TERAPIA OCUPACIONAL

PRE PRÁCTICA PROFESIONAL

EN DISFUNCIÓN FÍSICA



**PROFESORA**: MANZON JULIANA

**SUPERVISORA**: LIC. NOVOA MARISA

**ALUMNA**: GARCÍA MARIEL

**LEGAJO**: 24.927

**INSTITUCION**: CENTIR S.R.L.

**DIRECCION**: BOLIVIA 407, LANÚS.

**FECHA DE ENTREGA**: 2016

**AÑO LECTIVO**: 2° CUATRIMESTRE DE 2016

“El alma humana es el campo virgen que, mediante la ocupación y el aprendizaje, se cultiva y adquiere unos hábitos que se sobreañaden a su naturaleza”

*-Gustavo Bueno -*

Contenido

Índice

[INCUMBENCIAS 6](#__RefHeading___Toc11552_622365571)

[PROGRAMA 8](#__RefHeading___Toc11564_622365571)

[ANÁLISIS INSTITUCIONAL 18](#__RefHeading___Toc11566_622365571)

[CRÓNICAS SEMANALES 25](#__RefHeading___Toc11568_622365571)

[ABORDAJES INDIVIDUALES 33](#__RefHeading___Toc11570_622365571)

[Caso A 33](#__RefHeading___Toc11572_622365571)

[Informe de Entrevista 33](#__RefHeading___Toc11574_622365571)

[Informe de evaluación 35](#__RefHeading___Toc11576_622365571)

[Plan de intervención 37](#__RefHeading___Toc11578_622365571)

[Epicrisis 40](#__RefHeading___Toc11580_622365571)

[Caso B 42](#__RefHeading___Toc11582_622365571)

[Informe de Entrevista 42](#__RefHeading___Toc11584_622365571)

[*Informe de evaluación*: 44](#__RefHeading___Toc11586_622365571)

[*Plan de intervención:* 45](#__RefHeading___Toc11588_622365571)

[Evolucion/ reevaluacion: 47](#__RefHeading___Toc11590_622365571)

[Epicrisis: 48](#__RefHeading___Toc11592_622365571)

[CASO C 50](#__RefHeading___Toc11594_622365571)

[Informe de Entrevista 50](#__RefHeading___Toc11596_622365571)

[Informe de Evaluacion: 52](#__RefHeading___Toc11598_622365571)

[Plan de Intervención 53](#__RefHeading___Toc11600_622365571)

[*Informe de evolucion:* 55](#__RefHeading___Toc11602_622365571)

[Informe de re evaluación: 56](#__RefHeading___Toc11604_622365571)

[Epicrisis 57](#__RefHeading___Toc11606_622365571)

[Caso D 59](#__RefHeading___Toc11608_622365571)

[Informe de Entrevista 59](#__RefHeading___Toc11610_622365571)

[Informe de evaluación: 61](#__RefHeading___Toc11612_622365571)

[Plan de intervención 62](#__RefHeading___Toc11624_622365571)

[Informe de evolución/ re evaluación: 64](#__RefHeading___Toc11614_622365571)

[Epicrisis 65](#__RefHeading___Toc11616_622365571)

[ANEXOS 67](#__RefHeading___Toc11050_622365571)

[EVALUACIONES 67](#__RefHeading___Toc11618_622365571)

[Bibliografía 68](#__RefHeading___Toc11620_622365571)

[Planilla de evaluacion 69](#__RefHeading___Toc11622_622365571)

INCUMBENCIAS

# INCUMBENCIAS

» Elaborar, aplicar y evaluar métodos y técnicas de análisis de las actividades de auto mantenimiento, productividad y esparcimiento que realiza el hombre para determinar los requerimientos psicofísicos.

» Planeamiento, implementación y evaluación de acciones de estimulación temprana.

» Diseñar, elaborar y evaluar entrenar en la utilización de equipamiento ortésico y protésico.

» Diseñar y elaborar equipamiento personal y ambiental fijo y móvil, asesorar a personas e instituciones respecto de las características y formas de utilización del mismo.

» Realizar estudios e investigaciones relativos a los requerimientos funcionales de las ocupaciones que realiza el hombre, a la evaluación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto y a los métodos y técnicas de mantenimiento, desarrollo y rehabilitación de dicha capacidad.

» Participar en el planeamiento, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos de rehabilitación profesional-laboral, al tratamiento de enfermedades de la población y al desarrollo comunitario.

» Realizar arbitrajes y peritajes referidos a la evaluación de la capacidad funcional psíquica del sujeto y a métodos y técnicas aplicados para el mantenimiento, desarrollo y rehabilitación.

» Planificar, organizar, dirigir y evaluar servicios de Ocupacional.

**PROGRAMA**

# PROGRAMA

**Universidad Nacional de Quilmes**

**Departamento de Ciencias Sociales**

**Programa Regular**

Carrera: Terapia Ocupacional

Asignatura: Práctica Profesional III

Plan 1997

Curso: 3º año

Cuatrimestre: 5º

Profesora: Lic. Juliana Manzón

Créditos: 14

Núcleo: Obligatorio

Carga horaria: 252 horas Institucionales

Carga horaria semanal: 2 horas (en la Universidad, UNQ)

Tipo de Asignatura: Práctica

Modalidad de dictado: presencial.

**Contenidos Mínimos. Resolución (CS) 075-97**

Practica Profesional Supervisada con pacientes agudos, sub-agudos que presentan trastornos clínicos, neurológicos y ortopédicos. Instrumentación de Tratamiento de Terapia Ocupacional acorde al encuadre Institucional. Presentación de epicrisis correspondiente.

**OBJETIVO GENERAL:**

1. Posibilitar al alumno el aprendizaje en el desempeño del rol profesional para la atención de pacientes con desórdenes ortopédicos/traumatológicos, neurológicos, y clínicos en niños, adolescentes, adultos y/o gerontes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**:

Facilitar al alumno el desarrollo de sus capacidades y habilidades para:

1. Analizar y comprender la función de Terapia Ocupacional en Centros de Rehabilitación, Hospitales, Clínicas y Escuelas Especiales.
2. Instrumentar el proceso de evaluación y tratamiento de los pacientes mencionados.
3. Instrumentar abordaje terapéutico para este tipo de población.
4. Analizar, seleccionar e instrumentar las Ocupaciones Terapéuticas que puedan llevarse a cabo.
5. Diseñar, elaborar y entrenar en el uso de ortesis y productos de apoyo, para favorecer el desarrollo de los planes terapéuticos.
6. Conocer y Aplicar Enfoques de Intervención y metodologías correspondientes a cada proceso terapéutico.
7. Analizar las Incumbencias Profesionales para el abordaje de pacientes con desordenes ortopédicos/ traumatológicos, neurológicos y clínicos.

**CONTENIDOS TEMÁTICOS:**

**Unidad 1:**

Presentación del programa de la asignatura Practica Profesional III. Presentación de las Instituciones que se ofertan para la realización de la Practica Profesional III. Características de la población asistida. Organización del Programa de Terapia Ocupacional a llevar a cabo por el alumno en la Institución. Reglamento de Práctica Profesional, Universidad Nacional de Quilmes (C.S.) Responsabilidades: del alumno, del supervisor y de las Instituciones.

**Bibliografía:**

1. Crepeau; Cohn; Shell. (2011). *Willard y Spackman. Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana. 11ª edición. Buenos Aires. Argentina. Cáp. 25 y 26 pp. 240-261.
2. Reglamento de Práctica Profesional. Res (CS) Nº 177/07.

**Unidad 2:**

Análisis institucional: a) Aspectos Generales. b) Aspectos edilicios c) Organización, administración y funcionamiento d) Servicio de terapia Ocupacional. Razonamiento sobre estructuras actuales y futuras según institución.

**Bibliografía:**

1. Crepeau, Cohn, Shell (2011). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Médica Panamericana.11ª edición. Cáp. 38; pp. 395-402.
2. Crepeau, Cohn, Shell (2011). *Willard Spackman. Terapia Ocupacional*. España. Editorial Médica Panamericana. 10ª edición. Cap.47, pp.907-910.

**Unidad 3:**

Análisis de las Incumbencias Profesionales para el abordaje de los pacientes en la institución. Rol de los distintos integrantes. Integración profesional-grupal. Análisis de comportamientos en distintas situaciones. Principios éticos. Secreto profesional. Instrumentación de las funciones de Terapia Ocupacional.

**Bibliografía:**

1. Crepeau, Cohn, Shell (2011). *Willard y Spackman. Terapia Ocupacional*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 11ª edición. Cap. 38 pp. 395-402.
2. Crepeau, Cohn, Shell (2005). Willard y Spackman. *Terapia Ocupacional.* España. Editorial Médica Panamericana. 10ª edición. Cap 47 pp. 907-918, Cap 52 pp. 953-962.
3. Incumbencias Profesionales del título: Licenciado en Terapia Ocupacional Resolución N°1061 del Ministerio de Cultura y Educación. 1992. Anexo II UNQ. Res. (CS)N°075/97
4. Mulligan, Sh. (2006). *Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación*. España. Editorial Médica Panamericana. Cáp. 6 pp. 223-248. Apéndice F p 325.

**Unidad 4:**

Análisis de legajos/historias clínicas de los pacientes. Interpretación de los protocolos. Registro de datos y redacción de informes de evolución. Registro de prestaciones y su categorización.

**Bibliografía:**

1. Crepeau; Cohn; Shell. (2011) *Willard y Spackman. Terapia Ocupacional. Buenos* *Aires.* Editorial Médica Panamericana. 11va edición. Cap 39, pp. 403- 411.
2. Crepeau; Cohn; Schell (2005). *Willard Spackman. Terapia Ocupacional*. España. Editorial Médica Panamericana. Año 2005. Cap.46 pp. 897- 905.
3. Kielhofner, G. (2003). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 3ª Edición. (2004). Cap. 12 pp. 203-215.
4. Mulligan, Sh (2006). *Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación*. Buenos Aires Editorial Panamericana. 2006. Cap 7 pp. 255-263.

**Unidad 5:**

Observación de un caso clínico elegido. Razonamiento clínico, análisis de casos reales. Proceso de Entrevista. Proceso de Evaluación, aplicación de los protocolos. Planificación del Tratamiento: Selección de objetivos. Selección de Metodologías. Ocupaciones, ambiente, comunicación. Precauciones. Contraindicaciones.

Instrumentación de las diferentes técnicas de abordajes a aplicar según las instituciones.

**Bibliografía:**

1. Crepeau; Cohn; Shell. (2011).*Willard y Spackman. Terapia Ocupacional*. Buenos Aires Editorial Médica Panamericana. 11ª edición. Cap 46, pp 478-518; Cap. 48, pp538-578; Cap 53, 54, 55, 56, 57, 58,59, pp649-692.
2. Crepeu; Cohn; Schell (2005) *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. España. Editorial Médica Panamericana.10ª edición. Cáp. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, pp276-533; Cap 30 pp579-637.
3. Kielhofner, G. (2003). *Modelo de Ocupación Humana Teoría y Aplicación*. Buenos Aires. 3ª edición. Capítulos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11, 12,13, pp15-240.
4. Turner, A; Foster, M; Jonson, S. (2003). *Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, Técnicas y Práctica*. Madrid. Editorial Elsevier Science. 5ª edición. Capítulo 5, pp107-142.
5. Mulligan Sh. (2006). *Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación*. Editorial Panamericana. Cap.1, 2, 3, 4,5, pp1-220.
6. Moruno Miralles, P.; Romero Ayuso, F. M. (2006) *Actividades de la Vida Diaria*. Madrid. Editorial Masson. Cap. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11,12.

**Unidad 6:**

Atención domiciliaria. Objetivos. Ocupaciones. Análisis del ambiente en el hogar y sus adyacencias. Dispositivos de control ambiental. Barreras arquitectónicas. Planificación de seguridad en el hogar en relación a la modificación de barreras arquitectónicas. Rol ético en el domicilio.

**Bibliografía**:

1. Crepeu; Cohn; Schell (2005) *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. España. Editorial Médica Panamericana.10ª edición. Cap. 31, Sección II, pp659-675.
2. Turner, A; Foster, M; Jonson, S. (2003). *Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, Técnicas y Práctica.* Madrid. Editorial Elsevier Science. 5ª edición. Capítulo 7, pp165-210.

**Unidad 7:**

Aplicación de ortesis y ayudas técnicas: prescripción, objetivos. Diseño, elaboración y entrenamiento en su uso, en la institución.

**Bibliografía:**

1. Crepeau, Cohn, Schell. (2005). *Spackman & Willard. Terapia Ocupacional*. Editorial

Médica Panamericana. 10º Edición. España. Capitulo 31,pp 651-685.

1. Hopkins H. y Smith H. (1998). *Spackman & Williard. Terapia Ocupacional*. España

Editorial Médica Panamericana. 8º Edición. Unidad II, Capítulo 9, Sección 5, pp295-315.

1. Turner A, Foster M, Jonson S. (2003). *Terapia Ocupacional y Disfunción Física.* España.

Elsevier Science Imprent. 5ª edición. Sección 2; Cap.7, pag 165-210.

1. Pedretti, Williams y otros. (2005). *Occupational Therapy. Practice Skills for Physical*

*Dysfunction.* USA. Editorial Mosby Elsevier. Capítulo 31.

1. Trombly, Catherine A. (1990). *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados*

*Físicamente*. La Prensa Médica Mexicana. Parte 6: Capitulo: 12.

**ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE:**

1. Discusión de los Programas de Terapia Ocupacional que se llevan a cabo.
2. Análisis institucional del establecimiento donde se lleva a cabo la Práctica Profesional.
3. Reflexión y discusión de las Evaluaciones.
4. Reflexión y discusión de Planes de Tratamiento.
5. Confección de Registros de Observación y de Datos.
6. Redacción de Informes. Aplicación del lenguaje técnico.
7. Análisis de los requerimientos funcionales de las Ocupaciones instrumentadas.
8. Participación en las Reuniones Interdisciplinarias realizadas en las instituciones.

**RECURSOS DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE:**

Infraestructuras: Ambientes de las instituciones.

Ambientes públicos de la comunidad.

Material didáctico: Muestreo de Protocolos, fichas, registros.

Material bibliográfico.

**ESTRATEGIAS:**

Discusiones de grupo llevadas a cabo con los alumnos para tratar las observaciones y los proyectos que proponen en relación a los contenidos mencionados. Presentación de casos clínicos

Los programas de Terapia Ocupacional que realicen y las conclusiones a las que se arriben serán discutidos y analizados en grupo.

Supervisión directa: realizadas por la docente en la UNQ y visita a la institución, realizando asesoramiento, orientación y control de las tareas desarrolladas por el o los alumnos.

Información a la institución: se llevará a cabo intercambio de información continua con las autoridades de las instituciones.

**EVALUACIÓN:**

Aprobación de la cursada:

1. Haber cumplido con el programa de la asignatura.
2. Haber asistido al 75% ( setenta y cinco ) de las supervisiones en la Universidad
3. Haber asistido a los talleres programados. En caso de no poder concurrir a alguno por causa mayor, presentar certificación correspondiente y elaborará un trabajo solicitado por el docente.
4. Haber cumplido con un total de 252 horas de asistencia especificadas en el Plan de Estudios.
5. Presentación del Registro Diario de Asistencia, del Registro de Prestaciones del Asistido.
6. Presentación de 4 (cuatro) epicrisis correspondientes al abordaje de los asistidos.
7. Presentación de la carpeta hasta 15 días después de haber finalizado la práctica profesional.
8. Informe de evaluación del desempeño del alumno-practicante en la institución.
9. Todo alumno que abandone la práctica sin previo aviso al docente supervisor de la institución o docente supervisor de la Universidad o suspensión de la misma por cualquier causa, será desaprobado, por lo tanto no se reconocerán las horas de práctica realizadas en la institución

De la materia:

1. Evaluación de la cursada por el alumno cuando finalice la cursada.

**BIBLIOGRAFIA:**

1. American Occupational Therapy Assocition(20089. *Occupational Therapy practice Framework. Dominain and process.* Second Edition, American Journal of Occupational Therapy.62, 625-683. Disponible en www.aota.org.2008. Traducción Asociación Americana de Terapistas Ocupacionales 201o. Marco de Trabajo para la practica de Terapia Ocupacional.
2. Case Smith, J. (1996). *Occupational Therapy for Children*. 3ªedición.EEUU Editorial Mosby.
3. Cosentino Rodolfo (2001). *Miembro Superior. Semiología con consideraciones clínicas*

*y terapéuticas.* Argentina. Editor Graficar.

1. Crepeu, Cohn, Shell(2011). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. 11° Edicion. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana.
2. Crepeu, Cohn, Shell(2005). *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. 10° Edicion. Buenos Aires. Editorial Medica Panamericana.
3. Cosentino y Colaboradores(2003) *Miembro Superor*. Buenos Aires. Editorial serie de puño y letra.
4. Hopkins, H.; Smith, H.(1998) *Willard & Spckman. Terapia Ocupacional*. 8° Edicion. Madrid. Editorial Medica Panamericana.
5. Eggers, O. (1983). *Terapia Ocupacional en el Tratamiento del Adulto Hem*ipléjico.

Londres, Inglaterra. Editorial William Heinemann Libros Medicos Ltd.

1. Ferland, Francine. (1997) *Play, Children with Physical Disabilities and Occupational Therapy: The Ludic Model*. Canada. Editorial University of Ottawa.
2. Fraser, C; Mills, D. (1997). *Therapeutic Activities for the Upper Limb*. EEUU.Editorial Winslow Press.
3. Grieve; Gnanasekaran. (2009). *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Cognición en el desempeño ocupacional*. 3ª edición. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
4. Hunter, J.; Mackin, E.; Callahan, A (1995). *Rehabilitation of the Hand. Surgery and Therapy*. EEUU. 4ta. edición. Mosby, Year Book, Inc.
5. Kapandji, A. I. (1998). *Fisiología articular. Miembro superior*. 5ª. edición. París, Francia Ediciones Maloine.
6. Levitt, S. (1989). *Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso* Motor. Buenos Aires. Editorial Médica PanamericanaPedretti Willams, L.; Early M. B (2001). *Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction.* 5ª Edición. EEUU. Editorial Mosby.
7. Polonio López, B; Romero Ayuso, D. (2010) *Terapia Ocupacional Aplicada al Daño*
8. *cerebral Adquirido. 1ª* Edición. España. Ed. Panamericana
9. Polonio López, Castellanos Ortega, Viana Moldes (2008).*Terapia ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica. Madrid.* Editorial Médica Panamericana.
10. Reed, K. L. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. EEUU. Editorial Aspen Publication.
11. Trombly, Catherine A, M.A., O.T.R., F.A.O.T.A. (1995). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* 4ta. ed. EEUU. Editorial Williams and Wilkins.
12. Viladot, R (1992) .*Ortesis y Prótesis del aparato Locomotor. Extremidad Superior, Tronco, Extremidad Inferior.* España. Editorial Masson.
13. Winter, Robert, Lovell, Wood. (1993). *Ortopedia Pediátrica*. 2da. ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
14. Turner, Foster, Johnson. (2003) *Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, Técnicas y Práctica.*5ta edición. España. Editorial Elsevier Science.
15. Zambudio Periago Ramón. (2009). *Prótesis, ortesis y ayudas técnicas*. Elsevier Masson. España.

**ANÁLISIS**

**INSTITUCIONAL**

# ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Aspectos Generales

* Nombre de la Institución: CENTIR (Centro Integral de Diagnostico, Tratamiento y Rehabilitación) Privado
* Domicilio: Bolivia nº 407- Lanús Oeste- Provincia de Buenos Aires
* Código Postal: 1824
* Teléfono: 4249-5851
* Ubicación Geográfica: Se encuentra ubicado sobre la calle Bolivia con entrada Principal sobre la misma, entre las calles Colombia y Dr A. Palacios. La institución esta ubicada a una cuadra de la Avenida Hipólito Irigoyen (ver mapa adjunto).
* Medios de Transporte:

Colectivos: 271 A Lomas de Zamora

37- Lanús-Plaza Italia

51- todos los ramales

178- ramal C

70- Retiro, Valentin Alsina

45- Retiro , Remedios de Escalada

* Zona de Influencia: Remedios de Escalada, Banfield, Lomas de Zamora, Avellaneda, capital federal.
* Reseña Histórica:

CENTIR, antes de convertirse en un centro de rehabilitación, era el hogar de uno de los actualmente directores.

Fue fundada en 1992, por el Dr. Carlos Ferreiro y el Dr. Norberto Barreiro, quienes se asociaron para construir un Centro Integral de Rehabilitación con profesionales capacitados a nivel científico y de excelentes condiciones humanas.

Hoy en día, CENTIR, cuenta con todos los integrantes del Equipo de Rehabilitación - Médico Fisiatra, Kinesiólogos, Terapistas Físicos, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Psicopedagogos- quienes trabajan en forma Multidisciplinaria coordinados por el Médico Rehabilitador.El objetivo fundamental es lograr una persona autoválida e integrada socialmente.Para ello se trabaja en forma programada con Metodología Científica, buscando el máximo desarrollo de la posible de acuerdo a las características del paciente y la discapacidad a tratar.

Partiendo de la premisa que la rehabilitación está basada en un trípode PACIENTE-EQUIPO TERAPÉUTICO-FAMILIA, los profesionales que forman parte de CENTIR están convencidos que con ello se logra una mejor y más pronta recuperación del paciente, comprometiendo al núcleo familiar con su participación en el programa de rehabilitación.´

* Dependencia: Privada- SRL

Organización espacial:

A Centir se ingresa por una rampa que da a una puerta de doble hoja, ancha por la que pasan cómodamente en silla de ruedas. Al ingresar nos encontramos con una amplia sala de espera con espacio para varias filas de sillas plásticas , un mostrador donde se recepciona a los asistentes.

A la derecha hay dos consultorios utilizados generalmente por las Psicopedagogas y Psicologas.

Cruzando la sala de estar el edificio continua con un pasillo en el que, a la derecha tiene 2 baños adaptados, a la izquierda del pasillo nos encontramos con 7 boxes utilizados por el servicio de kinesiologia. Un consultorio contiguo es el usado por el servicio de T.O. exclusivamente , otro consultorio de uso múltiple y seguidamente una cocina. Del lado derecho del pasillo está el gimnasio usado también por el servicio de kinesiologia, tiene varias bicicletas fijas, pesas,barandas , caminadoras etc.

Al finalizar el pasillo nos enfrentamos al consultorio donde se realiza las sesiones de estimulación temprana , este es un ambiente usado por varias profesionales y a veces en simultaneo como es el caso de una entrevista o evaluación.

Del lado izquierdo de este consultorio está otro que es usado por las fonoaudiologas y frente a éste un baño de uso exclusivo para profesionales y los niños que asisten a tomar sus terapias.

En lineas generales el edificio se encuentra en buen estado, sufrió hace poco tiempo una gran remodelación que permitió dar un mejor servicio. Cuenta con barandas en todo el pasillo principal así como rampas para el ascenso y descenso de personas con sillas de ruedas.

En la parte trasera del centro hay un jardín interno con asientos y plantas al que se accede por una puerta ventana.

Sistema de Seguridad: La institución cuenta con un matafuego ubicado en la cocina y un detector de humo en el centro de la sala de espera.

Los baños cuentan con barras en posición horizontal a ambos lados de los sanitarios e inodoros adpatados.

En cuanto al pasaje de la sala de estar hacia los boxes de kinesiologia, el mismo cuenta con antideslizante y barras.

Sistema de Iluminación:

Natural: proveniente del patio e ilumina el gimnasio de kinesiología.

Artificial. Todos los espacios cuentan con tubos fluorescentes, y luces de emergencia en el espacio de terapia ocupacional.

Sistema de Calefacción y Ventilación: calefacción central frio/ calor y aires acondicionados.

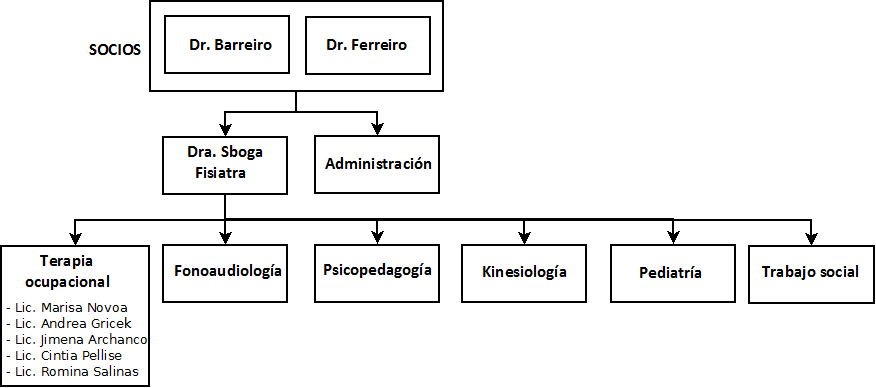
Higiene: el personal de limpieza asiste 3 veces por semana y realiza el trabajo más complejo. Sin embargo, el establecimiento se mantiene limpio todos los días, ya que el personal administrativo lleva a cabo las tareas más sencillas.

Aspectos Decorativos: La sala de espera cuanta con cuadros de pintura. El resto de la institución no presenta aspectos decorativos significativos

Organización, Administración y Funcionamiento

Dependencia Administrativa: Privada- con fines de lucro.

Organigrama:



Sesiones del servicio de terapia ocupacional:

Pami: 10 sesiones (renovables).

Presupuestados: 10 sesiones que se renuevan automáticamente

* Servicios: ambulatorio.
  + Población asistida: niños, jóvenes, adultos y tercera edad.
  + Cantidad de pacientes: 150 pacientes promedio.

Servicio de Terapia Ocupacional

Ambiente físico: el servicio de terapia ocupacional cuenta con dos espacios distintos.

* 1. espacio tiene una mesada amplia, con espacio hata para 3 sillas donde se trabajan ejercicios para la rehabilitación de MMSS, especialmente en pacientes adultos. Una mesa y dos sillas pequeñas donde se trabaja con niños. Por último, se observan un armario en el cual se guardan los materiales.

Sistema de Iluminación: iluminación natural proveniente del patio. Además posee iluminación artificial proporcionada por tubos blancos.

Sistema de Calefacción y Ventilación: calefaccion central y un aire acondicionado compartido con kinesiología.

Higiene: el personal de limpieza asiste 3 veces por semana y realiza el trabajo mas complejo. Sin embargo, el establecimiento se mantiene limpio todos los días, ya que el personal administrativo lleva a cabo las tareas más sencillas.

Aspectos Decorativos: No posee aspectos decorativos. Las paredes están pintadas de blanco y se encuentran en buen estado.

2) Por otra parte, hay un consultorio que esta compartido con fonoaudiologia. Dicho espacio se utiliza especialmente con niños con grandes dificultades para concentrarse en la actividad. Además está constituido por un escritorio dos sillas, una camastro, una mesa y dos sillas pequeñas y un armario para guardar los materiales y fichas medicas..

Sistema de Iluminación: No hay iluminación natural, es artificial con un tubo blanco.

Sistema de Seguridad: No se encontraron medidas de seguridad.

Sistema de Calefacción y Ventilación: posee calefacción centralizada.

Higiene: el personal de limpieza asiste 3 veces por semana y realiza el trabajo mas complejo. Sin embargo, el establecimiento se mantiene limpio todos los días, ya que el personal administrativo lleva a cabo las tareas más sencillas.

Aspectos Decorativos: No posee aspectos decorativos. Las paredes están pintadas de blanco y se encuentran en buen estado.

Organización, Administración y Funcionamiento.

Horario de funcionamiento del centro es de 08 a 18 hs.

Horario de funcionamiento del servicio de Terapia Ocupacional:

Lunes: de 8.30 a 17 hs

Martes: de 9 a 16 hs

Miércoles: de 9 a 17 hs

Jueves: de 9 a 16 hs

Viernes: de 9 a 17 hs.

Población asistida: Se asisten a pacientes desde niños hasta tercera edad con disfunciones físicas y/o traumatológicas y reumatológicas.

Cantidad Un promedio de 15 pacientes en turno mañana asistidos en grupos de 3 personas, dos veces por semana y 5 pacientes en turno tarde que son asistidos de manera individual dos veces por semana o una vez por semana de acuerdo a la indicación médica.

* Personal de Terapia Ocupacional
* Técnicas de abordaje: tipo. Individual-grupal/grupal.
* Metodología. biomecánico, moho, integración sensorial.
* Funciones de Terapia Ocupacional: prevención secundaria, terciaria y cuaternaria.
* Programas de Terapia Ocupacional: No posee un programa específico.

**CRÓNICAS**

**SEMANALES**

# CRÓNICAS SEMANALES

***Semana 1***

Se realiza presentación con la lic. Novoa, se acuerdan días y horario de práctica. Se hace un recorrido por las instalaciones de la institución.

Se observa el espacio en general así como el servicio que se brinda con el objetivo de confeccionar análisis institucional en la Universidad.

***Semana 2***

la Lic. Novoa hace la presentación durante toda la semana con los integrantes del grupo de trabajo Kinesiológos, Fonoaudiologos, Psicologas y Psicopedagogas. tambien se inicia la presentación con los pacientes que asisten al servicio de Terapia Ocupacional.

Bajo supervisión de la TO se inicia contacto directo con los asistentes,colaborando en las sesiones. Se le indica la forma y duración de los ejercicios preparatorios ordenados por la profesional.

***Semana 3***

Se observa la interacción de pacientes y profesionales, los diferentes métodos compensatorios para pacientes con secuelas de acv y de educacion a pacientes con artrialgias aplicados por la Lic. Novoa . El espacio es compartido con otro terapista Andrea o Cintia, depende del día de la semana. Se definen posibles pacientes para trabajar en forma individual.

***Semana 4***

se inicia la semana con la entrevista a la madre de E. un niño con una hemiparesia de lado derecho como consecuencia de una paralisis cerebral. se continúa con la intervención individual con los pacientes asignados también sepresencia entrevista con madre e hija , la niña tiene diagnostico de sindrome de West.

***Semana 5***

Se realizó por sugerencia de la TO intervención en paciente con Sindrome de Korsacoff, trabajando la motricidad fina con ejercicios de prensión, y coordinación viso manual. Por otro lado el día viernes se entrevista a la señora S. que concurre al centro por segunda vez derivada del medico de Pami por una luxación irreductible de hombro. Ademas se concluye evaluacion a E. paciente antes descripto.

***Semana 6***

En la sexta semana de práctica, se realiza evaluacion QUICK DASH a la señora S. asi mismo se realiza entrevista con la madre de S. paciente con sindrome de Down que asiste al centro. Ademas se realizan intervenciones a pacientes con ACV con secuelas de hemiparesia con los que se indican ejercicios de movilizacion del lado afectado con pelotas terapeuticas y rodillos. Se inicia plan de tratamiento con el paciente E.

***Semana 7***

Se realizó observación e intervención a la señora P.( no asignada como caso) con diagnostico de Parkinson. Se realizan ejercicios para mantener la memoria, la coordinación de los movimientos finos y gruesos. Se lleva a cabo entrevista con la señora I. Madre de M. niño con diagnostico de Trastorno Generalizado del Desarrollo. Se coordina evaluación para futuras sesiones. Se comienza con la intervención de la señora S. comenzando con movimientos pasivos y activos para la indicación de ejercicios apropiados que refiere gran dolor e imposibilidad para mover el lado afectado

***Semana 8***

Se inicia la semana con la última evaluación de los casos asignados, al niño M. por otra parte se trabaja dentro del consultorio con pacientes adultos mayores, que en su gran mayoría vienen por una artrosis y artitris. Se trabaja con enfoque de rehabilitación y educación. Falta con aviso el niño E.

***Semana 9***

Se continúa plan de tratamiento propusto para la señora S. se trabaja movimientos del hombro, ejercicios bimanuales y se explica la importancia de estos.. El niño S. falta con aviso a la sesion. Se logra una mejor interaccion con M. mediante actividades ludicas que requieren de su atención y habilidades manipulativas. Se realiza evolucion del desempeño de E. según plan de tratamiento.

***Semana 10***

Se realiza bajo supervición de la TO con pacientes adultos mayores, ejercicios de estiramiento de miembros superiores.. Falta a 2 sesiones el niño M. por enfermedad comunicada por su madre. Tambien se hace los propio con el paciente S. mediante jueguetes se etimula la correcta postura sedente en el niño. Se realiza re evaluacion de la señora S. la cual tiene buena asistencia al centro.

***Semana 11***

Semana onceava, se continúa con abordajes individuales. Esta semana falta a la sesion el niño S. sin aviso previo.. Se conoce el abandono del tratamiento por parte del niño S. debido a una fuerte des compensación que lo mantuvo internado en terapia intensiva. Se realiza evolución y re evaluación del caso de la señora S.

***Semana 12***

Varios pacientes están ausentes, algunos con aviso y otros no. la señora S. manifiesta que hoy tiene ganas de trabajar y completa ronda de ejercicios con rodillos y aros que promueven la movilidad articular de hombro.

Se entrevista bajo supervición a paciente J. Debido a una lesion de tunel carpiano producido en el trabajo. Se trabaja con paciente con paralisis cerebral severa antes mencionado mediante movimientos de estiramiento y posicionamiento de miembros inferiores y superiores , pero se suspende la sesion por que se observa que el niño no está en condiciones de seguir fisicamente.

***Semana 13***

Se presencia entrevista con padres y niño T. con severa parálisis cerebral. Finaliza la intervención con el niño E. por decisión de los padres,se toman un receso en sus terapias hasta el año entrante.

Se continua bajo supervision de las TO intervención en los pacientes que asisten al consultorio finaliza intervención con el niño M. el mismo deja de asistir a las sesiones por viaje programado familiar.

***Semana 14***

Se finaliza tratamiento de la señora S. la misma manifiesta que observa una gran mejoría en su desempeño de las actividades de la vida diaria. Se le sugiere renovar las sesiones con el medico de cabecera de su obra social. Se continúa dando atención a los asistentes al servicio, según patología.

***Semana 15***

Ultima semana en la institución se realiza despedida de los pacientes y profesionales. Se firma planillas y nota final por parte de la TO supervisora.

**ABORDAJES**

**INDIVIDUALES**

La intervenciones propuestas en los planes de tratamiento se fundamentan en el modelo de la ocupación humana y el modelo canadiense y biomecanico según corresponda

El modelo de la ocupación humana(MOHO) está diseñado para cualquier persona que experimente problemas en la vida ocupacional. La teoría refiere que el ser humano está influenciado por la volición, la necesidad por la acción que se combina con los pensamientos y sentimientos junto con la experiencia previa y que se vincula con el futuro personal.

La volición está relacionada con tres factores: la causalidad personal, qué considera la persona importante, en qué cosas encuentra satisfacción haciéndolas y cuál es su percepción de la eficacia en la participación de esas actividades y conciencia de las propias habilidades. El segundo factor tiene que ver con los valores; definen qué vale la pena hacer, cómo deben desempeñarse y por último los intereses: éstas son inclinaciones naturales hacia ciertas actividades que se desarrollan a través de las experiencias y participación.

La habituación tiene que ver con los modos aprendidos de realizar las ocupaciones que se desarrollan en forma automática, regulando el comportamiento al proporcionar una manera de lidiar con las contingencias ambientales. La habituación tiene dos componentes muy importantes para todo ser humano y más para quienes están institucionalizados y generalmente pierden contacto con el mundo exterior:

-los hábitos: ubican a las personas en acontecimientos en desarrollo y así dirigen sus comportamientos hacia circunstancias familiares.

-los roles: sirven como marco para desenvolverse en el mundo y actuar lo que termina influyendo profundamente en el sentido de quién es uno.

El ambiente es otro factor a considerar por el MOHO; éste provee oportunidades, recursos, demandas y limitaciones. El impacto en los diferentes ambientes; social y físico, pueden actuar como facilitadores o limitantes a la hora de elegir o realizar actividades.

El Modelo canadiense se relaciona en este proyecto con la clase de intervención que se pretende, es decir, lograr una alianza entre terapeuta y paciente teniendo presente la filosofía de respeto y asociación entre ambos. Esto logra que se puedan desarrollar sus habilidades y fortalezas.

El modelo canadiense siempre busca un enfoque de colaboración y respeto e integración en la toma de decisiones a los participantes, y desde el lado del terapista el reconocimiento de las singularidades de cada individuo, respetando sus tiempos, necesidades y gustos particulares.

.

el modelo biomecanico se aplica en personas que padecen limitaciones para moverse con libertad, con la fuerza adecuada y de manera sostenida.Considera la cinematica y cinetica que involucran el movimiento y las uferzas que actuan sobre el cuerpo humano y su mi¿ovimiento.

Tiene como objetivo: mejorar la movilidad, la fuerza muscular, la estabilidad, la coordinación y la resistencia para mejorar la función

Los 3 tipos de intervencion aplicables a este modelo son: prevención, restablecimiento y compensación.

*Caso A*

# ABORDAJES INDIVIDUALES

## Caso A

### Informe de Entrevista

**Paciente**: M. C..

**Edad:** 6 años

**Diagnóstico:** Trastorno generalizado del desarrollo

**Fecha: 11/11/16**

En el día se la fecha se mantiene entrevista con la señora I. madre del niño M. en un consultorio vacío al momento. Se hace la presentación formal a pesar de haber tratado con ella anteriormente. Se le explican los motivos y el fin de la entrevista por lo cual ella accede gustosamente.

Siendo consultada sobre el porqué trae a su hijo al centro de rehabilitación responde que el niño tiene diagnosticado T.G.D. desde los 4 años .

Al preguntar sobre cómo fue su embarazo y parto ella refiere que ambos procesos fueron sin complicación alguna teniendo un embarazo a término y un parto normal. Recién a los 3 años aproximadamente ella nota algunas diferencias en la conducta del niño que manifiesta a su pediatra con respecto a que el niño no hablaba, era muy nervioso y hacia berrinches constantemente. Entonces se le comienzan a realizar diferentes estudios con el fin de determinar un diagnostico.

Sobre la historia familiar M. convive con su madre ,su padre y un hermano pequeño de año y medio.

Sobre el desempeño ocupacional de M. es independiente en la marcha y controla esfínteres desde los 3 años, colabora en su vestido y aseo ,come solo, pero la dificultad que presenta en la alimentación es que es muy selectivo en lo que ingiere y por ello tiene una dieta muy acotada porque lo que no le gusta lo huele y deja.

Sobre el juego es un niño bastante solitario sic(…) recién ahora le presta mas atención a su hermano,antes no lo registraba”, esta comenzando a socializar con sus primos pequeños que asisten habitualmente a la casa de visitas. Se entretiene jugando solo en la computadora o mirando televisión y no tiene amigos. No tolera bien los ruidos fuertes.

Aunque las únicas palabras que dice M. son mamá ,No Vamos, se hace entender mediante balbuceos con l familia y otros. Tiene buena comprensión.

En este momento del año el niño N. esta terminando salita de 5 en jardín común,realizando la permanencia. El próximo año asistirá a primer grado con doble escolaridad por lo que asistirá 5 días en escuela común y 3 días en contra turno a escuela especial .

Al día de hoy M. realiza fonoaudiología, Psicología ademas de Terapia ocupacional desde aproximadamente 2 años.

Su madre sostiene que al día de hoy la mayor dificultad del niño es la comunicación y la falta de aceptación a los límites. Y el mayor deseo es que él logre poder hablar. Fue descartado un problema de afasias en una consulta que hizo con médicos de su obra social hace unas semanas atrás,confirmándoles el diagnostico original de T.G.D.

Se continuará con el proceso de Terapia Ocupacional y el plan de intervención.

### Informe de evaluación

**Paciente**: M. C..

**Edad:** 6 años

**Diagnóstico:** Trastorno generalizado del desarrollo

**Fecha: 16 /11/16**

Se evalúa con el Indice de Barthel, el cual aporta que M. tiene un grado de dependencia en las actividades de la vida diaria leve con 90 puntos, presentando dependencia en comer ya que necesita ayuda para cortar y en el vestido.

En los ítems de lavarse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete , trasladarse, deambular y escalones es independiente.

Por otro lado se evalúa el área de juego con los ítems de la evaluación de juguetonería a modo estimativo del desempeño de M. en este área observando una actividad reglada como un juego de mesa llamado Fantasmas y Calabazas, juego reglado por turnos, se tiran dados y se avanzan por casilleros en los que hay diferentes prendas por ejemplo, perder turnos o avanzar . El objetivo final es que drácula llegue a la meta y agarre calabazas.

Como resultado los aspectos positivos mas sobresalientes son:

* El niño la mayoria del tiempo se compromete activamente en el juego y tiene una concentración moderada.
* Algunas veces se mjuestra autodirigido, decide que hacer y cómo.
* Parece sentirse seguro la mayoria del tiempo.
* Algunas veces demuestra euforia evidente, manifiesta disfrutarlo.
* La actitud hacia tratar de vencer barreras, dificultades y obstaculos para persistir en la actividad es moderada.
* En general demuestra una moderada habilidad para modificar activamente la complejidad o demanda e la actividad.
* Raramente participa en travesuras, cometiendo infracción contra las reglas implícitas o explícitas con una intensidad leve pero con habilidad moderada.
* Algunas veces repite acciones y actividades quedando en el tema básico.
* El niño se compromete con el proceso de la actividad solo algunas veces.
* Pretende N/A.
* Algunas veces con intensidad leve se compromete en desafíos o retos.
* Tiene una habilidad moderada para negociar con otros sus necesidades o para satisfacer sus deseos.
* Raramente juega con otros.
* Raramente juega interactivamente con otros sean niños o adultos, con habilidad leve.
* Raramente asume el rol de lider.
* Sus habilidad para entrar en un grupo que ya se esta realizando un actividad es leve.
* La destreza para iniciar el juego con oros es practiamente nula.
* Algunas veces molesta o bromea con otros con una destreza leve para ello.
* Algunas veces durante la actividad se hace el gracioso.
* Algunas veces comparte juguetes y equipamiento.
* Algunas veces da señales verbales , faciales y corporales apropiadas.
* Algunas veces responde a señales corporales con una destreza moderada.
* Mantiene coherencia en el encuadre del juego la mayoria del tiempo.

Se concluye que lel comportamiento lúdico se encuentran afectadas en su calidad ,la motivación intrínseca medida en extensión o proporción de tiempo utilizado en las acciones que influyen en el juego se ve afectada porque es un niño que se distrae con facilidad. Asi como la intensidad con la que el niño persiste dentro de la actividad .Las destrezas que demuestra en el juego son moderadas evidenciando que es el área menos afectada.

Debido a los resultados arrojados se decide el siguiente plan de intervención.

### Plan de intervención

**Se** proponen **dos objetivos generales y objetivos específicos .**

**Objetivo a largo plazo**

* Fomentar las destrezas de regulación emocional.
* Promover una mayor autonomía en las AVD

**Objetivo a corto plazo:**

* El objetivo se cumplirá cuando M. logre aumentar la interacción en actividades lúdicas que involucren a terceros, mirando a los ojos, comenzando o manteniendo el diálogo,permaneciendo en la actividad por mas de 5 minutos. durante una vez a la semana en el lapso de un mes en las sesiones de Terapia ocupacional.
* El objetivo se vera cumplido cuando M. logre realizar el vestido de tren superior, con buzo y campera y atarse los cordones sin asistencia al menos una vez a la semana en la sesión de Terapia Ocupacional .
* Lograr que M. desarrolle mostrar conductas adaptativas acordes a la situación , evitando el llanto o berrinche durante 1 sesión de terapia ocupacional al jugar un juego con otros niños o el TO.
* **Medios terapéuticos**

**Abordaje:** individual.

**Ambiente**: las actividades se harán en el salón de Terapia ocupacional.

**Comunicación:**  verbal y gestual.

**Frecuencia:** 2 veces por semana en sesiones de 30 minutos.

**Metodología:** Basada en el modelo de la ocupación humana.

**Actividades:**

Participación en diferentes juegos, reglados en los que el niño deba respetar turnos, así como la respuesta del otro participante.

Juegos que impliquen manipular objetos de distintas texturas y posiciones. Desde un juego de mesa hasta juegos que incluyan la exposición del cuerpo en el piso.

Participar en juegos que se desarrolle la motricidad fina ( coordinación viso- manual) necesarias para poder aplicarlas enlas actividadesd e la vida diaria:

Trabajo de bandas elásticas colocadas en diferentes tableros,enhebrado de cordeles, pintar con diferentes grosores de pinceles en diferentes clases de dibujos de figuras mas simples a otras que requieran mas precisión. Uso de tijeras para recortar.

**Informe de evolución/ reevaluación**

teniendo el cuenta los resultados de las evaluaciones , se implementa plan de tratamiento con el objetivo de mejorar el desempeño en las actividades de la vida diaria y sobre el desarrollo de las destrezas de regulación emocional.

Trascurrido la mitad del tratamiento, se observa que M. ha mejorado el vestido de tren superior aunque no logra finalizarlo completamente.

Asi mismo, se continua trabajando el atado de cordones. Por otra parte, se observa una actitud algo mas conciliadora en la relación con el terapeuta, esta logrando lentamente aceptar la participación de algún otro miembro aunque luego termina jugando solo.

Se continua misma metodología de trabajo.

### Epicrisis

M. es un niño de 6 años de edad, con diagnostico de Trastorno generalizado del Desarrollo ( T.G.D.) desde aproximadamente los 3 años y medio.

Luego de que su madre notara ciertos comportamientos en el niño que la motivaron a realizar la consulta con el pediatra y posteriormente luego de visitar varios profesionales y hacer diferentes evaluaciones , se llega al diagnostico de TGD. Comenzó tratamiento a partir del año 2015 asistiendo a fonoadiología, terapia ocupacional y psicología con las que continúa al día de hoy.

En la entrevista con la madre informa que su vida familiar es reducida a su padre, madre y hermano pequeño con quien recién ahora esta logrando un vinculo así como con otros integrantes de la familia.

Se le realizan evaluaciones para analizar diferentes áreas de actividad de la vida diaria y juego, como el Barthel y se toman pautas de la evaluación de juguetonería. De ellas surge que se realice la intervención de terapia ocupacional haciendo hincapié en las AVD principalmente en el vestido y la participación social, ambas áreas menos favorecidas en cuanto al desempeño.

Se realizan mediante el juego , el desarrollo de habilidades y destrezas que logren trasladar el aprendizaje a las áreas mencionadas.

Con el transcurso de las sesiones se logró acceder a la confianza del niño lo que posibilitó la propuesta de nuevas actividades con respuesta positiva al cambio.

En el mes de Diciembre ya finalizando las sesiones propuestas M. logró mantener la atención y control de sus emociones por un periodo mayor a las pautas impuestas por el juego asi como por el profesional.

No se logró incorporar la enseñanza del atado de cordones aunque sí se trabajaron la destrezas motoras finas. Por lo que se sugiere continuar con la intervención.

Caso B

## Caso B

### Informe de Entrevista

**Paciente:** E. G

**Edad: 11 años**

**Diagnóstico**: parálisis cerebral.

**Fecha**: 19/10/2016

Siendo las 11 horas, me entrevisto con la señora N. madre del niño E. en los consultorios de CENTIR.

De la entrevista se obtiene la siguiente información:

El embarazo cursado por la señora N. fue normal con lo controles debidos y el parto fue a término sin complicaciones.

Del desarrollo de E. la madre manifiesta que se sentó a los 6 meses pero ella notó que no movía la mano derecha por lo que consultando con el pediatra sin un resultado certero le indican kinesiologia a los 8 meses.

a los 12 meses se paraba y comenzaba a dar sus primeros pasos, asistiendo a partir de a ese momento a estimulación temprana por año y medio. Y a los 5 años comienza con terapia ocupacional.

Recién luego de varias consultas con pediatras y neurólogos al año y medio le hacen una resonancia magnética y como diagnostico el medico le explica a su madre que E. sufrió una falta de oxigeno no se sabe en que momento si embarazo o parto, y como consecuencia de ello , una hemiplejía.

Sobre su historia familiar E. vive actualmente con su madre y sus dos hermanos, de 15 y 6 años. También tiene relación asidua con su padre el cual no vive en el mismo hogar.

Con quien tiene mejor relación es con su hermano menor quien es el que lo impulsa a salir de la casa para jugar o salir a pasear porque es bastante renuente a realizar actividades lúdicas que involucren a otros.

Tiene algunos problemas de conducta, hace berrinches y llora mucho cuando no logra cumplir su cometido. Es perfeccionista, pero le falta continuidad en la ejecución de las actividades da paso a la frustración rápidamente cuando no logra realizarlas exitosamente .Busca excusas para no comer por el mismo motivo.

Su desempeño escolar es muy favorable,actualmente finaliza el 5 grado en una escuela privada, es buen alumno , tiene muy buenas notas y hasta fue abanderado . Tiene buena relación con los compañeros ,el único lugar donde no tiene problemas de conducta es en el ámbito escolar refiere su madre.

Sobre el área de juego prefiere en su casa, los juegos en solitario como la computadora. También disfruta mucho de la lectura. Sale a jugar con su hermano luego que este haya iniciado el juego y lo invite a participar ,no de otro modo.

En el área de las actividades de la vida diaria, se baña y viste solo , su arreglo personal e higiene es adecuada pero siempre tiende a esconder la mano afectada con buzos o remeras manga larga, en cuanto a alimentación usa tenedor y cuchara pero no corta con cuchillo. Sabe atarse los cordones.

### ***Informe de evaluación*:**

**Paciente:** E. G

**Edad: 11 años**

**Diagnóstico**: parálisis cerebral.

**Fecha**: 26/10/2016

Se realiza la evaluación del Manual Ability Classification Sistem ( MACS). La misma arroja como resultado que E. que es un nivel II manipula la mayoría de los objetos pero con un poco de reducción de la calidad y/o velocidad del logro.

Se toma observando al niño manipulando un juego de mesa como el cubo mágico, la toma que realiza en primera instancia siempre es con la mano sana, busca apoyo todo el tiempo en otras superficies como la mesa o su muñeca para colaborar con la mano afectada, hasta que logra posicionar la maño afectada sobre el juguete usándola de sostén para poder girar el cubo.

Por otra parte para evaluar la funcion motora gruesa con las pautas del clasificación de la Funcion Motora Gruesa ( GFCS) se observa que E. cumple con la clasificación nivel de nivel I :

NIVEL I: el niño camina en la casa, la escuela, exteriores y la comunidad. Son capaces de caminar cuesta arriba y cuesta abajo sin asistencia física y utiliza las escaleras sin sujetarse de los pasamanos, pueden correr y saltar pero la velocidad,equilibrio y coordinación en la actividad están limitados. Es posible que el niño pueda involucrarse en actividades deportivas dependiendo de sus intereses y el medio ambiente.

Sobre las actividades de la vida diaria se evalúan con el indice de Barthel que arroja que para comer necesita ayuda, asi como para vestirse. Pero es independiente para lavarse,arreglarse,las deposiciones y micciones, usar el retrete, trasladarse, deambular y el uso de escalones , finalizando con un puntaje de mas de 60 puntos lo que indica un dependencia leve.

### ***Plan de intervención:***

Teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones, y atento a que la mayor dificultad presentada es en M.M. S.S. se decide el siguiente plan de intervención que apunte a estimular la confianza y autoestima del niño mediante el juego.

Mediante la persistencia de las tareas a pesar de las frustraciones. asi mismo se sugiere la colocación de tapping en las sesiones de Terapia ocupacional.

***Objetivos generales:***

* mejorar las actividades de la vida diaria.
* Aumentar la participación social.
* Favorecer las destrezas de regulación emocional.

***Objetivos específicos***:

* Mejorar las habilidades manipulativas y presas centradas en el área de alimentación. Este objetivo se verá cumplido cuando E. pueda cortar con cuchillo las milanesas que le prepara su madre, una vez por semana con alguna asistencia..
* Promover el juego grupal con sus hermanos , de tal manera que acepte jugar participar en juegos propuestos en el patio de la casa con ellos ,sin oposición durante un mes 1 vez a la semana.
* Promover la interacción exitosa con los miembros de su familia, madre y hermanos. Esto se vera alcanzado cuando E. logra participar en salidas familiares planificadas , una vez por semana.
* Que E. logre persistir en las tarea de cortar los alimentos a pesar de la frustración que le genere que no le salga en el primer intento, 1 vez a la semana, durante la sesión de terapia ocupacional en presencia del profesional.

**Metodología**

**Abordaje:** individual

**Ambiente**: espacio de Terapia Ocupacional

**Comunicación:**  verbal y gestual

**Frecuencia:** 2 veces por semana

**Metodología:** Basado en el modelo de la ocupación humana. Modelo biomecánico.

**Actividades:**

* mediante ejercicios preparatorios de motricidad fina se pretende que E. logre una mejor manipulación de objetos pequeños y así obtener un mejor control de la mano afectada para poder cortar con cuchillo.

Ejercicios de búsqueda de objetos pequeños que deberá sacar de una recipiente mediante una pinza.

* Ejercicios de manipulación de bandas elásticas que debe colocar estirar y colocar en un tablero.
* Utilización de broches con diferentes tensiones que deberá ubicarlas en un tablero de madera.
* Uso de adaptaciones como un cubierto mas liviano que los que tiene en su casa, para que pueda usar la mano debilitada.
* con el consentimiento de E. se le pedirá que piense y realice un listado de juegos grupales que le interesen. Y se le pedirá que proponga uno de ellos a su hermano menor.
* Realización de actividades bimanuales con el objetivo que E. incorpore en miembro afectado en las actividades.

### Evolucion/ reevaluacion:

Habiendo transcurrido la mitad de las sesiones del tratamiento propuesto, con asistencia irregular por parte de E. se observa que se ha logrado un pequeño avance hacia la cumplimentación de los objetivos propuestos, es decir :

en relación a las actividades de la vida diaria se sigue trabajando con el objetivo que logre conrtar con cuchillo, se observa una mayor tolerancia hacia la frustración en las sesiones.

Por otro lado, se esta implementando de forma irregular las salidas familiares, que por cuestiones ajenas a E. no se pueden realizar con la frecuencia propuesta,según dichos de la madre.

También se observa durante las sesiones que todavía cuesta incorporar la mano afectada a las actividades.

Se continúa con la metodología de trabajo propuesta, conversando con la madre sobre la importancia de la asistencia regular del niño al tratamiento.

### Epicrisis:

E. nació a término, sin complicaciones en el parto. A partir de los 6 meses inicio su derrotero por las médicos pediatras y otros especialistas con el fin de un diagnostico posible a la debilidad que presentaba en su M.M. S.S. derecho.

A los 12 meses le indican estimulación temprana pero recién al año y medio aproximadamente recibe el diagnostico de hemiplejía.

E. asiste al servicio de terapia ocupacional desde los 5 años. Por lo que al realizar la entrevista con la madre se repasa brevemente su historial personal y dentro de la institución y se centra en el presente del niño,en como se desenvuelve en las diferentes áreas ocupacionales, lo que da como información que E. es un niño con un buen desempeño académico, en las áreas de actividades de la vida diaria en líneas generales es buena salvo alimentación porque no puede cortar con cuchillo.

La participación social se ve limitada por sus constantes berrinches producto de la frustración que le genera no poder realizar ciertas actividades , por lo que él decide evitarlas completamente como por ejemplo salir a jugar con su hermano al patio o participar en actividades grupales familiares.

Se plantea plan de tratamiento acorde a la información de las entrevista y las evaluaciones tomadas , por lo que se trabaja sobre la participación social, manejo de las destrezas emocionales y la alimentación dentro de lo que son las actividades de la vida diaria.

Finalizando el plan de tratamiento propuesto se observa progreso ya que E. se mostró mas colaborador con el correr de las sesiones, acatando las directivas del profesional asi como persistiendo en la tarea asignada e incorporando el miembro afectado a la actividad.

Debido a la finalización de la época escolar por decisión familiar E. se toma un descanso de sus terapias que continuará el año entrante al renovar las sesiones con la obra social.

Caso C

## CASO C

### Informe de Entrevista

**Entrevistado:** S. P.

**Edad: 68 años**

**Diagnóstico**: Luxación irreductible de hombro derecho.

**Fecha**: 28/10/2016

En el dia de la fecha se toma la entrevista en el mismo consultorio dedicado a Terapia Ocupacional a la señora S.. La misma manifiesta interés en contestar preguntar de la entrevista. S. refiere que asiste al centro por una dolencia en el hombro derecho desde hace 2 meses aproximadamente .

Al pedirle detalles de como se originó su lesión cuenta que hace unos 2 meses tropezó en el patio de su casa,que termino en una caída cayendo el peso de su cuerpo sobre el brazo y hombro derecho. Luego de ser asistida en la guardia medica le informan que via RX no aparentaba tener lesión osea .por lo que la mandaron a su casa sin ningún tipo de tratamiento.

Dos meses después es atendida por un medico de su obra social quien ante lo expuesto por S. que seguía teniendo dolor e impedimento importante para usar su brazo, el galeno le confirma previo nueva placa radiográfica que ella había sufrido una luxación del hombro, pero que debido al tiempo transcurrido era imposible intentar colocar de nuevo el hombro a su lugar indicando terapias como kinesiología y terapia ocupacional a las que asiste tres veces por semana.

Sobre su historia familiar comenta que vive con su esposo. Que es ella quien se encarga de todos los quehaceres domésticos, ambos son jubilados pero su marido sigue trabajando.

Manifiesta que en lo que respecta a realizar las actividades de la vida diaria encontraba gran impedimento ya que no podía hacer fuerza de ninguna clase ni elevar su brazo por encima de la linea media. Por ejemplo no podía retorcer, tomar los broches para colgar la ropa. Aunque tuvo que encontrar la manera de seguir haciendo las cosas ya que era la única que las realizaba.

Sobre sus actividades de interés en su tiempo libre , le interesa pintar su casa con brocha, porque es algo que ha hecho en otras ocasiones porque le gusta hacer y la relaja. En su arreglo personal presentaba dificultades para prenderse el corpiño y ponerse la ropa en su parte superior.

Ella manifiesta que si bien considerando que su lesión sucedió hace 2 meses, desde ese primer momento nota cierta mejoría actualmente en lo que refiere a las AVD en vestido la persona realizo adaptaciones en la vestimenta de tren superior como por ejemplo (adaptaciones en corpiño e

implementa el uso de ropa con botones al frente), en cuanto a la alimentación se reorganiza el espacio de la cocina dejando los objetos que usa a diario al alcance de la mano,en cuanto a la higiene y el arreglo personal manifiesta una predominancia en el uso del miembro sano incorporando al miembro afectado como soporte y para sostén de objetos livianos.

En cuanto a las AVDI en gestión del hogar la persona manifiesta un cambio en la realización de la tarea para el mantenimiento del hogar, la limpieza del mismo.

A pesar de esto todavía (manifiesta un dificultad en las destrezas manipulativas en el miembro afectado, para llevar en diversos planos como por sobre su linea media o llevar el hombro hacia atrás para prenderse el corpiño y en la manipulación de objetos pesados como cargar baldes con agua o el canasto de la ropa para tender . ~~T~~oma analgésicos solamente cuando el dolor es intenso y se pone paños fríos en la zona por recomendación del medico traumatólogo.

Se continuará con el proceso de Terapia Ocupacional y el plan de intervención.

### Informe de Evaluacion:

**Entrevistado:** S. P.

**Edad: 68 años**

**Diagnóstico**: Luxación irreductible de hombro.

**Fecha**: 02/11/2016

La evaluación que se elige realizar a la señora S. es el QUICK DASH indicada especialmente para lesiones de miembro superior.

Mediante un cuestionario se evalúan síntomas así como la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, según la perspectiva de la propia persona.

La misma se toma haciendo las preguntas y anotando las respuestas en el cuestionario. Poniendo un puntaje de 1 a 5 , considerando 1 como el grado de ninguna dificultad y 5 el máximo.

Como resultado se observa que S. presenta debilidad muscular por lo encuentra un grado de dificultad 4 o 5 en actividades como abrir un frasco o una tapa muy apretada, se observa una mucha dificultad para realizar movimientos en la abducción, extensión y rotación externa del hombro, lo que resulta en dificultad para lavarse la espalda ,realizar tareas pesadas como pasar el trapo o lavar paredes, cortar con cuchillo alimentos sólidos, tender la ropa etc. Lo que da un resultado de 90,9 % de dificultad en actividades diarias.

Sobre el modulo trabajo da un resultado de 75% ya que el dolor evitaba que las actividades se realicen en tiempo y forma . El modulo de actividades especiales no se aplica ya que S. no realiza deportes ni toca algún instrumento.

Los resultados de la evaluación también demuestran un grado importante de dolor y debilidad que ella manifestó en la entrevista.

También se toma la escala análoga del dolor que analiza según la perspectiva del paciente, con una escala del 1 al 10, siendo 1 sin dolor hasta 10 que es máximo dolor , la misma refiere un dolor escala 9.

### Plan de Intervención

Como resultado de las evaluación tomada a la Sra. S se resuelve presentar la siguiente intervención y trabajar los siguientes objetivos:

**Objetivos generales**

* Favorecer el desempeño en AVD (vestido).
* Aumentar la participación en AVDI (establecimiento y gestión del hogar)
* Aumentar la participación social.

**Objetivos específicos**

* Aumentar el rango de movimiento de abduccíon, rotación externa y extensión del hombro, mediante ejercicios preparatorios en las sesiones de terapia ocupacional. Este objetivo se verá alcanzado cuando S, logre prenderse el corpiño desde la parte posterior de la espalda al finalizar todas las sesiones de terapia ocupacional.
* Incrementar la fuerza de puño . Este objetivo se vera cumplido cuando S. logre al menos una vez por semana sin asistencia abrir los frascos de su alacena sin asistencia ni presencia de dolor .
* Disminuir la intensidad del dolor percibido por S. este objetivo se verá logrado cuando logre salir una vez por semana fuera del hogar a realizar visitas y/o encuentros con amigos, durante un mes.

**Medios terapéuticos**

**Abordaje:** individual

**Ambiente**: consultorio Terapia Ocupacional

**Comunicación:**  verbal y gestual

**Frecuencia:** tres veces por semana en sesiones de 30 minutos cada vez.

**Metodología:** Basado en el Modelo de la Ocupación Humana (M.O.H.O) y Biomecánico.

**Actividades:**

se deciden actividades preparatorias para favorecer el desempeño en las áreas afectadas,trabajando el aumento del rango de movimiento, fuerza y promover los movimientos de circunducción del hombro:

1. Se realiza movilización pasiva del miembro afectado, se trabaja movimientos de flexo-extensión así como abducción-aducción de mano, brazo y hombro.
2. Antes de cada sesión se indica ejercicios de elongación en brazos y hombros con un rodillo que se extiende sobre la mesa hasta estirar al máximo de la capacidad de la persona con movimientos hacia adelante y atrás.
3. Se trabaja ejercicios para aumentar rango de movimiento en diferentes planos sobre la mesa de trabajo donde se trabaja en forma bimanual y manual.
4. Ejercicios combinados de aducción/abducción de hombro con el traspaso de aros de derecha a izquierda y viceversa sobre la cabeza y detrás de la espalda.

Dentro del tratamiento también se consideran actividades que contribuyan a disminuir el dolor y hormigueo de la mano así como la fuerza perdida:

1. Se realizan ejercicios de descarga de peso con el brazo afectado apoyándolo en un plano recto.
2. Ejercitador de roscas de distintas medidas que simulan el movimiento de de desviación radio- cubital.
3. Ejercicios para el aumento de la fuerza con pelotas terapéuticas con las que también se descarga peso. Con movimientos adelante y atrás , asi como ambos costados.

A esto se le suma movimientos activos con el uso de poleas.

todos los ejercicios se realizan fraccionados con periodos de descanso entre uno y otro.

### ***Informe de evolucion:***

A partir de los objetivos planteados en la intervención propuesta para la S. se observa que:

la concurrente siempre tuvo buena disposición y una asistencia perfecta a las sesiones. Con respeto a la evolución en el cumplimiento de los objetivos, se observa que a mejorado el rango articular de movimiento del hombro.

Pero todavía no llega a alcanzar planos que superen su linea media ni lla rotación externa, pero a mejorado también en lo que respecta a la fuerza de puño, ya puede tomar los broches y abrirlos pero no todavía abrir los frascos completamente.

Con respecto al incremento de la participación social se a reducido el dolor al punto que si sale a pasear o visitar familiares.

Se continúa con el tratamiento propuesto con el objetivo de lograr todos los objetivos propuestos.

I

### Informe de re evaluación:

luego de 10 sesiones de Terapia Ocupacional hechas por la señora S. con una asistencia regular , se observa una cambio favorable en sus habilidades motoras de miembro superior, especialmente del lado derecho , el lado afectado por la luxación.

Se decide re-evaluar con el QUICK DASH -outcome measure- de él se desprende que se redujo de 90,9% a 22, 72% el nivel de dificultad presentado en la realización de las actividades de la vida diaria.

Por otra parte, en cuanto al módulo trabajo , también se observa una mejoría pasando de un nivel de dificultad de 75% a sólo 6,85%.

La señora S. refiere que ella nota una gran mejoría en la ejecución de las tareas y en las sesiones se observa que ha logrado ampliar su rango de movimiento.

### Epicrisis

La señora años S. ama de casa, casada 68 años ingresa al centro CENTIR por derivación del medico traumatólogo , luego de haber sufrido una luxación irreductible de hombro.

S. informa que presentaba dificultades con respecto a levantar el brazo por encima de la linea media así como pérdida de fuerza y hormigueo del brazo derecho.

Se realiza evaluación QUICK DASH la que refleja una gran incapacidad en la realización de las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. Por lo que se sugiere plan de intervención dirigido a la disminución del dolor asi como al aumento del rango de movimiento.

Se re-evalúa aplicando el QUICK DASH al finalizar 10 sesiones y los resultados arrojan una mejoría notoria que es observable en la ejecución de las actividades. Aún así se recomienda extender el plan de tratamiento, recomendando la renovación de sesiones en la obra social.

***Caso D***

## Caso D

### Informe de Entrevista

**Paciente**: S. F.

**Edad**: 23 meses.

**Diagnóstico**: Síndrome de Down

***fecha: 04/11/16***

En el día de la fecha se entrevista a la señora C. madre de S.de 23 meses.esta se lleva a cabo en una de las salas destinadas a la recepcion de pacientes, en esta oportunidad vacia. La madre se muestra solicita a contestar las preguntas.

Refiere que asiste al centro de rehabilitación con su hijo S. por indicación del pediatra tratante. Actualmente ademas de Terapia Ocupacional el niño tiene sesiones de Fonoaudiologia, Kinesiología motora y respiratoria los cinco días de la semana.

Con respecto al embarazo y el parto ocurrió a las 36 semanas de gestación. Luego del nacimiento S. estuvo internado en neonatologia una semana y durante un día en incubadora.

A los 8 meses luego de una internación por neumonía requirió de una traqueotomía que mantiene al día de hoy. A pesar de esto según dichos de su madre S. puede masticar por lo que come toda clase de alimentos menos “arroz y queso”..(sic) por temor a las aspiraciones.

Sobre su historia familiar S. vive junto a su madre, padre y dos hermanos : una niña de 7 años y un bebe de 7 meses. Con las que tiene buena relación mayormente con el hermano menor con quien pasa la mayor parte del día. Es un niño sociable con su circulo familiar pero no tanto con los extraños con quien es un poco mas tímido.

Sus dias transcurren en compañía de su hermano pequeño jugando en el suelo, mirando televisión y escuchando música. Se levanta temprano y duerme poca siesta.

S. se muestra en la entrevista y observación como un niño tranquilo, que puede mantenerse sentado rodeado de juguetes, toma los que le interesan cuando se los ofrecen. Si se lo posiciona en decúbito ventral no logra la posición de flexión de codos y rodillas importantes para lograr el gateo. No emite ningún sonido pero se expresa con gestos faciales mínimos.

Se observa que C. es una madre bastante presente en el diario vivir de su hijo S. asi como de todo lo relacionado a la salud del niño,durante la entrevista manifestó que si bien cuenta con enfermeras que asisten al niño de día , ella prefiere encargarse de ciertas cosas como aspirarlo o cambiarle la ánula “ porque nos sentimos mas seguros haciendolo nosotros mismos” ..(sic) ( es decir ella o el padre del niño). A pesar de esto reconoce que a veces se ve superada por la situacion de tener a S. que requiere de mucha atención y cuidados especiales y de otro bebé tmabien pequeño.

Afirma que si bien todavía no gatea si se arrastra hasta obtener los juguetes u objetos de su interés cuando esta en el piso. Pero no da pasos.

Ademas de todas las terapias que toma cuenta con asistencia de enfermería domiciliaria de lunes a viernes, repartido en turnos.

Se continuará con el proceso de Terapia Ocupacional y el plan de intervención.

### **Informe de evaluación**:

**Paciente**: S. F.

**Edad**: 23 meses.

**Diagnóstico**: Síndrome de Down

fecha: 07/11/16

se realiza una evaluación de S. en la sala de estimulación temprana manteniéndolo sentado el la colchoneta con juguetes acordes a su edad,teniendo en cuenta la escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses, y la evaluación del desarrollo de la recopilación de Nancy Marke y Anna Scott.

se observa que S. no cumple las pautas de desarrollo acordes a su edad cronológica de 1 año y 9 meses, en la cual debería ser la siguiente:

**motor**

1. subir escaleras sostenido de un pasamanos
2. baajar escaleras sostenido de una mano
3. ponerse en cuclillas para jugar

**uso manual**

1. construir torres con 5 o 6 cubos.
2. Colocar 2 bloques de encastre.

S. es un niño que tiene control cefálico se mantiene sentado sin apoyo, pero no gatea. Si se lo posiciona en decúbito ventral no tiene buen control cefálico suficiente lo que dificulta el paso de aire por la traquotomía.

No tiene establecido los puntos de apoyo estable de necesarias para la posición de gateo si tiene leve extensión de cadera con lo que se desplaza para obtener objetos cercanos. Se observa hipotonia de miembros inferiores y superiores.

La tracción de sentado no evidencia intención de acompañamiento para el cambio de posición de sentado a parado.

No elabora ni demuestra intención de rolado, solo lo realiza con máxima asistencia.

S. solo extiende sus brazos con el objetivo de alcanzar juguetes que estén en su radio de acción pero pronto desiste cuando no lo logra, tomando los que están mas a su mano.

Está tranquilo pero busca con la mirada a su madre presente, responde cuando se le habla con gestos o miradas, no balbucea ni habla.

Sobre la toma de objetos y su manipulación, se observa que transfiere objetos de una mano a otra, los lleva a la boca, los golpea entre si, alcanza con una mano.

Es muy observador e imita gestos simples, se mira al espejo. sonríe ante la sonrisa del otro y aplaude ante la felicitación sobre la tarea concretada. Hitos que corresponden al uso manual de un niño de 6 - 7 meses .

### Plan de intervención

se decide el siguiente plan de tratamiento, teniendo en cuenta entrevista y evaluación observacional con el objetivo de lograr que el niño logre pautas madurativas de desarrollo acordes a su edad cronológica , teniendo en cuenta sus fortalezas y debilidades:

**Objetivos generales**

* promover las destrezas motoras y praxis
* estimular la exploración del juego

**Objetivos específicos**

* Estimular la cuadrupedia previa al gateo. Este objetivo se verá logrado cuando S. ubicado en posición decúbito prono, sobre un rodillo con rodillas y manos apoyadas ,alcance un juguete con una sola mano,
* Aumentar la participación activa en el juego. Este objetivo se logrará cuando S. seleccione y tome un juguete específico y diferente en cada sesión de terapia ocupacional, a pedido del profesional.
* Estimular las reacciones de defensa laterales del niño. Esto se logrará cuando S. alcance mantener la posición de sentado apoyando sus manos a los costados del cuerpo descargando su peso en el suelo al momento de jugar por un período mas largo de tiempo en cada sesión de terapia ocupacional.

**Medios terapéuticos**

**Abordaje:** individual

**Ambiente**: consultorio Terapia Ocupacional

**Comunicación:**  verbal y gestual

**Frecuencia:** 2 veces por semana en sesiones de 30 minutos cada vez.

**Metodología:** Basado en el Modelo de la Ocupación Humana (M.O.H.O)

**Actividades:**

todas las actividades llevadas a cabo con S. serán desde la participación del niño en el juego, siendo esta la actividad fundamental por la que el niño aprende las habilidades necesarias así como el desarrollo de las destrezas de ejecución. Estas le proporcionan las herramientas necesarias para su desarrollo apuntando a la mayor independencia del niño en las diferentes áreas de desempeño ocupacional.

Se proporcionan juguetes que estimulen el desarrollo sensorio motor lo que incluye el desarrollo de la función de prensión y postural, social y del juego. Concediendo al niño el espacio y tiempo adecuado a sus necesidades.

Proporcionar juegos acorde a su edad con el fin de estimular sus habilidades psico-motoras durante la sesión de terapia ocupacional , una vez a la semana.

Se proveen juguetes que impliquen el desarrollo manipulativo , como tirar de cuerdas para activar un sonido o luces, juegos de empuje con palanca, marcar o apretar un teléfono ”simulando una llamada”, juegos de encastre con formas simples o introducirlos en una cubo grande, según las instrucciones del profesional.

Sentado sobre una colchoneta se le dan juguetes con diferentes consistencias, una esponja, un cubo, una cuchara, un peluche y se le pide que lo tome con una mano y lo entregue.

### Informe de evolución/ re evaluación:

se decide un plan de tratamiento acorde a los resultados de las evaluaciones tomadas, que luego de transcurrido la mitad del tratamiento estipulado, se observa que debido al ausentismo reiterado por parte del niño a las sesiones, no se logran alcanzar los objetivos propuestos al momento, aún así S. en las sesiones a las que asiste se mantiene tranquilo, ya no llora cuando la madre lo deja en brazos del terapeuta.

S hace buena conexión visual con el entorno, pero todavía no logra integrarse en los juegos propuestos ,así como en la toma de los mismos. Sobre la postura sedente, la mantiene por períodos cortos de tiempo, se realiza corrección constante de la postura, acomodando apertura de piernas, también se colocan sostén a su alrededor a modo de prevención.

se continúa plan de intervención propuesto y se mantiene conversación con la madre en la que se hace hincapié en la importancia de la asistencia regular al centro.

### Epicrisis

S. nació con diagnostico de Sindrome de Down a las 36 semanas , estuvo una semana en en neonatología, desde los 8 meses tiene una traqueotomía , toma terapias de estimulacion temprana, posteormente de kinesiologia motora y respiratoria ,asi como de fonoadiologia.

Se observa que con año y nueve meses todavía no gatea ni habla, se mantiene sentado sin apoyos por periodos muy cortos de tiempo.

Por lo que se decide plan de intervención con los fines de que el niño S. logre alcanzar las pautas madurativas acordes a su edad cronológica. Durante todo el tratamiento se observa un lento avance en la concreción de los objetivos por la asistencia irregular del niño al centro, hasta que la intervención se ve interrumpida en su cuarta semana debido a que S. sufrió luego de un día de terapias en el centro sufre un paro cardio- respiratorio que lo mantuvo una semana en terapia intensiva, al momento se encuentra de alta , estable pero con los cuidados preventivos para esta situación, por lo que se decide suspender las sesiones hasta no tener el alta medica.

**ANEXOS**

# ANEXOS

## EVALUACIONES

Caso A:

- Indice de Barthel

-Test de juguetoneria ( playfullness)

Caso B:

-Manual Ability Classification Sistem ( MACS)

-Clasificación de la Funcion Motora Gruesa ( GFCS)

Caso C:

-Quick Dash

caso D:

-Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses,

-Evaluación del desarrollo de la recopilación de Nancy Marke y Anna Scott.

## Bibliografía

* Polonio Lopez/Castellanos Ortega/Viana Moldes(2008) Teoría Ocupacional en la Infancia, Teoría y Práctica,Editorial Panamericana, Madrid, España.
* Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (2001). OMS
* Elizabeth Blesedell-Crepeau/ Ellen S. Cohn/Barbara A. Boyt Schell (2011) Willard and Spackman, Terapia Ocupacional, 11° edición, Editorial Panamericana, Madrid , España.
* Elizabeth Blesedell-Crepeau/ Ellen S. Cohn/Barbara A. Boyt Schell (2005) Willard and Spackman, Terapia Ocupacional, 8° edición, Editorial Panamericana, Madrid , España.
* Begoña Polonio Lopez (2002), Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos,Editorial Panamericana, Madrid , España.
* Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional: dominio y Proceso (2da. Ed.) ( Traducción).

## Planilla de evaluacion

Universidad Nacional De Quilmes

Carrera: Terapia Ocupacional

Asignatura: Pre Práctica Profesional en Disfunciones Fisicas

Apellido y nombre del alumno: ....................................................................................................................

Institución: .....................................................................................................................................................

Práctica Profesional realizada desde: .................................................... hasta: ..............................................

Supervisada por: ............................................................................................................................................

Total, de horas..................................................................................... total de días.......................................

**A: Autoevaluación**

F: Evaluación final

**Parte 1** (para ser completado por el supervisor de la práctica profesional)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actitud del alumno** | **A** | **F** |
| Adaptación a la institución |  |  |
| Adaptación al Servicio de Terapia Ocupacional |  |  |
| Asistencia |  |  |
| Puntualidad |  |  |
| Iniciativa |  |  |
| Relación con: compañeros |  |  |
| Supervisor |  |  |
| Otros profesionales |  |  |
| Participación |  |  |
| Cuidado de materiales, herramientas y equipo |  |  |
| Cumplimiento de los requerimientos de la practica profesional |  |  |
| Aplicación de medios terapéuticos |  |  |
| Capacidad para la planificación terapéutica |  |  |
| Capacidad para interpretar los objetivos terapéuticos |  |  |
| Organización y utilización de su tiempo según distintos requerimientos |  |  |
| Conocimiento necesario para aplicar el programa terapéutico |  |  |
| Conocimiento de las actividades aprendidas en la carrera |  |  |
| Adaptación a los medios disponibles |  |  |
| Aporte de nuevas actividades |  |  |
| Preparación del proyecto en cuanto a material y proceso |  |  |
| Capacidad para aplicarlos y utilizarlos con el paciente |  |  |
| **Relación terapéutica** | | |
| Capacidad para establecer adecuadas relaciones terapéuticas |  |  |
| Capacidad para resolver situaciones |  |  |
| Habilidad para el manejo de grupo |  |  |
| Habilidad para relacionarse con la familia |  |  |
| **Información** | | |
| Nivel de conocimiento de acuerdo a las asignaturas cursadas |  |  |
| Interés por buscar la información necesaria |  |  |
| Elaboración de la información recibida |  |  |
| Información con exactitud |  |  |
| Uso de terminología apropiada |  |  |
| **SUBTOTAL** |  | |
| **Parte II (**Evaluado por el profesor en la Universidad**)** |  |  |
| Asistencia a la supervisión de la U.N.Q |  |  |
| Presentación del análisis institucional |  |  |
| Presentación de la planificación terapéutica |  |  |
| Presentación en tiempo y forma de la carpeta de la Practica Profesional |  |  |
| **SUBTOTAL** |  | |

**Escala puntaje:** 1, 2, 3 (desaprobado); 4, 5 (regular); 6 y 7 (bueno); 8 y 9 (distinguido) y 10 (sobresaliente). Se aprueba con una calificación de 4 (cuatro) a 10 (diez) puntos.

Todo alumno que abandone la practica sin previo aviso al docente supervisor de la institución o docente de la Universidad será desaprobado.

Observaciones:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………… …………………..............

Firma del Supervisor Firma del Alumno