



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”

Reinserción laboral en usuarios con hemiplejía espástica

Autores:

Cedeño Cedeño Erick Xavier

Vélez Aguirre Mariela Melissa

Facultad de Ciencias Médicas

Terapia Ocupacional

Manta-Manabi-Ecuador

2019-2

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutora de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 400 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es **“REINSERCIÓN LABORAL EN USUARIOS CON HEMIPLEJIA ESPÁSTICA”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al señor Erick Javier Cedeño Cedeño y la señorita Mariela Melissa Vélez Aguirre, estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional, período académico 2019-2020, quienes se encuentran aptos para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 31 de octubre de 2019.

Lo certifico,

Dra. Mercedes Delgado

Docente Tutora

APROBACION DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Proyecto de Investigación, sobre el tema **“REINSERCIÓN LABORAL EN USUARIOS CON HEMIPLEJIA ESPÁSTICA”** de **CEDEÑO CEDEÑO ERICK XAVIER Y VÉLEZ AGUIRRE MARIELA MELISSA**, para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, 15 de noviembre 2019

Lcdo. Tyron Moreira

CALIFICACIÓN

Lcdo. Pablo Barreiro

CALIFICACIÓN

SECRETARIA

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación lo dedico principalmente a Dios, por brindarme las fuerzas para lograr este tan anhelado deseo, a mis padres por su dedicación, paciencia y sacrificio durante estos años de carrera siendo mi fuente de inspiración para culminar esta etapa de mi vida, a mi hermana por ser un pilar fundamental para llegar hasta aquí brindándome su apoyo a lo largo de este proceso.

A mi compañero de tesis, quien no fue solo compañero sino amigo por la paciencia que tuvo para la realización de este trabajo y la dedicación que le brindo al mismo, y una dedicación especial a mí por no flaquear ni darme por vencida en ninguna circunstancia y mantenerme firme en la lucha para lograr este sueño, siendo así el orgullo de mis padres al verme convertida en la mujer que soy logrando una de mis metas.

Vélez Aguirre Mariela Melissa

El presente trabajo de investigación lo dedico en primer lugar a Dios, por darme la vida y la dicha de haber puesto en mi camino esta hermosa profesión.

A mis padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, por sus valores inculcados por haberme forjado como la persona que soy ahora, a mis hermanos por su apoyo incondicional, todos ellos son mi mayor motivación, fortaleza e inspiración para seguir adelante y poder cumplir cada una de mis metas.

Una dedicatoria especial a mi abuela materna Paula Rivas, unos de los pilares fundamentales para que tomara la decisión de estudiar esta gran profesión, sé que hoy estarás orgullosa porque estoy alcanzando uno de mis grandes objetivos de vida.

Cedeño Cedeño Erick Xavier

RECONOCIMIENTO

A mi tutora la Dra. Mercedes Delgado por ser de gran ayuda para lograr culminar este proceso, por la paciencia brindada durante las tutorías impartidas.

A mis padres por los valores inculcados a lo largo de mi vida para ser mejor persona cada día.

A mis docentes por todas las enseñanzas y conocimientos impartidos durante toda la carrera con la finalidad de formar grandes profesionales.

A mí por creer en todas las capacidades que no creí tener para lograr culminar este proceso.

Vélez Aguirre Mariela Melissa

Agradezco infinitamente a Dios, por bendecirme día a día, por ser mi guía y acompañarme cada momento de mi vida.

Agradezco a mis padres y hermanos sobrinas/o por acompañarme día a día en este largo camino Universitario

Agradezco a la UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALARO DE MANABI, sobre todo a cada uno de los docentes de la carrera de TERAPIA OCUPACIONAL que con sus conocimientos y experiencias ayudaron a mi formación profesional.

A mis queridos amigos y compañeros con quienes compartí momentos maravillosos que quedaran guardados en nuestras memorias y corazones por siempre, especialmente a mi amiga y compañera de proyecto de titulación Mariela Vélez Aguirre por haber puesto todo su empeño, paciencia y dedicación en la realización de este proyecto.

Cedeño Cedeño Erick Xavier

INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN	II
APROBACION DEL TRIBUNAL	III
DEDICATORIA.....	IV
RECONOCIMIENTO	V
INDICE DE CONTENIDO.....	VI
RESUMEN.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
1. REINSERCIÓN DE USUARIOS HEMIPLÉJICOS EN EL CAMPO LABORAL.....	4
1.1. <i>Definición de hemiplejía.....</i>	<i>4</i>
1.2. <i>Causas de la hemiplejía.....</i>	<i>4</i>
1.3. <i>Fases de la hemiplejía.</i>	<i>5</i>
1.4. <i>Etapas de recuperación de la hemiplejía</i>	<i>7</i>
1.5. <i>Definición de reinserción laboral</i>	<i>8</i>
1.6. <i>Reinserción laboral en hemiplejía</i>	<i>8</i>
1.7. <i>Terapia ocupacional en reinserción laboral.....</i>	<i>9</i>
1.8. <i>Terapia Ocupacional en usuarios con hemiplejía espástica.....</i>	<i>10</i>
1.9. <i>Terapia Ocupacional en reinserción laboral de usuarios con hemiplejía espástica.</i>	<i>11</i>
2. TALLERES PRE-LABORALES	12
2.1. <i>Definición.....</i>	<i>12</i>
2.2. <i>Talleres pre-laborales en usuarios con hemiplejía espástica.....</i>	<i>13</i>
2.3. <i>Talleres pre-laborales en terapia ocupacional.</i>	<i>13</i>
3. DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO.....	15
ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH	17
TEST COCHIN DE FUNCIONALIDAD DE MANOS	18
ENCUESTA	24
5. CONCLUSIONES.....	34
6. RECOMENDACIONES	35
7. BIBLIOGRAFIA.....	36
8. ANEXOS	38

RESUMEN

La reinserción laboral consiste en lograr que un trabajador vuelva al mercado laboral después de un periodo de inactividad; para lo cual se tienen en consideración las características que presentan las personas y las oportunidades que el mercado laboral ofrece. Para los usuarios con hemiplejía espástica el poder reintegrarse a un trabajo les otorgaría una satisfacción personal y representaría una mejoría en su calidad de vida. La reinserción laboral desde terapia ocupacional permite que los usuarios con hemiplejía logren mejorar sus habilidades y capacidades para intentar conseguir un empleo que les ayude a realizarse, a sentirse útiles, tanto para ellos como para sus familias. La presente investigación se realizó en el Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3 de Portoviejo, con una muestra de 10 usuarios, utilizando instrumentos de evaluación tales como la encuesta, para obtener información acerca de su estado de funcionalidad y sobre su conocimiento acerca de talleres pre-laborales previos a su reinserción y evaluaciones tales como escala modificada de ASHWORTH y Test de Cochin empleadas para evaluar la funcionalidad de la mano y conocer las capacidades, habilidades, destrezas que existen en ellos previo a su reinserción. En base a los resultados de estos instrumentos de evaluación, se propuso el taller: Plan de reinserción laboral y productividad dirigido a usuarios con hemiplejía espástica moderada, en el cual se busca que obtengan los conocimientos necesarios sobre reinserción y/o actividades pre-laborales. Dicho taller consta de 3 fases: Análisis de actividad, servicios de formación y capacitación y servicio de integración laboral.

Como resultado se obtuvo que los usuarios con hemiplejía espástica conozcan los campos laborales acorde a sus capacidades, habilidades y destrezas.

1. INTRODUCCIÓN

La hemiplejia es un trastorno en el que la mitad contra lateral del cuerpo está paralizada. Es normalmente el resultado de lesiones cerebrales súbitas causadas por accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, anoxias cerebrales, tumores e infecciones cerebrales.

La sociedad en la actualidad se encuentra en grandes cambios, respecto al estilo de vida demandante y variante que presenta; por lo que ha aumentado considerablemente las cifras de personas que sufren eventos cerebrales, constituyendo así una de las causas de discapacidad física en el Ecuador.

Todavía no se tiene prioridad con este tipo de pacientes, aunque la lesión parece menor, produce gran discapacidad.

En el ámbito internacional diferentes países cuentan con mayor trayectoria en experiencias de inserción y reinserción laboral de pacientes hemipléjicos.

Anualmente se calcula que aproximadamente 15 millones de personas sufren un evento cerebrovascular. Por tanto, es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, y los pronósticos indican que hasta el 2020 se mantendrá entre las tres primeras causas de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud estima que cada 5 segundos ocurre un evento cerebrovascular en la población mundial.

En Ecuador el evento cerebrovascular es una de las primeras causas de mortalidad desde 1975, año en el cual alcanzó el noveno lugar y 25 años después se posicionó como primera causa de muerte en el país.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, en el año 2008, los eventos cerebrovasculares fueron la segunda causa de muerte con un número total de 3.408 por cada 100.000 habitantes, el mismo que equivale a un 5.7%.

La Organización Panamericana de la Salud OPS, estableció que entre 1990 y 2001 las principales causas de muerte en la población general en el Ecuador fueron los eventos cerebrovasculares, además citó que menos de 15 millones tienen Enfermedades Cerebro Vasculares no mortales por año y como consecuencia de esto, cerca de un tercio de ellos sufren secuelas.

Alrededor del 40% de personas con daño cerebral adquirido son capaces de volver al trabajo después de 1 o 2 años de la lesión, 39.3% de personas con lesiones cerebrales no traumáticas retornan al trabajo dos años después de la lesión y el 40.7% después de un año. La mayor parte de las personas se incorporan a trabajos menos exigentes que el que desempeñaba en el momento de la lesión (Van Velzen JM, et al 2009 FEDACE).

La incidencia de las enfermedades cerebrovasculares en países de primer mundo tiende a estabilizarse o disminuir, mejorando el pronóstico. Dado que Ecuador es un país en vías de desarrollo y debido a la escasez de estudios neuroepidemiológicos, se desconoce el comportamiento de esta condición en nuestra población.

Es por ello que la siguiente investigación se centra en conocer como el grado de espasticidad puede llegar a limitar la funcionalidad en pacientes con hemiplejía, reconocer si es una espasticidad severa, moderada o grave, y de qué manera interfiere para la reinserción en sus actividades laborales.

Lo planteado lleva a la presentación del siguiente objetivo general:

Identificar el impacto que genera la espasticidad en usuarios con hemiplejía para su reinserción laboral.

Para lograr cumplir el objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Valorar el hemicuerpo afectado y el grado de espasticidad del usuario con hemiplejía.

- Evaluar las habilidades y destrezas motrices residuales de los usuarios con hemiplejia espástica.
- Evaluar la capacidad laboral de los usuarios hemipléjicos.
- Proponer un plan de reinserción laboral y productividad dirigido a usuarios con hemiplejia espástica moderada.

Como hipótesis se plantea que los usuarios con hemiplejia espástica pueden reinsertarse en el campo laboral previo a la realización de talleres pre-laborales en los cuales reciben capacitaciones para potenciar sus habilidades.

Variable dependiente: Reinserción de usuarios hemipléjicos en el campo laboral.

Variable independiente: Realización de talleres pre-laborales.

La población considerada para la investigación, estuvo conformada por 15 usuarios diagnosticados con hemiplejia espástica que asisten al área de Terapia Ocupacional en el Centro Especializado de Rehabilitación Integral Portoviejo N°3.

Se requirió de una muestra de 10 pacientes que ingresaron al área de Terapia Ocupacional, que corresponden a la población descrita anteriormente.

Para alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto de investigación se realizó una encuesta, la escala modificada de ashworth para evaluar el grado de espasticidad y evaluaciones para conocer las habilidades y destrezas residuales de los pacientes con hemiplejia espástica que asisten al CERI.

La presente investigación plantea como propuesta un plan de reinserción laboral el cual será un espacio que permitirá a los usuarios conocer sus capacidades y aprender nuevas habilidades, con el objetivo de acceder al mercado laboral, que tendrá como consecuencia alcanzar los más altos niveles funcionales posibles para integrarse a sus funciones sociales, laborales y productivas.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. REINSERCIÓN DE USUARIOS HEMIPLÉJICOS EN EL CAMPO LABORAL.

1.1. Definición de hemiplejía.

Un accidente cerebro vascular, en la mayoría de los casos, tiene como consecuencia una hemiplejía, que es una de las secuelas más importantes que existen en la actualidad. Etimológicamente la palabra hemiplejía significa mitad de parálisis, es decir, parálisis de medio cuerpo.

Es consecuencia de una lesión que afecta a un hemisferio cerebral lesión piramidal y que cursa con la parálisis del brazo y pierna en el lado opuesto al hemisferio dañado quedando en ocasiones afectada la mitad de la cara (Hanna Arendt, 2014).

Por regla general no se afectan los músculos del tronco y el diafragma ya que están inervados bilateralmente, es decir, que reciben impulsos nerviosos de ambos lados del cerebro de tal forma que si se lesiona un lado, el centro del otro lado suple la deficiencia.

1.2. Causas de la hemiplejía.

La causa subyacente de la hemiplejía es el daño cerebral resultado de una alteración del flujo sanguíneo. Esta interrupción puede ser por varios factores. La hemiplejía puede ser un trastorno presente en el nacimiento, o puede adquirirse después del nacimiento. La causa subyacente de la hemiplejía es el daño al cerebro como resultado del flujo sanguíneo alterado. Esta interrupción puede estar causada por varios factores.

La causa más común de la hemiplejía es el accidente cerebrovascular. Un derrame cerebral ocurre cuando se forma un coágulo y se obstruye el flujo normal de la sangre o cuando un vaso sanguíneo se rompe, corta o interrumpe el flujo de

sangre. Los accidentes cerebrovasculares perinatales, se producen en los niños después de los tres días del nacimiento, y puede causar parálisis cerebral en niños. Los límites de la parálisis cerebral no funcionan específicamente como la parálisis total, sino más bien como los espasmos incontrolables (Martínez Pérez, 2012).

Hay muchas causas que pueden provocar la hemiplejía. Generalmente, una lesión en el lado derecho del cerebro causará una hemiplejía del lado izquierdo, mientras que una lesión del lado izquierdo del cerebro causará una hemiplejía del lado derecho.

Un Golpe. Es la causa más frecuente de la hemiplejía. El suministro insuficiente de sangre al cerebro conduce a una pérdida de las funciones cerebrales, un coágulo formado dentro del vaso sanguíneo que bloquea la sangre, una hemorragia de un vaso sanguíneo que abastece al cerebro, una lesión en la cabeza, diabetes, un tumor cerebral, la meningitis, la inflamación de los vasos sanguíneos, las enfermedades que afectan los nervios, condiciones que se presentan desde el nacimiento, enfermedades hereditarias.

Lo expuesto anteriormente da sentido al concepto de hemiplejia la cual afecta a un hemicuerpo y los factores que provocan esta condición dando como resultado a usuarios dependientes.

1.3. Fases de la hemiplejia.

Hemiplejia durante el coma.- Dentro de la fase de ictus o coma apolítico y durante las primeras horas se produce una abolición total de la motilidad aunque la lesión sea unilateral. Pasados los primeros momentos comienzan a aparecer ciertos signos como son: Parálisis del buccinador que produce una asimetría de la cara, miosis en el lado paralizado, la cabeza y los ojos se desvían hacia el lado de la lesión.

En el hemipléjico, en este estadio, si se levantan ambos brazos por encima de la horizontal y se dejan caer se observará que uno de ellos cae más pesadamente

siendo este el lado que quedará paralizado ocurriendo lo mismo con el miembro inferior. A la compresión del nervio facial sólo se contraerá la hemicara sana maniobra de Foix.

En estos primeros momentos del proceso, el signo de Babinski suele ser positivo y bilateral. Los reflejos automáticos medulares son positivos y exagerados. Pasada la fase de ictus y durante las fases de estabilización y recuperación la hemiplejía pasa por ser flácida en los primeros días y posteriormente y por lo general pasa a ser una hemiplejía espástica en mayor o menor grado ((Bergner M, Bobbit RA 2010).

Hemiplejía flácida.- En este estadio se observa una parálisis facial inferior; la afectación del facial superior siempre es de menor entidad; aunque el usuario pueda cerrar los ojos a la vez siempre lo hace con menor fuerza en el lado paralizado de la cara y nunca se puede cerrar el ojo afecto de forma aislada signo de Rvilliod. La parálisis lingual es muy discreta si es que existe. Los reflejos de automatismo medular van disminuyendo de intensidad a medida que el usuario avanza en la flacidez. Por lo demás los signos de la hemiplejía flácida son bastante parecidos a la fase de ictus. El usuario va recuperando la conciencia progresivamente. Lentamente progresa hacia el estadio de hemiplejía espástica.

Hemiplejía espástica.- Este estadio se caracteriza por la aparición de contracturas en el lado paralizado debido al aumento exagerado del tono muscular. La espasticidad es de gran ayuda para la bipedestación y la marcha del individuo, aunque por otro lado tenderá a actitudes viciosas de los miembros que hay que evitar.

La espasticidad determina la actitud en flexión del miembro superior quedando el brazo en flexión ligera y aducción, el antebrazo flexionado sobre el brazo y en pronación, la muñeca tiende a estar en flexión y desviación cubital, los dedos de la mano generalmente se encuentran en flexión y el pulgar en aducción y flexión. Normalmente los músculos más afectados son aquellos que tienen unas funciones más diferenciadas. En el miembro inferior las contracturas afectan a los músculos

extensores y a los flexores por lo cual el miembro permanece más o menos recto con cierto grado de aducción lo cual podrá permitir la bipedestación y marcha (Erickson P. 2011).

Según lo citado anteriormente la parálisis afecta casi siempre más al miembro superior que al inferior en cuanto a la marcha, esta se ejecuta como marcha de segador haciendo un movimiento de circunducción alrededor de la pierna sana.

1.4. Etapas de recuperación de la hemiplejía

Según Brunnstrom existen 6 etapas de recuperación de la hemiplejía, en el miembro superior:

-Inmediatamente después del episodio agudo, está presente la flacidez y no se puede iniciar ningún movimiento de las extremidades.

-Cuando comienza la recuperación, las sinergias básicas de las extremidades o alguno de sus componentes pueden aparecer como reacciones asociadas, o pueden estar presentes unas mínimas respuestas de movimientos voluntarios. En este momento la espasticidad empieza a desarrollarse.

-Después, el usuario obtiene control voluntario de las sinergias del movimiento, aunque el alcance completo de todos los componentes sinérgicos no se desarrolla necesariamente. La espasticidad se ha desarrollado más y puede volverse severa.

-Se consiguen algunas combinaciones de movimientos que no siguen las trayectorias de ninguna sinergia, primero con dificultad, después más fácilmente, y la espasticidad empieza a declinar.

-Si el progreso continúa, se aprenden combinaciones de movimientos más difíciles mientras las sinergias básicas de las extremidades pierden su dominio sobre los actos motores.

-Con la desaparición de la espasticidad. Se hacen posibles movimientos articulados individuales y la coordinación se acerca a la normal. A partir de aquí,

como última fase de recuperación, se restablece la función motora normal, aunque esta última fase no se incluye en el sistema de evaluación. (Vuagnat & Chantraine, 2003).

1.5. Definición de reinserción laboral

En el marco de una visión integradora de la reinserción, el componente laboral está incorporado a todas las modalidades, se define el trabajo como un derecho humano esencial de auto sustento y realización es una de las dimensiones donde se expresan los procesos de cambios pro social que ha emprendido una persona.

El entrenamiento en oficios, la colocación laboral, y la mantención de un trabajo, son todos los factores que a nivel comparado han demostrado efectividad. Una reinserción laboral exitosa requiere que la persona cuente con herramientas y posibilidades concretas de obtener recursos económicos (Morandé, 2018).

La reinserción laboral es un problema social, que potencialmente puede afectar a cualquier persona, que debe afrontarse con optimismo y utilizando todas las herramientas disponibles.

1.6. Reinserción laboral en hemiplejía

Las consecuencias funcionales del accidente cerebrovascular son variadas y de alta severidad, fundamentalmente relacionadas con la movilidad y la función cognitiva. Esta situación afecta a los servicios de reinserción laboral, ya que requieren un alto despliegue de recursos materiales y humanos, para atender con el tiempo preciso estas necesidades.

Dadas las dificultades funcionales que se han indicado, las oportunidades para la reinserción laboral de la población con accidente cerebrovascular se reducen en relación con el tipo de puestos y de empresas a las que se podrá acceder, unido a esto será preciso de manera recurrente iniciar actividades de formación permanente (Bombín González, I. 2013).

Por tanto una de las situaciones más naturales para volver a la actividad laboral tras el accidente cerebrovascular es la reinserción en empresa en la que el usuario trabajaba antes de la dificultad de salud. Ante esta oportunidad, se abren dos oportunidades: la primera, regresar al puesto anterior, la segunda regresar a la empresa pero en un puesto adaptado a sus nuevas capacidades funcionales. En cualquier caso, los usuarios ponen en cuestión la oportunidad de esta medida, precisamente por los efectos emocionales que puede tener en el usuario que se reinserta, sobre todo cuando lo hace en un puesto de inferior responsabilidad o con unas funciones diferentes a las que desempeñaba (Soto Agreda, Yanina 2014).

Básicamente, en los usuarios con hemiplejía el regreso a un ambiente de trabajo conocido facilita el éxito en la reinserción. Una vez ocurre el accidente cerebrovascular la reinserción no pasa necesariamente por la empresa que se trabajaba anteriormente, y su pertinencia deberá ser evaluada para tener en cuenta las capacidades funcionales conservadas, el nivel de responsabilidad anterior y el ambiente favorable en el personal de la empresa.

1.7. Terapia ocupacional en reinserción laboral

Dentro del proceso de reinserción laboral, existen una serie de alternativas a las cuales se puede acoger la persona con discapacidad a la hora de mejorar su potencial para llegar a conseguir el objetivo finalista.

Existen una serie de servicios o áreas de centros ocupacionales reguladas por la legislación estatal que son obligatorias, lógicamente la forma de conseguir los objetivos y algunas de las actividades complementarias dentro de cada centro varían en función del contexto en el que se enmarca tipo de discapacidad, entorno y comunidad (Gilbert, 1996).

Por tanto, la terapia ocupacional tiene como papel en la reinserción laboral el análisis y aplicación de ocupaciones seleccionadas de la vida diaria, que tienen un significado y propósito para el individuo y lo capacita para desarrollar, recuperar,

fortalecer o prevenir la pérdida de habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales para participar en medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural o económico.

1.8. Terapia Ocupacional en usuarios con hemiplejía espástica.

La terapia ocupacional desempeña un papel esencial en la hemiplejía, tanto en la actuación directa con el usuario, como con el asesoramiento y en el apoyo familiar o social.

La intervención ocupacional se dirige principalmente a las habilidades del desempeño sensitivo motoras y perceptivo cognitivas, así como hacia la reeducación y el entrenamiento en las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales; posteriormente se aconsejaría una intervención desde la terapia ocupacional más orientada hacia la integración social y laboral de los usuarios.

La terapia ocupacional interviene sobre la función, empleando procedimientos y actividades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de funciones y actividades necesarias en la vida diaria, compensar las disfunciones y/o promover la salud y el bienestar (Bayon M, Martínez J, 2008).

Por tanto, el objetivo principal del plan de intervención realizado desde terapia ocupacional será mejorar la independencia en las actividades cotidianas del paciente, consiguiendo el máximo nivel posible de autonomía.

Con el objetivo de fundamentar la intervención la terapia ocupacional ha desarrollado diversos marcos y modelos propios de la profesión:

-Marco de referencia rehabilitador: El terapeuta ocupacional enseña al paciente a compensar su déficit mediante el uso de técnicas y/o equipos o tecnología adaptada, que incluyen la utilización de órtesis, productos de apoyo para la vida diaria o adaptaciones y modificaciones en el hogar y en el entorno. Los objetivos principales consisten en alcanzar la máxima independencia posible en las

actividades diarias y en el desempeño de los roles vitales, así como la reinserción social o laboral.

-Modelo de la ocupación humana: Los principios generales del MOHO son la actividad humana necesaria para la vida, el ser humano como ser activo y la actividad espontánea e intrínseca del ser humano. El fin de la utilización de este modelo en la terapia ocupacional es proporcionar y/o facilitar un cambio en la vida del usuario, del modo que facilite la adaptación a sus circunstancias personales y contextuales.

-Marco de referencia biomecánico: Tiene como objetivo el incremento de la movilidad, de la fuerza muscular, de la estabilidad y la resistencia para la mejora de la función. El objetivo biomecánico medible es la flexión de la articulación de la zona afectada (Arias Cuadrado A. 2013).

1.9. Terapia Ocupacional en reinserción laboral de usuarios con hemiplejía espástica.

Se puede apreciar que la labor de la terapia ocupacional, a pesar de utilizar enfoques y modelos diversos para sustentar su intervención, consiste en contactarse con las empresas, entrevistar y evaluar usuarios, analizar puestos de trabajo, sensibilizar a las empresas, colocar a los beneficiarios y, en algunos casos, realizar tareas de apresto laboral.

La terapia ocupacional busca que los usuarios con hemiplejía logren mejorar sus habilidades y capacidades para intentar conseguir un empleo que les ayude a realizarse, a sentirse útiles, tanto a ellos como a sus familias (TOBE).

Los terapeutas ocupacionales forman parte activa del equipo interdisciplinario que trata de lograr este fin, cumpliendo con las tareas que le son propias. Es de vital importancia la inclusión de este perfil profesional dentro de la reinserción laboral analizando las áreas, actividades y talleres que se pueden llevar a cabo, prácticamente en todas ellas aparecen conceptos como el ajuste personal, la

autonomía, las actividades de la vida diaria, las actividades terapéuticas, que son el resultado de un correcto análisis de tareas (Wiener, 2000).

La terapia ocupacional cumple muchas funciones dentro de la reinserción laboral de usuarios con hemiplejía como:

Posibilitar la integración socio-laboral de los usuarios, mediante el entrenamiento destinado a mejorar las competencias laborales.

Trabajar el desarrollo personal y social, favorecer el uso de recursos comunitarios mediante programas de terapia ocupacional de ajuste personal y social para lograr un mayor desarrollo personal, autonomía, normalización, y conseguir una integración laboral

Entrenar la capacitación social para desarrollar habilidades de relación interpersonal, convivencia social y provisión de condiciones para la creación y mantenimiento de relaciones afectivos.

Realizar la evaluación y la planificación del tratamiento de los usuarios dentro del área de ajuste personal y social, valorar los aspectos relacionados con las áreas ocupacionales y los componentes del desempeño, así como las habilidades sociales y todos aquellos aspectos que puedan influir en el desempeño laboral, formación e integración laboral, así como en su autonomía personal y social.

2. TALLERES PRE-LABORALES

2.1. Definición

Los talleres pre-laborales son el siguiente paso hacia la inclusión socio-laboral. Estos espacios promueven el desarrollo de procesos de inclusión mediante el desempeño de tareas de acercamiento al mercado laboral, tienen como objetivo el desarrollo de destrezas básicas, competencias básicas, conocimientos técnicos elementales y habilidades sociales, como primer paso para la realización de un itinerario formativo laboral.

El taller es un espacio que reproduce un ámbito de trabajo, permite detectar las características funcionales de cada afectado en este ámbito y, al concebirse como un espacio educativo, posibilita el abordaje de las carencias detectadas para el correcto desempeño posterior, en un ámbito de trabajo real.

2.2. Talleres pre-laborales en usuarios con hemiplejía espástica.

La atención pre-laboral se entiende como un proceso de atención individual, encaminado al desarrollo de habilidades y competencias de usuarios hemipléjicos que van a ser requeridas en el desempeño de una profesión.

En los talleres se logran destrezas como: favorecer la confianza en las propias capacidades y aptitudes e incorporando y relacionando estas con su contexto social y cultural; Desarrollo de las capacidades individuales de cada participante; Conseguir que cada participante interiorice la importancia de una buena formación tanto académica como práctica a la hora de introducirse en el mundo laboral; Identificar los principales portales de empleo; Desarrollar las habilidades personales necesarias para hacer frente con éxito a una entrevista de selección (Sabina Barrios Fernández 2011).

Dentro del proceso de reinserción laboral existen una serie de alternativas a las cuales se pueden acoger los usuarios a la hora de mejorar su potencial y lograr el objetivo final.

2.3. Talleres pre-laborales en terapia ocupacional.

Los talleres pre-laborales tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social, es decir, preparar a la persona con discapacidad a enfrentarse con las exigencias de la vida cotidiana y el trabajo. Para los usuarios que tengan mayores posibilidades, será el medio que les capacite para alcanzar la integración laboral y la realización personal y social; y para los usuarios más afectados será un lugar estable y permanente que les facilite el desarrollo personal y la integración social. Los Centros Ocupacionales se convierten así en un espacio de atención a las personas con discapacidad donde

pueden desarrollar actividades ocupacionales pero, a la vez, en una antesala para aquellos que puedan acceder al mercado laboral ordinario.

Se entiende por actividad ocupacional el conjunto de actividades, tareas o labores que son realizadas por personas con discapacidad, de acuerdo a sus condiciones individuales, bajo la orientación de profesionales del centro y que, sin participar propiamente de la dinámica del mercado económico, están encaminadas a la obtención de objetos, productos o servicios.

Los servicios de mejora de las habilidades adaptativas o de desarrollo personal y social son aquellos que están específicamente dirigidos a procurar que los usuarios, en los centros ocupacionales, tengan una mayor habilitación personal y una mejor adaptación en su relación social (Andoni Lezamiz 2018).

Asimismo, las actividades o labores a desarrollar tenderán a favorecer la futura incorporación de estas personas con discapacidad al trabajo remunerado. Por tanto, se debe establecer un sistema de gratificaciones que recoja el reconocimiento de la actividad ocupacional realizada por la persona con discapacidad con el fin de fomentar su integración en las actividades del centro. La gratificación máxima no deberá superar el 30% del salario mínimo interprofesional con el fin de no entorpecer el paso a situaciones más integradoras. Los talleres pre-laborales se convierten así en un espacio de atención pero, a la vez, en una antesala laboral.

Actualmente, se considera que los centros ocupacionales se encuentran ligados al tipo de servicio pre-laboral o laboral ya que, tras su estancia en estos centros, los participantes pueden seguir dos itinerarios diferentes de inserción laboral; uno dirigido a los Centros Especiales de Empleo y otro dirigido al mercado laboral ordinario. El área ocupacional se encargará de la realización de actividades laborales terapéuticas y adaptadas para mejorar las capacidades y habilidades de los usuarios, buscando un aprendizaje significativo que ayude en su proceso de integración o reinserción laboral.

3. DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

El presente proyecto de investigación estuvo encaminado a establecer la participación ocupacional en la reinserción laboral de los usuarios con hemiplejía espástica que acuden al área de terapia ocupacional del Centro Especializado de Rehabilitación Integral Portoviejo N°3 CERI.

Es de importancia conocer el rol del Terapeuta Ocupacional en la reinserción laboral ya que se trata de un proceso en donde se interviene, analiza, planea, desarrolla y asesora la planeación de programas de orientación vocacional y rehabilitación laboral que van dirigidos a usuarios con hemiplejía espástica y así se incentiva la participación ocupacional, motivación y organización social al fin de promover conductas adaptativas y participativas de estas personas.

Dicha investigación fue llevada a cabo en el Centro Especializado de Rehabilitación Integral de la ciudad de Portoviejo con una población comprendida de 15 usuarios tomando como muestra 10 usuarios con hemiplejía espástica que asisten al área de terapia ocupacional.

Se utilizó un método de abordaje cuantitativo que permitió conocer las capacidades y habilidades residuales de estos usuarios y la importancia del entrenamiento de las actividades para alcanzar los más altos niveles funcionales posibles y así integrarse a sus funciones sociales, laborales y productivas.

Los métodos y técnicas utilizados para la recolección de datos empleados fueron los siguientes:

-Escala modificada de ASHWORTH: Este método de evaluación permitió conocer el grado de espasticidad en diferentes articulaciones tanto en miembro superior como inferior de los usuarios con hemiplejía espástica.

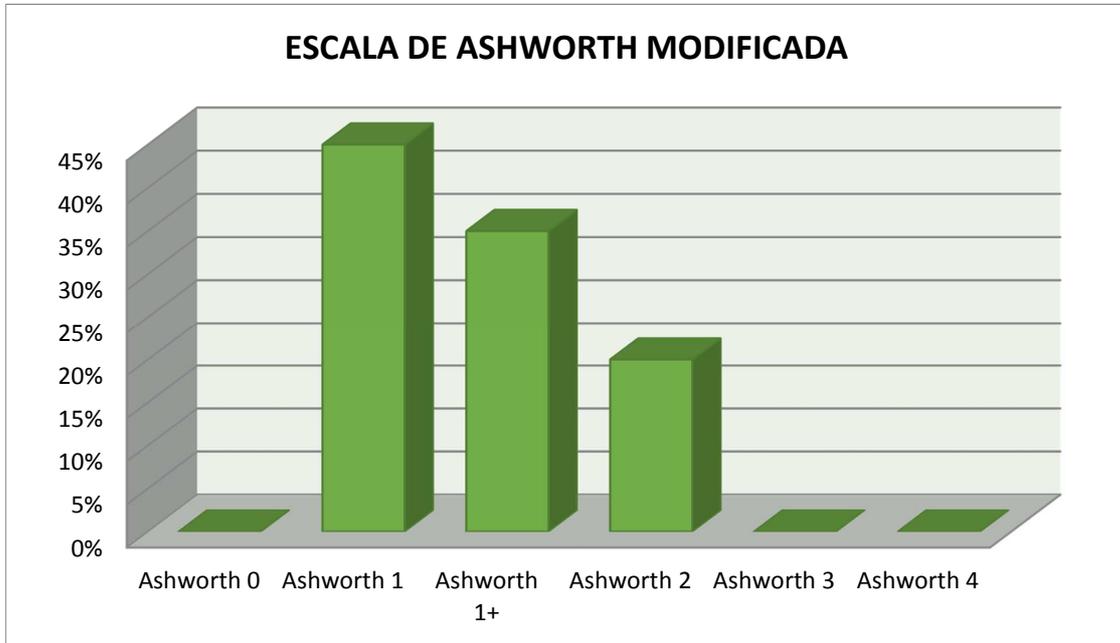
-Test de Cochin: Este método fue empleado para evaluar la funcionalidad de la mano en las diferentes actividades ocupacionales realizadas por los usuarios con hemiplejía espástica.

-Encuesta: Esta fue aplicada a los usuarios con hemiplejía espástica que asisten al área de terapia ocupacional del Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N° 3, consistió en 8 preguntas con respuestas asertivas de si y no, con el fin de obtener datos necesarios y específicos para el presente proyecto de investigación.

Los datos obtenidos fueron analizados con precisión mediante una tabulación de datos por medio de un sistema informático Excel, de acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta y las evaluaciones realizadas.

Obteniendo los siguientes resultados:

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

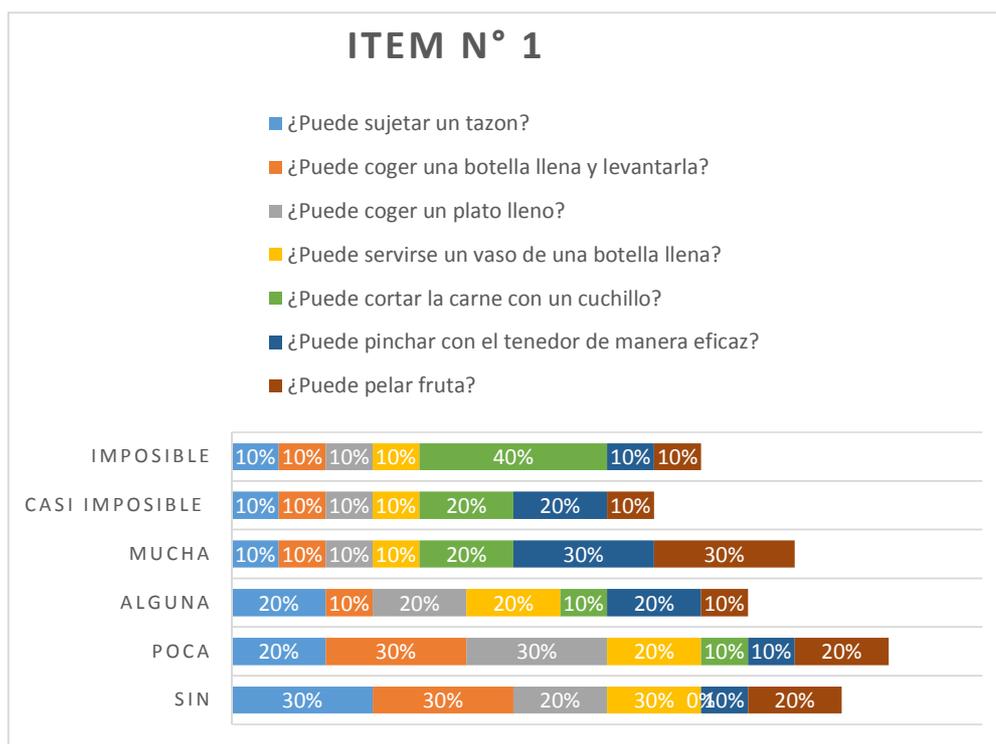
INTERPRETACIÓN

De un total de 10 usuarios hemipléjicos espásticos evaluados se obtuvieron los siguientes resultados, en el Ashworth 0 no existieron usuarios con un tono muscular normal, en el Ashworth 1 obtuvimos un 45% de usuarios que presentan un ligero aumento de la respuesta del músculo, seguida de una mínima resistencia al final del arco de movimiento, en el Ashworth 1+ obtuvimos un 35% de usuarios que presentaron un ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento seguida de una mínima resistencia en todo el resto del recorrido articular, en el Ashworth 2 obtuvimos un 20% de usuarios con un notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del movimiento articular, en el Ashworth 3 y 4 no existieron usuarios con un aumento marcado del tono muscular.

TEST COCHIN DE FUNCIONALIDAD DE MANOS

ITEM N° 1

Cocina



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

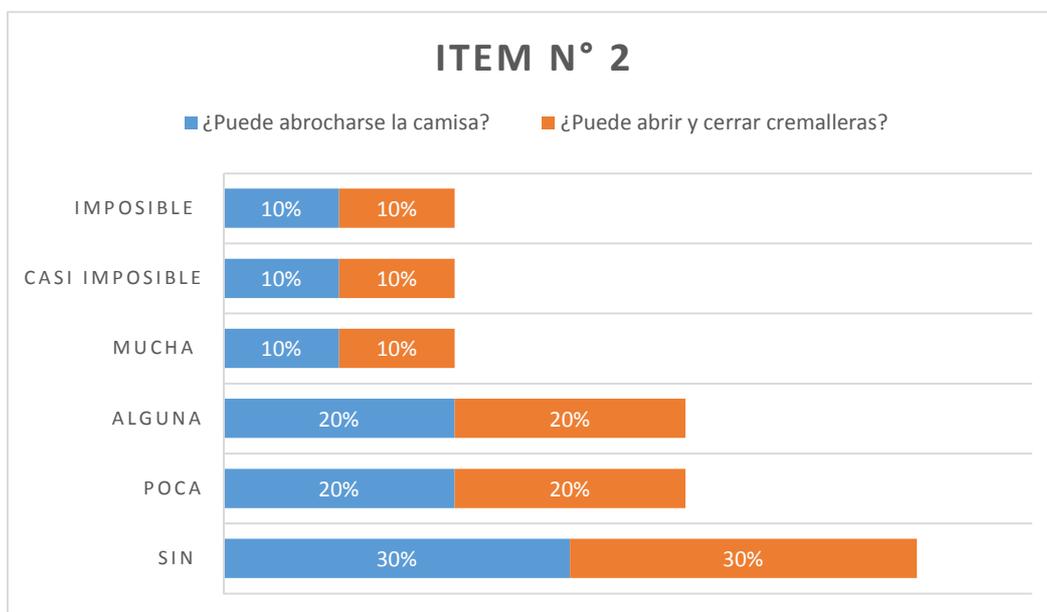
INTERPRETACIÓN

En el test de Cochin de funcionalidad de manos ítem n°1 aplicada en usuarios con hemiplejía espástica se obtuvieron los siguientes resultados, al sujetar un tazón el 30 por ciento no presentó ningún tipo de dificultad en la manipulación mientras que un 40 por ciento manifestó poca y alguna dificultad para realizarlo, un 30 por ciento manifestó mayor grado de dificultad siendo así casi imposible e imposible

llevar a cabo la actividad; al coger una botella llena y levantarla el 30 por ciento de los usuarios lograron realizarlo de manera satisfactoria mientras que un 30 por ciento realizó la actividad con poco grado de dificultad, un 40 por ciento tuvo más complicaciones siendo casi imposible llevarla a cabo; al coger un plato lleno el 20 por ciento lo realizó sin dificultad alguna mientras que un 30 por ciento tuvo pocos inconvenientes, el 20 por ciento presentó algunas problemas al realizar la actividad es así que a un 30 por ciento de los usuarios les resulto casi imposible e imposible llevar a cabo la actividad; al servir en un vaso de una botella llena se obtuvo como resultado que el 30 por ciento logró realizarlo satisfactoriamente mientras que un 40 por ciento llevo a cabo la actividad con cierto grado de dificultad, un 30 por ciento no logró realizarlo; al cortar la carne con un cuchillo ninguno de los usuarios logró realizarlo sin dificultad alguna por tanto un 20 por ciento lo logró con cierto grado de dificultad mientras que un 40 por ciento presentó mayores inconvenientes y un 40 por ciento no puedo realizar la actividad; un 20 por ciento de los usuarios logró pinchar con un tenedor de manera eficaz mientras que un 20 por ciento presentó algunas dificultades para realizarlo es así que un 20 y un 10 por ciento tuvieron más inconvenientes teniendo como resultado el 10 por ciento que le fue imposible realizarlo; el 40 por ciento manifestó poder pelar frutas de manera satisfactoria mientras que un 10 por ciento presentó algunas complicaciones, el 30 por ciento tuvo mucha dificultad dando como resultado a un 20 por ciento que le resultó casi imposible e imposible la realización de la actividad.

ITEM N° 2

Vestirse



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

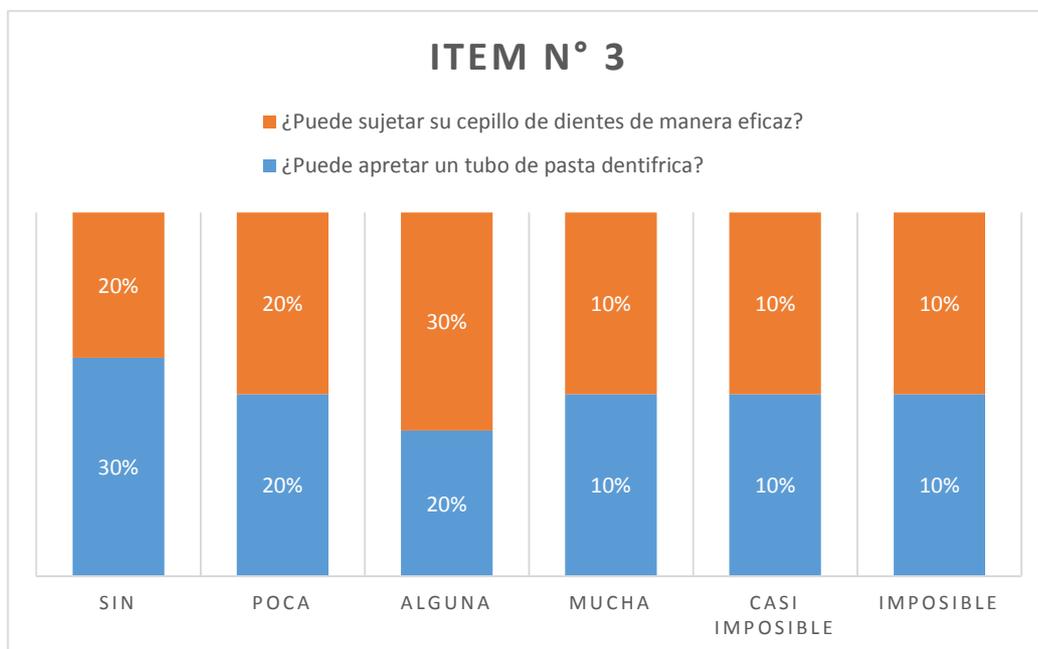
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

En el test de Cochin de funcionalidad de manos ítem n°2 aplicada en usuarios con hemiplejía espástica se obtuvieron los siguientes resultados; al abrocharse la camiseta el 30 por ciento logró realizarlo de manera eficaz mientras que un 40 por ciento presentó cierto grado de dificultad siendo así más complicada la realización de la actividad para un 30 por ciento de los usuarios resultando casi imposible e imposible llevarla a cabo; un 30 por ciento pudo cerrar y abrir las cremalleras sin inconvenientes, un 40 por ciento llevó a cabo la actividad con dificultad mientras que un 40 por ciento casi no logra realizarlo.

ITEM N° 3

Higiene



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

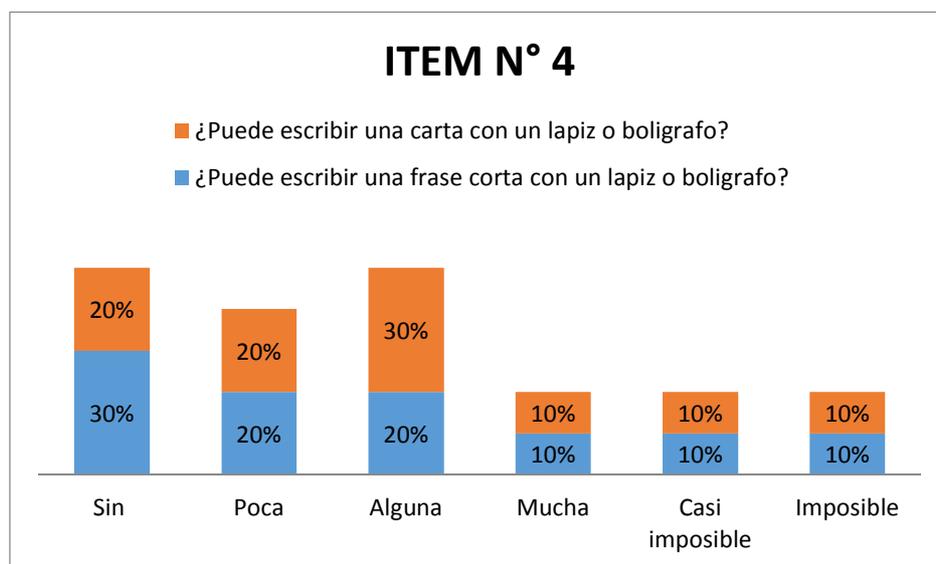
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

En el test de Cochin de funcionalidad de manos ítem n°3 aplicada en usuarios con hemiplejía espástica se obtuvieron los siguientes resultados; el 30 por ciento de los usuarios lograron apretar el tubo de pasta dentífrica sin dificultad mientras que un 40 por ciento presentó dificultades para la realización dando como resultado un 30 por ciento que casi no logra llevar a cabo la actividad; al sujetar el cepillo de dientes el 40 por ciento lo logra casi de manera eficaz, un 30 por ciento presentó algunas complicaciones mientras que un 30 por ciento tuvo mayor inconvenientes siendo casi imposible e imposible realizar la actividad.

ITEM N° 4

Escritura



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

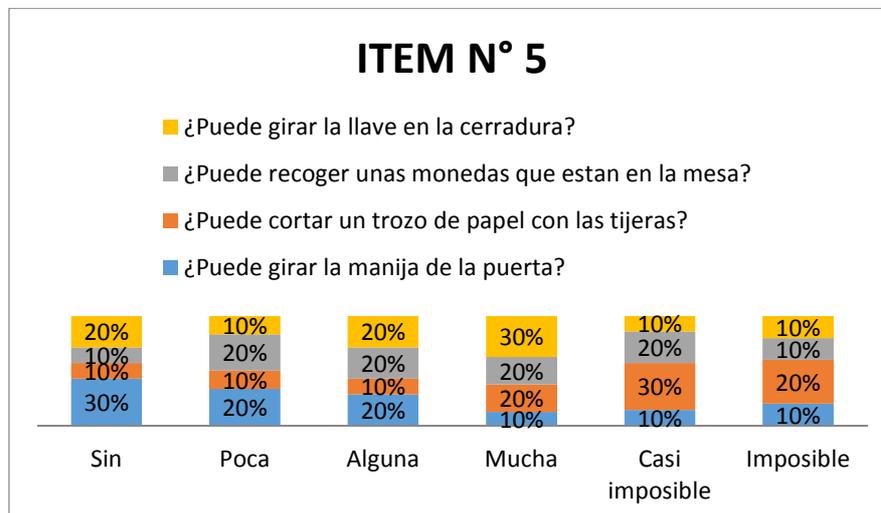
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

En el test de Cochin de funcionalidad de manos ítem n°4 aplicada en usuarios con hemiplejía espástica se obtuvieron los siguientes resultados; un 30 por ciento logró escribir una frase corta con un lápiz de manera eficaz mientras que un 40 por ciento presentó cierto grado de dificultad al llevar a cabo la actividad por tanto un 30 por ciento de los usuarios tuvo mayor inconveniente siendo casi imposible realizarlo; al escribir una carta con un lápiz o bolígrafo en un 40 por ciento se observó que podían realizar la actividad casi satisfactoriamente mientras que un 30 por ciento presentó algunas dificultades dando así como resultado negativo un 30 por ciento de los usuarios.

ITEM N° 5

Varios



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela.

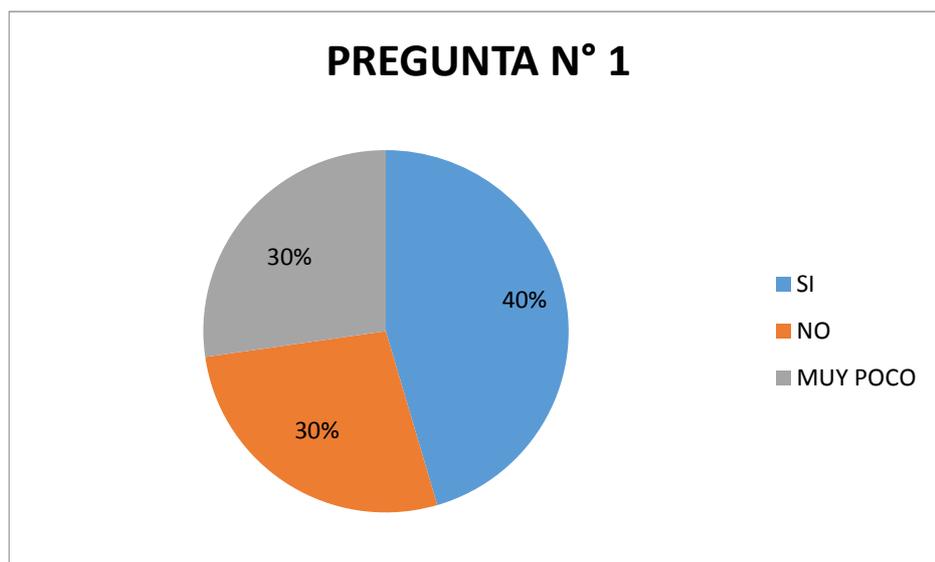
INTERPRETACIÓN

En el test de Cochin de funcionalidad de manos ítem n°4 aplicada en usuarios con hemiplejía espástica se obtuvieron los siguientes resultados; al girar la manija de la puerta el 30 por ciento de los usuarios lograron hacerlo sin ninguna dificultad, un 40 por ciento logró realizarlo con cierto grado de dificultad mientras que a un 30 por ciento se les dificultó más siendo casi imposible e imposible llevar a cabo la actividad; al cortar un trozo de papel con tijera el 30 por ciento de los usuarios tuvieron varios inconvenientes al realizarlo, un 20 por ciento presentó mucha dificultad dando como resultado un 50 por ciento que se les hizo casi imposible e imposible realizar la actividad; al recoger unas monedas de la mesa el 30 por ciento llevó a cabo la tarea casi de manera eficaz, un 40 por ciento presentó algo de dificultad mientras que un 30 por ciento manifestó una respuesta negativa a la actividad; el 20 por ciento de los usuarios pudo girar la llave en la cerradura sin ningún inconveniente, el 30 por ciento realizó la actividad con mayor dificultad teniendo un total del 30 por ciento con muchos inconvenientes al llevar a cabo la actividad mientras que un 20 por ciento no logró realizar la tarea.

ENCUESTA

PREGUNTA N° 1

¿Tiene usted control y coordinación del miembro parético?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

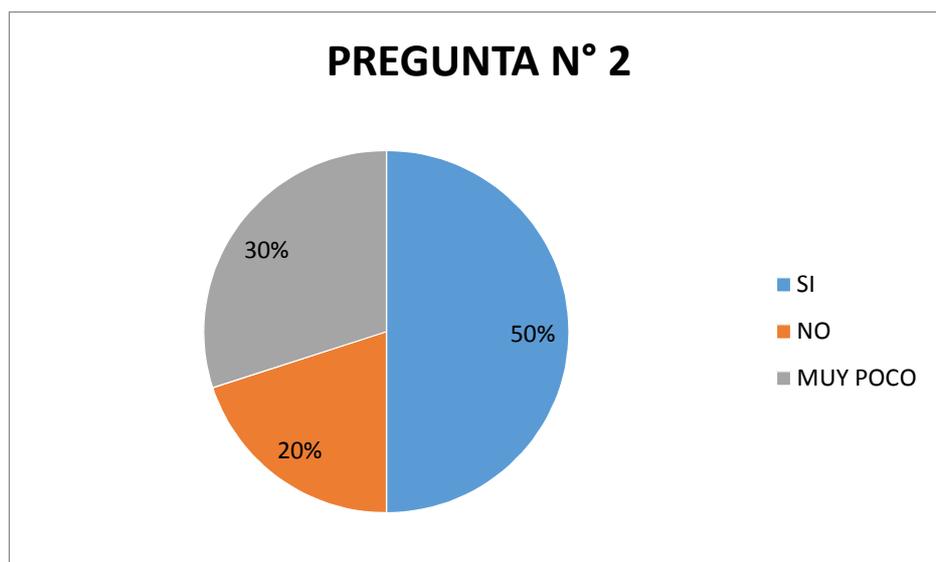
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN:

De un total de 10 encuestados, el 40 por ciento manifestó tener buen control y coordinación del miembro parético al realizar sus actividades mientras que un 30 por ciento presentaba poco control y coordinación teniendo así como resultado un 30 por ciento con dificultad total.

PREGUNTA N° 2

¿Integra el miembro superior parético en las actividades de la vida diaria?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

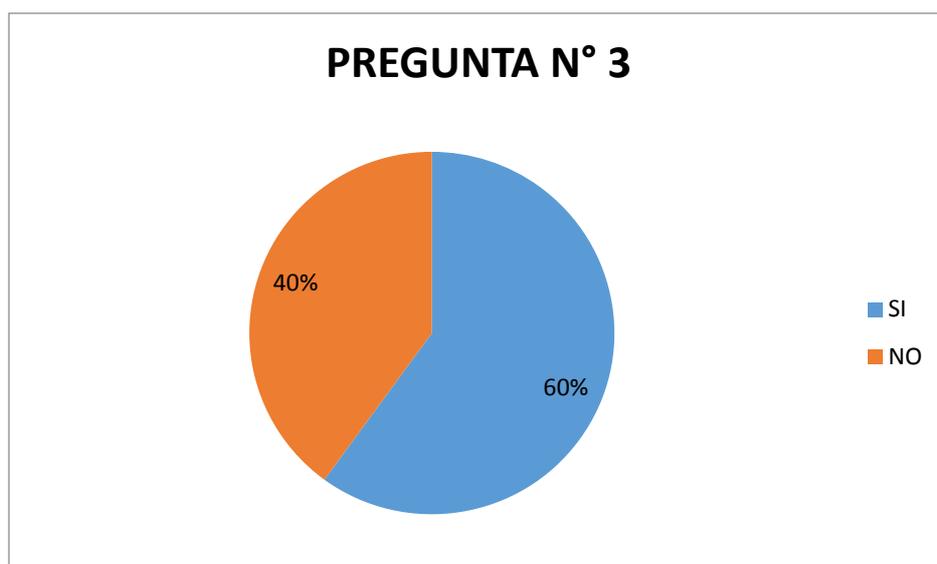
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, el 50 por ciento manifestó poder integrar el miembro parético en sus actividades de la vida diaria mientras que el 30 por ciento lo realizaban con cierto grado de dificultad teniendo así un 20 por ciento incapaz de incorporar el miembro afecto en sus actividades cotidianas.

PREGUNTA N° 3

¿Mantiene un correcto control postural durante la sedestación o bipedestación?



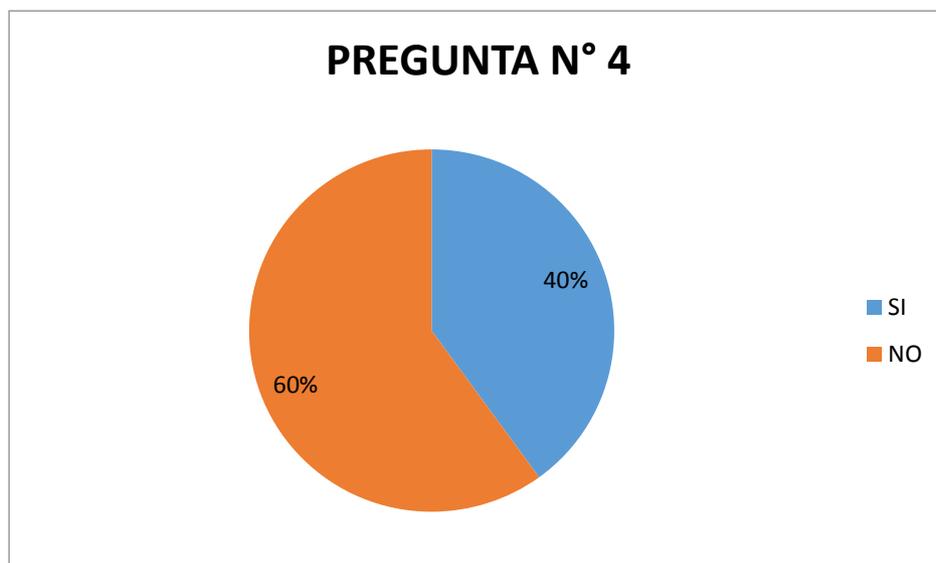
Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN:

De un total de 10 encuestados, el 60 por ciento manifestó lograr mantener buen control postural ya sea durante la sedestación o bipedestación mientras que un 40 por ciento presenta dificultad.

PREGUNTA N° 4

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda técnica para la transferencia?



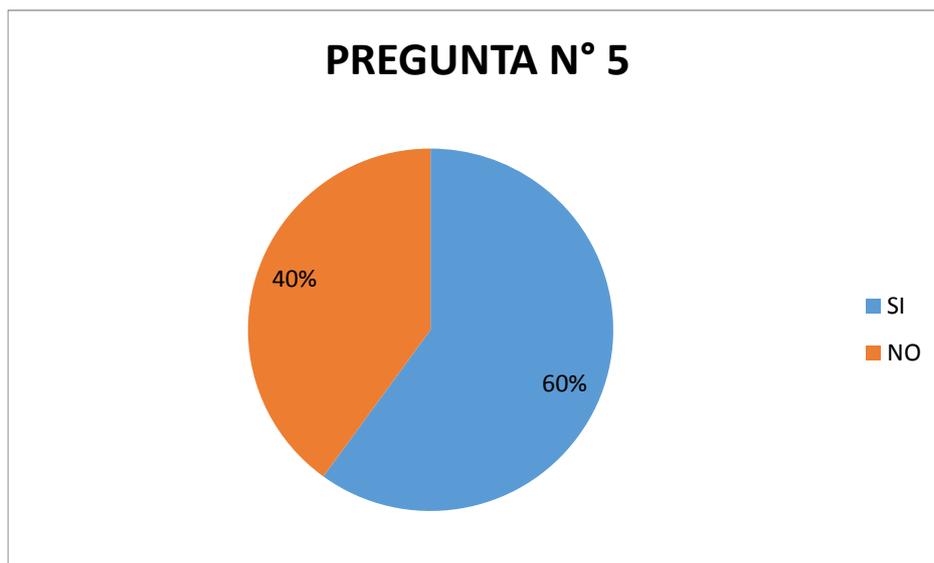
Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN:

De un total de 10 encuestados, el 40 por ciento manifestó utilizar algún dispositivo de ayuda técnica para la transferencia mientras que un 60 por ciento manifestó no utilizarlo.

PREGUNTA N° 5

¿Considera usted en la actualidad poder reinsertarse a sus actividades laborales una vez lograda una mayor funcionalidad?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

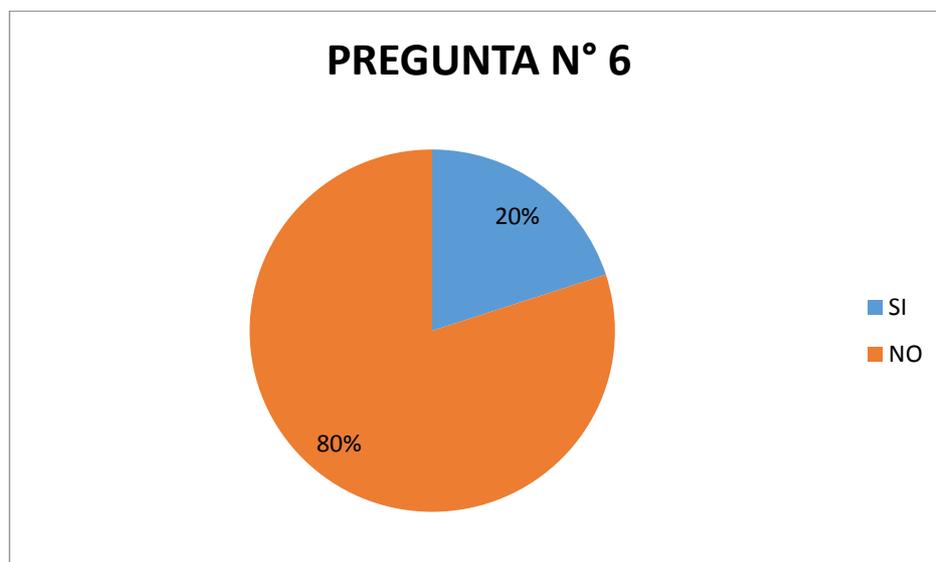
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN:

De un total de 10 encuestados, el 60 por ciento considero la posibilidad de poder reinsertarse a sus actividades laborales luego de lograr una mejor funcionalidad mientras que un 40 por ciento no considero esta posibilidad.

PREGUNTA N° 6

¿Ha asistido a programas de capacitación de reinserción laboral?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

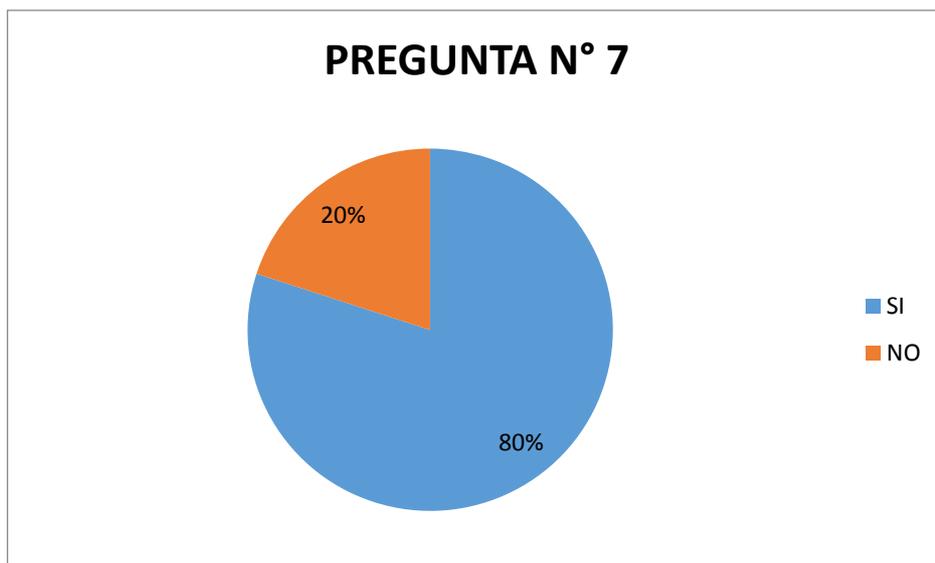
Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, el 20 por ciento manifestó haber asistido a programas de capacitación para la reinserción laboral mientras que un 80 por ciento refirió no haberlo hecho.

PREGUNTA N° 7

¿Cree usted necesitar mayor información para lograr reinsertarse a sus actividades laborales?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, un 80 por ciento manifestó requerir de mayor información para una reinsertión laboral mientras que del 20 por ciento se obtuvo respuesta negativa.

PREGUNTA N° 8

¿Le gustaría participar en algún programa de reinserción laboral en un futuro?



Fuente: Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N°3

Elaborado por: Cedeño Erick - Vélez Mariela

INTERPRETACIÓN

De un total de 10 encuestados, un 90 por ciento manifestó que si le gustaría participar en un programa de reinserción laboral mientras que un 10 por ciento manifestó no tener interés en ello.

4. PROPUESTA

Tras sufrir un accidente cerebrovascular, son muchos los casos que presentan secuelas que impiden al usuario retomar sus actividades laborales.

Es por ello que mediante el estudio del proyecto de investigación hemos propuesto la aplicación de un **PLAN DE REINSERCIÓN LABORAL Y PRODUCTIVIDAD DIRIGIDO A USUARIOS CON HEMIPLEJIA ESPASTICA EN ETAPA MODERADA** ya que es de vital importancia que todas las personas puedan participar en un trabajo productivo.

La provisión de servicios de rehabilitación laboral permitirá a los adultos ingresar, reingresar, retomar y permanecer en su trabajo. Los terapeutas ocupacionales tienen la experticia en la provisión de servicios relacionados con el trabajo y la salud ocupacional.

El rol del terapeuta ocupacional es conocer las habilidades y las capacidades del usuario para así conocer las necesidades y metas de este, y lograr un desempeño óptimo en el puesto de trabajo.

El plan de reinserción laboral y productividad dirigido a usuarios con hemiplejia espástica en etapa moderada, está enfocado en potenciar las habilidades y capacidades residuales de estos usuarios relacionándolo en el ámbito laboral.

El plan de reinserción laboral consta de tres fases significativas que son:

FASE 1: ANALISIS DE ACTIVIDAD

En esta fase se llevarán a cabo actividades que impliquen la interacción entre el terapeuta ocupacional y el usuario para evaluar las habilidades y destrezas que este tiene al realizar una determinada actividad.

El terapeuta ocupacional debe intervenir de manera centrada en el usuario, puede intervenir en la adaptación del entorno laboral junto con el equipo multidisciplinario para trabajar hacia un resultado determinado.

FASE 2: SERVICIO DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Esta fase consistirá en servicios de charlas de dos sesiones por semana que ofrecen itinerarios informativos diseñados en función de las habilidades y capacidades individuales de las personas usuarias del centro.

En concreto se ofrecerán charlas especializadas de formación laboral a usuarios con hemiplejía espástica tras un accidente cerebrovascular usuarias del Centro Especializado de Rehabilitación Integral CERI N° 3.

FASE 3: SERVICIO DE INTEGRACION LABORAL

Una vez establecidas las dos primeras fases, esta última se enfocará en promover prácticas en empresas o en actividades laborales antes desempeñadas de usuarios con hemiplejía espástica, sensibilizando a la sociedad sobre las capacidades para el empleo de estos usuarios.

5. CONCLUSIONES

Una vez culminado el presente proyecto de investigación se plantean las siguientes conclusiones:

- Se comprobó mediante la escala modificada de ashworth que el grado de espasticidad en usuarios hemipléjicos posterior a un accidente cerebrovascular afecta el rendimiento en sus actividades ocupacionales.
- Se pudo observar mediante el test de cochín de la funcionalidad manos que los usuarios con hemiplejia espástica mantienen cierto grado de destrezas motrices residuales al realizar actividades cotidianas.
- Según los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios con hemiplejia espástica existen capacidades residuales laborales pero a su vez falta de conocimiento del como reinsertarse al campo laboral.
- Las actividades propuestas en el plan de re inserción laboral y productividad dirigido a usuarios con hemiplejia espástica moderada son de suma importancia para lograr el conocimiento de cómo poder reinsertarse al campo laboral y capacitarse para obtener un óptimo desempeño en el puesto de trabajo.

6. RECOMENDACIONES

La intervención del terapeuta ocupacional es esencial en el proceso de reinserción laboral, desempeña un papel importante, ya que actúa de forma directa con el usuario potenciando sus capacidades y habilidades ocupacionales.

- Evaluar y adaptar el puesto de trabajo para el usuario con hemiplejía espástica, de manera que se facilite la realización de sus actividades laborales.
- Implementar talleres ocupacionales con fines terapéuticos, en el cual el usuario hemipléjico espástico desarrolle habilidades sensitivas motoras y perceptivo cognitivas.
- Capacitar a los usuarios con hemiplejía espástica sobre actividades pre-laborales, para la adquisición de conocimientos que les permita desarrollarse correctamente en su vida profesional.
- Brindar talleres de integración socio laboral, para desarrollar habilidades de relación interpersonal, autonomía, convivencia social.
- Asesorar a las empresas sobre las posibilidades laborales de los usuarios con hemiplejía espástica, ya que en la actualidad están sumamente desfavorecidas y esto se debe, en gran medida, a los prejuicios que todavía existen en las empresas acerca de su rendimiento o capacidad.

7. BIBLIOGRAFIA

Van Velzen JM, et al 2009 FEDACE Archivo PDF. Recuperado de: C:/Users/User/Downloads/30-13-34-3.admin.estudio_dano_cerebral_y_empleo_0%20(5).pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS Febrero 2017 recuperado de: http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_no_transmisibles.pdf.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC 2018 recuperado de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>.

Organización Panamericana de la Salud OPS 2012 recuperado de: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1209:la-opsoms-insita-a-las-personas-en-las-americas-a-prevenir-accidentes-cerebrovasculares&Itemid=360.

Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2011. Actualizado: 2014 Definición de hemiplejia Recuperado de <https://definicion.de/hemiplejia/>.

Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Calidad de vida en la fase hemipléjica [Archivo PDF] Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649012.pdf>.

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [10/03/2018]]; [85p]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)

Javier Navarro | Sitio: Definición ABC | Fecha: mayo. 2015 | Recuperado de <https://www.definicionabc.com/economia/reinsercion-laboral.php>.

Imserso (2007b). Modelo de Centro de Día para personas con Daño Cerebral Adquirido. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/21014danocerebral.pdf>

Barrios Fernández S. El papel del terapeuta ocupacional en el centro ocupacional para personas con discapacidad. TOG (A Coruña) Vol 8. Num. 14 Sept 2011. ISSN. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original5.pdf>.

Dominguez Ros Y, Elmacoutl Bouhsain M, Villareal Salcedo I, Cantin Cantin R. Plan de intervención desde terapia ocupacional en paciente afecto de hemiplejía: Tratamiento rehabilitador centrado en funcionalidad. TOG (A Coruña) Vol 14. Num 26. Nov 2017. ISSN. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num26/pdfs/caso3.pdf>.

Jacinta Bravo M., Valentina Chavez Q., David Cid P., Rocio Montecino M., Revista chilena de terapia ocupacional Vol.14 Jul 2014. Recuperado de <file:///C:/Users/User/Downloads/32396-1-109794-1-10-20140804.pdf>.

C/ Pablo Picasso nº 3 y 5 2018 Talleres-pre-laborales recuperado de: <http://www.izangai.org/taller-ocupacional-prelaboral-y-de-desarrollo-de-habilidades-sociales.html>.

Fundación AMAIA 2019 recuperado de: <https://www.amaitlp.org/taller-prelaboral/>.

Andoni Lezamiz 2018 talleres pre-laborales en daño cerebral-adquirido recuperado de: <https://www.down21.org/empleo/105-modalidades-de-empleo-para-las-personas-con-di/584-modelo-de-centro-ocupacional.html?showall=1>.

8. ANEXOS



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABÍ"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL



ENCUESTA

La presente encuesta tiene como finalidad la recogida de información acerca del estado actual del usuario hemipléjico tanto a nivel funcional, social y laboral para de esta manera poder reinsertarlo a un puesto de trabajo adaptado acorde a sus capacidades.

1.- ¿Tiene usted control y coordinación del miembro parético?

Sí No Muy Poco

2.- ¿Integra el miembro superior parético en las actividades de la vida diaria?

Sí No Muy Poco

3.- ¿Mantiene un correcto control postural durante la sedestación o bipedestación?

Sí No

4.- ¿Utiliza algún dispositivo de ayuda técnica para la transferencia?

Sí No

5.- ¿Considera usted en la actualidad poder reinsertarse a sus actividades laborales una vez lograda una mayor funcionalidad?

Sí No

6.- ¿Ha asistido a programas de capacitación de reinserción laboral?

Sí No

7.- ¿Cree usted necesitar mayor información para lograr reinsertarse a sus actividades laborales?

Sí No

8.- ¿Le gustaría participar en algún programa de rehabilitación laboral en un futuro?

Sí No

TEST COCHIN DE FUNCIONALIDAD DE MANOS						
COCINA	DIFICULTAD					
	Sin	Poca	Alguna	Mucha	Casi imposible	Imposible
¿Puede sujetar un tazón?						
¿Puede coger una botella llena y levantarla?						
¿Puede coger un plato lleno?						
¿Puede servirse un vaso de una botella llena?						
¿Puede abrir un bote que ya haya sido abierto?						
¿Puede cortar la carne con un cuchillo?						
¿Puede pinchar con el tenedor de manera eficaz?						
¿Puede pelar la fruta?						
VESTIRSE						
¿Puede abrocharse la camisa?						
¿Puede abrir y cerrar cremalleras?						
HIGIENE						
¿Puede apretar un tubo de pasta dentífrica?						
¿Puede sujetar su cepillo de dientes de manera eficaz?						
ESCRITURA						
¿Puede escribir una frase corta con un lápiz o un bolígrafo?						
¿Puede escribir una carta con un lápiz o un bolígrafo?						
VARIOS						
¿Puede girar la manija de la puerta?						
¿Puede cortar un trozo de papel con las tijeras?						
¿Puede coger unas monedas que están en la mesa?						
¿Puede girar la llave en su cerradura?						

EVALUACIÓN TEST COCHIN



Evaluación de capacidad de servir un vaso de una botella llena.



Evaluación de capacidad de coger un tazón.



Evaluación de capacidad de girar la manija de la puerta

ESCALA DE ASWHORTH MODIFICADA



Evaluación de espasticidad en el flexo-extensión de codo.



Evaluación de espasticidad durante movimientos pasivos.



Evaluación de espasticidad durante movimientos activos asistidos.

ENCUESTA



Recogida de información mediante encuesta.



Recogida de información mediante encuesta.