente tenga un buen control del tronco en sedestación (sentado con la espalda recta, los brazos apoyados en la mesa, las rodillas flexionada a 90º y la planta del pie apoyada en el suelo), de este modo se evitarán la rigidez o deformidades, dolor y movimientos reflejos. ⁽¹³⁾ En nuestro caso, J.L. tenía un buen control del tronco por lo que no fue necesario trabajar con el a nivel del control postural.

Al principio de cada sesión se realizarán movilizaciones articulares pasivas sobre el miembro superior afectado para aumentar el recorrido articular. Mediante movimientos de abducción-aducción de hombro, flexión-

extensión de hombro, codo, pronosupinación, flexión-extensión de muñeca y metacarpofalángicas, con el objetivo de aumentar el nivel articular.

Además con ayuda de un cepillo se realiza sobre la piel cepillado a contrapelo para estimular, aumentar el tono y trabajar así la sensibilidad. (Método de Rood).

En las diferentes sesiones de trabajo se plantean diferentes actividades que tengan como fin conseguir los objetivos planteados con cada paciente. Dos sesiones tipo para el caso hipotético planteado serían:

SESIÓN 1

- **ACTIVIDAD 1:** Desde el marco de referencia cinesiológico y neuromotriz el objetivo que se quiere conseguir es mejorar la movilidad del miembro superior, para obtener un mejor alcance de los objetos.

- Se trata de un patín con ruedas en el que el usuario apoya el antebrazo, coloca la muñeca en posición funcional y abducción de los dedos (se consigue una inhibición del tono). El usuario realiza sobre la mesa movimientos activo-asistidos ya que se ayuda de las ruedas que presenta el patín. Se trabaja la movilización de hombro y codo.

Además, en esta actividad estamos trabajando el cruce de la línea media.

- **ACTIVIDAD 2:** Desde el marco de referencia cinesiológico lo que se quiere obtener es una mayor destreza manipulativa para que el usuario sea capaz de coger y manipular objetos.

Desde el marco de referencia neuromotriz lo que se quiere conseguir es un mayor control sobre el miembro superior afecto que permita alcanzar objetos siguiendo unos patrones de movimiento normales.

- Para esta actividad se coloca en el lado contrario al afecto (derecho) plastilina, el usuario tendrá que ir cogiéndola en pellizcos mediante una pinza bidigital y hacer una bola, para después llevarla al lado izquierdo y tendrá que echarla en un

- o cubo situado lejos de su cuerpo por lo que se realizará una extensión completa de codo.
- o También estamos trabajando la sensibilidad con el manejo de la plastilina.

Para estas actividades si resulta muy complicado para el usuario se podrá utilizar un sistema de suspensión que le ayude en los movimientos y manteles antideslizantes que eviten que la plastilina deslice sobre la mesa.

SESIÓN 2

- ACTIVIDAD 1: Desde el marco de referencia neuromotriz se quiere conseguir la integración del miembro pléjico siguiendo los patrones normales del movimiento. Desde el marco de referencia cinesiológico-biomecánico el objetivo es la manipulación de las piezas para conseguir una mayor destreza manipulativa que permita al usuario manipular objetos de la vida cotidiana como vasos, ropa, el mando de la televisión, etc.
 - o Se trabaja con un árbol metálico con diferentes alturas. Se colocarán las piezas en un cesto y en una silla situada al lado del paciente (izquierdo) y siguiendo una secuencia tendrá que cogerlas y colocarlas en el lado contrario (derecho). Se empezará por la altura más baja y se irá aumentando.
 - o Se trabaja también a nivel cognitivo. Si se quiere complicar un poco más se puede trabajar con colores y formas.
 - o El lado sano, participa en la actividad sujetando el árbol.
(actividad bimanual)
- ACTIVIDAD 2: Desde el marco de referencia neuromotriz y cinesiológico-biomecánica para potenciar la coordinación óculo-manual y praxia fina y para el desarrollo de la actividad en flexión de hombro con extensión de codo. Con el objetivo de que la persona pueda alcanzar objetos y manipularlos con un mayor tono y control del miembro pléjico afecto.
 - o En bipedestación (trabajamos también el equilibrio), con el miembro pléjico tiene que seguir desplazamientos verticales

con objetos imantados de diferentes colores en una pizarra. Tendrá que seguir el camino que corresponda con el color de la pieza.

Se pueden utilizar diferentes ayudas técnicas que faciliten la realización de las actividades, en este caso con sistemas de suspensión que ayuden a la movilización del miembro pléjico.

Si fuese necesario se prescribirían ayudas técnicas (engrosadores, abotonadores, calzadores, etc.) que faciliten la realización de las actividades de la vida diaria y en consecuencia mejoren la calidad de vida de la persona.

5.3 RESULTADOS

Para valorar si a través de la intervención realizada se han conseguido los objetivos planteados, se realizará una reevaluación con las escalas planteadas en la metodología.

En el caso hipotético planteado, no podemos plantear unos objetivos reales pero si que podemos plantear unos resultados hipotéticos en base a la revisión bibliográfica realizada. Estos resultados finales en base a las escalas ya establecidas anteriormente serían:

RESULTADOS EVALUACIÓN FINAL	
MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)	MEC: 32/35
ESCALA DE DANIELS	ESCALA DE DANIELS: 4/5
ÍNDICE DE BARTHEL	85/100 Dependencia leve
ESCALA DE LAWTON Y BRODY	7/8 Dependencia ligera

- En el listado de roles e intereses, la persona habrá aumentado su volición para realizar mayor número de actividades en el futuro. Esto podría ser consecuencia de que la persona ve que va teniendo un mayor control sobre el miembro afecto y aumenta su independencia.
- Escala de Daniels: Se habrá conseguido mejorar la movilización y el nivel de fuerza es mayor, puede realizar movimientos contra gravedad y con un pequeño grado de resistencia.
- A nivel cognitivo, el usuario que se presenta esta bastante bien a este nivel, pero al trabajar con el actividades que contienen componentes cognitivos mejoran su atención y memoria.
- En cuanto al Índice de Barthel y Escala de Lawton y Brody aumentará su independencia en las realización de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria al tener un mejor control motor y cognitivo.

En definitiva, se podría decir que con este programa lo que se busca es mantener y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Además de una mejorar de las capacidades de desempeño tanto a nivel físico como mental.

6. CONCLUSIONES

El objetivo de la Terapia Ocupacional es el mantenimiento o la rehabilitación de las capacidades físicas, cognitivas y sociales del individuo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona y conseguir la máxima autonomía posible.

Aunque en el plan de intervención que propongo para el caso hipotético los objetivos vayan encaminados a la recuperación de las funciones a nivel motor, es muy importante no dejar de lado todos aquellos problemas que aparecen a nivel perceptivo. Además, no hay que olvidar los intereses y expectativas futuras que los usuarios y familiares tengan.

La población que sufre un ACV presenta grandes dificultades en su desempeño global y estas dificultades son objeto de tratamiento desde la Terapia Ocupacional, debido a su carácter holístico.

Cada individuo es único y por tanto la evaluación y el tratamiento que se lleve a cabo sobre cada persona deberá ser ajustado a sus capacidades y déficits. Es necesario conjugar todos nuestros conocimientos de una forma coherente para poder resolver todas aquellas necesidades que tenga el usuario.

Como líneas de investigación futuras se plantea seguir investigando en el tratamiento de las disfunciones físicas, pero además investigar sobre el beneficio de determinadas técnicas como la Terapia en Espejo⁽²⁰⁾ en personas afectadas de un ACV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaz Rodriguez J, Día Estrella A. Disfagia en fase aguda del ictus. Revista Enfermería. 2014;37:514-518.
2. Polonio López B. Terapia ocupacional en disfunciones físicas. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Polonio López B. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid : Editorial Médica Panamericana; 2010.
4. de la Cruz Agudo P. Caso clínico: Terapia Ocupacional en accidente cerebro vascular en paciente crónico. TOG (A Coruña) [Internet]. 2014 [acceso el 15 de Mayo de 2017];11(20):14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/caso3.pdf>
5. Petruserviciene D, Krisciūnas A. Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. Medicine (Kaunas) 2008;44(3):216- 24.
6. Landi F, Cesari M, Onder G, Tafani A, Zamboni V, Cocchi A. Effects of an occupational therapy program on functional outcomes in older 86. stroke patients. Gerontology. 2006;52(2):85-91
7. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
8. Kapandji A. Fisiología articular. 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana; 2010.
9. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969; 9(3):179-86

10. Barroso y Martín JM, García Bernal MI, Domínguez-Morales R, Mikhailenok E, Voronina O. Recuperación Funcional Total en paciente hemiparético izquierdo post-traumatismo craneal mediante programa computerizado de Bio-Feed-Back Neuromuscular Remiocor-2. Rev Es Neuropsico [Internet] 1999 Vol. 1. núm. 2-3 pp69-88 [acceso el 17 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es>
11. Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath. Fundamentos, tratamientos y casos. 2ª Ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
12. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira; 1997.
13. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Márquez G. Tratamiento de la extremidad superior en la hemiplejía desde Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [23 de Abril de 2017]; 7(11): [24p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
14. Domingo García A. Tratamiento Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. Revista Gallega de Terapia Ocupacional [Internet]. 2006 [Acceso el 11 de Mayo de 2017];3. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/num2.htm>
15. Yavuzer G, Selles R, Sezer N, Sutbeyaz S, Bussman JB, Koseoglu F, Atay MB, Stam HJ. Mirror therapy improves hand function in subacute stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89:393-8.
16. Gaspar J. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. [Internet]. 1ª Ed. [Acceso el 20 de Mayo 2017]. Disponible en:

<http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

17. Cid J, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública [Internet]. 1997 [acceso el 3 de Junio 2017];(2):127-137. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
18. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16
19. Orozco Vargas O. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva enfocada a la actividad terapéutica. Terapia-Ocupacional.com el portal en español de terapia ocupacional [Internet] 5 Mayo 2003 México [acceso el 18 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com>
20. Yavuzer G, Selles R, Sezer N, Sutbeyaz S, Bussman JB, Koseoglu F, Atay MB, Stam HJ. Mirror therapy improves hand function in subacute stroke: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil 2008; 89:393-8.
21. Torregrosa Castellanos C, Gómez Martínez M. Recuperación de las actividades de la vida diaria en pacientes en fase crónica usuarios de un centro de día. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [acceso el 18 de Mayo de 2017]; 8(14): [18p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original2.pdf>

ANEXOS

1. MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO

ORIENTACIÓN	PUNTOS
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provincia ▪ País ▪ Ciudad o pueblo ▪ Lugar, centro ▪ Planta, piso 	6
FIJACIÓN	PUNTOS
Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	PUNTOS
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	3
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	1
MEMORIA	PUNTOS
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	2
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	PUNTOS
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3

"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
Copie este dibujo	0
PUNTUACIÓN TOTAL	29/35

2. ÍNDICE DE BARTHEL

COMER
0 = incapaz 5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 10 = independiente (la comida esta al alcance de la mano)
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA
0 = incapaz. no se mantiene sentado 5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado 10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 15 = independiente
ASEO PERSONAL
0 = necesita ayuda con el aseo personal 5 = independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
USO DEL RETRETE
0 = dependiente 5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo 10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
DESPLAZARSE
0 = inmóvil 5 = independiente en silla de ruedas en 50 m 10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS
0 = incapaz 5 = necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de

muleta	
10 = independiente para subir y bajar	
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	
0 = dependiente	
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	
10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc	
CONTROL DE HECES	
0 = incontinente (0 necesita que Ic suministren enema)	
5 = accidente excepcional (unokemana)	
10 = continente	
CONTROL DE ORINA	
0 = incontinente. o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	
10 = continente. durante al menos 7 días	
PUNTUACIÓN TOTAL	70/100 DEPENDIENTE LEVE

3. ESCALA DE LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números de familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono.	0
HACER COMPRAS	
Realiza todas las compras necesarias para ser independiente	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por si 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 casa.	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por si solo toda la ropa.	1
Lava por si solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa deber 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 de otra persona.	1
Utiliza taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros.	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada.	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras.	1
Incapaz de manejar dinero	0
PUNTUACIÓN FINAL	6/8 Dependencia ligera.