



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

**Ejercicio Terapéutico de la Extremidad Superior La Hemiplejia Desde La Terapia
Ocupacional.**

AUTORA:

Sornoza Chipantiza Rossy De Los Angeles

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera Terapia Ocupacional**

**MANTA – MANABÍ – ECUADOR
2018 – 2019**

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad del Tutor del proyecto de investigación del tema: “Ejercicio Terapéutico De La Extremidad Superior En La Hemiplejia Desde La Terapia Ocupacional ”, presentado por Rossy de Los Ángeles Sornoza Chipantiza, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior Designe.

Manta, 23 noviembre del 2018

Tutor:

Lcdo. Tyron Moreira López, Mg.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el estudio de caso, sobre el tema “Ejercicio terapéutico de la extremidad superior en la hemiplejia desde La terapia ocupacional” de, Rossy De Los Ángeles Sornoza Chipantiza estudiante de la Carrera de Terapia Ocupacional.

Lcdo. Diego Cuichán. Mg.

CALIFICACIÓN

Dr. Erick Cantos. Mg.

CALIFICACIÓN

Lcda. Alexandra Parrales.

SECRETARIA

DEDICATORIA

Este esfuerzo se lo dedico a **Dios** por regalarme vida, sabiduría y ganas de superar cada obstáculo, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, felicidad y por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. **A MIS PADRES** pese a que no estén físicamente a mi lado sus consejos ,valores inculcados desde pequeña y sus ganas de verme hecha una mujer profesional fueron los que me acompañaron en esta larga etapa y los que me sirvieron como incentivo para alcanzar nuestro sueño; **A MI ESPOSO** mi compañero de vida por ayudarme a culminar mis estudios, **A MIS HIJOS** seres maravillosos que le dan sentido a mi vida este logro va por ustedes para que mi ejemplo sea huella a seguir durante el largo camino de sus vidas.

Rosy De Los Ángeles Sornoza Chipantiza

RECONOCIMIENTO

La gratitud da sentido a nuestro pasado trae paz al presente y crea una visión para el mañana, por ello quiero consignar en estas líneas mi gratitud y agradecimiento imperecedero a Dios que siempre ha permanecido a mi lado y a las siguientes personas e instituciones.

A la Facultad de Ciencias Médicas, quien me acogió convirtiéndose en mi segundo hogar la cual me formo y me preparo para que me proyecte como una buena profesional.

A la Carrera de Terapia Ocupacional, cuna de mis conocimientos donde encontré grandes seres humanos de sentimientos y corazones nobles.

A mis Compañeros que durante mi etapa estudiantil siempre creyeron en mí y me brindaron una palabra de aliento.

A mi tutor de Proyecto de Investigación, Lcdo. Tyron Moreira López por su apoyo incondicional y respaldo durante la elaboración de mi proyecto de investigación desde su origen hasta su finalización.

Índice

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	III
DEDICATORIA	IV
RECONOCIMIENTO.....	V
RESUMEN	VIII
INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	5
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	5
CLASIFICACIÓN	5
INFARTO CEREBRAL O ICTUS ISQUÉMICO	5
INFARTO CEREBRAL O ICTUS HEMORRÁGICO	6
SECUELA DE UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	6
HEMIPLEJIA.	7
RECUERDO ANATÓMICO Y FUNCIONAL DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.	8
ALTERACIONES MOTORAS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.....	9
TERAPIA OCUPACIONAL EN ALTERACIONES NEUROLÓGICAS.....	11
VALORACIÓN DE LAS A.B.V.D.	14
DIAGNOSTICO ESTUDIO DE CAMPO.....	15
TIPO DE ESTUDIO.	15
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.	15

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	16
DATOS ESTADÍSTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
Anexos.....	31

RESUMEN

En proyecto realizado se resaltaré la importancia del ejercicio terapéutico de la extremidad superior en la hemiplejia desde la terapia ocupacional. El problema principal de la investigación es la ausencia de conocimientos sobre cómo influye el terapeuta ocupacional; dentro del proceso de rehabilitación ante la problemática que presenta un paciente con hemiplejia, en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria.

Planteando como objeto identificar la influencia del ejercicio terapéutico, determinar la fuerza y movilidad del miembro superior mediante su proceso de intervención, aplicar los ejercicios terapéuticos que implican mejorar sus habilidades y destrezas ocupacionales en pacientes con hemiplejia, mediante documentos que ayudaron a promover una referencia general del tema con un diseño de fuente mixta (documental y exploratoria), se emplearon una serie de técnicas e instrumentos de recolección específicamente la observación directa, encuestas estructuradas y un test de valoración que reflejara un perfil ocupacional en la extremidad superior en la hemiplejia. Realizada la investigación se obtuvo como resultado que los pacientes que acuden al C.A.I.M.P. (centro de atención integral patronato municipal) desconocían la importancia del ejercicio terapéutico en la extremidad superior y la función del terapeuta ocupacional dentro de su proceso de rehabilitación. Al final de la investigación se concluyó que el ejercicio terapéutico ocupacional ayuda a recuperar las funciones y la fuerza muscular del miembro superior afectada.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo motor normal forma parte de la dependencia para la realización de actividades dentro de la vida diaria, el cual es uno de los factores más importantes del ser humano en todo su ciclo vital. Cuando este se ve afectado por alguna alteración neurológica ocurren secuelas que condicionan que el ser humano sea dependiente al vestirse, caminar, alimentarse ya que hay una limitación en su estado motor.

El A.C.V (accidente cerebrovascular) es la interrupción de la irrigación cerebral, producida por un taponamiento o rotura de una arteria que puede alterar de manera transitoria o permanentemente las funciones del sistema nervioso central o incluso causar la muerte, cuando hay una lesión a nivel del hemisferio se produce una lesión motora del hemi-cuerpo la cual provoca que el ser humano tenga una descompensación de su estado motor, produciendo parálisis de un lado del cuerpo la hemiplejia, déficit cognoscitivo, lenguaje, emocional, dolor, limitación de rango articular; se considera la enfermedad más incapacitante y letal de la patología neurológica de los adultos, su clasificación se da de acuerdo a su fisiopatología: A.C.V Isquémico: que representado por el 80% de los casos conocida como trombosis cerebral o embolia cerebral la cual provoca una interrupción del flujo sanguíneo cerebral lleva a la carencia de oxígeno y glucosa, generando la activación de vías metabólicas protectoras y lesivas en las neuronas que pueden terminar en muerte celular. La enfermedad cerebro vascular es la tercera causa de mortalidad general más la existencia de patologías relacionadas entre ellas (diabetes, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón), que constan entre las diez primeras causas de mortalidad general en nuestro país referido por la Doctora Roció Santibáñez Vásquez.

Consecuentemente, las necesidades para el mantenimiento del rol ocupacional del paciente, así con las intervenciones de tratamiento desde terapia ocupacional variaran de una persona a otra. Por lo que en el tratamiento se tiene un papel fundamental y relevante en la recuperación de estos pacientes.

A.C.V Hemorrágico: que constituye el 20% de los casos y se presenta generalmente por aneurisma, este ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe dentro del cerebro el cual es muy sensible al sangrado y el daño se puede presentar con mucha rapidez, ya sea por la presencia de la sangre aumentando la presión en el cerebro y lo lesiona al comprimirlo contra el cráneo irritando los tejidos cerebrales causando inflamación.

El A.C.V a nivel mundial y una de las primeras causas de discapacidad permanente en la edad adulta, los pacientes hemipléjicos suelen tener evidentes dificultades claro ejemplo al vestirse; al introducir el brazo en la manga correctamente, manipulación por detrás de la espalda, subir o bajar la cremallera, abrochar botones.

Dentro de la terapia ocupacional la evaluación de la independencia funcional en los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular es fundamental para conocer el proceso de su rehabilitación, quienes elaboran un plan de tratamiento específico, tomando en cuenta las limitaciones físicas que ha dejado su condición neurológica y aprovechar las habilidades para potenciar de esta manera las capacidades y obtener un estado de mejoría y de independencia funcional, en la evolución del proceso de rehabilitación se interpone multitud de variantes que van a modificar e influir en el proceso hacia una funcionabilidad completa de su estado motor. De acuerdo a estudios elaborados por la O.M.S (Organización Mundial de la Salud a nivel mundial), los A.C.V son la tercera causa de muerte y la primera de invalides en personas adultas en los países desarrollados. Provocan limitaciones a todos los niveles afectando tanto a

componentes físicos como cognitivos y psicosociales. Al ser una patología que puede aparecer en cualquier momento del desarrollo vital.

Según la organización mundial de la salud en Latinoamérica 15 millones de personas sufren un A.C.V. por año. de éstos, mueren 5 millones y otros 5 millones quedan con una discapacidad física, en Ecuador según el CONADIS (consejo nacional para la igualdad de discapacidades) en octubre del 2016 en la población hay un total de 54.47% de personas con discapacidad física de los cuales con antecedentes de un A.C.V. corresponden a un 38.7%, encontrándose en MANABI un total de 36.63% de personas con A.C.V. Las secuelas de un A.C.V. implican siempre un cierto grado de dependencia, alrededor del 30% a 40% de los supervivientes, en el primer año después del accidente cerebrovascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En la ciudad de manta se encuentra el centro de atención integral del patronato municipal en el cual se atiende a más de 200 adultos mayores con alimentación, terapias y talleres de recreación, este brinda ayuda a personas de escasos recursos económicos, luego de una visita social y estudio socioeconómico. Dentro del área de rehabilitación ocupacional llegan alrededor de diez pacientes con diagnóstico de hemiplejía, entre los cuales sus edades oscilan entre los 50 a 60 años de edad, presentando dependencia total por parte de sus cuidadores. El tratamiento no es realizar una simple lista de ejercicios, sino que debe apuntar a hacer uso de cualquier estímulo que sea útil, es decir una serie de actividades orientadas a conseguir una función concreta que permita progresar hacia situaciones más complejas que acerquen a la persona al máximo grado de recuperación posible, en este caso se va a enfocar un plan de rehabilitación ocupacional tomándose en cuenta el miembro superior afectado teniendo en cuenta que en el paciente hemipléjico se ve afectado en un alto grado su desenvolvimiento en el quehacer cotidiano, y su

recuperación depende de un tratamiento íntegro tanto a nivel cognitivo, emocional y social como físico; para su evaluación se deben tener en cuenta éstas esferas, y hoy en día existen diferentes escalas que evalúan el estado inicial y el progreso del paciente, basándose en la funcionalidad frente a las actividades de la vida diaria, entre ellas están las escala de Lawton y Broddy; escala de valoración del tono muscular y reflejos, para la espasticidad utilizamos la escala modificada de Ashworth.

En el C.A.I.P.M. se abordan diferentes patologías entre ellos 10 pacientes con hemiplejia escogiendo como muestra a 10 adultos mayores entre las edades que oscilan los 50 a 61 años de edad; El propósito de este tema investigativo consiste en fomentar conocimientos apoyo a las personas con discapacidad para prevenir compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia o minusvalía, que puedan mejorar la calidad de vida del ser humano.

El trabajo investigativo es de carácter experimental cualitativo descriptivo y analítico cuyo fin es profundizar el concepto del ejercicio terapéutico del miembro superior en pacientes con hemiplejia desde la terapia ocupacional teniendo como hipótesis la intervención en miembro superior mediante el ejercicio terapéutico en personas con hemiplejia, obteniendo como variable dependiente la extremidad superior en la hemiplejia y variable independiente el ejercicio terapéutico, como objetivo general tenemos identificar la influencia del ejercicio terapéutico en la extremidad superior del hemipléjico desde la terapia ocupacional y los objetivos específicos se enlazan en: Identificar la movilidad del miembro superior del paciente hemipléjico, determinar la fuerza muscular en el miembro superior del hemipléjico, dar a Conocer la funcionalidad del miembro superior en el paciente hemipléjico y aplicar los ejercicios terapéuticos de miembro superior en el paciente hemipléjico.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Accidente cerebrovascular.

Las alteraciones neurológicas; son trastornos de los órganos que contralan todas las funciones del cuerpo humano como el cerebro, medula espinal y nervios. Si uno de ellos funciona mal en algún punto del sistema nervioso se originará dificultades en el área motora y cognitiva que afectará el aprendizaje, la memoria, los sentidos y el estado de ánimo. Cuando el ser humano con alteración neurológica tiene afectado los componentes del desempeño ocupacional que involucran todas las habilidades funcionales, este cambia todo su estilo de vida ocasionando que sea dependiente en las actividades cotidianas (Mantuano, 2008) especifica que A.C.V o ictus cerebral o apopléjico, da como secuela la pérdida brusca de funciones cerebrales causada por una alteración vascular, sea por interrupción del flujo sanguíneo o hemorragia. Cualquiera de las dos situaciones puede provocar que las neuronas se debiliten o mueran, ya que sin oxígeno no pueden funcionar ocasionando como secuela una hemiplejía.

Clasificación.

Infarto Cerebral o Ictus Isquémico.

Un accidente cerebrovascular isquémico, se presenta cuando la estructura cerebral pierde la irrigación sanguínea debido a la interrupción súbita e inmediata del flujo sanguíneo, lo que genera la aparición de una zona infartada y es en ese momento en el cual ocurre el verdadero "infarto cerebral". Se debe sólo a la oclusión de alguna de las arterias que irrigan la masa encefálica.

Este se da por la obstrucción de una de las arterias cerebrales espinales media posterior y anterior o de sus ramas perforantes se debe a la oclusión como resultado de ateroma en la arteria misma como secundaria a la embolia que se denominan a pequeños coágulos de sangre.

Infarto Cerebral o Ictus Hemorrágico.

El ictus hemorrágico es causado por hemorragias en las partes profundas del cerebro, en pacientes hipertensos condicionan que lleva a la degeneración de las arterias penetrantes del cerebro, las paredes arteriales se debilitan y desarrollan pequeñas hernias o micro aneurisma, los cuales pueden romperse y el hematoma, puede extenderse por separación de planos en la sustancia blanca hasta formar una lesión masiva, los hematomas se producen en las partes profundas del cerebro y afectan el tálvamo, núcleo lenticular y capsula interna y con menos frecuencia el cerebelo y la protuberancia estos pueden romperse en el sistema ventricular y capsula externa y con menos frecuencia pueden romperse en el sistema ventricular lo que provoca la muerte del paciente.

Secuela de un accidente cerebrovascular.

Referentemente a los síntomas de un accidente cerebrovascular se puede decir que son variados en función del área cerebral afectada. Desde síntomas puramente sensoriales a los puramente motores, pasando por los sensitivos motores. Los signos y los síntomas pueden ser poco aparentes entre ellos tenemos los siguientes:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara (hemiparesia o hemiplejía).
- Dificultad para expresarse (afasia).
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

Cuando ocurre una lesión dentro de los hemisferios cerebrales en las regiones frontales y parietales suelen provocar alteraciones a nivel del control motor en la parte del cuerpo contraria a la del hemisferio cerebral lesionado resultando las hemiplejias o hemiparesias uno de los trastornos que ocurre con mayor incidencia tras sufrir un accidente cerebrovascular, provocando una alteración muscular de un lado del cuerpo produciendo una parálisis del movimiento y alteración de la sensibilidad del hemicuerpo. El déficit más significativo y común en función de las áreas cerebrales lesionadas:

- Incapacidad para percibir la localización y la relación de las partes del cuerpo. Las alteraciones del esquema corporal afectan a la ejecución del movimiento.
- Incapacidad de manejar conceptos espaciales como arriba, abajo, detrás.
- Apraxia: Es la incapacidad de efectuar movimientos complejos movilidad, sensación y coordinación los tipos más comunes son.

Apraxia ideomotoria incapacidad de ejecutar el movimiento de manera automática

Apraxia ideacional dificultad para manejar y usar objetos.

Agnosia: Incapacidad para reconocer objetos.

Hemiplejia.

Según Rodríguez, (Pastro, Werner, theis, levis, noconecy de Souza, 2005) La hemiplejia es la consecuencia de la afectación de la función de las extremidades superiores llevando no solo a dificultad en la realización de los patrones selectivos y básicos de movimiento, sino al componente funcional, individual y bilateral, especialmente para la función manual.

La hemiplejia se produce como consecuencia de enfermedades cerebrovasculares y de traumas craneoencefálicos en consecuencia es una lesión que afecta a un hemisferio cerebral o lesión piramidal y que cursa con parálisis del brazo y pierna en el lado opuesto al hemisferio

dañado un compromiso del hemicuerpo contralateral al lugar de la lesión, que se puede acompañar de alteraciones motoras sensitivas, mentales, perceptuales y del lenguaje.

Recuerdo anatómico y funcional de la extremidad superior.

El hombro.

Como ya sabemos el hombro es la articulación proximal del miembro superior la cual tiene la mayor movilidad de todas las partes del cuerpo humano (SHERRINGTON, 1947), afirma que los movimientos normales requieren de una base de tono normal. El hombro compuesto por dos estructuras diferentes que se complementan denominadas cintura escapular y la articulación escapulo humeral, lo constituyen 5 articulaciones que se movilizan sincrónicamente que influyen en el correcto control postural.

Desde el punto de vista anatómico se consideran articulaciones verdaderas a la articulación acromioclavicular, articulación esternoclavicular, articulación escapulo humeral, a nivel funcional la articulación del hombro permite realizar movimientos necesarios para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

El codo.

El húmero tiene una mitad con forma de diábolo llamado tróclea que encaja con la cavidad sigmoidea del cúbito denominada enartrosis y otra en forma de esfera llamada cóndilo es así donde se origina la articulación de tipo cóndilo troclear esta representa la articulación intermedia del miembro superior que está en el extremo distal del húmero con los dos extremos proximales del cúbito y radio hay una pequeña relación entre el codo y la articulación de la muñeca llamada articulación radiocubital superior e inferior junto a la membrana interósea permiten al cúbito y radio tener un eje de movimiento permitiendo la supinación y pronación del antebrazo.

La muñeca.

Conforma la articulación distal de la extremidad superior que se enlaza con el extremo inferior del cúbito, el radio y con la cara superior de los huesos del carpo esta tiene dos líneas culares; una condílea o radio carpiana que va desde el radio y la primera hilera de los huesos del carpo y medio carpiana que va desde la primera y segunda hilera de los huesos del carpo; en la muñeca se desarrollan los movimientos de flexión palmar, flexión dorsal, desviación radial y desviación cubital.

Mano y dedos.

La mano y los dedos es el receptor sensorial que capta estímulos indispensables para el desarrollo de una correcta acción motora lleva a cabo innumerables acciones, posiciones, movimientos de acuerdo a su función principal la prensión.

Las articulaciones metacarpofalángicas unen los huesos metacarpianos con las primeras falanges de cada dedo, los movimientos principales son la flexión mediante los lumbricales la extensión con el extensor común de los dedos abducción con los interóseos dorsales y abductor del quinto dedo aducción en los interóseos palmares y la oposición con el oponente del quinto dedo y el oponente del pulgar. La articulación interfalángica proximal desarrolla movimientos de flexión que incluyen los flexores común superficial de los dedos la extensión que lleva los extensores comunes de los dedos y extensor propio del segundo y quinto dedo.

Alteraciones motoras de la extremidad superior.

Cuando el ser humano precede por un accidente cerebrovascular presenta un déficit motor estas lesiones frecuentemente provocan dificultades en coordinación de movimientos disminución de impulsos motores, trastornos sensitivos que van a bloquear el desempeño funcional de la extremidad. (Bernstein, 1967) afirma que el principal problema en pacientes con

alteración motora es la coordinación anormal de los patrones de movimientos combinada con tono postural anormal con los movimientos normales requieren una base de tono normal en el ser humano. Dentro de las etapas iniciales de la hemiplejia se desarrolla una disminución del tono muscular del hemicuerpo afectado sin embargo en las fases más avanzadas la etapa de flacidez se reemplazara por un estado de espasticidad que aumenta el tono muscular, (Bernstein, 1967) explica que no se conoce un solo caso de coordinación patológica en el que no exista al mismo tiempo una patología del tono, y no se conoce una sola parte del sistema nervioso central que esté relacionada con una de estas funciones y no lo esté con la otra, es por esta razón que la espasticidad dificulta o imposibilita la realización de movimientos normales la cual no actúa de forma constante y se modifica en función de la postura y los movimientos.

(Magoun y Rhines, 1946;1948) demostraron que la espasticidad se debe a una liberación de un centro facilitador en la sustancia reticular del tronco encefálico, que actúa sobre el sistema gamma de un control inhibitorio superior, por otra parte, la flacidez se debe a la inhibición excesiva de la actividad gamma desde el cerebelo con falta de tono postural contra la gravedad.

Subluxación.

La subluxación del hombro se debe a una alteración de los tejidos blandos producidas por la hemiplejia en la cual aparece en etapa flácida implicando perdida de actividad motora y reflejos musculares la cual se incrementa por la distensión del plexo braquial.

Lesión del manguito rotador.

La alteración de la función del manguito rotador ocasiona un ascenso de la cabeza humeral con el choque secundario del manguito contra el arco coracoacromial que puede llegar al atrapamiento o colisión subacromial (Bigliani, 1986).

Hombro doloroso.

Dentro de las hemiplejias se pierde el ritmo escápulo humeral y al realizar la abducción no se produce una rotación de la escápula, por lo que la escápula adopta una posición que combina elementos de elevación y rotación lo que provoca un impedimento en la ejecución de las actividades.

Terapia ocupacional en alteraciones neurológicas.

Los principios generales de la terapia ocupacional están centrados en el aumento de habilidades y destrezas para conseguir un correcto desempeño en las actividades de la vida diaria, además de maximizar la independencia y autonomía del paciente (CLARK ET AL, 1997;2002), enfatiza que la rehabilitación del terapeuta ocupacional debe ser holística, tomando en cuenta los aspectos significativos de las tareas durante un tratamiento y valorando la percepción subjetiva del paciente durante el desempeño de las A.V.D .

(Lin Wu, Dengen& Coster;1997;stamm et al,2000) decía que la ocupación y las actividades con sentido, con propósito son parte de la raíz histórica de la terapia ocupacional es a ellas que se les atribuye propiedades para mejorar la salud y prevenir la discapacidad es por eso que el proceso de rehabilitación dentro de la terapia ocupacional es significativo para paciente por que adquiera sentido una intervención que se enfoca en la inclusión de los principios terapéuticos dentro de las actividades de la vida diaria estas deben ser analizadas, graduadas modificadas previamente por el terapeuta ocupacional, utilizando la herramientas básicas llamada análisis de actividad el cual permite identificar las implicaciones terapéuticas , para de esta manera adaptar actividades a las necesidades del paciente.

(Domingo garcia, 2006) decía la terapia ocupacional es una profesión socio-sanitaria que mediante la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende con un adecuado y especializado tratamiento, capacitarlo para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad o facilitando la adaptación a sus limitaciones.

Los tipos de lesiones pueden ser a nivel motor (tono muscular puede ser hipertónico o hipotónico), percepción (alteración en la percepción, agnosia, apraxia), cognitivo (déficit cognitivo y en la comunicación), sensorial (problemas en el equilibrio y pérdida de sensibilidad) y psicológico causando un gran impacto sobre la vida cotidiana de la persona (Bascones y Quezada, 2006).

(Sanchez cabeza , 20013) en la recuperación de las actividades de la vida diaria: Se capacita al individuo para ser participe en sus actividades básicas e instrumentales, y el tratamiento se centra en la elección de objetivos por parte del usuario para conseguir la máxima efectividad e importancia de la actividad con propósito. Existen diferentes técnicas y métodos en el tratamiento dentro de la terapia ocupacional, pero para una buena rehabilitación es necesario la combinación de técnicas convencionales una de las principales Bobath y técnicas de control motor orientadas a actividades de la vida diaria, la terapia por restricción del lado sano. (Torres Avila, 2014) se basa en la teoría del neurodesarrollo, su enfoque de Bobath, que entra una correlación positiva entre la función motora y el estado funcional conseguido tras la intervención.

Las enfermedades neurológicas como el accidente cerebrovascular dan lugar a numerosas deficiencias físicas psicológicas que provocan que el ser humano presenten a menudo una disfunción ocupacional, el paciente con una enfermedad del sistema nervioso a menudo sufre

limitaciones en la ejecución de sus actividades de la vida diaria, y el labor del terapeuta ocupacional es ayudarlo a obtener un mayor grado de independencia dentro de su entorno en el cual no solo se fijara en el déficit focal para recuperar determinada actividad si no también en la modificación de la actividad, los trastornos motores paresias movimientos anormales incoordinación debilidad rigidez entre otras en estos el terapeuta ocupacional debe disminuir o compensar estas deficiencias para que el paciente neurológico alcance el mayor grado de independencia.

El objetivo general de la terapia ocupacional en alteraciones neurológicas es mantener al máximo la independencia del paciente en la realización de actividades de la vida diaria en ellos encontramos; lograr la independencia en actividades funcionales para prevenir limitaciones articulares o deformidades según el trastorno neurológico que presente.

- Mantener el movimiento articular y prevenir la incapacidad.
- Estimular el aumento de la velocidad y coordinación de los movimientos.
- Favorecer la realización de movimientos amplios y rítmicos.
- Mejorar y mantener habilidades destrezas y manuales.

Dentro de terapia ocupacional para la valoración uno de los puntos más importantes son los siguientes:

- Valoración de las A.B.V.D (Actividades básicas de vida diaria).
- Valoración motora.
- Valoración táctil y propioceptiva.
- Valoración de déficit perceptuales.
- Valoración cognitiva.
- Valoración entorno familiar.

Valoración de las A.B.V.D.

El terapeuta ocupacional identifica el déficit en las actividades de la vida diaria que interfieren en el rol del ser humano y modificar los planes y objetivos para un tratamiento; uno de los principales objetivos del terapeuta ocupacional es:

- Contextualizar el papel ocupacional del ser humano dentro de su ambiente
- Analizar el grado de afectación en el desempeño de tareas evaluar el nivel de deficiencia de las habilidades mediante escalas y marcos de referencia.

Para la valoración de las A.B.V.D es observar directamente la ejecución de las actividades cotidianas por parte del paciente. Teniendo en cuenta la información facilitada por la familia y cuidadores.

- Alimentación.
- Aseo personal.
- Vestimenta.
- Marcha y Movilidad.
- deambulación.

Valoración motora.

En la valoración motora se toma en cuenta el miembro superior afectado, valorando la flexión de hombro (presencia de dolor), rotaciones externa e interna, flexión, extensión de codo, flexión palmar, dorsal de muñeca y la capacidad agarre y coordinación.

Valoración en entorno.

Se miden el déficit o limitaciones que persistirán constatando las modificaciones ambientales a realizar y asesorando sobre las ayudas técnicas que puede que necesiten para lograr un mayor grado de autonomía.

DIAGNOSTICO ESTUDIO DE CAMPO

La institución C.A.I.P.M, brinda talleres de rehabilitación funcional y ocupacional a personas con discapacidad, en el cual su misión es dar un tratamiento integrador a pacientes con fin de minimizar el deterioro de la discapacidad.

La Investigación sometida a una comprobación empírica mediante la aplicación de encuestas entrevistas y la observación entre los métodos teóricos; método deductivo al analizar la importancia de las ayudas dirigidas a pacientes con hemiplejia y así verificar la importancia, la dependencia y funcionalidad de las actividades de la vida diaria; método inductivo al estudiar o investigar sobre la patología en pacientes con hemiplejia se considera que la mayoría de los casos son dependientes en sus familiares.

Tipo de estudio.

Estudio descriptivo por medio de este estudio me permite describir cada una de las partes de un todo de la investigación.

Estudio analítico mediante la descompensación de los elementos a observar causas y efectos de un todo o un hecho en particular.

Población Este proyecto investigativo se realizó en el C.A.I.M.P (centro de atención integral patronato municipal), donde asisten un total de 20 personas diariamente por diferentes tipos de rehabilitación personalizada que oscilan entre las edades de 8 meses a 60 años.

Muestra en este estudio se seleccionó de forma aleatoria a un total de 10 adultos mayores del C.A.I.P.M, entre varones y mujeres.

Método de investigación.

Método científico mediante este estudio de análisis se elabora el todo para mantener una síntesis global.

Método cualitativo permite describir de forma minuciosa hechos comportamientos que se observan.

Técnica e instrumento de investigación.

Observación mediante esta técnica de observación se puede identificar y clasificar cada deficiencia que presentan los pacientes con hemiplejia en su extremidad superior.

Encuesta fue suministrada a los pacientes que acuden al patronato municipal área de rehabilitación.

Entrevista fue provista a los profesionales del C.A.I.M.P.

Escalas de valoración.

Dentro de este trabajo investigativo se plantean escalas la cual nos sirven para la valoración de las actividades de la vida diaria, valoración de fuerza muscular, evaluar la espasticidad muscular.

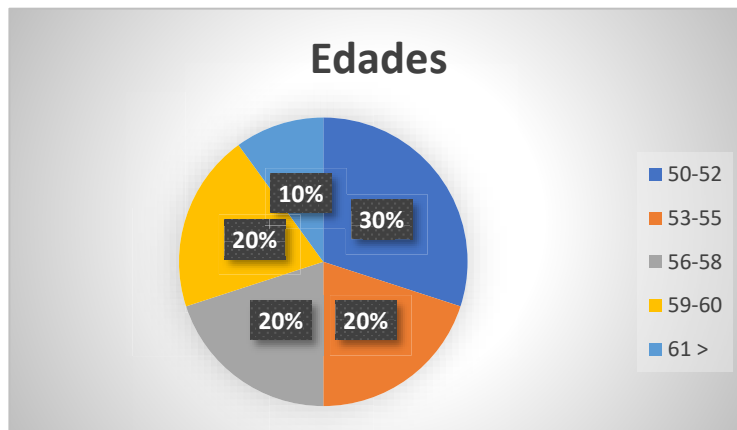
DATOS ESTADÍSTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Edades de pacientes que frecuentan el Centro Integral Patronato Municipal de Manta.

Tabla # 1

EDADES	PACIENTES	%
50-52	3	30
53-55	2	20
56-58	2	20
59-60	2	20
> 61	1	10
Total	10	100

Gráfico # 1



Fuente: CAIPM

Investigador: ROSSY SORNOZA

Análisis E Interpretación De Datos.

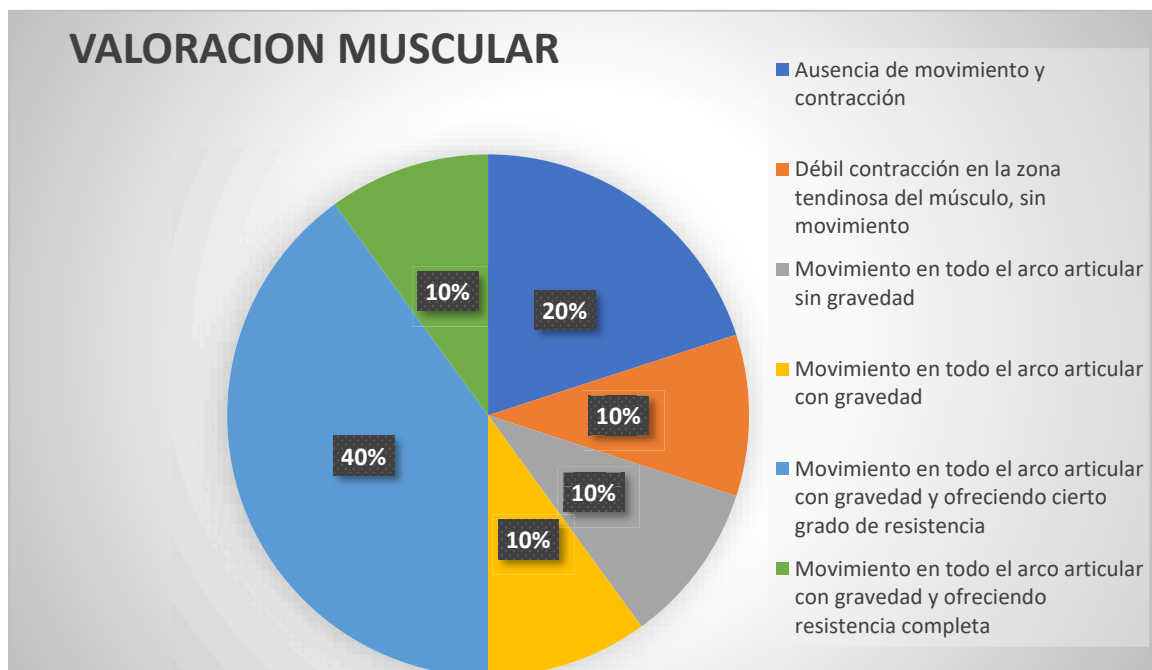
En esta investigación se muestran datos estadísticos de las edades de los pacientes que frecuentan el centro de atención integral patronato municipal; el 30% está entre la edad de 50-52, el 20% entre 53-55 años de edad, el 20% entre 56-58 años, el 20% entre las edades de 59-60 y un 10% mayores a 61 que asisten al centro de atención integral patronato municipal.

Tabla # 2

Escala de valoración de tono muscular.

ALTERNATIVA	VALORACION	FRECUENCIA	%
Ausencia de movimiento y contracción	2	0	20
Débil contracción en la zona tendinosa del músculo, sin movimiento	1	1	10
Movimiento en todo el arco articular sin gravedad	1	1	10
Movimiento en todo el arco articular con gravedad	1	4	10
Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo cierto grado de resistencia	4	1	40
Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo resistencia completa	1	1	10
TOTAL	10	8	100

Gráfico # 2



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza.

Análisis e interpretación de datos.

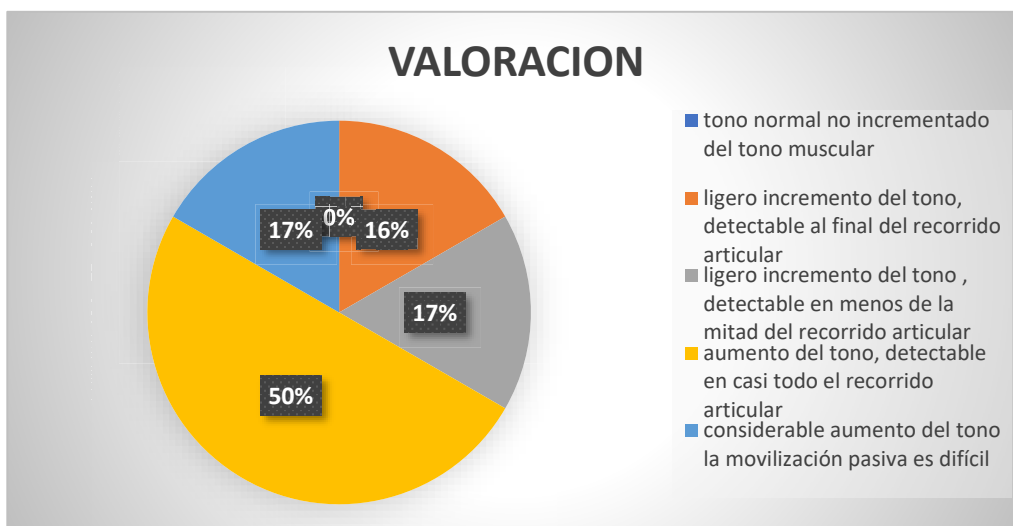
Se obtuvieron los siguientes resultados, de los diez pacientes que asisten al centro integral patronato municipal, en la valoración de fuerza muscular se observan que el 40% tiene movimiento en arco articular contra la gravedad y ofreciendo cierto grado de resistencia al realizar un movimiento, dentro de las actividades de la vida diaria mientras que el 20% de los pacientes demuestra una ausencia de movimiento, en la ejecución de una tarea con propósito el 10% se encuentra con débil contracción y resistencia al movimiento del arco articular sin gravedad en la ejecución de un movimiento dentro de las actividades, 10% con movimiento en el arco articular con gravedad mientras que otro 10% presenta una débil contracción tendinosa del musculo sin movimiento, y un 10% de pacientes con una resistencia contra la gravedad ofreciendo resistencia completa.

Tabla # 3

Valoración de espasticidad.

ALTERNATIVAS	VALORACION	FRECUENCIA	%
Tono normal no incrementado del tono muscular	0	1	10
Ligero incremento del tono, detectable al final del recorrido articular	1	4	40
Ligero incremento del tono, detectable en menos de la mitad del recorrido articular	1	3	30
Aumento del tono, detectable en casi todo el recorrido articular	3	1	10
Considerable aumento del tono la movilización pasiva es difícil	1	1	10
TOTAL	6	10	100

Gráfico # 3



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza

Análisis e interpretación de datos.

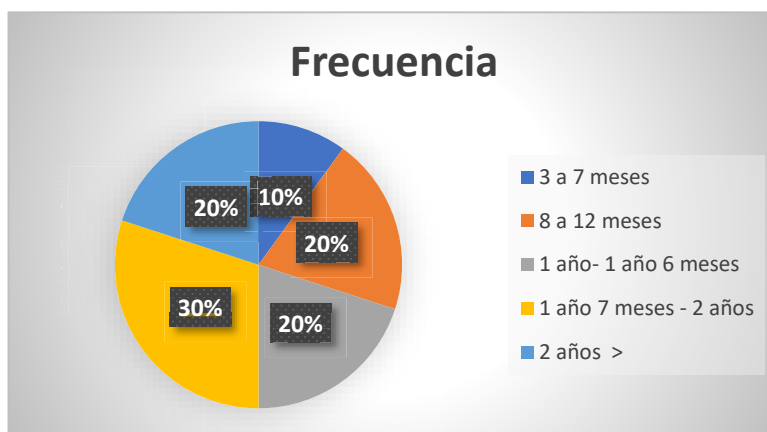
Dentro de estos parámetros se demuestra que un 10% de pacientes presenta un tono normal en la valoración del miembro superior afectado, un 40% tiene un ligero incremento del tono detectable en menos de la mitad del recorrido articular en el miembro superior, mientras que el 30% tiene un notable aumento del tono detectable en casi todo el recorrido articular, el 10% tiene un ligero incremento del tono detectable al final del recorrido articular, y el 10% presenta un considerable aumento del tono muscular.

Tabla # 4

¿Cuántos meses transcurridos el A.C.V, acudió a Rehabilitación?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
3 a 7 meses	1	10
8 a 12 meses	2	20
1 año- 1 año 6 meses	2	20
1 año 7 meses - 2 años	3	30
2 años en adelante	2	20
TOTAL	10	100

Gráfico # 4



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza

Análisis e interpretación de datos.

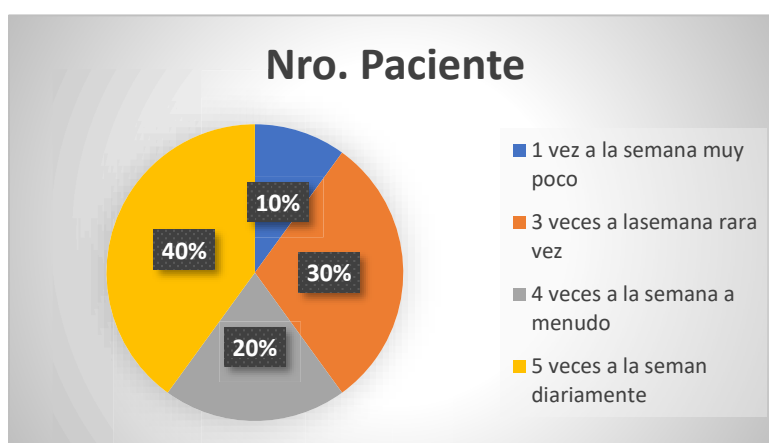
Dentro de la investigación en la entrevista realizada se pudo constatar que desde los 3 a 7 meses ocurrido el evento un 10% asisten al centro integral patronato municipal a recibir terapias mientras que entre los 8- 12 meses después de la lesión, un 20% acude con frecuencia y entre el año – al año seis meses después del evento, consta un 20% de pacientes en asistencia al C.A.I.P.M. entre el año siete meses y los dos años, hay un 20% de pacientes que acuden al centro después de la lesión y de los 2 años en adelante un 30% asisten con regularidad al centro integral.

Tabla # 5

¿Cuántas veces acude al centro de atención integral patronato municipal?

ALTERNATIVA	ALTERNATIVA	#	%
1 vez a la semana	muy poco	1	10
3 veces a la semana	rara vez	3	30
4 veces a la semana	a menudo	2	20
5 veces a la semana	diariamente	4	40
Total		10	100

Gráfico # 5



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza Chipantiza

Análisis e interpretación de datos.

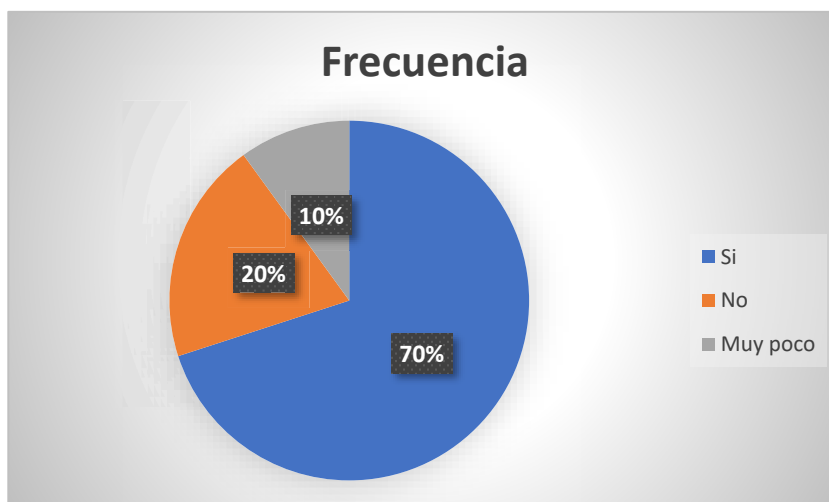
Dentro del centro de atención integral se consta que un 40% de pacientes acude diariamente al dicho centro de rehabilitación, mientras que un 30% lo hace a menudo un 20% de los pacientes lo hace rara vez por situaciones de lejanía y el 10% de los pacientes lo hace muy poco por cuestiones económicas.

Tabla # 6

¿En el proceso de la rehabilitación cree usted que ha tenido mejoría?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Si	7	70
No	2	20
Muy poco	1	10
Total	10	100

Gráfico # 6



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza

Análisis e interpretación de datos.

En la entrevista realizada a los pacientes del C.A.I.P.M. el 70% empieza tener mejoría en la rehabilitación ocupacional que reciben en dicho centro, mientras que el 20% establece no tener mejoría ya que lo hacen solo por mantener la monotonía y el 10% establece que tiene muy poca mejoría después de la rehabilitación por que acude al centro con irregularidad al tener problemas económicos.

Tabla # 7

¿Que le pareció la aplicación de la terapia ocupacional como rehabilitación en el centro integral patronato municipal?

Alternativa	Paciente	%
Buena	8	80
Regular	1	10
Mala	1	10
Total	10	100

Gráfico # 7



Fuente: C.A.I.P.M.

Investigador: Rossy Sornoza.

Análisis e interpretación de datos

El 80% de los pacientes, muestra que la terapia ocupacional es buena dentro de la rehabilitación funcional porque tienen conocimiento de la utilidad de la terapia en su recuperación, el 10% detallan que la terapia ocupacional es regular ya que no son secuencialmente realizadas y un 10% indican que no es necesaria para la rehabilitación funcional de su lesión por cuestiones adversas.

PROPUESTA

Programa de rehabilitación en ejercicio terapéutico de la extremidad superior en la hemiplejía.

Entendemos que la terapia ocupacional tiene como finalidad el restablecimiento ocupacional para revertir la discapacidad, mejorar la capacidad y evitar una incapacidad mayor en el paciente la cual encamina a la persona a compensar los déficit subyacentes que no pueden remediarse para tener la mayor independencia posible en actividades de la vida diaria, recuperando la independencia a través de la compensación e integración de las habilidades y destrezas, la autonomía mediante los valores roles y hábitos del paciente la motivación para la autonomía del paciente.

Mediante el ejercicio terapéutico desde la terapia ocupacional como enfoque principal, al rehabilitar y recuperar la fuerza muscular del miembro superior mediante la ejecución de las actividades con propósito como resultado una mejoría en las actividades de la vida diaria.

Este programa reflejara ejercicios específicos para la rehabilitación funcional para encontrar un equilibrio ocupacional entre áreas y pautas de ejecución; constara de los siguientes ejercicios y secuencias:

Manos y dedos

- Flexo-extensión de dedos por medio de ejercicios asistidos para luego volverlos activos mediante el uso de plastilina terapéutica o masa de harina en repeticiones de 15.
- Aducción y abducción del pulgar y cada de dedo se destinará mediante el uso de una toalla enrollándola de abajo hacia arriba en repeticiones de 15, luego se proporcionará una pelota terapéutica para trabajar la fuerza del miembro superior afectado.

Muñeca.

➤ Desviación radial y desviación cubital se manejará una banda elástica se trabajará en repeticiones de 10.

➤ Ejercicios prono-supinación mediante la utilización de la rueda de pronosupinación hombro, en series de 10.

➤ Aducción y abducción, se ejecutará mediante el apoyo de su miembro afecto sobre el balón de Bobath realizando un ligero desplazamiento hacia adelante y hacia atrás agregando una actividad con propósito de manejo de vasos de cartón, desplazándolos de derecha a izquierda.

CONCLUSIONES

Dentro del proceso de investigación del tema ejercicio terapéutico de la extremidad superior en la hemiplejía desde la terapia ocupacional se concluyó:

- La importancia de la rehabilitación funcional por medio del ejercicio terapéutico dentro de la terapia ocupacional en el miembro superior que conlleva a la prevalencia de la recuperación la cual está encaminada en trabajar déficit funcional, cognitivos, perceptivos.
- Mediante el ejercicio terapéutico de la extremidad superior, posibilita al individuo al lograr el alcance de la independencia en las áreas de autocuidado, trabajo, ocio.
- Promueve a restaurar la capacidad funcional del individuo a través del ejercicio terapéutico en el miembro lesionado.
- Logra maximizar y mantener el potencial de las destrezas conservadas.

Por tanto, el programa de rehabilitación: Ejercicio terapéutico en la extremidad superior en la hemiplejía desde la terapia ocupacional puede recuperar habilidades y mejorar las destrezas de cada paciente para lograr una mejor independencia y calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Al culminar este proceso de investigación la intervención descrita en los pacientes del centro de atención integral patronato municipal se detallan las siguientes recomendaciones desde la terapia ocupacional como método rehabilitador.

- A las autoridades del centro de atención integral patronato municipal; promover un programa especializado de intervención mediante ejercicios terapéuticos en la hemiplejía el cual beneficiara al paciente y su entorno.
- A los profesionales del centro de atención integral; lograr potenciar y favorecer en movimiento activo de cada uno de los pacientes, incrementando el balance articular y muscular mediante compensaciones del propio cuerpo favoreciendo a conseguir la autonomía de cada paciente.
- Optimizar el funcionamiento neuromuscular sensitivo motor perceptivo dentro de cada uno de sus componentes.
- Promover un programa de educación a nivel individual y global cuya finalidad es favorecer la continuidad de la intervención realizada a cada paciente.

Bibliografía

- Bernal, M. Y. P. (2009). ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA DE MIEMBRO SUPERIOR EN LA HEMIPLEJÍA—MODELOS DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA—. *Revista Movimiento Científico*, 3(1), 101-108.
- Ibargoién Azcárate, I. (2014). Concepto Bobath en traumatismo craneo-encefálico.
- Bobath, B. (1999). *Hemiplejía del adulto: Evaluación y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana.
- Afakir, S., & Martínez, D. (2017). Intervención del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, 11(Especial), 17.
- <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Slullitel, D. (2000). Lesiones del manguito rotador. *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol*, 65(1), 28-33.
- Pérez Mármol, J. M. (2016). Abordaje de terapia ocupacional en la discapacidad de miembros superiores, destreza manual, habilidades motoras finas y autoeficacia en pacientes reumáticos con dolor crónico.
- Afakir, S., & Martínez, D. (2017). Intervención del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista Complutense de Ciencias Veterinarias*, 11(Especial), 17.
- https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LCNm94CNkU0C&oi=fnd&pg=PA7&dq=hemiplejia&ots=4A7Spe-5Lf&sig=1TuwRnapd4zqCg3c3Gq02C_3cDM#v=onepage&q=hemiplejia&f=false

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xHEhB0YtBfgC&oi=fnd&pg=PA203&dq=+que+es+la+hemiplejia&ots=Z4M7I95Sm8&sig=HGUfrLZbSqBN8bzUf-W45uD9EYM#v=onepage&q&f=false> (aspectos clínicos del ictus)

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=W8CN0MZGK0sC&oi=fnd&pg=PT5&dq=enfoque+recuperador+en+terapia+ocupacional+&ots=J87Cc_khiL&sig=nB4YSCXX2p4t4PjXvq_J8HcwBv8#v=onepage&q&f=false (enfoques)

Anexos

Anexo Nro. 1

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

ENTREVISTA DIRIGIDAS A PACIENTES DEL CENTRO INTEGRAL PATRONATO

MUNICIPAL DE MANTA



Entrevista Nro.:

Fecha:

C.I:

1.- CUANTOS AÑOS TIENE:

2.- SEXO

M	F

3.- Meses transcurridos desde el accidente cerebro vascular (Hemiplejia) (acontecimiento)

4.- Cuando hace que empezó la rehabilitación.

5.- Cuantas veces acude al centro de atención integral.

6.- en el proceso de rehabilitación usted cree que ha tenido mejoría.

Anexo Nro. 2

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES CAIMP



Encuesta Nro.:

Fecha:

C.I.:

1.- Cree usted que los ejercicios funcionales aplicados a los pacientes con hemiplejia en el miembro superior ayudan a la reactivación de las funciones corporales

- Si
- No

2.- Usted considera que la fuerza muscular del miembro superior en un paciente hemipléjico después de un post recuperatorio se ve abolida.

- Si
- No

3.- Cree usted que el paciente con hemiplejia en el miembro superior afectado su funcionabilidad es:

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

4.- Dentro de la terapia ocupacional en una secuela de A.C.V hemiplejia que actividades de la vida diaria se ven afectadas

- Alimentación
- Vestimenta
- Aseo
- Ninguna

5.- Ha notado cambios durante las actividades de desempeño en el proceso de las terapias.

- Mucho
- Poco
- Nada

6.- Que le pareció la aplicación de la terapia ocupacional como rehabilitación en el centro integral patronato municipal.

7.- Cree usted que la movilidad del MS afectado en el paciente durante la rehabilitación funcional y ocupacional es buena.

- Si
- no

Anexo Nro. 3

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL



ESCALAS DE VALORACIÓN DEL TONO MUSCULAR Y REFLEJOS

1. La valoración muscular se registra a través de la Escala de Oxford (SNP):

Valor	Significado	Interpretación
	Ausencia de movimiento y contracción	Parálisis total
	Débil contracción en la zona tendinosa del músculo, sin movimiento	Parálisis parcial (Déficit del movimiento voluntario)
	Movimiento en todo el arco articular sin gravedad	
	Movimiento en todo el arco articular con gravedad	
	Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo cierto grado de resistencia	Músculo normal. No parálisis
	Movimiento en todo el arco articular con gravedad y ofreciendo resistencia completa	

2. Para la espasticidad, usamos la Escala modificada de Ashworth:

	Tono normal. No incremento del tono muscular
	Ligero incremento de tono, detectable al final del recorrido articular
	Ligero incremento de tono, detectable en menos de la mitad del recorrido articular
	Notable aumento del tono, detectable en casi todo el recorrido articular
	Considerable aumento del tono, la movilización pasiva es difícil
	Extremidades rígidas, en flexión o extensión

3. La Escala de Seidel para registrar los reflejos:

Grado	Tipo de respuesta
0	Sin respuesta
1+	Respuesta lenta o disminuida
2+	Respuesta normal
3+	Incremento ligero de la respuesta

Anexo Nro. 4

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL



NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Escala de actividad instrumental de la Vida diaria	Puntos
Capacidad para usar el teléfono: . Utiliza el teléfono por iniciativa propia . Es capaz de marcar bien algunos números familiares . Es capaz de contestar el teléfono, Pero no de marcar . No utiliza el teléfono	
Hacer compras: . Realiza todas las compras necesarias independientemente . Realiza independientemente pequeñas compras . Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra . Totalmente incapaz de comprar	
Preparación de la comida: . Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente . Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes . Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada . Necesita que le preparen y sirvan las comidas	
Cuidado de la casa: . Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) . Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas . Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza . Necesita ayuda en todas las labores de la casa . No participa en ninguna labor de la casa	

<p>Lavado de la ropa:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Lava por si solo toda su ropa . Lava por si solo pequeñas prendas . Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 	
<p>Uso de medios de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche . Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte . Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona . Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros . No viaja en absoluto 	
<p>Responsabilidad respecto a su medicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta . Toma su medicación si la dosis es preparada previamente . No es capaz de administrarse su medicación 	
<p>Manejo de sus asuntos económicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Se encarga de sus asuntos económicos por si solo . Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos . Incapaz de manejar dinero 	
TOTAL	

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.

Máxima dependencia: 0 puntos..... 8 puntos.

Consentimiento informado

Permiso para el uso de imágenes

Yo _____ con C.I. _____ por este medio doy consentimiento irrevocable de las fotos tomadas la participante ROSSY DE LOS ANGELES SORNOZA CHIPANTIZA tiene todo el derecho de reproducir y mostrar públicamente y producir trabajos derivados de la fotografía de cualquier forma de cualquier medio, o para cualquier propósito del proyecto de investigación EJERCICIO DEL MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES CON HEMIPLEJIA DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

CI _____

Anexo Nro. 5

Valoración de la AVD Básicas.



Fig. 1.- Es capaz de manipular el teléfono celular y buscar números del registro móvil.



Fig. 2. Contesta y realiza llamadas.



Fig. 3.- valoración el tono y reflejo del miembro superior



Fig. 4.- Se realiza movimiento del arco articular, valorando el tono y reflejo del miembro superior.