

# Guía de Terapia Ocupacional en Atención Primaria



## Promoción de la Salud y prevención de la Dependencia

**"GUÍA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA:  
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA"**

- 1. PRESENTACIÓN**
- 2. TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD**
- 3. FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL**
- 4. OBJETIVOS**
- 5. POBLACIÓN DIANA. CASOS CLÍNICOS**
- 6. PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**
- 7. SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y MATERIALES**
- 8. ANEXOS:**
  - 8.1. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A TERAPIA OCUPACIONAL. FLUJOGRAMA
  - 8.2. PROPUESTA PARA EL SOFTWARE DE INFORMÁTICA EN RED.
  - 8.3. PROTOCOLO DE VALORACIÓN
- 9. EQUIPO DE TRABAJO**

## 1. PRESENTACIÓN

La Guía ***Terapia Ocupacional en Atención Primaria*** elaborada por el Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla la Mancha (COFTO-CLM) contiene los fundamentos y las aplicaciones prácticas de la Terapia Ocupacional en el ámbito de Atención Primaria de Salud. La Terapia Ocupacional es la disciplina sociosanitaria dedicada a abordar los problemas de salud que afecten al desempeño ocupacional de las personas, esto es, las situaciones de dependencia que provocan alteración en la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Esta guía se ha elaborado en respuesta a las necesidades planteadas por la Estrategia de Salud y Bienestar Social promovida por la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, en el que se propone desarrollar una red integrada de cuidados y servicios de salud incidiendo en la promoción, prevención y reducción de riesgos.

La Terapia Ocupacional puede contribuir a prevenir la dependencia y a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, a través del uso terapéutico de las actividades de la vida diaria. La independencia, la autorrealización y la participación en la sociedad vienen de la mano del desempeño de las actividades que son significativas para la persona y que forman parte de sus roles. Los programas de Terapia Ocupacional se dirigen a mejorar las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo actividades como el autocuidado, actividades instrumentales, actividades laborales o actividades de ocio.

La atención primaria, puerta de entrada a la red de recursos de salud, se convierte en un lugar idóneo para el desarrollo de programas de Terapia Ocupacional que tengan como objetivo la promoción de la autonomía personal y la prevención de riesgos que puedan alterar la vida diaria de las personas,

ayudando a mantenerlas en su entorno habitual y con la mejor calidad de vida el mayor tiempo posible.

La presente guía pretende ser una herramienta de apoyo tanto para profesionales de la Terapia Ocupacional y afines como para responsables de centros de salud y asistenciales, que planifiquen y ponen en marcha acciones de Terapia Ocupacional.

La Guía está compuesta por un total de siete secciones que recogen las funciones, programas y objetivos de Terapia Ocupacional, protocolos recomendados para el desarrollo de los mismos, la población diana y los recursos necesarios para poner en marcha un departamento de Terapia Ocupacional.

## **2. TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su esfuerzo por ampliar la comprensión de los efectos de la enfermedad y la discapacidad sobre la salud, reconoce que la salud se puede ver afectada por la incapacidad de llevar a cabo actividades y participar en la comunidad. Desde este enfoque, la salud puede entenderse en términos de capacidad funcional, esto es, considerando las actividades que la persona es capaz de llevar a cabo para responder a las demandas de su entorno.

La salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que desean y que son necesarias para el mantenimiento de su hogar, colegio, lugar de trabajo o en situaciones de la vida comunitaria. La Terapia Ocupacional complementa la perspectiva de la OMS al ser la disciplina sociosanitaria que se encarga de la recuperación/mantenimiento del desempeño de las actividades de la vida diaria en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, juventud, adultos y mayores.

Los terapeutas ocupacionales dirigen sus actuaciones en primer lugar a mejorar las capacidades físicas, funcionales, cognitivas, procesuales y de comunicación que afecten o que potencialmente puedan afectar, el desarrollo de la vida cotidiana de las personas y su participación en la comunidad. La modificación del entorno, ocupa la segunda parte de la intervención con el objetivo de equiparar las demandas del contexto a las capacidades de la persona y hacer más factible la realización de actividades y por ende, el desarrollo de roles que le permitan la integración social.

El nuevo plan de Salud y Bienestar Social, promovido por la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha, en sus ejes estratégicos, destaca la autonomía, la inclusión social y el cuidado de las personas en situación de dependencia partiendo de una red integrada de recursos. Bajo este prisma la Terapia Ocupacional puede participar en los distintos niveles de atención

integrada para contribuir al mantenimiento y mejora de la autonomía, la salud y la participación comunitaria.

En consonancia con una red integrada de recursos que promueve la autonomía personal y la prevención de la dependencia, surge la necesidad de elaborar un proyecto de mejora que incluya la prevención y el seguimiento del grado de autonomía personal y participación social desde los niveles que actúan como puerta de entrada al sistema de salud y bienestar social.

Por todo ello, la Red de Centros de Atención Primaria, se convierten en el espacio idóneo para que el terapeuta ocupacional pueda valorar y tratar a todas aquellas personas que residan en la comunidad y presenten déficits en la realización de actividades de la vida diaria que puedan conducir al incremento de la situación de dependencia y a la pérdida de satisfacción y calidad de vida. Los programas de Terapia Ocupacional pueden frenar la progresión de la situación de dependencia y abordar los factores de riesgo que propician la pérdida de la autonomía.

Andalucía y Aragón han sido las Comunidades Autónomas pioneras en potenciar la rehabilitación de las actividades de la vida diaria desde la atención primaria de salud.

Teniendo en cuenta las prioridades de la atención a la Salud, la experiencia de otras Comunidades y lo más importante, las características de nuestra Comunidad, presentamos en esta Guía el trabajo del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria, el cual complementa al de otros profesionales y en conjunto se conseguiría una mejor calidad asistencial de las personas que tratamos.

### **3. FIGURA DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Los terapeutas ocupacionales son profesionales sociosanitarios que actúan en la prevención, asesoramiento, evaluación, tratamiento, reeducación y reinserción de personas con alteraciones físicas, psíquicas, sensoriales y sociales, en el contexto de un equipo profesional interdisciplinar. Su objetivo fundamental es paliar el déficit ocasionado por la disminución de la salud, por lo que es necesario realizar una asistencia integral de la persona en su entorno. El profesional de TO, mediante la utilización de técnicas interviene en:

1. La autonomía y funcionalidad en las áreas del desempeño ocupacional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio y participación social).
2. El desarrollo de las capacidades residuales.
3. La compensación de las funciones perdidas.
4. La fabricación y el entrenamiento en el uso de dispositivos de apoyo (ayudas técnicas), prótesis y órtesis.
5. La integración de la persona en la sociedad.
6. La adaptación del entorno domiciliario, escolar y laboral.
7. La formación a cuidadores principales en el manejo de su familiar enfermo.

La Asamblea Representativa de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), 1981 expone que "La Terapia Ocupacional se caracteriza por el uso de la actividad propositiva, con individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta. Los servicios específicos de Terapia Ocupacional incluyen: enseñanza de las destrezas de la vida diaria; desarrollo

de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado; desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre; diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos o protésicos seleccionados o equipamiento; utilización de actividades y ejercicios especialmente diseñados para posibilitar el desempeño funcional; administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad, análisis y evaluación de las AVD, tanto Básicas como Instrumentales y Avanzadas, diseño, adaptación y entrenamiento en las Dispositivos de Apoyo, así como la adaptación del entorno para el discapacitado, así como la intervención y a apoyo a familiares y cuidadores que lo requieran. Estos servicios se proveen individualmente, en grupos, o a través de sistemas sociales."

La Terapia Ocupacional, como disciplina integrada en los Equipos de Rehabilitación, tiene unos objetivos genéricos que van dirigidos a:

- Promover estrategias para la conservación y mantenimiento de las rutinas cotidianas del ser humano.
- Prevenir o disminuir los factores personales, ocupacionales o del entorno que conduzcan a la discapacidad.
- Rehabilitar o compensar las capacidades disminuidas o ausentes en todas aquellas personas en las que su nivel de funcionamiento y participación está alterado o limitado por una lesión, por una enfermedad física o mental, por una condición de disfuncionalidad, por una alteración en el desarrollo o aprendizaje o por unas condiciones ambientales adversas.

Por tanto, ofrece la oportunidad de trabajar con el paciente de una forma global e integrada, es decir, actuando en los déficits que ocasiona la enfermedad y la repercusión de ésta en su vida cotidiana, siendo el principal objetivo permitir al individuo volver a llevar una vida lo más normalizada



posible, bien de forma autónoma o mediante el uso de dispositivos de apoyo, soportes o adaptaciones.

La nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS (2001) incluye, tanto, los componentes de la salud, como sus contextos ambientales. La CIF se estructura a modo de sistemas que sirven para establecer cómo repercute el estado de salud de las personas, tanto en lo personal como en lo social, sobre su participación en todas las áreas de la vida diaria. Desde esta perspectiva se establece una relación directa con la esencia de la TO, la cual puede ser resumida en:

La relación entre la salud y el bienestar con la participación de las personas en su autocuidado y actividades domésticas; con la interacción y las relaciones interpersonales; con las principales áreas de la ocupación humana (incluyendo educación, trabajo y tiempo libre) y con las actividades comunitarias, sociales y cívicas.

Todo ello unido a los factores ambientales que actúan como barreras que obstaculizan o facilitan la participación en las ocupaciones.(Normas mínimas revisadas para la formación de Terapeutas Ocupacionales 2002. WFOT, pag 5)

La Terapia Ocupacional interviene en los tres niveles de prevención y se presenta como una opción de tratamiento en las discapacidades de origen físico, psicológico y en situaciones de riesgo social. De forma paralela su labor complementa a la de los demás profesionales del Equipo Interdisciplinar, basándose en:

- ✓ La asistencia para conseguir el máximo bienestar y calidad de vida.
- ✓ La promoción de la participación en las actividades y en el entorno.
- ✓ La prevención de la discapacidad y de las enfermedades.
- ✓ El tratamiento para evitar secuelas o el agravamiento de una enfermedad crónica.
- ✓ La promoción y recuperación de las funciones biopsicosociales.
- ✓ La asistencia al individuo y a su familia desde la comunidad.

- ✓ La restauración de roles ocupacionales.
- ✓ La disminución de los periodos de convalecencia.
- ✓ La promoción del reajuste social y de la integración de las personas.
- ✓ La formación a cuidadores principales en el manejo de su familiar enfermo.

La Terapia Ocupacional, como conjunto homogéneo de conocimientos se asienta en el análisis de la Ocupación y las Actividades. Este análisis exclusivo realizado por los profesionales de Terapia Ocupacional pretende identificar aquellas habilidades y destrezas necesarias para la realización con éxito de las actividades cotidianas, contextualizadas a las necesidades específicas de cada persona con efectos preventivos o terapéuticos. El análisis de la ocupación y de las actividades también permite describir y determinar aquellos factores físicos, psíquicos, sociales y culturales que influyen en la participación y el compromiso individual en la realización de las actividades y así conseguir la adaptación funcional en las diferentes etapas de la vida y en las diversas categorías de la actividad humana.

Las intervenciones son preventivas, terapéuticas y/o rehabilitadoras implementadas en el ámbito de la discapacidad sensorial, física, mental y social, a través de la utilización de las ocupaciones o las actividades seleccionadas y adaptadas. Éstas se fundamentan en la adaptación funcional en las diferentes etapas vitales y en las diversas categorías de la actividad humana así como en la utilización adecuada de las técnicas correspondientes a un referente modelo teórico específico de TO, como por ejemplo: Modelo del Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), Modelo de la Discapacidad cognitiva de Allen, etc.

La intervención del Terapeuta Ocupacional va destinada a conseguir que la interacción persona-entorno sea óptima. Los profesionales de la Terapia Ocupacional intentan restaurar o, si no fuera posible, mantener la capacidad funcional de cada usuario, estableciendo aquellas intervenciones y estrategias compensadoras necesarias para mejorar la interacción con el medio.

Bajo este concepto las intervenciones se plantean sobre el entorno, entendido como el conjunto de factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, emocionales, que influyen en que las personas decidan participar en las ocupaciones inherentes a sus roles. La intervención del terapeuta sobre la interacción persona-entorno tiene doble objetivo:

- Mejorar la accesibilidad y la adaptación funcional.
- Eliminar las barreras (arquitectónicas, de transporte, de accesibilidad cognitiva, etc.)

Supone actuar sobre la accesibilidad orientada a una mejora colectiva de la calidad de vida. Sin embargo la adaptación funcional, que en la nueva terminología establecida en la Ley de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad (BOE de 3 de Diciembre/ley 51/2003) se refiere como “ajuste razonable”, es un proceso modulado por el terapeuta ocupacional y orientado a disminuir la fricción entre la persona con discapacidad y su medio ambiente para lograr una integración personalizada. Para que la adaptación funcional sea óptima, conviene valorar además de los condicionantes físicos, derivados de la lesión del paciente y de las barreras del medio, factores emocionales e, incluso, socioculturales.

Esta triple aproximación conceptual de la TO al usuario permite que uno de los ámbitos de actuación más importantes del terapeuta ocupacional sea el ámbito sanitario (hospitales, hospitales de día, ambulatorios de especialidades, centros de salud, etc.).

El Terapeuta Ocupacional desempeña unas funciones generales, basadas en el Libro Blanco de la Diplomatura en Terapia Ocupacional:

- EVALUACIÓN-VALORACION
- IDENTIFICACION DE LAS AREAS DE DISFUNCION

- TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN
- CONSEJO, ASESORIA Y CONSULTA
- PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
- INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
- ENSEÑANZA Y SUPERVISIÓN
- DIRECCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

Para concluir este apartado, resaltar que el Terapeuta Ocupacional es un profesional clave para conseguir uno de los objetivos fundamentales planteados en la Estrategia de Salud y Bienestar Social 2011-2020: "Promover la autonomía y desarrollo personal, ayudar a las personas a cuidar de sí mismas y a tomar decisiones, así como desempeñar un papel útil en la sociedad", a través de una concepción global, multidimensional y ecológica de la persona, cobrando verdadero sentido en el proceso de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación llevado a cabo en los Equipos de Atención Primaria, como apoyo dentro de la red existente que pretende garantizar la obtención de niveles máximos de salud, calidad de vida y de bienestar a los pacientes que lo necesiten.

#### **4. OBJETIVOS**

A continuación se establecen los objetivos generales de la inclusión del terapeuta ocupacional en Atención Primaria (A.P.) en el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM), de acuerdo con el marco, enfoque y metodología elaborado para la formulación del Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020 de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha teniéndose en cuenta los ejes estratégicos que se desarrollan en el mismo (Ver fig. 1).

- Fomentar la atención integral, centrada en la persona, que se encuentre en riesgo o situación de dependencia, mejorando su autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida.
- Valorar el desempeño ocupacional del día a día de la persona dependiente en su etapa vital, interviniendo a través de la prevención, rehabilitación o compensación, sobre aquellas áreas ocupacionales que se encuentren alteradas.
- Favorecer la permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual, a través de la valoración y adaptación del domicilio, evitando ingresos prematuros.
- Promover la participación social en el cuidado de la salud mediante la educación para la salud de las personas dependientes y de sus cuidadores.
- Asesorar y entrenar en el uso de productos de apoyo y asistencia tecnológica para las personas dependientes y sus cuidadores, aplicadas al mantenimiento de la autonomía, salud y bienestar social.

<b>EJES ESTRATÉGICOS</b>
Autonomía, inclusión social y salud en todas las etapas de la vida
Cuidar a las personas en situación de dependencia
Red integrada de cuidados y servicios centrada en las personas, en la continuidad de cuidados y en la innovación.
Participación social deliberativa
Investigación, ciencia y tecnologías aplicadas al mantenimiento de la autonomía, la salud y bienestar.

Fig. 1: Ejes estratégicos del Plan de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha 2011-2020

## **5. POBLACIÓN DIANA. CASOS CLÍNICOS**

### **5.1. POBLACIÓN DIANA**

El Terapeuta Ocupacional, atenderá a aquellas personas cuya situación funcional actual presente un cambio en el desempeño ocupacional de las diferentes áreas (actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio y participación social), como consecuencia de la alteración en las habilidades que le permiten participar en las ocupaciones y actividades.

Además se intervendrá con aquellos cuidadores principales que necesiten una formación y apoyo para dar continuidad al tratamiento del Servicio de Terapia Ocupacional.

En el cuadro nº 1 se especifican algunas de las disfunciones que puede trabajar el Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud, divididas en etapas vitales.

En el cuadro nº2 se describen tanto los criterios de inclusión que deben darse para que una persona se beneficie de Terapia Ocupacional, así como los criterios de finalización que deben darse para que se de por finalizado el tratamiento en Terapia Ocupacional en Atención Primaria.

Cuadro nº 1 DISFUNCIONES QUE PUEDE TRABAJAR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

LACTANTES, NIÑOS Y ADOLESCENTES.	ADULTOS Y ANCIANOS.
<p>1) <b>Disfunción Neurológica:</b> Parálisis cerebral, discapacidades del aprendizaje y trastornos por déficit de atención con hiperactividad, trastornos generalizados del desarrollo incluido el autismo, discapacidades del desarrollo (síndrome de Down y síndrome del cromosoma X frágil), exposición al Alcohol y las drogas (síndrome alcohólico fetal, exposición a la cocaína), defectos del tubo neural y espina bífida, trastornos adquiridos en pediatría (Lesión de la médula espinal, lesión cerebral).</p> <p>2) <b>Disfunción Cardiopulmonares:</b> Trastornos cardiacos (Cardiopatías congénitas, cardiopatías adquiridas), Trastornos pulmonares (Fibrosis quística, Asma, Displasia broncopulmonar). Niños con VIH/SIDA.</p> <p>3) <b>Disfunción Psicosocial:</b> Trastornos psiquiátricos (déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastorno de la conducta, del estado de ánimo, trastorno depresivo, síntomas maniacos, autismos y síndrome de Asperger).</p>	<p>1) <b>Disfunción Neurológica:</b> Accidente cerebrovascular, lesión cerebral traumática, enfermedad de párkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal y síndrome de Guillain-Barré.</p> <p>2) <b>Disfunción Ortopédica:</b> deficiencias ortopédicas y limitaciones de las habilidades motoras.</p> <p>3) <b>Trastornos Musculoesqueléticos de las Extremidades Superiores (EES):</b> amputación EES, artritis y lesiones de la mano.</p> <p>4) <b>Disfunción Cardiopulmonar:</b> Infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, EPOC y tuberculosis.</p> <p>5) <b>Enfermedades Inmunológicas:</b> Sida y cáncer.</p> <p>6) <b>Enfermedades Mentales:</b> Demencia tipo alzhéimer y otras demencias, trastorno del estado de ánimo (depresivo, depresivos mayor, distimia, bipolar I y II, trastornos ciclotímicos), abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), trastorno límite de la personalidad (borderline) y esquizofrenia.</p> <p>7) <b>Trastornos en la piel:</b> Quemaduras.</p>

Cuadro nº 2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y FINALIZACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE FINALIZACIÓN DEL SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Personas que residan dentro de la zona de actuación.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Aquellas personas que presenten déficits funcionales susceptibles de recuperación total o parcial.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Personas que tengan déficits establecidos, idóneos para incrementar su capacidad mediante el tratamiento.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Aquellas personas que dependan de un cuidador principal, que deba ser conocedor del las habilidades adquiridas en el departamento por la persona que atienden y por lo tanto sean informados y educados en ellas.</li> </ul> <p>En el <u>tratamiento domiciliario</u>, además, se tendrán en cuenta en las características siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> <b>Limitaciones en la movilidad funcional que</b> les sea imposible desplazarse al centro de atención primaria debido a las barreras arquitectónicas insalvables.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Suponga un riesgo, a nivel de seguridad dada la comorbilidad.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Posean una gran limitación funcional que requieran tratamiento postural, movilizaciones, ayudas técnicas o adaptaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida; y por lo tanto sea necesario ofrecer asesoramiento, orientación, educación y entrenamiento en el domicilio a los cuidadores principales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Consecución de objetivos.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Cambio en el estado de salud que permite el traslado de la persona al departamento de terapia ocupacional.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Ingreso en el hospital.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Empeoramiento del estado de salud que impide o contraindica la atención terapéutica.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Cambio de domicilio que quede situado fuera de la zona de cobertura del servicio.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Se ha completado la instrucción al cuidador sobre el manejo de la persona atendida.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Superación del número de sesiones estipuladas.</li> </ul>



## 5.2. CASOS CLÍNICOS

CASO CLÍNICO 1: ESCLEROSIS MÚLTIPLE
<p>J. es una mujer de 39 años diagnosticada en el año 1991 de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente.</p>
<p><b>Habilidades del desempeño:</b></p> <p>Deambula en silla de ruedas debido a la fatiga y a la espasticidad en miembros inferiores, en trayectos cortos camina con andador. Deterioro cognitivo leve. Lentitud en el procesamiento de información. Escasa involucración en actividades.</p>
<p><b>Áreas ocupacionales :</b></p> <p>Independiente en la mayoría de AVD básicas, excepto vestido de miembros inferiores, ducha, deambulación y subir/bajar escaleras. Dificultad para conciliar el sueño No realiza AVD instrumentales, únicamente toma la medicación si es preparada. Inactividad laboral. Percibe una pensión no contributiva de tipo invalidez. Negación a participar en actividades de ocio. Reticencia a relacionarse con personas de su localidad debido al temor de sufrir rechazo social.</p>
<p><b>Entorno:</b></p> <p>Vive con sus padres en un pueblo pequeño, en una casa de planta baja. Tiene el baño adaptado y el resto de la casa es accesible. No realiza actividades en el entorno cercano, a pesar de estar éste adaptado. Sobreprotección familiar, que favorece la inexistencia de ocupaciones. Escasa red social. Únicamente se relaciona con el entorno familiar. Temor al acceso a cualquier medio/lugar de su localidad.</p>
<p><b>OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL</b></p> <p>Promocionar la salud y mejorar la calidad de vida para conseguir la máxima independencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la adquisición y realización de hábitos básicos de autocuidado.</li> <li>- Adquirir habilidades para el manejo del hogar y la comunidad.</li> <li>- Organizar la distribución del tiempo evitando así la fatiga.</li> <li>- Potenciar y mantener las capacidades cognitivas.</li> <li>- Desarrollar habilidades sociales que faciliten su integración en la comunidad.</li> <li>- Búsqueda de ocupaciones e intereses.</li> <li>- Apoyar, informar y orientar a la familia.</li> </ul>
<p><b>PLAN DE TRATAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de Entrenamiento en AVD básicas e instrumentales.</li> <li>- Programa de Entrenamiento cognitivo.</li> <li>- Técnicas de ahorro de energía y distribución del tiempo.</li> <li>- Programa de entrenamiento en habilidades sociales.</li> <li>- Programa de ocio.</li> <li>- Programa de formación y apoyo a familiares.</li> </ul>

## CASO CLÍNICO 2: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Varón de 59 años, con hemiparesia derecha a consecuencia de un Accidente Cerebrovascular hemorrágico subaracnoideo bilateral y parte anterior del lóbulo temporal izquierdo, que sufrió hace tres meses. Miembro superior derecho dominante.

### **Habilidades del desempeño:**

- Desplazamiento de la línea media hacia la izquierda.
- Acortamiento del tronco en el lado derecho y ausencia de carga sobre este lado con resistencia.
- Falta de enderezamiento axial y alineación en tronco.
- Inestabilidad en pierna derecha por debilidad de la musculatura y flexo de cadera y rodilla.
- Aumento de la base de sustentación con rotación del tronco. Ausencia de disociación de cinturas y balanceo.
- Disminución de las reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo, siendo incapaz de realizar el apoyo con el miembro superior derecho.
- En miembro superior derecho: Hombro doloroso a partir de los 110° y 80° de abducción, con limitaciones del rango articular hasta esos puntos. Disminución de la rotación externa. Escápula “alada” en rotación externa y codo en flexión ambas con debilidad de la musculatura.
- Acortamiento y espasticidad moderada en los flexores de muñeca. Mano en flexión cerrada en puño, con amputación del segundo dedo. Rigidez de los dedos en flexión de las interfalángicas tanto proximales como distales. Ligero edema.
- Sensibilidad afectada.
- Alteraciones práxicas en el uso de objetos cotidianos.
- Afasia mixta severa con dificultades de comprensión, producción, afectación de la lectura/escritura y copia.
- Ausencia de expresión facial ante los distintos estados de ánimo.

### **Áreas ocupacionales:**

- Alteraciones importantes en la movilidad funcional: transferencias con supervisión verbal y con señas para realizar volteos, paso de sedestación a decúbito, pero presenta dependencia para el resto de ellas.
- Dependiente en el resto de las ABVD: Vestido y desvestido, aseo, afeitado, baño, uso del retrete, comida (alteraciones en la deglución), alimentación.
- Dependiente en todas las AIVD, que realizaba normalmente antes del accidente: uso del teléfono, ordenador, sistemas de emergencia, movilidad en la comunidad y manejo de temas financieros.
- Limitaciones totales en su puesto de trabajo. Abandona su labor como autónomo que desarrollaba en su granja de animales.
- Desde el accidente, no realiza ninguna actividad de ocio y tiempo libre que le motive.

**Entorno:**

**Entorno físico:**

- Vive en una casa muy grande de dos plantas, con 16 escalones para acceder a la segunda planta que es donde se encuentra la mayoría de las estancias de la vivienda.
- En el baño dispone de bañera, con grifos de mano de rosca, sin ningún tipo de agarres sanitarios.
- No existen desniveles de suelo para pasar a ninguna estancia, tanto en la planta superior como inferior.
- En la planta baja tiene un gran patio, con muchos animales tanto domésticos como de granja. En el mismo hay un establo y gallineros. A parte de estas zonas todo el suelo está con cemento al mismo nivel.
- Dormitorio muy amplio, con alfombras a ambos lados de la cama.

**Entorno personal.** Todos los patrones de conducta de su vida diaria que son habituales se ven alterados tras el accidente. Su rol de padre de familia, todas sus rutinas y hábitos.

**OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

- Facilitar la independencia en las Actividades básicas de la vida diaria.
- Conseguir el máximo arco de movimiento activo y coordinación de los miembros afectados.
- Proporcionar una estimulación controlada.
- Promover el desarrollo de patrones normales del movimiento.
- Mejorar las habilidades perceptivo –cognitivas.
- Motivar y concienciar a la familia de la habilidad funcional.
- Asesorar y entrenar sobre apoyos externos necesarios en el domicilio, así como la eliminación de barreras.
- Recuperar funciones de los roles perdidos.

**PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de Higiene Postural en sedestación y decúbito.
- Programa de Actividades de la vida diaria:
  - Técnicas de movilidad en cama.
  - Actividades básicas de la vida diaria: aseo, vestido, alimentación, manejo del retrete, transferencias,...
- Programa de Terapia funcional
  - Actividades de control de tronco y equilibrio.
  - Actividades para las pérdidas o alteraciones sensoriales.
  - Actividades soportando el peso del cuerpo en el miembro superior afectado.
  - Actividades bilaterales (automovilizaciones)
  - Ejercicios y actividades activo-asistidos amplios.
  - Actividades en bipedestación.
- Programa de Apoyo familiar

### CASO CLÍNICO 3: ALZHEIMER

M. es un varón de 73 años de edad diagnosticado de Demencia senil tipo Alzheimer en fase 2.

#### **Habilidades del desempeño:**

Habilidades motoras: presenta falta de coordinación manual, pérdida de fuerza en mm. i..

Habilidades de procesamiento: deterioro de la percepción del espacio y el tiempo.

Habilidades de comunicación e interacción: desempeño deficitario en el lenguaje (afasia), dificultad para mantener una conversación fluida, y no reconoce a los familiares (prosopagnosia).

#### **Áreas ocupacionales :**

ABVD: Deambulación independiente. Ducha, vestido e higiene personal, necesita ayuda. Presenta también alteraciones en el sueño.

AIVD: Necesita ayuda para la utilización de transportes públicos, manejo financieros, hábitos saludables (nutrición, ejercicio físico, medicación,...etc), compras, y manejo de dinero.

OCIO: ha dejado de jugar al dominó con sus nietos y ha perdido el interés por los medios de comunicación.

PARTICIPACION SOCIAL: no realiza actividades en la comunidad, se niega a salir con antiguos amigos.

#### **Entorno:**

Cultural: pérdida de valores

Físico: presenta desorientación con respecto a su entorno exterior

Social: apatía a realización de actividades sociales

Espiritual: pérdida de control moral

Temporal: Desorientación con respecto a las etapas de su vida

Virtual: no manejo de comunicaciones

#### **OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

- Fomentar la independencia de las AVDB y la adaptación a la rutina
- Potenciar las capacidades cognitivas
- Favorecer la participación e integración social para ampliar la convivencia en su entorno
- Fomentar la normalización de su situación familiar y social.
- Dotar a la familia de estrategias de manejo acorde a la fase de la enfermedad de su familiar.

#### **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de Entrenamiento en Actividades de la vida diaria (ABVD y ocio)
- Programa de Estimulación cognitiva
- Programa de Adaptación del hogar
- Programa de Formación a cuidadores



### CASO CLÍNICO 4: ARTRITIS REUMATOIDE

Mujer de 61 años diagnosticada de artritis reumatoide generalizada. Ambas manos afectadas, con mayor deterioro en la derecha. Presenta nódulos subcondrales subcutáneos y dedos en cuello de cisne.

**Habilidades del desempeño:**

- Disminución de la movilidad articular y fuerza del MMSS, principalmente en muñecas.
- Rigidez y deformidad en articulaciones MCF e IFP, con limitación del recorrido articular
- Dolor en borde cubital de muñeca

**Áreas ocupacionales:**

**ABVD:** (Barthel 55)

- Autónoma en deambulación y continencia, tanto fecal como urinaria
- Necesita ayuda en alimentación, uso del w.c., vestido, transferencias y subir y bajar escaleras
- Dependiente total para el baño

**AIVD**

- Autónoma en la gestión de trámites burocráticos, uso del teléfono fijo
- Necesita ayuda para la realización de comidas y tareas domésticas
- Dependiente total para tareas aisladas que requieran de fuerza en MMSS, como por ejemplo cambiar la botella de butano de la cocina.

**AAVD**

- Mantiene actividades tales como: reuniones en la calle con sus vecinas, ver televisión y escuchar la radio
- Ha dejado de hacer ganchillo y punto de cruz que eran de gran interés para ella.
- Disminuye la participación en actividades grupales organizadas por el Centro de la mujer.

**Entorno:**

Núcleo familiar formado por ella y su marido. No tienen hijos.  
 Vive en una casa de planta baja, con 1 ó 2 escalones en diferentes zonas.  
 En el baño dispone de bañera, sin agarres en ninguno de los sanitarios.  
 Los grifos, tanto del baño como de la cocina son de mando de rosca.  
 En la cocina, la disposición de los muebles es en “U”, con una altura adecuada. Los cubiertos que tiene son de mangos finos y cuchillos de mango usual.  
 En el dormitorio no dispone de alfombras, ni otros elementos que limiten el acceso.

### **OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Conseguir calidad de vida, así como el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de AVD dentro de su entorno habitual.

- Aumentar recorrido articular y fuerza de hombro y codo
- Mantener y/o mejorar funcionalidad de muñeca y dedos
- Incrementar destrezas manipulativas bilaterales
- Eliminar gestos nocivos y sustituirlos por otros que favorezcan la alineación de las articulaciones de las manos
- Prescribir ayudas técnicas que incrementen autonomía en alimentación, vestido y elaboración de comidas principalmente
- Conseguir higiene postural en las articulaciones más afectadas, muñecas y articulaciones interfalángicas proximales
- Dar a conocer al cuidador principal la repercusión de la artritis reumatoide en el desempeño ocupacional de la persona afectada, así como incluso en su estado de ánimo, humor, etc.

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de entrenamiento en AVD
- Programa de Terapia Funcional:
  - Termoterapia (Baños de parafina)
  - Ejercicios activos que incluyan la flexión de las articulaciones implicadas
  - Manipulaciones óseas
  - Ejercicios de destreza y potenciación funcional de ambas manos
  - Técnicas de economía articular
- Programa de Asesoramiento y entrenamiento de Productos de apoyo:
  - Cubiertos engrosados
  - Pelador de patatas
  - Velcros para la ropa
  - Calzamedias
  - Etc.
- Programa de confección y manejo de órtesis. Férulas:
  - De protección y estabilización de muñeca
  - Para dedos en cuello de cisne que evite la hiperextensión de las articulaciones IFP en la realización de AVD.
- Programa de adaptación del hogar para baño y zonas de paso con escalones.
- Programa de formación a cuidadores

### CASO CLÍNICO 5: ESPINA BÍFIDA (Infantil)

M. es una niña de 8 años de edad, diagnosticada de Espina Bífida Oculta Oculta (forma muy frecuente, tratándose de una anomalía puramente ósea, con ausencia de cierre del arco posterior de la vértebra S1). : Presentando piel intacta y la médula y las meninges en posición normal.

#### Habilidades del desempeño

- Afectación motórica.
- Deformidades ortopédicas de miembros inferiores (talus valgus, flexo de cadera y una hiperlordosis lumbar compensatoria).
- Incontinencia urinaria y vesical.
- No retraso mental.

#### Áreas ocupacionales:

- Nivel intelectual conservado (según psicología evolutiva)
- Área motriz (parálisis motora Nivel S1).
- Área sensitiva. (Por falta de inervación bajo nivel de lesión)
- Área Social (secundaria a la incontinencia).

#### Entorno

Núcleo familiar: padre (maestro), madre (auxiliar de enfermería) y hermana menor, de 3 años de edad. La aceptación e implicación de la familia en el tratamiento general de M. es satisfactorio. Colaboran activamente en una asociación de familiares de discapacitados. La familia reside en una ciudad de unos 60.000 habitantes.

M. asiste de forma habitual, a un colegio público ordinario en el que existe un equipo de apoyo a alumnos/as con necesidades educativas especiales, entre los que se encuentra el fisioterapeuta; para éste y otros traslados debe ir acompañada por uno de sus padres o familiares (abuelos).

M. presenta una pubertad precoz desde hace un año, aproximadamente.

Recibe tres veces a la semana en sesiones de rehabilitación, Fisioterapia (dos) y Terapia Ocupacional (una) en una asociación de afectados presentando avances notables.

#### OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.-

- Promover el mayor nivel de autonomía personal de M. (deambulación, aseo / ducha, vestido, incontinencia, etc.).
- Recuperación motórica, a través de la reeducación y entrenamiento de órtesis y/o Dispositivos de apoyo apropiadas para su caso concreto.
- Mejorar aquellas habilidades sociales (asertividad, empatía,...) que puedan suponer un impacto psicosocial que por su patología (psicomotora y/o sensitiva) pueda sufrir, ahora o en un futuro.
- Explorar iniciativas de ocio terapéutico para M. y su familia.
- Asesorar y apoyar a la familia sobre el uso de dispositivos de apoyo, así como la modificación del entorno más cercano (adaptaciones ambientales).

#### PLAN DE TRATAMIENTO

- Programa de Entrenamiento en Actividades de la vida diaria (Actividades básicas y ocio)
- Programa de Terapia Funcional
- Programa de Habilidades sociales
- Programa de Confección y Manejo de órtesis.
- Programa de Asesoramiento y Entrenamiento en productos de apoyo.
- Programa de Formación a Cuidadores.

## CASO CLÍNICO 6: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

J.M.S., Varón de 45 años diagnosticado de Esquizofrenia paranoide cuando tenía 21 años. Su estado actual es crónico con sintomatología positiva y negativa residual que le impiden mantener una rutina en AVD.

### Habilidades del desempeño:

- Componente sensoriomotor conservado en la mayoría de las capacidades. Se detecta enlentecimiento de movimientos y reflejos, así como un patrón postural con tendencia a la flexión de tronco.
- Componentes cognitivos. No se detecta deterioro cognitivo importante, aunque sí una disminución en el rendimiento de capacidades tales como: memoria, atención, cálculo y resolución de problemas.
- Componentes psicosociales. Mantiene delirios de referencia hacia la madre, así como alucinaciones auditivas muy esporádicas y sin contenido de peligro para sí mismo u otros. Pérdida de intereses que motiven su día a día. Tiene confianza en sí mismo, aunque el hecho de haber pasado por diferentes recursos hace que no tenga expectativas de recuperación. Conoce su enfermedad pero no aplica los conocimientos para conseguir mejor funcionamiento ocupacional. Ejerce el rol de hijo y hermano, pero no tiene roles ocupacionales. Importante grado de apatía y desgana que limitan la organización de su tiempo.

### Áreas ocupacionales:

#### ABVD:

- En alimentación, las comidas principales son variadas y con dieta equilibrada, pero entre comidas tiende a abusar de dulces, embutidos, etc. Sobrepeso
- Higiene personal descuidada. Reconoce que la pereza le impide asearse y ducharse con la frecuencia que él considera adecuada (días alternos)
- Es continente y autónomo para el uso del w.c.
- Deambulación independiente.
- Tiene tendencia al abandono de la medicación. Su implicación en la preparación de la misma es escasa.

#### AIVD

Actualmente es la madre la que se encarga de la mayor parte de actividades instrumentales, como cuidado de la casa, elaboración de comidas, trámites burocráticos, etc. J. participa de forma ocasional de la realización de compras y adquisición de medicamentos, y siempre bajo indicación de la madre.

#### AAVD

- Las actividades que ocupan gran parte de su tiempo son: ver televisión y escuchar la radio
- No participa en actividades grupales de carácter social y/o lúdico.
- A diario acude a una cafetería del pueblo, pero no mantiene conversación con otras personas.
- Desde el CRPSL, donde aún mantiene contacto, si que en alguna ocasión se interesa por viajes y los llega a realizar



**Entorno:**

Vive con su madre de 76 años y tiene otros 2 hermanos que no viven en la misma localidad.

La vivienda es cómoda, con las zonas comunes y de descanso en planta baja. Dispone de un patio considerable, con una pequeña zona para huerta que anteriormente cuidaba su padre.

No se detectan barreras arquitectónicas que limiten la autonomía de J.M.S.

**OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

Conseguir calidad de vida, así como el mayor grado de autonomía posible en el desempeño de AVD dentro de su entorno habitual.

- Dar a conocer las ventajas de una buena dieta y motivar para hacer un cambio en los alimentos que toma entre horas.
- Elaborar una planificación de tareas importantes que incluyan el hábito de ducha / aseo deseado y preparación de la medicación. Posteriormente conseguir la automatización en la rutina diaria de las actividades planificadas.
- Añadir a su rutina roles ocupacionales, que aumenten su participación en tareas domésticas, huerta, etc.
- Conseguir la responsabilidad en la toma y adquisición de recetas de su medicación.
- Motivar para retomar actividades de ocio desde el CRPSL
- Incluir paseos o alguna actividad física guiada adecuada a sus características que potencie el componente motor.
- Estimular funciones cognitivas más afectadas
- Reforzar las habilidades sociales utilizadas en las tareas anteriormente expuestas.

**PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de entrenamiento en AVD. Planning de actividades que incluya:
  - Baño/Aseo
  - Hábitos alimenticios saludables
  - Preparación y toma de medicación y adquisición de recetas
  - Cuidado y limpieza de su dormitorio
  - Tareas domésticas comunes: poner/quitar la mesa, etc.
  - Cuidado de huerta
- Programa de Terapia Funcional:
  - Ejercicios activos de miembro superior e inferior (Cicloestática, tablas de potenciación de musculatura de miembros superiores
  - Paseos progresivos diarios
- Programa de Terapia Cognitiva
- Programa de Formación de Cuidadores
- Programa de Habilidades sociales

## CASO CLÍNICO 7: LESIÓN MEDULAR

F. es un varón de 42 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Lesión Medular C6 derecho, C7 izquierdo Asia B, desde el 26/06/2009.

### Habilidades del desempeño:

- Movilidad de miembro superior reducida, falta de fuerza.
- No pinza con mano derecha y con izquierda lo hace con tenodesis, además de necesitar vendaje en ocho para conseguir flexión de interfalángicas
- Equilibrio grado 4.
- No se pulsa de forma autónoma

### Áreas ocupacionales indemnes o afectadas.....

- Dependiente en baño, sondajes, colocación de ropa interior, empapadores, transferencia a coche...,
- Necesita ayuda de otra persona y/o producto de apoyo para transferencia a cama, subir piernas, poner pantalón, calzado, calcetines, movilidad en cama, movilidad en silla por exteriores o terreno irregular...
- Necesita adaptación o dispositivos de apoyo para escribir, uso del ordenador, alimentación, afeitarse, lavarse los dientes,....
- Ayuda mínima para poner camiseta

### Entorno:

F. vivía solo, tras sufrir el accidente que le ocasiona la lesión medular, decide que cuando acabe el periodo de rehabilitación se irá a vivir a casa de sus padres. La vivienda de estos es de dos plantas rodeada de un jardín. F. vivirá en la planta alta.

La habitación en la que se instalará su dormitorio es amplia y tiene baño dentro, también espacioso, pero con bañera.

En cuanto a su entorno social, cuenta con un buen apoyo de familiares, padres, hermanos y cuñados, y amigos, no tiene pareja.

En lo laboral, no tiene pensamiento volver a trabajar, al menos por el momento.

### OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

- Conseguir la máxima independencia en las ABVD: Vestido (pantalón, zapatillas, calcetín, ropa interior) colocación de empapador, pañal, higiene personal, afeitado,...
- Realizar las siguientes ABVD con la mínima ayuda posible: transferencia a cama, coche, subir piernas.
- Mejorar la funcionalidad de los miembros superiores y de las manos
- Adaptación de la vivienda familiar donde Francisco va a vivir: acceso a la vivienda, acceso a la planta alta, adaptación de baño y dormitorio, adaptación de salón, cocina y zonas de paso.
- Buscar alternativas e independencia en actividades de ocio, uso de ordenar, escritura,...
- Posibilitar, si él quisiera, la inserción laboral, al trabajo anterior o a otro que el pudiese desarrollar.
- Formar a sus familiares /cuidadores habituales en la realización del baño, uso de productos de apoyo necesarios (silla de ducha, grúa si fuese necesaria, cama articulada), técnicas de movilización

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de Entrenamiento en Actividades de la vida Diaria:
  - Actividades Básicas de la vida diaria (transferencias, vestido y alimentación)
  - Actividades de ocio
- Programa de Terapia Funcional (pinza con todos los dedos, agarre, movilidad de miembro superior, fuerza, control de tronco y mejora del equilibrio)
- Programa de Asesoramiento y Entrenamiento en Productos de Apoyo.
- Programa de Adaptación del Hogar.
- Programa de Formación a cuidadores.

### **CASO CLÍNICO 8: PARÁLISIS CEREBRAL (Adolescencia)**

R. es un adolescente de 17 años de edad diagnosticado de Parálisis cerebral espástica.

#### **Habilidades del desempeño:**

Hipertonía

Diplejia (afectación motora de miembros inferiores)

Grado III de Funcionalidad:

- Contracciones patológicas en los miembros.
- Insuficiente respuesta antigravitatorio del eje del cuerpo.
- Correcciones posturales por estimulaciones táctiles son muy incompletas.
- La selectividad es limitada con poca amplitud, siendo difícil la función de locomoción de las piernas.
- Gran dificultad en las funciones manuales de los brazos / manos.

#### **Áreas ocupacionales:**

ABVD: Es autónomo para realizar transferencias.  
En el resto de actividades necesita ayuda.

AIVD: Dependiente total.

AAVD: Dependiente de su familia.

#### **Entorno:**

El núcleo familiar de R. está compuesto por sus padres (nivel socio-cultural medio) y dos hermanos, un varón de 21 años (trabaja empleado empresa de Fontanería) y una hembra, de 13 años (estudiante). La familia reside en un municipio de 18.000 habitantes. El grado de sobreprotección que los miembros de la familia le ofrecen a R. es tal que, le ha forjado una personalidad totalmente dependiente y con demandas continuas de atención.

R. acude de lunes a viernes, a un colegio de educación especial, en una localidad a 30 Km. de su domicilio (uso de vehículo comunitario adaptado). Se está tramitando su futuro ingreso en un recurso de Centro de Día para personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas que hay en su lugar de residencia, en las que contaría con los Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Logopedia, entre otros (comedor y transporte).

### **OBJETIVOS DE TERAPIA OCUPACIONAL.-**

- Favorecer el mayor grado de autonomía personal, tanto en habilidades manipulativas como en las de movilidad.
- Mejorar las habilidades sociales y conductas sociales adaptativas, minimizando su constante demanda de refuerzos (verbales y/o sociales).
- Retrasar o controlar el desarrollo de las deformidades de la columna y otros segmentos osteoarticulares, a través de higiene postural.
- Buscar y facilitar la participación de R. en iniciativas de ocio terapéutico.
- Asesorar y apoyar a la familia sobre el uso de dispositivos de apoyo, así como la modificación del entorno más cercano (adaptaciones ambientales).

### **PLAN DE TRATAMIENTO**

- Programa de Terapia Funcional.
- Programa de Entrenamiento en Actividades de la vida diaria. (ABVD-AIVD-AAVD)
- Programa de Habilidades sociales.
- Programa de Formación a cuidadores.
- Programa de Asesoramiento y Entrenamiento en productos de apoyo.

## **6. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCION PRIMARIA**

Según la encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del Instituto Nacional de Estadística de Septiembre de 2007 (1):

- Un 9 % de la población española padece alguna discapacidad, de ellas un 58% son mujeres.
- Más de 1,6 millones reciben ayuda de otra persona. El 17% de las personas mayores de 64 años reciben cuidados como consecuencia de alguna discapacidad.
- En las personas mayores, la responsabilidad principal de los cuidados suele ser asumida por una hija en un 32% de los casos y por el cónyuge en un 22%. Cuando se trata de personas de 80 y/o más años, el porcentaje de hijas cuidadoras se acerca al 40%. Los hijos varones cuidan en un 6% de los casos, otros parientes en un 17% y los empleados del hogar un 9%.

- Los Servicios Sociales actúan como cuidador principal de las personas mayores con discapacidad en 3% de los casos.
- El 20% de las personas de 65 años y más , con discapacidad viven solas.
- La discapacidad mas frecuente es la dificultad para desplazarse fuera del hogar, afectando a mas de 2 millones de personas
- A lo anterior le sigue la discapacidad para realizar tareas del hogar, y en general las discapacidades para relacionadas con la movilidad. En cuanto al número de discapacidades, casi el 64% de las personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad tienen 3 o más. En personas de 65 a 79 años la cifra asciende a mas del 62%, y en el grupo de 80 y mas el porcentaje asciende al 78 %.
- El grupo de deficiencia mas frecuente es el de las articulaciones y huesos, más de 1,2 millones de personas. Entre las deficiencias con mas incidencia están las osteoarticulares, las mentales y las múltiples (por procesos degenerativos propios de edades avanzadas), originando discapacidades que tienen que ver con las autonomía el cuidado personal y las tareas domesticas, derivando en situaciones de fragilidad y dependencia de otras personas.
- Las personas con discapacidad de 16 a 64 años presentan una tasa se empleo de 24%.
- 91.614 personas con alguna discapacidad tienen estudios universitarios. Considerando la población de 10 y más años, el número total de personas sin estudios es del 35% y el de analfabetos del 13,4%. El 36% tiene estudios primarios, el 12,1% estudios secundarios y el 3,7% estudios universitarios.
- Castilla la Mancha es la quinta Comunidad Autónoma con la tasa de discapacidad mas alta, presentando en personas de 6 a 64 años una Tasa del 54/1000 habitantes y en mayores de 65 años una Tasa de 339,6 /1000 habitantes.

Todos los datos expuestos anteriormente son importantes porque esta población es susceptible de abordaje de terapia ocupacional, y en muchos de los casos las intervenciones podrán llevarse a cabo a través de los programas que se exponen a continuación. Además, estos programas si se ubicasen dentro del catálogo de servicios y prestaciones que se ofertan desde Atención Primaria se conseguiría un importantísimo ahorro económico por parte de la Administración Pública, ya que se podría hacer una intervención mucho más precoz y preventiva, aunque a la vez rehabilitadora, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios, a la vez que la duración de la estancia en esta institución. Por otro lado, los cuidados que van a necesitar las personas con algún tipo de dependencia serán menores, a la vez que la cantidad de estas podría ser sensiblemente inferior.

Además, en las personas frágiles, en situación de dependencia, en riesgo de estarlo o en algún tipo de discapacidad, se aprecia una alteración en las habilidades motoras, de procesamiento y de comunicación, que en algunos casos serán patológicas, y en otros no, como en el proceso fisiológico de envejecimiento, o en otras situaciones de inadaptación a la actividad, ocasionando una disminución de sus destrezas para realizar las actividades de la vida diaria. Esto influye de forma negativa, ya que la persona no puede responder a las demandas del ambiente, llevándole a una situación de dependencia permanente.

Cuando una persona comienza a ser dependiente, le sobreviene una discapacidad o patología invalidante, las actividades enmarcadas en cada una de las áreas ocupacionales, están, en su mayoría, total o parcialmente perdidas, exceptuando, en ocasiones, algunas de las actividades relacionadas con el automantenimiento. Para la ejecución de éstas actividades, son necesarias habilidades más sencillas, por lo tanto son las últimas en verse afectadas, llevando a la persona a una situación de dependencia permanente o transitoria, al perderse o alterarse, con la necesidad de un apoyo continuo.



Estableciendo un paralelismo entre la terapia ocupacional y todo lo expuesto anteriormente, encontramos que según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: “Ámbito de Competencia y Proceso”, los terapeutas ocupacionales dirigen su conocimiento a las múltiples ocupaciones y actividades humanas en las que están involucradas la vida de las personas. Los terapeutas ocupacionales promueven que las personas se involucren en ocupaciones y en actividades de la vida diaria (AVDs) (cuadro 1), necesitando y utilizando, para ello, diversas destrezas de ejecución (cuadro 2), por lo que se justifica y argumenta los programas de terapia ocupacional expuestos a continuación en la Atención Primaria de Salud.

**Cuadro 1. AREAS DE OCUPACIÓN**

<b>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</b>	<b>ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES (AVDI)</b>	<b>EDUCACIÓN</b>	<b>TRABAJO</b>	<b>JUEGO</b>	<b>TIEMPO LIBRE</b>	<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>
Bañarse/ ducharse Control de esfínteres y vejiga Vestido Comer Alimentación Movilidad funcional Cuidado de ayudas técnicas personales Higiene y aseo personal Actividad Sexual Dormir y descansar Higiene del inodoro	Cuidado de otros Cuidado de mascotas Criar niños Uso de sistemas de comunicación Movilidad en la comunidad Manejo de temas financieros Cuidado de la salud y la mantención Crear y mantener un hogar Preparación de la comida y limpieza Procedimientos de seguridad y respuestas de emergencia Compras	Participación en la educación formal Participación personal en educación informal	Interés y búsqueda de empleo Encontrar y conseguir un empleo Desempeño del trabajo Preparación para la jubilación Exploración del voluntariado Participación como voluntariado	Exploración del juego Juegos de participación	Exploración del tiempo libre Preparación para el ocio	Comunidad Familia Compañeros Amigos



## Cuadro 2. DESTREZAS DE EJECUCIÓN

<b>DESTREZAS MOTORAS: Destrezas en los movimientos e interacción con tareas, objetos y el medio</b>		<b>HABILIDADES DE PROCESAMIENTO: Habilidades utilizadas en el manejo y la modificación de actos, encaminadas a completar la realización de las actividades de la vida cotidiana</b>		<b>DESTREZAS DE COMUNICACIÓN/ INTERACCION: Habilidades llevadas a cabo por las propias interacciones y necesidades, coordinando la conducta social para actuar conjuntamente con la gente</b>	
Postura	Fluidez	Energía	Finalizaciones	Físicamente	Expresión
Estabilidad	Fuerza y esfuerzo	Pasos	Organización del espacio y los objetos	Contactos	Modulación
Alineamiento	Mover	Atender	Buscar/ localizar	Mirada	Compartir
Posición	Transportar	Conocimiento	Recoger	Gestos	Hablar
Movilidad	Levantar	Elegir	Organizar	Posicionamiento	Sostener
Caminar	Calibrar	Utilizar	Colocar en su sitio	Orientación	Relaciones
Alcanzar	Agarrar	Manejar	Librar obstáculos	Posturas	Colaboración
Inclinaciones	Energía	Tener en cuenta	Adaptación	Intercambio de información	Conformar
Coordinación	Resistencia	Indagar	Observar/ responder	Articular	Enfoque
Coordinar	Pasos	Organización temporal	Acomodación	Afirmaciones	Relacionarse con
Manipulación		Inicios	Ajustes	Preguntar	Respeto
		Continuaciones	Beneficios	Compromiso	
		Secuencias			

**PROGRAMAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA**

<b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>	
<b>DEFINICION</b>	Los terapeutas ocupacionales promueven que la persona se involucren en ocupaciones y en actividades de la vida diaria (AVDs), teniendo en cuenta los distintos tipos de actividades que la persona puede abarcar. Estas actividades están clasificadas en 7 categorías llamadas “Áreas Ocupacionales”. Los terapeutas ocupacionales dirigen el resultado de su trabajo a estas áreas ocupacionales y a las habilidades deterioradas o perdidas para que la persona pueda participar en sus ocupaciones y actividades .
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Conseguir la autonomía e independencia de la persona en las actividades de la vida diaria, de modo que sea funcional en su propio domicilio.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la independencia en las actividades básicas de la vida diaria: vestido, alimentación, baño e higiene personal,..</li> <li>- Mejorar la independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria: cuidado de otros, cuidado del hogar, preparación de la comida, realización de compras, movilidad en la comunidad, manejo de temas financieros, uso de sistemas de comunicación,..</li> <li>- Disminuir los cuidados prestados por parte del cuidador principal, y en consecuencia, disminución de la sobrecarga de este.</li> </ul>
<b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas dependientes o con riesgo de dependencia en cualquiera de las actividades de la vida diaria, independientemente de la causa que provoque esta dependencia.</li> <li>- Familiares y/o cuidadores principales, profesionales o no, de personas dependientes o con riesgo de dependencia.</li> </ul>
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	Este programa se desarrollará tanto en el departamento de terapia ocupacional como en el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento de destrezas de ejecución perdidas o deterioradas.</li> <li>- Entrenamiento de la AVD que la persona no realiza de forma autónoma y/ o adecuada.</li> <li>- Análisis y adaptación/ modificación de la actividad.</li> <li>- Graduación de la actividad.</li> </ul>

<b>PROGRAMA DE TERAPIA FUNCIONAL</b>	
<b>DEFINICION</b>	<p>La terapia funcional se centra en las funciones y disfunciones del sistema muscular y nervioso y en cómo las actividades planeadas pueden ayudar mejor a desarrollar o restablecer las capacidades sensoriales, motoras y perceptivas, teniendo en cuenta las motivaciones de los usuarios para así, llevar a cabo las actividades con sentido terapéutico.</p> <p>El Programa de Terapia Funcional se individualiza con el fin de ajustar al máximo el tratamiento a las necesidades de la persona.</p>
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Conseguir el rendimiento óptimo integral de las capacidades sensoriomotoras necesarias para la autonomía en las AVD.
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular las destrezas preceptuales y el procesamiento sensorial.</li> <li>- Mejorar y/o mantener las capacidades neuromusculares (Rangos articulares, fuerza, tono muscular, resistencia, control postural, etc.)</li> <li>- Mejorar y/o mantener las capacidades motoras (Tolerancia a la actividad, coordinación motora, lateralidad, integración viso-motora, etc.)</li> </ul>
<b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b>	<p>Personas con cualquier tipo de enfermedad o patología que una vez valorados, se observe que existen alteraciones sensoriomotrices que influyan en la ejecución de las AVD y en el desempeño ocupacional autónomo de la persona, o se considere que esas alteraciones pueden influir en un futuro próximo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades neurológicas (Parkinson, ACV, Esclerosis múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Corea de Huntington, etc.)</li> <li>- Patología traumatológica( Fracturas y luxaciones de miembro superior, Amputaciones, Traumatismos, Sdme. Del Túnel del Carpo, Hombro doloroso, Lesión medular, etc.)</li> <li>- Patología Músculo-Esquelética (Artritis o Poliartritis, Osteoartrosis, Tendinitis, Enfermedad de Dupuytren, Osteoporosis, etc.)</li> <li>- Patología Cardio-pulmonar (Enfermedades cardíacas, EPOC, etc.)</li> <li>- Alteraciones Sistémicas (Diabetes, Esclerodermia, etc.)</li> <li>- Alteraciones de la piel (Quemados, otros)</li> <li>- Alteraciones y disfunciones Sensoriales (Deficiencias sensoriales, dolor crónico, Hiper/hiposensibilidad, apraxias, etc.)</li> </ul>

<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Movilizaciones pasivas, activas y/o resistidas</li> <li>- Terapia de Destreza Manual: Agarre, Pinza (fina – gruesa; bidigital-tridigital; lateral, etc.), grafomotricidad, otros.</li> <li>- Terapia/entrenamiento de Coordinación</li> <li>- Tratamiento del rango articular y fuerza</li> <li>- Terapia de Reeducción Sensorial (Protectiva, discriminativa, otros)</li> <li>- Vendajes (Funcionales, neuromusculares, antiedema, otros)</li> <li>- Técnicas ergonómicas/economía articular</li> </ul>
----------------------------	---

<b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO</b>	
<b>DEFINICION</b>	La intervención cognitiva es importante como parte del tratamiento no farmacológico en los pacientes con deterioro cognitivo ligero (DCL) constituye una especie de "frontera" entre el funcionamiento cognitivo normal y la demencia. En ella el sujeto presenta un declive cognitivo apreciable, que afecta su funcionalidad. La detección y tratamiento temprano resulta vital para el mantenimiento de la autonomía personal.
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	Facilitar el correcto funcionamiento de las capacidades mentales superiores (Orientación temporal, espacial y personal. Atención. Memoria. Lenguaje. Percepción y reconocimiento de objetos. Elaboración de las respuestas motoras. Organización y planificación de actividades. Razonamiento...)
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir el curso involutivo del DCL.</li> <li>- Estimulación de capacidades mentales</li> <li>- Minimizar el impacto del DCL en el desempeño de las AVD y maximizar la funcionalidad</li> <li>- Proporcionar accesibilidad cognitiva en los entornos del paciente.</li> <li>- Asesorar a las familias y cuidadores para que apoyen un desempeño autónomo del paciente</li> </ul>
<b>PERFIL DEL DESTINATARIO</b>	Personas que presenten deterioro cognitivo ligero y demencia leve con dificultad para realizar las distintas actividades de la vida diaria o que, a pesar de realizarlas, no lo hagan de forma segura, existiendo riesgo para su integridad.
<b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PROCEDIMENTALIZACIÓN DE LAS RUTINAS DE LA VIDA COTIDIAN</li> <li>- ACONDICIONAMIENTO DEL CONTEXTO Y USO DE AYUDAS EXTERNAS</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD</li> <li>- TERAPIA DE REMINISCENCIA</li> <li>- ADAPTACIÓN DE ENTORNOS COTIDIANOS</li> <li>- TECNICAS DE COMUNICACIÓN Y VALIDACION PARA FAMILIARES</li> <li>- TALLERES DE ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA</li> </ul>
--	---

PROGRAMA DE ADAPTACIÓN DEL HOGAR	
<b>DEFINICIÓN</b>	<p>El propósito de una adaptación es modificar los entornos discapacitantes para restablecer o permitir la vida independiente, la privacidad, confianza y dignidad de las personas y sus familias.</p> <p>La adaptación del entorno o adaptación ambiental, representa uno de lo principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas mayores y/o con discapacidad. Engloba todas aquellas modificaciones que se pueden cometer en el ambiente físico que rodea a las personas y que les permiten la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera mas segura, sencilla e independiente.</p>
<b>OBJETIVO PRINCIPAL</b>	<p>Adaptar y/o modificar el domicilio, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente, de modo que la persona se sienta segura en su medio, evitando posibles caídas y promoviendo la independencia en AVDs.</p>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar el espacio suficiente para la realización de transferencias, giros, sensación de amplitud.</li> <li>- Organizar el espacio para minimizar la movilidad necesaria y así facilitar la realización de las tareas en casa.</li> <li>- Eliminar cualquier barrera que dificulte e impida la movilidad, pudiendo causar caídas.</li> <li>- Colocar los distintos muebles, electrodomésticos y útiles en un lugar que pueda ser usados y con seguridad.</li> <li>- Proporcionar accesibilidad al domicilio, eliminando todo tipo de barreras.</li> <li>- Dotar de suficiente espacio y altura para poder almacenar todo lo disponible y crear un ambiente ordenado y armonioso.”</li> </ul>

<p><b>PERFIL DESTINATARIO</b></p>	<p>Personas que presenten dificultad para realizar las distintas actividades de la vida diaria debido a la presencia de barreras arquitectónicas o cualquier otra circunstancia que convierta su domicilio en un entorno discapacitante.</p> <p>Personas que, a pesar de realizar las actividades de la vida diaria, no lo hagan de forma segura, existiendo riesgo de caídas, accidentes domésticos,...</p>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnicas informativas.</li> <li>- Técnicas de iluminación.</li> <li>- Eliminación, cambio y/o sustitución de mobiliario.</li> <li>- Creación de entornos facilitadores y accesibles.</li> </ul>

<p><b>PROGRAMA DE FORMACION A CUIDADORES</b></p>	
<p><b>DEFINICIÓN</b></p>	<p>La enfermedad y no la edad, es la principal causa de dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario.</p> <p>La mayoría de las personas que se encargan del cuidado de personas en riesgo o en situación de dependencia, son mujeres entre 45 y 65 años de edad. Muchas de estas personas no están preparadas para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado, apareciendo sobrecarga del cuidador.</p>
<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Evitar situaciones de estrés y mejorar la calidad de vida tanto de la persona con dependencia y/o discapacidad como del cuidador, a través de la formación e intervención con cuidadores principales, profesionales u otros.</p>

<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar, ayudar y preparar al cuidador principal de la persona en situación de dependencia en el entorno familiar.</li> <li>- Evitar la institucionalización de la persona dependiente por sobrecarga del cuidador.</li> <li>- Evitar trastornos y/o patologías ocasionadas por el cuidado continuado de personas dependientes, tanto a nivel físico como psíquico.</li> </ul>
<p><b>PERFIL DESTINATARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidadores principales de personas dependientes.</li> <li>- Familiares de personas encargadas del cuidado de otros con necesidades especiales.</li> <li>- Auxiliares del servicio de ayuda a domicilio.</li> <li>- Profesionales de centros asistenciales</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación grupal teórico- práctica sobre los cuidados a las personas dependientes o en riesgo de dependencia.</li> <li>- Formación individual sobre técnicas específica de cuidado en el propio domicilio de la persona.</li> <li>- Técnicas de comunicación.</li> <li>- Técnicas de relajación</li> </ul>

<p><b>PROGRAMA DE CONFECCION Y MANEJO DE ORTESIS</b></p>	
<p><b>DEFINICIÓN</b></p>	<p>Una Órtesis es cualquier dispositivo aplicado externamente sobre el cuerpo humano, que se utiliza para modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuro-musculo-esquelético. Están en contacto permanente con el cuerpo humano, lo que las diferencia del resto de ayudas técnicas, y se utilizan para el tratamiento de alguna deficiencia física o discapacidad. Este programa se centra en la confección y aprendizaje del manejo de Férulas, entendidas éstas como aparatos, en este caso de termoplástico, neopreno o gomaeva, que se aplican para mantener y/o modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuro-músculo-esquelético. Se utilizan con la intención de modificar, mantener o mejorar la función de partes movibles o desplazadas patológicamente, especialmente huesos fracturados o luxados.</p>
<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Modificar, mejorar o restaurar la función, para conseguir que la persona sea mas independiente en la realización de sus actividades de la vida diaria sin perjudicar el segmento corporal afecto.</p>

<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilizar segmentos músculo esqueléticos.</li> <li>• Disminuir la presión durante el apoyo.</li> <li>• Prevenir o corregir deformaciones.</li> <li>• Mejorar una o varias funciones</li> <li>• Incrementar el rango de movimiento</li> <li>• Inmovilizar una extremidad para ayudar a promover la cicatrización tisular.</li> <li>• Aplicar tracción para corregir o prevenir contracturas.</li> <li>• Aliviar el dolor mediante reposo articular</li> <li>• Servir como un conector o vínculo para dispositivos de asistencia (AVD)</li> <li>• Bloquear movimientos inadecuados de una articulación (estabilización)</li> </ul>
<p><b>PERFIL DESTINATARIO</b></p>	<p>Pacientes a los que tras el diagnóstico y la prescripción por parte del médico les ha sido recomendado la fabricación y uso de algún tipo de férula y es derivado para ello al servicio de Terapia Ocupacional.</p>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Férula anterior o palmar</li> <li>- Férula Posterior o dorsal: El contacto dorsal, facilita trabajar la flexión. También se usan como base de férulas dinámicas de extensión.</li> <li>- Férula Lateral: El contacto es por una de las caras laterales del antebrazo.</li> <li>- Férula circunferencial: Envuelve completamente una articulación o segmento.</li> <li>- Férula bivalva: Compuesta por dos partes separadas que entre ambas encierran la articulación o estructura.</li> <li>- Férula Espiral: El contacto con el miembro tiene esa misma forma.</li> <li>- Férula de dos superficies, que cruzan una articulación contactando cada superficie con una cara de ella.</li> </ul>

**PROGRAMA DE ASESORAMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO**

<p><b>DEFINICIÓN</b></p>	<p>“<i>Productos de apoyo</i>”, que se definen como: “Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.”</p>
--------------------------	--



<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b></p>	<p>Asesorar y entrenar en el uso de productos de apoyo a personas con déficit residuales y necesidades especiales, para facilitar la realización de las AVDs y mejorar la autonomía personal.</p>
<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir situaciones peligrosas, mejorando la seguridad en el domicilio.</li> <li>- Facilitar y/o mejorar la realización de actividades de la vida diaria.</li> <li>- Favorecer la integración y utilización de recursos en el entorno.</li> <li>- Aportar beneficios psicológicos, ofreciendo confianza en el usuario.</li> <li>- Dar ventajas para el cuidador y/o profesionales de ayuda a domicilio.</li> <li>- Evitar ingresos prematuros o inadecuados en instituciones debido a dificultades para el desempeño ocupacional en el propio hogar.</li> </ul>
<p><b>PERFIL DESTINATARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que no tienen expectativas de recuperación.</li> <li>• Personas que se encuentren en procesos de rehabilitación.</li> <li>• Cuando se vaya a realizar una actividad que requiera un gran esfuerzo.</li> <li>• Personas que sufren procesos degenerativos: modificar la realización de la actividad, evitar deformidad.</li> <li>• Cuidadores de personas dependientes.</li> </ul>
<p><b>TÉCNICAS UTILIZADAS</b></p>	<p>CLASIFICACIÓN DE PRODUCTOS DE APOYO (CEPAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado</li> <li>- Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de capacidades</li> <li>- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personales</li> <li>- Productos de apoyo para la movilidad personal</li> <li>- Productos de apoyo para las actividades domésticas</li> <li>- Mobiliario y adaptaciones para vivienda otros <b>inmuebles</b></li> <li>- Productos de apoyo para la comunicación e información</li> <li>- Productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos</li> <li>- Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas y máquinas</li> </ul>

- Productos de apoyo para el esparcimiento.
- Valoración de las necesidades de la persona para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Selección del producto de apoyo mas apropiado a las necesidades específicas de la persona.
- Entrenamiento en el uso correcto de ese producto de apoyo.
- Prevención de situaciones peligrosas por el uso inadecuado del producto de apoyo.
- Seguimiento y evaluación del producto de apoyo y del usuario.

## 7. REQUISITOS TÉCNICOS-SANITARIOS DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Según lo establecido en la [Orden de 25-11-2008, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional](#):

Se entiende por “**Servicio de Terapia Ocupacional**, aquel que bajo la responsabilidad de un terapeuta ocupacional, se utiliza con fines terapéuticos las actividades de autocuidado, trabajo y ocio para que los pacientes adquieran el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y consigan el máximo de autonomía e integración”

El servicio de terapia ocupacional de Atención Primaria de Salud deberá tener los siguientes **requisitos generales**:

- a) Cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad, medidas de protección y seguridad y prevención de riesgos laborales.
- b) Mantener las condiciones de temperatura, humedad, ventilación e iluminación adecuadas para garantizar el correcto desarrollo de las actividades que en ellos se realizan.
- c) Una placa identificativa en la puerta de entrada del mismo: “Servicio de Terapia Ocupacional”.
- d) Suelos impermeables, lisos, fácilmente lavables, resistentes a la mayoría de los productos químicos que se empleen y antideslizantes.
- e) Comunicación telefónica con el exterior durante el tiempo de apertura del servicio.

El servicio de terapia ocupacional Atención Primaria de Salud se dividirá en las siguientes **áreas funcionales**:

- Área de servicios generales: Despacho de 15m<sup>2</sup> para atención a usuarios y sus familiares y zona de almacenaje para guardar productos de apoyo y material de férulas.
- Área asistencial: zona de terapia con una superficie mínima de 50 m<sup>2</sup> que podrá ser distribuída en varias zonas, mediante biombos. Se dividirá en dos zonas en función de las actividades a realizar: zona de tratamiento y zona audiovisual.
- Área de Actividades de la vida diaria: Debe contar con:
  - *Zona de entrenamiento en Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)*: Vestido, alimentación, movilidad funcional, cuidado de ayudas técnicas personales...
  - *Zona de entrenamiento en Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)*: cuidado de la salud y manutención, crear y mantener un hogar, preparación de la comida y limpieza, procedimientos de seguridad a respuestas de emergencia, ir de compras, manejo de temas financieros, ...
  - *Wc accesible para realizar tratamientos individualizados*: baño-ducha, cuidado de la vejiga y de los intestinos, higiene personal y aseo; higiene del inodoro...

A continuación se enumera el material necesario que debe tener cada área y zona de la sala de terapia ocupacional:

#### Despacho:

- Una mesa de despacho y tres sillas o sillones confidente.
- Estantería para historias clínicas. Ordenador. Acceso telefónico al exterior e internet.

#### Almacén:

- Estanterías para almacenaje y armarios para ayudas técnicas.

#### Área asistencial:

Zona de tratamiento de terapia ocupacional:

- Mesas ligeras-acoplables y sillas con y sin reposabrazos
- Una colchoneta y material de psicomotricidad

- Una camilla regulable en altura
- Espejo de pared de cuerpo entero
- Pila con grifo monomando de brazo largo, dosificador de jabón y sistema de secado individual de manos, todos ellos accesibles
- Material de valoración: LOTCA, COTNAB goniómetro, dinamómetro, volumetro, pinzómetro, Minnesota, purdue pegboard, monofilamentos de la mano y sistema de evaluación de la mano.
- Material para rehabilitación física válida para todas las edades, compuesto por arco curvado para hombro, escalerillas de pared, tablero y barra para trepar, material para desensibilización, soporte deslizante de antebrazo, masilla resistente terapéutica, conos, tablero o soporte con cintas de distinta resistencia, cuentas, atril.
- Material para rehabilitación cognitiva válida para todas las edades, compuesto por fichas, tableros que trabajen el esquema corporal, la orientación temporo-espacial, la memoria, la atención, la concentración, la numeración y la lógica y material fungible de papelería.
- Material para accesibilidad en el entorno: alzas, barras con ventosa, mesa regulable-abatible.
- Material termoplástico y cubeta para férulas.

#### Zona audiovisual:

- Televisión, equipo de música, sistema de video/DVD, ordenador y soporte informático.
- Dispositivos de ordenador: brazo articulado, teclado con carcasa, ratón adaptado, puntero y sistemas de comunicación alternativo y aumentativo (Go Talk 9, álbum parlante, etc)

#### Área de actividades de la vida diaria. Zona de Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD):

- Una cama dura y firme, con altura regulable y asientos adecuados.
- Productos de apoyo para vestido: gancho para vestido, velcros, pinza alargada, calzador largo, ponemedias, abrochabotones y cordones elásticos.
- Productos de apoyo para movilidad funcional: sillas de ruedas (ligera y multiposicional con accesorios) y diferentes tipos de cojines antiescaras, andadores (fijo, articulado, con ruedas y de exterior), bastón, muleta y trípode. Tablas de transferencias, disco giratorio y tranfer. Gancho para cama y escalerilla para incorporaciones.
- Productos de apoyo para el ocio: soporte para cartas, juegos adaptados en tamaño, lupa y atril.

Área de actividades de la vida diaria. Zona de Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):

- Electrodomésticos: una cocina-horno (con adaptadores de mandos), una lavadora de carga frontal, una plancha, un frigorífico y un fregadero con grifo monomando de brazo largo;
- Mobiliario y equipamiento de cocina: armarios bajos con tiradores horizontales, bandejas giratorias, banco de cocina amplio y asientos de cocina regulables, tendedero plegable, tabla de plancha con asiento y adaptador de plancha, mesa con cubo, taburete y cubo de ropa con ruedas, escoba, recogedor y tapetes antideslizantes;
- Menaje de cocina: kit de cubiertos adaptados, cuchillos de sierra especial, pelapatatas, exprimidores especiales, abrelatas, sacacorchos especiales, material antideslizante y engrosadores.

WC accesible:

- Aseo accesible dotados de zona de ducha y bañera para el entrenamiento en hábitos de higiene y autocuidado.
- Ayudas técnicas para el baño e higiene personal: Silla de ducha adaptada, silla giratoria, dispensador para jabón y gel, esponja y cepillo arqueados y de mango alargado, adaptadores de peine, cepillo de dientes, máquina de afeitar eléctrica, tijeras de uñas y cepillo de uñas fijado con ventosas.

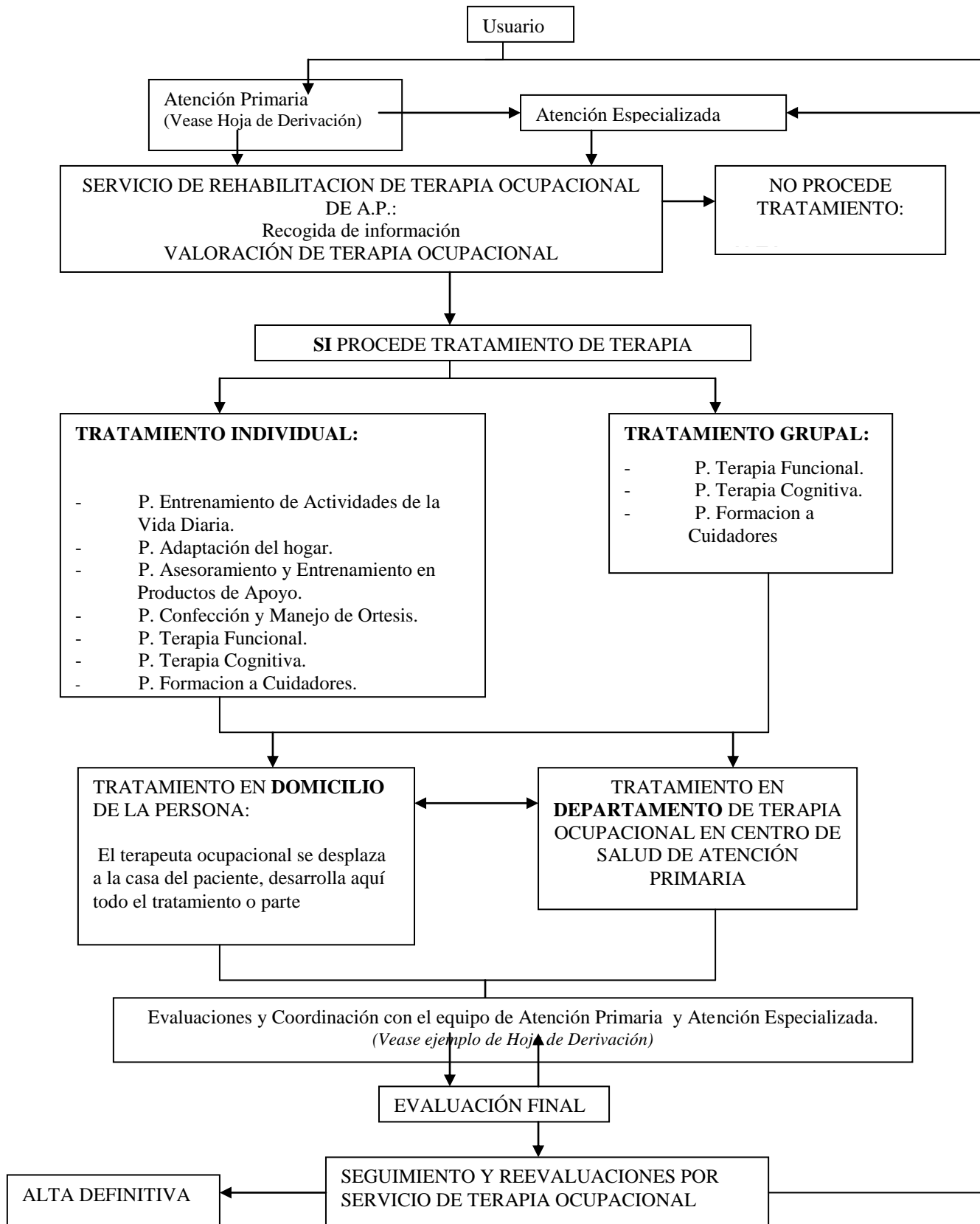


## **“GUÍA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA”**

### **8. ANEXOS**

- 8.1. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A TERAPIA OCUPACIONAL.  
FLUJOGRAMA
- 8.2. PROPUESTA PARA EL SOFTWARE DE INFORMÁTICA EN RED.
- 8.3. PROTOCOLO DE VALORACIÓN

### 8.1. FLUJOGRAMA



## 8.2. SOFTWARE DE INFORMÁTICA EN RED EN ATENCIÓN PRIMARIA HOJA SERVICIO DE REHABILITACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL

SERVICIO DE REFERENCIA	TEXTO CORTO	
Médico Rehabilitador	COMBO	
Terapeuta Ocupacional	COMBO	terapeuta ocupacional terapeuta ocupacional
Fisioterapeutas	COMBO	
Diagnóstico Médico	TEXTO	
Exploración Física		
Tratamiento Médico		
Procedencia		
<b>Diagnóstico Ocupacional</b>	TEXTO: -Capac. Funcionales -Áreas de desempeño ocupacional	
<b>Lugar de tratamiento</b>	COMBO	Sala de Terapia Ocupacional Domicilio
<b>Fecha de inicio</b>	TEXTO	
<b>Fecha de Alta Hospitalaria</b>	TEXTO	
<b>Asistencia al Tratamiento</b>	COMBO	Diario Lunes-miércoles-viernes Martes-jueves
<b>Objetivos de tratamiento en Terapia Ocupacional</b>	TEXTO	
<b>Abordaje</b>	COMBO	Preventivo Restaurador Compensatorio
<b>ABVD (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)</b>		
1. MOVILIDAD EN LA CAMA	COMBO	Giros Drcha.-Izq. / Izq. Drcha Desplazarse arriba- abajo Sentarse en la cama Sentarse al borde de la cama Subir / Bajar de la cama Otros:





8. COMUNICACIÓN	COMBO	Manejo de interruptores
		Uso del teléfono
		Escribir
		Hablar
		Pasar paginas
		Leer
<b>AIVD (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)</b>		
1. MANEJO DEL DINERO	COMBO	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo
		Realiza pequeñas compras, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos..
		Incapaz de manejar dinero
		Otros:
2. PREPARACIÓN DE MEDICACIÓN	COMBO	Tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta
		Toma su medicación si se le prepara previamente
		No es capaz de administrarse su medicación
		Otros:
3. OTRO	TEXTO	
<b>CAPACIDADES FÍSICAS</b>		
1. CINESITERAPIA	COMBO	Movilización Pasiva
		Movilización Activa resistida
		Movilización activa libre
		Ejercicios de Equilibrio
		Ejercicios de control postural
		Otros:
2. MASAJE/MASOTERAPIA	COMBO	Masaje estimulante
		Masaje relajante
		Masaje antiedema
		Masaje antiadherencias
		Otros:

3. TERMOTERAPIA / HIDROTERAPIA	COMBO	Parafina
		Hidrocolator
		Baños de contraste
		Otros:
4. VENDAJES	COMBO	Vendaje funcional
		Vendaje antiedema
		Vendaje neuromuscular
		Otro:
5. TRATAMIENTO DE PRENSIÓN Y AGARRE	COMBO	Prensión fina
		Prensión gruesa
		Pinza Lateral
		Pinza Bidigital
		Pinza Tridigital
		Otros:
6. TRATAMIENTO DE DESTREZA MANUAL	COMBO	Destreza manual fina
		Destreza manual gruesa
		Otros:
7. COORDINACIÓN	COMBO	Bimanual
		Oculo-manual
		Otros
8. RANGO ARTICULAR MMSS	COMBO	Hombro
		Codo / antebrazo
		Muñeca
		Pulgar
		Dedos
		Otros
9. FUERZA MMSS	COMBO	Agarre
		Pinza Lateral
		Pinza Bidigital
		Pinza Tridigital
		Otros
10. SENSIBILIDAD	COMBO	Tacto suave
		Sensibilidad protectora
		Sensibilidad profunda
		Otros:
<b>CAPACIDADES COGNITIVAS</b>		
1. MEMORIA	COMBO	Inmediata
		A corto plazo
		A largo plazo
		Otros:
2. ATENCIÓN	COMBO	Mantenimiento
		División
		Compartir atención
		Otros:

3. LENGUAJE	COMBO	Fluidez	
		Ritmo	
		Velocidad	
		Contenido / Vocabulario	
		Otros:	
4. CÁLCULO	COMBO	Cálculos matemáticos Simples	
		Cálculos matemáticos Complejos	
		Otros:	
5. ORIENTACIÓN	COMBO	Temporal	
		Espacial	
		Otros:	
6. OTRO:	TEXTO		
<b>TRATAMIENTO ORTÉSICO</b>			
1. FÉRULAS MMSS	COMBO	Hombro	Arnés "en 8"
			Brace clavicular
			Cabestrillo Shoulder sling
			Cabestrillo para hemipléjicos
		Otros:	
		Codo	Órtesis control de codo
			Straps epicondilares
			Órtesis dinámicas del codo
			Otros:
		Antebrazo Muñeca	Órtesis de muñeca tipo cock-up
			Órtesis de extensión de muñeca
			Órtesis para neuropatía cubital

			Órtesis dinámica para neuropatía radial
			Órtesis antiespástica
			Otros:
		Dedos	IFD
			IFP
			MCF
			Órtesis estáticas del pulgar
			Órtesis para tenodesis
			Otros:
2. FÉRULAS MMII	COMBO	Antieguino	
		Férula de extensión de rodilla	
		Otros:	
<b>PRODUCTOS DE APOYO</b>			
1. PRODUCTOS DE APOYO PARA TRATAMIENTO MEDICO PERSONALIZADO	COMBO	Productos de apoyo para la prevención de úlceras	
		Productos de apoyo para el entrenamiento de la percepción	
		Equipo para el entrenamiento de movimiento, fuerza y equilibrio	
		Otros:	
2. PRODUCTOS DE APOYO PARA EL ENTRENAMIENTO / APRENDIZAJE DE CAPACIDADES	COMBO	Productos de apoyo para el entrenamiento de comunicación alternativa	
		Productos de apoyo para la continencia	
		Productos de apoyo para capacidades cognitivas	
		Productos de apoyo para funciones básicas	
		Productos de apoyo para el entrenamiento profesional	
		Otros:	

3. PRODUCTOS DE APOYO PARA EL CUIDADO Y LA PROTECCIÓN PERSONAL	COMBO	Productos de apoyo para ropa y calzado Productos de apoyo para proteger el cuerpo Productos de apoyo para vestirse / desvestirse Productos de apoyo para funciones de aseo Productos de apoyo para Baño / ducha Productos de apoyo recogida de orina y heces Otros:
4. PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MOVILIDAD PERSONAL	COMBO	Productos de apoyo para caminar manejados por un brazo Productos de apoyo para caminar manejados por dos brazos Accesorios para los productos de apoyo para caminar Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Accesorios de Silla de ruedas Transferencias Vehículos Otros:
5. PRODUCTOS DE APOYO PARA ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	COMBO	Productos de apoyo para prepara comida Productos de apoyo para limpieza de casa Otros:
6. PRODUCTOS DE APOYO PARA LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	COMBO	Productos de apoyo para ver Productos de apoyo para telefonar Productos de apoyo para lectura Otros:
7. OTROS	TEXTO	

<b>ADAPTACIÓN DEL ENTORNO</b>		
EXTERIOR AL DOMICILIO	COMBO	Escalera
		Ascensor
		Puerta de exterior
		Pasillo
		Otros:
INTERIOR DEL DOMICILIO	COMBO	Cocina
		Salón / Comedor
		Baño
		Dormitorio principal
		Otros:
OTROS:	TEXTO	
<b>ASESORAMIENTO FAMILIAR / CUIDADOR PRINCIPAL</b>		
MANEJO PRODUCTOS DE APOYO	COMBO	Si
		No
ADAPTACIÓN DEL ENTORNO	COMBO	Si
		No
MANEJO DEL PACIENTE	COMBO	Si
		No
INFORMAR SOBRE REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD EN EL DESEMPEÑO DE AVD	COMBO	Si
		No
OTROS:	TEXTO	
<b>OTROS TRATAMIENTOS ESPECIFICOS:</b>		
	TEXTO	

### 8.3. PROTOCOLO DE VALORACIÓN

A continuación se expone un resumen de las principales herramientas de evaluación estandarizadas de las que puede hacer uso el Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la Atención Primaria.

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN GLOBALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herramienta de screening del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST).</li> <li>- Evaluación del Funcionamiento Ocupacional (AOF-CV)</li> <li>- Autoevaluación Ocupacional (OSA) Kathi Baron, Gary Kielhofner, Anita Iyenger, Victoria Goldhammer, Julie Wolenski (1998)</li> <li>- Autoevaluación Ocupacional para niños (COSA) Jessica Keller, Anna Kafkes, Semonti Basu, Jeanne Federico, Gary Kielhofner. (2006)</li> <li>- Perfil Ocupacional Inicial del niño (SCOPE) Patricia Bowyer, Jessica Kramer, Annie Ploszaj, Melissa Ross, Orit Schwartz, Gary Kielhofner, Kathleen Kramer (2008)</li> <li>- Medida canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM). Law M y cols (1998)</li> <li>- Escala de Evaluación del desempeño Ocupacional (EVDO). Guijarro Barbas M. y Rodríguez Montes M.I.(2005)</li> <li>- Entrevista de Evaluación de Caso Ocupacional (OCAIRS) Gary Kielhoffner (2003)</li> <li>- Escala de Evaluación Comprehensiva en Terapia Ocupacional.(COTE Brayman S.J.; Kirby, T.F.; Miksenheiner, A.M.; Short, M.J.</li> </ul>	
ÁREAS OCUPACIONALES	HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN
<b>AVD</b> <b>AVDI</b> <b>DESCANSO Y SUEÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de AVDB y AVDI (AOTA 2008)</li> <li>- Escala de habilidades básicas de la vida diaria (BELS) Grupo andaluz de investigación (2000)</li> <li>- Valoración AVDI De Pellegrini, MC (2006)</li> <li>- Valoración de AVD psiquiatría de Guzmán S. (2003)</li> <li>- Autoevaluación Ocupacional (OSA) de Baron, K. (2002)</li> <li>- Índice de Barthel. Mahoney y barthel.</li> <li>- Índice de Katz. Katz y cols.</li> <li>- Índice de Lawton.lawton y Brody</li> <li>- Registro de medida de la independencia funcional (FIM)</li> <li>- Milwaukee Evaluation of daily living skills (MEDLS) (Leonardelli, 1988)</li> </ul>
<b>EDUCACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional de Moorhead (1979)</li> <li>- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI I ó OPHI II)Kielhofner y col, 1998</li> <li>- Pirámide de Roles-Tareas-Actividades de Christiansen, C.</li> <li>- Evaluación del rol de Adolescente (Maureen Black M)</li> <li>- Entrevista del ambiente escolar (SSI), Hoffamn y col (2000)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación psicosocial de terapia ocupacional sobre el aprendizaje (OT PAL), Townsend y cols, 2001.</li> </ul>
<b>TRABAJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional de Moorhead, L. (1979)</li> <li>- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI I ó OPHI II) Kielhofner y col, 1998</li> <li>- Pirámide de Roles-Tareas- Actividades de Christiansen, C.</li> <li>- Entrevista del Rol de Trabajador (WRI) (Veloza, C, Kielhofner, G, y Fisher G, 1998)</li> <li>- Evaluación de Habilidades Prelaborales (Romero Ayuso, 2001)</li> <li>- Escala de Impacto del Ambiente laboral (WEIS) Moore-Corner y cols, 1998</li> <li>- Registro de evaluación del área laboral: adaptado instrumentos elaborados Galilea, V., Pagola, R. (2001)</li> <li>- Cuestionario de motivación para el trabajo para personas con enfermedad mental crónica. Colis, Coy, Galilea, López, Pascual, (1996 )</li> </ul>
<b>JUEGO OCIO Y TIEMPO LIBRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escala de valoración del Ocio y Tiempo libre (EVOLT)</li> <li>- Cuestionario de Ocio (Romero Ayuso, 2001)</li> </ul>
<b>PARTICIPACIÓN SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado de Intereses Modificado. Kielhoffner y Neville (1983)</li> <li>- Entrevista de la Historia Ocupacional de Moorhead, L. (1979)</li> <li>- Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI- I ó OPHI-II) Kielhofner y col, 1998</li> <li>- Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS)(Forysth, k., Salamy, M., Simon, Kielhofner, G., 1998)</li> </ul>
<b>HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN AREAS ESPECÍFICAS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración Cognitiva de Terapia Ocupacional de Loewenstein (LOTCA).</li> <li>- Batería de Valoración Cognitiva de Terapia Ocupacional para niños (MD-DOTCA)</li> <li>- Valoración Cognitiva de Terapia Ocupacional de Loewenstein para pacientes Geriátricos (LOTCA-G)</li> <li>- Mini Examen Cognoscitivo (Lobo y cols)</li> <li>- Escala de Pfeiffer</li> <li>- Escala de valoración del equilibrio y de la marcha de Tinetti</li> <li>- Functional Ambulation Classification de Holden (FAC)</li> <li>- Cuestionario sobre la preocupación por las caídas (Baloh et al. 1995)</li> <li>- Valoración Funcional de pacientes con Deficiencia Visual (García, 2001)</li> <li>- Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento (AMPS) Fisher, 1999</li> <li>- Cuestionario Volitivo (VQ). De las Heras, Geist, Kielhoffner, Li (2002)</li> <li>- Cuestionario Volitivo Pediátrico (PVQ) Geist, Kielhoffner, Basu y Kafes (2002)</li> <li>- Perfil de Intereses del Niño (PIP) Alexis D. Henry. (2000)</li> </ul>

## **10. EQUIPO DE TRABAJO**

- ANA ISABEL CORREGIDOR SÁNCHEZ**
- MARIA JESÚS LAGUNA CAÑADILLA**
- INMACULADA FERNÁNDEZ PADILLA**
- MONTSERRAT HUETE VALENCIA**
- SANDRA DE LA CUADRA SÁNCHEZ**
- ARANDA MORENO GONZÁLEZ**
- MARIA EUGENIA SAN FÉLIX SANTIAGO**