

TEMA 1: LA INTERVENCIÓN EN TO: GENERALIDADES

- Introducción
- Conceptos:
 - Ámbitos terapéuticos, asistenciales / laborales de intervención
 - Enfoques, tipos de intervención
- Proceso de intervención
- Técnica terapéutica

TEMA 1: LA INTERVENCIÓN EN T.O.: GENERALIDADES

• Introducción:

Los inicios de la TO están tras las dos guerras mundiales para tratar en los aspectos físicos y psicológicos principalmente.

• Conceptos:

• Ámbitos terapéuticos, asistenciales/laborales de intervención.

- ♦ Definición: es el espacio relacionado con los problemas de la persona, y también con su propia enfermedad o disfunción ocupacional, visto desde diferentes perspectivas.

- ♦ Perspectivas:

◊ *Grupos de edad:*

Infantil: nacimiento - adolescencia

Adulto: adolescencia - 65 años (final de edad laboral)

Vejez: 65 años - muerte

Según el ámbito de edad la intervención del T.O. será diferente: Infantil: ocio y autocuidado

Adulto: productividad

Vejez: ocio y autocuidado

Los aspectos de la intervención van a ser diferentes en función de las etapas en las que está el paciente. La intervención final cambia según la edad del paciente.

- *Enfermedad/ Disfunción ocupacional:*

Físico:

Mental:

Social

La intervención terapéutica también va a ser diferente aunque el propósito final (lograr la máxima independencia) sea el mismo. Se centra más en las áreas afectadas, así— por ejemplo en las de origen físico se trabaja sobre el componente afectado ya que volver a la normalidad. En el ámbito mental, se interviene más en el rol ocupacional que en lo que es el componente afectado, y se centra en cómo afecta a las personas.

- *Ámbito laboral* (ámbito asistencial de aplicación): diverso y numeroso porque varía en muchas ocasiones por la propia situación económica, social y cultural del país. También se denominan ámbito asistencial de aplicación ya que no todas las áreas laborales donde el TO ejerza su profesión no son terapeutas.

Está relacionado con el ámbito terapéutico en el que se está trabajando. Se hace referencia a la práctica que se realiza en relación a la disfunción ocupacional y a la edad de la persona.

- Discapacidades de origen físico: La intervención es en presencia de discapacidades del SN neuromuscular-esquelético se centra en minimizar o eliminar las disfunciones que producen estos procesos que interfieren en el desempeño ocupacional.

- ♦ *Procesos neurológicos*: están referidos a la alteración de funciones del SNC y SNP, son los más complejos por la gran variedad de disfunciones y por el alto volumen de discapacidad que producen. La presencia del TO está justificada en este proceso por la gran alteración de su participación y de la calidad de su desempeño ocupacional.

Ej. Accidente cerebro-vascular agudo

Daño cerebral adquirido

Parálisis cerebral infantil

Parálisis nervio cubital

Lesiones medulares

Ictus

- ♦ *Procesos traumatológicos*: referidos a las alteraciones de funciones del sistema osteoarticular, el T.O. interviene cuando la disfunción es de alta gravedad e interviene, cuando implica varias articulaciones o cuando inciden de manera decisiva en el desempeño ocupacional.

Ej. Amputaciones

Politraumatismos

Fracturas de cadera.

- ♦ *Procesos musculares*: referidos a la alteración del sistema muscular, la intervención terapéutica es cuando hay pérdida del tono muscular, alteración en las funciones musculares en general y cuando hay pérdida de masa muscular o por un proceso que puede empeorar a largo plazo.

Se asocia a los 2 grupos anteriores. Más a neurológico que traumatológico

Ej. Parálisis cerebral infantil

Lesión medular

Distrofias musculares (“Duchenne”)

Esclerosis lateral amiotrófica

- ♦ *Procesos degenerativos*: referidos a la alteración de funciones de distinta naturaleza debido a enfermedades que evolucionan en el tiempo afectando a la disfunción, lo que conlleva a un desempeño ocupacional reducido.

Se asocia a procesos anteriores.

Ej. Distrofia muscular

Parkinson (neurológico)

Esclerosis múltiple.

- ♦ *Procesos reumáticos*: se refiere a la alteración de funciones osteoarticulares pero fundamentalmente por procesos de naturaleza degenerativos.

Ej. Artrosis

Artritis reumatoide

Osteoporosis

- ♦ *Procesos congénitos*: referidos a la alteración de funciones que provienen de alteraciones genéticas.

Ej. Alteraciones sensoriales, sordera, ceguera

Síndromes: asperger, X frágil.

- Discapacidades de origen psíquico/mental: Nuestra participación está relacionado con disfunciones causadas por enfermedades que afectan a la compleja interrelación entre la persona y su contexto físico, sociocultural y temporal. Pero además tiene relación con procesos intelectuales, cognitivos de razonamiento y psicológicos en general alteración.

Tenemos que conseguir que el paciente sea capaz de interactuar con esos entornos.

La característica es que hay una disfunción de tipo mental y cognitivo.

Los siguientes procesos afectan al desempeño ocupacional del paciente por eso se justifica nuestra actuación.

- *Procesos agudos*: alteración de funciones mentales y cognitivas de naturaleza aguda, que provocan alteraciones en su desempeño ocupacional y su participación y que lo dificultan de manera

temporal. Cuando remite la enfermedad vuelve a su estado normal.

Puede haber episodios agudos que no afectan mucho pueden pasar desapercibidos. También en otras ocasiones se junta con dos fases (maníaca y depresiva) y hace que su desempeño ocupacional esta afectado continuamente y pasara a ser un proceso crónico, o puede ocurrir que una fase remita y que no vuelva producirse.

Ej. Depresión clínica

Psicosis maniaco depresiva

- *Procesos crónicos*: aquellos que están relacionados con alteraciones de funciones mentales y cognitivas de naturaleza crónica, que provocan alteraciones en su desempeño ocupacional y su participación y que lo dificulta para toda la vida.

Ej. Esquizofrenia

Retraso o discapacidad intelectual.

- *Procesos degenerativos*: aquellos que están relacionados con alteraciones de funciones mentales y cognitivas que afectan al desempeño ocupacional y su participación del individuo que debido a enfermedades que progresan con el tiempo en su discapacidad (en aumento).

Ej. Alzheimer.

- *Procesos congénitos*: relacionado con alteraciones de funciones mentales y cognitivas de naturaleza congénita que provocan alteraciones en su desempeño ocupacional y su participación debido a la naturaleza genética.

Ej. Retraso mental

Dificultades sensoriales y de aprendizaje: autismo.

Síndrome de Down.

- Discapacidades de origen social: La intervención de T.O. tiene lugar en presencia por disfunciones que afectan a un entorno social de la persona y fundamentalmente con su grado de participación social. Se percibe a la persona en un contexto sociocultural. El enfoque esta destinado a la mejora de las capacidades del sujeto respecto al entorno socio cultural pero también a las áreas de productividad, ocio y tiempo libre. Se justifica porque afecta al desempeño ocupacional y a la participación social. Puede aparecer en ausencia de enfermedad y en ocasiones no hay alteración del Desempeño Ocupacional.
- *Proceso de marginación/discriminación*: referido a aquellos procesos en el que el grado de participación social de la persona a mermado debido a la discapacidad física, mental o por diferencias socioculturales (económica, ideológica...)

Ej. Inmigración

Enfermedades (VIH)

- *Procesos de adicción o dependencias*: procesos en el que el grado de participación social disminuye

debido a la dependencia de la persona a ciertas sustancias. Frecuentemente podemos encontrar que coexisten con procesos de origen físico o mental. Puede haber alteración del Desempeño Ocupacional.

Ej. Drogas

Juego

- *Proceso de privación de libertad*: procesos en el que el grado de participación social disminuye debido a la situación jurídica o penal/penal.

Ej. Cárcel.

Hay que considerar alrededor de los planes: enfoques, procesos, áreas laborales, ámbitos de intervención, etc.

Ámbitos Enfoques

Participación social

Independencia y autonomía personal

Mejorar la calidad del D.O.

Procesos Áreas Laborales

• **Enfoques, tipos de intervención:**

Ámbito asistencia área laboral donde se desarrolla la profesión del TO. Existen varios tipos: sanitario, sociosanitario, social, educativo, asesoramiento, docente y otros.

Factores que determinan que se desarrollen más unos ambientes asistenciales: los valores, la cultura, la política, la economía, la situación geográfica, el clima etc.

Los ambientes de intervención terapéutica son comunes en cualquier parte del mundo. Sin embargo los ámbitos asistenciales varían mucho de unos países a otros y dentro de un país de una autonomía a otra.

- **Sanitario**: Es el ámbito que se refiere a la condición vital del individuo desde una perspectiva sanitaria. Incluye capacidades vitales o necesidades del individuo como: autonomía básica general, autocuidado, higiene...
- ♦ *Hospital general/ especialidades*: El T.O. cubre los aspectos primarios de la persona, en discapacidades de ámbito físico, psíquico o mental. El rol de T.O. consiste en dar al individuo la máxima independencia funcional antes del alta.

Unidad de agudos situación vida-muerte

Unidad de larga estancia (ULE)

Unidad de media estancia (UME)

* Se difieren en la gravedad del paciente y la estancia de estos. Tenemos mayor presencia en las ULE y UME; ya que en los agudos nuestra intervención es escasa. Por otra parte, en Unidad de Agudos sÃ— que se intervendrÃ—a desde el primer dÃ—a en un “ictus” (daÃ—o neurolÃ—gico) dependiendo de la instituciÃ—n mÃ—dica.

- ◆ *Hospital de dÃ—a:* Se cubren los enfoques fÃ—sico, psÃ—quico y social. Son centros dirigidos a personas mayores de 65 aÃ—os que no estÃ—n internados (viven en sus hogares) cuyo objetivo es el de organizar que las aptitudes fÃ—sicas, psÃ—quicas y sociales estÃ—n aptas para desenvolverse en su entorno en el que se identifican factores de riesgo en las situaciones. La vida del paciente no estÃ— en riesgo. Acuden de forma ambulatoria.
 - ◆ *AtenciÃ—n primaria:* Se cubren necesidades primarias de salud que no pongan en riesgo la vida del individuo y en el cual no se necesite ingreso hospitalario. La actuaciÃ—n del TO es escasa. En ambulancia si se incorpora TO en asistencia de atenciÃ—n primaria. Son pioneros en este Ã—mbito.
 - ◆ *Centro ambulatorio de especialidades:* ActÃ—an sobre necesidades primarias que no requieren hospitalizaciÃ—n valora la independencia funcional, la adaptaciÃ—n y aplicaciÃ—n de ortoprÃ—tesis. El TO no es frecuente y sus funciones serÃ—an valoraciÃ—n.
 - ◆ *ClÃ—nica privada de mutua laboral:* Se encarga de proporcionar tratamiento rehabilitador a personas que han sufrido accidentes laborales. Hace referencia a discapacidades de origen fÃ—sico. El rol de T.O. consiste en que el paciente retorne a su puesto laboral anterior u otro. No es muy frecuente el TO
 - ◆ *AtenciÃ—n domiciliaria:* intervenciÃ—n profesional extrahospitalaria. El TO es esencial; la atenciÃ—n domiciliaria no se produce en muchos casos en nuestro paÃ—s. Rol: evaluaciÃ—n del nivel de independencia personal.
- Socio-sanitario: Se presta atenciÃ—n a cubrir carencias sociales en la persona sin dejar de lado los aspectos vitales sanitarios, siendo mas relevante el social que el sanitario, es decir, cÃ—mo su grado de discapacidad influye sobre su participaciÃ—n social.
 - *Centro de dÃ—a:* Enfocado hacia el terreno fÃ—sico, psÃ—quico y social con un buen grado de independencia funcional. Su objetivo bÃ—sico es el de mantener al sujeto en su entorno socio-cultural y familiar.

No pretende dar respuesta a problemas de autonomÃ—a personal, sino que mantenga sus capacidades.

EstÃ—n enfocados a personas mayores de 65 aÃ—os, los cuales acuden todos los dÃ—as o solamente algunos.

- *Residencia:* Hay publicas y privadas. En las pÃ—blicas se dividen en pacientes validos o asistidos. EstÃ—n enfocadas a personas mayores de 65 aÃ—os.

El rol del T.O. varia segÃ—n sea ya que el grado de independencia funcional varia, en los validos tiene un grado mayor de independencia que los asistidos, en estos se centra mas el tratamiento en la independencia personal, mientras que en los validos en el aspecto social.

En las privadas pueden coincidir ambos tipos de pacientes. Los pacientes viven en la residencia.es obligatorio que en una residencia haya TO.

- *Mini-residencia:* El Ã—mbito asistencial es de caracterÃ—sticas parecidas a las anteriores, pero que

difieren en tamaño y en la provisión de servicios. La mayor parte son privadas y lo sanitario está por encima de lo social.

- *Centro de recuperación de minusválidos físicos (CRMF)*: Ofrecen recuperación a disminuidos físicos con edad laboral (menor de 65 años). Se pretende conseguir la recuperación del individuo y su integración sociolaboral.

El rol de T.O. pretende conseguir la reinserción sociolaboral. Son pertenecientes al sector público.

- *Centro de atención a minusválidos físicos (CAMF) / Centro de atención a minusválidos psíquicos (CAMP)*: En el ámbito asistencial público se atiende a personas con grandes minusvalías, física o psíquica dependientes. Lo que pretende ofrecer la asistencia que necesitan en un centro antes que en su domicilio, no tienen que estar ingresados.

El rol T.O. pretende evitar complicaciones en los procesos crónicos de los pacientes y mantener unas mínimas condiciones físicas y psíquicas del paciente, dependiendo de su discapacidad.

- Social: Cubre aspectos de índole social en la persona y en aquellos que influye en la disminución de la participación de la persona y la participación social. Puede que no aparezca ninguna enfermedad; si la hay es una patología de origen mental.
- *Institución penitenciaria*: Se pretende cubrir necesidades sociales del individuo, producidas fundamentalmente por el entorno físico.

El rol del T.O. se centra en la preparación del individuo para una reinserción sociolaboral (meta a largo plazo).

- *Centro de atención a drogodependientes (CAD) o Centro de atención integral a drogodependientes (CAID)*: Ofrece tratamiento ambulatorio a personas dependientes de sustancias tóxicas (heroína, cocaína). Los CAD pertenecen a los ayuntamientos y los CAID a autonómicas.
- *Hogar para mayores/ club social*: El objetivo es facilitar la integración social del individuo con otras personas de características o situaciones similares. Normalmente en personas mayores de 65 años.

El T.O. se centra en el desempeño ocupacional, ocio y tiempo libre. Son personas con un grado de autonomía normal pero con carencias sociales.

- *Servicio de ayuda a domicilio (SAD)*: Es una ayuda física a la persona a la hora de llevar la casa o en el ámbito de la T.O. en la valoración de las dificultades con las que se puede encontrar el individuo en su hogar con su discapacidad, que es donde entra más en acción el T.O. Puede haber posibles tratamientos ambulatorios. Relacionada con Ayuntamientos o municipios.
- *Centro ocupacional*: Está dirigido a personas con discapacidades psíquicas y que no pueden integrarse en la vida laboral.

El rol del T.O. está orientado a mantener el área de la productividad como área de desempeño ocupacional que forma parte del desarrollo del individuo.

- *Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)*: Dirigido a personas con enfermedades mentales crónicas graves. El objetivo es el de tratar de mantener y recuperar destrezas básicas referidos a las destrezas de integrarse básicamente en relaciones sociales.

El rol del T.O. es proporcionar al sujeto las destrezas relacionadas con las habilidades sociales.

- *Centro de rehabilitación laboral (CRL)*: Dirigido a personas con enfermedades mentales crónicas graves pero con un mayor grado de independencia que les proporcionar a un grado de independencia laboral.

El rol del T.O. es que el paciente adquiera destrezas sociales y laborales que le permitan integrarse en el entorno laboral.

- *Piso de transición o de acogida*: Dirigido a personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, pretende ser el paso intermedio entre el hospital y la vuelta al domicilio. Se agrupan diferentes pacientes para comenzar a vivir una integración social.

El rol del T.O. está basado en facilitar la integración social a sus pacientes a una situación normalizada.

- Educativo: La atención se centra en el desarrollo de la formación y aprendizaje de la persona en función de sus capacidades. El rol del T.O. de forma general en este ámbito pretende básicamente facilitar el aprendizaje del niño, adaptar el entorno escolar en el que ese niño desarrolla su aprendizaje, lo hace desde varias perspectivas: motora, sensorial, cognitiva y social.
 - *Centro de educación especial*: Son centros en los que se presta atención a niños con necesidades educativas especiales, estas necesidades normalmente están asociadas a algún tipo de discapacidad permanente o no pero que son severas.
 - *Colegio de integración*: Es improbable encontrar T.O. Son centros de enseñanza normalizada en la que existen por ley un número de plazas para niños con necesidades especiales.
 - *Equipo de atención temprana*: Son equipos de profesionales cuyas funciones están centradas en la prevención, detección y tratamiento de necesidades educativas especiales en niños de entre 0 - 6 años. Es de tipo público y pretende dar respuestas a problemas en el desarrollo del niño.
- Asesoramiento: Se presta atención a diferentes tipos de enfermedades pero que se enfoca en orientar al paciente acerca de la promoción de la independencia y la participación social o en ocupaciones.

El T.O. se centra en la valoración y evaluación del paciente y adaptación del entorno domiciliario o comunitario del mismo. Se trata con familiares o cuidadores. Está básicamente cubierto por el sector privado.

- *Centro de ayudas técnicas*: Es un centro que está enfocado a la promoción de la independencia funcional del individuo.

CEAPAT: centro estatal para la autonomía personal y AATT de sector público.

- *Ortopedia*: El rol del T.O. está en el diseño, confección y enseñanza de órtesis y prótesis. Ámbito cubierto por el sector privado.
- Docente: Ámbito no terapéutico en el cual se forma a alumnos en el desarrollo de la profesión o profesionales que ya ejercen pero continúan con su formación.

◊ *Universidad*: Forma personas que quieren trabajar en este campo en el futuro.

- *Escuela / Centro de formación*: Organizar cursos específicos formativos dirigidos a diferentes

perfiles profesionales y personales. También educa a cuidadores, familiares con los que estamos en contacto.

- Otros: Ámbitos poco desarrollados en España en el campo de la TO.

◊ *Asociación de afectados/familiares:* pacientes o familiares afectados por enfermedades y en un ámbito donde el TO cuenta con una gran aceptación pero tiene muy pocos recursos.

◊ *Libre ejercicio profesional:* Se encuentra la asistencia domiciliaria, es decir, tratar al paciente en su domicilio de forma libre.

- El proceso de Intervención

Habría un proceso de intervención que pasa por todas estas fases, comenzando desde que es referido a TO, evaluación, planificación del tratamiento (meta y objetivos), implementación de tratamiento (plan de acción), reevaluación, alta y seguimiento.

- El paciente es referido/derivado TO
- Evaluación
- Planificación del tratamiento (meta y objetivos)
- Implementación del tratamiento (plan de acción)
- Reevaluación
- Alta
- Seguimiento
- El paciente es referido / derivado a T.O.

♦ ¿Quién refiere / deriva un paciente a T.O.?

- Diferencias culturales en países europeos.

Médico (España) vs. otros profesionales (países Nórdicos)

- Variaciones de acuerdo al ámbito asistencial

- ¿Cómo es derivado a T.O.?

- Por escrito, verbalmente, pautas.

Ej. Diagnóstico 1

Don A.L.

2ª planta Hb. 216

Amputación de MSD

Requiere tratamiento de T.O., objetivo mejora del rango articular

* Se debería indicar para que quieren una mejora del rango articular y más detalles del diagnóstico, por que no sabemos por donde está amputado)

No es un diagnóstico adecuado porque nosotros somos los profesionales que tenemos que dirigir el objetivo.

Ej. Diagnóstico 2

Don A.L.

ACVA (accidente cerebro-vascular agudo). Hemiplejía dcha.

Requiere valoración de AVD básicas e instrumentales

Alta prevista en dos días

* Falta saber el periodo cronológico de cuando surgió la discapacidad. El T.O. ha de saber cuál es el objetivo del tratamiento por sí mismo. El alta es muy temprana para un buen tratamiento.

Ej. Diagnóstico 3

Doña P.M.

3ª planta Hb.3015

63 años, artritis reumatoide y fractura de cadera dcha. por caída.

Vive sola

Se solicita valoración desde T.O.

* Diagnóstico correcto.

Protocolos: Deben aportar información genérica para seguir unas pautas.

- El servicio de T.O. responderá a los pacientes remitidos a T.O. en un plazo no superior a 48 horas.
- La intervención inicial del T.O. será documentada en un informe y adjuntado al historial del paciente.
- Las herramientas de evaluación empleadas serán el FIM para independencia funcional y el MMSE para nivel cognitivo.
- Evaluación: Pretende ver si el paciente es susceptible de recurrir al tratamiento de T.O.

Siempre tiene que realizarse antes de la implementación del tratamiento ya que pretende tener una visión integral de la persona en base a su discapacidad y su disfunción. (Visión holística)

Cuando evaluamos las áreas, el entorno..., la información que obtenemos es la base para el establecimiento de unos objetivos. La evaluación es el fundamento de la elección de objetivos y métodos de tratamiento.

- Recogida de información
- Identificación de problemas y necesidades (interpretación y análisis)
- Planificación de la intervención terapéutica:

Formulación de hipótesis

Toma de decisiones.

Modificar y determinar el valor de la intervención

- Fundamento de objetivos y métodos de tratamiento
- Planificación del tratamiento:

◆ *Establecimiento de objetivos:*

Nomenclatura:

- Metas/ objetivos (es un contrato bilateral entre el T.O. y el paciente).
- Objetivos a largo plazo/ corto plazo
- Objetivos generales/específicos.
- *Selección de actividades:* Conocimiento de la actividad como medio de tratamiento y también saber hacer un correcto análisis de la actividad, siempre y cuando se utilicen en el tratamiento.
- *Diseño de un programa terapéutico:* Eluden a la elaboración de un plan de acción que ha de describir de forma clara y concisa lo que el T.O. y paciente van a realizar en función de las metas y objetivos pactados, entre ellos, el tipo de acciones, duración, frecuencia dentro del diseño del programa. Nos pretende dar información acerca de Quién, Cómo, Qué y Cuándo
- Implementación del tratamiento (Plan de acción): Es llevar a cabo el programa que se había planificado previamente, realizar las actividades en el tratamiento o llevar a cabo el plan de acción.

¿Quién lo hace?

¿Qué hace?

¿Cómo lo hace?

¿Cuándo lo hace?

- Mantener un registro de la evolución (para dar constancia de lo que se hace con el paciente)
- Mantener comunicación verbal o escrita con cualquier profesional.
- Evaluación continuada
- Tratamiento: Marcan el final del proceso terapéutico:
 - ◆ *Reevaluación y Revaloración:* análisis de la eficacia del tratamiento. Demostración medible de nuestro tratamiento; si el paciente ha mejorado o no, si se han alcanzado las metas y objetivos planteados.
 - ◆ *Alta:* institucional (dada por el medico) vs. T.O. pueden ser incompatibles.
 - ◆ *Seguimiento:* cuando procede
- Ética terapéutica:
 - *Ética terapéutica:* conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier

Ámbito de la vida. (RAE)

- *Código deontológico* (WFOT y COTEC): normas morales que rigen la conducta profesional.
- Profesionales = estudiantes
- Responsabilidad hacia el paciente (evaluación y tratamiento de calidad centrado en el paciente).
- Igualdad en el trato
- Confidencialidad
- Intervención segura
- Respeto y atención hacia otras conductas profesionales.

TEMA 2: EL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN T.O.

- Introducción
- Evaluación (información directa/indirecta)
- Planificación del tratamiento (metas, objetivos y plan de acción)
- Implementación de tratamiento (reevaluación y revaloración, alta y seguimiento)
- Conclusiones

Introducción:

El proceso de intervención comienza desde que el paciente es derivado, y empieza con la evaluación, terminando con el alta del paciente.

Evaluación:

***Proceso:**

- Recogida de información (directa e indirecta)
- Interpretación y análisis de información y valoraciones aplicadas
- Identificación de marco de referencia/selección de modelo de intervención.

***Obtención de información:**

- Método indirecto de recopilación de datos (se obtiene de fuentes ajenas al paciente)
- Historial médico
- Informes de otros profesionales
- Información de familiares/cuidadores.

Precio al contacto con el paciente

Generalizado a cualquier ámbito terapéutico y asistencial y enfoque/tipo de intervención.

En ámbito de salud mental, es habitual contactar antes con el paciente, sin haber recibido esta información previa.

- Método directo de recogida de datos:
- Entrevista personal

- Entrevista clínica
- Prueba/test inicial/ Herramientas de administración breve
- Pruebas de detección (identifica disfunción)
- Herramientas de valoración específica

Primer contacto con el paciente

Diferentes modalidades de acuerdo al ámbito terapéutico y asistencial y enfoque/tipo de intervención.
(distintos estilos de entrevista)

Tras la valoración hay que analizar e interpretar los datos obtenidos.

*Análisis de los datos recogidos

CUANTITATIVOS CUALITATIVOS

- Datos objetivos - Datos subjetivos
- Asociados a un test - No provienen siempre de test específicos
- Fundamento de objetivos - Intervención centrada en el paciente y planificación (permite revalorar si el tratamiento ha tenido cambio más o menos)

Identificar problemas de funcionamiento y participación

Ambos Formular hipótesis de necesidades del paciente y su potencial

Toma de decisiones.

*Selección del modelo de intervención:

- Identificación del marco de referencia de nuestra intervención
- Selección de un modelo de intervención en base al enfoque de la intervención (ámbito terapéutico y asistencial y el tipo de intervención)
- Herramientas específicas de evaluación (cuestionario volicional MOHO, COPM, etc.)

*Planificación del tratamiento:

- Acuerdo bilateral entre paciente y terapeuta.
- Conseguir la participación del paciente
- Establecimiento de objetivos:
- *Meta:* aquello que el paciente y el T.O. desean conseguir como resultado final de la intervención desde T.O.

- **Objetivo:** paso a conseguir para alcanzar una meta. Debe estar centrado en el paciente y ser realista, comprensible, medible e indicar un comportamiento de acción.
- Selección de actividades
- Plan de acción (Quien, que, como, cuando, durante cuánto tiempo)

Ejemplo:

Sr. Martínez será capaz de realizar transferencias de manera independiente â **Meta**

Sr. Martínez será capaz de adoptar una posición de decúbito desde una posición de sedestación en una cama de 60 cms de altura â **Objetivo**

Sr. Martínez será capaz de levantarse de una silla con reposabrazos de 50 cms de alto de sientto, y con indicaciones verbales, girar y sentarse en la cama de la planta â **Objetivo**

El TO practicar la transferencia silla-cama (descrita en los objetivos 1 y 2) con el Sr Martínez 5 días a la semana, durante un periodo de 2 semanas â **Plan de acción**

Ejemplo: Adoptar el entorno laboral en el que Laura desarrolla sus actividades preferidas.

Rebeca será capaz de comunicarse de manera efectiva â **meta**

Asesorar y dar pautas a cuidadores sobre manejo y cuidado postural del paciente â **Plan de acción**

Roberto será capaz de llevarse el vaso a la boca con las dos manos, al menos una vez durante la comida â **Objetivo**

Mejorar la realización de las AVD de autocuidado â **Meta**

El paciente será capaz de utilizar una tabla de baño correctamente siguiendo todos los pasos necesarios â **Objetivo**

Mejorar la atención selectiva â **Meta**

Proporcionar información sobre la silla de ruedas más adecuada â **Acción**

Se lavará independientemente en el baño de la planta todas las mañanas â **Objetivo**

Ser capaz de atarse los cordones correctamente con la mano derecha sin errores â **Objetivo**

Adquirir independencia en las actividades de cocina â **Meta**

Ser capaz de vivir en casa con la máxima ayuda posible â **Meta**

Evaluar necesidades del entorno domiciliario antes del alta â **Acción**

Comprar ingredientes y programar comidas en tiempo razonable para dos personas sin ayuda. â **Objetivo**

*Implementación del tratamiento

- Ejecución del plan de acción

- Evolución del paciente
- Obtención de resultados
- Cambios en:

• Desempeño ocupacional

• Funcionamiento

• Participación

*Reevaluar (Tratamiento)

- ◊ Requiere medición objetiva (revaloración) de la evolución del paciente. Importa la información cuantitativa obtenida de herramientas de valoración.
- ◊ Permite modificar los objetivos:

Descartar inalcanzables (-)

Identificar nuevos (+)

- Determina la toma de decisiones en cuanto a:

Alta (+ / -)

Modificar el tipo de intervención (+ / -) (enfoque, modelo, etc)

Derivaciones a otros profesionales (+ / -) (TO's u otros)

*Alta y seguimiento

- Alta institucional vs. Servicios de T.O. (no tienen que coincidir en el tiempo)
- Cese de nueva intervención:
 - ◆ Objetivos cumplidos
 - ◆ Imposibilidad de alcanzar objetivo
 - ◆ Necesidades asistenciales diferentes
- Seguimiento posterior al alta: (se debe dar siempre que sea necesario, si hay posibles riesgos).
 - ◆ Domiciliaria
 - ◆ Ambulatorio (Ej. centro de día)

TEMA 3: EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE

- Introducción
- La entrevista personal
- Requisitos del TO

- ¿Cómo planificar?
- Modelos de entrevista
- Diferencias en relación al ámbito terapéutico
- La observación clínica
- Test / herramientas de valoración

• **Introducción:**

El primer encuentro con un paciente. Generalidades:

- Establecer una adecuada relación profesional:
 - Actitud hacia el paciente y su enfermedad
 - Comportamiento terapéutico:
 - Sin discriminación racial, sexual o de creencias.
 - Confidencialidad y discreción por cuanto se refiere a las circunstancias del paciente
 - Adecuada valoración profesional
 - Intervención centrada en los intereses del paciente.
- Comunicación verbal (vocabulario, jerga) Correcto
 - Evitar la utilización de jerga profesional
 - Emplear vocabulario sencillo adecuado al paciente.
 - Comunicación no verbal (lenguaje corporal): Mantener el mismo nivel con el paciente para proximidad y para la igualdad.
 - Contacto físico
- Ante una enfermedad la persona se siente vulnerable y puede mal interpretar un contacto físico.
- Un contacto físico fuera de contexto puede provocar rechazo ante el T.O. (No invadir su intimidad)
- **La entrevista personal. Generalidades:**

Procedimiento de evaluación durante el proceso de valoración

*¿Por qué?

- Información de primera mano
- Acercamiento a la persona, no a la patología (menos invasivo)

*¿Para qué?

- Recoger información

Cuantitativa (Cuántas técnicas emplea en sus AVD)

Cualitativa (Visión de sus roles)

- Iniciar la relación terapéutica

*¿Cómo?

- Entorno tranquilo con garantías de privacidad

Requisitos:

Aspectos que el T.O. necesita y deben ser aprendidos y desarrollados en la práctica:

- ◆ Base sólida de conocimientos (Aptitud)
- ◆ Nos permite recabar toda la información relevante para nuestra intervención.
- ◆ Planificar un tratamiento con significado para el paciente.
 - ◇ Capacidad para escuchar activamente (Actitud): Capacidad que tiene un receptor, para la información que nos ha transmitido el paciente para volverlo a decir con nuestras propias palabras para corroborar si lo que ha dicho el paciente es lo mismo que nosotros hemos entendido.
 - Planificar la entrevista:
 - Inicio
 - Cuerpo (estilo de entrevista)
 - Final

¿Cómo planificar?:

- Inicio
 - ◇ Presentación
 - ◇ T.O. No más de 5 minutos
 - ◇ Propósito
- Cuerpo
 - ◇ Recogida de información (estilo)
 - Estructurada: sigue un patrón determinado inalterable
 - Semiestructurada: sigue un cierto patrón abierto según las circunstancias
 - Libre: no tiene ningún patrón preestablecido. Utilizado frecuentemente en salud mental.
 - ◇ Uso de otros métodos de evaluación
- Final (resumen, conclusiones de la entrevista y averiguar si hay algo que el paciente ha omitido). Debe concluir con información final, qué va a pasar de ahora en adelante.

Puede que empiecen a surgir las metas (acuerdos entre el paciente y el TO).

Modelos de entrevista:

- ◇ ¿Cómo dirigirse al paciente?
- Comunicación verbal (usted)
- Lenguaje corporal seguridad en nosotros mismos y confianza al paciente.
- Tipos de pregunta:

Preguntas abiertas: son aquellas que desde el punto de vista del paciente permiten gran variedad de respuestas detalladas.

Son aquellas que producen respuestas cualitativas.

El inconveniente es que el paciente nos puede proporcionar información no deseada.

Preguntas cerradas: son preguntas con respuestas específicas.

Son aquellas que producen informaci3n cuantitativa. La informaci3n puede ser err3nea dependiendo de las circunstancias.

- *Duraci3n:*
- Condici3n del proceso patol3gico
- Nivel de fatiga (f3sica y menta)
- Subjetivo, todo el tiempo necesario que nos proporciones una relaci3n directa con el paciente (15/30 min.)
- *Preguntas b3sicas* (en relaci3n a la situaci3n anterior): Debemos obtener informaci3n previa al proceso patol3gico o al ingreso. Estas circunstancias previas pueden ser de salud o tambi3n de enfermedad.

Es importante por dos motivos:

Por que va a ser nuestra meta a alcanzar

Por que nos va a ayudar a valorar posibles necesidades con respecto al nivel de independencia funcional en el futuro y necesidades.

- Situaci3n social: con quien vive, tipo de vivienda...
- Situaci3n laboral: cu3l es trabajo, si trabaja, empleo posteriores.
- Independencia funcional: necesita ayuda para...
- Ocio y tiempo libre: que tipo de hobbies.
- *Preguntas especificas* (en relaci3n a la situaci3n actual)
- De que es capaz respecto AVD
- En que requiere ayuda. Cual es el nivel de ayuda que necesita.

· **ENTREVISTA ESTRUCTURADA**

- 3 Vive usted solo o acompa3ado? / 3 Con quien?
- 3 Recibe alg3n tipo de ayuda en su domicilio? / 3 Cu3l y quine la proporciona?
- 3 En que tipo de vivienda reside? / 3 En que piso? / 3 Tiene escaleras? / 3 Tiene ascensor?
- 3 Trabaja en la actualidad? / 3 Qu3 tipo de empleo?
- 3 Realiza su propia higiene personal? / 3 Recibe ayuda? / 3 De quien, que tipo?
- 3 Es capaz de comer solo? / 3 Recibe ayuda? / 3 De quien, que tipo?
- 3 Es capaz de comprar y cocinar alimentos? / 3 Recibe ayuda? / 3 De quien, que tipo?
- 3 Camina de forma independiente? / 3 Requiere alguna ayuda, que tipo?
- 3 Podr3a indicarme sus intereses o actividades de tiempo libre? / 3 Cu3nto tiempo les dedica?

· **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

- 3 En que tipo de vivienda reside? / 3 En que piso? / 3 Tiene escaleras? / 3 Tiene ascensor?

¿Es de su propiedad el piso?

¿Podrá realizar reformas en casa?

- ¿Trabaja en la actualidad? / ¿Qué tipo de empleo?

¿Tiene la intención de continuar trabajando como...?

- ¿Realiza su propia higiene personal? / ¿Recibe ayuda? / ¿De quien, que tipo?

¿Le parecería interesante cambiar la bañera por un plato de ducha?

- ¿Es capaz de comprar y cocinar alimentos? / ¿Recibe ayuda? / ¿De quien, que tipo?

¿Donde realiza habitualmente la compra?

- ¿Podrá indicarme sus intereses o actividades de tiempo libre? / ¿Cuánto tiempo les dedica?

¿Le gustaría realizar cambios en la forma en la que emplea su tiempo libre?

¿Tiene alguna meta específica en su vida en relación con esos intereses?

· ENTREVISTA LIBRE

- ¿Podrá describir un día de la semana típico en su vida habitual?

- ¿Sabe cual es el motivo por el que esta ingresado en este hospital?

- ¿En que áreas de su vida cotidiana encuentra problemas o dificultades?

- ¿Que tipo de cosas son las que le hacen disfrutar mas en su vida?

- ¿Qué considera importante en su vida?

- ¿Tiene alguna meta marcada en su futuro?

La Entrevista Personal al Ámbito Terapéutico:

- Discapacidades de origen físico:
- Acercamiento
- Conscientes de la enfermedad
- Recogida de información
- Alteraciones del lenguaje
- Visión poco realista de la difusión.
- Entorno
- Muy relevante
- Frecuentes alteraciones motoras
- Institución / Ámbito asistencial
- Hospitalario predominante
- Discapacidades de origen psíquico / mental:

- Acercamiento
 - ◆ Escasa conciencia o relación de la enfermedad
- Recogida de información
 - ◆ Visión distorsionada de la realidad
 - ◆ Dificultades en la recopilación de datos
- Entorno
 - ◆ Poco relevante
- Institución / Ámbito asistencial
 - ◆ Hospitalario y socio sanitario o social
- Discapacidades de origen social:
- Acercamiento
 - ◆ Relación de ayuda
 - ◆ Relación terapéutica difícil (son personas manipuladoras en muchas ocasiones, no aceptan ayudas).
- Recogida de información
 - ◆ Compleja debido a la sintomatología.
- Entorno
 - ◆ El social adquiere mayor relevancia sobre el físico
- Institución / Ámbito asistencial
 - ◆ Social fundamentalmente
 - ◆ En ocasiones se une al sanitario (bastante unido a discapacidades de origen mental)

◊ La Observación clínica:

- Cualidad + experiencia que permite: (capacidad analítica y crítica debe de incluir)
- Identificar déficits sin administrar pruebas de evaluación
- Formular hipótesis acerca de las fortalezas y debilidades del paciente respecto a su grado de independencia y nivel de participación y al posible pronóstico de su intervención.
- No estructurada:
- Informal
- Durante la entrevista
- Aspectos generales.
- Estructurada
- Formal y concreta
- Durante la administración de herramientas de evaluación
- Requiere un entorno real o simulado.

◊ Test / Pruebas de valoración:

- Pruebas preliminares
- Sencillas y de administración breve
- Barthel, Lawton, MMSE, Lobo, Pfeiffer
- Estandarizados o no (Puntuación confortada con lo que se considera “estándar”, normal)
- Propios de un tratamiento o institución
- Pruebas específicas (de aspectos más concretos de un área particular)

ENTREVISTA

Hospital con pacientes en área traumatológica.

Entrevista a persona mayor que ha sufrido una caída y como consecuencia fractura de cuello de fémur y se le ha implantado una prótesis. Tiene que ser evaluado desde TO.

Paciente: STC (fx cadera) por caída, hospital general (Área de traumatología)

Nombre: Jacinta Morales

Edad: 70 años

Diagnóstico: Fractura de cuello de fémur izquierdo consecuente con caída.

Semiestructurada

¿En qué tipo de vivienda, que piso y tiene ascensor?

¿Con quién vive?

¿Recibe ayuda? ¿Cuál?

¿Caídas recientes? ¿tiene algún tipo de problema de movilidad?

¿Camina con algún tipo de ayuda?

¿Se baña con algún tipo de ayuda?

¿Tiene hijos?

¿En qué tipo de actividades recibe o necesita ayuda?

¿Se baña con algún tipo de ayuda? ¿Cómo?

¿Sale sola a la calle?

¿Realiza sola las tareas de la casa?

¿Sale sola a la calle?

¿Tiene alfombras en casa? ¿Estará dispuesta a quitarlas? ¿Cómo y dónde se produjo la caída?

¿Tiene algún hobby?

¿Hace la compra sola?

¿Puede recurrir a alguien si necesita ayuda?

¿Cómo se siente de ánimo?

Si fuera necesario ¿podrá hacer reformas en casa?

Estructurada:

- Área social:
- Relaciones personales (¿tiene hijos, con quien vive, puede recurrir a alguien?)
- Servicios sociales de ayuda (¿recibe ayuda, cual?)
- Área de independencia funcional
- Área de autocuidado (dificultades en higiene personal, vestido, alimentación, transferencias y movilidad)
- Área de productividad (tareas que realiza sola, cuidado de la casa, manejo)
- Área de ocio/tiempo libre (¿¿ dedica su tiempo libre? Dinero, hacer la compra y tiempo de dedicación?)
- Entorno (tipo de vivienda, descripción del entorno domiciliario)
- Otros

TEMA 4: LA EVALUACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

- ◊ Conceptos de evaluación vs valoración
- ◊ Aspectos generales de las herramientas de valoración
- ◊ Parámetros de calidad (estadística)
- ◊ Validación y adaptación a una población
- ◊ Categorización de los instrumentos de valoración

Métodos de evaluación. Fase inicial:

Información indirecta

- Historial clínico
- Información de otros profesionales
- Información de familia

Información directa

- Entrevista personal
 - Observación clínica
 - Pruebas / Tests (Ej. Índice de Barthell)
 - Pruebas de detección
 - Herramientas de evaluación breve
 - Herramientas de evaluación específica (COTNAB, SIPT, etc)
 - Estandarizadas
 - No estandarizadas
- ◊ Evaluación vs Valoración

Evaluación: proceso de obtención, interpretación y análisis de la información con el fin de priorizar problemas y necesidades, planificar y modificar la intervención y determinar su valor (ENOTHE 2007).

Valoración: proceso de recogida e interpretación de información acerca de las funciones y entornos de las personas, en el que se emplea la observación, pruebas e instrumentos de medida, para justificar la toma de decisiones y monitorizar cambios (ENOTHE 2007).

Similitudes:

- Procesos (generalmente no asociados a circunstancias puntuales, pueden

llevar un tiempo).

- Se maneja informaci3n relevante acerca del paciente (aunque se hace de diferente manera).
- Forman parte esencial de nuestra intervenci3n e influyen en la misma.

Diferencias:

<u>Evaluaci3n</u>	<u>Valoraci3n</u>
La evaluaci3n no requiere necesariamente de un contacto cara a cara en paciente: - Es posible obtener informaci3n (indirecta) que una vez analizada nos ayude a determinar necesidades y problemas en la persona.	La valoraci3n emplea m3todos de recogida de informaci3n que requieren un contacto directo con el paciente. - La observaci3n y las pruebas o instrumentos de medida demandan generalmente un encuentro directo con el paciente (ejemplo: 3ndice de Barthel).
En la evaluaci3n se realiza un an3lisis profundo de la informaci3n obtenida (directa o indirectamente), con el prop3sito de conocer la relevancia de esa informaci3n en la vida de la persona y establecer en juicio final. - Al emplear una prueba (Barthel) de medida, el resultado final es analizado en funci3n de otras variables de informaci3n (historial m3dico, anteriores pruebas de Barthel, etc). Para determinar en qu3 3reas debemos incidir en nuestra intervenci3n.	En la valoraci3n hay una interpretaci3n de resultados que no implica un an3lisis de los mismos. - Al emplear una prueba (Barthel) de medida, observamos lo que hace o dice el paciente o interpretamos esa informaci3n, otorgando una puntuaci3n. No hay an3lisis del impacto de resultado obtenido en la vida de la persona.

Aspectos generales de las herramientas de valoraci3n:

- T.O. es responsable de valorar calidad y capacidad del desempe±o ocupacional de las personas.
- Practica basada en la evidencia, en aspectos comprobados (ciertos)
- Datos objetivos, comparables, cient3ficos (sustenta pr3ctica basada en la evidencia)
- Apoya la creaci3n y provisi3n de servicios (demuestra cambios positivos gracias a TO)
- El TO debe proporcionar una valoraci3n eficaz, correcta, hablaremos de herramientas:

Estandarizadas:

- Instrucciones para su administraci3n
- Tablas de puntuaci3n que ayudan a interpretar resultados
- Evidencia estad3stica de validez, fiabilidad y sensibilidad.
- Comparan con la media o grupo de control (lo que vemos con lo que se entiende que es normal)
- Mejoran la valoraci3n de forma cuantitativa. Informaci3n m3s objetiva.

Ej. Barthel, Lawton, Katz, ACIS, Folstein, Lobo, Pfeiffer.

No estandarizadas:

- No hay instrucciones espec3ficas

- No hay criterios y tablas de puntuación
- Dependientes de la destreza clínica, experiencia y juicio profesional del clínico.
- Información más subjetiva
- No validez científica (observación clínica)

◊ Parámetros de calidad:

Características psicométricas de los instrumentos de medida.

◊ En función de la patología Cuando se elige una prueba

◊ En función de la calidad de herramienta de valoración se hace:

- **Validez:** (más válido o menos válido)
- Si el instrumento mide el concepto que pretende medir.
- Implica el uso de un criterio estándar.
- Permite discriminar entre grupos de sujetos diferentes.
- Tipos:
 - ◆ Validez de constructo
 - ◆ Validez de contenido
 - ◆ Validez de criterio

Cuando una herramienta es la validada es porque se ha hecho un estudio previo con un grupo estándar por el cual se obtienen determinados datos.

- **Fiabilidad:** (más fiable o menos fiable)
- Capacidad de ofrecer resultados constantes en un empleo repetido.
- Evalúa el grado de precisión (o error) de la herramienta.
- Los resultados se muestran estables en circunstancias parecidas.
- Criterios de fiabilidad:
 - Consistencia: evalúa como se relacionan los ítems que se parecen en la prueba de evaluación.
 - Reproductibilidad: (fiabilidad interobservados) asegura la obtención de los mismos resultados por todo el mundo que lo administre.
 - Estabilidad: (fiabilidad intraobservados) no importa cuántas veces use yo la herramienta de evaluación obtendrá siempre los mismos resultados.
- **Sensibilidad (al cambio):**
 - Capacidad de detectar cambios relevantes a lo largo del tiempo.
 - Permite detectar pequeños cambios en relación a los que mide.

El Índice de Barthel es poco sensible.

◊ Validación y adaptación:

Hay pruebas que no están validadas para nuestra población, lo cual hace que no tengan validez científica. Pero debemos tener en cuenta que aunque no estén validados pueden ser útiles, ya que aquí no hay muchas. El COTNAB ha sido traducido y validado para España. Si quieres utilizar una prueba que no es de España tienes que pasar por todo esto:

- Traducción y retrotraducción
- Prueba piloto de la versión adaptada
- Validación / adaptación de las ponderaciones
- Validación estructural
- Validación convergente discriminante
- Validez / adaptación de los puntos de corte

- Sensibilidad a las distintas poblaciones
- Fiabilidad interna
- Fiabilidad test-retest
- Fiabilidad entre observadores
- Sensibilidad al cambio.

◊ Requisitos de un evaluador eficaz

- Conocimientos sobre la discapacidad
- Conocimientos sobre la etiología de la discapacidad
- Conocimientos sobre el pronóstico y evoluciones probables
- Conocimientos sobre diferentes métodos de evaluación, uso y administración
- Capacidad para seleccionar el método adecuado

◊ Categorización de los instrumentos de valoración:

◊ Instrumentos pluridisciplinares (no diseñados por terapeutas)

◊ Instrumentos específicos de TO

◊ Instrumentos específicos asociados a modelos teóricos de intervención en TO.

◊ **Instrumentos pluridisciplinares**

- Medición del ROM (con goniómetro). Rango articular normal. Es subjetiva ya que la precisión no es total, es estándar objetiva en que te da un dato.

- Balance muscular (con dinamómetro). Los valores pueden variar, aunque puede ser más fiable porque no interactuamos con el utensilio.

- Exploración de la sensibilidad (Monofilamentos). Herramientas para objetivar el tipo de sensibilidad y su intensidad. Hay diferentes métodos.

- Índice de Barthell: Mahoney y Barthell (1965) mide cambios en el estado funcional en pacientes a través del proceso de rehabilitación. Edad avanzada y adulta con diversas patologías. Se considera herramienta estandarizada aunque no haya instrucciones para su administración. Utiliza una puntuación basada en una escala con 2 o 3 mediciones

Es muy fiable y que sin embargo resulta poco sensible al cambio no está validada para la población española aunque se emplea muy a menudo.

- Escala de Lawton: 1961 Lawton y Brody diseñada para evaluar actividades instrumentales para la población humana. Se administra en forma de cuestionario

- Índice de Katz: diseñada por Katz y colaboradores (1963) se diseñó inicialmente para describir niveles de funcionalidad y poder predecir los niveles de los cuidados que se pueden requerir en la población avanzada y al mismo tiempo la eficacia de la intervención.

La puntuación se basa en la escala de tres medidas sobre 6 AVD que son las que se evalúan. El resultado se suma en otra escala general que establece un grado de dependencia funcional del paciente.

Se puede administrar en forma de entrevista. Existen diversas adaptaciones a la población española en las que se ha hecho un cambio en la puntuación donde solo existen 2 medidas de evaluación.

- Medida de independencia funcional (FIM): es una herramienta empleada por fisioterapeutas y por T.O. (1964) pretende medir el grado de discapacidad los cambios que experimentan en el paciente a lo largo del tiempo y la eficacia en el proceso de rehabilitación. Desde los 7 años en adelante. Se evalúan 18 ítems que se dividen en 6 bloques, se puede administrar mediante entrevista u observación. Tiene 7 posibles medidas que van desde la ayuda máxima a la independencia. La traducción consensuada al español se hizo en 1993 pero no se ha estudiado.

- Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE) sirve para detectar déficits cognitivos. Esta adaptado al español.

- Mini-mental de Lobo: adaptación del (MMSE)

- Short Portable Status de Pfeiffer: intenta detectar déficits cognitivos, esta adaptado al español.

◊ Instrumentos específicos de TO:

- Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery (COTNAB): Diseñado en Reino Unido con el propósito de identificar déficits o áreas de disfunción en sujetos con daño cerebral, se aplica a pacientes entre 16 y 65 años con patologías de origen craneoencefálico, aunque se ha creado uno recientemente para mayores de 65.

Esta formado por 12 test, distribuidos en 4 categorías o áreas funcionales, de percepción visual, capacidad de construcción, capacidad sensoriomotora y otra de capacidad para seguir instrucciones. El sistema de evaluación tiene 3 criterios diferentes. Capacidad del sujeto para completar la tarea que se solicita, tiempo que emplea para llevarlo a cabo, ejecución total que relaciona la capacidad y el tiempo que ha empleado en realizar la tarea.

- Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA): Diseñada en Israel 1989 con el propósito de identificar o detectar áreas de dificultad y capacidades cognitivas en pacientes con daño cerebral. Se aplica en edades comprendidas entre 20 y 70 años. Hay otras versiones para edades entre 70 y 90 y entre 6 y 12 años.

Son 20 pruebas, divididas en 4 categorías: orientación, percepción, organización visomotora y operaciones racionales.

Existe una traducción al español pero no ha sido estudiada.

- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): Diseñada por Fisher en 1993 con el propósito de valorar las destrezas a la hora de realizar las AVD. Esta centrada en el paciente. Hay una amplia gama de actividades de las cuales el paciente selecciona las que quiere realizar.

El sistema de puntuación es de 4 medidas en relación a la forma en la que el sujeto realiza la actividad. Se necesitan grandes dotes de observación.

- Sensory Integration and Praxis Test (SIPT): diseñada en 1989 sirve para detectar

difíciles en la praxis y en el procesamiento de integración sensorial. Se compone de 17 test.

◊ **Instrumentos específicos asociados a modelos teóricos de intervención en TO.:**

- Canadian Occupational Performance Measure (COPM)

- El paciente es un ser único (como un todo, desde un centro de vista holístico).
- El TO y el paciente trabajan juntos y determinan por alcanzar los objetivos establecidos por el propio cliente.
- El punto fuerte es la relación terapéutica que se establece.
- El cliente toma decisiones sobre sus objetivos y métodos de conseguirlos.
- Desde el punto de vista HUMANISTA.

Al principio se representaba por dos círculos concéntricos y el individuo en un triángulo en el centro, pero cambió para equiparar la importancia del individuo y el entorno.

- Cuestionario volicional (MOHO)

- VQ: Cuestionario Volitivo y PVQ: Cuestionario Volitivo Pediátrico:
- Evalúa la volición a través de la observación.
- PVQ niños 2-6 años
- VQ niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos
- Se utilizan para personas que no pueden comunicar eficazmente su propia volición.
- Compuesto por 14 ítems.

- Listado de roles (MOHO)

- Allen Cognitive Level (M. Cognitivo de Allen).

- El individuo: se conceptualiza como un ser que utiliza sus funciones cognitivas para llevar a cabo las AVD.
- Discapacidad cognitiva:
- Representa una restricción fisiológica o bioquímica en las capacidades de procesar información del cerebro que producen limitaciones observables y medibles en el comportamiento de tareas, de rutina.
- Enfermedades: ACV, TCE, demencias, parálisis cerebral, discapacidad del desarrollo, abuso de alcohol/drogas, trastornos esquizofrénicos, trastornos afectivos, SIDA.

Se realiza después de la entrevista inicial y evalúa la capacidad de aprendizaje. El rango es de 3 a 5.8. su puntuación indica el nivel y los objetivos del tratamiento, y la posibilidad de otras pruebas. Consiste en tres tipos de puntadas sobre una base de cuero.

TEMA 5: TÉCNICAS DE APLICACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

Pruebas de valoración específica y técnicas de intervención:

- ◊ Exploración / valoración articular
- ◊ Exploración / valoración muscular

- ◊ Exploración / valoración de la sensibilidad
- ◊ Manejo y movilización del paciente
- ◊ Generalidades
- ◊ Propósitos
- ◊ Principios fundamentales
- ◊ Terminología e instrumentos
- ◊ Procedimiento
- ◊ Recomendaciones
- ◊ Registros
- ◊ **Exploración / valoración articular**

En TO fundamentalmente en personas con discapacidades de origen físico, con alteraciones en los movimientos articulares, personas que les influyen en el desempeño ocupacional. Es una prueba pluridisciplinar.

◊ Generalidades:

¿A quien se dirige?

Origen reumatológico, traumatológico. Quemaduras, amputaciones, dolor, edemas.

¿Qué información nos proporciona?

Referida al movimiento que realiza una articulación (Rango de movimiento = ROM)

Rango de movimiento

Arco de movimiento que describe una articulación al producirse el movimiento.

Tipos:

Pasivo: movimiento realizado por una fuerza externa a la propia articulación.

Activo: movimiento realizado por la fuerza de la propia articulación.

Normal: movimiento estándar que se toma de referencia para evaluar. El arco de movimiento no es igual en todas las personas.

◊ Propósitos:

- Determinar el déficit de la función
- Determinar el ROM necesario para ser funcional
- Mantener registro e los cambios en la movilidad articular
- Medir variaciones de forma objetiva
- Ayudar a determinar objetivos de tratamiento
- Ayudar a diseñar una adecuada planificación

◊ Principios fundamentales de la exploración articular:

- Conocer el ROM considerado normal
- Saber como se mueven todas las articulaciones
- Saber como situarse, como situar al paciente, y los segmentos involucrados en la exploración.

◊ Terminología de la exploración articular:

- Goniómetro: instrumento para medir ángulos

Planos:

Plano sagital: divide al cuerpo en 2 porciones iguales hemicuerpo derecho e izquierdo.

Plano horizontal: atraviesa al suelo paralelo al horizonte dividiendo el cuerpo en dos porciones superior e inferior.

Plan frontal: divide al cuerpo en dos caras posterior y anterior.

Ejes:

Son líneas imaginarias que atraviesan de forma perpendicular uno de los planos y esta contenido en alguno de los otros 2, alrededor de los cuales se produce el movimiento.

Eje transversal: perpendicular al plano sagital, movimiento de flexo-extensiÃ³n.

Eje anteroposterior. Perpendicular al plano frontal, movimiento de abducciÃ³n y adducciÃ³n

Eje vertical: perpendicular al plano horizontal, movimiento de abducciÃ³n y adducciÃ³n horizontal.

Eje de rotaciÃ³n: perpendicular al plano sobre el que se produce movimiento alrededor de la articulaciÃ³n.

Eje longitudinal: pasa a lo largo de un segmento corporal entorno al cual todas las partes de ese segmento corporal se distribuyen de forma simÃ©trica.

RelaciÃ³n entre planos de movimientos y ejes de rotaciÃ³n articular:

◊ Procedimiento de mediciÃ³n:

El goniÃ³metro:

Brazo estacionario o proximal: debe de coincidir con el segmento proximal a la articulaciÃ³n midiendo a lo largo de dicha articulaciÃ³n.

Brazo mÃ³vil o distal: debe de coincidir con el eje de la articulaciÃ³n.

Cuerpo o transportador de Ãngulos.

- ◊ ExplicaciÃ³n del procedimiento.
- ◊ Procurar la situaciÃ³n adecuada para la exploraciÃ³n (articulaciÃ³n desprovista de prendas de vestir)
- ◊ Movilizar pasivamente la articulaciÃ³n a explorar antes de la mediciÃ³n:
- ◊ Integridad de la cÃapsula articular
- ◊ Sentir como realiza el movimiento
- ◊ Palpar el tono muscular
- ◊ Estabilizar articulaciones para evitar sustituciones
- ◊ Situar el goniÃ³metro de forma apropiada y en relaciÃ³n al movimiento a evaluar (localizar puntos Ã³seos si procede)

- ◊ Proceder con la medición del rango de movimiento articular pasivo y activo y registrar el resultado.
- ◊ Realizar la medición en el hemicuerpo contralateral como medida de comparación.

Posición neutra: es aquella que consideramos de 0° , generalmente la posición anatómica neutra puede ser, en decúbito con las palmas de las manos en cualquier posición de las que pueden adoptar y los MS y MI a lo largo del cuerpo. También puede ser en sedestación y bipedestación.

* La posición neutra del tobillo no es 0° como tal, si no 90° respecto a la pierna pero se considera como 0° .

◊ Recomendaciones:

En ROM pasivo, sostener segmentos corporales superior e inferior.

No obstaculizar el movimiento

Mismo evaluador y mismo goniómetro

Atención a signos de dolor, aumento de tono.

Si posición anatómica neutra es imposible medir desde la más cercana a esta.

◊ Forma de registro:

Una cifra indica el recorrido real (pasivo o activo) de la articulación.

Dos cifras indican mayor precisión. Indican la posición de la que parte el movimiento y la posición final a la que llega.

0° - 95° No llega al final del movimiento

30° - 180° Parte con una limitación (en la extensión de hombro)

30° - 95° limitación en extensión y flexión. Limitación al principio y al final del movimiento

Cifra negativa (-150°) determina el número de grados que faltan para realizar el movimiento

Dentro de los límites normales: cuando no se aprecia limitación funcional, a un no consiguiendo el valor máximo dentro de los parámetros normales.

◊ **Exploración / valoración muscular:**

◊ Generalidades

¿A quien se dirige?

Origen degenerativo, esclerosis múltiple, patología neurológica, lesiones medulares, patología traumática severa.

¿Qué información proporciona?

Es un dato cuantificable que describe básicamente la capacidad muscular para contraerse y producir movimiento en situaciones sin gravedad, en contra de la gravedad y contra resistencia.

◊ Propósitos de la evaluación muscular

Determinar el déficit de la función

Determinar la fuerza necesaria para ser funcional

Mantener registro de los cambios en la fuerza muscular

Medir variaciones de forma objetiva

Ayudar a determinar objetivos de tratamiento

Ayudar a diseñar una adecuada planificación

◊ Principios fundamentales de la evaluación muscular

Conocer la localización de los músculos a evaluar

Conocer las inserciones y puntos de origen de los músculos

Conocer la función de cada uno de los músculos en cada uno de los movimientos, así como su acción (agonista, antagonista, sinergista, motor primario)

Saber localizar el tendón y el músculo así como conocer la dirección de las fibras musculares.

Saber identificar patrones de sustitución

Saber identificar alteraciones en el tono, contorno y volumen de los músculos.

◊ Procedimientos de evaluación

Balance muscular

Brake Test: aplicación de una resistencia en contra del movimiento producido por el músculo puede ser la gravedad o una resistencia manual externa.

Dinamómetro:

De empuñadura

De pellizco o dedos.

◊ Procedimiento de medición manual

Solicitar al paciente realizar el movimiento previa demostración

Estabilizar con una mano y producir una resistencia manual (si procede) con la otra mano. Si no hay movimiento activo contra gravedad no se ofrece resistencia. Durante 4 segundos, por debajo de la articulación a nivel distal

Registrar el estado muscular

Break test:

Aplicación de resistencia manual al final del recorrido articular o en el momento de máxima exigencia muscular.

Mantenimiento de la posición

◊ Recomendaciones

Permitir reposo para evitar la fatiga muscular en pacientes con procesos musculares severos

Atención a signos de dolor, aumento del tono muscular

En situaciones de hipertonía no está recomendada la evaluación muscular

◊ Registro de balance muscular

Escala cifrada internacional

- ◊ No presenta de actividad física
- ◊ Contracción detectable no visible, sin movimiento
- ◊ Movimiento voluntario activo en ausencia de gravedad
- ◊ Movimiento voluntario activo capaz de vencer solo la fuerza de la gravedad
- ◊ Movimiento voluntario activo contra máxima resistencia manual
- ◊ Capacidad total en contra de máxima resistencia
- ◊ Procedimiento y registro de medición con dinamómetro

Tipos de dinamómetro

Mide la fuerza de aprensión de los músculos

De empuñadura: para aprensión completa de mano

De pellizco: para aprensión de pinzas digitales

Pulpejo- lateral

Latero-lateral

Pulpejo-pulpejo

◊ Procedimiento y registro de medición con dinamómetro

Explicar al paciente el procedimiento de evaluación

Apretar el dinamómetro con la mayor fuerza posible en dos ocasiones

Espaciar cada intento con un periodo de reposo entre 2 y 3 minutos

Procurar la situación adecuada del paciente

Registrar la mayor puntuación

Comparar con la de su mano no afecta o con el baremo de normalidad de acuerdo a su grupo de edad y género.

◊ Recomendaciones

Procurar evitar que el dinamómetro se apoye, se haga fuerza sobre la mesa

Regular el dinamómetro al tamaño de la mano del paciente

Estabilizar segmentos corporales.

◊ Evaluación del tono muscular

Tono muscular: es un estado de equilibrio entre un estado de reposo y estado de contracción, cuando el equilibrio es correcto decimos que tienen un funcionamiento normal.

Nos permite mantenernos en contra de la gravedad y nos permite llevar a cabo ocupaciones. No es igual en todas las personas.

Tono muscular normal

Tono muscular anormal: cuando se ha perdido el equilibrio

Atonía: ausencia completa de tono muscular, flacidez.

Hipotonía: tono por debajo de lo normal, disminuido.

Hipertonía: ton por encima de lo normal.

Espasticidad: un incremento exagerado del tono muscular que se manifiesta con la exaltación de reflejos musculares (espasmos musculares involuntarios) pueden aparecer por cualquier estímulo interno o externo. Puede ser vencido con menor o mayor resistencia

Rigidez: estado permanente de agarrotamiento o contractura muscular que esta provocado por la repetición continuada de los espasmos. Esta asociada a la espasticidad, un miembro espástico puede volverse un miembro rígido.

Esta contracción involuntaria se mantiene en el tiempo y es imposible vencer, aunque se puede lograr con cirugía.

◊ Medición y registro del tono muscular

Medición:

Manual

Artificial (miotómetro)

Registro.

Escala de Ashworth: 1964 mide el grado de espasticidad de músculos en MS y MI. Movilizar de forma pasiva segmentos corporales afectados evaluando el tipo de respuesta con respecto a la resistencia que percibo. Es una evaluación cualitativa con 5 grados diferentes cuantificables

Grado 0: no hay incremento del tono, el movimiento es normal

Grado 1: ligero incremento del tono, la final del recorrido articular, produciéndose un clono (mínimo espasmo) a la flexión o extensión.

Grado 2: moderado incremento del tono, puede completarse el arco de movimiento con facilidad.

Grado 3: considerable incremento del tono con dificultad para realizar movimiento pasivo y completar el arco de movimiento.

Grado 4: el miembro presenta rigidez en flexión o extensión

Escala de Ashworth modificada: 1987 Bohannon y Smith. La metodología es la misma pero añadieron un valor.

Grado 0: no hay incremento del tono, el movimiento es normal

Grado 1: ligero aumento del tono, visible a la palpación o relajación, al final del arco de movimiento

Grado 1+: ligero incremento del tono, con mínima resistencia detectable en menos de la mitad de ROM

Grado 2: moderado incremento del tono, puede completarse el arco de movimiento con facilidad.

Grado 3: considerable incremento del tono con dificultad para realizar movimiento pasivo y completar el arco de movimiento.

Grado 4: el miembro presenta rigidez en flexión o extensión

♦ **Exploración / valoración de la sensibilidad**

♦ Generalidades.

Definición (Callahan)

Sensación: estímulo transportado por nervios aferentes a los centros de interpretación central. Componentes de la persona que favorecen al desempeño

ocupacional.

Sensibilidad: capacidad o habilidad de percibir o interpretar estímulos sensoriales.

Hacer alusión a la recepción, transmisión e interpretación de estímulos.

¿A quien se dirige?

Es un proceso de exploración que se emplea en pacientes con discapacidades de origen físico. Presentan alteración en la recepción de la información o alteración en el procesamiento de la información.

Afecta al desempeño ocupacional de la persona.

El ámbito terapéutico es el sanitario y el sociosanitario.

Son susceptibles de presentar dichos procesos los pacientes traumatológicos que presentan afectado el SNC y tienden a presentar pérdidas de modalidades sensoriales generalizadas y los neurológicos tienen afectado el SNP en áreas más concretas.

Las causas más probables pueden ser lesiones medulares, parálisis cerebral infantil, amputaciones, politraumatismos, quemaduras.

¿Qué información proporciona?

Información cualitativa y cuantitativa

◊ Influencia de la sensibilidad en la independencia del sujeto

La ejecución motora depende de la recepción de información sensorial.

Afecta al grado de participación

La alteración puede implicar riesgo en la realización de actividades / ocupaciones.

◊ Clasificación de la sensibilidad

Clasificación por tipo de receptores

Exteroceptores: se encuentran inmediatamente por debajo de la piel y que reciben información a través de la piel.

Propioceptores: se encuentran en músculos, tendones, ligamentos y articulaciones en general y reciben información de la postura del movimiento y en relación con el espacio. Relación de equilibrio.

Interoceptores: se encuentran dentro de los sistemas (respiratorio, digestivo...), que se encargan de recibir información de ellos.

Clasificación de las sensaciones táctiles

Sistema protopático: defensa ante estímulos dañinos (dolor, temperatura alta...)

Sistema epicrítico: percepción discriminativa de sensaciones entre la distancia de dos puntos, cambios pequeños de temperatura...

Clasificación según la vía de transmisión

Sistema espinotalámico: transmite información de dolor, temperatura, tacto y presión ligera.

Sistema lemniscal o de la columna dorsal: información discriminativa, estereognosis, cinestesia...

◊ Propósitos de la exploración

Determinar el déficit de la función

Determinar riesgos que afecten la independencia funcional

Mantener registro de los cambios en la capacidad discriminativa.

Medir variaciones de forma objetiva

Ayudar a determinar objetivos de tratamiento

Ayudar a diseñar una adecuada planificación

◊ Principios fundamentales en la exploración de la sensibilidad

Conocer la localización de los dermatomas

Conocer las distintas clasificaciones de la sensibilidad

Saber identificar alteraciones de la sensibilidad

Saber interpretar el impacto sobre la capacidad funcional

◊ Terminología asociada a sensibilidad

Hipoestesia: disminución de la sensibilidad en un área determinada

Hiperestesia: aumento de la sensibilidad en un área determinada. Hipersensibilidad a determinadas sensaciones.

Anestesia: ausencia de sensaciones o pérdida completa de la sensibilidad

Parestesia: sensaciones fluctuantes no dolorosas del tipo hormigueo.

Miembro fantasma: recepción de sensaciones procedentes de un miembro amputado.

◊ Procedimiento general de exploración

Explicar al paciente el procedimiento de evaluación

Procurar la situación adecuada para la evaluación

Paciente cómodo y relajado y desprovisto de prendas y complementos.

Impedir la visión del paciente (antifaz) excepto:

Para recibir instrucciones sobre la prueba

Casos de disminución de la atención

Para evitar la desorientación

Aplicar estímulos adecuados a la prueba:

Comenzar desde áreas distales hacia proximales

De forma impredecible

Pregunta en el momento de la aplicación del estímulo, salvo que se indique lo contrario

Las áreas no afectadas del cuerpo pueden someterse a prueba con medida de lo “normal”.

Registro el resultado

◊ Registro de la sensibilidad

Respuestas

Intacta: cuando la respuesta sea rápida y precisa

Ausente: cuando no se obtenga respuesta

Deteriorada: cuando se encuentre retraso en la respuesta o una sensación impropia al estímulo.

◊ Recomendaciones

Repetir aplicaciones de estímulos con respuesta dudosa

Emplear medios de comunicación alternativos para pacientes carentes de habla.

Movimiento de cabeza

Apretar la mano del terapeuta.

◊ Pruebas de exploración de la sensibilidad

Tacto:

Estímulo: toque ligero sobre la piel con lápiz, dedo, pincel...

Respuesta: indicar SI / NO

Presión:

Estímulo: presión firma sobre la piel con lápiz, dedo...

Respuesta: indicar SI / NO

Dolor:

Estímulo: aplicar sobre la piel dos estímulos diferentes

(Agudo) con un alfiler o punta de lápiz

(Romo) Con el extremo opuesto de la herramienta o lápiz.

Respuesta: indicar romo o agudo

Implica la distinción entre un estímulo táctil y otro doloroso.

Temperatura:

Estímulo: aplicar sobre la piel dos estímulos diferentes

(Calor) con agua a 43°C en tubo de ensayo

(Fresco) con agua a 4°C en tubo de ensayo

Respuesta: indicar calor / fresco

Sentido de la posición:

Estímulo: colocar una extremidad en posición fácilmente descriptible.

Respuesta: imitar la posición con la extremidad opuesta o describirla.

Cinestesia:

Estímulo: producir movimiento pasivo en una articulación

Respuesta: indicar la dirección del movimiento realizado (arriba, abajo...)

Localización táctil:

Estímulo: toque sobre la piel con el dedo, lápiz...

Respuesta: situar el dedo sobre el punto estimulado después de la aplicación.

Se permite al paciente abrir los ojos para localizarlo

Se toman mediciones en cm. y mm. para registrar cambios.

Esterognosia:

Estímulo: colocar en la mano del paciente un objeto fácilmente reconocible, para su identificación a través del tacto (llave, moneda, lápiz...)

Respuesta: nombrar el objeto o identificarlo visualmente de entre otros.

Distinción entre dos puntos:

Estímulo: aplicar simultáneamente dos estímulos iguales sobre un área de la piel disminuyendo progresivamente la distancia entre los puntos.

Respuesta: indicar si recibe sensaciones de uno o ambos estímulos a la vez, es decir uno / dos.

◊ Pruebas de exploración de la sensibilidad (no son necesarias si las otras anteriores están bien)

Distinción de peso

Distinción de tamaño

Distinción de textura

Grafestesia:

Estímulo: dibujar letras o números sobre la palma de la mano del paciente.

Respuesta: identificar la letra o número

Si la sensibilidad del tacto está intacta la capacidad esterognosica puede estar deteriorada, pero si la capacidad esterognosica está intacta el tacto también.

Dolor y temperatura siguen las mismas vías de transmisión por lo cual si el dolor está afectado la temperatura también y si el dolor está intacto la temperatura también.

◊ **Manejo y movilización del paciente**

◊ Generalidades

¿A quién se dirige?

A personas con problemas de movilidad y en la deambulación. Con patologías de origen físico y psíquico producidas por deterioro cognitivo.

El ámbito asistencial es el sanitario y también el sociosanitario

¿Qué información proporciona?

Orientación hacia las dificultades de dependencia funcional del paciente

◊ Propósito del manejo del paciente

Determinar el déficit de la función

Determinar riesgos que afecten la independencia funcional

Saber determinar la técnica más adecuada con el menor gasto energético

Saber aprovechar al máximo las condiciones psico-físicas del individuo

Salud física y laboral del T.O.

◊ Principios fundamentales en el manejo y movilización de pacientes

Principios basados en la ergonomía, que es la ciencia que estudia la adaptación del hombre en el entorno laboral y el aprovechamiento de las capacidades físico-psíquicas de la persona con el menor gasto energético posible.

* Están relacionados con principios de biomecánica para una correcta manipulación de cargas

Mantener equilibrio entre los segmentos corporales

Aplicar las fuerzas necesarias en el momento apropiado

Realizar movimientos en bloque al realizar la manipulación

◊ Terminología

Cambio postural: modificación de estructuras corporales en el espacio que puede ir acompañado de desplazamiento, pero no hay levantamiento completo de peso o carga que se está manipulando

Modificación de estructuras (corporales)

Puede acompañarse de desplazamiento

No hay levantamiento completo del peso o carga

Transferencia: acción de levantar

Siempre existe movimiento

Cambio de posición + levantar = transferencia

Real decreto 487/1997 de 14 de abril: disposición mínima de seguridad y manipulación de cargas que generan riesgos para trabajadores (lesiones lumbares)

Real decreto 39/1997 de 17 enero: reglamento de prevención de riesgos laborales

Ley 31/1995 de 8 noviembre sobre “prevención de riesgos laborales”

Convenio nº 127 de la organización internacional del trabajo

◊ Procedimiento general en la movilización de pacientes

Explicar qué y cómo se va a hacer (se le pide al paciente tanta ayuda cuanto nos puede ofrecer).

Buena base de sustentación, nos permite una posición estable y adecuada al movimiento que vamos a realizar.

Espalda recta

Rodillas flexionadas

Presas consistentes

Carga próxima al cuerpo (espaldas próximas)

Utilización de apoyos (para transferir fuerza y poder sostenernos mejor, aporta estabilidad y mejor distribución del esfuerzo)

Consensuar el movimiento

¿En posición? ¿Estas listo? ¿Levantamos!

(con compañeros, auxiliares... y con el paciente porque nos puede ayudar y va a llevar a cabo un esfuerzo físico a pesar de las patologías).

◊ Consideraciones previas al manejo y movilización de pacientes

Para minimizar gasto energético y lograr mayor participación del paciente en el movimiento:

- Tener en cuenta el grado de autonomía
- Considerar capacidad del sujeto para colaborar
- Valorar la necesidad de usar ayuda técnica humana
- Explicar al enfermo el qué y el cómo del procedimiento

◊ Recomendaciones

- Permitir que el paciente realice la mayor parte del esfuerzo
- Asegurarse de disponer del espacio suficiente y de no tener elementos en el recorrido que entorpezcan el movimiento
- Emplear calzado y ropa adecuados
- Evitar giros de cintura
- Levantamiento y suelta deben ser acciones rápidas pero suaves y seguras
- Mantener siempre espalda recta
- Realizar un calentamiento antes del esfuerzo

◊ Algunas técnicas básicas

- Incorporación en cama
- Cambio de decúbito a sedestación
- Incorporación en sillas
- Transferencia de silla-cama-silla
- Empleo de medios externos:

Ayudas técnicas:

Tablas de transferencia

Sábanas de deslizamiento

Percha incorporada

Asideros

Alzas de inodoro

Incorporadores de apoyo

Tablas de baño

Grúas

Mobiliario adaptado

Elevadores de cama

Elevadores de silla

Camas articulables (eléctricas o hidráulicas)

¡Recordar!

- Primordial para nuestra salud laboral y la de nuestros pacientes.
- Sobreestimar las posibilidades y energía de uno mismo representa un riesgo enorme de lesiones.
- Decir NO ante situaciones de riesgo y anteponer nuestra salud laboral.

TEMA 6: DESTREZAS ESPECÍFICAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

◇ Introducción

◇ Aspectos de especial relevancia para nuestra intervención

- Sensorio-perceptivos
- La vida cotidiana
- Ocio y tiempo libre

◇ Cómo afecta en la autonomía, independencia y participación del sujeto

◇ Cómo afecta en nuestra intervención

◇ Introducción. ¿Qué es específica?

- No se presta atención en otras disciplinas
- Gran influencia en el desarrollo ocupacional
- De gran relevancia para la participación social de la persona
- Aspectos sensorio-perceptivos
- Aspectos de la vida diaria
- Aspectos de ocio

◇ Aspectos de especial relevancia para nuestra intervención

◇ Aspectos Sensorio-perceptivos:

En la valoración/evaluación:

- T.O.Â's, los profesionales mÃ¡s dedicados a la valoraciÃ³n evaluaciÃ³n de estos aspectos.
- Gran numero de test (L.O.T.C.A, SIPT, COTNAB...).

En el tratamiento:

- Prestar atenciÃ³n a tipo de alteraciÃ³n y consecuencias para el tratamiento.

A observar en el entorno:

- IluminaciÃ³n
- Temperatura
- Ruido

A observar en el paciente:

- En la presentaciÃ³n de estÃ­mulos atenciÃ³n a experiencias previas (ejemplo hipersensibilidad).
- Buscar el momento Ã³ptimo.
- Buen control postural, mejora tono muscular, mejora la atenciÃ³n, recibirÃ¡ sensaciones mas normalizadas e interactuara con el medio.

A observar en el T.O.:

- En el Ã¡rea perceptiva (primero objetos reales - despuÃ©s imÃ¡genes)
- Factores que facilitan la recepciÃ³n de estÃ­mulos (intensidad, tamaÃ±o, novedad, motivaciÃ³n e interÃ©s para el paciente, control de la postura a nivel proximal para realizar actividad a nivel distal.

◊ Aspectos de la Vida Diaria

En la valoraciÃ³n/EvaluaciÃ³n:

- Perspectiva Ã©nica de la T.O.
- Diferentes test, Barthell, Lawton, AMS

En el tratamiento:

- ◊ Forma en la que se realiza (para que logre volver a hacerlo como lo hacÃ­a antes, tener en cuenta sus hÃ¡bitos)
- ◊ Practica de la AVD

SupervisiÃ³n verbal

ImitaciÃ³n

Ayuda fÃ­sica

- ◊ Nuevo mÃ©todo de realizar AVD (cuando no es capaz de hacerlo como lo hacÃ­a antes)
- ◊ EnseÃ±ar ayuda tÃ©cnica o adaptar entorno
- ◊ Planificar el tipo de ayuda y quien (para trabajar con ella tambiÃ©n la realizaciÃ³n de la AVD).

* Practicar AVD en entorno real sino recrearlo

* No enseÃ±ar AVD si sabemos que no lo va a realizar

Recomendaciones:

- Practicar las AVD's en un entorno real, lo más similar posible al sujeto.
- No emplear esfuerzo en algo que no tiene sentido. No intentar que sea capaz de hacer algo que sus hábitos, etc no va a realizar nunca.

◊ Aspectos de Ocio y Tiempo libre:

En la valoración:

- Ámbito profesional que da enfoque terapéutico al ocio y tiempo libre
- Varios test (listado de intereses, cuestionario volicional)

En el tratamiento:

- Consistencia con los intereses personales (conseguir motivación e implicación del paciente en su tratamiento)
- Base terapéutica que la justifique

TEMA 7: EL USO DE LA ACTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

- ◊ Historia y evolución de la actividad
- ◊ Concepto y definición de actividad
- ◊ La actividad en nuestra intervención
- ◊ Clasificación de la actividad
- ◊ La actividad. Antecedentes históricos en la TO:

“Emplear el tiempo adecuadamente en actividades útiles y gratificantes representan la base fundamental en el tratamiento de cualquier paciente” (Adolph Meyer, 1921)

“El propósito de la T.O. es integrar los movimientos fundamentales conseguidos en fisioterapia en actividades totales” (Mary Reilly, 1943)

La evolución del ser humano se ha caracterizado precisamente por su continuo y progresivo hacer (Wilcock, 1998)

“El hombre, a través de uso de sus manos, potenciadas por su mente y su voluntad, puede influir el estado de su propia salud” (Mary Reilly, 1962)

La evolución de la actividad en TO:

- Segunda revolución industrial
- Movimiento de artes y oficios (finales S. XIX)
- Primeras escuelas de T.O. (Comienzos S.XX)
- Actividad como forma de trabajo en la sociedad
- Contribución que produce salud a la sociedad
- Actividades artesanales como parte de la formación en T.O. Ej. Cestería, curtir piel, carpintería, cerámica...
- Primera guerra mundial
- Máximo crecimiento + ideas reduccionistas + influencias médicas
- Aumentan los ejercicios sin propósitos
- Se reducen las actividades productivas
- Dos perspectivas confrontadas = crisis de identidad profesional
- A partir de los 60-70 se vuelve a considerar el valor terapéutico de la

actividad.

- Era actual se basa en el estudio profundo de la ocupación como base fundamental y filosófica.

◊ La Actividad. Definición:

Actividad: una serie estructurada de acciones o tareas que contribuyen a la ocupación (ENOTHE Terminology Group, 2007)

¿Por qué? La actividad forma parte de la rutina de la vida diaria del ser humano y se desarrolla por esta. La actividad tiene valor terapéutica inalterable

¿Para qué? Para permitir que el individuo aumente su grado de participación social lo que redundara en un mayor estado de bienestar

Actividad propositiva:

- El propósito reside en la actividad.
- “Actividad” y “actividad propositiva” se emplean en la literatura de forma indistinta (Smith 2005, Wenborn 2005) ya que muchos autores consideran que todas las actividades tienen un propósito.
- “Aquellas que tienen un objetivo inherente o autónomo que va más allá de la función motora requerida para realizarlo y que requieren de la participación activa del paciente (Pedretti 2001). Forman parte de la vida cotidiana del paciente y suceden en el contexto del desempeño ocupacional.

Actividad con significado:

El significado proviene de la persona y del entorno.

Ejemplos:

- Cocinar

Propósito: producir un alimento que pueda comerse

Significado: desempeñar el rol de padre, o el de trabajador. Organizar una comida campera con amigos, integrarme en un grupo social y sobrevivir.

- Asistir a clase

Propósito: recoger información que me permita aprobar la asignatura.

Significado: desempeñar el rol de estudiante, relacionarse con el novio/a, evadirse de problemas personales, desarrollarse como persona, machacar al profe.

- Toda actividad tiene un propósito que radica en la misma actividad.
- Toda actividad tiene significado para la persona (más o menos).
- Se pierden y se ganan capacidades a lo largo de la vida, aunque predomina la estabilidad.
- Son más importantes las diferencias interindividuales (formación, intereses, motivación...) que la edad cronológica.

Metas de la intervención desde TO

- Favorecer la independencia de la persona en la realización de sus actividades.

- Lograr la autonomía en áreas de desempeño ocupacional. Pudiendo elegir lo que hacer.
- Recuperación o adquisición de roles.
- Se aumenta la participación social.

Para favorecer la independencia de la persona, ésta debe ser capaz de:

- Desempeño eficaz en sus actividades cotidianas.
- Tener capacidades cognitivas, sensorceptivas.

Ejemplo: paciente con ictus, con un hemicuerpo paralizado.

El ser eficaz en el desempeño de actividades requiere:

- Requisitos básicos.
- Cognitivos, físicos, sensoriales, perceptivos, motores, sociales...

Y todo ello a su vez requiere de: función, componentes de desempeño ocupacional, habilidades y destrezas.

La persona que no tiene esos requisitos para el desempeño ocupacional, es lo que deberá hacer el T.O, en su proceso terapéutico.

◊ La actividad. Clasificaciones:

L.W. Pedretti (2001) Proceso terapéutico. Según Pedretti se describen 4 fases:

Métodos complementarios

Fase aguda mayoritariamente

Previos al uso de la actividad

Predomina actitud pasiva del paciente, la valoración y recuperación de componentes de desempeño ocupacional.

Técnicas de facilitación, estimulación, sistema de posicionamiento, uso de agentes físicos (calor, frío...). Uso de férulas para impedir que aumente el tono.

Actividades capacitantes.

Predomina la actitud pasiva del paciente

Forma de actividad ligada al ejercicio

Necesario para adquirir capacidad de hacer

Máxima participación activa del paciente

No preparados para la independencia

Pueden ser necesarios para realizar actividades significativas (meter bolas en

alambre).

Estas actividades se trabajan para participar posteriormente en otro tipo de actividades. Al no ser significativas para el paciente habrá que explicar el objetivo de la actividad.

Actividades propositivas

Participación activa del paciente

Cualquier AVD

Mejorar el funcionamiento y aumentar la participación social

Evaluar, facilitar, restaurar y mantener capacidades en una persona que le permita ser funcional en sus actividades.

El paciente ha alcanzado funciones, destrezas, habilidades y componentes de desempeño ocupacional para realizar sus actividades cotidianas.

Ocupaciones

Desempeño de ocupaciones en todas las áreas

Nivel máximo de independencia

Desempeño eficaz de roles ocupacionales.

Cuando el paciente es independiente en las AVD.

El paciente es capaz de enfrentarse a situaciones reales de su vida.

Preparación Práctica Desempeño

Métodos Actividades Actividades

complementarios capacitantes propositivas

Ocupaciones

Técnica: permite expresarse a través de la creación de un producto (Ej. Pintura, arcilla...). Actividades artísticas, creativas.

Simbólica: emplea símbolos como medio de expresión y comunicación

Analógica: el sujeto interactúa en su entorno a través del cuerpo

Individual: Mayor significado

Centradas en los intereses del individuo

Grupal: Se participa en un objetivo común

Se comparte el contexto parcialmente

◊ La actividad terapéutica:

- Toda actividad tiene un potencial terapéutico listo para ser desvelado por un terapeuta ocupacional

- **Análisis de la actividad**

Destrezas y habilidades necesarias para realizar la actividad

Ayuda a seleccionar la actividad apropiada

- **Análisis de tareas**

Secuencia de pasos que conforman la actividad

Ayuda a graduar y adaptar la actividad

Graduar: cambiar la complejidad de la actividad que la persona va a realizar, cambio del número de pasos, de la cantidad de tiempo asignada a cada paso y la cantidad o calidad de los detalles para llevarla a cabo.

Adaptar: modificar o sustituir objetos que se emplean en el desarrollo de la actividad hace referencia a cambios en la estructura, forma y/o función.

Actividad: Poner la lavadora

◊ Graduar: permitir más tiempo, secuenciar por fases.

◊ Adaptar: colocar tarjetas con números (uno en el cesto de la ropa, 2 en la lavadora, 3 en el detergente)

(capacidad + limitaciones) x significado/ información análisis = valor terapéutico, si el valor terapéutico es bajo no te ajustas a las necesidades del paciente.

- Debe tener un propósito y un significado para el paciente
- Debe tener un objetivo terapéutico
- Debe contribuir a mejorar el funcionamiento del individuo en sus áreas de desempeño ocupacional.
- Debe contribuir a mejorar y promover la participación del individuo en la sociedad
- Debe ser graduable y adaptable

Ejemplos:

Actividad: impartir una conferencia

- Desempeño eficaz de actividad
- Función.
- Componentes desempeño ocupacional.
- Habilidades.
- Destrezas: organizar el tiempo. Establecer relación adecuada con la

audiencia.

Actividad: realizar un examen

- Desempeño eficaz de actividad
- Función: posición de sedestación. Escribir.
- Componentes desempeño ocupacional.
- Habilidades: mantener la calma, concentración, saber sintetizar.
- Destrezas: memoria, resolución de problemas, organizar el espacio y el tiempo, buena caligrafía.

ESQUEMA FINAL

TEMA 8: INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE ORIGEN FÍSICO

- ◊ Recordatorio de procesos (DOF)
- ◊ Breve análisis de la intervención
 - Persona
 - Ocupación
 - Entorno
- ◊ Tipo de intervención:
 - Tratamiento
 - Instrumentos de valoración
- ◊ Modelos de intervención
- ◊ Discapacidades de origen físico:
 - Procesos neurológicos
 - Procesos traumatológicos
 - Procesos musculares
 - Procesos Degenerativos
 - Procesos reumatológicos
 - Procesos congénitos
- ◊ Análisis de la intervención:

La persona:

Puede afectar a todos los grupos de edad. Lo que más se da en:

- Mayores (edad avanzada): procesos reumatológicos, traumatológicos y accidentes cerebro vasculares agudo (ACVA).
- Adultos: lesión medulas (LM), daño cerebral adquirido (DCA) y procesos musculares.
- Infantil: procesos musculares (neurológicos)
- Aumenta la población anciana con discapacidad de origen físico
- Aumenta el grado de discapacidad

La ocupación:

- Cualquier área de desempeño ocupacional se puede ver afectada
- Mayor relevancia en:
 - La población adulta área de productividad o laboral
 - La población anciana área de ocio y tiempo libre.

El entorno:

- Gran peso de la familia, por la cultura española

- Afecta el nivel de independencia funcional
- Necesidad mayor intervención en el entorno domiciliario (es muy necesario que el T.O. se involucre en el entorno domiciliario del paciente)

◊ Intervención:

- **Meta:** adquirir o recuperar destrezas y habilidades que necesita para llevar a cabo de forma eficaz y aumentar su participación social.
- Tratamiento individualizado: sobre todo la lesión “neurológica”
- No descartar tratamiento grupal
- Instrumentos de valoración: Índice de Barthell, escala de Lawton, FIM, evaluación goniométrica, COTNAB (para alteraciones perceptivas personas con daño cerebral), LOTCA (daño cerebral), AMPS, COMP, SIPT

◊ Modelos teóricos de intervención:

- Modelo de desempeño ocupacional de Trombly
- Modelo biomecánico
- Modelo neuro-desarrollo (neurológico-evolutivo...)
- Modelo de integración sensorial.

TEMA 9: LA INTERVENCIÓN EN PERSONAS CON DISCAPACIDADES DE ORIGEN PSÍQUICO Y/O SOCIAL

◊ Discapacidades:

Psíquico/Mental:

- Procesos agudos
- Procesos crónicos
- Procesos degenerativos
- Procesos congénitos

Social:

- Procesos marginación / discriminación
- Procesos de adicción o dependencia
- Procesos de privación de libertad

◊ Análisis de la intervención:

Persona:

Todos los grupos de edad pueden tener discapacidades de origen psíquico, el que menos los niños:

Discapacidades de origen mental:

Mayores = Procesos degenerativos

Adultos = Procesos agudos y crónicos

Infantil = Procesos congénitos (síndrome de Down, autismo, etc...)

Discapacidades de origen social:

Adultos en la mayoría de los procesos, en la actualidad, la edad infantil también

esta cobrando importancia

Ocupación:

- Desempeño ocupacional ineficaz y limitado, dificultad para la participación social
- Son personas con ausencia de roles ocupacionales
- Por el deterioro mental y cognitivo (psíquica)
- Por la desvinculación con la sociedad (social)

Con respecto a las áreas de desempeño ocupacional:

Autocuidado: no es pérdida de la capacidad, si no del interés y motivación de este tipo de actividades. Esto también es falta de autoconciencia (no tiene conciencia para ver que huele mal)

Productividad: pérdida de capacidad funcional para realizar actividades

Ocio y tiempo libre: pérdida de iniciativa y escasez de actividad, no son capaces en la mayor de los casos de estructurar el tiempo.

Entorno:

- Caracterizado por el contexto socio-cultural (raza,...)
- Entornos desestructurados (entorno que no permite al a persona participar socialmente y no poder llevar a cabo la ocupación de forma satisfactoria):
 - Causante de la enfermedad (más o menos, no es la causa principal)
 - Facilitador de la discapacidad
 - ♦ Gran escasez de dispositivos comunitarios

◊ Intervención:

Meta: proporcionar oportunidades que permitan un aumento de participación

Importancia crucial del tratamiento grupal:

Garantizar entornos facilitadores

Desarrollar destrezas de interacción social y de autoconciencia

No olvidar aspectos individuales (intervención centrada en el paciente)

Instrumentos de evaluación: MMSE Folstein, mini-examen cognoscitivo de Lobo, CPEM de Pfeiffer (personas de edad avanzada con deterioro cognitivo)

Herramientas propias de Moho, AMPS, COPM, SIPT...

◊ Modelos teóricos de intervención:

* Basados en nuestra evaluación y en las características del paciente

- Moho (G. Kielhofner)
- Modelo canadiense de desempeño ocupacional (CAOT)
- Modelo cognitivo de Allen.

TEMA 10: OTRAS LINEAS DE INTERVENCIÓN

◊ Educación:

- El papel del T.O. no existe en casi la totalidad del país
- Hacemos un hueco en el sector educativo (normalizada y especial)
- Otros profesionales nos demandan

◊ Intervención Domiciliaria:

- Las cosas cambian cuando salimos de nuestra casa (para el paciente y para el T.O.)
- Para prevenir (situaciones discapacidad, alteraciones en el desempeño ocupacional)
- Para adatar (el entorno)
- Para facilitar (la independencia del paciente)
- Para educar (paciente y cuidador de cómo mantener la autonomía conseguida en la intervención hospitalaria)

◊ Atención primaria:

- ◆ Prevención
- ◆ El profesional idóneo
- ◆ Beneficios para la administración sanitaria

◊ Programas de Terapia Ocupacional:

- Es una idea
- Es un proyecto de futuro
- Tiene que ofrecer resultados
- Marketing
- Ahorro económico para la administración pública
- Beneficio sanitario y social.

Rol del TO en educación

- Facilitar competencias que permitan al niño desarrollar una experiencia educativa completa.
- Detectar obstáculos que impidan el desarrollo normal de las actividades educativas (persona, entorno).
- Identificar capacidades, destrezas y habilidades que permitan al niño funcionar de manera autónoma.
- Planificar y ejecutar programas dirigidos a alcanzar la máxima autonomía de actividades cotidianas.
- Asesorar en adaptaciones curriculares en aspectos relacionados con el desempeño ocupacional (entorno).
- Analizar, diseñar y adaptar actividades que se ajusten a las necesidades del alumno con el fin de desarrollar habilidades y destrezas.

Rol en intervención domiciliaria:

- Evaluar el nivel de independencia y autonomía del individuo en su domicilio y entorno comunitario.
- Detectar obstáculos que impidan el desempeño de actividades cotidianas que pongan en riesgo la salud del individuo.
- Identificar necesidades e el entorno domiciliario que precise de modificación para facilitar la independencia y autonomía en su domicilio.
- Proporcionan herramientas que permitan a la persona alcanzar un grado de independencia, que le permita permanecer en su entorno el máximo tiempo posible.

- Proporcionar las adaptaciones necesarias para mantener el grado de independencia en el entorno.
- Procurar la máxima participación de la familia en la contribución de su independencia y autonomía de la persona.

Rol en atención primaria:

- Prevención de situaciones a riesgo o deterioro que afecten la independencia y autonomía del paciente.
- Detección de circunstancias que impidan un normal desarrollo de actividades cotidianas y ocupaciones en la vida de la persona.
- Mantenimiento y recuperación de habilidades y destrezas que permitan un funcionamiento satisfactorio en el desempeño de actividades y ocupaciones.

Rol del TO en los programas de TO

- Detectar y valorar necesidades entre la población que sean susceptibles de intervención desde TO.
- Promover el desarrollo de programas de intervención que se ajustan a las demandas existentes en la población sana y enferma.
- Diseñar programas de intervención que proporcionen beneficios sanitarios y sociales y que repercutan en el gesto económico de las administraciones públicas o privadas.
- Ejecutar los programas diseñados en base a los objetivos y metas perseguidas.
- Evaluación de los programas para determinar su efectividad y las repercusiones sanitarias, sociales y económicas de los mismos.

PROYECTOS SOCIALES

“Otra forma de hacer TO”

- Idea de futuro.
- Situaciones de marginación, discriminación, pobreza, desfavorecidos sociales.
- Situaciones de conflicto bélicos.
- ONG's

Rol de TO en proyectos sociales:

- Convivir con la población desfavorecida.
- Detectar y valorar necesidades entre la población que sean susceptibles de intervención desde TO.
- Diseñar programas de intervención que favorezcan la participación social y mejoren la calidad de vida.
- Ejecutar los programas diseñados en base a los objetivos y metas perseguidas.
- Evaluación de los programas para determinar su beneficio y las repercusiones sociales, sanitarias y en la calidad de vida de los beneficiarios.

14

59

¿Se puede trabajar directamente con la actividad

Análisis de la actividad

Si

No

¿Es o no capaz de realizar la actividad?

Evaluación inicial

Recoger información

Valoración

REGISTRAR

CONSTATAR

APUNTAR

COMUNICAR

ANOTAR

INFORMAR

ESCRIBIR

Paciente derivado a T.O.

Modelo y marco

Análisis de datos

Susceptible a T.O.

No susceptible a T.O.

Planificación tratamiento.

Metas / objetivos

Actividades.

Programa/ acción

Implementación tratamiento

Reevaluar

Satisfactoria

Alta

Seguimiento

Insatisfactoria

Replanificar el tratamiento

Otras necesidades

Alta

Seguimiento

Actividades con significado

Considerar patologí-a:

Individual

Grupal

Selección de actividad terapéutica adecuada

Falta de actividad con significado

PACIENTE

Pilares de la intervención en TO independientemente de las circunstancias

No: otros métodos (Pedretti)

Si: análisis de tareas