

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**“ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS
DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)”**

**MARCIA SULEMA OCHOA MORALES
HUGO RAFAEL ROSALES GARCÍA**

Guatemala, Junio 2010

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS
DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)”

Informe final de Investigación
Presentado al Honorable Consejo Directivo
De la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

MARCIA SULEMA OCHOA MORALES
HUGO RAFAEL ROSALES GARCÍA

Previo a optar el título de
Terapeuta Ocupacional y Recreativo

En el grado académico de
Técnico Universitario

GUATEMALA, JUNIO 2010

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTE DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



UELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 217-2010
CODIPs. 994-2010

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

04 de junio de 2010

Estudiantes

Marcia Sulema Ochoa Morales
Hugo Rafael Rosales García
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto TRIGÉSIMO (30º) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL DIEZ (13-2010), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 03 de junio de 2010, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)** , de la carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, realizado por:

MARCIA SULEMA OCHOA MORALES
HUGO RAFAEL ROSALES GARCÍA

CARNÉ No. 200416553
CARNÉ No. 200419641

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes y revisado por el Licenciado Ivan Rocaél Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



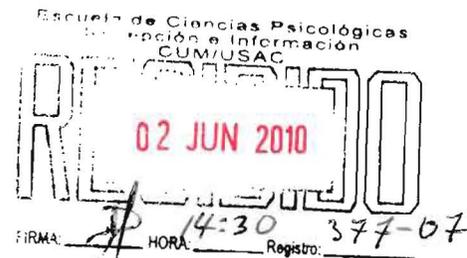
Melveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 217-10
REG 377-07
REG 377-07

INFORME FINAL



Guatemala, 01 de Junio 2010

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocaél Monzón ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

"ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)".

ESTUDIANTE:
Marcia Sulena Ochoa Morales
Hugo Rafael Rosales García

CARNÉ No:
2004-16553
2004-19641

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 31 de Mayo 2010, y se recibieron documentos originales completos el 01 de Junio 2010, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

M. de Alvarez
Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs, "Mayra Gutiérrez"



c.c archivo
Arelis


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs 218-10
REG: 377-07
REG: 377-07

Guatemala, 01 de Junio 2010

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)."

ESTUDIANTE:
Marcia Sulena Ochoa Morales
Hugo Rafael Rosales García

CARNÉ No.:
2004-16553
2004-19641

CARRERA: Terapia Ocupacional y Recreativa

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 19 de Mayo 2010, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Ivan Rocaél Monzón
Licenciado Ivan Rocaél Monzón
DOCENTE REVISOR

/Arelis.
c.c. Archivo



Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones Psicológicas CIEPs.
"Mayra Vargas Fernández"

Licenciada Luna de Alvarez:

Por este medio le informo que he asesorado y aprobado el Informe final de Investigación titulado "**ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)**", y elaborado por los estudiantes :

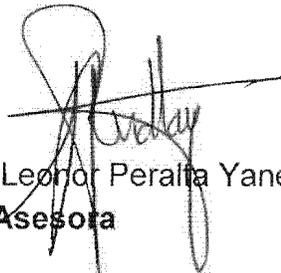
MARCIA SULEMA OCHOA MORALES carne No. **2004-16553**
HUGO RAFAEL ROSALES GARCIA carne No. **2004-19641**

Previo a obtener el título de **TERAPISTA OCUPACIONAL**.
Según mi criterio, este trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones Psicológicas **CIEPs**. Por lo cual solicito continuar con los trámites respectivos para su aprobación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licda. Blanca Leonor Peralta Yanes
Asesora

Licda. Blanca Leonor Peralta Yanes
Psicóloga
Colegiado # 475



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 377-07
CIEPs. 075-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 22 de Julio del 2008.

ESTUDIANTE:

Marcia Sulema Ochoa Morales
Hugo Rafael Rosales García

CARNE No.:

200416553
200419641

Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Terapia Ocupacional y Recreativa, titulado:

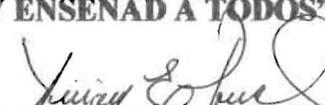
“ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)”.

ASESORADO POR: Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

Por considerar que reúne los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones, el 17 de junio del año dos mil ocho y les solicitamos iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ronce
DOCENTE REVISORA



Vo.Bo.


Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”



MEPP/ab.
c.c.archivo



HOSPITAL ROOSEVELT DEPARTAMENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Guatemala, 1 de febrero de 2010

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de investigación en Psicología –CIEPS- Mayra Gutiérrez
Presente

Licenciada Luna de Álvarez:

Por este medio nos dirigimos a usted para informarle, que los estudiantes de Terapia Ocupacional y Recreativa:

MARCIA SULEMA OCHOA MORALES con carne No. 200416553
HUGO RAFAEL ROSALES GARCÍA con carne No. 200419641

Realizaron en esta institución su trabajo de campo para su informe final de tesis, que lleva por título “**ASERTIVIDAD DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SECUELAS DE ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)**” el cual efectuaron en un periodo de tres meses, desde el mes de Octubre a Diciembre de 2009.

Y para los usos legales que a los interesados convengan, se extiende la presente.

Atentamente,


T.O. Angela Nuñez
Encargada área de
Terapia Ocupacional


Dr. Jorge David Morales G.
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
C. Profesional No. 4,177

Dr. Jorge David Morales
Jefe del Depto.
Medicina Física y Rehabilitación



PADRINOS

Por: Marcia Sulema Ochoa Morales

Licda. Blanca Leonor Peralta Yanes
Licenciada en Psicología
Colegiado # 479

Licda. Ana Isabel Aguilar Jiménez
Licenciada en Psicología
Colegiado # 12022

Por: Hugo Rafael Rosales García

Licda. Blanca Leonor Peralta Yanes
Licenciada en Psicología
Colegiado # 479

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por haberme dado la vida y la oportunidad de iniciar y culminar mis estudios con sus bendiciones.

A MIS PADRES

Luis Ochoa e Irma Leticia Morales por haberme apoyado económica, moral y sentimentalmente durante todo este tiempo, ya que sin ellos probablemente no hubiera podido lograrlo.

A MIS HERMANOS

Ana Ochoa y Emerson Ochoa por su gran compañía, apoyo y cariño brindado durante todo este proceso.

A MI FAMILIA EN GENERAL

Por haber creído en mi y brindarme su apoyo y cariño incondicional.

A MIS AMIGOS

Por todo ese apoyo, cariño y animo que me brindaron en los malos y buenos momentos. En especial a Flor, Ana, Hilcia, Lesly, Marisol, Dulce, Erick, Gustavo y Ever.

Marcia Ochoa

A DIOS

Por darme la vida y ser siempre mi guía y fuente de sabiduría y por haberme permitido lograr este éxito tan preciado, por manifestar su buena, agradable y perfecta voluntad, su favor y su gracia sobre mi vida.

A JESUCRISTO

Por darme una segunda oportunidad, al ser el camino la verdad y la vida para perdón de mis pecados y redimir mi corazón y darme la oportunidad de seguir estudiando. A él sea toda la gloria y toda la honra.

A MIS PADRES

Por su tolerancia y paciencia, y por ser el medio base terrenal que Dios me dio, para educarme, orientarme y hacerme un hombre de bien.

Que el bien y la misericordia de Dios les acompañe a donde quiera que vayan y sus años de vida sean alargados sobre la faz de la tierra, en salud, paz y tranquilidad.

A LA LICENCIADA BLANCA PERALTA

Por su carisma y empatía que la caracterizan, por brindarnos sus conocimientos sin avaricia y por su apoyo incondicional como persona y como catedrática.

Dios le siga bendiciendo y le guarde donde quiera que vaya.

A TODA MI FAMILIA

Por el amor brindado en todo momento.

Hugo Rosales

AGRADECIMIENTOS

A MIS MAESTROS

Por todos sus valiosos conocimientos brindados durante mi carrera y los alientos dados en momentos difíciles

A MI COMPAÑERO DE TESIS

Por haber depositado su confianza en mi persona para realizar este trabajo tan importante, al cual le deseo mucho éxito y bendiciones.

A LA LICENCIADA BLANCA PERALTA

Por su asesoramiento y apoyo en la realización de este proyecto, que Dios la bendiga siempre y éxitos.

AL HOSPITAL ROOSEVELT

Por habernos permitido realizar nuestro trabajo de campo en tan prestigioso lugar.

A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Por su valiosa colaboración para la realización de este proyecto.

Marcia Ochoa

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

Por abrirme las puertas y darme la oportunidad de desarrollar mi pensamiento académico.

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Por darme los instrumentos y líneas de acción para desenvolverme en el campo profesional y el derecho de desechar lo malo y adquirir lo bueno.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL ROOSEVELT

Por darnos la oportunidad y apoyo para la realización de la presente investigación.

Hugo Rosales

INDICE

PÁGINAS

PROLOGO.....	1
CAPITULO I	
INTRODUCCION	
MARCO TEORICO.....	3
1 Terapia Ocupacional.....	3
1.1 Objetivos de la Terapia Ocupacional.....	3
Físicos.....	3
Psíquicos.....	3
Sociales.....	4
Económicos.....	4
1.2 Fines de la Terapia Ocupacional.....	4
1.3 Técnica de Aplicación.....	5
1.4 Funciones de la Terapia Ocupacional.....	5
1.5 Recuperación Funcional en Terapia Ocupacional.....	5
1.6 Impacto del Traumatismo y la Enfermedad.....	6
1.7 Implicaciones Funcionales.....	6
1.8 Factores que afectan al Proceso de Rehabilitación y al Resultado.....	7
Desarrollo Personal.....	7
Papel de la Terapia Ocupacional.....	7
Principios de Recuperación Funcional.....	7

2. Accidente Cerebro Vascular (ACV).....	10
ACV Isquémico.....	10
ACV hemorrágico.....	11
2.1 Cuadro Clínico.....	11
2.2 Prevención.....	12
3. Hemiplejía.....	12
3.1 Trombosis.....	13
3.2 Embolismo.....	13
3.3 Hemorragia.....	13
3.4 Definición del Pacientes.....	14
3.5 Signos y Síntomas.....	14
3.6 Tratamiento desde el enfoque ocupacional.....	15
4. HIPOTESIS GENERAL O DE LA INVESTIGACION.....	15
5. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	16
5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	16
INDICADORES.....	16
5.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	17
INDICADORES.....	17
CAPITULO II	
TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	18
1.Descripción de la Población y Muestra.....	18
Seguimiento de casos.....	18
2 Técnicas y Procedimientos de Trabajo.....	18
3. Instrumentos de Recolección de Datos.....	20

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	22
1. Datos Generales.....	22
2. Actividades Realizadas.....	22
2.1 Grafica 1 (Actividades Terapéuticas).....	22
2.2 Grafica 2 (Actividades Terapéuticas Manuales).....	23
2.3 Grafica 3 (Actividades Lúdicas).....	23
2.4 Grafica 4 (Actividades de Recreación).....	24
3. Asertividad del Tratamiento.....	24
3.1 Grafica 5 (Evoluciones en Fuerza Muscular).....	24
3.2 Grafica 6 (Evoluciones en Amplitud Articular).....	25
3.3 Grafica 7 (Evolución en Sensibilidad).....	25
3.4 Grafica 8 (Actividades de la Vida Diaria).....	26
3.5 Grafica 9 (Discontinuidad del Tratamiento).....	26
4. Factores Asociados a la Mejoría del Tratamiento.....	27
Grafica 10 (Factores Asociados a la Mejoría del Tratamiento).....	29
Análisis General.....	30
CAPITULO IV	
CONCLUSIONES.....	31
RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33
RESUMEN.....	34
ANEXOS.....	35

PROLOGO

La presente investigación trató sobre la importancia de aplicar un tratamiento rehabilitativo a los pacientes que presentan secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV) el cual se caracteriza por una hemiplejía ya sea del lado derecho o izquierdo dependiendo del hemisferio cerebral donde se produjo el accidente. Su principal manifestación es la pérdida de fuerza muscular, amplitud articular y sensibilidad del miembro afectado, lo cual dificulta las actividades normales del paciente, ya que les es imposible utilizar dicho miembro, función que sin darnos cuenta nos es indispensable para muchas actividades que llevamos a cabo diariamente.

Como tratamiento se utilizó la Terapia Ocupacional y Recreativa a través de sus diversas técnicas, comprobándose por medio de un estudio antes y después del tratamiento, la eficacia de esta en la reincorporación del paciente a sus actividades sociales y laborales, es decir a su independencia en vestido, higiene y alimentación, así como volver a la vida productiva.

Como inicio del tratamiento se llevó a cabo una evaluación inicial del paciente por medio de diferentes tests, que utiliza la Terapia Ocupacional, con el objeto de conocer el estado de la fuerza muscular, de las amplitudes articulares, de la sensibilidad y de las realizaciones de las actividades de la vida diaria.

Luego se realizó una evaluación intermedia y posteriormente una final aplicándosele los mismos tests para poder comprender la eficacia del tratamiento, la cual fue demostrada ya que los pacientes mejoraron en todos los parámetros indicados anteriormente.

El trabajo de investigación realizado fue inspirado en la necesidad que presenta el programa de la carrera técnica Terapia Ocupacional y Recreativa, de contar con un conocimiento detallado sobre el tratamiento de Terapia Ocupacional y Recreativa para pacientes con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Por lo tanto este informe de investigación, el cual ha sido titulado “Asertividad de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de pacientes con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV)”, constituye un aporte para la eficacia del tratamiento de dicha carrera.

La investigación de campo se llevo a cabo en el área de Terapia Ocupacional del Hospital Roosevelt, que se encuentra en la zona 11 de la ciudad de Guatemala de Octubre a Diciembre del año 2009.

El tratamiento de Terapia Ocupacional se realizó con un grupo de 10 pacientes externos, los cuales sufrieron un ACV (Accidente Cerebro Vascular) por distintas causas. Dichas personas fueron referidas al departamento de Terapia Ocupacional principalmente para su rehabilitación y segundo para su reinserción laboral y social, llegando a culminar el tratamiento 8 pacientes ya que dos de ellos por razones no especificas abandonaron el tratamiento.

En el mes de octubre se llevaron a cabo las evaluaciones iniciales, iniciando así el tratamiento de acuerdo a cada una de las limitaciones presentadas con una duración 45 minutos por sesión 2 veces por semana durante 3 meses, en el mes de noviembre se realizó la segunda evaluación y en diciembre la evaluación final.

El objetivo general de la investigación fue *Mejorar la funcionalidad e independencia personal del pacientes con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV), mediante la aplicación de técnicas como actividades personales de la vida diaria, recreativas, actividades terapéuticas manuales, así como Lograr parte de la rehabilitación de la población seleccionada a trabajar, que por medio del tratamiento de la terapia ocupacional que el paciente mejore su amplitud articular, su fuerza muscular, la sensibilidad y la realización de las actividades de la vida diaria, Diseñar y aplicar programas de rehabilitación basados en los resultados de las evaluaciones efectuadas en los pacientes que asisten al departamento de terapia ocupacional del hospital Roosevelt.*

La investigación fue de beneficio a los pacientes que recibieron el tratamiento de Terapia Ocupacional, ya que de acuerdo con los resultados se comprobó que si es efectiva en el Tratamiento de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO

1 Terapia Ocupacional:

“Es un tratamiento rehabilitativo prescrito por el médico, llevado a cabo por terapeutas ocupacionales graduados, que utiliza como medio de tratamiento técnicas activas para alcanzar una respuesta en la preparación del retorno del paciente a su hogar y a la sociedad, es decir, a la vida productiva”.¹ Por lo que podemos entender que la Terapia Ocupacional busca que el paciente sobresalga y recupere su bienestar en los aspectos: físico. Psíquico, social y económico.

1.1 Objetivos de la Terapia Ocupacional

Físicos:

- Aumento de la fuerza y tono muscular
- Aumento de amplitud articular
- Mejora de la coordinación
- Mejora de la velocidad
- Favorecer la relajación muscular.

Psíquicos:

- Que el paciente se interese más sobre el ejercicio ejecutado
- Aumentar su interés en las cosas que lo rodean
- Que disminuya la tensión emocional
- Que vaya olvidando sus tendencias destructivas
- Aumentar su iniciativa
- Conservar la necesidad y habito de trabajo
- Generar nuevas formas y campos de trabajo.

¹ Jiménez s. Luis Rodolfo, terapia ocupacional y Recreativa pp. 05

Sociales:

- Aumentar la sociabilidad
- Crear más responsabilidad y cooperación dentro de un grupo
- Recuperar al paciente emocionalmente y crear nuevamente la confianza en si mismo.

Económicos:

- Reinsertarlo a la vida productiva.

Una de las características de la Terapia Ocupacional es que se basa en diversas técnicas de trabajo para la mejoría en la rehabilitación del paciente entre ellas se encuentran:

- “Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.)
- Actividades expresivas
- Actividades Intelectuales y Docentes
- Actividades Vocacionales e Industriales
- Actividades Recreativas”

1.2 Fines de la Terapia Ocupacional:

“Unos de los principales fines de la Terapia Ocupacional es la Reinserción”²del pacientes a la sociedad en el sentido familiar, social y laboral, esto incluye que el paciente realice todas las actividades de la vida diaria solo, acepte su limitación y no se sienta rechazado o avergonzado frente a la sociedad por su problema y sobre todo que “mantenga su funcionalismo existente y utilizarlo para reintegrar al paciente a su antiguo trabajo o a una nueva ocupación”

“estas finalidades son tanto físicas como psicológicas: el que el paciente pueda seguir, o empezar a ser independiente y ganarse la vida, es de máxima importancia; en el caso de que ello no fuera posible, hay que intentar recurrir a actividades que le ayuden a adaptarse de la mejor forma posible a sus limitaciones personales y domesticas, con posibilidades, quizás, de trabajos remunerados ocasionales.”

² L. hopkins Helen terapia ocupacional p.p. 145

Se dice que la Terapia Ocupacional es una terapia de alta motivación, ya que por las limitaciones que el paciente presenta se siente frustrado y muchas veces ve la terapia tediosa y es donde el Terapeuta Ocupacional debe motivar al paciente para que se sienta distraído con deseo de competencia y supremacía y “segundo porque tiene una finalidad y un propósito claro, directo y concreto de las conductas, especialmente aquellas inspiradas en la inquietud creativa inherente a la naturaleza humana; se le puede complementar por la utilidad ostensible del acto desarrollado y la recompensa que el ha merecido.”

Como podemos ver la Terapia Ocupacional se encarga del bienestar físico y psicológico del paciente, ya que por su problema puede presentar depresión, ansiedad, apatía, agresividad, melancolía, inquietud miedo y cobardía.

1.3 Técnica de Aplicación:

- “sala de encamamiento
- Departamento de Terapia Ocupacional
- Actividades al Aire Libre
- Tratamiento individual y en grupos”

1.4 Funciones de la Terapia Ocupacional:

- “Lesiones articulares y musculares con pérdida de la amplitud articular y de la fuerza muscular
- Pérdida de la coordinación neuro-muscular
- Lesiones de Plexo Braquial y de Nervios Periféricos
- Amputación de miembro superior uni o bilateral.

1.5 Recuperación Funcional en Terapia Ocupacional

“Es el objetivo fundamental de la rehabilitación. Ayudar a una persona a reconstruir o recuperar su vida hasta su punto de satisfacción plena es un mandato filosófico de la terapia ocupacional”.³

³ L. Hopkins Helen, terapia ocupacional, 8va. Edición, España 1998 pp. 605

Por lo que la intervención de la Terapia Ocupacional con la rehabilitación del paciente es eficaz, ya que impide que la incapacidad se agrande y sirve mucho a la recuperación funcional del miembro afectado del paciente.

1.6 Impacto del Traumatismo y la Enfermedad:

Por causa de un trauma o enfermedad las personas pueden quedar con alguna incapacidad física o psicológica lo cual puede ser limitado o progresivo, es acá donde el Terapeuta Ocupacional entra en la mejora de su incapacidad o evitar el progreso de la misma.

“El inicio brusco también es caracterizado del traumatismo interno por causas neurológicas como un Accidente Cerebro Vascular (ACV), el complejo sintomático puede desarrollarse en varias horas hasta que el accidente cerebro vascular termina. Después del ataque, por lo general los signos clínicos no aumentan, sin embargo, pueden presentarse un ACV posterior.

Un inicio progresivo gradual o insidioso se observa en enfermedades como esclerosis múltiple (EM) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA), por ejemplo la espasticidad puede ser una discapacidad primaria de un ACV.

1.7 Implicaciones Funcionales:

“los efectos del traumatismo y la enfermedad influyen sobre la experiencia vital total de la persona. El grado de las adaptaciones esenciales para asegurar el éxito continuo en las relaciones personales y el logro de las metas vitales varía con la extensión y la evolución de la enfermedad o el traumatismo y con la manifestaciones disfuncionales resultantes.”

Para los Terapeutas Ocupacionales es importante la forma en que el paciente toma su problema a lo mismo que la familia, ya que esto influye mucho en la recuperación del paciente al momento en que el paciente tiene que aceptar que tiene una discapacidad y que tiene que centrarse no en la misma sino que en reforzar las capacidades que le quedan.

Un ejemplo muy claro es de los niños que nacen con una discapacidad, ellos desde su nacimiento siguen su vida normal porque nacieron con eso y es innato en ellos darle mayor uso a sus

capacidades, en cambio una persona que toda su vida a estado sana de todas las partes de su cuerpo le será difícil aceptar que tiene una limitación y reforzar sus capacidades.

1.8 Factores que afectan al Proceso de Rehabilitación y al Resultado:

Desarrollo Personal:

El desarrollo personal es algo que influye mucho en la recuperación del paciente, ya que si el paciente antes de haber sufrido el accidente era una persona con una autoestima buena, relaciones sociales satisfactorias, buen desempeño laborar, una persona optimista esto le ayudara en su recuperación manteniendo no en su mismo nivel pero si la visión optimista y la autoestima que tenia.

Papel de la Terapia Ocupacional:

La terapia Ocupacional esta influida por los conceptos y práctica medica, tendrá que apoyarse con otros profesionales para la rehabilitación del paciente y con fármacos para moderar la conducta del paciente.

“los terapeutas Ocupacionales y los ayudantes de terapia ocupacional han participado en el crecimiento de los servicios terapéuticos; al unirse a los esfuerzos de equipo con médicos y otros profesionales y al desarrollar técnicas específicas”

Principios de Recuperación Funcional:

El paciente sabe cual es el concepto de habilidad pero también debe saber cual es el de discapacidad y por eso están estos principios:

- Correlación del programa con el trastorno clínico del paciente, la información de la evaluación general, el nivel de motivación de las metas establecidas del paciente, la familia y la situación de hogar.
- Uso de las relaciones terapéuticas durante las sesiones de evaluación y tratamiento.

“La terapia ocupacional se define como toda actividad del recreo del trabajo”.⁴

Un aspecto muy importante de esta definición es que no explica que actividades se pueden realizar ya que pueden ser muy variadas.

Dentro de las técnicas de la Terapia ocupacional y Recreativa para la rehabilitación de Pacientes con distintas patologías y en este caso el de Accidente Cerebro vascular (ACV) se pueden mencionar: La Gimnoterapia, ya que esta es útil para llegar a un mejor control y conocimiento de si mismo para la rehabilitación del Paciente con una enfermedad de Accidente Cerebro vascular, además esta técnica

Con la actividad física que se emplea y la sensación de bienestar que la acompaña constituyen un elemento sensorial esencial.

La Ludoterapia que es la técnica en donde se utilizan juegos de mesa tales como dama, lotería, perinola, ajedrez, memoria etc. Esta técnica ayudara al paciente con Accidente Cerebrovascular y que sufre alguna secuela (hemiplejía) a mejorar su coordinación, su nivel de atención y concentración ya que estos pacientes con dicha enfermedad no solo les afecta sus extremidades sino sus capacidades cognoscitivas.

La laborterapia es una técnica que se enfoca a la inserción del paciente al medio social como laboral. Muchos pacientes antes de ser adaptados a la laborterapia han de pasar por un periodo de estimulo hacia las distintas tareas sugiriendo a la Terapia Ocupacional como un paso obligado intermedio, en donde el paciente es estimulado en sus actividades a fines de ser productivos.

En esta técnica se pondrán a los pacientes a realizar tareas útiles dependiendo del caso particular el que ha de aconsejar las actividades que se precisen pero sin exigirle rendimiento, utilidad, perfección etc., sobre el trabajo a realizar, además de satisfacer las necesidades del paciente y lograr una adecuada relación de grupo. En enfermos muy profundos con dificultades para establecer relaciones objétales, se estimaría indicado el modelo de materias blandas: Barro, arcilla, arena, etc. Además esta la Terapia Recreativa que es una “ Terapia de recreo y de actividades sociales cuyo fin es el tratamiento ”⁵, la terapia recreativa tiene una gran importancia terapéutica ya que sirve para

⁴ Jose, Rodríguez Reyes, terapia ocupacional, Madrid 1972 pp. 96

⁵ Jose, Rodríguez reyes, terapia ocupacional, Madrid 1972 pp. 245

valorar el grado de recuperación de los pacientes, hay que estimular al máximo a los pacientes el sentido de la propiedad al igual que el sentido de convivencia social, de forma que la propiedad individual se armonice con la del grupo. Dentro de las técnicas se puede mencionar la implementación de cine en donde los pacientes con Accidente cerebrovascular podrán distraer su mente en programas educativos, documentales adecuados para que puedan inhibir la depresión que los caracteriza, al igual que la música que consiste en trasladar el plano de la percepción física, aquello que pertenece propiamente a la sensación psíquica, ya que es una forma de expresar lo que se siente comunicándolo a los demás y de percibir lo que sienten ellos; por tanto es un mecanismo de comunicación efectivo, también se puede mencionar lo que es la biblioteca en donde la constituyen los libros, revistas donde se les podrá realizar lecturas de agrado y posteriormente comentar acerca de dicha lectura.

El cuadro clínico de un enfermo con Accidente cerebrovascular viene marcado principalmente por los dolores de cabeza y como consecuencia no persisten en un trabajo regular. Aparte de estos efectos el enfermo puede sufrir una pérdida de habilidades específicas causadas por el Accidente, pudiendo ser estos síntomas muy variados; por ejemplo, defectos visuales, afasias⁶, pérdidas del movimiento. Realmente los síntomas dependen de la región en que se localice el Accidente cerebrovascular y de la extensión del mismo.

El plan de rehabilitación de estos enfermos debe comenzar en un Hospital General en cuanto el paciente este consciente, aunque es posible que aun este confuso, desorientado en tiempo y quizás con amnesia. Es necesario desde un principio que estimulemos el que el enfermo no este preocupado, tratando siempre de animarle. Las actividades deben ser fáciles de aprender y simples de enseñar. Si el enfermo ha perdido el uso de un brazo, o de una pierna habrá que enseñarle a que utilice dicho miembro de la mejor forma posible, y que a la vez pueda desarrollar los trabajos habituales de las Actividades de la Vida Diaria (comer, lavarse las manos, vestirse etc.) lo mas normal posible.

El enfermo que ha sufrido un Accidente Cerebrovascular no suele perder las habilidades manuales que tenia, aunque si puede perder habilidad para medir, o para diferenciar entre derecha e izquierda, abajo o arriba, etc. En muchos casos podrán estos enfermos aprender habilidades nuevas, lo cual es

⁶ dificultad del habla

mucho mejor, que no dejarlos intentar hacer lo que anteriormente sabían, porque si algo quedo olvidado o perdió la habilidad para realizarlo, esto les puede causar mucha ansiedad.

Dentro de los objetivos de la Terapia Ocupacional y Recreativa para la rehabilitación de Pacientes con Accidente Cerebrovascular y otras patologías están:

- Ayudar al enfermo a que tenga confianza en si mismo para aliviar sus temores o ansiedades.
- Según la variedad de sus síntomas, hacer el plan de tratamiento
- Ayudarle a la liberación de energías reprimidas
- Ayudar al enfermo a ser reintegrado socio-laboralmente.

2 Accidente Cerebro Vascular (ACV)

“Un accidente cerebro vascular ACV o ictus cerebral, apoplejía es un suceso repentino con pérdida de la conciencia, golpe o ictus apoplético o ataque cerebral es un tipo de enfermedad cerebro vascular, caracterizada por una brusca interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada”⁷

Lo que diferencia el ACV de otros conceptos similares es la consideración de ser un episodio agudo y la afectación de las funciones del sistema nervioso central.

Según su etiología, un ACV tiene dos variantes, isquémicos y hemorrágicos. El cuadro clínico es variado y depende del área encefálica afectada.

ACV Isquémico

“Un ACV isquémico, también se llama infarto cerebral, se debe a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica, generalmente por arteroesclerosis o bien por un émbolo (embolia cerebral) que procede de otra localización, fundamentalmente el corazón u otras arterias (como la bifurcación de la carótidas o del arco aórtico)”⁸. La isquemia de las células cerebrales puede venir producida por los siguientes mecanismos y procesos:

1. De origen vascular: Estenosis de las arterias por vasoconstricción reactiva a multitud de procesos ("vasoespasma cerebral"). Con frecuencia se debe a una disminución del gasto

⁷Chusitor, Joseph, Neuroanatomía Correlativa, , Mexico, 1987 pp. 198

⁸ Idem, Chusitor, Joseph, Neuroanatomía Correlativa, , Mexico, 1987 pp. 203

cardíaco o de la tensión arterial produciendo una estenosis y su consecuente bajo flujo cerebral.

2. De origen intravascular

1. Aterotrombótico : Se forma un coágulo en una de las arterias que irrigan el cerebro, provocando la isquemia. Este fenómeno se ve favorecido por la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias cerebrales.
2. Embólico: El émbolo puede ser consecuencia de un coágulo formado en una vena de otra parte del cuerpo y que, tras desprenderse total o parcialmente, viaja hacia el cerebro a través del torrente sanguíneo, o bien otro material llegado al torrente circulatorio por diferentes motivos: fracturas (embolismo graso), tumores (embolismo metastásico), fármacos o incluso una burbuja de aire. Al llegar a las pequeñas arterias cerebrales el émbolo queda encallado cuando su tamaño supera el calibre de las mismas, dando lugar al fenómeno isquémico.

3. De origen extravascular

1. Estenosis por fenómenos compresivos sobre la pared vascular: Abscesos, quistes, tumores, etc.

ACV hemorrágico

“También se denominan hemorragia cerebral o apoplejía y se deben a la ruptura de un vaso sanguíneo encefálico debido a un pico hipertensivo o a un aneurisma congénito”.⁹

La hemorragia conduce al ACV por dos mecanismos. Por una parte, priva de riego al área cerebral dependiente de esa arteria, pero por otra parte la sangre extravasada ejerce compresión sobre las estructuras cerebrales, incluidos otros vasos sanguíneos, lo que aumenta el área afectada.

2.1 Cuadro Clínico

Los síntomas de un accidente cerebro vascular son muy variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los síntomas sensitivomotores. Los más frecuentemente diagnosticados son los siguientes:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara.
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible.

⁹Idem, Chusitor, Joseph, Neuroanatomía Correlativa, México, 1987 pp. 205

- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

2.2 Prevención

- Lo fundamental es controlar los factores de riesgo asociados; fundamentalmente, son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes.
- Evitar tabaco y alcohol.
- Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas (EPA, DPA, DHA), con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares (harinas).
- Seguir las recomendaciones del médico y enfermero de cabecera, quienes mejor conocen la situación y las enfermedades de cada individuo.
- Evitar el sobrepeso.

3. Hemiplejía

La hemiplejía es producida mayormente en la edad media de la vida o en la senectud, y obedece a menudo a un accidente cerebro-vascular, más traumatismos cráneo-encefálicos.

La hemiplejía después de un accidente cerebro-vascular, debe ser considerada como una insuficiencia funcional que comprende un lado del cuerpo, y que requiere rehabilitación con mayor frecuencia.

Es uno de los trastornos neuromusculares más comunes en los departamentos de medicina física y rehabilitación, donde acuden los pacientes para su evaluación y tratamiento. Siendo esta un conjunto de síntomas producidos por diversas causas que afectan el haz piramidal y cualquier parte del trayecto mismo (transmitiendo desde el cerebro las ordenes del movimiento); como lesiones vasculares, tumores, absesos, traumatismos, etc., aunque la mayor parte de los casos se produce por lesiones en el cerebro, sea en la corteza cerebral o en la capsula interna, en la sustancia blanca cerebral.

La típica parálisis de brazo y pierna, es un residuo funcional y neuromuscular producido generalmente por la oclusión o rotura de una arteria que irriga el hemisferio contralateral del cerebro. Esto constituye el accidente cerebro vascular habitual. Se trata pues de una afección neurológica focal con un inicio y un desarrollo rápido debido a cambios patológicos de los vasos cerebrales.

Hay tres procesos básicos que originan la mayoría de los accidentes cerebro vascular: trombosis, embolia y hemorragia.

3.1 Trombosis

“la mayoría de los enfermos de accidente cerebro vascular enviados a rehabilitación, han sufrido accidentes originados por trombosis. El 69% de estos casos sobrevive al accidente inicial, pero un gran porcentaje sucumbe a los trombos subsiguientes. La trombosis aparece generalmente durante el sueño, durante el colapso vascular de los infartos de miocardio y tras las operaciones”¹⁰.

3.2 Embolismo

Las víctimas de los accidentes cerebro vasculares originadas por el embolismo, se encuentran frecuentemente en los programas de rehabilitación, debido a que se recobran normalmente mas a prisa con menos residuos que las víctimas de otro tipo de accidente. El embolismo se origina generalmente en el corazón. Aparece en todos los grupos y se ve en los jóvenes, aunque es mas frecuente en las décadas quinta y sexta. A menudo se asocia con estenosis mitral y fiebre reumática, con trombosis coronaria y fibrilación auricular.

3.3 Hemorragia

Otros enfermos de accidente cerebro vascular en rehabilitación, son víctimas de procesos causados por la hemorragia procedente de la ruptura de un vaso en la sustancia cerebra. Las grandes hemorragias proceden por lo general de una arteria. Las pequeñas extravaciones pueden proceder de capilares y venas. Las causas de ruptura de los vasos, son la hipertensión, las enfermedades hemorrágicas, el traumatismo y los tumores erocionantes. Las hemorragias producen las deficiencias funcionales residuales mas graves y la recuperaciones son mas lentas.

¹⁰ Levenso, Carl. Rehabilitación del enfermo hemiplejico, Mexico 1987, pag. 285

3.4 Definición del Pacientes

La posición clásica de la extremidad inferior en la hemiplejia, es la extensión con la cadera, mantenida en rotación externa y el pie en extensión.

La deformidad clásica de la extremidad superior del hemipléjico es en flexión, con el hombro mantenido en aducción y rotación interna, de modo que con frecuencia queda doloroso. La extremidad superior se mantiene contra el cuerpo y frecuentemente aparece subluxación el hombro.

3.5 Signos y Síntomas

“entre los síntomas del paciente hemipléjico, además del déficit motor de la parálisis o paresia espástica, puede haber un déficit sensorial, con anestesia superficial o pérdida del sentido de la posición o ambos a la ves. También puede haber un déficit de percepción evidenciado por la pérdida de la imagen corporal y la incapacidad para relacionarla con las cosas exteriores. La aceptación orgánica de los lóbulos frontales puede ocasionar desviaciones de la conducta o cambios de la personalidad, mientras que las lesiones de otras zonas afectan en ocasiones a la visión, memoria y capacidad de facilitación; es decir, la imposibilidad de realizar algunas de las actividades que antes realizaba. Son frecuentes los trastornos emocionales y el paciente se vuelve labil y deprimido, lo que no siempre tiene un origen orgánico, sino que se trata mas bien de una depresión reactiva que desaparecerá conforme el paciente acepte su limitación física y el apoyo que el equipo multidisciplinario le rinde. Son frecuentes así mismo los defectos relativos al habla”¹¹

“Se estima que inicialmente existen trastornos de lenguaje en el 40% de los hemipléjicos. Son frecuentes sobre todo en la hemiplejia derecha. El 80% de estos pacientes son los que conseguirán alguna mejoría. En algunos pacientes, la perdida del habla es transitoria, pero en otros pacientes puede ser prolongada. A veces persiste la incapacidad para el habla, aun después aunque el paciente ya es ambulatorio y autosuficiente en otros campos”¹²

¹¹ Sidney, light Terapia Ocupacional en Rehabilitación , pag. 156

¹² Levenso, Carl. Rehabilitación del enfermo hemiplejico, Mexico 1987, pag. 290

La incapacidad de comunicación produce una frustración e irritabilidad profunda. El paciente tiene miedo a cometer errores, de no ser comprendido e incluso presentar alteraciones severas en el sistema nervioso.

3.6 Tratamiento desde el enfoque ocupacional

“El primer paso del programa de rehabilitación de un paciente, es determinar sus fines y ayudarlo a conseguirlos. Los objetivos pueden variar desde la restauración funcional completa con incorporación al trabajo previo, hasta la curación de las úlceras de decúbito, contracturas sobreañadidas y cuidado propio con independencia parcial en silla de ruedas. Los fines serán factibles y alcanzables, pues sino, la rehabilitación solo será una causa de frustración y derrota. Los objetivos de la rehabilitación están influidos por la vocación y capacidades del paciente anteriores al ataque, su edad, educación y ambiente social”¹³

Actualmente, los fines los determina el paciente. Los miembros del equipo rehabilitador colaboran y ayudan al paciente a establecer sus objetivos y trabajar hacia ellos, si es necesario, se realizaron modificaciones en los objetivos y métodos de rehabilitación, tal como lo sugieran las necesidades del paciente y sus realizaciones.

La valoración requiere a menudo un ensayo rehabilitador prolongado, de un mes, o incluso de mas, antes de que comiencen a delimitarle los objetivos de modo claro.

Durante el periodo inicial de la convalecencia, toda la importancia debe dársele a sostener amplitud completa del movimiento de los miembros afectados, es necesario dar importancias a los movimientos articulares que tienden a vencer la mala posición.

4 HIPÓTESIS GENERAL O DE LA INVESTIGACION

La Terapia Ocupacional y Recreativa es un tratamiento asertivo que contribuye a mejorar la funcionalidad del paciente con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV), a través de varias técnicas de las cuales se utilizarán únicamente: Actividades personales de la vida diaria, Actividades Terapéuticas Manuales, Ejercicios Terapéuticos y Actividades Recreativas.

¹³,Willard Helen S. y Clare S ,Terapeutica Ocupacional, España 1973 pag. 97

5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

La terapia Ocupacional y Recreativa “Es un tratamiento rehabilitativo prescrito por el médico, llevado a cabo por trapistas ocupacionales graduados, que utiliza como medio de tratamiento técnicas activas para alcanzar una respuesta en la preparación del retorno del paciente a su hogar y a la sociedad, es decir, a la vida productiva”. Como tratamiento es un proceso por el cual se llega a un objetivo a través de las técnicas adecuadas.

INDICADORES

- **Actividades terapéuticas:** en estas actividades los pacientes realizaron ejercicios con aparatos propios de la Terapia Ocupacional en forma asistida e individual de acuerdo al grado de severidad del accidente se utilizaron aparatos tales como: Caja con arroz, Monopatín, Polea, Pesas etc. (véase anexos planes de Tratamiento)
- **ATM (actividad terapéutica manual):** En dicha actividad se realizaron, después de un tiempo prudente de haber iniciado el tratamiento con los pacientes que ya habían evolucionado en sus destrezas motrices manualidades que les ayudaran a seguir evolucionando en sus destrezas, coordinación, traslado.
- **Ludoterapia:** se realizaron juegos de mesa tales como memoria, lotería, de encaje, dama china en donde los pacientes realizaban movimientos que les permitió mejorar coordinación y estimular su memoria y concentración.
- **Recreación:** Se realizó una salida de la institución a un sitio recreativo en donde los pacientes socializaron con el medio asimismo practicaron la marcha, posteriormente se realizaron dos actividades más dentro de la institución en donde los pacientes fueron los participantes de las mismas amenizadas por personal experto.
- **Actividades de la Vida Diaria:** se realizaron actividades en las cuales se entrenaba al paciente para que volviera a tener la independencia que poseía antes del accidente, adaptándole dispositivos como cubiertos, cepillo dental, peine al miembro afectado, así como ayudarle a usar el miembro sano para realizar actividades como cambio de ropa, amarrado de zapatos, e higiene en general.

5.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Mejoramiento funcional del paciente con secuelas de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

INDICADORES

- Aumento de la fuerza muscular
- Aumento de la amplitud articular
- Recuperación de la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Recuperación de sensibilidad en áreas afectadas.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1 Descripción de la Población y Muestra

Para la realización del presente trabajo, se utilizó una muestra de 10 pacientes con secuelas resultantes de un accidente cerebro vascular (ACV), las edades de los pacientes oscilaron entre 45 a 80 años de edad con limitaciones articulares y fuerza muscular en el miembro superior izquierdo o derecho dependiendo el caso, lenguaje, motricidad fina y gruesa y sensibilidad, siendo pacientes externos del hospital Roosevelt, ubicado en la calzada Roosevelt zona 11 de la ciudad de Guatemala, dicha muestra estuvo conformada por el 60% mujeres y el 40% hombres.

El lugar mas apropiado para la realización de algunas de las actividades rehabilitativas fue el área de terapia ocupacional a donde fueron remitidos los pacientes , ya que otras actividades que formaron parte de esta rehabilitación como lo es la recreación se llevaron a cabo fuera del área.

Seguimiento de casos: Se utilizo seguimiento de casos, ya que al inicio, al obtener el historial clínico del paciente y habiendo hecho las respectivas evaluaciones, obtuvimos información acerca del estado del mismo y como esto fue cambiante al momento que la terapia ocupacional dio beneficios en él y se estuvo reevaluando al paciente para ver que cambios tendría.

Se realizo en este caso una evaluación inicial, intermedia y final, la cual nos brindo la respuesta positiva a la hipótesis planteada

2 Técnicas y Procedimientos de Trabajo

FASE I: Se identificó a la población a abordar durante la investigación a través de la información del personal a cargo del área de terapia ocupacional, brindándonos el listado de pacientes e identificando los que recientemente habían sido referidos al área de terapia ocupacional, en dicho listado se seleccionaron hombres y mujeres prevaleciendo el sexo femenino, ambos sexos

comprendidos entre las edades de 45-80 años de edad. Posteriormente se solicitaron los expedientes de cada paciente para abstraer los antecedentes mas relevantes de cómo había sucedido el accidente.

Nos presentaron ante cada uno de los pacientes en el respectivo día que llegaban a su terapia para establecer rapport y así poder iniciar con nuestro trabajo.

FASE II: Se realizó una entrevista inicial a los pacientes para recaudar todos sus datos por medio de la ficha clínica “instrumento de recolección de datos personales del paciente” (véase anexo No. 11) para lo cual se ubico al paciente en un lugar adecuado, a pesar que el área de terapia ocupacional es reducido, se pudo realizar la entrevista en donde se identifico a cada paciente con sus datos personales, así también corroborando su relato conforme a su expediente de cómo había sucedido el accidente. También se pudo recabar información que en su mayoría la causa del accidente fue por eventos traumáticos (robo, muerte, enojos e impresiones fuertes).

Todos los pacientes eran de un nivel socioeconómico medio, en su mayoría con un nivel académico primario, casados, con una formación religiosa católica y con hallazgos clínicos de diabetes e hipertensión.

FASE III: Se aplicaron pruebas específicas de terapia ocupacional como: evaluación general (véase anexo 12), test de medición de fuerza muscular (véase anexo 13), amplitud articular (véase anexo 14) y test de sensibilidad (véase anexo 15), ubicando al paciente en una silla o en su caso en su propia sillas de ruedas con la espalda recta pegada al respaldo de la misma, se le pidió a cada paciente que se relajara para evaluar al miembro afectado, realizando una evaluación general de sus destrezas, habilidades que aun poseía dicho miembro, como también incluyendo actividades de la vida diaria (agarrar, trasladar, pinzas, etc.) haciendo comparaciones con el miembro no afectado observando el grado de limitación para poder realizar el plan de tratamiento adecuado.

FASE IV: Se Elaboró de un plan de tratamiento (véase anexos del 1 al 10) para cada paciente según lo requirió, que incluyo las técnicas propias de la Terapia Ocupacional y Recreativa como ejercicios asistidos y no asistidos según el caso, para el mejoramiento de fuerza muscular, amplitud articular y aumento de sensibilidad, se empleo 40 minutos para la terapia de cada paciente, distribuyéndolos en 4 ejercicios de 10 minutos cada uno en el respectivo día que asistían a su terapia. También se realizo un plan de recreación (véase en los planes de tratamiento anexados) el cual fue el mismo para todos, incluyendo en él 3 actividades en donde los pacientes convivieron un momento agradable mejorando así su estado emocional.

FASE V: Se Reevaluó para ver avances en los pacientes a los que se les aplico el tratamiento, realizando el mismo procedimiento de la fase III, pudiéndose observar en algunos pacientes mejorías significativas tales como sensibilidad y fuerza muscular.

FASE VI: En esta se realizó la evaluación final en la cual se clasifico a la muestra en grupos que mostraron alta, mediana y baja mejoría en base al aumento de la fuerza muscular, amplitud articular, en la independencia de las actividades de la vida diaria y mejora de sensibilidad, así como una comparación entre factores de índice de recuperación como constancia en el tratamiento, edad, apoyo familiar, etc., clasificándolos desde el mas notorio en la recuperación de los pacientes hasta el menos relevante.

3 Instrumentos de Recolección de Datos

FICHA CLINICA: Esta consistió en un documento con una serie de ítems, donde se recolecto toda la información personal del paciente como nombre, edad, ocupación etc. e información muy importante como historia del paciente, hallazgos, fecha de ingreso etc., con el objetivo de recopilar toda la información personal del paciente para su expediente y alguna para la elaboración de su plan de tratamiento.

TEST DE EVALUACION GENERAL: Consistió en un test que permitió evaluar todas las funciones físicas del paciente con el propósito de recopilar información de todas las limitaciones que le dejo el accidente cerebro vascular al paciente.

TEST DE FUERZA MUSCULAR: Consistió en un test donde evaluamos directamente la fuerza muscular que le quedó al paciente en los miembros afectados después del accidente cerebrovascular, ya que esta disminuye, con el objetivo de hacer un plan de tratamiento para aumentar fuerza muscular.

TEST DE AMPLITUD ARTICULAR: Consistió en un test donde evaluamos directamente la amplitud articular que le quedó al paciente en los miembros afectados después del accidente cerebrovascular, ya que esta disminuye, con el objetivo de hacer un plan de tratamiento para aumentar la amplitud articular.

TEST DE SENSIBILIDAD: Consistió en un test que se utilizó para investigar el grado de sensibilidad táctil fina y gruesa del miembro afectado.

PLAN DE TRATAMIENTO: Consistió en un documento donde se redactaron cada una de las actividades que se harían con el paciente especificando objetivo, actividad, desarrollo, etc. con el propósito de tener registradas todas las actividades que se realizarían y tenerlas planificadas para mejor realización (véase planes de tratamiento).

PLAN DE RECREACION: Consistió al igual de la planificación en un documento donde se redactaron cada una de las actividades de recreación que se harían con el paciente especificando objetivo, actividad, desarrollo, etc. con el propósito de tener registradas todas las actividades a realizarse y tenerlas planificadas para mejor realización (véase planes de tratamiento).

CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1 Datos Generales

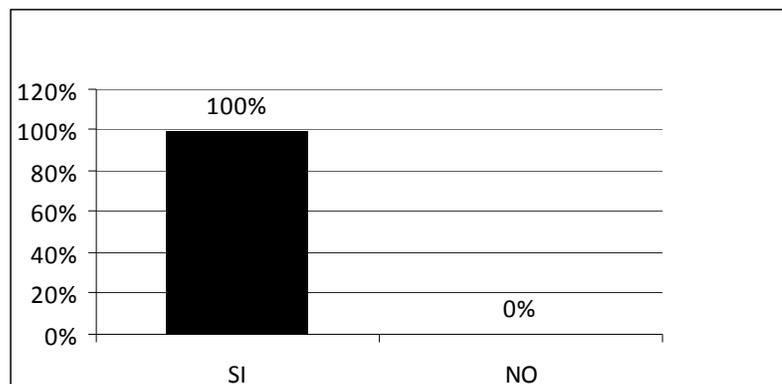
La muestra estuvo conformada por pacientes externos , en su mayoría por el sexo femenino, comprendida entre el rango de edad de 45 a 80 años y el sexo masculino de 50 a 80 años de edad, la cual residía dentro del área metropolitana, con un nivel académico desde primaria hasta profesional universitario, predominando la religión católica.

Al realizar las evaluaciones correspondientes en su mayoría los pacientes presentaron que el miembro afectado fue el miembro superior derecho, relatando así también que el desencadenante del accidente sucedió luego de un acontecimiento impactante, no obstante hubieron otras causas que lo propiciaron tales como: hipertensión, diabetes, estilo de vida inadecuada, etc.

2 Actividades Realizadas

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población realizó las actividades terapéuticas tales como: polea, pesas, caja con arroz, monopatín, manguito rotador, entre otros de acuerdo al plan de tratamiento establecido para cada uno de ellos (véase anexos de planes de tratamiento), los cuales ayudaron al mejoramiento del grado de limitación presentado por el paciente.

GRAFICA 1
ACTIVIDADES TERAPEUTICAS
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

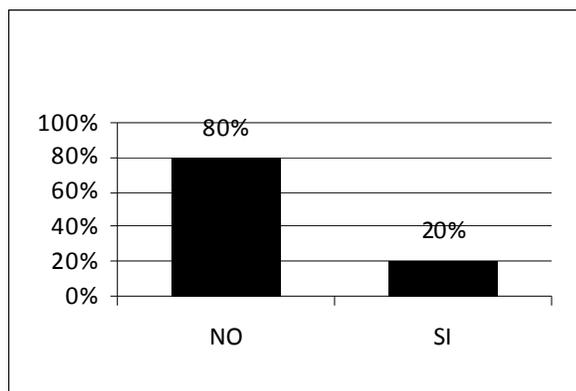


FUENTE: Elaboración propia

Estas actividades las realizo el 100% de la muestra (10), siendo esta una de las más indispensables para la recuperación.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población realizó las actividades terapéuticas manuales.

GRAFICA 2
ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS MANUALES
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

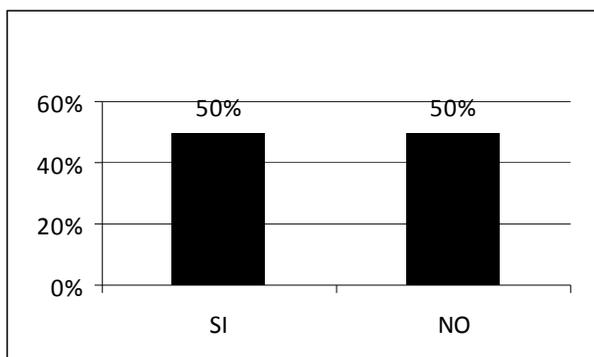


FUENTE: Elaboración propia

Esta actividad la realizaron solamente el 20% de la muestra ayudándolos así a la incrementación de su destreza, coordinación, motricidad fina y al mejoramiento de su limitación, el otro 20% restante debido al grado de limitación presentado no pudieron ejecutar las actividades.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población realizó las actividades lúdicas (terapia de juego).

GRAFICA 3
ACTIVIDADES LÚDICAS
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

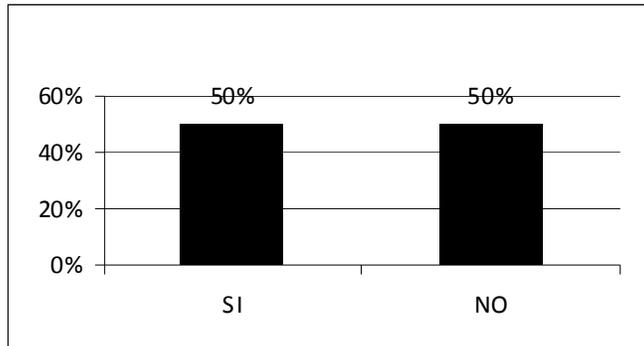


FUENTE: Elaboración propia

Estas actividades las realizaron únicamente el 50% de la muestra en la cual mejoraron coordinación, destreza, pinzas, memoria y concentración ayudando estas ultimas dos al otro 50% de las personas que no las realizaron, a pesar que no participaron directamente en la actividad.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población que realizo las actividades de recreación.

GRAFICA 4
ACTIVIDADES DE RECREACIÓN
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)



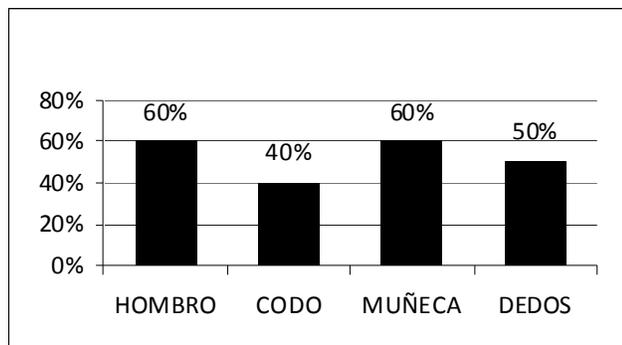
FUENTE: Elaboración propia

En estas actividades solamente asistió el 50% de la muestra ya que el otro 50% debido a temores de inseguridad, depresión y factores económicos no participaron.

3 Asertividad del Tratamiento

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población tuvo mejoras en fuerza muscular.

GRAFICA 5
EVOLUCIÓN DE FUERZA MUSCULAR
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

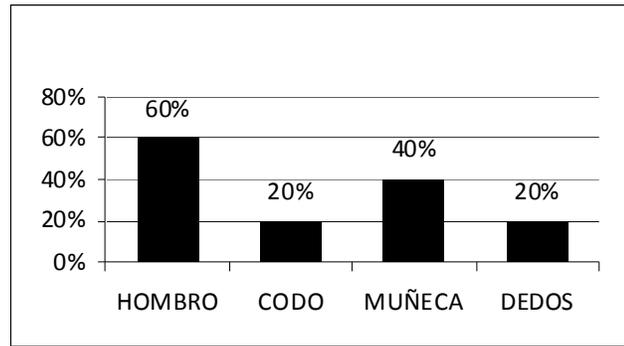


FUENTE: test de fuerza muscular (véase anexos) propio de la Terapia Ocupacional.

En esta área el 60% de la muestra aumento su fuerza muscular el 60% en hombro, el 40% en codo, el 60% en muñeca y el 50% en dedos, siendo hombro y muñeca las áreas donde mas se recuperaron, luego en dedos y la menos sobresaliente que es codo, lo que deduce que los músculos de codo y dedos tienden a recuperar la fuerza en un tiempo mas prolongado.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población tuvo mejoras en amplitud articular.

GRAFICA 6
EVOLUCIÓN EN AMPLITUD ARTICULAR
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

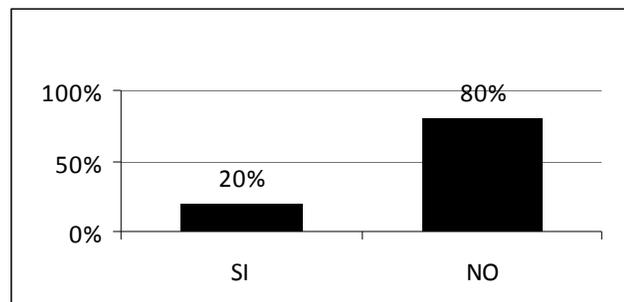


FUENTE: test de amplitud articular (véase anexos) propio de la Terapia Ocupacional.

En esta área el 60% de la muestra aumento su amplitud articular el 60% en hombro, el 20% en codo, el 40% en muñeca y el 20% en dedos, siendo hombro y muñeca las áreas donde mas se recuperaron, luego en dedos y codo, lo que deduce que las articulaciones de codo y dedos tienden a recuperar su amplitud en un tiempo mas prolongado.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población tuvo mejoras en sensibilidad.

GRAFICA 7
EVOLUCIÓN EN SENSIBILIDAD
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

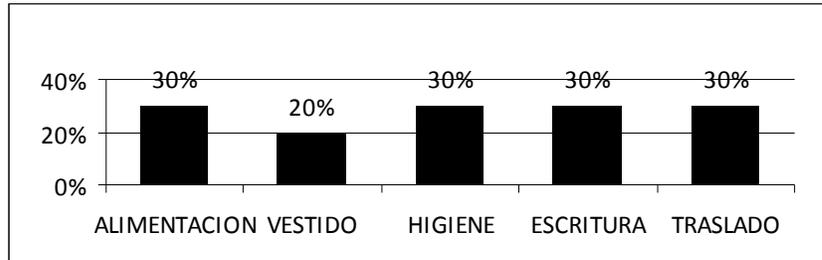


FUENTE: test de sensibilidad (véase anexos) propio de la Terapia Ocupacional.

En esta área evolucionó el 20% de la muestra de acuerdo a su constancia en el tratamiento, estado de anímico, apoyo familiar y el grado de impacto del accidente, no obstante el otro 80% fueron mínimos los avances en algunas áreas y esto se debió a que generalmente es un área difícil de estimular, ya que el tiempo de recuperación es mas lento y prolongado.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la población tuvo mejoras en la recuperación de la independecia en las actividades de la vida diaria.

GRAFICA 8
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)

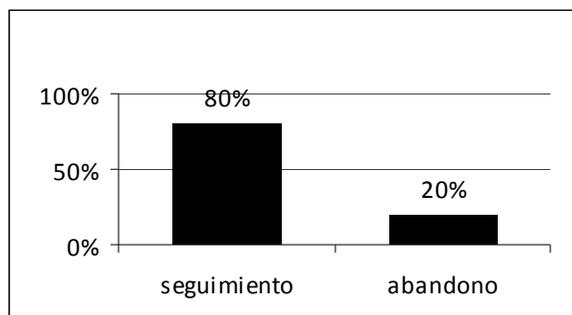


FUENTE: test de actividades de la vida diaria (véase anexos en test de evaluación general) propio de la Terapia Ocupacional.

En esta área parte de la muestra evolucionó de acuerdo a su constancia en el tratamiento, estado de anímico, apoyo familiar y el grado de impacto del accidente, el 30% lo hizo en función a su alimentación, el 20% en arreglo personal es decir en cambiarse la ropa, el 30% en higiene es decir lavado de manos, cepillado de dientes, baño, el 30% en escritura ya que era el miembro afectado el de su dominancia empezando a manipular un bolígrafo y escribir letras y el otro 30% en traslado ya que no necesitaban de la silla de ruedas, no obstante al observar los resultados de la grafica se puede apreciar que fueron mínimos las personas que evolucionaron pero para el propósito de la investigación estos resultados son significativos.

En la siguiente grafica se muestra que porcentaje de la muestra abandonó el tratamiento

GRAFICA 9
DISCONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)



FUENTE: Elaboración propia

Por razones desconocidas el 20% de los pacientes arriba descritos abandonó el plan de tratamiento al cabo de un mes de iniciado.

4. Factores Asociados a la Mejoría del Tratamiento

Apoyo Familiar

La familia fue un sustento muy importante en el transcurso del proceso de rehabilitación, ya que los miembros de la familia le pueden demostrar al paciente que es querido, necesitado y todavía importante para ellos, al mismo tiempo estos se responsabilizaron del cuidado del paciente y de la supervisión de la realización de ejercicios de rehabilitación tanto en el hospital como en casa.

Las personas que contaron con este factor se mostraron mas positivas, colaboradoras y perseverantes en el tratamiento, siendo algunas de ellas quienes tuvieron respuestas positivas significativas al tratamiento, a diferencia de las que no contaron con el mismo, ya que se mostraron negativas, con rasgos depresivos y sin ánimos de realizar los ejercicios, enfocándose siempre en el reproche de la familia por sus limitaciones, pudiéndonos dar cuenta que la mayoría de estas personas no tienen el apoyo familiar adecuado.

Asesoramiento Psicológico

Las personas que han tenido un ACV pueden mostrar una pérdida parcial del control emocional, ya que la mayoría de veces lloran porque están deprimidas, en este caso la totalidad de los pacientes mencionaron sentirse muy mal al no poder realizar las actividades de su rutina diaria, por haber tenido que abandonar su trabajo y por sentirse limitados a sus propias facultades físicas y depender de otros para realizar la mayoría de actividades, por lo tanto las personas que recibieron terapia psicológica mostraron avances significativos en el tratamiento, por el contrario las que no lo recibieron mostraron muy pocos avances e incluso hubo abandono del tratamiento, a pesar que una de las funciones del terapeuta ocupacional es brindar esta clase de apoyo durante lapso de la terapia es necesario completarlo con un profesional especializado en el área.

Severidad del Trauma

Un factor muy importante para la recuperación de estos pacientes es el tipo de ACV que sufrieron, ya que el más grave de ellos es el hemorrágico, debido a que se produce por la ruptura de una arteria. Esto es producido por un traumatismo o por una dilatación localizada de un vaso sanguíneo que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas, ya sea por un tumor sanguíneo,

tal como el aneurisma (inflamación de una arteria debilitando sus paredes haciéndola vulnerable a la ruptura) cerebral, o por malformaciones arteriovenosas, obteniendo pocos avances los pacientes que presentaron este tipo de ACV a diferencia de los que presentaron un isquémico que se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro cuya presencia se puede contrarrestar con medicamentos no sometiéndolos a cirugía como el anterior.

Edad

Estudios científicos han demostrado que el desgaste natural del cuerpo empieza a los 15 años, se acelera a los 25 años y se acentúa a los 40 años de edad, confirmándonos esto al observar mas avances significativos en los pacientes que oscilaban por debajo de los 60 años de edad.

Iniciación Temprana del Tratamiento

Algunos pacientes que mostraron avances significativos iniciaron su tratamiento rehabilitativo de 15 a 30 días Luego de haber sufrido el ACV, cuando algunas de ellas que presentaron pocos avances lo iniciaron de 3 a 5 meses después.

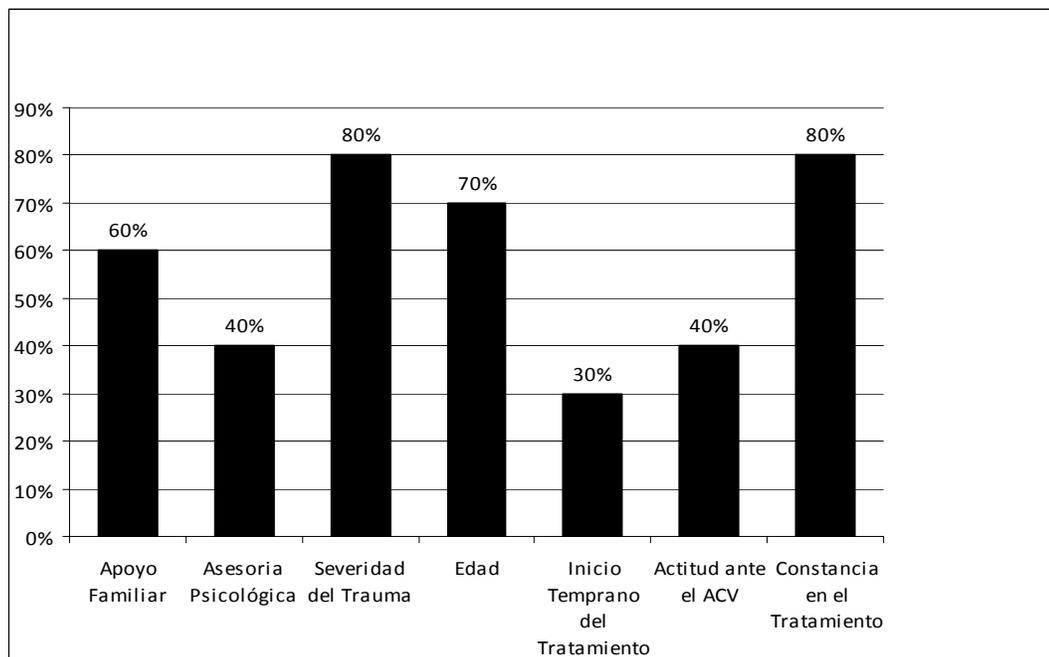
Actitud ante el ACV

Debido a que la actitud se define como: el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente, esta fue de gran importancia en la recuperación de la mayoría de los pacientes con resultados significativos, debido también a su constancia y perseverancia a su plan de tratamiento.

Constancia en el Tratamiento

La ambición y el deseo de estos pacientes para su recuperación los llevo a un régimen disciplinario en cumplir el horario establecido por el equipo terapéutico, dando esto como resultado logros significativos en su rehabilitación en algunos pacientes de la población seleccionada.

GRAFICA 10
FACTORES ASOCIADOS A LA MEJORÍA DEL TRATAMIENTO
(EN PROMEDIOS PORCENTUALES)



FUENTE: Elaboración propia

En la grafica anterior se muestra el porcentaje de la cantidad de pacientes que estuvieron relacionados con cada uno de los factores asociados a la mejoría de su rehabilitación, pudiéndose apreciar que factores sobresalieron mas dentro de la muestra, así mismo se puede observar que factores son los mas sobresalientes y beneficiosos para la recuperación aunque no en su totalidad pero si para su progreso en sus limitaciones de cada paciente, siendo estos el tipo de ACV, es decir la severidad del trauma, la constancia en el tratamiento y la edad, ya que la persona puede tener mucho apoyo familiar y asesoramiento psicológico por ejemplo, pero sino es constante en el tratamiento esta no tendrá avances significativos.

Análisis General

Durante el desarrollo de la presente investigación se pudo observar una mejoría significativa en todos aquellos pacientes que constituyeron cobertura del tratamiento de Terapia Ocupacional al cual se refiere el estudio. Al iniciar el trabajo se evaluó a cada uno de los pacientes de la muestra, estos presentaban en su totalidad limitación en fuerza muscular, amplitud articular y sensibilidad, así como también en la funcionalidad de planos altos, medios y bajos, pinzas, garras y problemas relativos al entorno social (aislamientos, depresión, baja autoestima, etc.).

Se inicio con ellos un tratamiento con ejercicios pasivos para mejorar su amplitud articular y fuerza muscular del miembro superior afectado, como también se realizo la primer actividad recreativa, al cabo de un mes se efectuó la primera evolución de cada uno de los pacientes en donde la muestra evidencio cambios significativos en sus movimientos y fuerza como también en la sensibilidad, siendo estos en un grado mas de lo que poseían, esto debido a que ellos seguían el régimen de tratamiento propuesto por el terapeuta tanto en el departamento de terapia ocupacional como en sus hogares. Algunos de ellos no mostró avances, debido en parte al grado de severidad de la lesión o a su estado de ánimo en lo que a su actitud respecta.

Se continuó con el tratamiento establecido y se realizo la segunda actividad recreativa y se efectuó la segunda evolución en donde los que avanzaron en la primera evolución se mantuvo con los avances anteriores y el resto de la muestra mostró avances en su fuerza muscular y sensibilidad que anteriormente no habían mostrado avance alguno.

Continuando con el tratamiento establecido se realizo la tercera actividad recreativa seguida de la tercera evolución en donde el 20% de la muestra en esta fase abandono el tratamiento mostrando pocos avances en las evoluciones anteriores. Con estos resultados podemos afurnar que la terapia ocupacional fue asertiva en la rehabilitación de estos pacientes con secuelas de ACV, por lo tanto nuestra hipótesis es comprobada, ya que la muestra sobrepaso la medio dando resultados positivos con el plan de tratamiento que se abordo.

CAPITULO IV CONCLUSIONES

- De acuerdo al trabajo realizado, se puede afirmar que la Terapia Ocupacional es eficiente en pacientes con secuelas de ACV (accidente cerebro vascular).
- De la muestra seleccionada, se concluye que las secuelas de un ACV (accidente Cerebro Vascular) se presentan con diferente severidad en cada paciente, dado a las limitaciones que presentaron, por ende a esto la recuperación de cada uno de ellos se evidencio en diferente lapso de tiempo y magnitud, ya sea por el daño causado por el ACV (accidente cerebro vascular) o por la actitud que el paciente tomo ante el tratamiento.
- El 60% de la muestra tuvo resultados positivos al recibir el tratamiento conforme al tiempo establecido por el terapeuta, lo cual nos dice que el 40% restante no obtuvieron los resultados esperados de su recuperación, debido al abandono del tratamiento, así como a su estado de ánimo negativo y la severidad del evento.
- Se pudo observar que debido a las limitaciones que el paciente presenta posteriormente al ACV (accidente cerebro vascular), el paciente se ve afectado en todas sus esferas de vida (laboral, familiar y emocional) y la terapia ocupacional les brindo en su mayoría a través de su tratamiento la oportunidad de reinsertarse a dichas esferas.
- La población muestra de estudio manifestó que la Terapia Ocupacional es indispensable no solo para estas enfermedades, sino para otros trastornos siempre y cuando se siga el régimen de tratamiento establecido.
- la recreación fue una de las actividades indispensables en lograr parte de la recuperación sobre todo en la re inserción a la población.
- El apoyo familiar fue uno de los factores importantes en la recuperación del paciente y su continuidad del tratamiento.

RECOMENDACIONES

- Es evidente que la terapia ocupacional es significativa en la recuperación de pacientes con distintos traumas, por lo que es indispensable ampliar más el campo de la misma a nivel nacional.
- Es importante que el paciente siga la terapia ocupacional así como otras que vayan de la mano con esta para obtener resultados esperados.
- Es indispensable que los familiares o personas afines al paciente reciban una orientación tanto de la problemática como de la rehabilitación, ya que este acontecimiento afecta no solo al paciente, sino también a las personas con las que convive.
- Para obtener mejores resultados en la rehabilitación del paciente, es necesario que este sea referido inmediatamente de haber recibido asistencia médica al departamento de terapia ocupacional, así como a otras terapias afines.
- Es necesario que los pacientes con asistencia de sus familiares realicen los ejercicios referidos por el terapeuta en su domicilio para su óptima y pronta recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Texto de Terapia Ocupacional, Luís Rodolfo Jiménez Solórzano, Guatemala, 1999, Pp. 325
2. Terapia Ocupacional, Helen Hopkins, 8va. Ed. España 1998, Pp. 670
3. Fundamentos de medicina (neurología), Carlos Santiago Uribe Uribe, Colombia, 1997, Editorial Prentice Hall ,Pp. 432
4. Rehabilitación del enfermo hemipléjico, Carl Levenson, 2da. Ed. Tomo III, Edit. Labor, S.A. Barcelona 1984, Pp. 715
5. Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. MacDonald, E.M., España, 1972, Edit. Salvat. Pp. 830
6. Sidney, light Terapia Ocupacional en Rehabilitación, Pp. 224
7. Levenson, Carl. Rehabilitación del enfermo hemipléjico, México 1987, Pág. 315
8. Terapéutica Ocupacional, Willard Helen S. y Clare S., España, 1973, Edit. JIMS., Pp. 524
9. Neuroanatomía Correlativa, Chusitor, Joseph, México, 1987, 7ma. Edición, Edit. Manual Moderno, Pp. 432
10. Bobath, B. "Hemiplejia del adulto. evaluación y tratamiento". 3a ed. Buenos Aires. Médica-Panamericana, 1993
11. Gómez Tolón. J. "Fundamentos Metodológicos de la Terapia Ocupacional". 1ª Ed. Editorial Mira. Zaragoza. 1997.
12. Defontaine, J. (1978): Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año. Barcelona: Editorial Médica y Técnica.
13. Grieve, J. (1994). Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Buenos Aires: Panamericana.
14. Krusen: Medicina física y de rehabilitación. Editorial Panamericana. 1993
15. Trombly, C.A. (1995). Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. México: La Prensa Médica Mexicana

RESUMEN

En el Hospital Roosevelt que se encuentra en calzada Roosevelt zona 11 de la ciudad de Guatemala, asiste un grupo de personas las cuales han sufrido un ACV (Accidente Cerebro Vascular) por distintas causas. Dichas personas han sido referidas al departamento de Terapia Ocupacional principalmente por su rehabilitación y segundo por su reinserción laboral y social de acuerdo a sus limitaciones que dicho accidente les ha dejado.

Al ver el impacto de la Terapia ocupacional a través de sus técnicas en la recuperación de estos pacientes, se ha interesado en profundizar en este tema, ya que se ha observado resultados positivos en estos pacientes.

Al recaudar la información personal de cada paciente se constato que la mayoría pertenece a un nivel económico medio, los cuales presentaban independientemente de su referencia al Departamento enfermedades diversas (respiratorias, cardiovasculares, crónicas etc.).

Se pudo observar que las personas que han sufrido este tipo de accidente no solo se ven afectadas ellas, sino también los miembros de la familia, generando dificultades económicas e interrumpiendo la dinámica familiar, social y laboral. Así mismo también se puede observar que suelen experimentar depresión, stress conyugal y otros trastornos emocionales y psicológicos.

En dicha investigación se evidencio que existen factores importantes que influyen de manera muy significativa en la recuperación de estas personas con secuelas de un ACV, tales como el apoyo familiar, edad, severidad del trauma, es decir tipo de ACV que afectó al paciente, constancia en el tratamiento, inicio temprano del tratamiento, actitud ante el ACV y asesoría psicológica, destacando algunos de ellos, ya que se pudo constatar que las personas en que el ACV fue menos grave y mantuvieron una constancia en el tratamiento e incluso eran mas jóvenes, su recuperación fue mas rápida y significativa, siendo en su porcentaje del 70 al 80% de recuperación en las personas que presentaron estos factores, mientras que la actitud ante el ACV, el apoyo familiar, el inicio temprano del tratamiento, etc., conformaron un porcentaje del 30 al 60% , no siendo estos menos importantes.

Con todo lo anterior descrito se concluye que la hipótesis planteada en la investigación es valida, ya que el tratamiento de la terapia ocupacional fue asertivo en pacientes con secuelas de ACV.

anexos

ANEXO 1

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 1

06-10-09 En esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Sensibilidad	Caja de Arroz y frijoles	El Px. friccionaba el arroz y fríjol sobre el miembro afectado
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aduccion.
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora

ANEXO 2

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 2

06-10-09 En esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular de brazo y dedos del miembro afectado	Elástico	El Px. Tomaba el elástico y ejercía fuerza hacia delante y atrás con asistencia del terapeuta
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente incremente fuerza muscular en dedos	esponja	El paciente moldeaba la esponja apretando y soltándola.
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convivio navideño.

ANEXO 3

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 3

12-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular de brazo y dedos del miembro afectado	Elástico	El Px. Tomaba el elástico y ejercía fuerza hacia delante y atrás con asistencia del terapeuta
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente incremente fuerza muscular en dedos	esponja	El paciente moldeaba la esponja apretando y soltándola.
Que el paciente incremente amplitud articular en desviación radial y cubital	Mano desviadora cubital radial	El paciente movilizaba la mano sobre la base del aparato en dirección interna y externa
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convivio navideño.

ANEXO 4

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 4

08-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular y amplitud articular en muñeca.	Flexor y Extensor de Muñeca	El Px. Tomaba el travesaño del aparato y lo giraba hacia delante y atrás.
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente incremente sensibilidad	Caja con arroz y frijoles	El paciente friccionaba el arroz y frijoles sobre el miembro afectado
Que el paciente incremente amplitud articular en pronación y supinación.	Manguito rotador	El paciente tomaba el travesaño del aparato y lo giraba hacia la derecha e izquierda apoyando el codo sobre la mesa.
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convivio navideño.

ANEXO 5

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 5

08-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular en el miembro superior afectado	Pesas	El Px. Tomaba las pesas de aproximadamente 2 libras de peso haciendo movimientos sobre la mesa de izquierda a derecha
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente incremente sensibilidad	Caja con arroz y frijoles	El paciente friccionaba el arroz y frijoles sobre el miembro afectado
Que el paciente incremente fuerza muscular en dedos	hules	El paciente sujetaba el hule y lo estiraba con asistencia del terapeuta.
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convivio navideño.

ANEXO 6

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 6

13-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular en el miembro superior afectado	Pesas	El Px. Tomaba las pesas de aproximadamente 2 libras de peso haciendo movimientos sobre la mesa de izquierda a derecha
Que el paciente incremente fuerza muscular en mano y dedos.	Pelota	El paciente tomaba con su mano afectada la pelota y la moldeaba con los dedos y la palma de la mano.
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Que el paciente incremente sensibilidad	Caja con arroz y frijoles	El paciente friccionaba el arroz y frijoles sobre el miembro afectado
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente incremente amplitud articular en pronación y supinación	Mango rotador	El paciente debía girar el mango del aparato en dirección de pronación y supinación apoyando el codo sobre la mesa.
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convivio navideño.

ANEXO 7

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 7

13-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Que el paciente mejore funcional en pinzas	tornillos	El paciente desenroscaba y enroscaba las tuercas en los pernos.
Que el paciente mejore fuerza muscular en articulaciones y músculos de los dedos.	flexor y extensor de dedos	El paciente realizaba flexión y extensión de dedos.
Que el paciente incremente fuerza muscular en movimientos de pinzas	marco de ganchos	El paciente trasladaba los ganchos de arriba hacia abajo y viceversa con cada dedo de la mano.
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convívio navideño.

ANEXO 8

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 8

20-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Que el paciente incremente fuerza muscular en hombro	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Sensibilidad	Caja de Arroz y frijoles	El Px. friccionaba el arroz y fríjol sobre el miembro afectado
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas y convívio navideño.

ANEXO 9

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 9

20-10-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Incrementar Fuerza Muscular de brazo y dedos del miembro afectado	Elástico	El Px. Tomaba el elástico y ejercía fuerza hacia delante y atrás con asistencia del terapeuta
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Incrementar Coordinación y a la vez Amplitud Articular y Fuerza Muscular.	Monopatín	Al paciente se le sujetaba el miembro afectado al aparato y realizaba movimientos en abanico es decir abducción y aducción.
Que el paciente incremente fuerza muscular en dedos	esponja	El paciente moldeaba la esponja apretando y soltándola.
Que el paciente incremente amplitud articular en desviación radial y cubital	Mano desviadora cubital radial	El paciente movilizaba la mano sobre la base del aparato en dirección interna y externa
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora

ANEXO 10

PLAN DE TRATAMIENTO CASO 10

12-11-09 en esta fecha se inicio el tratamiento establecido de terapia ocupacional de acuerdo a las limitaciones presentadas del paciente en la evaluación inicial cuyo plan fue el siguiente:

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO
Que el paciente incremente fuerza muscular en movimientos de pinzas	Marco de ganchos	El paciente trasladaba los ganchos de arriba hacia abajo y viceversa con cada dedo de la mano.
Incrementar Fuerza Muscular y Amplitud Articular	Polea	El Px tomaba los estribos de la polea y realizaba movimientos de elevación.
Que el paciente incremente fuerza muscular en dedos	esponja	El paciente moldeaba la esponja apretando y soltándola
Que el paciente incremente amplitud articular en desviación radial y cubital	Mano desviadora cubital radial	El paciente movilizaba la mano sobre la base del aparato en dirección interna y externa
Que el paciente mejore coordinación y planos	conos	El paciente sujetaba los conos y los trasladaba de un lugar hacia otro formando una torre
Que el paciente estimule áreas afectadas con movimientos cotidianos a través de la marcha. Esparciendo sus preocupaciones por medio de actividades sociales.	Recreación	Visita al Zoológico La Aurora, actividad amenizada por fábrica de sonrisas.

FICHA CLÍNICA

INSTITUCIÓN: _____

ÁREA: _____

NOMBRE: _____

Nº DE AFILIACIÓN: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____

DOMICILIO: _____

LUGAR DE ENTREVISTA: _____

PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TERAPEUTA: _____

LUGAR Y FECHA: _____

DIAGNOSTICO: _____

HISTORIA DEL PACIENTE: _____

HALLAZGO CLÍNICO: _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA DE INGRESO: _____

(f) _____
Estudiante T.O y R

(f) _____
Terapeuta responsable

EVALUACIÓN GENERAL

NOMBRE: _____ AFILIACIÓN: _____

DIAGNOSTICO: _____

_____ MEDICOS: _____

_____ FECHA DE INGRESO: _____

EDAD: _____ ALFABETA: _____ DOMINANCIA: _____

HISTORIA: _____

CAUSA DEL PROBLEMA: _____

MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: _____

MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO: _____

GARRAS:

CILINDRICA _____ ESFÉRICA _____ DE GANCHO _____

EN ABANICO _____

PINZA:

BIDIGITAL _____ TERMINAL _____ SUBTERMINAL _____

SUBTERMINO LATERAL _____ LATERAL _____

TRIPOIDE _____

COORDINACIÓN:

GRUESA : BUENA _____ REGULAR _____ ALTERADA _____

FINA: BUENA _____ REGULAR _____ ALTERADA _____

DESTREZA: BUENA _____ DISMINUIDA _____

PLANOS:

ALTO _____ MEDIO _____ BAJO _____

A.V.D.:

ALIMENTACIÓN _____

VESTIDO _____

ARREGLO TRONCO SUPERIOR _____

HIGIENE _____

ESCRITURA _____

OBSERVACIONES: AYUDA A LA MARCHA _____

COLABORADOR: _____

SENSIBILIDAD: _____

OBJETIVOS: INCREMENTAR FUERZA MUSCULAR

INCREMENTAR AMPLITUDES ARTICULARES

IMPLEMENTAR COORDINACIÓN O DESTREZA

ENTRENAMIENTO: CAMBIO DE DOMINANCIA

REEVALUAR EN: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL TERAPISTA: _____

ANEXO 13

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA _____

	ACCION	MOTOR PRIMARIO	INERVACION	N M	IZQ.	Der.
ESCAPULA	ELEVACION	TRAPECIO SUPERIOR	ESPINAL ACCESORIO	C 3-4		
	ADUCCION	TRAPECIO MEDIO ROMBOIDE	ESPINAL ACCESORIO DORSAL ESCAPULA	C 3-4 C 4-5		
	ABDUCCION	SERRATO ANTERIOR	TORACICO LARGO	C 5-7		
	DEPRESION	TRAPECIO INFERIOR	ESPINAL ACCESORIO	C 3-4		

HOMBRO	FLEXION	DELTOIDES ANTERIOR	CIRCUNFLEJO	C 5-6		
	ABDUCCION	DELTOIDES MEDIO	CIRCUNFLEJO	C 5-6		
	ABDUCCION HORIZONTAL	DELTOIDES POSTERIOR CLAVICULAR EXTERNAL	TORACICO LARGO ANTERIOR	C 5-8 C5 T1		
	EXTENSION	DORSAL ANCHO	TORACODORSAL	C 5-8		
	ADUCCION HORIZONTAL	PECTORAL MAYOR	CIRCUNFLEJO	C 5-6		
	ROT. EXT.	INFRAESCPINOSO. REDONDO MENOR		C 5-6		
	ROT. INT.	SUBESCAPULAR. PECTORAL MAYOR DORSAL ANCHO. REDONDO MAYOR		C 5-6		

CODO	FLEXION	BICEPS BRAQUIAL ANTERIOR SUPINADOR LARGO	MUSCULO CUTANEO MUSCULO CUTANEO RADIAL	C 5-6 C 5-6 C 6		
	EXTENSION	TRICEPS	RADIAL	C 5-6		

ANTEBRAZO	SUPINACION	SUPINADOR CORTO	RADIAL	C 6		
	PRONACION	PRONADOR REDONDO	MEDIANO	C 6		

MUÑECA	FLEXION	PALMAR MAYOR	MEDIANO	C 8		
		CUBITAL ANTERIOR	CUBITAL	C 8		
	EXTENSION	1 RADIAL EXTERNO 2 RADIAL EXTERNO CUBITAL POSTERIOR	RADIAL RADIAL	C 6 C 8		

DEDOS DE LA MANO	FLEXION METACAR.	LUMBRICALES	MEDIANO CUBITAL	C 7-8 C 8		
	INTERFA PROXIMALES	FLEXOR SUPERFICIAL DE LOS DEDOS DE LA MANO	MEDIANO	C 7 T1		
	INTERFA DISTAL	FLEXOR PROFUNDO DE LOS DEDOS DE LA MANO	MEDIANO CUBITAL	C8 T1 C8 T1		
	EXTENSION	EXTENSOR COMUN DE DEDOS DE LA MANO	RADIAL	C 6		
	ADUCCION	INTEROSEOS	CUBITAL	C8 T1		
	ABDUCCION	INTEROSEOS	CUBITAL	C8 T1		
	ABD. 4 DEDO	ABDUCTOR DEL MEÑIQUE	CUBITAL	C 8		
	OPOSICION 4 DEDO	OPONENETE MEÑIQUE	CUBITAL	C 8		

PULGAR	FLEXION METACAR.	FLEXOR CORTO DEL PULGAR	MEDIANO	C 9-8		
	FLEXION INTERFA.	FLEXOR LARGO DEL PULGAR	MEDIANO	C8T1		
	EXTENSION METACAR.	EXTENSOR CORTO DEL PULGAR	RADIAL	C7		
	EXTENSION INTERFA.	EXTENSOR LARGO DEL PULGAR	RADIAL	C7		
	ADUCCION	ADUCTOR DEL PULGAR	CUBITAL	C8		
	ABDUCCION	ABDUCTOR LARGO DEL PULGAR	RADIAL	C7		
		ABDUCTOR CORTO DEL PULGAR	MEDIANO	C6-7		
OPOSICION	Oponente del pulgar	MEDIANO	C6-8T1			

OBSERVACIONES _____

CLAVE:

5N.	NORMAL	ARCO DE MOVIMIENTO CONTRA LA GRAVEDAD CON RESISTENCIA COMPLETA
4G.	BUENA	ARCO DE MOVIMIENTO COMPLETO CONTRA LA GRAVEDAD CON CIERTA RESISTENCIA
3F.	REGULAR	ARCO DE MOVIMIENTO COMPLETO CONTRA LA GRAVEDAD
2P.	POBRE	ARCO DE MOVIMIENTO ELIMINANDO LA GRAVEDAD
1T.	VESTIGIOS	EVIDENCIA DE CONTRACCION LEVE NINGUN MOVIMIENTO ARTICULAR
00.	CERO	SIN EVIDENCIA DE CONTRACCION

ANEXO 14

INGRESO: _____ LIMIT. INGRESO: _____
 EGRESO: _____ MEDICINA FÍSICA LIMIT. EGRESO: _____

INTERNO: _____ EXTERNO: _____

NOMBRE: _____
 DIAGNOSTICO: _____
 INHABILIDAD: _____

IZQUIERDO

AMPLITUD ARTICULAR
(MOVILIDAD PASIVA)

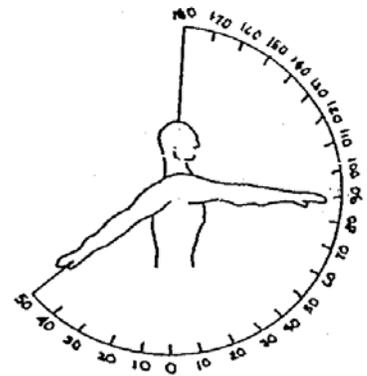
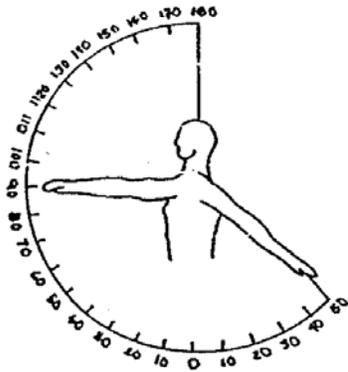
DERECHO

HOMBROS

FLEXIÓN 0 - 90
 FLEX Y ROT. OMÓPLATO 90 - 180
 EXTENSIÓN " 180 - 90
 EXTENSIÓN 90 - 50

LIMITACIONES

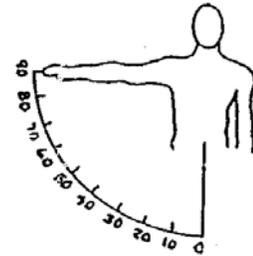
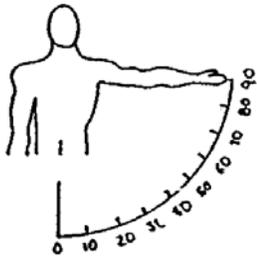
FLEX	EXT.	FLEX	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			



ABDUCCIÓN 0 - 90
 ABD. Y ROT. OMÓPLATO 90 - 180
 ADUCCIÓN 90 - 0
 ADD. Y ROT. OMÓPLATO 180 - 90

LIMITACIONES

ABD.	ADD.	ABD.	ADD.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

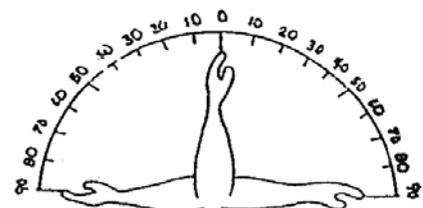


ROTACIÓN

CODO FLEXIONADO A 90°
 ROTACIÓN EXTERNA 0 - 90
 ROTACIÓN INTERNA 0 - 90

LIMITACIONES

INT.	EXI.	INT.	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

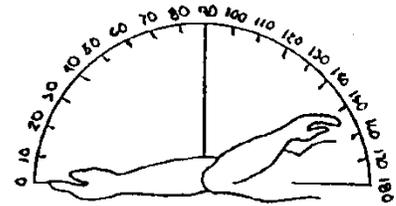
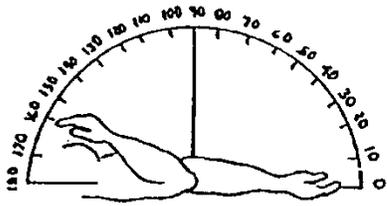


CODOS

FLEXIÓN 0 - 145 - 160
EXTENSIÓN 160 - 145 - 0

LIMITACIONES

FLEX	EXT.	FLEX	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

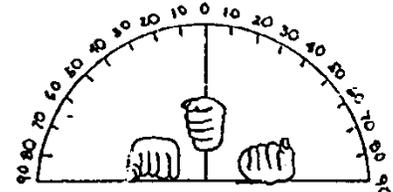
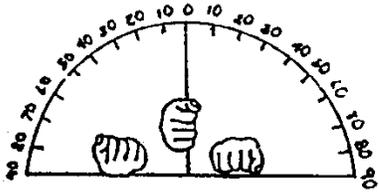


RADIO - CUBITAL

PRONACIÓN 0 - 90
SUPINACIÓN 0 - 90

LIMITACIONES

SUP.	PRON	SUP.	PRON
1			
2			
3			
4			
5			
6			

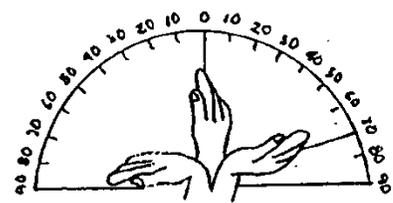


MUÑECA

FLEXIÓN DORSAL 0 - 70
FLEXIÓN PALMAR 0 - 90

LIMITACIONES

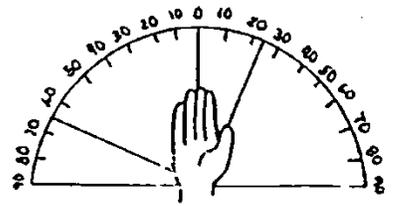
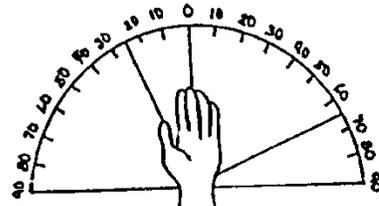
DORS	PALM	DORS	PALM
1			
2			
3			
4			
5			
6			



ABDUCCIÓN 0 - 25
ADUCCIÓN 0 - 55 - 65

LIMITACIONES

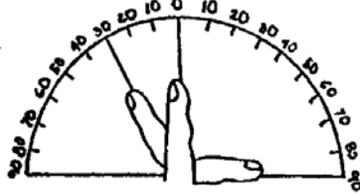
RAD.	CUB.	RAD.	CUB.
1			
2			
3			
4			
5			
6			



EXAMINO : 1er. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 2do. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 3er. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 4to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 5to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 6to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____

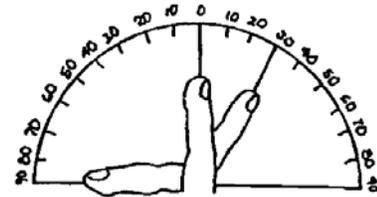
ARTICULACIÓN PROXIMAL MEDIO

FLEXIÓN 0-90
EXTENSIÓN 0-20-30



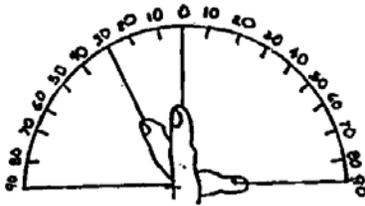
LIMITACIONES

FLEX.	EXT.	FLEX.	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			



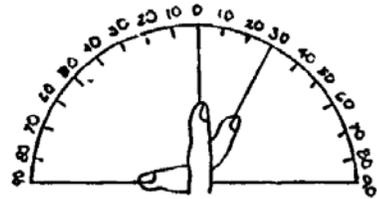
ARTICULACIÓN PROXIMAL ANULAR

FLEXIÓN 0-90
EXTENSIÓN 0-20-30



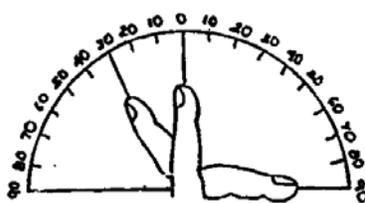
LIMITACIONES

FLEX.	EXT.	FLEX.	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			



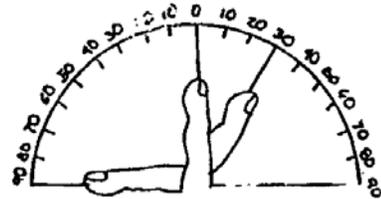
ARTICULACIÓN PROXIMAL MEÑIQUE

FLEXIÓN 0-90
EXTENSIÓN 0-20-30



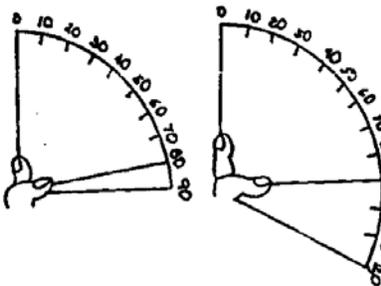
LIMITACIONES

FLEX.	EXT.	FLEX.	EXT.
1			
2			
3			
4			
5			
6			



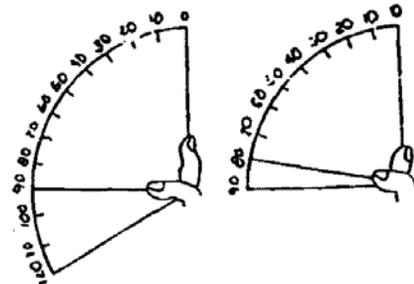
ARTICULACIÓN MED. Y DIST. INDICE

FLEXIÓN 0-90 0-80
EXTENSIÓN 90-0 80-0



LIMITACIONES

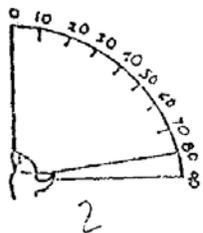
FLEX.	EXT.	FLEX.	EXT.
D M	D M	D M	D M
1			
2			
3			
4			
5			
6			



ARTICULACIÓN MED. Y DIST MEDIO

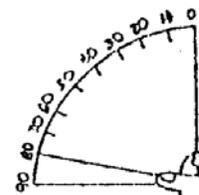
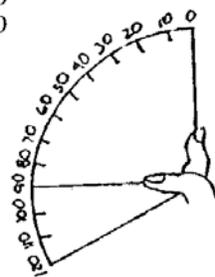
FLEXIÓN 0-90 0-80

EXTENSIÓN 90-0 80-0



LIMITACIONES

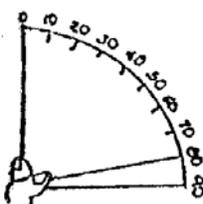
FLEX.		EXT.		FLEX.		EXT.	
D	M	D	M	D	M	D	M
1							
2							
3							
4							
5							
6							



ARTICULACIÓN MED. Y DIST ANULAR

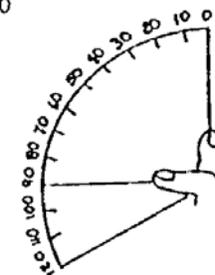
FLEXIÓN 0-90 0-80

EXTENSIÓN 90-0 80-0



LIMITACIONES

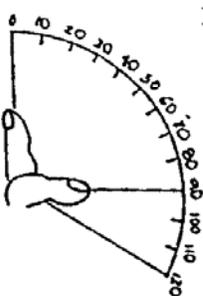
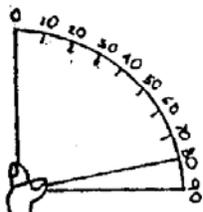
FLEX.		EXT.		FLEX.		EXT.	
D	M	D	M	D	M	D	M
1							
2							
3							
4							
5							
6							



ARTICULACIÓN MED. Y DIST MEÑIQUE

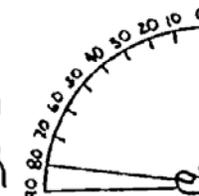
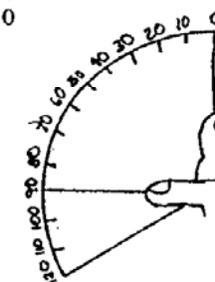
FLEXIÓN 0-90 0-80

EXTENSIÓN 90-0 80-0



LIMITACIONES

FLEX.		EXT.		FLEX.		EXT.	
D	M	D	M	D	M	D	M
1							
2							
3							
4							
5							
6							



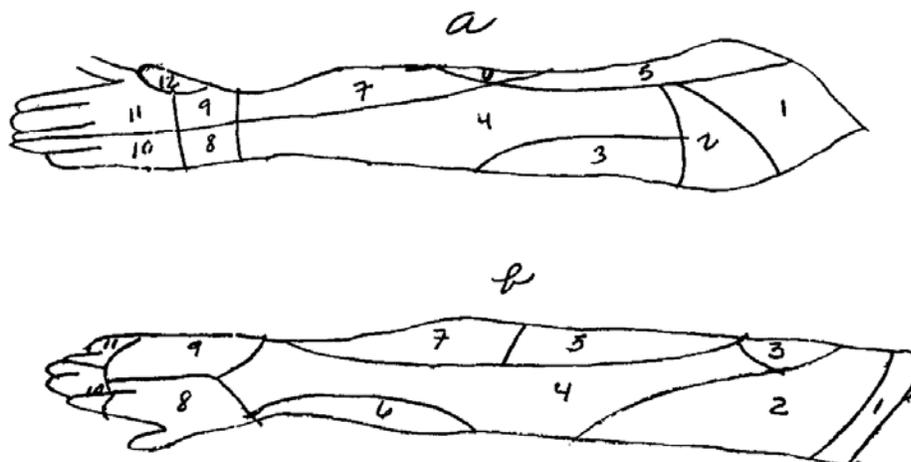
EXAMINO : 1er. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 2do. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 3er. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 4to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 5to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____
 6to. CHEQUEO: _____ FECHA: _____

ANEXO 15

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
TERAPIA OCUPACIONAL Y RECREATIVA

EVALUACION SENSIBILIDAD

NOMBRE: _____
DIAGNOSTICO - _____
EDAD _____ DOMINANCIA _____



NOTA: pinte de azul las areas normales y en rojo las que presentan trastornos de sensibilidad

- A.
- 1- plexo braquial
 - 2- Inter costales
 - 3- cutaneo interno
 - 4- braquial cutaneo interno
 - 5- circunflejo
 - 6- radial (R. Cutaneo)
 - 7- musculo cutaneo
 - 8- cubital (R. Palmar cutaneo)
 - 9- mediano (R. Palmar cutaneo)
 - 10- Cubital (R. Dorsal)
 - 11- mediano (colaterales palmares)
 - 12 radial (R. Terminales)

- B
- 1- plexo cervical superficial
 - 2- circunflejo
 - 3- intercostales
 - 4- radial
 - 5- accesorio del braquial
 - 6- musculo cutaneo
 - 7- braquial cutaneo anterior
 - 8- radial (anterior)
 - 9- cubital (R. Dorsal)
 - 10- mediano (digitales dorsales)
 - 11- cubital (R. Dorsal)