

Terapia ocupacional

**Ana M. Gómez Martínez
Ivón Artemán Cremé**

Editorial Ciencias Médicas

Terapia ocupacional

Terapia ocupacional

**Lic. Ana M. Gómez Martínez
Lic. Ivón Artemán Cremé**



La Habana, 2008

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Gómez Martínez, Ana Margarita

Terapia ocupacional / Ana Margarita Gómez Martínez,
Ivón Artemán Cremé. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
[viii], 111p. : il.

ISBN 978-959-212-326-7

WA400

Artemán Cremé, Ivón.

TERAPIA OCUPACIONAL

Edición: MSc. Frank W. Castro López

Diseño: Ac. Luciano O. Sánchez Núñez

© Ana Margarita Gómez Martínez e Ivón Artemán Cremé, 2008

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2008

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 No. 117 e/ N y O, Edificio Soto, 2do piso, El Vedado, Plaza

La Habana, CP: 10400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 838 3375 / 832 5338

Autores

Lic. Ana Margarita Gómez Martínez

Profesora Principal de la disciplina de Terapia Ocupacional.
Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional.
Asesora del perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional.
Miembro del Comité de la carrera del perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional de la Facultad de Tecnología de la Salud.

Lic. Ivón Artemán Cremé

Licenciada en Educación.
Instructura.
Metodóloga Nacional del perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional.
Jefa del Comité de carrera del Perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional de la Facultad de Tecnología de la Salud.

Colaboradores

Lic. Israel Pérez Vila

Rehabilitador Social y Ocupacional “Freide De Andrades”.
Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas “10 de Octubre”.

Téc. Jesús Cudel Pereira.

Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas “Finlay Albarran”.
Terapeuta ocupacional del Hospital “Carlos J. Finlay”

Tec. Isabel Herrera Sotolongo

Profesor de la Facultad de Tecnología de la Salud.
Terapeuta ocupacional del Centro Nacional de Rehabilitación “Julio Díaz”.

Prefacio

La Terapia Ocupacional es uno de los ejes fundamentales de la carrera de Licenciatura en Tecnología de la Salud en el perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional. Como asignatura integra contenidos de la tecnología y de las ciencias sociomédicas, la cual constituye un significativo logro en la educación médica al familiarizar al estudiante con el paradigma biopsicosocial necesario para su desempeño profesional como tecnólogo de la salud. Esta disciplina sirve de base para el dominio de los procesos complejos de rehabilitación que aprenderán en años posteriores, al elaborar estrategias que aborden diferentes objetivos en un mismo plan de acción en su actuar profesional futuro.

La presente obra pretende constituir una guía de consulta por el rehabilitador social y ocupacional graduado, y en especial para el estudiante; ya que los contenidos que se tratan forman parte de un sistema de conocimientos que abarcan desde los principios y conceptos elementales de la Terapia Ocupacional, hasta las diferentes técnicas, métodos, procedimientos que pueden utilizarse para la ejecución de evaluaciones eficientes que faciliten la determinación de las discapacidades y posibles estrategias que pueden utilizarse en aquellas personas que padecen de alguna afección que le interfiere en su autonomía y validismo; por lo que requieren de un proceso de rehabilitación no solo desde el punto de vista médico, sino psicosocial y de integración a las actividades educacionales, laborales, recreativas, culturales y en general de incorporación del paciente a la comunidad, con el propósito que se sienta útil a la sociedad, a la familia y a sí mismo.

Las autoras

Contenido

PARTE I. GENERALIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Capítulo 1. Conceptos básicos de la terapia ocupacional

Rehabilitación / 1
Terapia ocupacional / 4
Ética y personalidad profesional / 7

Capítulo 2. Modalidades de la terapia ocupacional

Ergoterapia / 11
Ludoterapia / 12
Terapia recreativa / 13
Educación física / 14
Musicoterapia / 15
Arteterapia / 17
Psicoballet / 18
Terapias de grupo / 19
Actividades de la vida diaria / 23

Capítulo 3. Objetivos de la terapia ocupacional que sustentan el tratamiento

Objetivos fundamentales de la terapia ocupacional / 24
Funciones de la terapia ocupacional / 26
Actividades para el tratamiento en la terapia ocupacional / 26
Clasificación de las AVD / 28

Capítulo 4. Organización y administración del departamento

Organización interna del departamento de terapia ocupacional / 31
Estructura interna del departamento de terapia ocupacional / 33
Condiciones del departamento / 33
Responsabilidad del terapeuta en el departamento / 34
Relación con otros servicios / 34

Capítulo 5. Registros e informes

Aspectos principales para redactar el informe / 35
Frecuencia del informe / 36
Importancia del informe / 37

Capítulo 6. Método de instrucción ocupacional

Importancia del método explicación-demostración / 38
Fases del método de instrucción ocupacional / 38

Capítulo 7. Talleres de rehabilitación

- Características generales de los talleres de rehabilitación / 41
- Aspectos generales para la confección de trabajos manuales / 44
- Factores en la selección de la actividad a desarrollar / 45
- Modalidades de taller / 47

PARTE II. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Capítulo 8. Medios para restablecer la salud y las funciones del paciente / 51

- Medios para restablecer salud y las funciones generales / 51
- Medios para restablecer funciones locales / 51
- Medios de evaluación / 52
- Prueba de sensibilidad / 53
- Medidas para lograr la independencia del paciente / 54
- Necesidades específicas de los pacientes / 55

Capítulo 9. Análisis de las actividades terapéuticas / 57

- Aspectos de las actividades terapéuticas / 57
- Consideraciones a tener en cuenta en las actividades terapéuticas / 61

Capítulo 10. Introducción al estudio de la recuperación funcional / 65

- Recuperación funcional / 65
- Importancia de la rehabilitación / 65
- Participación de la familia en la recuperación funcional / 66

Capítulo 11. Estudio de la recuperación funcional / 69

- Incapacidades funcionales / 69
- Adaptaciones funcionales / 69
- Actividades básicas para lograr la recuperación funcional / 72
- Aplicación de métodos y técnicas evaluativas de las AVD / 79
- Técnicas de intervención específicas para corregir déficit de capacidad / 82
- Método de registro de prueba y evolución de las AVD / 101
- Orientaciones a la familia / 105

Capítulo 12. Visitas domiciliarias / 107

- Especialistas que integran las visitas domiciliarias / 107
- Puntos a considerar en la visita domiciliaria / 108
- Criterios y elementos a observar durante la visita domiciliaria / 108

PARTE I. GENERALIDADES DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

CAPÍTULO 1

Conceptos básicos de la terapia ocupacional

Este capítulo está dedicado a la preparación epistemológica de los estudiantes, por lo que en ella se introducen un grupo de conceptos que forman parte del cuerpo teórico de la asignatura.

Salud. Estado de bienestar físico, mental y social, junto a la ausencia de enfermedad u otra afección. No es un estado estático, el cambio constante y la adaptación al estrés dan lugar a la homeostasis (equilibrio relativo en el medio interno del cuerpo, mantenido de manera natural mediante respuestas adaptativas que promueven la conservación de la salud).

Enfermedad. Estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del cuerpo. Proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas, atribuible a herencia, infección, dieta o entorno.

Deficiencia. Cualquier trastorno de la estructura o función, debido a anomalías anatómicas, fisiológicas o psicológicas que impide al sujeto realizar la actividad normal.

Discapacidad. Pérdida por ausencia o reducción observable y medible de la capacidad física y mental, es la consecuencia de la deficiencia sobre la autonomía del individuo.

Minusvalía. Cualquier defecto o característica física o mental, congénita o adquirida, que interfiere con el funcionamiento normal del cuerpo o con la capacidad de ser autosuficiente en la sociedad. Hace referencia a las desventajas sociales, laborales, educacionales y familiares que experimenta el individuo, como consecuencia de sus deficiencias y discapacidades en su interacción y adaptación al entorno.

Rehabilitación

El hombre, desde el principio de su existencia, se ha esforzado en reincorporarse a sus actividades después de sufrir un proceso que ha

disminuido su capacidad funcional. En Cuba, gracias al desarrollo que ha propiciado la Revolución, todos los individuos que padecen de una afección física o mental, se consideran como seres humanos con plenitud de derechos. La rehabilitación en nuestro Estado socialista, trata de conseguir para ellos la mayor capacidad física, mental, emocional, social, vocacional y laboral posible.

El concepto de rehabilitación en su sentido más amplio, es muy extenso, al concluir en él todos los procesos con afecciones, lo que en muchos casos consigue con un tratamiento médico y en otros requiere de procedimientos especializados de la rama de medicina, como es la terapia ocupacional que juega un papel importante en la rehabilitación integral de todo individuo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la rehabilitación como el retorno de la persona afectada según sus posibilidades a sus condiciones normales de vida en la sociedad en que vive. La rehabilitación es un proceso continuo, coordinado y combinado que se utiliza en las ciencias médicas para incorporar o reincorporar a los pacientes con el máximo potencial de vida normal, desde el punto de vista físico, psicológico, social y laboral.

Rehabilitación médica. Es la parte de la asistencia médica que trata de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del impedido y si es preciso, sus mecanismos de compensación, con el propósito de permitirle llevar una existencia autónoma y activa.

Rehabilitación educacional. Corresponde a la educación especial y es la que se imparte a niños, adolescentes y adultos; cuyas características físicas, mentales, emocionales o sociales se apartan del tipo normal, con el objetivo de favorecer el desarrollo de sus capacidades intelectuales y su incorporación o reincorporación a la sociedad como elementos útiles.

Rehabilitación social. Parte del proceso de rehabilitación que tiende a integrar o a reintegrar al discapacitado en la sociedad ayudándole a adaptarse a las exigencias de la vida familiar, colectiva y profesional. Reduce al mismo tiempo las barreras económicas y sociales que pudieran obstaculizar el proceso general de readaptación.

Rehabilitación profesional. Es la expresión que designa aquella parte del proceso continuo y coordinado de la rehabilitación, comprende el suministro de medios dirigidos especialmente hacia la orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para que los discapacitados puedan obtener y conservar un empleo adecuado.

Rehabilitación psiquiátrica. Se define como el conjunto de procedimientos biológicos y sociopsicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que le imposibilitan un adecuado ajuste social, producto de alguna afección psiquiátrica y cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar al normal como sea posible.

Rehabilitación psicosocial. Se define como el procedimiento terapéutico encaminado a crear habilidades sociolaborales cuando éstas no existen o son pobres, restablecerlas cuando se han perdido por alguna enfermedad físico o mental o preservar las que quedan después de un proceso morboso teniendo en cuenta los intereses, motivaciones, necesidades y capacidades reales para lograrlas de forma individual mediante la utilización de patrones de conductas normales y con la participación de la familia y la comunidad.

Rehabilitación integral. Es un proceso activo, continuo, combinado y coordinado que llevan a cabo las ciencias médicas en coordinación con medidas de naturaleza educacional, social y profesional necesarias para el desarrollo de las potencialidades físicas, mentales y sociales de las personas impedidas o inválidas, hasta el más alto grado posible, para que pueda integrarse de forma activa a la sociedad con el mínimo de impedimento y el máximo de independencia posible.

Equipo de rehabilitación

En los diversos servicios que prestan los centros de rehabilitación, interviene personal con especialidades diversas. El método de trabajo debe ser en equipo, en el cual se hace necesario que se acuerde una única forma de ver la intervención, una única base filosófica que le dará un lenguaje común y una misma dirección para cada intervención.

El equipo de rehabilitación en el contexto actual va a tener una función multi-intertransdisciplinaria, ya que va a estar compuesto por personas que contribuyen con sus conocimientos especiales, al propio tiempo que reconoce la actividad de los restantes miembros en sus respectivos campos de trabajo y en ocasiones se intercambian los roles. En la rehabilitación de los impedidos físicos y mentales participan:

- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Fisiatra.
- Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Terapia Física y Rehabilitación.
- Técnico en Terapia Física.
- Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional.
- Trabajador social.
- Técnico en terapia ocupacional.
- Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Logopedia, Foniatría y Audiología.
- Técnico en logopedia.

- Pedagogía especializada.
- Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de Ortesis, Prótesis y Bandaje Ortopédico.
- Técnico en prótesis ortopédica.
- Licenciado en Tecnología de la Salud en el perfil de podología.
- Técnico en podología.
- Medicina especializada.
- Enfermeras
- Especialista en Medicina General Integral
- Organizaciones no gubernamentales de discapacitados (ACLIFIN, ANSOP, ANCI).
- Las organizaciones de masas.
- La administración del Centro Laboral.
- La familia (coterapeuta).

Terapia ocupacional

La concepción de que la ocupación o el trabajo son beneficiosos para dar a los enfermos, surge desde hace mucho tiempo en la historia de la medicina.

Historia y desarrollo de la terapia ocupacional

Los egipcios en el año 2000 a.n.e utilizaban la música y el juego con los enfermos mentales. En el año 172 a.n.e, Galeno médico griego, escribió: “La ocupación es el mejor médico y es especial para proporcionar la felicidad humana”.

Con el desarrollo de los hospitales, a fines del siglo XVIII y principios del XIX, comenzaron a utilizarse la ocupación como método de tratamiento.

En 1803, John Friedrih Rell, afirmó que el trabajo es un excelente medio para curar la ansiedad.

En Alemania, Hernan Simon, transformó el hospital en un taller, ya que consideró que la ocupación es un tratamiento; a este tipo de tratamiento lo llamó laborterapia y praxiterapia.

En 1900, se comenzó a utilizar en algunos hospitales para enfermos mentales, maestros de arte y trabajos manuales.

En 1906, se creó en Chicago el primer curso para adiestrar personas con esta función específica en los hospitales.

En 1910, en los EE.UU. se escribió el primer libro donde se indicaron trabajos manuales específicos con fines de tratamiento.

En 1913, también en los EE.UU., se inauguró un curso de ocupaciones para inválidos.

En 1943, Bernard H. Baruch, destacó la importancia de la medicina física y la rehabilitación, de la fisioterapia, y de la terapia ocupacional en los programas de rehabilitación.

En 1952, el Congreso de la Sociedad Internacional para el bienestar de los incapacitados tomó medidas para la creación de la Federación, cuyo primer congreso se realizó en 1954.

En Cuba, la terapia ocupacional se vino a desarrollar empíricamente desde hace muchos años en los centros de rehabilitación, de incapacitados mentales y psiquiátricos. Después del Triunfo de la Revolución esto se organizó de forma más concreta en los centros que anteriormente se mencionaron.

En esta primera etapa, a los impedidos físicos se les daba un mínimo de enseñanza en cuanto a sus actividades de la vida diaria.

En 1970, la unidad docente nacional “Carlos J. Finlay” convocó un curso oficial de técnicos medios en esta disciplina, que después de graduados pasaban a trabajar a los hospitales de rehabilitación. Se abrieron salas primeramente en los hospitales en los que más demandan tenían las incapacidades del aparato locomotor, como eran los hospital “Julio Díaz” y “Frank País”. Ya en 1973 se amplían estos servicios gracias a graduaciones sucesivas.

En 1974, se ve la necesidad de incorporar dentro del perfil ocupacional del terapeuta la rehabilitación laboral como parte integral de la rehabilitación.

Definición de la terapia ocupacional

La OMS describe la terapia ocupacional como el uso controlado de una actividad que tiene un fin determinado, está dirigida específicamente hacia la restauración o desarrollo de la función del paciente en lo emocional, social y económico. Plantea además, que los programas, actividades y proyectos de la terapia ocupacional deben ser seleccionados y guiados por terapeutas calificados que sepan comprender las condiciones del paciente, las necesidades individuales y el potencial terapéutico de las diversas actividades.

Otros autores han definido la terapia ocupacional como: “Cualquier actividad mental o física prescrita por el médico y administrada por el terapeuta calificado, mediante el uso de procedimientos de trabajo y actividades que tienen el propósito de contribuir al mejoramiento, desarrollo y mantenimiento de habilidades mentales, sociales o físicas que han sido dañadas por una enfermedad o lesión”.

Una forma de tratamiento prescripto por el médico que utiliza actividades de diversos tipos y relaciones interpersonales en un ambiente

terapéutico con el propósito de contribuir a la evaluación y recuperación de la función, a la utilización funcional de las capacidades residuales y al logro de la máxima independencia e integración social y laboral posible en pacientes con afecciones físicas o mentales.

En el contexto actual la terapia ocupacional se concibe como la práctica de acciones acrecentadas por el rehabilitador social y ocupacional, que tiene como escenario el medio social, institucional, familiar, entre otros; en el cual no solo cumple funciones técnicas a favor de la rehabilitación, habilitación y atención a los discapacitados, sino también acciones fundamentales en la promoción, prevención y capacitación en materia de salud y salud mental, donde influye positivamente en los cambios de hábitos y estilos de vida de los individuos, enfermos o no, se observa al hombre como un ser biopsicosocial en relación directa con el hábitat, su cultura, sus costumbres y medio circundante en general, acorde con las normas jurídicas sociales que rigen la sociedad a la pertenece.

El objetivo general de la terapia ocupacional es integrar o reintegrar el individuo de forma activa a la sociedad, con el mínimo de impedimento y el máximo de independencia posible.

Relación de la terapia ocupacional con otras ciencias

- Anatomía. Permite conocer los distintos sistemas que forman nuestro cuerpo para lograr así una localización exacta de las partes afectadas para la aplicación de los tratamientos.
- Fisiología. Permite conocer el funcionamiento de los órganos y sistemas del organismo, y la influencia de estos, así como las actividades terapéuticas para lograr la integración del individuo a la sociedad.
- Higiene. Es importante conocer las condiciones higiénicas que existe en la comunidad, vivienda, así como el nivel nutricional, para garantizar estilos de vida saludables.
- Psicología. Permite conocer aspectos importantes de la esfera afectiva, del carácter y personalidad del individuo, así como sus características psicológicas, para poder crear un ambiente propio que facilite obtener éxito en el tratamiento del individuo que posee una disminución en su capacidad tanto física, psicológica o social.
- Pedagogía. Ayuda a obtener los métodos correctos para que el paciente asimile fácilmente el tratamiento.
- Sociología. Aporta un cuerpo de conocimientos sobre el funcionamiento social de los seres humanos.
- Conocimientos elementales de clínica. Permite conocer los síntomas generales de las afecciones que se trata para poder aplicar correctamente las pautas de tratamiento.

Ética y personalidad profesional

La constante elevación del nivel de salud del pueblo de Cuba, constituye uno de los propósitos de la gigantesca obra desplegada por la Revolución, que aparece justamente entre sus primeras y más importantes conquistas de unánime reconocimiento mundial.

El objetivo de mantener y preservar la salud del pueblo deviene una permanente tarea priorizada de nuestro país, al mismo tiempo que nuestra experiencia médica se extiende, también, al terreno de la ayuda internacionalista a otros países.

El carácter socialista de nuestra medicina constituye la base material sobre la que se sustenta la moral y la ética de los trabajadores de la medicina cubana. La rehabilitación social y ocupacional forma parte del equipo de rehabilitación como una especialidad en sí mismas. El terapeuta que presta servicio es un especialista en su campo, con funciones específicas y definidas, por tanto su conducta debe estar ajustada a un conjunto de normas inviolables y estrictas, reconocida como la ética profesional.

Condiciones fundamentales de un profesional

- Responsabilidad ante el paciente.
- Responsabilidad ante la institución y la sociedad.
- Integridad y dignidad profesional.
- Disposición de trabajo, donde se tenga en cuenta como premisa fundamental el servicio al paciente.
- Espíritu de superación constante.
- Buenas relaciones humanas.

Personalidad del terapeuta

El terapeuta debe caracterizarse por los siguientes rasgos de su personalidad:

- Tacto: discreción al hablar delante del paciente o con él.
- Control: no discutir con el paciente o familiares.
- Identificación con el paciente: establecer empatía.
- Saber escuchar.
- Juicio.
- Evadir la sobreprotección del paciente sin apartarse de los problemas que puedan ayudar terapéuticamente.

Deberes del terapeuta

1. Saber el tratamiento médico que el paciente está recibiendo.
2. Ser puntual en las citas.
3. Proporcionar al paciente ánimo, esperanza y deseo de mejorar.
4. Ser comprensivo.
5. Ser cortés y nunca despectivo.
6. Planear sus actividades de forma tal que éstas se caractericen por su variedad.
7. Ser reservado en las confidencias que le hagan.
8. Poder hablar de forma interesante, si el paciente prefiere escuchar.
9. Estar familiarizado con temas como: sucesos del día, literatura, música y deportes.
10. Tener paciencia, imaginación y recursos suficientes para solucionar problemas.
11. Ser impersonalmente personal.

Referencia

Un aspecto importante para no cometer un error de criterio, es la referencia hecha por el médico que todo paciente debe presentar en el departamento de terapia ocupacional, en la que deben aparecer reflejados los siguientes datos:

- Diagnóstico.
- Objetivos de tratamiento.
- Información de carácter social y médica.
- Precauciones y contraindicaciones que puedan ser necesarias.
- Otras informaciones de interés.

Principios de la bioética médica

Beneficencia

Significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan; ya que el desarrollo tecnológico lleva a veces a la deshumanización. Por tanto, obliga a:

- Hacer el bien.
- Respetar el decoro, el pudor y la dignidad de todas las personas que están bajo cuidado.
- Atender de forma solícita y benévola.
- Escuchar a todas las personas que requieran de un servicio.

Cumplimiento del terapeuta ocupacional con el principio de beneficencia:

- Cuando se trata al paciente se debe hacer de forma delicada y sutil, no gritarle.
- Escuchar sus preocupaciones y dificultades.
- Ofrecerle la atención requerida y esforzarse para viabilizar las soluciones posibles.
- Utilizar en todo momento un lenguaje claro, sencillo y comprensible, donde se erradique cualquier expresión soez o de mal gusto.
- Apropiarse de los conocimientos más actualizados de la especialidad, para llevar las vías correctas de tratamientos.

No maleficencia

Significa no dañar y reconocer la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal, esto está ligado estrechamente al sistema de valores morales que tiene el hombre, ya que implica para ella un deber con la sociedad. Por tanto, obliga a:

- Evitar que se produzcan daños a personas sanas o enfermas en trabajos investigativos.
- Conservar el secreto profesional
- No divulgar aspectos de la enfermedad que estén relacionados con la vida íntima del enfermo o sus familiares.

Cumplimiento del terapeuta ocupacional con el principio de no maleficencia:

- Cuando hay un cambio de tratamiento o actividad se debe explicar al paciente.
- Cuando se va suspender una actividad que se ha programado y planificado, se debe avisar con previo aviso.
- Evitar que llegue a mano del paciente cualquier documento que pueda darle perjudicial información.

Autonomía

Significa la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. Se debe tener en cuenta que:

- Esto lleva consigo el consentimiento informado, por tanto el paciente debe saber y dar consentimiento de su tratamiento.
- En ocasiones se presentan situaciones críticas, por lo que se debe tomar decisiones por el bienestar del paciente. Este principio protege al hombre porque previene riesgos y daños ante diferentes

procedimientos y al personal de salud, instituciones y sociedad en general.

Cumplimiento del terapeuta ocupacional con el principio de autonomía:

- Cuando se programa alguna actividad, se debe hacer conjuntamente con el paciente.
- Antes de comenzar una actividad se explica y se pregunta ¿si le gusta, si se siente bien con ella? Y en caso que no se sienta en condiciones de realizar la actividad es necesario suspenderla, buscar la causa de su negativa y hacer otra, donde se tome en consideración el criterio del usuario y se programa para realizarla posteriormente.

Justicia

En la atención de salud significa la distribución equitativa de bienes en una comunidad, o sea, dar a quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario en dependencia del modelo económico social. En esta sociedad socialista, cada individuo tiene derecho a todos los servicios médicos, adecuados, dignos y básicos. Esto obliga a:

- A tener el mismo trato hacia todos los pacientes sin distinción alguna de raza, creencias religiosas o estado social.

Cumplimiento del terapeuta ocupacional con el principio de justicia:

- Cuando se programa una actividad se da el derecho a todos los pacientes a participar.
- Las actividades que se programan fuera del centro se hace de forma tal que el nivel económico de cada paciente le permita participar.
- Tratar a todos por igual sin distinción alguna.

Relación del terapeuta con el equipo de salud

- Debe mantener una actitud crítica y autocrítica con los asuntos referidos a la relación con el paciente.
- Evitar indiscreciones que menoscaben el prestigio de otros compañeros.
- Poner en conocimiento a las autoridades correspondientes cualquier violación que nos conste de los principios éticos, como de los reglamentos establecidos.

Modalidades de la terapia ocupacional

Una de las herramientas del rehabilitador social y ocupacional son las modalidades de la terapia ocupacional, que son empleadas terapéuticamente y destinadas a lograr objetivos de tratamientos concretos para cada individuo o grupos. Entre las modalidades que trabaja el terapeuta en la rehabilitación de los individuos que sufren una incapacidad física y mental se encuentran:

- Ergoterapia.
- Ludoterapia.
- Terapia recreativa.
- Educación física.
- Musicoterapia.
- Arteterapia.
- Psicoballet.
- Terapia de grupo.
- Entrenamiento de las actividades de la vida diaria (A.V.D.).
- Otras.

Ergoterapia

Desde una óptica estrictamente semántica significa o quiere decir tratamiento por el trabajo. El trabajo, es además de una necesidad social fundamental, una necesidad biológica del hombre; biológica en el doble sentido de la palabra, como medio de vida y además, como medio saludable.

Tipo de ergoterapia

- Trabajo manual (artesanía, carpintería)
- Trabajo industrial (agricultura, fábricas)
- Trabajo en servicio (lavandería, cocina comedor, limpieza)

Objetivos de la ergoterapia

1. Contribuir al mejoramiento, desarrollo y mantenimiento de las habilidades mentales, sociales o físicas, que han sido dañadas por la enfermedad o discapacidad.
2. Proporcionar un mejor ajuste al medio y formas específicas para recobrar o desarrollar, en lo posible determinadas aptitudes y habilidades que contribuyan así a su orientación prevocacional.
3. Elevar la autoestima y confianza del individuo ya que al realizar un trabajo se siente más útil en el seno de la familia y de la nueva sociedad que la Revolución construye.

Ludoterapia

Es la combinación de diversos procesos mentales y psíquicos indispensable a la solución de un problema, nacido de la situación del juego.

Tipo de ludoterapia

- Ludoterapia activa (juegos de salón como: baile de la silla, baile de la escoba, gallinita ciega).
- Ludoterapia pasiva (juegos de mesa como: dominó, parché y ajedrez).

Objetivos de la ludoterapia

1. Facilitar las relaciones interpersonales.
2. Desarrollar las capacidades y habilidades que han sido dañadas como consecuencia de la enfermedad.
3. Proporcionar la actividad física mediante algo agradable.
4. Proporcionar el desarrollo emocional
5. Proporcionar la socialización al cooperar con el terapeuta y demás compañeros de juegos, así como cumplir las reglas.
6. Mejorar la apariencia personal.

Todos los pacientes deben participar en juegos de un tipo u otro, no podrán, ni deben excluirse de ellos los encamados, estos pueden participar en los juegos pasivos. Si un paciente se niega a participar el terapeuta deberá buscar la causa de su negativa y hacer anotaciones pertinentes al caso.

Terapia recreativa

La recreación utilizada como recurso psicoterapéutico y convocada a múltiples actividades, ayuda al desarrollo emocional y creativo del paciente, con el propósito de lograr que éste tome parte en cada una de las actividades.

Tipo de terapia recreativa

- Pintura.
- Música.
- Juegos recreativos.
- Televisión.
- Radio.
- Fiestas.
- Teatro.
- Cine.
- Literatura.
- Cumpleaños colectivos.
- Paseos y excursiones.

Objetivos de la terapia recreativa

1. Llenar el tiempo libre del usuario y que éste se entregue con aceptación, para que pueda distraerse o divertirse.
2. Mejorar el estado de ánimo del usuario, estimulándolo mental y psicológicamente
3. Desarrollar integralmente su personalidad.
4. Favorecer la maduración cognoscitiva, afectiva y colectiva.
5. Ganar en conocimiento en torno al medio que lo rodea, para facilitar la integración social.
6. Ampliar el horizonte de sus relaciones interpersonales.
7. Despertar vivencias agradables.
8. Disminuir o atenuar síntomas como: agresividad, tensión, agitación, apatía, irritabilidad, y otros.
9. Liberar tensiones emocionales.
10. Incrementar la socialización, autoestima y creatividad.
11. Mejorar las relaciones interpersonales.
12. Desarrollar sentimientos de responsabilidad y disciplina, tanto individual como colectiva.
13. Garantizar la cohesión del grupo.

14. Favorecer la satisfacción plena del sueño.
15. Alejar de la mente del usuario sentimientos y pensamientos sobre la enfermedad.

Educación física

Es utilizada en la terapia ocupacional como recurso terapéutico, la cual se rige por principios básicos para que el individuo pueda emplear sus facultades conservadas o adquiridas en beneficio de su rehabilitación.

Principios básicos de la educación física en la terapia ocupacional

1. El ejercicio debe tener forma natural y dirección útil, al paciente se le proporcionará para todo tipo de trabajo especializado.
2. Con la gimnasia se conseguirá rendimiento físico y salud.
3. Para conseguir el efecto educativo y social se aplican los ejercicios en formas libre y reglamentada, mediante el deporte o juegos.
4. Se asocian en todos los movimientos, el ritmo, la elasticidad, la fuerza y la utilidad; se toma en cuenta la finalidad deseada.
5. La enseñanza será gradual, siempre irá de lo fácil a lo difícil.

Beneficios que se obtienen en el enfermo con la educación física

1. Se mejora la apariencia personal.
2. Desarrolla las capacidades y habilidades que han sido dañadas como consecuencia de la enfermedad.
3. Facilita las relaciones interpersonales paciente-terapeuta y pacientes.
4. Aprende a obtener los triunfos y las derrotas.
5. Mejora la circulación y su autoestima.
6. Logra hábitos organizativos.
7. Proporciona sentimientos de amistad.
8. Eleva el potencial físico del individuo.
9. Eleva las capacidades de trabajo del organismo.

Subdivisión de la educación física

- Deporte.
- Concurso deportivo.
- Gimnasia y cultura física terapéutica.

Beneficios del deporte

- Proporciona al enfermo una actividad corporal espontánea y la satisfacción del esfuerzo físico.
- Proporciona situaciones para que el enfermo actúe y se convierta en la célula dinámica de su grupo, contribuyendo a la socialización al estimular mediante la actividad, los lazos de afectos, tanto dentro del grupo como con los demás compañeros.

Beneficios del concurso deportivo

- Logra que los pacientes formen parte activa en encuentros deportivos reglamentados, creándole así un sentimiento de responsabilidad que le permita la integración y la participación activa en la colectividad.
- Permite a los pacientes reaccionar ante la victoria o derrota, desarrollándole nobleza para congratular al vencedor o vecino.
- Ofrece situaciones por medio de las reglas de juego para desarrollar disciplina de obedecer y cumplir.

Beneficios de la gimnasia y cultura física terapéutica

- Se aplican ejercicios con objetivos profilácticos y medicinales para lograr un rápido y completo restablecimiento de la salud, de la capacidad de trabajo y la prevención de consecuencias de las afecciones.
- Ofrece la oportunidad al enfermo de adiestrar el cuerpo, despertar el interés, mejorar el ánimo y la confianza propia, pues libera y atenúa síntomas como ansiedad, tensión y agresividad.

Musicoterapia

Es el uso de la música bajo supervisión médica y el músico-terapeuta como un agente en el tratamiento rehabilitatorio y entrenamiento del paciente.

Tipo de musicoterapia

- Música pasiva (el usuario escucha el sonido y lo percibe casi siempre en posición de relajación, está de observador).
- Música activa (el usuario trabaja con instrumentos y emite sonidos, su participación y relajación con la música la realiza de forma activa).

La música ejerce gran influencia en el organismo humano ya que es un modificador de la capacidad de trabajo y de las funciones psíquicas, estas se activan hasta tal punto que la memoria mejora.

Efectos de la música

La musicoterapia produce varios efectos en el paciente, tanto en la esfera psicológica, social y física.

Esfera psicológica

- Alivia tensión.
- Cambia el estado de ánimo.
- Permite atraer o mantener la atención.
- Facilita la expresión.
- Estimula las emociones y fantasías.
- Influye en las emociones.

Esfera social

- El paciente gana confianza y seguridad ante sí mismo y los demás, ya que la música es tan socialmente aceptada que el individuo puede cantar algo solo o con un instrumento musical.
- Sirve para establecer contactos afectivos.

Esfera física

- Capaz de provocar cambios en el metabolismo.
- Incrementa o disminuye la energía muscular, según sea el ritmo.
- Acelera la respiración o altera su regularidad.
- Produce efecto marcado pero variable en el pulso; la presión sanguínea y la función endocrina.
- Disminuye el impacto de los estímulos sensoriales de diferentes modos.
- Tiende a reducir o disminuir la fatiga, y consecuentemente incrementa el endurecimiento muscular.
- Facilita la expresión corporal.

Objetivos de la musicoterapia

1. Entrenar el autodomínio.
2. Provocar entusiasmo.

3. Ayudar a la coordinación psicomotriz.
4. Enseñar a obedecer y respetar.
5. Contribuir a la socialización.
6. Ayudar a mejorar las relaciones interpersonales.
7. Aliviar la tensión.
8. Ayudar a atraer y mantener la atención.
9. Facilitar la autoexpresión.
10. Cambiar el estado de ánimo.
11. Contribuir a que el paciente gane confianza ante sí mismo y los demás.
12. Influir en las emociones.

Arteterapia

Son las distintas modalidades del arte con fines terapéuticos, utilizados en la rehabilitación de los pacientes con afecciones físicas o mentales.

Terapias vinculadas al arte

Dibujo. Es un recurso que utiliza con frecuencia el psicoterapeuta, por las enormes posibilidades que brinda en el diagnóstico, e incluso en el tratamiento terapéutico.

Objetivos del dibujo con fines terapéuticos

1. Ofrecer información acerca de las características de la personalidad del individuo, específicamente en niños. El dibujo libre ofrece valiosa información acerca de cómo es la conducta del niño.
2. Facilitar la relación y abrir vías en la comunicación verbal.
3. Facilitar la comprensión de la problemática.
4. Ventilar emociones al propiciarse la catarsis, sobre todo en un contexto grupal.
5. Conocer gustos, necesidades y deseos.
6. Movilizar la creatividad.

Plastilina. Es un recurso utilizado por muchos terapeutas, ya que su simple manipulación constituye una descarga de tensiones, proporciona habilidades motrices, facilita la autoexpresión, desarrolla la creatividad, y facilita la comunicación y comprensión de la problemática.

Biblioterapia. Es un recurso de mucha utilidad, consiste en recomendar lecturas adecuadas según la edad y diagnóstico del paciente, ya que posibilita adquirir conocimientos aplicables a la vida personal y social

(éticos, patrióticos polémicos, de aventuras, entre otros.) Además, permite alejar de la mente del paciente asuntos relacionados con la enfermedad o problemática.

Psicoballet

Es un método de psicoterapia colectiva donde la psicología y el ballet se conjugan en un sistema dinámico que busca restaurar el equilibrio psíquicosocial en personas con deficiencias o discapacidades mentales, sensoriales o motoras. Está estructurado por diferentes elementos, métodos y técnicas psicológicas (danza, música, expresión corporal, pantomima, dramatización, juegos técnicos y métodos tecnológicos).

Objetivos del psicoballet

1. Mantener los principios del grupo.
2. Fomentar las relaciones interpersonales.
3. Desarrollar la atención activa y pasiva.
4. Elevar la autoestima.
5. Contribuir al desarrollo de habilidades artísticas y fomentar el disfrute en estas manifestaciones artísticas.
6. Proporcionar equilibrio psíquico y habilidades motrices.
7. Contribuir a la formación adecuada de la personalidad de niños y jóvenes.

Aplicación en manifestaciones psicopatológicas

El psicoballet se agrupa en diferentes categorías para su aplicación en manifestaciones psicopatológicas.

1. Prevención (niños hiperactivos, con trastornos de conducta y distráctiles).
2. Curación (ídem al 1).
3. Rehabilitación (ídem al 1).
4. Reeducación (adolescente con conductas antisociales).
5. Rehabilitación (ciegos, débiles visuales, limitados motores, psiquiátricos y personas de la tercera edad).

Objetivos específicos del psicoballet

Ciegos y débiles visuales. Se trabaja la interrelación en el espacio,

contacto piel con piel; con el objetivo de que el individuo gane prestigio en su medio familiar, lo que lo hace rescatar su salud mental.

Hipoacúsicos. Se trabaja mucho en el ritmo mediante las vibraciones en el piso de madera, las palmadas y claves; con el objetivo de que el individuo gane prestigio en su medio familiar lo que lo hace rescatar su salud mental.

Limitados motores. Se trabaja con el objetivo de lograr la integración al grupo, mejorar la socialización y la motricidad, especialmente en los limitados severos.

Psiquiátricos. Se trabajan los objetivos específicos individuales.

Personas de la tercera edad. Se trabaja con el objetivo de adquirir una mejor calidad de vida.

Fundamentación de la técnica de psicoballet

1. Necesidad de movimientos.
2. La danza como medio de comunicación natural-extra verbal permite ver si el individuo está agresivo, alegre, tenso o relajado.
3. Significación neurofisiológica que tienen las actividades danzarias para el hombre. Mientras más finos sean los movimientos (es decir los ejercicios) se recibe estímulos que proporcionan una percepción más positiva por lo que la conducta es más eficaz.

Terapias de grupo

Son técnicas grupales psicoterapéuticas que se utilizan con un fin determinado, principalmente en la rehabilitación integral de aquellas personas en las que han aparecido incapacidades, tanto físicas como mentales, que imposibilitan un adecuado ajuste social.

Criterios a tener en cuenta en la selección de las técnicas grupales

1. Clasificar a los pacientes según edad, sexo y afección.
2. Condiciones del lugar o local.
3. Usar lenguaje claro y sencillo.
4. Cumplir con los pasos de la técnica.
5. Dominar los temas y seleccionarlos según los objetivos que se quieren lograr.
6. Creatividad del terapeuta o coordinador.
7. Tiempo de duración.

Tipo de técnicas grupales

Técnicas participativas

Son técnicas grupales con las que se trabajan en pequeños grupos, se utilizan fundamentalmente para la educación y la promoción, aunque en la terapia ocupacional es utilizada con objetivos específicos en dependencia de la afección del paciente. Se pueden agrupar de acuerdo con su utilización en:

1. Orientadas hacia la cohesión de grupos, por lo general pequeños, cuyo objetivo sería la desinhibición de los individuos y su identificación con el grupo.
2. En grupos cuyo objetivo es hacer más sencilla, simple y entretenida la reflexión sobre un tema.
3. Además son utilizadas en la educación, teniendo en cuenta la perspectiva transformadora del proceso educativo.

Las técnicas participativas aportan una gran importancia en el proceso de aprendizaje y análisis, pues desarrollan un proceso colectivo de discusión y reflexión, permiten adquirir y enriquecer el conocimiento individual y potenciar el conocimiento colectivo, y estimulan la formación del vínculo afectivo del individuo con el otro y con el grupo.

Las técnicas grupales constan de varias etapas y están compuesta por:

1. Introducción:
 - a) Al iniciar la actividad se debe tener presente el enunciado o título del tema, el cual debe ser breve, claro y atractivo.
 - b) Motivar al usuario, es decir despertar su interés desde el principio hasta el final.
2. Desarrollo:
 - a) Están en función el terapeuta y los usuarios.
 - b) Es importante que el terapeuta mantenga el interés del grupo mediante toda la actividad, para que la técnica no pierda su fuerza ni espontaneidad.
3. Conclusiones:
 - a) Una vez realizada la técnica y de acuerdo con el tipo que se utilice, se realizan las siguientes preguntas:

¿Qué escuchamos? (Técnicas auditivas)	¿Qué vimos? (Técnicas audiovisuales)
¿Qué sentimos? (Técnicas vivenciales)	¿Qué leímos o presentamos? (Técnicas escritas o gráficas)

Este paso permite un primer ordenamiento colectivo, pues reconstruye los principales elementos. Posteriormente se pasa a un análisis más profundo de los elementos presentes en la técnica. Se relacionan todos los elementos con la realidad.

Hasta este paso, el procedimiento sirve para motivar, y se pasa a analizar los aspectos que interesan. Es necesario llegar a una conclusión o síntesis de lo discutido.

Las sugerencias que brinda el terapeuta, deben asumirse con creatividad y de forma flexible.

Clasificación de las técnicas participativas:

1. Técnicas de presentación.
2. Técnicas de animación.
3. Técnicas de integración.
4. Técnicas de análisis.
5. Técnicas para formar grupos.

Los objetivos de las técnicas participativas de presentación son:

- Profundizar en el conocimiento del grupo.
- Lograr la interrelación del grupo.
- Permitir al terapeuta conocer los gustos, necesidades y motivaciones, así como las expectativas del grupo.

Ejemplo: canasta revuelta, la telaraña y la presentación cruzada.

Los objetivos de las técnicas participativas de animación son:

- Lograr la interrelación del grupo.
- Elevar el estado de ánimo.
- Motivar al paciente.

Ejemplo: la cola de la serpiente, la doble rueda y la lluvia de cariño.

Los objetivos de las técnicas participativas para formar grupos son:

- Lograr la formación inicial de un grupo.
- Lograr la interrelación de grupo.
- Facilitar la socialización.

Ejemplo: pareja refranero, la estatua de marfil y el mercado agropecuario.

En numerosas ocasiones el terapeuta combina una técnica de presentación con una de animación. Para formar grupos se recomienda aplicar una, sobre todo cuando es un grupo recién formado.

Los objetivos de las técnicas participativas de integración son:

- Permitir al terapeuta observar si el grupo ha integrado lo que se le ha dado durante un tiempo.

– Permitir conocer los valores más importantes del grupo y compartir inquietudes.

Ejemplo: el dibujo colectivo, el poema colectivo y la comunidad terapéutica.

Los objetivos de las técnicas participativas de análisis son:

– Desarrollar procesos psíquicos como: memoria, lenguaje y pensamiento.

– Desarrollar la habilidad de escuchar.

– Permitir reflexionar y buscar soluciones posibles a los problemas.

Ejemplo: cine debate, lecturas comentadas, charlas educativas, lluvia de ideas, Phillips 66, comunidad terapéutica administrativa, psicodrama.

Psicoterapia de grupo

Es una modalidad terapéutica científica que emplea recursos psicológicos para promover cambios o modificaciones en el comportamiento, adaptación al entorno, la salud física o psíquica, en la curación de las enfermedades, manejo, disminución y eliminación de síntomas, en la maduración de la personalidad y en el bienestar de las personas o grupos sociales.

La psicoterapia de grupo se clasifica en:

1. Según objetivos que persigue:

a) Dialéctica.

b) Enriquecimientos de intereses.

c) Modificación de conducta.

d) Reconstructiva de la personalidad.

e) Profiláctica.

f) Docente.

g) Experienciales.

2. Según número de sujetos o colectivos tratados:

a) Individual.

b) De grupo.

c) De pareja.

d) De familia.

La psicoterapia grupal se clasifica en:

1. Según el tamaño del grupo:

a) Grandes grupos (+ 20 personas).

b) Medianos grupos (+ 10 personas y – de 20).

c) Pequeños grupos (10 personas).

2. Según el grado de apertura en la psicoterapia de grupo:

- a) Grupo cerrado.
 - b) Grupo abierto.
3. Según la composición del grupo:
- a) Homogéneos: características similares o de larga evolución, trastornos neuróticos, trastornos afectivos, trastornos orgánicos, adolescentes, preadolescentes, escolares, disfunciones sexuales, conducta suicida, alcoholismo, drogadicción, entre otros.
 - b) Heterogéneos: incluyen a personas con características diferentes. Hay que tener en cuenta que no existe homogeneidad absoluta.

La psicoterapia de grupo es una técnica dirigida y controlada fundamentalmente por un psicólogo, donde el rehabilitador social y ocupacional participa como miembro del equipo. Es una actividad donde cada paciente realiza una exposición ante el grupo de los acontecimientos de su vida, tanto positivo como negativo, que han podido incidir en su enfermedad o problemática. Se utilizan técnicas analíticas, procedimientos propios de la terapia conductual, del análisis de la comunicación y del aprendizaje, en forma flexible según las características de cada caso. El opositor recibe las opiniones del grupo y el terapeuta aportan en forma de resumen y las posibles soluciones.

Los objetivos de la psicoterapia de grupo son enseñar nuevos estilos de vidas saludables y que el paciente aprenda a vivir con su enfermedad y enfrentar los problemas.

Actividades de la vida diaria

Las actividades de la vida diaria (AVD) son el conjunto de acciones necesarias e indispensables que surgen en el transcurso de un día de vida de todo individuo. Por la importancia que reviste el cumplimiento de las AVD para lograr la funcionabilidad, autonomía y validismo de todo individuo y por ser una de las funciones fundamentales de la terapia ocupacional, se le dedicará una unidad temática para su estudio en la segunda parte del libro.

Objetivos de la terapia ocupacional que sustentan el tratamiento

Como todo tratamiento rehabilitador, la terapia ocupacional persigue objetivos específicos, los que se encuentran enmarcados en las actividades funcionales, laborales y recreativas de los pacientes.

Estos tratamientos se desarrollan teniendo en consideración la capacidad funcional y el estado psicológico del paciente; por lo que el rehabilitador social y ocupacional al elaborar las pautas de tratamiento debe tener en cuenta los objetivos generales de la terapia ocupacional.

Objetivos fundamentales de la terapia ocupacional

Físicos o funcionales

1. Aumentar la fuerza muscular.
2. Ampliar o mantener el movimiento articular.
3. Desarrollar la coordinación.
4. Habilitar o rehabilitar los patrones de movimientos.
5. Desarrollar o mantener la tolerancia al trabajo.
6. Mejorar las condiciones físicas de manera general.
7. Lograr la independencia y autovalidismo en las AVD.

Para lograr estos objetivos se deben realizar las siguientes pruebas:

- Valoración muscular.
- Valoración de la sensibilidad.
- Prueba articular (activa o pasiva).
- Evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Evaluación de los patrones de movimiento

Educacionales

1. Lograr la integración al grupo.
2. Mejorar las relaciones interpersonales.

3. Fijar normas de conductas.
4. Ampliar el vocabulario y el lenguaje.
5. Enseñar los colores, números, formas geométricas y aprendizaje de la lectura y la escritura.

Prevocacionales

1. Orientar vocacionalmente al individuo.
2. Tratar que aprenda un oficio para que pueda sostenerse económicamente y se sienta un ser útil a sí mismo, a la familia y a la sociedad. Se debe tener en cuenta su actitud, habilidades, destrezas, limitaciones para el trabajo, gustos y preferencias, aspiraciones y materiales contraindicados por producir alergia.

Psicológicos

1. Contribuir con el psicólogo para aportar observaciones.
2. Motivar al paciente.
3. Satisfacer sus necesidades emocionales, brindándole ayuda y apoyo psicológico.
4. Utilizar actividades que le brinden confianza, seguridad y autoafirmación de la personalidad e independencia.

Social

1. Integrar o reintegrar el paciente a la vida social activa con el mínimo de impedimento y el máximo de independencia posible.

Es importante tener en consideración que el tratamiento debe ser individual, por lo que el terapeuta debe tomar como base tanto los resultados en la evaluación inicial como las características específicas de cada paciente, y tener en cuenta ciertos factores para cumplir con los objetivos de la terapia ocupacional como son:

1. Factores individuales.
 - a) Edad.
 - b) Sexo.
 - c) Nivel sociocultural.
 - d) Ocupación anterior.
 - e) Patología o incapacidad funcional.
 - f) Nivel de afectación de las lesiones.
 - g) Determinar bien los gustos, preferencias, capacidades y habilidades.

2. Dominio de las técnicas a utilizar o los medios auxiliares para su rehabilitación o habilitación.
3. Una correcta comunicación (lograr una buena relación y empatía).
4. Sistematización del tratamiento.
5. El círculo afectivo (familia, comunidad, amistades y compañeros de trabajo).

Funciones de la terapia ocupacional

1. Trabajar sobre la recuperación de la capacidad de la persona para funcionar y realizar las tareas de la vida diaria.
2. Ayudar al individuo a reconstruir el sentido de su vida.
3. Facilitar, restaurar o mantener la función máxima de una persona.
4. Enseñar nuevas formas funcionales de desempeño ocupacional.
5. Modificar o adaptar los entornos de ejecución para facilitar la función.
6. Intervenir para desarrollar, mejorar o recuperar habilidades.
7. Preparar al sujeto para los requisitos laborales o para disfrutar de un ambiente social de tiempo libre y ocio.
8. Ayudar a lograr la reinserción social de los sujetos.
9. Emplear todos los conocimientos sobre las ocupaciones para prevenir disfunciones ocupacionales.

Actividades para el tratamiento en la terapia ocupacional

Para cumplimentar los objetivos de la terapia ocupacional, es necesario aplicar un programa de actividades propositivas que posibiliten desarrollar la capacidad del individuo y hacerlo obtener la función más normal que pueda alcanzar.

A los terapeutas no les interesa cuán bien se realiza una ocupación o actividad, sino si satisface las necesidades de la persona. Es importante tener en cuenta la satisfacción personal del sujeto al realizar el mayor número de actividades, con el mayor nivel de autonomía y validismo que le permita sus capacidades y sus limitaciones. Así como el mayor grado de adaptación posible que pueda lograr según la situación del individuo y el grado de exigencia del contexto donde tenga que realizar las ocupaciones.

La elección de la actividad está mediatizada por la motivación y el interés personal del individuo, y es necesario tener en cuenta que el tra-

tamiento se lleva a cabo atendiendo a las consideraciones específicas de cada caso y las características individuales de cada individuo.

Una actividad destinada a lograr unos objetivos de tratamiento concretos para cada individuo es lo que se conoce como actividad propositiva, en terapia ocupacional se clasifica en:

1. Actividades terapéuticas.
2. Actividades prevocacionales.
3. Actividades recreativas.
4. Entrenamiento de las AVD.
5. Entrenamiento protésicos de amputados de miembros superiores

Las actividades terapéuticas van a estar destinadas a:

1. Estimular mental y psicológicamente al individuo.
2. Mejorar sus condiciones físicas y psicológicas de manera general
3. Restaurar los músculos y articulaciones para lograr un mejor movimiento y coordinación.
4. Aumentar la tolerancia al trabajo.
5. Desarrollar el sentimiento de pertenencia al grupo y se sienta responsable.
6. Garantizar su adaptabilidad social.

Actividades prevocacionales

Tiene como objetivo orientar al paciente vocacionalmente para su futura ubicación laboral. Se debe tener en consideración que el tránsito por el programa de rehabilitación se establece en grados progresivos de exigencia, y culmina con las normas habituales para los trabajadores regulares. El trabajo que se asigna se mantiene dentro los límites de las capacidades del paciente.

Actividades recreativas

Los objetivos de este grupo de actividades son:

1. Mejorar el estado de ánimo del usuario, ya que lo estimula mental y psicológicamente.
2. Mejorar sus relaciones interpersonales.
3. Favorecer la maduración cognoscitiva, afectiva y colectiva.
4. Garantizar la cohesión del grupo.
5. Atenuar o eliminar síntomas como angustias, tensión, hostilidad, irritabilidad, entre otros.
6. Favorecer la satisfacción plena del sueño.
7. Alejar de la mente del paciente sentimientos o pensamientos sobre la enfermedad.
8. Permitir la integración social.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Se debe entrenar al paciente en las actividades elementales de la vida diaria como:

- Higiene.
- Alimentación.
- Vestido.
- Comunicación y otras.

Entrenamiento de los pacientes con amputaciones de miembros superiores

El objetivo fundamental es entrenar al paciente para la independencia total y en el uso correcto de los artificios ortopédicos, manipulación, cuidado y limpieza.

Clasificación de las AVD

Los AVD son el conjunto de actividades necesarias e indispensables que surgen en el transcurso de un día de vida de todo individuo.

Clasificar las AVD no solo surgen para alcanzar comprensión de las actividades, sino también para poder abarcar la totalidad de su campo y por la necesidad de encontrar los elementos para programar el entrenamiento de los inválidos, cuyas incapacidades impiden efectuar dichas actividades autónomamente.

Varios criterios se han seguido para clasificar las actividades de la vida diaria para su desarrollo, entre otros, la clasificación general siguiente:

Grupo A. Comprende todas las actividades que permiten satisfacer las necesidades primordiales de independencia, aquellas cuya no realización evidencian en su grado la dependencia. Ejemplo: comer solo, vestirse solo, asearse solo, etc.

Grupo B. Comprende todas las actividades que permiten satisfacer las necesidades de traslado, ya de lugar, pasaje o desplazamiento, tomando en consideración la posibilidad de efectuarla en posición de pie o en silla de ruedas. Ejemplo: trasladarse en sillón de ruedas, trasladarse del sillón de ruedas a la cama o viceversa, bajar y subir escaleras, etc.

Grupo C. Comprende todas las actividades que permiten satisfacer las necesidades de desenvolvimiento con elementos comunes de uso diario. Ejemplo: dar cuerda al reloj, la escritura, encender fósforos, discar el teléfono, encender el interruptor de la luz, etc.

Condiciones del paciente

Es importante que el terapeuta al elaborar un plan de tratamiento tenga en cuenta ciertos aspectos, en cuanto a las condiciones del paciente cuando llega al departamento, como son:

1. El paciente sabe poco acerca de la enfermedad o tiene ideas erróneas sobre ella.
2. No conoce sobre el tratamiento.
3. Tiene que adaptarse, en ocasiones, a la vida hospitalaria, a la ausencia familiar, y en general a la limitación en su vida social.

Complicaciones del paciente

- Resignación.
- Ansiedad.
- Temor a la enfermedad.
- Concentración en sí mismo.
- Inadaptación del orden conyugal.
- Otras.

Estas complicaciones emocionales que pueden presentarse en el paciente, van a afectar en gran medida el tratamiento que se lleva a cabo con él, por lo que el terapeuta debe ser muy observador y conocer bien al paciente para poder elaborar el plan de tratamiento correcto que permita incorporarlo a las diversas modalidades de la terapia ocupacional; con el propósito de facilitar y propiciar la más rápida e integral rehabilitación del individuo.

Medidas profilácticas

Es importante que el terapeuta tenga en cuenta ciertas medidas profilácticas para evitar complicaciones que afecten el éxito del tratamiento como son:

1. Comodidad, se requiere de un mobiliario que se corresponda con las necesidades del paciente, como pueden ser: sillas, mesas, y equipos que facilitan sus actividades diarias.
2. Buena iluminación y posición correcta del local.
3. División adecuada del tiempo en períodos de trabajo y descanso.
4. Correcta selección del material de trabajo.
5. Ayuda adecuada.
6. Enseñanza continua y constante que estimule al paciente, así como su control sistemático y asistencia regular.

7. Observar que el paciente adopte la postura correcta para evitar que ejecute patrones de movimientos viciados.
8. Cambiar el proyecto del tratamiento, cuando sea necesario, a fin de facilitar su ejecución adecuada.
9. Control de los materiales utilizados para evitar reacciones alérgicas, infecciones y quemaduras.
- 10.No usar instrumentos que puedan causar lesiones.

Organización y administración del departamento

El primer paso para organizar el departamento de terapia ocupacional, es hacer un estudio de la institución donde se va a establecer dicho servicio, de manera que la organización debe ajustarse a las necesidades del centro.

Esta organización incluye en el análisis los tipos de incapacidades que van hacer tratadas, el funcionamiento general de la institución, el reglamento interno que rige la actividad del centro y la relación del servicio de terapia ocupacional con los demás departamentos.

Organización interna del departamento de terapia ocupacional

La organización interna del servicio debe establecerse teniendo en cuenta las normas de la institución, la cual deberá ajustarse estrictamente a la política que preside.

Aspectos a considerar en la organización del departamento

Reglamento interno para el paciente

Debe garantizar que el tratamiento alcance los objetivos propuestos y para esto se debe establecer claramente las exigencias, es importante tener en cuenta los siguientes factores:

- Asistencia y puntualidad.
- Reevaluaciones.
- Alta por falta en el cumplimiento del tratamiento.
- Disciplina interna.

Reglamento interno para el personal técnico y administrativo

Persigue los mismos objetivos que el reglamento de los pacientes, pero debe incluir los siguientes factores:

- Disciplina laboral.

- Conducta profesional (ética profesional).
- Superación técnica y cultural.
- Participación en las actividades técnicoadministrativas.

Recepción del paciente

La recepción debe ser reglamentada y se realizará solo mediante la prescripción de un tratamiento de terapia ocupacional por un médico autorizado.

Archivo

Mediante los archivos se llevará el control de la vida diaria del servicio, estos deben incluir los siguientes aspectos:

- Tarjetas de horarios.
- Hojas clínicas.
- Expedientes individuales.
- Hojas de evaluación de las AVD.
- Inventarios.

Horario de tratamiento

Esta destinado a garantizar que los pacientes reciban al máximo los beneficios requeridos, y mantengan la frecuencia y continuidad del tratamiento prescrito; deben planificarse teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Tipo de paciente y sus características individuales.
- Espacio físico para tratamiento.
- Materiales a utilizar, así como los equipos.
- Presión asistencial del horario (volumen de trabajo).

Volumen de trabajo

El volumen de trabajo es la suma de todos los factores que están presentes en un período de tratamiento determinado, y comprende los siguientes aspectos:

- Tiempo para estudiar cada caso.
- Preparación del material necesario para el tratamiento.
- Planificación y aplicación del tratamiento.

Estructura interna del departamento de terapia ocupacional

Un buen servicio de terapia ocupacional debe constar con las siguientes secciones:

1. Sección de ABC, donde el paciente aprenderá las labores de autoservicio como:
 - a) Vestirse.
 - b) Trasladarse de la cama a la silla.
 - c) Aseo personal.
 - d) Preparación de alimentos.
 - e) Uso y empleo de cubiertos.
2. Sección de coordinación, en la que el paciente utilizará juegos didácticos y tableros de coordinación.
3. Sección de educación laboral, donde el paciente se adiestrará en el uso de:
 - a) Herramientas y equipos de carpintería.
 - b) Orfebrería.
 - c) Modelado.
 - d) Dibujo.
 - e) Otros.
4. Sección de actividades manuales, se adiestrará en la práctica de:
 - a) Mecanografía
 - b) Distintos tipos de tejidos.
 - c) Distintos tipos de bordados.
5. Oficina, donde se recibe y entrevista a pacientes y familiares; y se redactan los informes.

Condiciones del departamento

Para prestar servicio con eficiencia, el departamento de terapia ocupacional debe requerir de determinadas condiciones como son:

1. El mobiliario que se corresponda con el tipo de incapacidades que se trabaja.
2. Buena iluminación.
3. Buena ventilación.
4. Local limpio y organizado.
5. Correcta estructura del servicio de terapia ocupacional.
6. Posición correcta del local.

Responsabilidad del terapeuta en el departamento

1. Aplicar tratamiento a los pacientes.
2. Regular los horarios de tratamiento.
3. Controlar la asistencia de los pacientes (tarjetas o registros de control de asistencia).
4. Llenar el informe en el tiempo que establece la institución.
5. Anotar en el momento cualquier observación relacionada con el tratamiento y evolución del paciente.
6. Cumplir con el reglamento del paciente.
7. Velar por la limpieza y *confort* del departamento.
8. Control de materiales y equipamientos del departamento.

Relación con otros servicios

El departamento de terapia ocupacional debe mantener estrecha relación con el resto de los servicios, de manera que se puedan coordinar los diferentes aspectos comunes a la rehabilitación, como son los horarios, tratamientos y consultas; entre estos servicios se encuentran:

- Psiquiatría.
- Psicología.
- Terapia física y rehabilitación.
- Logopedia, foniatría y audiolología.
- Pedagogía especializada.
- Ortesis, prótesis y bandaje ortopédico.
- Podología.
- Medicina por especialidad.
- Enfermería.
- Peritaje médico.

Registros e informes

El ejercicio de la medicina requiere cada vez más que diversos profesionales de la salud contribuyan a la atención del paciente. Cada uno deberá registrar toda la atención que se brinda al paciente hospitalizado o el que acude a la consulta externa. El documento donde se consignan estos registros se conoce como historia clínica.

El propósito de la historia clínica, es de servir como medio eficiente para la comunicación entre el médico tratante y los demás profesionales que intervienen en el tratamiento para una mejor atención al paciente.

El informe de terapia ocupacional es el documento que recoge toda la información concerniente al paciente, incluye los detalles sobre los exámenes realizados, los tratamientos aplicados y los resultados obtenidos. Dicho informe será firmado por el terapeuta y archivado en la historia clínica.

Los registros son un medio de conservación de la memoria, recoge datos y aspectos específicos. Las anotaciones deben ser registradas en el momento que se presentan, con el objetivo de que la información llegue al resto del equipo de salud. Por tanto, se debe anotar en un orden consecutivo y con la fecha correspondiente.

Existen varios tipos de registros, se aplican en dependencia del servicio y la institución, como son:

- Historia ambulatoria.
- Historia de evolución.
- Ficha de Token Economy.
- Hoja de evaluación de las AVD.
- Otros.

Aspectos principales para redactar el informe

La evaluación inicial del proceso

La evaluación inicial del proceso contempla el estado en que se encuentra el paciente en el momento que llega al departamento. Se deben poner las potencialidades del usuario para aceptar y adoptar el tratamiento.

Plan de tratamiento

Es el resumen de las actividades que debe efectuar el paciente en el momento de su iniciación.

Progreso de tratamiento

Es el resumen de las notas del progreso y evolución del paciente.

Evaluación final del tratamiento

La evaluación final lleva el resumen de todo el programa de tratamiento y los resultados que tuvo.

Frecuencia del informe

Se inicia en el momento que se recibe y evalúa al paciente, y concluye con la evaluación final; aunque hay casos que se reevalúan y se establecen nuevas pautas de tratamientos.

Es conveniente tener conocimiento de que todos los resultados no son siempre positivos, los retrasos, los procesos y las estabilizaciones son tan importante como el progreso.

Partes del informe

1. Datos personales del paciente (nombres y apellidos, edad, sexo, ocupación, estado civil).
2. Historia de la enfermedad actual.
3. Antecedentes personales y familiares.
4. Historia psicosocial.
5. Evaluación inicial (incapacidad o síntomas).
6. Diagnóstico.
7. Plan de tratamiento.

En los pacientes con afecciones físicas el informe debe incluir las siguientes evaluaciones:

1. Valoración muscular:
 - a) Arco articular.
 - b) Fuerza muscular.
2. Patrones de movimiento.

- a) Alcances.
 - b) Agarres.
 - c) Saltar.
 - d) Lanzar.
 - e) Movimientos laterales y bilaterales.
 - f) Dígitos individuales.
3. Sensibilidad:
4. AVD, si es independiente o no, en que lo es y en que no.

En los pacientes con afecciones mentales el informe debe incluir una evaluación de cada una de las esferas:

- Esfera de relación.
- Esfera de integración o síntesis.
- Esfera conativa.
- Esfera cognoscitiva
- Esfera afectiva.

Además, se clasifica en el nivel de rehabilitación que debe incluirse el paciente.

Cualidades del terapeuta para redactar el informe

1. Exactitud: tener la capacidad de expresar de forma exacta, precisa y correcta lo que ha observado.
2. Honestidad: tener capacidad para traducir en palabras, una observación veraz y justa.
3. Perfección: tener capacidad para dedicar una atención cuidadosa a todos los hechos, sin hacer observaciones superficiales.

Importancia del informe

El informe es el documento donde se recoge toda la información concerniente al paciente, por tanto reviste de gran importancia, ya que sirve como medio de comunicación entre los miembros del equipo de salud que intervienen en el tratamiento del paciente, propiciando una mejor atención.

Método de instrucción ocupacional

El método de instrucción ocupacional es el más utilizado para la aplicación satisfactoria de la Terapia Ocupacional ya que proporciona la instrucción apropiada en las actividades requeridas. Consiste en la explicación y demostración simultánea de las actividades.

La explicación y la demostración no son satisfactorias de forma aisladas, ya que todos los individuos no tienen el mismo nivel de coeficiencia, por lo que si se utiliza uno de estos métodos por separados, no se aplicaría correctamente las vías para la solución del trabajo, lo que puede traer consigo que el paciente no logre terminar la actividad o la concluye incorrectamente.

Cuando no se realiza correctamente este método puede provocar que el paciente se sienta descorazonado, frustrado y pierda confianza en si mismo, en el tratamiento, en el terapeuta y la institución; lo que conllevaría a una pérdida de tiempo tanto para el terapeuta, como para el paciente, y se retrasaría el proceso de rehabilitación.

Importancia del método explicación-demostración

Se combina la explicación con la demostración, por tanto proporciona que la actividad llegue más fácil al usuario, la interiorice y pueda terminarla; esto conllevaría a elevar la autoestima y la confianza del paciente en sí mismo, en el tratamiento, en el terapeuta y en la institución. Todo esto traería consigo un ahorro de tiempo, por lo que la evolución y rehabilitación del paciente será más rápida y satisfactoria.

Fases del método de instrucción ocupacional

1. Preparación del paciente:
 - a) Se debe colocar al paciente en posición cómoda, debe haber una

primera comunicación terapeuta-paciente, donde se cree un ambiente de confianza y calmado para que el usuario se sienta cómodo.

- b) Comprobar si sabe realizar la actividad. Se comprueba con preguntas como: ¿tienes alguna idea cómo es?, ¿lo has visto alguna vez hacerlo?
- c) Conseguir el interés del paciente. Se trata de motivar al usuario, diciéndole que lo aprendido le servirá para realizar un trabajo que lo ayudará económicamente, y además, podrá ser expuesto en alguna feria o evento que se organice.
- d) Colocar al paciente en posición correcta: el terapeuta se colocará al lado del paciente, su mano contraria a la que debe llevar un manejo primordial de la actividad para que el usuario observe mejor. El terapeuta nunca debe colocarse al frente del paciente, solo lo hará en los niños en la actividades de coordinación y agarre durante el entrenamiento de las AVD (tableros de acordeonado, abotonado, entre otros).

2. Presentación de la actividad:

- a) Explicar todos los pasos, de forma detallada, no hacerlo de forma corrida y superficial.
- b) Explicar de forma lenta, no hacer señales de hastío, ni de cansancio.
- c) No usar palabras técnicas, y en caso de que se deban usar, explicar lo que lo que significan; el lenguaje debe ser asequible al usuario.

3. Realización del ensayo:

- a) El usuario debe demostrar y explicar la actividad después que se le ha enseñado: El terapeuta debe decirle al paciente (ahora inténtelo usted) y le va haciéndole preguntas comprobatorias como, (¿por qué escogiste esto?, ¿por qué usaste esto?).
- b) Se deben corregir los errores a medida que se van presentando, no debe esperarse que el usuario termine la actividad para corregirlos.

4. La práctica:

- a) Colocar al paciente en su medio de realización, es decir, en su área de trabajo.
- b) Designar la persona a la cual el paciente debe acudir y pedir ayuda, puede ser una persona con la que se identifique y que además, tenga habilidades y capacidades para enseñar.
- c) Vigilancia frecuente. Una vez que el usuario conoce cómo hacer la actividad, debe trabajar solo y el terapeuta comprobar con frecuencia los progresos.
- d) Vigilancia espaciada. A medida que el usuario va adquiriendo destreza, la vigilancia debe ser menos frecuente.

Talleres de rehabilitación

Con frecuencia el terapeuta emplea una forma de rehabilitación vocacional para seleccionar actividades que pretenden enseñar habilidades básicas para la vida diaria de aquellos pacientes que nunca han aprendido o que las han perdido, como en el caso de aquellos que han sufrido una amputación o que por otra razón están impedidos físicamente. Además, cuando el terapeuta trabaja con pacientes que nunca han tenido un empleo, que han desempeñado tareas que no requieren técnica alguna, o con aquellos cuyo tipo de trabajo debe cambiar debido a la incapacidad adquirida, debe también recurrir al uso de pruebas prevocacionales y a la orientación vocacional.

El terapeuta calificado debe estar instruido en actividades como la jardinería, las industrias manuales, la música, distintos tipos de entretenimientos y la enseñanza en artesanías, como el modelado de arcilla o la marroquinería, y en otras áreas de las manualidades.

Después de determinar la buena disposición del paciente para participar en un campo determinado, el terapeuta puede utilizar una o más de estas actividades para obtener el resultado deseado en su rehabilitación. Con independencia de que trate con un enfermo físico o emocional, un paciente crónico, adultos normales, ancianos o niños, el terapeuta desarrolla su trabajo en dos áreas: la funcional y la psicológica.

Los trabajos de talleres en sus diferentes modalidades, se utilizan como terapia ocupacional. Así por ejemplo, muchos enfermos realizan trabajos para fortalecer los músculos o para adquirir habilidad con un miembro artificial. También sirve como terapia en diversos trastornos mentales, pues proporciona una vía para expresar los sentimientos. La artesanía, por ejemplo, facilita a las personas discapacitadas la posibilidad de ocupar su tiempo y distraer la atención de sus problemas. Los prisioneros de guerra han creado artesanía de gran calidad, un ejemplo notable son los trabajos de marquetería con madera prensada realizados por los prisioneros de Napoleón, en Inglaterra, durante los primeros años del siglo XIX.

La ocupación y el contexto donde sea llevada a cabo, deben proporcionar oportunidades para desarrollar comportamientos eficaces y competentes, destrezas que apoyen el desempeño de los roles deseados, facilitar la aplicación de estrategias que aseguren la socialización en relación con los requerimientos del grupo cultural y apoyen las rutinas satisfactorias para un correcto desempeño de las actividades de la vida diaria.

El material a tratar en esta unidad temática debe de servir de apoyo al rehabilitador social y ocupacional, de cómo utilizar la ocupación para poder obtener mejoras funcionales y el mantenimiento de roles ocupacionales significativos con el propósito general de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Por último, destacar la mayor necesidad de recursos que faciliten la reintegración social del sujeto mediante una ocupación terapéutica, es decir, se debe entender por ésta la definida en estas líneas y no el mero hecho de ocupar el tiempo del paciente sin ningún propósito funcional.

La ocupación como elemento terapéutico ha demostrado su utilidad clínica para el tratamiento, pero son necesarias mayor número de investigaciones que justifiquen su uso en los diferentes programas de rehabilitación de manera científica, intentando solventar las dificultades metodológicas que este tipo de estudios requieren.

Características generales de los talleres de rehabilitación

Los talleres de rehabilitación son centros educativos, cuyo principal objetivo es la preparación de los jóvenes y personas con necesidades especiales en la comunidad, en oficios artesanales, con el propósito de incrementar su formación y propiciar una mejor rehabilitación.

Tipo de talleres de rehabilitación

Existen diversos tipos de talleres y están enmarcados según el tipo de actividad que se realice en ellos. Generalmente forman parte del entorno comunitario, como son:

- Carpintería.
- Pintura.
- Bordados.
- Tejidos.
- Cerámica.
- Dibujo.
- Artesanía.

Estos a su vez pueden subdividirse según sus especialidades y otros elementos a tener en cuenta, por ejemplo en la carpintería la artesanía de madera.

También existen talleres en otras especialidades de las artes como son: poesía, danza, literatura, entre otros.

Estas actividades se pueden combinar e interactuar en el mismo espacio con previa programación de los participantes, como por ejemplo en un centro o taller comunitario, se desea programar un tiempo para la reflexión o debate literario de la propia autoría de los involucrados o de otro profesional como otra forma de combinar la expresión. Estos centros donde los sujetos que a ellos asisten pasan una gran parte del día, significan de gran importancia para la reinserción social.

Objetivos generales de los talleres de rehabilitación

Son muy diversos los objetivos que se pueden plantear en un recurso como el taller, ya que dependen tanto de la población atendida en número, como por la heterogeneidad de alteraciones. De manera general, entre otros, se puede citar los objetivos más relevantes:

1. Proporcionar la posibilidad de que el paciente interactúe con el grupo social que da valor a su actividad, a las relaciones interpersonales, la comunicación, afectividad, entre otras.
2. Posibilitar que el paciente se enfrente como individuo a los requerimientos sociales y demandas, y a la adecuación de su comportamiento.
3. Incrementar y mantener la independencia para las realizaciones de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, que contribuya al mantenimiento del paciente en la comunidad para favorecer la adquisición y estabilización de las capacidades funcionales necesarias para el desarrollo de una vida independiente.
4. Proporcionar una actividad ocupacional al sujeto, con el propósito de orientar sus sentimientos de pertenencia al grupo, que facilite su integración social mediante el intercambio de roles con los diferentes miembros de su contexto y que permita sentir la responsabilidad que conlleva el saber, ya que su entorno próximo espera algo de él.
5. Facilitar la participación social para promover sus habilidades para el uso del tiempo libre, así como de relación con los demás sujetos en situaciones sociales controladas. La ocupación a este nivel proporciona: autoestima, independencia, relaciones sociales, rol y estatus social.
6. Orientar y promover las habilidades del sujeto para una posible integración laboral, que facilite el acceso a los distintos recursos laborales adaptados a sus necesidades. Se debe llevar a cabo la valoración de las variables contextuales del sujeto para una reinserción adecuada en relación con la posibilidad de adaptación al puesto de trabajo.

Requisitos de los talleres de rehabilitación

Los talleres utilizados en la rehabilitación o formación de sujetos que demanden de la actividad de talleres deben reunir requisitos imprescindibles para el mejor logro de sus objetivos, como son:

- Ubicación geográfica adecuada. Que estén en lugares de fácil acceso para las personas que tributen a la actividad.
- Espacio disponible para las modalidades que se realicen. Si se trabajan diferentes modalidades, que estas no constituyan un problema a la hora de organizar la actividad.
- Buena iluminación. Tener en cuenta para ello las distintas discapacidades que padecen las personas que concurran a estos lugares (débiles visuales, ambliopes, personas de edad avanzada, otras).
- Personal capacitado. Las personas que dirijan la actividad, así como instructores y terapeutas sean capacitados en el trato con los sujetos portadores de discapacidad u otras enfermedades que allí asistan.
- Selección de la actividad. Se debe seleccionar para cada taller actividades en las que se pueda involucrar a la comunidad y a su vez aprovechar los recursos locales.

Capacitación del personal para la labor de taller

Las personas capacitadas para trabajar en estos centros deben ser especialistas o conocedores de la actividad fundamental que se realice en el taller, con características esenciales para tratar con los grupos de sujetos necesitados o que seleccionen la actividad como recurso en su formación y rehabilitación, si fuese necesario.

Características del personal que trabaja en los talleres de rehabilitación

- Tener buen carácter.
- Estar actualizado en la actividad que va a enseñar u orientar a los pacientes.
- Conocimiento de la técnica a emplear, así como de sus especificidades (precauciones, contraindicaciones y otras características propias de la técnica).
- Poseer una formación general integral.

Aspectos generales para la confección de trabajos manuales

Materiales que se utilizan en la confección de trabajos manuales

En las diferentes modalidades que se trabajan en los talleres, las de más demandadas son las manuales, por su facilidad en su confección y asimilación por parte de los sujetos y los diversos y disímiles materiales que pueden ser utilizados en su confección. No obstante se debe ser cuidadoso en la selección y preparación para su uso, y tener en cuenta la procedencia u origen de cada uno de ello. Por ejemplo, en el trabajo con madera se debe verificar que no esté contaminada (animal, humedad, otros), que este debidamente curada de las resinas que de ella emane para no dañar al manipulador, que los tamaños a emplear sean acordes con los objetos a realizar para evitar complicaciones y accidentes, que su uso no dañe el equilibrio ecológico, entre otras.

También en los talleres se emplean otros materiales en la confección de adornos y otras manualidades como son:

- Cartulinas.
- Cartón.
- Papeles (de colores, diferentes texturas).
- Recortería de industria (plástico, vidrio, tejidos).
- Objetos de la naturaleza (semilla, tierra, flores, caracoles, arena).
- Naturaleza muerta.
- Tejidos (diferentes textura, colores).
- Materiales y fibras sintéticas (acrílico, nylon, henequén).
- Elementos de origen animal (tarros, dientes, animales disecados).
- Barros.
- Cuernos.
- Goma de pegar.

Instrumentos que se utilizan en la confección de trabajos manuales

- Agujas (maquina, de mano).
- Agujetas (metálica, madera, plásticas).
- Aguja de talabartería.
- Perforadores (madera, metálico).
- Pincel (diferentes tamaños y textura).
- Tijeras (para papel, tejidos).
- Cuchillas (cuero, cartulina).
- Cíncel.
- Martillo (goma, saca clavo).

- Rotuladores.
- Taladro (mano, eléctrico).
- Instrumento para trabajar el barro, la madera y otros.
- Lápices

También se pueden utilizar otros instrumentos confeccionados por el usuario según lo determine la actividad.

Precauciones con los instrumentos para los trabajos manuales

En la confección de trabajos manuales se utilizan diferentes instrumentos, teniendo en cuenta su uso, la modalidad en los que se utilizan y los sujetos que lo manipulen se deben aplicar ciertas precauciones, como son:

- Protección adecuada en la manipulación de los instrumentos con filo, que se usen con corrientes alternas, punzantes, entre otros. Que no imponga riesgo personal, ni para otros.
- Conocimiento de las instrucciones para el uso de cada instrumento.
- Habilidad para la manipulación cada instrumento.
- Capacidad funcional para la manipulación de cada instrumento.

Estos instrumentos pueden ser utilizados en diferentes modalidades o solo en algunas de ellas, específicamente en dependencia de la discapacidad o la necesidad de superación que tengan los sujetos que los manipulen.

Factores en la selección de la actividad a desarrollar

En la selección de la actividad para la rehabilitación del paciente o según la necesidad de superación de los sujetos que la requieran es importante observar los siguientes factores:

Diagnóstico del paciente

Teniendo en cuenta este elemento, la actividad seleccionada debe propiciar la mejor evolución del paciente, siempre que se escoja una actividad acorde a sus intereses, motivaciones y poseer algún conocimiento sobre ella, como por ejemplo:

- Retraso mental, donde las actividades lúdicas no deben de requerir de un alto nivel intelectual, ni compleja manipulación en los instrumentos.

- Trastorno neurológico (hemiplejía), las actividades mecánicas que deben requerir de gran esfuerzo físico, se debe tener en cuenta la fuerza muscular del miembro afectado, la lateralidad del sujeto, así como los síntomas y signo de la afección.

Edad

Se debe tener en cuenta en la selección para coordinar las actividades en correspondencia con los grupos de edades a tratar, las características fundamentales de cada grupo, así como sus interés y sus motivaciones; como por ejemplo:

- En niños con hiperquinesia prevalece la falta de concentración, alteraciones del carácter y aislamiento, por lo que las actividades deben ser graduadas a mejorar estos síntomas, que propicien el desarrollo del pensamiento como son la pintura, la artesanía, confección de juguetes, entre otros.
- Personas adultas con pérdida parcial de visión, en las actividades de confección por plantillas no deben usar instrumentos que constituyan un peligro para sí mismo como son cuchillas, martillo, entre otros.

Sexo

Existen actividades propias de un sexo u otro que favorecen el pronóstico y la evolución de alguna afección y que se debe ser cuidadoso en su selección; como por ejemplo:

- Los trastornos de la personalidad y los de identidad sexual, donde las actividades que se orienten no refuercen el trastorno.

Nivel sociocultural e intelectual

Se debe analizar la complejidad de las actividades que sean capaces de realizar los pacientes, así como su demanda, accesibilidad, y teniendo en cuenta estos aspectos se realizará un análisis económicamente factible por sujetos que contribuya, tanto sea posible, a su propio bienestar y social; como por ejemplo:

- Profesionales incapacitados o discapacitados con alto nivel intelectual, donde se deben seleccionar actividades que contribuyan al crecimiento económico social y propio (actividades de artesanía, confecciones, entre otras) siempre que sus limitaciones y síntomas se lo permitan.

Habilidades

Por ser las habilidades un elemento necesario para la ejecución de cualquier actividad, se debe seleccionar las que sean de algún conocimiento para que la ejecuten, se debe tener en cuenta su vocación, elemento importante en la ejecución y resultado de las actividades, como por ejemplo:

- Sujeto con retraso mental, puede tener habilidades manuales en diferentes modalidades; pintura, trabajo con barro, artesanía, confecciones sencillas, entre otras.

Motivación

El ensayo mental preparatorio de una acción es importante para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia. Se debe mantener en el desarrollo de todas las actividades seleccionadas para que tenga un sentido terapéutico.

Es importante señalar que estos factores actúan en conjunto en el mismo sujeto ante cualquier selección, sin jerarquizar alguno de ello, pues son propios de todos los seres humanos ante cualquier eventualidad.

Modalidades de taller

Existen diversas actividades propias para trabajar en los talleres comunitarios como son: trabajos con papel, tela, textiles, madera, artesanía, entre otras. A continuación se citan algunas de las modalidades que con más frecuencia se trabaja en los talleres de rehabilitación:

Trabajo con papel

El papel se emplea para la escritura y la impresión, para el embalaje y el empaquetado, y para numerosos fines especializados que van desde la filtración de precipitados en disoluciones hasta la fabricación de determinados materiales de construcción. El papel es un material básico para la civilización, y el desarrollo de maquinaria para su producción a gran escala ha sido, en gran medida, responsable del aumento en los niveles de alfabetización y educación en todo el mundo.

Por lo referido anteriormente ha sido útil también en la elaboración de diferentes artículos y objetos que por su uso favorecen el desarrollo de toda la actividad nerviosa del hombre. También teniendo en cuenta su uso este tiene miles de aplicaciones. Unas de sus aplicaciones en obras

de arte sobre papel son los dibujos, grabados, fotografías, carteles y *collage*, así como de libros y documentos.

También tiene aplicación en otras modalidades como:

- Trabajo manuales. En las escuelas primarias lo que favorece el desarrollo psicológico y psicomotor del niño.
- Confección de flores. De diferentes texturas y colores, también con propósito comercial para la decoración de cualquier lugar.
- Confección de piñatas.
- Confección de juguetería con fines didáctico.
- Confección de adornos y objeto para decoraciones, de uso social.
- Confección de maquetas, con propósito didáctico.
- Confección de carpetas.
- Confección de cajas de regalos, fósforos, entre otras.
- Otros

La influencia de las actividades con papel en la rehabilitación de las discapacidades a tratar por el rehabilitador favorece la creatividad, a la vez que se adquiere una mayor habilidad manual a lo que se le añade la satisfacción que produce la realización de trabajos con o para diferentes usos, como la decoración y fines didácticos, pues propicia la actividad grupal sobre todo en niños, ya que permite el disfrute mientras confeccionan cualquier conjunto o pieza.

En los adultos resulta muy beneficioso y estimulante, pues crear para otros, que con seguridad lo agradecerán, por lo necesario que siempre resultan los artículos producidos con estos materiales.

Trabajo con tela u otros textiles

Por las características de los tejidos que fundamentalmente son de fácil manipulación, la aplicación en el área de la rehabilitación son de gran importancia, fundamentalmente por las diversas gamas de utilidades que reporta tanto desde el punto de vista económico, como social, así como la contribución en la evolución de algunas enfermedades o sintomatología de manera positiva en la elaboración de objetos y materiales con fines sociales, recreativos, entre otros.

Trabajo relacionado con tejido

Los tejidos revisten una gran importancia para el hombre por su utilidad personal y social. La utilización de esta modalidad es de gran provecho en la rehabilitación, pues facilita la creatividad de los sujetos, desarrolla habilidades manuales, el resultado de las aplicaciones realizadas

pueden propiciar sorpresas agradables lo que propiciaría alegría, bienestar económico y en caso de limitación en los miembros superiores favorecería el entrenamiento de ellos, además de lo útil que resulta estas creaciones para el propio sujeto.

Trabajo relacionado con la pintura

Por ser una forma importante de poder expresarse los sujetos, la pintura se considera en el área de rehabilitación como una forma más de exploración psicológica, así como también propicia canalizar sentimientos, expresar deseos, necesidades artísticas de los sujetos que la seleccionan para su rehabilitación, pues influyen en ello la motivación por la actividad, como por ejemplo: los niños portadores de retraso mental moderado o profundo, tienen graves dificultades motoras, de poder involucrarse en esta actividad, ayudaría grandemente en el desarrollo motor, psicológico, aumentaría su autoestima y se integraría con mayores posibilidades a la vida social.

Existen diversas formas de expresarse pintando, que resultan útil y agradables, su uso en la rehabilitación de enfermos portadores de discapacidad como son:

- Dibujo (mural, papel, collages, combinados con otras técnicas).
- Pintura (óleo, tela, industrial, crayola, tintes, acuarelas).
- Decoración (interiores, exteriores, espacios, centro, objetos, vasijas).
- Realizar afiches.
- Combinar técnicas.
- Otros.

La pintura como una de las artes más universales de la plástica y la fuerte orientación visual que manifiesta, reviste una gran importancia en el área de la rehabilitación, permitiéndole en primer lugar al terapeuta especialista en salud realizar mediante ella un diagnóstico general de la sensorio-percepción del sujeto, además de permitir la libre expresión de ideas, sentimientos y su carácter creativo. Posibilita también información al especialista sobre la personalidad, intereses y la formación de valores en el sujeto. Ejemplo: en niños se utiliza la técnica del dibujo para la exploración y estudios psicomotor.

Trabajos con combinaciones de materiales

En los trabajos que se realizan con otros materiales es importante reconocer la utilidad de ellos, por el origen de los materiales, que muchos son desechos o recortes de industria y otros, propios de la naturaleza

tanto animal, vegetal, etc. Pero que el resultado de su aplicación resulta provechosa y agradable en la vida diaria, como por ejemplo:

- Recortería industrial como de materiales de toallas en la elaboración de paños para la cocina y toallas para bebé.
- Elaboración de bisutería con recortes de la industria o materiales eléctricos.
- Elaboración de marcos para cuadro, títulos y pequeño formatos de pirograbados, con recortería de carpinterías o aserraderos
- Elaboración de juguetes, piñatas para círculos Infantiles y otros centros, con materiales recuperables.

En este tema se retoma todas las consideraciones tratadas en los temas anteriores por ser estos materiales elementos que integran las aplicaciones posibles en el resto de las modalidades de taller que se describieron anteriormente. Los trabajos o aplicaciones que se pueden realizar con estos materiales son más propios de la modalidad de la artesanía y de fácil planificación y ejecución en los talleres comunitarios.

Medios para restablecer la salud y las funciones del paciente

Al elaborar un plan de tratamiento para restablecer la salud y las funciones del paciente, no se puede perder de vista los conceptos de:

Salud. Estado de bienestar físico, mental y social, junto a la ausencia de enfermedad u otra afección. No es un estado estático, el cambio constante y la adaptación al estrés da lugar a la homeostasis (equilibrio relativo en el medio interno del cuerpo, mantenido de manera natural mediante respuestas adaptativas que promueven la conservación de la salud).

Función. Conjunto de movimientos coordinados y dirigidos que consiguen efectuar parte de una actividad.

Existen varios medios o principios en los que el terapeuta se debe apoyar al elaborar un plan de tratamiento para lograr restablecer la salud y las funciones del paciente como son:

Medios para restablecer salud y las funciones generales

Es necesario tener en cuenta que el principio de que un tratamiento bien elaborado puede contribuir a restablecer el equilibrio perdido, pues aumenta en el paciente la tolerancia física en sentido general, así como normalizando al máximo posible sus reacciones psicológicas.

Medios para restablecer funciones locales

Los objetivos serán trazados de manera tal, que se brinde al paciente tratamiento específico para restablecer la función de uno o más miembros afectados.

Medios de evaluación

El examen del paciente se divide en tres etapas:

1. Recepción y entrevista del paciente. Cuando se realiza el examen y evaluación de un paciente, es importante antes de entrevistarle leer la historia clínica y tener en cuenta que la entrevista permite comprender el estado del paciente, por lo que es esencial que sea privada y disponer de tiempo para escuchar. Además, se debe ser muy observador, desde que se entra al departamento, con la precaución que el paciente no lo perciba y hacer que el individuo se sienta a voluntad. Para lograr esto es necesario ganar su confianza y cooperación.
2. Examen general. Consiste en la observación del paciente durante la entrevista y ejecución de la realización del examen específico.
3. Examen específico. Puede dividirse en miembros superiores y en miembros inferiores, pero es importante recordar que el sistema nervioso central no reconoce la división, de forma que los movimientos voluntarios de un miembro no pueden relacionarse con otras partes del cuerpo. Este se refiere a:
 - a) Medida de la amplitud articular. Se realiza con un goniómetro orientando al paciente a ejecutar actividades unilaterales, de modo que pueda comprobarse la amplitud articular de la articulación afectada.
 - b) Valoración de la fuerza muscular y grado de moviendo. Se realiza la prueba o *Test* de valoración funcional (Método de Daniels), que consiste en la valoración manual del miembro y tiene como escala notas de 0 a 5, en dependencia al movimiento y a la resistencia que tenga el paciente.
 - c) Valoración de la coordinación. Se realizará de forma que se valore los miembros superiores e inferiores para medir la coordinación, tanto proximal como distal, mediante la observación de cómo ejecuta el paciente diversas actividades.
 - d) Determinar el grado de movimiento. Este se determina mediante patrones globales de movimiento como son:
 - Patrón del hombro (flexión, extensión, abducción, rotación externa e interna).
 - Patrón del codo (flexión, extensión, supinación y pronación).
 - Patrón de muñeca (flexión, extensión, desviación radial y cubital).
 - Patrón de la mano (flexión, extensión, abducción y en el pulgar se valora además la oponencia).

Prueba de sensibilidad

La sensibilidad es la facultad de la corteza cerebral de reaccionar a los estímulos aportados a ella, así sea por las vías aferentes o conductores centrípetas.

Tipos de prueba de sensibilidad

- Receptor doloroso. Para explorar se toma una jeringa y se retira el émbolo, se le coloca la aguja de forma tal que al pinchar al paciente esta no dañe su piel.
- Receptor térmico. Se toman 2 tubos de ensayo, uno con agua caliente y otro con agua fría. Se coloca el tubo de agua caliente en la piel del paciente, se retira y se espera un tiempo y se coloca el frío.

Tipos de sensibilidad

- Sensibilidad exteroceptiva. Informa sobre cambios en el ambiente.
- Sensibilidad interoceptiva. Informa sobre la actividad visceral.
- Hiperestesia. Aumento desagradable de la sensibilidad cutánea.
- Sensibilidad epicrítica. Sensación cutánea más fina y selectiva que permite diferenciar grados pequeños de calor y discriminación de la sensibilidad táctil, así como diferenciar distancias entre 2 puntos o toques ligeros y objetos distintos como son un alfiler, un algodón o un papel.
- Sensibilidad protopática. Permite apreciar sensaciones cutáneas groseras como el dolor y los cambios extremos de temperatura.
- Esterognosia. Permite al sujeto el reconocimiento de un objeto.

La aplicación de la prueba de movimiento funcional es una aplicación práctica del análisis de los movimientos de la actividad, revela el lugar, la extensión y el tipo de deficiencia.

La prueba de evaluación funcional al discapacitado mide función y capacidad, permite interactuar con el equipo multidisciplinario, evaluar el tratamiento, su eficacia y enmarcar los objetivos.

Para resumir los resultados de la función potencial para cualquier actividad el terapeuta debe tener en cuenta:

1. La motivación del paciente.
2. La resistencia al entrenamiento y uso de dispositivos.
3. La capacidad intelectual.
4. El tipo de incapacidad resultante.
5. La reacción psicológica con respecto a su incapacidad y al uso de dispositivos.

El tipo de incapacidad resultante se clasifica atendiendo a:

1. Pérdida de la potencia:
 - a) Completa o parcial.
 - b) Permanente o temporal.
2. Pérdida de la amplitud del movimiento:
 - a) Permanente o parcial.
 - b) Permanente o temporal.
3. Pérdida de la coordinación:
 - a) Mínima.
 - b) Moderada.
 - c) Grave.
4. Espasticidad:
 - a) Leve.
 - b) Mínima.
 - c) Moderada.
 - d) Severa.
5. Disfunciones sensoriales:
 - a) Dolor.
 - b) Temperatura.
 - c) Tacto.

Medidas para lograr la independencia del paciente

El objetivo principal de la terapia ocupacional es lograr desarrollar, mejorar o restaurar el mayor nivel posible de independencia de cualquier individuo que presente una lesión, enfermedad, daño cognitivo, disfunción psicosocial, enfermedad mental, discapacidad física u otras condiciones o desórdenes.

Además, lograr la autonomía y validismo personal e integración social del individuo, que es un principio general de la terapia ocupacional que se debe tener en cuenta al elaborar un plan de tratamiento, por lo que se hace necesario tener en consideración ciertas medidas como:

1. Desarrollar nuevas formas para ejecutar las actividades normales de la vida diaria.
2. Lograr validismo. Aplicar tratamiento físico y funcional que permita al paciente alcanzar autovalidismo y con esa incapacidad residual aprenda a valerse dentro del medio que lo rodea.
3. Lograr readaptación laboral y social: Lograr que el paciente acepte sus limitaciones, pero sin ocultarse tras ellas y que se adapte a las condiciones sociales y económicas y a las exigencias de un trabajo.

Necesidades específicas de los pacientes

El terapeuta debe tener en cuenta que el tratamiento debe ser individual, por lo que al elaborar un plan, este debe atender a las necesidades específicas de cada paciente como son:

- Edad.
- Sexo.
- Nivel sociocultural.
- Actividades que realiza (trabajo).
- Diagnóstico.
- Grado de lesión.
- Si puede trabajar sentado o de pie.
- Si el paciente deambula o está encamado.

Consideraciones necesarias en los pacientes encamados

- Respetar la rutina u organización de la sala, durante la ejecución de las actividades.
- Las actividades serán sencillas, libres de equipos pesados o ruidosos, cuya ejecución sea posible desde la posición de acostado.
- Estas actividades deben conservar el orden y la higiene.
- Se debe velar por la buena posición o postura, evitar que estas sean forzadas o que tengan que ser sostenidas más del tiempo de lo recomendable.
- Pueden ser utilizados *splints*, soportes y mesas especiales cuando sea necesario.
- Los pacientes que por su afección no puedan recibir tratamiento en el área asistencial, se realizará en su propio hogar, con sus debidas adaptaciones.

Consideraciones necesarias en los pacientes que deambulan

- El proceso o tratamiento se realizarán en el área de rehabilitación.
- Los pacientes que necesiten entrenamiento de las AVD necesitarán que el servicio conste con el local adecuado (la casita).
- Eliminar las barreras arquitectónicas, que imposibiliten el traslado y desplazamiento.

Existen policlínicos, hospitales, centros comunitarios de salud mental y centros de rehabilitación integral donde el terapeuta trabaja con pacientes de distintas edades. Es recomendable siempre que existan condiciones:

- Tener en cuenta que cada edad tiene roles diferentes, características propias, intereses, preocupaciones y aspiraciones.
- Separar los horarios de tratamiento de adultos y niños, para lograr equilibrar la atención a los pacientes.

Análisis de las actividades terapéuticas

La terapia ocupacional utiliza actividades propositivas de diversos tipos, por lo que a la hora de elaborar un plan de tratamiento se debe tener en consideración que esté presente similitudes en sus objetivos básicos y hacer un correcto análisis de las actividades terapéuticas; esta debe ser atractiva e interesante, para que sea esencialmente terapéutica.

Aspectos de las actividades terapéuticas

- La actividad en el proceso mental o físico.
- La utilidad de la actividad.
- Las posibilidades de adaptación de la actividad.
- Las contraindicaciones.
- La observación del estado psicológico.

Es importante y se debe tener presente que aunque la actividad se analiza por su valor propio, el análisis final estará determinado por las necesidades particulares de cada paciente.

La actividad en el proceso mental

En este tipo de actividad el terapeuta, debe considerar los siguientes elementos:

1. En primer lugar, proporcionarle al paciente seguridad y confianza, para que durante su ejecución tenga iniciativa y coopere con el tratamiento.
2. Lograr la concentración del paciente, además de la aplicación requerida y la frecuencia de la repetición mecánica.
3. Utilizar técnicas manipulativas, que desarrollen y creen destrezas manuales y habilidades.

La actividad en el proceso físico

Se debe considerar:

1. La posición que adoptará el paciente durante la ejecución de las actividades terapéuticas: sentado, de pie, acostado y ambulatorio.
2. Desarrollar en los pacientes que lo requieran movimientos específicos y generales, y grupos musculares usados en dichos movimientos, como son:
 - a) Movimientos pasivos
 - b) Movimientos bilaterales.
 - c) Movimientos alternos.
 - d) Movimientos agresivos.
 - e) Movimientos rítmicos.
 - f) Movimientos constantes.
 - g) Movimientos proximales.
 - h) Movimientos distales.
 - i) Movimientos recíprocos.
 - j) Movimientos simultáneos.
3. Las características de los materiales a utilizar.
 - a) Resistencia, maleabilidad y variedad de textura del material
 - b) Posibilidades de sustancias en los materiales.
 - c) Equipamiento necesario.
4. La coordinación.
 - a) Coordinación motora (grado de coordinación de movimiento).
 - b) Coordinación visomotora, teniendo en cuenta el tipo de coordinación (gruesa, media, fina).
5. Evitar que el paciente arribe al estado de la fatiga y para esto, se debe tener en cuenta:
 - a) Control de los períodos de actividad y descanso.
 - b) Control de la postura.
 - c) Control de la iluminación.
 - d) Adaptaciones funcionales.

Precauciones generales

Es importante tener en cuenta para lograr los objetivos de las actividades terapéuticas en el proceso físico los siguientes aspectos:

1. Estimular la actividad siempre que sea posible.
2. Corregir las ineficiencias de los músculos y grupos musculares específicos, y lograr la amplitud normal del movimiento articular.
3. Estimular la capacidad lograda en la práctica de las actividades funcionales (ABC) y acelerar así su recuperación.

La utilidad de la actividad

Para que la actividad terapéutica sea útil en el tratamiento, se deben considerar los siguientes aspectos:

1. Lugar de tratamiento (debe corresponderse con las necesidades del paciente):
 - a) Si es en el departamento, en la sala o en la cama.
 - b) Si es ruidosa.
 - c) Tamaño y cantidades de equipos.
 - d) Materiales necesarios.
2. Atracción de la actividad (lograr la motivación e interés del paciente):
 - a) Atracción por el equipo o herramienta.
 - b) Atracción por los materiales utilizados.
 - c) Posibilidad de uso de materiales de desechos.
 - d) Período de interés sostenido por la actividad.

Las posibilidades de adaptación de la actividad

El análisis de las posibilidades de adaptación de la actividad se hará con respecto a los niveles de edad cronológica y mental, es decir, la actividad puede ser adaptada a la edad mental del paciente sin interferir en la rehabilitación, si la actividad puede ser graduada por los distintos niveles de desarrollo psicomotor. Este análisis deberá tener en cuenta:

1. Practicabilidad (que sea útil y funcional para el paciente).
2. Identificación con el oficio o profesión del paciente (que esté dentro del campo de los conocimientos del paciente).
3. Utilidad ulterior del producto (que le sea de utilidad desde el punto de vista individual y social).

Las contraindicaciones

Al analizar la actividad es de extraordinaria importancia tener presente sus contraindicaciones, es decir, conocer en que pacientes y en cuales no puede ser usada.

- Un paciente inseguro o un paciente excesivo no tolerará movimientos agresivos.
- En pacientes con injertos óseos o tendinosos no se pueden utilizar movimientos agresivos en la primera fase del tratamiento.
- En pacientes con falta de sensibilidad no se utilizarán materiales ásperos, sustancias químicas, entre otros.
- En pacientes con espasticidad no se le pueden poner actividades que tengan movimientos con peso y resistencia, porque al aumentar la contracción del músculo, aumentando la espasticidad.

- En pacientes con edemas o dolor, no aplicar tratamiento físico hasta desaparecer los síntomas.
- En pacientes con reacciones a cualquier medicamento, se debe suspender el tratamiento.

La observación del estado psicológico

Al analizar la actividad desde el punto de vista de la evaluación psicológica, se debe considerar dos aspectos:

Oportunidad que ofrece la actividad para manifestar rasgos de la personalidad

En este sentido se utilizan modalidades que permitan la expresión de aptitudes creativas y originales, que faciliten el análisis de la personalidad del individuo, como son: el dibujo, el psicoballet, una excursión o un café

Oportunidad que ofrece la actividad para la sublimación de impulsos y necesidades

En este sentido se utilizan modalidades que permitan contrarrestar o encausar dichos impulsos y necesidades en el individuo, como por ejemplo:

Pacientes hostiles y agresivos. Se analiza si la actividad tiene movimientos pasivos o agresivos, y si los materiales ofrecen resistencia o no, para que el paciente libere sintomatología. Como son: la carpintería, limpieza de áreas verdes y excursiones.

Pacientes dependientes. En los individuos que tienen necesidad de dependencia, se buscarán modalidades donde tenga que trabajar solo, dividiéndole el trabajo en etapas que le permita alcanzar éxitos progresivos, como son: confección de canastas, macramé, alfombras, entre otros.

Pacientes obsesivos compulsivos. Se analiza si la actividad es repetible y con ritmo. Las actividades agresivas están contraindicadas. Por ejemplo: confección de canastas, macramé, alfombras, entre otras.

Pacientes tímidos. Se buscan actividades superiores o distintas de los demás, para que el paciente sobresalga, como son: monitores de gimnasia o dejarlo encargado de repartir los materiales.

Pacientes con trastornos de la memoria. Debe analizar si la modalidad ofrece la oportunidad para que el individuo proyecte situaciones o necesidades pasadas, para expresar necesidad regresiva, como son: técnicas participativas, cine debate (relacionado con el pasado del individuo), excursiones (relacionadas con el pasado del individuo) y música terapia.

Pacientes con necesidad de destruir. Debe analizar que la actividad implique destrucción de la materia durante la construcción (destruir, para construir). Ejemplo: actividades de rasgados, safar ropas para después hacer alfombras, deshilar tela, entre otras.

Pacientes con problemas de relaciones interpersonales. Modalidades que permitan desarrollar las relaciones interpersonales, se recomiendan las actividades en grupos afines, donde el individuo tenga que comunicarse y relacionarse, como son: excursiones, cumpleaños colectivos, fiestas o un café.

Consideraciones a tener en cuenta en las actividades terapéuticas

Métodos para analizar la actividad terapéutica

1. Hacer cada movimiento repetidas veces, y observar cuidadosamente las acciones obtenidas y los grupos musculares usados.
2. Prestar atención a otra persona cuando realice la misma actividad.
3. Dividir la actividad en varias acciones o pasos, que se considere solamente, aquellos que contengan movimientos suficientemente repetidos y que puedan ser realizados con relativa facilidad.

Principios de graduación de la actividad

Al graduar el tratamiento, los siguientes principios deben servir de guía:

1. Para fortalecer músculos:
 - a) Debe evitarse el cansancio, pero el músculo tiene que quedarse fatigado de ejercicio, cuando necesita quedarse fuerte.
 - b) El ejercicio contra resistencia es requerido para ejercitar todas las fibras de un músculo.
 - c) El objetivo de tratamiento debe ser: ayudar a desarrollar tanta fuerza en el lugar afectado como la que había antes de la afección.
2. Para obtener aumento de amplitud del movimiento de las articulaciones:
 - a) La amplitud del movimiento usada en la actividad debe ser aumentada. La articulación debe sufrir la mayor amplitud posible de movilización cada vez que la parte sea movilizada.
 - b) Cuando la fase aguda de la afección desaparezca, la actividad deberá requerir la extensión del miembro y el esfuerzo de la dirección de la limitación. Por ejemplo: si hay una limitación, de la extensión del

codo, el acto de tirar, deberá venir con el movimiento de extensión, como es el caso del acto de serruchar.

3. Para aumentar la coordinación muscular:

- a) Para aumentar la coordinación muscular requerida por la articulación, debe ser aumentada a medida que la coordinación del paciente mejore con el tratamiento.

4. Para aumentar la coordinación visomotora.

- a) Para aumentar la coordinación visomotora requerida por la articulación esta debe ser aumentada a medida que la coordinación muscular del paciente mejore con el tratamiento. Por ejemplo: coordinación muscular en los tableros de coordinación amplia, media y fina.

Consideraciones para graduar la actividad

Al dirigir el paciente durante su tratamiento se debe tomar cuidado para graduar la actividad adecuadamente, por lo que se debe tener las siguientes consideraciones:

1. El paciente deberá progresar tan pronto como sea posible de un trabajo suave para uno pesado, con períodos de trabajo mayores y de descansos menores, hasta que adquiera la fuerza normal.
2. Un paciente cuyo trabajo empieza con ejercicios activos, deberá ser transferido tan pronto como sea posible para un tipo de ejercicio de resistencia.
3. Será necesario la graduación del límite de movimientos de una articulación y de la cantidad de coordinación de trabajo.
4. Será necesario graduar la indicación y frecuencia de tratamiento, para evitar síntomas de cansancio que comúnmente son:
 - a) Locales: eritema, dolor, calor y temblor en las partes afectadas.
 - b) Generales: intranquilidad, suspiro, sudoración.

Combinación de actividades

A fin de llenar todas las necesidades del paciente en terapia ocupacional, es generalmente necesario utilizar más de una actividad para él, que le facilite restablecer sus limitaciones físicas y funcionales; y la cuidadosa vigilancia a fin de certificar que el paciente tenga el ejercicio específico en cada tratamiento. Ejemplo: Un paciente con defecto de la mano puede requerir ejercicios para aumentar la flexión y promover coordinación muscular y fortalecimiento general del brazo. Aún puede necesitar de trenzar para desarrollar flexión y extensión de los dedos y

coordinación, mientras que el trabajo en madera puede ser usado para fortalecer en general el brazo y la habilidad de agarrar.

Orientaciones de actividades para la casa

El paciente que recibe tratamiento sistematizado, generalmente progresa más rápido que el que lo recibe en días alternos. Por lo que es aconsejable prescribir ejercicios y actividades para ser hechos en casa o en cualquier otro lugar fuera de lo que abarca el servicio. Antes de utilizar esta alternativa se hace necesario:

1. Hacer un estudio microsocioal de cada caso.
2. Evaluar las condiciones generales del individuo (edad, sexo, patología, afectación física y psicológica) y las condiciones del hogar.

Es bueno señalar que para lograr la continuidad del tratamiento en la casa, el terapeuta debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. La voluntad del afectado, para lograr que coopere con el tratamiento.
2. El apoyo de la familia como coterapeuta, para garantizar la sistematicidad del tratamiento.

El terapeuta al recomendar actividades para la casa, debe tomar en consideración:

1. Saber que el paciente es cuidadoso o indiferente en el momento de ejecutar una actividad, o si el cumple las instrucciones explícitamente.
2. Cerciorarse de que el paciente comprende lo que tiene que hacer, por lo que las orientaciones dadas deben ser explicativas y asequibles para su comprensión.
3. En cada período de tratamiento verificar cuanto se hizo en casa y cómo lo está haciendo.
4. Graduar el ejercicio y el esfuerzo del trabajo en casa, como en otra actividad cualquiera del tratamiento.
5. Siempre que sea posible valorar que el ejercicio hecho en casa forme parte de las actividades normales, como limpiar polvo, fregar platos, dibujar, etc.
6. Orientar a la familia algunas adaptaciones posibles para facilitar el entrenamiento de las AVD.
7. Indicar al familiar la observación, el control y apoyo psicológico. No acudir a la sobreprotección.

Introducción al estudio de la recuperación funcional

Recuperación funcional

Se entiende por recuperación funcional como la capacitación para alcanzar la independencia en la realización de las diversas actividades que surgen de las necesidades humanas. Ejemplo: cepillarse los dientes, levantarse y acostarse en la cama, sentarse y levantarse de una silla, hasta lo complejo del viajar, entre otras.

Todos los ejercicios de equilibrio, balanceo de los brazos, de las piernas, del tronco; son movimientos que el paciente realiza, tienen aplicación real en la consecución de actividades cuando alcanza a cumplir una función.

Alcance de la recuperación funcional

La técnica de recuperación funcional analiza las incapacidades, pues encuentra soluciones adecuadas y posibilita independizar al paciente, demostrándole, además, su necesidad de constituirse en un ser útil, así como su factible desarrollo basado en el enorme valor de las capacidades residuales.

Los vastos alcances de un programa de recuperación funcional se amplían en la fase final de integración social, al ubicar al discapacitado en las óptimas condiciones de vivir independiente, de salir a la calle y conquistarla; con la capacitación vocacional necesaria para desempeñar un trabajo o profesión, que lo haga sentirse un ser útil a sí mismo, a su familia y a la sociedad. Todos estos aspectos mejoran la calidad de vida del paciente y con ello pone una fuente de recursos propios para confundirse dentro de la sociedad hasta desaparecer como problema individual.

Importancia de la rehabilitación

Al valorar la importancia social de la rehabilitación se debe tener en cuenta dos aspectos meritorios de consideración, como son:

1. Que es un programa orgánico, sistémico e integral proyectado para cumplir con las necesidades físicas, sociales y vocacionales de todos los individuos que padecen de una afección física o mental.
2. Que está encaminado a lograr la reinserción social de aquellas personas que han quedado inválidas producto a diversos factores, como son: accidentes de trabajo, los accidentes de tránsito, entre otros.

Participación de la familia en la recuperación funcional

La comprensión realista de la situación y de las capacidades residuales y el enfoque aceptado de cuáles son las necesidades y cómo relacionarlas, permiten acondicionar los factores que convergen a organizar la vida del paciente y la situación de la familia.

Si la participación del paciente reflejada en su conducta es el factor predominante en su rehabilitación, es innegable que la familia ejerce una central influencia sobre esa predisposición y sobre la posibilidad de aplicar prácticamente los alcances del tratamiento.

La función familiar comienza desde el momento en que se manifiesta la incapacidad; y del encause que la misma le dé a esta nueva situación, dependerá los traumas que produce la aparición de una incapacidad tanto para el paciente, como para la propia familia.

El paciente necesita de un ajuste de aprendizaje y sistematización del tratamiento para el progreso y alcance funcional. Por ello la familia ocupará el rol de coterapeuta, ya que debe asumir una conducta que determine una útil y verdadera participación en la colaboración física y en la conducción emocional del paciente.

La colaboración de la familia debe fomentar la organización de la vida del paciente, permitiendo integrarse a ella sin alterar las medidas de las posibilidades, los intereses fuera y dentro del hogar.

Dada la individualidad de los problemas del cuidado y atención, y la diversidad de las condiciones físicas, anímicas, ambientales y psicológicas; resulta conveniente que un equipo de rehabilitación dirija y oriente la función familiar. Para ello, nada mejor que el conocimiento de las técnicas y métodos de recuperación funcional que le permitan el saber donde asistir para evitar la perjudicial ayuda innecesaria que impida las prácticas de las habilidades y capacidades adquiridas en el proceso de rehabilitación.

La incapacidad superada solo alcanzará verdadero valor cuando se trasluzca la independencia del paciente y para ello el medio familiar debe posibilitarla. Por lo que se debe evitar la sobreprotección, ya que solo

lleva a demostrar la inferioridad, conduciendo a un estado físico y psicológico de absoluta incapacidad.

El círculo afectivo y la readaptación social

Corresponde al círculo afectivo integrado por el medio familiar y el núcleo de amigos del paciente, actuar como enlace de este y el medio externo. Es por lo tanto de suma importancia la participación del círculo afectivo en el proceso de readaptación social.

La participación en la vida, problemas e inquietudes de los demás, permite aumentar el conjunto de situaciones comunes que fomenten el trato y aumentan la socialización.

La independencia psicológica amplía la aplicación de la independencia física adquirida en el proceso de rehabilitación. Para posibilitarla, es conveniente evitar la dependencia constante del paciente a su familia, y el círculo afectivo de los amigos cumple una de sus funciones alentándolo y acompañándolo en la conquista de la calle, etapa fundamental para alcanzar la justa valoración de las capacidades útiles para la adaptación al medio externo.

Toca a los amigos completar la acción del medio familiar en la coordinación de las actividades para ordenar la vida del paciente, promoviendo las ocupaciones que permiten despertar las energías latentes y la aplicación de las capacidades residuales tanto en los terrenos culturales y recreativos, como en los laborales.

Estudio de la recuperación funcional

Incapacidades funcionales

Para hablar de incapacidad funcional, inicialmente se debe comprender el desenvolvimiento físico de la persona incapacitada y para esto se hace necesario considerar en primer lugar la función normal, es decir, el conjunto de movimientos coordinados y dirigidos que consiguen efectuar parte de una actividad.

Las actividades más comunes pueden constituir para el paciente una dificultad producida, no por su incapacidad de movimiento, sino por su incapacidad funcional. El mayor problema de la incapacidad es la dependencia.

Necesitan recuperación funcional todas aquellas personas que presentan una disminución física o mental, por tanto están incapacitados para llegar a cumplir las actividades independientemente.

La recuperación funcional se dirige a solucionar la realización independiente de las actividades a personas cuyas incapacidades emergen de imposibilidades motoras, es decir, impedimentos para efectuar actividades autónomamente.

Para la determinación del plan de tratamiento es necesario considerar que las incapacidades funcionales impliquen distintas necesidades y soluciones según la posición del paciente: en cama, en silla de ruedas o en posición de pie.

Se considera la posición del paciente y se determina una relación entre las incapacidades funcionales y las actividades.

Adaptaciones funcionales

Se entiende por adaptaciones funcionales a todo ajuste que permite ubicar los elementos o cosas al alcance de las posibilidades de uso, físicas o ambientales, de cada paciente para posibilitarle que efectúen las actividades que surgen de las necesidades humanas.

Mediante las adaptaciones funcionales, todos los accesorios, implementos o aparatos de utilización común, y los específicos creados especialmente o modificados para realizar o auxiliar las AVD, se apropian a cada necesidad individual del paciente, permitiéndoles satisfacer independientemente los requerimientos de sus actividades, pues facilita, asegura o reemplaza el o los movimientos que la componen. Existen un conjunto de elementos que pueden aplicarse a solucionar las incapacidades de un paciente; otros requieren de un previo acondicionamiento, modificación, cambios o hay que habilitar alguna característica.

La adaptación realizada para evitar esfuerzos o reemplazos por ayuda mecánica, es ideada por la necesidad de poder realizar la actividad con autonomía.

Las adaptaciones no son imprescindiblemente obras de grandes técnicas o producto de una complicada mecánica, todo lo contrario, deben de tratar siempre de responder a los principios de simplificación absoluta y fácil construcción. Por tanto, deben ajustarse a las características individuales de cada caso.

Las adaptaciones funcionales sirven para posibilitar la realización de las actividades independientes de forma útil cuando se realiza con:

1. Seguridad. Actividad realizable con certeza y sin peligro alguno.
2. Tiempo real. Actividad realizable con duración, acorde a sus necesidades.
3. Resistencia. Actividad realizable con frecuencia y fortaleza requerida.
4. Destreza. Actividad realizable con máxima habilidad posible.

En consecuencia, antes de terminar la verdadera aplicación de una adaptación funcional debe comprobarse con amplio criterio y orientación fundamentada cada uno de los factores que pueden tornarse perjudicial o conveniente, como son:

1. Factores físicos o funcionales.
2. Factores psíquicos ambientales.
3. Factores médicos kinésicos.

Factores agravantes en la aplicación de la adaptación

1. Factores físicos o funcionales.
 - a) Innecesarias. Pueden ser evitadas porque el paciente realiza la función sin ayuda.
 - b) Complejas. Pueden sustituirse por unas más sencillas, pues brindan demasiada ayuda.
 - c) Restrictivas. Pueden impedir el desarrollo de capacidades.

2. Factores psíquicos ambientales.
 - a) Rechazables. Implican una resistencia a su uso, provoca rechazo.
 - b) Impracticable. Implican imposibilidad de construcción técnica o mecánica.
3. Factores médicos kinésicos.
 - a) Contraindicaciones. No están permitidas por favorecer deformidades, dañar o lesionar regiones del cuerpo.

Aplicación de la adaptación conveniente

1. Factores físicos o funcionales.
 - a) Temporales. Resulta útiles durante el entrenamiento, mientras se desarrolla el aprendizaje de una actividad.
 - b) Aprovechables. Aumenta la independencia sin perjudicarlo.
 - c) Indispensable. Resulta la única solución para efectuar la actividad con autonomía.
2. Factores psíquicos ambientales.
 - a) Emancipadora. Permiten estimular la predisposición anímica o la confianza necesaria para obtener independencia.
 - b) Acondicionadas. Permiten ajustarse a las incapacidades dentro de las características del lugar.
3. Factores médicos kinésicos.
 - a) Prescriptos. Están señaladas como colaboradoras del entrenamiento para mantener activas determinadas funciones.

Entre las adaptaciones funcionales se encuentran los dispositivos complementarios, que son creados especialmente o modificados para realizar o auxiliar las AVD.

Aunque es conveniente realizar las actividades sin ayuda de un dispositivo complementario, o por lo menos reducirlo al menor número posible, ya que en muchos casos es indispensable para proporcionar la independencia en algunos pacientes, incluso pueden aumentar la rapidez y seguridad de ellos.

El terapeuta ocupacional por su destreza en el uso de ciertas herramientas y materiales, a sus conocimientos y facilidades de las tareas disponibles, son consultados para la fabricación de dispositivos ya sean permanentes, temporales o experimentales. El terapeuta es una pieza fundamental en su evaluación y entrenamiento.

Requerimientos fundamentales a los que debe responder la evaluación de los dispositivos:

Requerimientos generales

Los dispositivos no son adaptados sobre la base de la incapacidad física, sino sobre la base de las necesidades funcionales del paciente, las cuales dependen a su vez de los aspectos físicos, sociales, psicológicos y vocacionales.

El terapeuta realizará una prescripción o recomendación, que dependerá del informe del tratamiento aplicado por el terapeuta ocupacional, según la observación día a día de las actividades y de los resultados de la realización.

Requerimientos específicos

Una vez que se ha determinado cual es el dispositivo necesario y deseable es importante seleccionar y proporcionar el más efectivo. Se considera los aspectos generales e individuales, deben estudiarse las relaciones entre la construcción, y el hacinamiento humano y mecánico.

Los dispositivos tienen como finalidad ayudar y permitir al paciente usar el escaso poder o control muscular que le queda para practicar por sí mismo algunas actividades funcionales.

Para obtener estas finalidades, conviene analizar 3 factores específicos:

1. La capacidad física del paciente en diversas actividades.
2. Sus reacciones psicológicas a los dispositivos.
3. Los aspectos de construcción o de fabricación de los propios dispositivos.

Actividades básicas para lograr la recuperación funcional

Las actividades básicas cotidianas a cumplimentar para lograr la recuperación funcional, tienen el propósito de lograr la recuperación funcional en aquellos pacientes que son en mayor o menor grado dependientes. El terapeuta ocupacional va a trabajar sobre la base de que el individuo logre realizar un conjunto de actividades necesarias e indispensables de manera autónoma como son:

- El cuidado personal, donde son importantes las actividades de aseo, higiene y vestido.
- La movilidad, que incluye el pasaje, traslado o desplazamiento que son indispensables para la interacción social actual y fundamental para vocaciones apropiadas.

- Las diversas destrezas manuales que son importantes para el trabajo como para las actividades de óseo, estas ultimas de progresiva importancia con el aumento de la prolongación del nivel de vida.

Cuidado personal

En el cuidado personal no debe de perderse de vista que para que el paciente encamado satisfaga estas actividades, es necesario que logre de manera independiente acomodarse en la cama. Por lo que se hace necesario que realice ejercicios preliminares a las AVD en cama y que cumpla las actividades de aseo, higiene y vestido.

Acomodarse en la cama (ejercicios preliminares a las AVD en cama).

1. En decúbito dorsal:
 - a) Mover la cabeza, hacia todas las direcciones.
 - b) Trasladarse lateralmente, con ayuda de miembros superiores y sin ayuda de ellos.
 - c) Rolar, con los miembros superiores y sin ayuda de ellos.
 - d) Arrastrarse, con ayuda de los miembros superiores y sin utilizarlos.
 - e) Mover los miembros de forma pasiva, activa y con resistencia.
2. Decúbito ventral:
 - a) Elevar el tronco con ayuda de miembros superiores y sin ayuda de miembros superiores.
 - b) Arrastrarse. Con ayuda de los codos y sin ellos.
3. En posición sentada.
 - a) Elevar el tronco con ayuda de brazos o codos.
 - b) Inclinar hacia todas las direcciones, con ayuda de miembros superiores y sin ayuda de ellos.
 - c) Mover los miembros inferiores de forma pasiva, activa y con resistencia.
 - d) Girar y elevar el tronco, con ayuda de miembros superiores y sin ayuda de ellos.
 - e) Equilibrio y balanceo, con elevación del miembro superior y sin elevación de ellos.

Actividades de higiene

Para aquellos pacientes que deben permanecer en cama reviste especial interés el cumplir sus necesidades higiénicas y fisiológicas en forma independiente, práctica y pulcra.

Al considerar los problemas propios de la actividad en cama, se supone que dada la imposibilidad de traslado, los elementos a utilizar son

alcanzados o de ser factible se encuentran dentro de las posibilidades de prensión del paciente.

Actividades de aseo

Dentro del aseo se consideran las actividades de bañarse, lavarse y secarse las manos, cara, brazos, higiene bucal, peinarse, afeitarse, etc. Debe tratarse que el paciente realice por si mismo toda la actividad higiénica posible. Es necesario controlar la posición que adopta el paciente al realizar las actividades, puede apoyarse con almohadas o con accesorios que contribuyan a mantener las posiciones prescritas. No se debe permitir la realización de aquellas que impliquen posturas inapropiadas y posiciones desfavorables.

Actividades de vestido

La elección de las prendas es tan importante como su colocación, pues en muchos casos la necesidad de adaptarlas a las posibilidades individuales, permite su manipuleo y por consiguiente su uso.

El factor presencia es importante en las personas con disminuciones físicas; deben contar el aspecto de abandono o dejadez, que el medio social considera erróneamente propio del invalido. El paciente debe traslucir pulcritud e inclinar el acercamiento de los demás, pues es necesario reconocer que la ropa hace algo por la persona que la usa para ayudar a la adaptación del medio.

Colocación de prendas

La mayor dificultad de vestirse en la cama es el control de tronco con o sin ayuda de brazos. Las incapacidades surgen con miembros superiores disminuidos y es allí donde debe efectuarse un estudio de método y adaptaciones propias en cada caso.

Cada prenda tiene sus propias características, presentando diferentes dificultades.

- Vestido de parte superior: camisetas, camisas, blusas, etc.
- Vestido de parte inferior: ropa interior, pantalón, etc.
- Vestido de pies: medias, zapatos, etc.

En consideración a la posición que se adopta, pueden clasificarse en:

- Posición decúbito supino.
- Posición decúbito lateral.
- Posición sentada.

Las incapacidades con miembro superior disminuidos pueden conseguirlo con entrenamiento:

a) Vestido de la parte superior en posición acostada.

Colocarse la camiseta o el pijama en posición decúbito dorsal o lateral, puede llegar a ser fácil; se necesita únicamente habilidad manual y capacidad para arquear el tronco o rolar. Para arquear el tronco es recomendable una almohada alta y para rolar barras laterales a la cama. Las dificultades del procedimiento consisten en:

- Colocar la manga del brazo disminuido para lo cual debe cruzarse el brazo más útil sobre el tronco, se debe hacer con contracción de dedos o boca cuando no se realiza el movimiento independiente.
- Pasar la prenda por la espalda y por último colocar la manga correspondiente al brazo útil.

b) Vestido de la parte superior en posición sentada.

La colocación se simplifica al adoptar la posición de sentado, procediendo como en el caso anterior:

- Colocar primeramente la manga del brazo disminuido igual que en la posición anterior
- Pasar la prenda por la espalda, siendo la mayor dificultad la de ubicar la segunda manga y pasar el codo del brazo útil.

Para desvestirse se procederá inversamente a los métodos indicados, es decir, se comienza por la manga correspondiente al brazo útil por tener mayor libertad de movimiento.

c) Vestido de parte inferior.

Con mayor comodidad se puede realizar la colocación de prendas para partes inferiores en posición decúbito supino, aunque hay pacientes que la postura no le permite realizarla y se debe colocar decúbito lateral, se corta la energía al mantener el equilibrio de tronco para la posición de pie o la fuerza para elevar la cadera en la posición sentada.

Los ejercicios preliminares deben orientarse a obtener la flexión de tronco de los miembros inferiores, con ayuda y sin ayuda de brazos.

Para casos de espasticidad es elemental adquirir un gran dominio en la relajación muscular que posibilite la coordinación de los movimientos necesarios de piernas, y no las dificulte con fuertes descargas incontroladas.

d) Vestido en posición acostada.

Este método vence la dificultad de calzar pantalones en los pies flexionando el tronco en decúbito lateral, y con lo cual se evita la necesidad de vencer la fuerza de gravedad.

El obstáculo de la cadera se consigue vencer con sucesivos cambios de decúbito y una relativa habilidad manual.

e) Vestido en posición sentada.

Una vez vestida la posición por cualquier método que el paciente utilice y calzado los pantalones en los pies, debe de tratar de elevar la cadera con apoyo alternativo de brazos y balanceo de tronco.

Realizar este método requiere adoptar sin gran dificultad la posición de sentado, tener un buen equilibrio, balanceo y probabilidad de utilizar un brazo mientras el otro mantiene el tronco inclinado al elevar la cadera.

Cuando no se pueda mantener el brazo extendido, el codo fijara la posición, se necesita entonces mayor fuerza del tronco para mantener el equilibrio y volver a la posición inicial.

Se debe partir de la posición sentada también puede conseguir la elevación de la cadera con la utilización de almohadas bajo la espalda. Para sacar prendas de la parte inferior puede seguirse cualquiera de los métodos utilizados de forma inversa.

Las adaptaciones, se debe recurrir a las adaptaciones solo cuando sea necesario, las características serán de acuerdo con cada paciente. Pantalones y faldas con altas aberturas que se puedan cerrar, con cierres automáticos, botones, etc. Son útiles para pacientes con inhabilidades en miembros superiores o dificultades para efectuar con amplitud los movimientos de tronco.

Para posibilitar el deslizamiento normal de los cierres automáticos, podrán ponerse mangos especiales o agarradera útil por su firmeza de empuje.

f) Vestido de los pies.

La colocación de medias y zapatos presenta problemas similares a los de las prendas inferiores, es decir, los pies se acercan a las manos o las manos se acercan a los pies. Esta operación puede realizarse indistintamente en posición sentada, reclinada, acostada o lateral.

Las posiciones dependen fundamentalmente de los problemas que presentan la flexión de piernas y tronco. A continuación solo se ilustran dos formas por considerarlas originarias de todas las demás variantes.

La colocación de medias implica idénticos problemas; por tanto, solo es necesario agregar, a fin de completar las sugerencias sobre adaptaciones; por ejemplo, en lugar de ojetes deben usarse cierres automáticos, calzado unido a varillas largas, amplias aberturas en el empeine, talón o punta de los zapatos, cintas de velcro para facilitar su colocación.

La colocación de elementos ortopédicos, está dada por el empleo de las órtesis y prótesis artificiales de descarga, estas deben corresponderse con las características individuales; por tanto se tratan para cada caso en especial.

Las dificultades que presentan la colocación de la órtesis de descarga dependen de su confección y forma en relación a las articulaciones, correas con hebillas o cintas de velcro, bandas de seguridad, entre otros.

Los aparatos de descarga presentan la dificultad de colocar el pie en el zapato, se debe colocar previamente el ajuste de las correas, salvo cuando el aparato tenga la articulación del zapato, o el tobillo desmontado.

Solo es necesario hacer referencia a los métodos de colocación de dos tipos de aparatos de descarga, pues los demás son variantes.

1. Las órtesis de descarga bilaterales con jaula superior torácica no separable, deben colocarse por lo general en posición acostada. Al pasar a la posición de decúbito se procede a colocar el aparato debajo del tronco, que al volver a la posición supina, queda encajado en cadera y dorso procediendo luego al ajuste de correas del corset.
2. Las órtesis de descarga unilateral o bilateral simples, se colocan en forma similar al método anterior, o partiendo de la posición sentada para lo cual se ubica primeramente la pierna dentro de la órtesis, luego se destraba y flexionándolo se calza el zapato para finalmente proceder al ajuste de la cinta de velcro con el miembro extendido o flexionando.

Cuando las articulaciones del paciente permitan, puede colocarse la órtesis; el rehabilitador debe flexionar las piernas en posición acostada.

La colocación de la órtesis de descarga con cinturón pélvico no presenta variantes al método anterior, pues al ser divisible las correas que lo ajustan forman con el eje del aparato una sola unidad.

Para sacar los aparatos de descarga pueden seguirse cualquiera de los métodos anteriores en secuencia contraria, es necesario desajustar la bota o zapato y las correas, para luego empujar el aparato o elevar la pierna en posición sentada o acostada.

De acuerdo con las disminuciones físicas que poseen algunos pacientes alcanzan a poder vestirse o desvestirse con o sin dificultad en la parte superior o inferior, y los pies, pero en todos los casos se deberá dejar al paciente realizar por si mismo toda la actividad que sea capaz, aunque ello implique incomodidad o tiempo excesivo, pues de esta única forma se obtendrá un entretenimiento que le llevará poco a poco, pero indefectiblemente a la perfección.

Movilidad

La movilidad incluye todas las modalidades de pasaje, traslado y desplazamiento, y no se debe dejar de olvidar la posibilidad de efectuarlas en posición de pie o en sillón de ruedas.

Actividades de pasaje

Una de las actividades preliminares del autoservicio son los diferentes pasajes que el paciente puede realizar de forma independiente, lo cual conlleva a un aprendizaje, detallándose estos de la forma siguiente:

- Pasaje de silla de ruedas y/o a la cama.
- Pasaje de silla de ruedas y/o a la taza de baño.
- Pasaje de silla de ruedas y/o a la bañera.
- Pasaje de silla de ruedas y/o a la silla común.
- Pasaje de silla de ruedas y/o al piso.
- Pasaje de posición de pie y/o a la cama.
- Pasaje de posición de pie y/o a la silla común.
- Pasaje de posición de pie y/o al sillón.
- Pasaje de posición de pie y/o a la taza del baño.
- Pasaje de posición de pie y/o a la bañera.

Todos los pasajes realizados desde las sillas de ruedas a otra posición se realizan de frente o inclinado. De la posición de pie los pasajes se deben realizar de acuerdo a la incapacidad que presenta el paciente. En caso de hemiplejías o hemiparexia, siempre se realizará por el lado indemne.

En las paraplejías y paraparexia se realizaran de espalda con apoyo manual (muletas o barras) o de frente.

Las actividades de traslado o de ambulación son:

- Abrir, atravesar y cerrar la puerta.
- Deambulación al exterior.
- Deambulación prolongada.

Las actividades de desplazamiento son:

- Bajar y subir escaleras (con o sin barandillas).
- Entrar y salir del coche.
- Entrar y salir del autobús.
- Bajar y subir la acera.
- Cruzar la calle.

Manualidades

Las actividades manuales de uso común diario son indispensables para el trabajo como para las actividades de óseo, estas son:

- Escribir nombre y dirección.
- Dar cuerda al reloj.
- Uso de cerilla o encendedor.
- Uso de libros, periódicos.
- Uso de pañuelo.
- Accionar la luz (cadena, interruptor, manecillas).
- Uso del teléfono (receptor, discar, monedas).
- Uso de bolsos (monedero, monedas, papel moneda).

Aplicación de métodos y técnicas evaluativas de las AVD

El programa de entrenamiento de las AVD puede conducir a la restauración máxima de las funciones musculares y articulares, o puede ser un programa simultaneo dependiendo de las necesidades individuales y de los pronósticos, pero teniendo en cuenta siempre el objetivo final, al cual están dirigidos todos los tratamientos, que es, a la máxima independencia física, psicosocial y vocacional. En todos los casos en que esté indicado el programa, es preferible la integración en una forma eficiente y efectiva ya que todos estos aspectos son interdependientes. Para lograr el alcance del programa de entrenamiento de las AVD se han desarrollado algunos procedimientos y técnicas.

El terapeuta puede contribuir de varias maneras a este programa, como son:

1. Realizar las pruebas y adiestramiento para un programa total de las AVD.
2. Realizar las pruebas y adiestramiento en las actividades asignadas al terapeuta como parte del equipo o servicio terapéutico.
3. Evaluar y adiestrar en las tareas domésticas.
4. Realizar las pruebas de los dispositivos de asistencia, tales como: férulas, sujeciones o dispositivos de ayuda.
5. Visitas a domiciliario para comprobar los aspectos enumerados anteriormente.

Es importante antes de comenzar un plan de entrenamiento de las AVD conocer el desenvolvimiento físico de una persona incapacitada, y para esto se debe tomar en consideración ciertos aspectos como:

1. La función normal.
2. Realizar un estudio de los procesos de trabajo tales como:
 - a) El acto de comida: comprende el proceso de comida y la aplicación de condimentos (sal, pimienta, mantequilla).
 - b) La escritura: requiere el proceso y estabilización del papel.
 - c) El uso del teléfono: requiere el marcado y el sostén del receptor y el disco.

Técnica de evaluación de las AVD

1. Se invita al paciente a realizar cada tarea, si es posible, y se realiza una valoración conforme a la realización.
2. Se realiza en una secuencia normal de consecución.
 - a) Actividad de la cama.
 - b) Actividad de vestido.
 - c) La comida.
 - d) Traslado y desplazamiento.
3. Después de esta prueba inicial, y una vez que se identifiquen los déficit en el desempeño de las AVD que interfieren con la autonomía del paciente, pueden establecerse los planes y objetivos de tratamiento, los cuales deben describir el desempeño funcional del paciente, el estado de capacidad debe ser en términos medibles y acordado por el paciente y el terapeuta. Una vez acordado el plan de tratamiento a seguir, se empieza por sesiones de adiestramiento en actividades, en las cuales el paciente presenta ciertas deficiencias y se cree adecuado mejorar.

La recuperación, métodos adaptados y técnicas de equipamiento adaptado que pueden utilizarse para permitir el desempeño del paciente en las diversas tareas de la vida diaria se prescriben sobre la base de la deficiencia que limita la función.

Diagnósticos asociados con deficiencias que causan dificultades en las AVD

1. Deficiencia del arco de movimiento, fuerza y coordinación de la musculatura oral.
Diagnósticos: trastornos neurológicos y neuromusculares por accidente cerebrovascular, lesión de cabeza, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica y parálisis cerebral.
2. Deficiencia del arco del movimiento activo y pasivo de los miembros superiores e inferiores.

Diagnósticos: cuadriplejía, quemaduras, amputaciones del miembro superior, artritis, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, lesiones traumáticas, ortopédicas y otras.

3. Deficiencia de la coordinación de los miembros superiores.

Diagnósticos: lesión de cabeza, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, tumores y otros trastornos neurológicos.

4. Deficiencia de un miembro superior o lado del cuerpo.

Diagnósticos: hemiplejía (por accidente cerebro vascular o lesión de cabeza) y trauma unilateral o amputaciones.

5. Deficiencia de la movilidad sin déficit en los miembros superiores.

Diagnósticos: paraplejía, orateatritis, amputaciones del miembro inferior, quemaduras, fracturas y prótesis de la cadera y la rodilla.

6. Deficiencias sensoriales, preceptuales y cognitivas.

Diagnósticos: lesión de cabeza, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y Alzheimer, retraso mental, disminución de la visión, ceguera, deficiencia sensorial táctil con neuropatía periférica o causa neurológica (accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal y de la cabeza).

Técnicas generales de recuperación asociadas a deficiencias que causan dificultades en lasAVD

1. Deficiencia del arco de movimiento, fuerza y coordinación de la musculatura oral.

Técnicas de recuperación: estimulación oral motriz, ejercicios de estiramiento para el arco de movimiento y técnicas de tratamiento neurofisiológico (tratamiento del neurodesarrollo y facilitación propioceptiva).

2. Deficiencia del arco del movimiento activo y pasivo de los miembros superiores e inferiores.

Técnicas de recuperación: arco pasivo de movimiento, movimiento pasivo continuo, ejercicios resistidos y activos asistidos, férulas y yesos y técnicas de tratamiento neurofisiológico para el miembro superior o lado del cuerpo afectado.

3. Deficiencia de la coordinación de los miembros superiores.

Técnicas de recuperación: técnicas de tratamiento neurofisiológico.

4. Deficiencia de un miembro superior o lado del cuerpo.

Técnicas de recuperación: arco pasivo de movimiento, movimiento pasivo continuo, ejercicios resistidos y activos asistidos, férulas y yesos y técnicas de tratamiento neurofisiológico para el miembro superior o lado del cuerpo afectado.

5. Deficiencia de la movilidad sin déficit en los miembros superiores.
Técnicas de recuperación: actividades de deambulaci3n, de pie y equilibrio, actividades motrices gruesas y t3cnicas de tratamiento neurofisiol3gico
6. Deficiencias sensoriales, preceptuales y cognitivas.
Técnicas de recuperación: entrenamiento o reentrenamiento cognitivo, tratamiento con computadoras para la percepci3n y cognici3n, reentrenamiento perceptual, t3cnica de tratamiento sensoriomotoras y reeducaci3n sensorial.

T3cnicas de intervenci3n específicas para corregir déficit de capacidad

D3ficit de capacidad de alimentaci3n

Las dificultades en la alimentaci3n pueden resultar de la incapacidad para:

- Tragar comida y beber con seguridad.
- Llevar la mano a la boca.
- Levantar y mantener utensilios, comida con los dedos y envases para beber.
- Utilizar las manos simultáneamente para cortar comida.
- Atender a la actividad, ver los elementos colocados sobre el plato, tomarlos con los utensilios y luego llevarlos a la boca.

Estas incapacidades pueden proceder de deficiencias en:

- El arco de movimiento pasivo de los miembros superiores y el área oral, fuerza y coordinaci3n de la musculatura oral.
- El arco activo de movimiento (fuerza) en los miembros superiores y la musculatura oral.
- La coordinaci3n de los miembros superiores, cuello y musculatura oral.
- Un miembro superior o lado del cuerpo.
- Las capacidades sensorial, preceptual y cognitiva.

Intervenciones terap3uticas para corregir déficit de capacidad de alimentaci3n

Deficiencias del arco de movimiento, fuerza y coordinaci3n de la musculatura oral. Las t3cnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Posicionar la cabeza, cuello y cuerpo para facilitar la deglución adecuada.
- Modificación de la consistencia de la comida.

El equipamiento adaptado utilizado con estas deficiencias es el siguiente:

- Equipamiento de posición para mantener la cabeza ligeramente flexionada y en línea media, el tronco recto y en línea media, las caderas flexionadas a 90 grados y los pies apoyados (Kovich & Bermann, 1988).

Deficiencias del arco activo y pasivo de los miembros superiores. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Utilizar un miembro superior asistiendo al otro para llegar a la boca (levantar desde el codo).
- Apoyar el codo sobre una superficie elevada para permitir alcanzar la boca.
- Sujetar los utensilios mediante los dedos débiles para mantenerlos.
- Utilizar ambas manos para mantener una taza o un vaso.
- Utilizar tenodesis (tensión natural de los dedos cuando la muñeca está extendida) para levantar un vaso o comida con los dedos.

El equipamiento adaptado utilizado con estas deficiencias es el siguiente:

- La colocación del brazo en un dispositivo de asistencia antigravitatorio (cabestrillo sueco, auxiliar de deltoides, apoyo móvil de brazo y cabestrillo por encima de la cabeza) para alcanzar la boca.
- Prótesis por la prensión y para alcanzar la boca.
- Órtesis de prensión-liberación mecánica (wrist-driven flexor finger) cuando la prensión está ausente.
- Órtesis para utensilios cuando la estabilidad de la muñeca y la prensión están ausentes.
- Utensilios con puño universal cuando la prensión está ausente o es inadecuada.
- Mangos o utensilios ensamblados cuando la prensión es débil.
- Cuchillo adaptado o puño del utensilio que puede asegurarse a la mano cuando la prensión es débil o está ausente.
- Utensilios extendidos (un bolsillo en el ángulo derecho puede utilizarse para extender y alterar el ángulo en que se toma un utensilio).
- Utensilios gravitatorios si la comida cae fuera durante el movimiento hacia la boca.

- Un sorbete largo con sujetador si la taza no puede levantarse hasta la boca.
- Equipamiento para beber colocado en la silla de ruedas (base para mantener el vaso y sorbete largo) o a un lado de la cama para permitir el consumo de líquido durante el día y la noche.
- Colocación de esterillas antideslizantes.
- Guarda plato o guarda cuchara para evitar que la comida se salga.

Deficiencias de la coordinación de los miembros superiores. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Colocar peso en los miembros.
- Utilización de un miembro para estabilizar el otro.
- Mantener los brazos fijados contra el tronco o codos/muñecas estabilizados en la mesa.

El equipamiento adaptado utilizado con estas deficiencias es el siguiente:

- Dispositivos que proporcionan resistencia, como el feeder de fricción para el control de colocación del brazo.
- Utensilios con peso (en la incoordinación grave se utiliza una cuchara en vez de un tenedor por cuestiones de seguridad).
- Colocación de esterillas antideslizantes.
- Taza con tapa o sorbete o pico bebedor o sorbete largo con sujetador para permitir beber sin tener que levantar la taza.
- Equipamiento para beber colocado en la silla de ruedas o a un lado de la cama.
- Cuchillo común o de ruedas para ayudar a cortar utilizando un movimiento de rodar, con ambos miembros superiores para estabilizar, si la incoordinación no es grave.

Deficiencias de un miembro superior o lado del cuerpo. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Utilizar movimiento rotatorio para cortar con cuchillo común.

El equipamiento adaptado utilizado con estas deficiencias es el siguiente:

- Cuchillo de rueda.
- Guarda plato o plato cuchara si la comida se sale del plato.

Déficit de capacidad de arreglo personal

Las tareas de arreglo personal incluyen lavado de manos y cara, peinado, cepillado y estilo del pelo, cepillado de dientes, colocación y cuida-

do de gafas y lentes de contacto, aplicación de cosméticos, afeitado, aplicación de desodorante y cuidado de las uñas.

Las dificultades en el arreglo personal pueden deberse a la incapacidad para:

- Alcanzar la cara, todas las áreas de la cabeza y los grifos.
- Levantar, mantener y manipular cepillos, esponja, afeitadora, lentes de contacto, alicate para uñas y otros instrumentos.
- Utilizar ambas manos simultáneamente para abrir envases o alicates para uñas.
- Prestar atención a la actividad, localizar los elementos necesarios y utilizarlos apropiadamente.

Estas capacidades pueden resultar deficientes en:

- El arco pasivo de movimiento (fuerza) de los miembros superiores y cuello.
- La coordinación de la musculatura de los miembros superiores y cuello.
- Un miembro superior o lado del cuerpo.
- Las habilidades preceptuales y cognitivas.

Intervenciones terapéuticas para corregir déficit de capacidad de capacidad de arreglo personal

Deficiencias del arco activo y pasivo del movimiento de los miembros superiores y cuello. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Asistir a un miembro con el otro para mejorar el alcance.
- Apoyar el codo sobre una superficie elevada para aumentar el alcance.
- Utilizar la boca para abrir envases.
- Presionar hacia abajo el alicate para uñas para mantenerlo en posición y poder moverlo para cortar el borde de las uñas si la presión es inadecuada para manipularlo.
- Utilizar ambas manos para tomar el vaso, cepillo de dientes, peine y afeitadora.
- Utilizar jabón líquido en un envase que tenga botón a presión.
- Modificar el estilo del cabello eliminando la necesidad de arreglos complejos.
- Colocar la dentadura postiza sobre una toalla húmeda o un recipiente para evitar que se caigan cuando la cepilla.
- Utilizar tenodesis para levantar un vaso u otros elementos (la tenodesis generalmente no es fuerte como para mantener el cepillo dental cuando se cepilla los dientes).

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Dispositivo de asistencia antigravitatorio para la colocación del brazo para poder alcanzar la cara y la cabeza.
- Prótesis para alcanzar la cara y la cabeza y realizar prensiones.
- Órtesis de prensión liberación mecánica cuando la misma está ausente.
- Órtesis de sujeción del utensilio cuando la estabilidad de la muñeca y la prensión están ausente.
- Engrosamiento de mangos para el peine y cepillo de dientes.
- Cierre con una banda de velero para el cepillo del cabello.
- Surtidor de pasta dental.
- Adaptación a la válvula del desodorante.
- Adaptación del envase del desodorante para estabilizarlo en la mano.
- Envase para los maquillajes que asegure cada cosmético que asegure en su lugar mientras se abre.
- Adaptación del mango de la afeitadora.
- Adaptación para surtir la crema de afeitar.
- Mango extendido para el cepillo de dientes y peine.
- Estabilización de la articulación interfalángica proximal (IFP) para mantener la estabilidad del dedo y poder colocarla lente de contacto.
- Guante para el lavado.
- Pulpo para estabilizar el jabón.
- Extensión de la palanca del grifo para permitir el alcance y la operación.

Deficiencias de la coordinación de los miembros superiores y del cuello. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Optar por un estilo simple para el cabello.
- Peso en los miembros.
- Utilizar una toalla en el lavado cuando se cepilla la dentadura postiza para evitar que se rompa.
- Utilizar un miembro para estabilizar el otro o ambos miembros superiores en la tarea.
- Mantener los brazos fijos contra el tronco o codos y muñeca estabilizados en el lavado mientras se lava la cara, peina el cabello o cepilla los dientes.
- Tomar el cepillo por el cabello por detrás o cerca de donde están montadas las cerdas.
- Utilizar jabón líquido en un envase que tenga botón a presión.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Un dispositivo que brinde resistencia (feeder de ficción) para el control de la colocación del brazo.

- Montar el cepillo de dientes y la afeitadora sobre el cuello u otro montaje estable y mover la cabeza para realizar la tarea sin los miembros superiores.
- Cepillo de dientes y afeitadora eléctrica.
- Vaso de succión, montaje de cepillo para cepillar la dentadura postiza y limpiar las uñas.
- Canasta para los maquillajes que mantenga los cosméticos en su lugar e impidan que se caigan.

Deficiencias de un miembro superior o lado del cuerpo. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Estabilizar los envases entre las rodillas para tomarlos.
- Apretar la pasta dental sobre el cepillo que se encuentra estabilizado.
- Cambiar el estilo del cabello por uno sencillo.
- Presionar hacia abajo el alicate de uñas para estabilizarlo y poder cortar las uñas de la mano sana.
- Utilizar una toalla en el lavado para sujetar la dentadura postiza mientras se cepilla.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Cepillos que pueden fijarse por succión (ventosas) para las uñas y dentadura postiza.
- Canastas para los maquillajes que estabilicen los cosméticos mientras se abre y utilizan los mismos.

Déficit de capacidad en el vestido y desvestido de la parte superior del cuerpo.

Las dificultades para el vestido de la parte superior pueden deberse a la incapacidad de:

- Poner el brazo en la manga y levantar la prenda por encima de la cabeza y por detrás de la espalda.
- Tomar la camisa para ponerla y sacarla atrás, en la espalda.
- Manipular botones, cierres y broches.
- Levantar ropa pesada (por ejemplo una chaqueta).
- Atender la tarea, percibir las relaciones espaciales entre prenda y las partes del cuerpo, comprender y aprender a utilizar métodos adaptados.

Estas incapacidades pueden deberse a deficiencias en:

- El arco pasivo de los miembros superiores y del cuello.
- El arco activo (fuerza) de los miembros superiores y del tronco.

- La coordinación de los miembros superiores.
- La utilización unilateral del miembro superior.
- Las habilidades sensoriales, preceptuales y cognitivas.

Intervenciones para corregir los déficit de capacidad en el vestido y desvestido de la parte superior del cuerpo

Deficiencias del arco activo y pasivo de movimiento de los miembros superiores y del tronco. Los métodos adaptados utilizados en esta deficiencia son:

- Utilizar prendas sueltas y livianas.
- Utilizar prendas que se abran por el frente y no por la espalda.
- Dejar las camisas parcialmente abotonadas (nudo de la corbata hecho), ponerlas y sacarlas por encima de la cabeza.
- Correr los botones de las mangas al borde del puño dejando una gran abertura para ponerla y sacarla sin desabotonar.
- Utilizar apoyo en los asientos para los músculos débiles del tronco o equilibrio pobre en la posición sentado (sentarse en silla de ruedas, silla con apoya-brazos o camas de hospital con barras para apoyo).
- Utilizar un método alternativo para poner y sacar la camisa.
- Para colocar el sostén, colocar los extremos por delante (cierre común o con velero) cerrarlo, colocar los brazos a través de las hombreras y poner los mismos por encima de los hombros, o dejarlo cerrado, ponerlo y sacarlo por encima de la cabeza.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Coser lazos en la espalda cerca del cuello para enganchar la mano o una vara corta para el vestido y levantar las prendas para sacarla por encima de la cabeza.
- Varas pequeñas para el vestido con ganchos de goma para levantar la prenda por encima de los hombros o para enganchar la manga cerca de la axila, tirar y permitir sacar el brazo.
- Cierres de velero (pueden ser difíciles de manejar porque se unen cuando no se quiere que lo hagan).
- Bandas o anillos para subir los cierres.
- Gancho auxiliar para botones (pueden tener mango alargado o una sujeción con una banda palmar para cuando la prensión es débil o está ausente).
- Prótesis.
- Órtesis de prensión y de liberación mecánica.
- Cierre del sostén al frente con bandas para poder sacarlo, si es necesario.

Deficiencias en la coordinación de los miembros superiores y del tronco. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Usar prendas sueltas y livianas.
- Evitar los cierres pequeños, optar por la ropa que se coloca por encima de la cabeza o la que tiene cierres, dejarla cerrada y por encima de la cabeza.
- Asegurarse que los cierres necesarios sean grandes.
- Mantener los miembros superiores cercanos al cuerpo.
- Utilizar los métodos alternativos 1 ó 3 para colocar las prendas y métodos alternativos para colocar el sostén en la sección de deficiencias en el arco activo y pasivo de movimiento.
- Colocar el peso en la porción distal de los miembros.
- Asegurar la estabilidad postural para vestirse en la silla de ruedas, silla con apoyo-brazos o camas con barras para apoyo.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Gancho auxiliar para poder prender los botones.
- Una banda de de velcro hace que el cierre del sostén sea seguro y fácil.

Déficit de capacidad en el vestido y desvestido de los miembros inferiores

Las dificultades en el vestido y desvestido de los miembros inferiores puede proceder de la incapacidad para:

- Llegar hasta los pies.
- Permanecer los pies y subir los pantalones por encima de la cadera.
- Tomar las prendas para asegurarlas.
- Manipular los cordones, cierres, broches y botones.
- Atender las tareas, percibir las relaciones espaciales entre las prendas y las partes del cuerpo, entender y aprender los métodos adaptados.

Estas incapacidades pueden deberse a deficiencias en:

- El arco pasivo de los miembros superiores, inferiores y tronco.
- El arco activo de movimiento (fuerza) de los miembros superiores, inferiores y tronco.
- La coordinación de los miembros superiores, inferiores y tronco.
- Un miembro superior o lado del cuerpo.
- La movilidad (sin déficit en los miembros superiores).
- Las habilidades sensoriales, preceptuales y cognitivas.

Intervenciones para corregir los déficit de capacidad en el vestido y desvestido de los miembros superiores

Deficiencias del arco activo y pasivo de movimiento de los miembros superiores e inferiores. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Usar prendas sueltas y livianas.
- Utilizar un método alternativo para poner y sacar las prendas.
- Utilizar los pulgares para ajustar una media liviana sobre los pies y humedecer el talón de la mano con saliva para proporcionar fricción y poder subir la media sobre el pie.
- Utilizar zapatos con cierre de velcro que permitan prenderlos sin equipamiento adaptado.
- Evitar la utilización de botas y zapatos altos que son difíciles de colocar.
- Poner y sacar medias y zapatos mientras se encuentra en la silla de ruedas, levantando el pie sobre la rodilla opuesta.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Lazos para el vestido unidos a las prendas, vestidos con varas, ganchos y alcances (si existe prensión adecuada) se debe comenzar por colocar los pantalones sobre los pies en la cama o sillas y subirlos dentro del alcance de las manos y también empujar y levantar prendas, zapatos y medias.
- Tirantes que sustituyan los lazos, eliminando el paso de sacarlos u ocultarlos.
- Botas altas y sujeciones extendidas en los talones o lazos.
- Auxiliares para la colocación de medias.
- Abrocha botones (puede ser necesario mango ensamblado o mango con sujeción).
- Anillos o mangos para los cierres.
- Cierres de velcro.
- Prótesis.
- Órtesis de prensión-liberación mecánica.

Deficiencias de coordinación de los miembros superiores, inferiores y tronco. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Usar ropa liviana.
- Realizar el vestido sobre una superficie estable con buen apoyo (cama, silla de ruedas, silla con apoya brazos).
- Utilizar una mano para estabilizarse mientras con la otra se alcanza los pies.

- Evitar los cierres pequeños, utilizar prendas con elásticos.
- Colocar peso sobre las extremidades.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Cierre de velcro.
- Anillos o lazos para los cierres.
- Gancho para abotonar.
- Lazos elásticos o cierres de velcro para los zapatos.

Deficiencias de un miembro superior o lado del cuerpo. Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Utilizar un método alternativo para poner y quitar las prendas.
- Utilizar un método de una mano para anudar los cordones.

Deficiencias de movilidad (sin afectación de los miembros superiores). Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Cuando los miembros inferiores están muy débiles utilizar las técnicas enumeradas bajo el título de limitaciones del arco activo y pasivo del movimiento de los miembros superiores e inferiores.
- Cuando se utiliza una silla de rueda para la movilidad, aprender a vestirse en la misma o en la cama .

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Vara o alcances para colocar las prendas.
- Botas largas.
- Colocar las medias.
- Zapatos que pueden colocarse con facilidad o cordones elásticos si es incapaz de alcanzar los pies para atarlos.

Intervenciones para corregir los problemas funcionales en el baño

Las dificultades en el baño pueden producirse por incapacidad para:

- Poder entrar en la bañera o ducha.
- Manipular grifos, jabón, esponja o toalla.
- Alcanzar todas las áreas del cuerpo y grifos.

Estas incapacidades pueden producirse por deficiencias en movimiento pasivo y activo de los miembros superiores, inferiores y el tronco:

- La coordinación de los miembros superiores, inferiores y el tronco.
- El miembro superior o lado del cuerpo.
- El arco activo y pasivo de movimiento de los miembros inferiores (sin déficit en los miembros superiores).
- Las habilidades sensoriales, preceptuales y cognitivas.

Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Para el baño en cama, si el acceso al baño no es posible, colocar sábanas de goma o un protector con el dorso de franela sobre la cama.
- Utilizar métodos de movilidad descritos bajo el título vestido y alcanzar todas las áreas del cuerpo para lavar, enjuagar y secar.
- Utilizar prendas separadas para el lavado y enjuague manteniendo el agua del enjuague limpia.
- Utilizar alfombras antideslizantes o desmontar la bañera o el fondo de la ducha.
- Forrar de toalla el respaldo de la silla de la ducha frotando la espalda contra la misma para la higiene; utilizando una toalla seca del mismo modo para secar.
- Pies de goma sobre una toalla de mano o paño jabonoso en el fondo de la bañera si los pies no pueden alcanzarse.
- Colocar un paño jabonoso sobre las rodillas y flexionarse hacia delante para lavar los brazos frotándose (para un miembro superior deficiente).
- Utilizar un recipiente con jabón líquido.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Baño de inversión y silla cómoda.
- Banco de baño.
- Esponjas de baño con mango.
- Guante o paño para el baño si la prensión es inadecuada.
- Jabón con una cuerda o bolsa del jabón con una cuerda.
- Lazos en las toallas.
- Barandillas o barras.
- Ducha de toma manual.
- Grifo de palanca simple.

Intervenciones para corregir el déficit funcional en la higiene para las necesidades fisiológicas

Las dificultades en la higiene para las necesidades fisiológicas pueden resultar de la incapacidad para:

- Acceder y colocarse encima del inodoro.
- Trasladarse lo suficientemente rápido al inodoro.
- Alcanzar el perineo.
- Tomar y utilizar el papel higiénico.
- Manejar las prendas de vestir.
- Manejar el orinal.

- Insertar supositorios.
- Vaciar la colostomía, llevar a cabo el cuidado de la misma.

Estas dificultades pueden resultar de deficiencias en:

- El arco activo y pasivo del movimiento de los miembros superiores, inferiores y tronco.
- La coordinación movimiento de los miembros superiores, inferiores y tronco.
- Un lado del cuerpo.
- Habilidades sensoriales, preceptuales y cognitivas.

Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Utilizar técnicas adaptadas en el vestido de los miembros superiores para el manejo de las prendas.
- Envolver en papel higiénico en la mano si la prensión es débil.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Tenazas o sujetadores del papel higiénico de alcance extendido para el alcance limitado).
- Bidet para la higiene (para alcance limitado).
- Barras para la transferencia al inodoro y para la estabilización mientras se realiza la higiene (para la debilidad e incoordinación).
- Levantarse del asiento del inodoro.
- Una silla-inodoro cómoda para eliminar la necesidad de recorrer la distancia hasta el baño durante la noche.
- Paños para pacientes con incontinencia menor u ocasional.

Programa intestinal y catéter para pacientes con pérdida de prensión-liberación mecánica u otro dispositivo para la inserción del catéter; bolsa con valva adaptada para el drenaje urinario, separador de labios, orinal u otro dispositivo de recolección adaptado.

Intervenciones utilizadas para corregir las deficiencias sensoriales, preceptuales y cognitivas

Las técnicas adaptadas utilizadas en esta deficiencia son:

- Alterar el ambiente para proporcionar la estimulación apropiada.
- Desarrollar vinculación o vinculación inversa para permitir la adquisición gradual de los componentes de las tareas.
- Asegurar la consistencia del ambiente, estructuración de tareas y secuencias.
- Graduar las instrucciones por números y complejidad apropiadas para el paciente.

- Utilizar listas escritas y gráficas para asistir a los componentes de memoria de las tareas.
- Elegir técnicas adaptadas que se aproximen tanto como sea posible al modo utilizado por el paciente para desempeñar la tarea minimizando la necesidad de nuevos aprendizajes.
- Marcar las prendas para conseguir la orientación adecuada.

Para pacientes con deficiencia visual:

- Proporcionar luz apropiada para maximizar la visión.
- Establecer ubicaciones predecibles para los artículos necesarios.
- Utilizar Braille u otros rótulos para la identificación de diferentes objetos de la misma forma (prendas de vestir, varios colores de lápiz labial).

Para pacientes con deficiencia táctil:

- Probar la temperatura del agua en un área sensible antes de su contacto con un área insensible.

El equipamiento adaptado utilizado en estas deficiencias es el siguiente:

- Reguladores de temperatura para canillas o protectores para prevenir quemadura en pacientes con deficiencias sensoriales táctiles.

Métodos alternativos para pacientes con deficiencias que le disminuyen la capacidad de ponerse y quitarse la ropa

Métodos para poner y quitar una camisa para pacientes con deficiencia del arco de movimiento activo y pasivo de los miembros superiores:

Método 1

1. Colocar la camisa (suéter o chaqueta) boca abajo sobre la falda con las mangas y el cuello cerca de las rodillas.
2. Deslizar los brazos a través de la camisa dentro de las mangas y empujarlas por encima de los codos.
3. Recoger la camisa por detrás y llevarla por encima de la cabeza (los codos pueden descansar sobre las rodillas o la mesa, doblando la cabeza hacia abajo para empujarla a través del cuello de la camisa).
4. Protraer, retraer, elevar y descender los hombros para lograr que la camisa quede por encima de los mismos o empujarla encima de un hombro y luego del otro con el miembro superior opuesto.
5. Retraer el hombro mientras se inclina ligeramente hacia delante para conseguir que la camisa descienda en la espalda.

6. Estirlarla camisa al frente, cerca del final para conseguir que descienda totalmente.
7. Colocar las manos a cada lado del frente de la camisa y tirar ligeramente hacia abajo y hacia los lados, para conseguir que la camisa descienda totalmente.
8. Para sacar las prendas se colocan por encima de la cabeza, colocando las manos a cada lado de la camisa hacia la manga opuesta y tirar las mangas abiertas por encima de los codos. Repetir lo mismo con la otra manga y sacar por encima de la cabeza.
9. Para sacar rebecas, tirar el cuello hacia atrás encima de los hombros, extendiendo el miembro superior y retrayendo los hombros para ayudar a las mangas a caer por debajo del codo, o empujar una manga fuera del hombro alcanzando la abertura de la manga del miembro superior opuesto y mantenerla mientras se eleva el hombro, extender el brazo y flexionar el codo para sacar el primero fuera de la manga, luego tirar de la camiseta alrededor de la espalda hacia el otro lado con el brazo aún en la manga y deslizado hacia fuera.
10. Desabotonar utilizando la mano para estabilizar la camisa contra el cuerpo y el pulgar o nudillo para pasar los botones a través de la abertura mientras el pulgar opuesto empuja la tela por encima del botón.

Método 2

Este método es adecuado para pacientes con buena movilidad de tronco y miembros inferiores pero limitada fuerza o arco de movimiento de los miembros superiores (amputaciones del miembro superior o pacientes quemados):

1. Colocar la prenda de frente sobre la cama.
2. Colocar un miembro superior en la manga y deslizarlo utilizando fricción de la camisa contra la cama para mantener la prenda mientras se desliza el brazo en su interior.
3. Una vez que el brazo se encuentra en el interior y el cuello se encuentra sobre el hombro, comenzar sobre el otro brazo en la manga y comenzar el mismo trabajo (la prenda debe ser amplia para este método).

Método 3

Este método es para ser utilizado con prendas que se colocan por encima de la cabeza:

1. Primero, colocar la cabeza en la abertura del cuello.

2. Colocar la mano en la manga y empujar todo el brazo a través de la manga.

Métodos para poner y quitar una camisa para pacientes con deficiencias de un miembro superior o lado del cuerpo:

Método 1

1. Colocar la prenda sobre la falda y de frente, el cuello hacia las rodillas, y la manga del lado afectado abierta entre las piernas.
2. Colocar el miembro superior afectado dentro de la manga, llevándola hacia delante para que caiga dentro de la manga tanto como sea posible.
3. Tirar la manga hacia arriba del brazo por lo menos hasta encima del codo.
4. Con la mano sana, tomar el cuello y la manga que se van a colocar de ese lado.
5. Levantar el brazo sano sobre la cabeza, llevando la camisa alrededor de la espalda.
6. Mientras se tira la camisa alrededor de la espalda, deslizar el brazo sano en la manga impidiendo que la camisa salga del brazo y empujar el brazo dentro de la manga cuando la camisa cae en la espalda.

Método 2

1. Colocar la prenda sobre la falda con el frente hacia arriba, el cuello cerca de los muslos y la manga abierta del lado afectado; entre las piernas.
2. Colocar el miembro superior afectado en la manga abierta inclinándolo hacia delante para que caiga tanto como sea posible.
3. Tirar hacia arriba la manga del brazo afectado, al menos por encima del codo, preferiblemente hasta la axila.
4. Colocar el miembro superior sano en su manga.
5. Tomar el cuello, arreglando la parte de atrás y levantando por encima de la cabeza.

Método 3

Este método se utiliza para prendas sin botones.

1. Colocar el cuello hacia abajo sobre la falda abriendo los botones de la camisa para colocar las mangas abiertas.
2. Colocar el miembro superior afectado en su manga abierta y subirla encima del codo.

3. Colocar el miembro superior sano en su manga abierta.
4. Tomar el cuello por detrás arreglando la tela de atrás con el miembro superior sano y llevarlo por encima de la cabeza.

Quitar prendas con botones

1. Tirar la tela hacia el lado sano para que se deslice tanto como sea posible.
2. Tomar la prenda desabotonada del lado sano, alcanzar la espalda para conseguir sacar el hombro, luego tirar hacia abajo y girar el codo fuera de la camisa, o tomar la manga del lado sano con esta mano y gradualmente tirar hacia abajo hasta que el codo pueda trabajar fuera de la manga.
3. Tirar la tela del lado afectado sacando el miembro superior afectado.

Quitar prendas sin botones

1. Tirar la tela hacia el lado sano para que se afloje.
2. Tirar el final de la camisa hacia abajo del lado sano presionando el codo a través de la abertura de la manga y sacar el miembro superior sano de la manga.
3. Recoger la tela y tomar el cuello para levantar la prenda por encima de la cabeza o tomar el cuello cerca de su base, recogiendo la tela con la mano y tirando de atrás por encima de la cabeza.
4. Sacar el miembro superior sano de la manga.
5. Sacar la manga del miembro superior afectado.

Métodos para poner y sacar pantalones para pacientes con deficiencias en el arco de movimiento activo y pasivo de los miembros superiores e inferiores:

Método 1

1. Sentarse en la cama con las piernas extendidas, con o sin apoyo en la espalda con las prendas a mano en la cama o silla.
2. Utilizar la prensión débil o los pliegues de las prendas para mantenerlos en su lugar en la preparación para poner los pies.
3. Tirar la pierna con el antebrazo, levantar por encima de la rodilla para doblar la pierna y conseguir que el pie se eleve en la rodilla opuesta.
4. Plegar las prendas sobre el pie a través de la abertura de la pierna y tirar hacia arriba hasta la rodilla.
5. Tirar los pantalones sobre los pies y hacia arriba hasta la rodilla durante el mismo paso que la ropa interior o utilizar el mismo método para

los pantalones y la ropa interior, después la ropa interior se levanta hasta la cintura.

6. Una vez que se llegó a las rodillas tirar parcialmente sobre los muslos tirando la entrepierna de los pantalones con el antebrazo y tirando con la mano en el bolsillo de los pantalones o utilizando ambas manos juntas para tomar y tirar.
7. Acostarse y rotar de lado a lado, tirar los pantalones hacia arriba sobre la cadera que se encuentra elevada en cada rotación.
8. Bandas elásticas en la cintura pueden eliminar la necesidad de utilizar equipamiento para abrochar las prendas.
9. Utilizar el proceso inverso para quitarse la ropa.

Método 2

Este método utiliza un enfoque diferente para conseguir que al comienzo la ropa se encuentre sobre los pies y se levante hasta las rodillas pero es similar al método 1.

1. Mantener las piernas extendidas en la cama, ligeramente separadas.
2. Levantar las piernas con el antebrazo, colocando los pies en las aberturas de las piernas.
3. Ejercer presión sobre las rodillas para que la pierna se extienda dentro de los pantalones.

Método 3

Este método ofrece otra vía para subir los pantalones por encima de los pies y hasta la rodilla.

1. Colocar los pantalones hacia arriba con la cintura por encima de las rodillas y debajo de los muslos.
2. Levantar las piernas con el antebrazo una cada vez, y colocar el pie en la pernera.
3. Hacer presión en la rodilla para que la pierna se extienda dentro del pantalón.

Métodos para poner y quitar una la ropa para pacientes con deficiencias de un miembro superior o lado del cuerpo:

Ponerse la ropa

1. Sentarse sobre la cama o a un lado en una silla común o silla de ruedas que permita a los pies apoyarse firmemente sobre el suelo. Es preferible sentarse en la cama si es incapaz de ponerse de pie para

subir los pantalones porque el paciente puede acostarse en la cama para rodar y subir los pantalones hasta las caderas.

2. Cruzar la pierna afectada sobre la sana.
3. Colocar las piernas sobre el pie y tirar hacia arriba hasta la rodilla, asegurándose que el pie llegue hasta el fondo de la abertura de la pierna.
4. Volver a colocar el pie sobre el piso.
5. Mantener las prendas cerca de la cintura con el miembro superior sano y extenderlo hacia abajo, permitiendo que el miembro superior afectado se levante dentro de la abertura.
6. Tirar hacia arriba y sobre los muslos la prenda tanto como sea posible mientras se esté sentado.
7. Utilizar, si es posible, el miembro superior afectado para mantener los pantalones arriba mientras se comienza a ponerse de pie o mantener los pantalones en la cintura con la mano sana y se utiliza el miembro superior con apoyo mientras se comienza a ponerse de pie.
8. Ponerse de pie para subir los pantalones sobre las caderas, inclinándose sobre la pared, cama u otro objeto estable, si es necesario.
9. Asegurar los cierres mientras se está de pie porque la ropa está suelta; si esto puede realizarse de manera segura; si no, utilizar prendas sueltas y cierres mientras se está sentado.

Quitar la ropa

1. Desabrochar en posición sentada.
2. Dejar que la ropa descienda desde las caderas mientras comienza a ponerse de pie.
3. Sacar primero la pierna sana, luego la afectada dejando que la ropa se deslice hasta el suelo y sacando la pierna afectada mientras se mantienen las prendas en el piso con la pierna sana, o cruzando la pierna afectada sobre la sana.

Poner medias y zapatos

1. Colocar medias holgadas poniendo la mano sana en la abertura de la media y abriendo los dedos para comenzar a poner las medias sobre los pies.
2. Colocar el pie afectado sobre un escabel o levantar la rodilla opuesta para estabilizar mientras se esté colgando la media.
3. Una vez que las medias se encuentren colgadas sobre los pies, levantar utilizando el miembro superior sano.
4. Colocar el zapato del lado sano sin adaptación.

5. Colocar el zapato del lado afectado levantando el pie en la rodilla opuesta o cruzando la pierna afectada sobre la sana, luego utilizar el miembro inferior sano para colocar el zapato en el pie. Algunos zapatos pueden permitir poner el miembro superior afectado poniendo el zapato en el suelo y levantando el pie dentro. Luego empujar sobre la rodilla afectada para poner el talón dentro del zapato.

Poner y sacar órtesis de pie-tobillo

1. Aflojar los sujetadores y plegar la lengua hacia atrás sobre los mismos.
2. Colocar el arnés en el piso entre los pies con el zapato directamente debajo de las rodillas.
3. Levantar el pie afectado por encima del zapato.
4. Levantar el pie por encima de la banda o metal vertical de la pantorrilla y deslizar el zapato encima del pie mientras se sale a la posición plena del piso. Utilizar el pie sano para evitar que el talón del pie afectado se deslice en dirección contraria, fuera del zapato.
5. Empujar sobre la rodilla de la pierna afectada para deslizar el talón dentro del pie.

Para sacar la órtesis

1. Aflojar correa y sujetadores.
2. Mantener el talón del pie hacia abajo con el pie sano mientras se levanta el talón afectado fuera de la órtesis, luego empujar la banda de la pantorrilla para sacar el pie, o cruzar la pierna afectada sobre la sana y hacer palanca con el zapato para empujar la banda de la pantorrilla.

Métodos para vestirse en la silla de ruedas para pacientes con deficiencias en la movilidad:

1. Sentarse en una cama baja, silla de ruedas o silla estándar con los pies apoyados firmemente en el piso.
2. Cruzar una pierna sobre la otra para comenzar con las prendas y poner las medias y zapatos.
3. Para levantar las prendas sobre las caderas en la silla de ruedas o cama (si es incapaz de ponerse de pie) apoyarse de un lado y tirar la ropa sobre el muslo y nalga opuesta; repartir para el lado opuesto, o en la silla de ruedas, apoyar el peso sobre los codos y apoyarse sobre el respaldo de la silla haciendo palanca para levantar las nalgas de la silla y tirar los pantalones hacia arriba.
4. Para ponerse de pie y subir hacia arriba las prenda, estabilizarse contra la pared, cama o barra mientras esto se lleva a cabo.

Método de registro de prueba y evolución de las AVD

Para la prueba y evaluación de la AVD se utiliza el método de ISD.

Símbolos por grados

- I – Paciente que puede realizar independientemente la actividad.
- S – Paciente que requiere supervisión, por lo que es semidependiente.
- D– Paciente que requiere asistencia, por lo que es dependiente.

En la prueba inicial se debe usar lápiz azul, además poner el símbolo del grado en la columna G/1 y las iniciales en la columna 1, así como la fecha inicial clocarla el la parte superior de la página.

En el progreso, se recomienda usar lápiz rojo. Se debe poner el símbolo del grado en la columna G/2 y la fecha, en su respectiva columna.

Paciente: _____
 Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____
 HC. _____
 Diagnóstico: _____
 Incapacidad: _____
 Fecha de comienzo: _____
 Fecha de ingreso: _____

Ficha de examen de las AVD

Fecha de evaluación: _____

Acomodarse en la cama

Rolar.....
 Sentarse.....
 Mantenerse sentado.....
 Desplazarse sentado.....
 Aditamentos (almohadas, mantas).
 Elevarse sin las manos.....
 Tomar objetos mesa de noche.....

G/I	G/2	Fecha	1

Higiene

Lavarse-secarse.....
Higiene bucal.....
Peinarse.....
Afeitarse-maquillarse.....
Preparación para el baño.....
Habilidad en bañarse-secarse.....
Eliminación corporal.....
Abrir y cerrar grifos.....

G/I	G/2	Fecha	1

Vestido

Vestirse parte superior.....
Desvestirse parte superior.....
Vestirse parte inferior.....
Desvestirse parte inferior.....
Vestirse pies.....
Desvestirse pies.....
Colocarse órtesis y/o prótesis.....
Sacar órtesis y/o prótesis.....

G/I	G/2	Fecha	1

Manipuleos vestidos

Botones.....
Anudar.....
Cierres automáticos.....
Cierres de presión.....
Alfiler de gancho.....

G/I	G/2	Fecha	1

Pasajes de las sillas de ruedas (SR)

De SR a cama.....
De cama a SR.....
De SR a taza de baño.....
De taza de baño a SR.....
De SR abañera.....
De bañera a SR.....
De SR asilla común.....
De silla común a SR.....

G/I	G/2	Fecha	1

Actividades en sillas de ruedas

	G/I	G/2	Fecha	1
Equilibrio.....				
Acomodarse.....				
Elevarse.....				
Manipularse.....				
Propulsar.....				
Abrir puertas.....				
Cerrar puertas.....				
Pasar umbral.....				
Subir rampas.....				
Bajar rampas.....				

Alimentación

	G/I	G/2	Fecha	1
Uso de cubiertos.....				
Cortar.....				
Beber.....				

Actividades en posición de pie

	G/I	G/2	Fecha	1
Equilibrio.....				
Elevación y transporte de objetos.				
Abrir puertas.....				
Cerrar puertas.....				
Traspasar puertas.....				

Pasajes a y de la posición de pie (PP)

	G/I	G/2	Fecha	1
De PP a cama.....				
De cama a PP.....				
De PP asilla común.....				
De silla común a PP.....				
De PP al sillón.....				
De sillón a PP.....				
De PP a taza del baño.....				
De taza de baño a PP.....				
De posición de pie a bañera.....				
De bañera a PP.....				

Manualidades

Interruptores.....
 Teléfono.....
 Escritura manual.....
 Escritura mecánica.....
 Limpiar y colocar anteojos.....
 Uso de pañuelos.....
 Uso de bolsos-portafolio.....
 Encender fósforos o encendedor...
 Dar cuerda al reloj.....
 Manejo de papeles.....
 Sostener libros.....
 Pasar páginas.....
 Paquetes.....
 Abrir y cerrar tapas-roscas.....
 Abrir y cerrar tapas presión.....
 Habilidad manual, herramientas....
 Uso de herramientas.....

G/I	G/2	Fecha	1

Actividades de desplazamiento en posición de pie

Subir escaleras.....
 Bajar escaleras.....
 Subir autobús.....
 Bajar autobús.....
 Subir coche.....
 Bajar coche.....
 Subir la acera.....
 Bajar la acera.....
 Cruzar la calle.....

G/I	G/2	Fecha	1

Quehaceres domésticos

Cocina.....
 Limpieza.....
 Transporte de vajilla.....
 Elementos de costura.....

G/I	G/2	Fecha	1

Orientaciones a la familia

Orientar a la familia, es un aspecto y una necesidad indiscutible durante la atención y rehabilitación de cualquier individuo, pues se ha demostrado que el proceso de rehabilitación se acelera cuando se interviene adecuadamente, pues no solo se interpone la institución especializada, equipo de salud, equipos o aparatos, sino que el proceso se traslada al medio hogareño con o sin adaptaciones, donde después de orientar a cada familiar según el caso; el coterapeuta (miembro de la familia) interviene propiciándole al individuo afecto, seguridad, protección y control de sus actividades rehabilitatorias.

Esto implica que la familia se debe orientar para garantizar una rehabilitación más rápida e integral, se debe tener en consideración que el hombre es un ente biopsicosocial. El terapeuta orientará a la familia en tres aspectos fundamentales:

1. En lo biológico. Se orientará a la familia con relación al manejo y cuidado del paciente, orientar actividades que garanticen un tratamiento sistematizado y como cooperar en el entrenamiento de las AVD, para garantizar su validísimo; así como velar por el cumplimiento de los medicamentos y de la dieta en el caso que lo requiera.
2. En lo psicológico. Se orientará en cuanto al amparo familiar que estos pacientes necesitan, pero sin sobreprotección; así como la necesidad de propiciar afecto y apoyo emocional y de satisfacer sus necesidades espirituales y sus roles según la edad del paciente.
3. En lo social. Se orientará la necesidad de propiciarle las relaciones con otros miembros de la comunidad (circulo afectivo), participación en las actividades sociales y el apoyo que debe brindar con relación a la orientación vocacional para lograr la reinserción del paciente a la sociedad.

Visitas domiciliarias

El hogar o domicilio es una condición indiscutible e influyente en el buen desarrollo del proceso salud, y en específico en la rehabilitación de aquellas personas que padecen de alguna afección que le imposibilite lograr su validismo e independencia. Las condiciones y estructura del hogar en ocasiones juegan un papel importante en el logro de estos objetivos. De ahí que la preparación y estudio en este tema se convierta en una herramienta en el accionar del terapeuta.

El propósito de una visita domiciliaria es evaluar el nivel de independencia funcional y de seguridad en el hogar del paciente, y proporcionar al paciente y su familia recomendaciones acerca de la accesibilidad y modificaciones en su hogar.

La atención domiciliaria se puede diferir como el conjunto de actividades y procedimientos que tienen como objetivo proporcionar atención al individuo y a la familia en su domicilio de acuerdo con sus necesidades. Se debe asumir con ello la responsabilidad del cuidado continuo e integral en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales.

Especialistas que integran las visitas domiciliarias

- Médico de la familia.
- Especialistas interesados: fisiatra, psiquiatra, psicólogo, geriatra, pedagogos y otros.
- Licenciado en Tecnología de la Salud con el perfil de Terapia Física y Rehabilitación.
- Técnico en Terapia Física.
- Licenciado en Tecnología de la Salud con el perfil de Rehabilitación Social y Ocupacional.
- Trabajador social.
- Técnico en Terapia Ocupacional.
- Enfermera de la familia.
- Las organizaciones de masas.
- Otros especialistas: arquitecto de la comunidad, inspectores de vivienda, delegado del Poder Popular.

Puntos a considerar en la visita domiciliaria

La atención domiciliaria constituye un proceso racional, por lo que el terapeuta debe tener en cuenta y considerar ciertos puntos o fases cuando va a realizar una visita domiciliaria como son:

1. Fase preparatoria:
 - a) Tener en cuenta información previa de la situación familiar y del diagnóstico del paciente.
 - b) Programación de la visita.
 - c) Preparación de recursos necesarios.
2. Fase introducción al núcleo:
 - a) Primer contacto y presentación al domicilio, donde debe lograrse una buena comunicación y empatía paciente-familia-terapeuta.
 - b) Realizar la entrevista al paciente y familiar, para obtener información necesaria sobre componentes que puedan afectar el desempeño funcional del paciente.
3. Fase de desarrollo:
 - a) Valoración de las necesidades domésticas y familiares.
 - b) Valorar el grado de incapacidad o discapacidad del paciente para la realización de las AVD.

El terapeuta debe discutir con el paciente y la familia los resultados de la visita domiciliaria; y dar por escrito las recomendaciones para las variaciones en el hogar y el plan de tratamiento propiamente dicho, así como su ejecución.
4. Fase de evolución y registro:
 - a) Constancia de la situación de salud de la persona o familia atendida; y de las actividades realizadas.

Criterios y elementos a observar durante la visita domiciliaria

El objetivo de la atención domiciliaria es proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el hogar del paciente y garantizar la sistematización del tratamiento. En muchos casos después de que el paciente ha conseguido la independencia en un centro de rehabilitación o en los casos que requieren de continuidad de tratamiento en el hogar, las barreras arquitectónicas que se encuentran constituyen un obstáculo para lograr la independencia del paciente; por lo que se recomienda hacer un estudio

exhaustivo en cada caso, donde será necesario tener en cuenta ciertos criterios y elementos a observar durante la visita domiciliaria como son:

1. La habilidad del paciente para funcionar independientemente en el hogar.
2. Los problemas económicos-familiares y la situación doméstica.

Habilidades del paciente para el funcionamiento independiente en el hogar

Se debe realizar un estudio de las necesidades del paciente como un todo, su habilidad para funcionar independientemente en el hogar, valorar el grado de discapacidad y en que actividades presenta cierta deficiencia y se cree adecuada mejorar, para proporcionar servicio mediante una atención multidisciplinaria; se debe asegurar los niveles de cuidado que permita una respuesta rápida a los cambios en el estado del paciente, así como un sistema de comunicación permanente.

Un elemento importante que debe tener en cuenta el terapeuta al evaluar la realización de las AVD por el paciente en el hogar, es que, primeramente se deben evaluar las destrezas en los cuidados propios, movilidad funcional, comunicación y esparcimiento. Una vez que el paciente obtiene destrezas en estas áreas, el terapeuta puede evaluar la habilidad del paciente para realizar las AVD más complejas y su habilidad para acceder a la comunidad. El terapeuta debe tomar en consideración las habilidades físicas del paciente, las destrezas preceptuales y cognitivas para que pueda desempeñar estas tareas con seguridad y efectivamente.

Es importante para lograr un mayor nivel de funcionamiento del paciente la utilización de las habilidades remanentes; y cuando éste no pueda desempeñar una tarea de manera usual, se utilizan técnicas y equipamiento adaptado para maximizar las habilidades del paciente. Estas técnicas requieren que el terapeuta tenga en cuenta los siguientes puntos:

1. Determinar que tarea necesita mejorarse (que tareas son muy largas, causan fatigas o gastan demasiada energía).
2. Enumerar todos los pasos de la tarea, así como la disposición, desempeño y limpieza.
3. Analizar la tarea (por qué es necesaria la tarea, cuál es su propósito, cuándo y donde debe realizarse y cuál es el mejor modo en que le paciente consiga realizarla).
4. Si el método seleccionado no es el adecuado, debe considerarse un nuevo método para desempeñar la tarea (eliminar pasos innecesarios, combinar movimientos y actividades o reordenar la secuencia de pasos).

Los problemas económico-familiares y la situación doméstica

Un principio que no se puede perder de vista al realizar la visita domiciliaria es que debe realizarse un análisis de los problemas económicos-familiares y de la situación doméstica. Cuando se reconoce que el ambiente doméstico es inadecuado, debe realizarse la ayuda conveniente planeando las alteraciones y adaptaciones necesarias para cada caso.

Generalmente en las casas las barreras para la independencia son las habitaciones y puertas demasiadas estrechas, las entradas con escaleras y las ventanas altas que dificultan la apertura.

Otros problemas son la cobertura de los pisos y los interruptores eléctricos, la disposición de las instalaciones fijas en el cuarto de baño, los retretes inadecuados, la disposición de los muebles que permiten una escasa capacidad de maniobra y en algunos casos, las casas de dos o más pisos sin ascensor.

Todo esto indica que debe procederse a una nueva distribución de los muebles, y añadir en lo posible un cuarto de baño en la planta baja.

Recomendaciones para realizar remodelaciones de construcción en el hogar

- Cuando se valla a eliminar paredes o varias instalaciones, buscar consejo y ayuda de un especialista (constructor, arquitecto, albañil, electricista, otros).
- Las rampas y escaleras deben tener una inclinación superior a 4.5 ó 5 grados, y por lo mínimo una anchura de 1 metro. Son aconsejables las barandillas extendidas de arriba abajo, con las coberturas necesarias.
- Todas las puertas deben tener una anchura de 90 cm, pero debe existir un salón adecuado o un espacio de giro suficiente en la entrada.
- La puerta del cuarto de baño debe ser deslizante o pegable para permitir que se cierre una vez ha pasado la silla.
- Los suelos no deben ser resbaladizo. Los materiales sugeridos son el terrazo. Nunca usar suelos encerados.
- Deben eliminarse las alfombras; cuando se usan, deben ser superficies firmes, tales como alfombras trenzadas.
- Los interruptores de la pared no deben estar situados a una altura superior de 70 cm y los enchufes eléctricos a una altura no superior a 50 cm.
- Deben añadirse asideros junto a la pileta de baño y del lavado.
- En el área de cocina se debe comprobar la altura, la posibilidad de aberturas, la accesibilidad de los armarios de almacenamiento, la dirección de apertura de la puerta del refrigerador y del horno.

Además de estos requerimientos se requiere un método para alcanzar estos objetivos. Las sugerencias siguientes pueden considerarse como guía:

1. El tiempo suficiente para adiestrar al paciente en las tareas domésticas (empezar tan pronto como el paciente acepte o se vea obligado a la residencia).
2. Obtener la información acerca de la situación doméstica (es preferible en el momento de la visita, para realizar las mediciones y las valoraciones de la planta y de los dispositivos necesarios).
3. Valoración de los cambios necesarios (establecer la correlación con la práctica del paciente en la realización del adiestramiento doméstico y en actividades de la vida diaria).
4. Trazado del esquema de las alteraciones (puede ser necesario para el constructor o el arquitecto).
5. Contacto con instituciones adecuadas para la ayuda financiera.

Es importante que el terapeuta, siempre que sea posible y después de haberse completado las variaciones, realice una visita de inspección, ya que los mejores planes pueden estar sometidos a revisiones o adaptaciones; y de esta forma garantiza el cumplimiento del programa de entrenamiento de las AVD y evita disfunciones funcionales para el desempeño de las tareas.