

Productos de apoyos para el desempeño independiente en la actividad del vestido en un adulto joven, en estadio secular pos Síndrome Guillén barre

Año
2017

Autor
Dagna, Débora

Director
Bustos, Andrea

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Dagna, D. (2017). *Productos de apoyos para el desempeño independiente en la actividad del vestido en un adulto joven, en estadio secular pos Síndrome Guillén barre*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María





Universidad Nacional de Villa María

Instituto Académico Pedagógico de Ciencias
Humana.

Lic. En Terapia Ocupacional

Tesis

Productos de apoyos para el desempeño
independiente en la actividad del vestido en un
adulto joven, en estadio secuelar pos Síndrome
Guillén barre

Alumna: Dagna Débora

Directora de Tesis: Andrea Bustos

Año: 2017

Titulo:

Productos de apoyos para el desempeño independiente en la actividad del vestido en un adulto joven, en estadio secuelar pos Síndrome Guillén barre.

Tema:

Utilización de productos de apoyo para mejorar los niveles de independencia en la actividad de vestido de un adulto joven con secuelas pos Síndrome Guillain Barre.

Agradecimiento:

Brevemente quiero agradecer a las personas que estuvieron presentes durante mi carrera, a la decana del instituto Académico Pedagógico de Ciencias Humanas Dra. Gloria Judi Vadori, a la coordinadora de la carrera de la Licenciatura en Terapia Ocupacional Lic. Mariana Flores.

A todos los docentes presentes durante todos estos años de preparación, por instruirme, enseñarme y aconsejarme, por brindarme todas sus experiencias, conocimientos y sobre todo por apoyarme en los momentos difíciles que se han presentado y siempre haber escuchado críticas como también elogios.

Al tribunal Evaluado Mariana Flores, Paolo Bandeo y Elena Surghi, a mi directora de Tesis Lic. Andrea Bustos por su apoyo incondicional, por aportarme sus conocimientos y por su tiempo dedicado.

A mi familia por su apoyo, amor, contención durante todo el trascurso de mi carrera, a mi novio por sus palabras de aliento y por confiar en mí.

INDICE

-Titulo.....	1
-Tema.....	1
-Índice.....	3
-Índice de abreviatura.....	5
-Introducción.....	6
-Fundamentación.....	13
-Problema.....	17
-Antecedentes del Problema.....	19
-Hipótesis.....	26
• Variable Independiente y Dependiente	
Objetivos.....	28
-Marco Teórico.....	30
-Metodología.....	38
- Valoración Funcional del Joven.....	43
-Primera Etapa: Evaluación inicial.....	47
-Segunda Etapa: entrenamiento.....	51
-Tercer Etapa: Reevaluación.....	59
-Conclusión.....	62
-Cronograma de Tesis.....	66
-Bibliografía General.....	67
-Bibliografía Tecnológica.....	69

-Anexos.....70

Índice de Abreviaturas:

AVD: actividad de la vida diaria

AVDA: Actividades de la Vida Avanzada

AVDB: Actividades de la vida Diaria Básica

AVDI: actividades de la Vida Diaria Instrumentales

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud

FIM: Medida de independencia Funcional

MMII: Miembros Inferiores

MMSS: Miembros Superiores

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Producto de Apoyo

TO: Terapia Ocupacional

INTRODUCCIÓN

Introducción

Los seres humanos por naturaleza son agentes activos, que, durante sus vidas, ejecutan un sinnúmero de ocupaciones, roles y actividades con el objetivo de desarrollarse y sentirse involucrados en un “todo”, es decir, en una sociedad que los contiene, los desafía y los mantiene en un constante proceso de superación.

Ante esta realidad, el hombre aprende y se adapta a través de su participación en actividades de diferente índole y el ritmo de la vorágine de la sociedad actual no da tregua. Esto sin considerar que coexistimos también con cientos de miles de personas que cuentan con déficit de diferentes índoles, lo que hace más compleja su adaptación al entorno y sus demandas, en especial cuando se atraviesa por situaciones de dependencia en la mayoría de sus actividades de la vida cotidiana.

Los seres humanos deben generalmente afrontar numerosas barreras con el objetivo de insertarse en la sociedad actual que manifiesta prejuicios sociales, problemas de accesibilidad, un sistema educativo que no los contempla, empresas que no están preparadas para recibirlos y en lo cotidiano, deben atravesar obstáculos que surgen de las mismas tareas vitales necesarias para el cuidado de sí mismo y el automantenimiento, como ser entre otras las actividades básicas de la vida diaria.

“Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son aquellas que se realizan todos los días, es decir que se hacen a diario, este quehacer humano está estrechamente vinculado con la supervivencia del individuo, con su autonomía, y satisface las necesidades vitales sin las cuales el ser humano, no podría sobrevivir.”¹ Ejemplos de estas actividades son: alimentarse, higienizarse, vestirse.

¹ Moruno Miralles, P., Romero Ayuso, D. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. Capítulo (pp. 268-269). Editorial Masson. Barcelona España

Todas estas actividades se repiten diariamente, constituyéndose en rutinas que *“son los patrones de comportamiento que son observables, regulares o fijos, repetitivos y que proveen de estructura a la vida diaria; requieren del empleo de un tiempo momentáneo y se integran en los contextos culturales y ecológicos”*²

Las AVD también cumplen una *“función social elemental puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una determinada comunidad, y conforman la identidad de cada sujeto, constituyendo formas de expresión y diferenciación personal”*³.

Las mismas se clasifican en AVDB (Actividades de la Vida Diaria Básicas) y en AVDI (Actividades de la Vida Diaria Instrumentales), las primeras son las imprescindibles para sobrevivir mientras que las segundas son más complejas y necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad.

Se considera que las AVD son un componente de salud esencial que contribuye a la vivencia subjetiva de la salud, la enfermedad y la discapacidad. Cuando una persona padece de algún déficit, dificulta, limita o impide el desempeño ocupacional de las Actividades de la Vida Diaria.

Frente a los cambios o desafíos que se van presentando el hombre tiene capacidad para adaptarse, la cual puede perjudicarse por distintos motivos: por ejemplo, por la disminución de las destrezas o por el entorno.

En este sentido, la CIF que es la clasificación internacional del funcionamiento, incorpora a los factores contextuales, debido a que los mismos pueden facilitar y potenciar o restringir e inhibir el desempeño ocupacional o producir déficit en diferentes habilidades de desempeño necesarias para llevar a cabo las AVD; independientemente de una enfermedad.

² Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, R., Martilla Mora, R., Bocanegra, M., Méndez, B., y Ramírez Ríos, A. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 2da Edición. Editorial: TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia. España

³ Moruno Miralles, P., Romero Ayuso, D. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. Capitulo (pp. 269-270). Editorial Masson. Barcelona España

Entonces, se puede decir dichos factores pueden impactar en la autoestima, la motivación, la percepción de su propio cuerpo, las habilidades, capacidades y disfrutes cotidianos de las personas.

Es frecuente que los sujetos solo se den cuenta de la importancia de sus habilidades tras la pérdida temporal o permanente de las mismas; ya que esta situación puede originar una dificultad para realizarlas. Lo que puede conducir, en algunas ocasiones, a que la persona evite la ejecución de ciertas actividades, o bien que las ejecute a través de solicitar ayuda a otros, derivando en ocasiones en un proceso de pérdida de la autoestima y falta de confianza en sus capacidades, percibiéndose a sí mismo como dependiente.

La Terapia posee una visión holística de la faceta ocupacional del ser humano, atendiendo tanto a aspectos físicos como psicológicos, sociales y espirituales; entendiendo que todos ellos confluyen en las elecciones ocupacionales de la persona.

Entre las funciones del profesional de Terapia Ocupacional se encuentra la de evaluar el desempeño ocupacional para poder identificar aquellos factores que pueden estar interfiriendo o que ponen en riesgo las posibilidades de desempeñarse de manera satisfactoria para la persona.

“En Terapia Ocupacional se reconocen tres áreas de intervención: automantenimiento o tareas de la vida diaria (o autocuidado); trabajo o actividades productivas remuneradas o no, que suponen una aportación a la sociedad; educación, ocio, juego y participación social”⁴

Entre las actividades básicas de la vida diaria, se encuentran: bañarse-ducharse, cuidado del intestino y vejiga, vestirse, comer, alimentación, movilidad funcional, cuidado de los dispositivos de atención personal, higiene y arreglo personal, actividad sexual, aseo e higiene en el inodoro.

El presente trabajo se enfoca en el área de autocuidado, en el campo de la rehabilitación física o neurorrehabilitación y se desarrolla en relación a C.C,

⁴ Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, R., Martilla Mora, R., Bocanegra, M., Méndez, B., y Ramírez Ríos, A. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición.* Editorial: TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia. España

de 37 años oriundo de la localidad de Monte Buey que se encuentra en un estadio secuelar pos Síndrome Guillain barre.

EL síndrome de Guillan Barre es una “polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune, caracterizada por un déficit motor simétrico progresivo, ascendente, e hiporreflexia o arreflexia generalizada. En su forma clásica se acompaña de síntomas sensitivos, de afectación de los nervios craneales y de trastornos disautonómicos”.⁵

*“Dicha inflamación causa daño de la vaina de mielina que envuelve las fibras nerviosas del SNC; y en los casos más graves también se produce daño axónico”*⁶. Este síndrome puede adoptar una forma leve, que produce paresia solo en las extremidades inferiores, o una forma grave de dar lugar a cuadriplejia e insuficiencia respiratoria. Habitualmente es una enfermedad transitoria que tiende a la recuperación del paciente.

La causa exacta del síndrome se desconoce; sin embargo, con frecuencia aparece después de la recuperación de una enfermedad viral, de una operación o de una inmunización.

Las características clínicas comunes del síndrome de Guillain-Barré que pueden encontrarse al interrogatorio son; *“debilidad muscular y fatiga de músculos del cuello y las extremidades o parálisis, falta de coordinación, cambios en la sensibilidad; adormecimientos, parestesias y dolor muscular (puede similar calambre)”*.⁷

Dentro de los síntomas de gravedad se encuentran: dificultad para la deglución, babeo (sialorrea), dificultad respiratoria o apnea y desmayos (lipotimias). Dentro de la exploración física pueden visualizarse: disfunción motora, debilidad simétrica de extremidades: proximal, distal o global, debilidad de músculos del cuello, debilidad de músculos de la respiración, parálisis de

⁶ Blesedell Crepeau, E., Cohn. E, Schell, B. (2008). *Terapia Ocupacional: Willard spackman*.10 Edición. Capítulo 39 (pp.786). Ed. Médica Panamericana. Bs As. Argentina

⁷ Maria ines A., Martin Fide R.(2008) Diagnostico y manejo del Síndrome Guillain Barre en la etapa aguda. pp 3-4. Bs As. Argentina

nervios craneales III-VII, IX-XII, Arreflexia, y fatiga de músculos de extremidades.

Por último, el sujeto también puede presentar cambios sensitivos entre estos: Pérdida distal del sentido de posición, de vibración, de tacto y de dolor; y ataxia.

En el campo de la rehabilitación física los tratamientos requieren de un abordaje interdisciplinario que cubra diferentes áreas de necesidad para el paciente.

Como se dijo anteriormente esta investigación se centra en un joven; C.C de 37 años a quien hace 7 años se le diagnosticó Guillain Barre, estando actualmente en una etapa crónica con secuelas que afectan las habilidades para desempeñarse en la mayoría de sus actividades de la vida diaria.

Cuando los déficits son severos y persisten en el tiempo pueden generar restricción en la participación ocupacional independiente y satisfactoria de la persona. En esta circunstancia los Terapeutas Ocupacionales están preparados para pensar y ofrecer a sus pacientes estrategias, tecnologías y productos que mediante el diseño, análisis y entrenamiento puedan suplir o compensar dichos déficits, maximizando así el desempeño.

Los productos de apoyo, según la norma ISO 9999, se definen como *“cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos, tecnologías y software) fabricados especialmente o disponible en el mercado, utilizado por personas con discapacidad para proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones, estructuras corporales y actividades, o para prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación”*.⁸

El objetivo para la utilización de los productos de apoyo es *“realizar la tarea, de forma autónoma o con ayuda de un asistente, con eficacia, seguridad y comodidad”*⁹

⁸ <http://www.unit.org.uy/> UNIT-ISO 9999. (2011). Productos de Apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y Terminología. Última Actualización: 05/06/2014. Uruguay.

⁹ Herranz, S., Valle Gallego, I. y Vigarra Cerrato. (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: productos de apoyo para la autonomía personal*. Buenos Aires.

La Terapia Ocupacional tiene entre sus alcances identificar las necesidades del paciente, y a partir de las demandas “*diseña y elabora equipamiento personal y ambiental, fijo y móvil, como también capacita en el entrenamiento del mismo*”¹⁰, destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de las personas; con los fines de maximizar la independencia, mejorar el desarrollo y mantener la salud.

El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración”¹¹. En la práctica de la Terapia Ocupacional la adecuación de las tareas y/o entorno de desempeño, implica el diseño y elaboración de diferentes Productos de Apoyo de variada complejidad.

A partir de esta problemática se enfatiza que los Terapeutas Ocupacionales a diferencia de otros profesionales, aportan sus herramientas para asesorar sobre productos adecuados a las necesidades de las personas, teniendo en cuenta el estudio: de las capacidades de la persona, de las necesidades del cuidador, análisis del entorno físico y social, de la disposición existente en el mercado en lo que respecta a productos de apoyo, asesoramiento en la confección, y el entrenamiento en el uso de este productos como así también en el mantenimiento del mismo.

¹⁰ <http://www.terapiaocupacional.org.ar/> Ley nacional del ejercicio de la profesión de TO. Incumbencias desde Terapia Ocupacional.

¹¹ www.apeto.es/ A.P.E.T.O-Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, Última actualización 20/05/2014. España.

FUNDAMENTACIÓN

Fundamentación

La presente investigación surgió a partir de la lectura de una noticia publicada en el diario de la localidad de Monte Buey (Córdoba, Argentina), acerca de un adulto joven que se le presentaba una propuesta de inserción laboral en el puesto de trabajo de la Secretaria del Club deportivo Matienzo, luego de haber sufrido un cambio notable en su vida, debido al impacto y secuelas generadas por el Síndrome Guillain Barre.

Durante la etapa de aproximación a C.C, indagando acerca de sus necesidades, este refirió que su mayor preocupación es la dependencia que tiene en la actividad del vestido, ya que se encuentra frente a una nueva propuesta laboral, percibiendo la necesidad de disminuir la asistencia que le aporta su madre a la hora de los preparativos ya que lo desencadena emocionalmente. Frente a esta realidad, considerando que no recibió tratamiento de Terapia Ocupacional, se decidió centrar el trabajo en esta inquietud.

Considerando el tiempo transcurrido desde que se le diagnosticó, dado a que no recibió ni recibe actualmente de manera sistemática rehabilitación y el deterioro severo de sus habilidades se planteó como problemática si las utilidades de productos de apoyo existentes en el mercado podrían compensar los déficit y mejorar las posibilidades de independencia de C.C.

Actualmente este síndrome es conocido por los profesionales de la salud, no así por la población en general, razón por la cual, ha sido esencial que se hiciera una investigación sobre de qué manera estas personas pueden afrontar sus secuelas residuales mejorando la independencia en su desempeño ocupacional, visión presente en la Terapia Ocupacional.

Por otro lado, y como se demuestra más adelante en los antecedentes del problema, los trabajos e investigaciones existentes solo se han desarrollado desde una perspectiva etiológica y clínica y con un enfoque médico sintomático.

En consecuencia, se consideró conveniente desarrollar un trabajo como este, ya que si bien se basó solo en un joven; se centró en una etapa de cronicidad con déficit secuelares que restringen la participación ocupacional en actividades que son básicas para el autocuidado. Y en particular se tuvo interés en determinar si es posible mediante la utilización de los productos de apoyo disminuir la dependencia actual en las tareas del vestido.

Cabe mencionar que los productos de apoyo fueron seleccionados en base a las necesidades del paciente. Existen en el mercado diversos productos que se proponen para tareas de la actividad del vestido, sin embargo, en nuestro medio pocos de ellos se pueden adquirir. En este trabajo se comenzó a abordar la problemática a partir de los productos que son accesibles en cuanto a la posibilidad de obtenerlos, llevando adelante un proceso en el cual se ha podido determinar su concordancia con a las necesidades funcionales de C.C y como impactaron la utilización de estos en su nivel de independencia.

Teniendo en cuenta también que la elección del producto está supeditada a la motivación del joven, y siendo el interés central de este, y de nuestra profesión, lograr el máximo nivel de autonomía posible.

Se consideró que este trabajo aportaría también a la persona la experiencia de ser partícipe activo en la búsqueda de autonomía, entendiendo a esta como el derecho de una persona a auto determinarse, a ser autosuficiente en la realización y desarrollo de las decisiones acerca de la propia vida. Es decir, la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia decisiones sobre cómo vivir según las normas y preferencias individuales.

Por último, cabe mencionar que en la actualidad existen diversas razones que explican las problemáticas en el escaso nivel del uso de estos productos de apoyo en el desempeño de la actividad de vestido; como son el elevado precio de los mismos, falta de información de los usuarios sobre cuáles existen, donde adquirirlos, como utilizarlos y la escasa diversificación en este mercado.

A partir de esta problemática se destacó que los Terapeutas Ocupacionales a diferencia de otros profesionales, aportan sus herramientas para asesorar sobre productos adecuados a las necesidades de las personas, teniendo en cuenta el estudio: de las capacidades de la persona afectada, de las necesidades del cuidador, análisis del entorno físico y social del joven afectado, análisis de las opiniones existentes en el mercado de los productos de apoyo,

asesoramiento en la confección, y el entrenamiento en el uso de este productos como así también en el mantenimiento del mismo.

PROBLEMA

Problema:

El uso de productos de apoyo comerciales para la actividad de vestido en un adulto joven que se encuentra en estadio secuelar de más de 7 años, pos Síndrome Guillan Barre ¿permite aumentar el grado de independencia funcional en esta actividad?

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Antecedentes del problema

A partir de la búsqueda de antecedentes que aporten de modo teórico y metodológico al campo temático y problemático elegido, las investigaciones halladas fueron las siguientes:

Uno de los estudio titulado Síndrome de Guillain- Barre- Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento fue escrito por los doctores Fermín Casares Albernas; Orestes Herrera Lorenzo; José Infante Ferrer; Ariel Varela Hernández¹²; quienes brindan información en base al cuadro clínico del síndrome Guillain Barre, el cual se caracteriza por la aparición brusca de un déficit motor simétrico agudo con trastornos sensitivos subjetivos ligeros y dolores en las extremidades o el raquis.

Enfatizan que déficit motor se inicia en la mayoría de los casos en los miembros inferiores y progresa a los superiores, tronco, músculos del cuello, deglución y fonación. Y en otros casos comienza por los miembros superiores y desciende a los inferiores en sentido inverso. Luego de un análisis profundo los autores descubrieron que un 1/3 de los pacientes la deficiencia motriz queda limitada a miembros superiores o inferiores; habitualmente es simétrico con predominio distal o proximal indistintamente.

En otro los datos obtenidos el 60 % se acompaña de parálisis facial bilateral, aunque puede ser unilateral, y otro aporte fue que el 90 % de los pacientes no pueden caminar a las 72 horas de recuperación.

Entre las consecuencias destacan que es común la hipotonía, hiporreflexia y arreflexia osteotendinosa en los segmentos afectados. Y por último otro de los datos aportados fue que los síntomas sensitivos son escasos, aunque pueden proceder en horas a los síntomas motores, dolores musculares, calambres o endurecimiento en las extremidades son los más comunes.

Otra de las investigaciones que se ha considerado relevante hacer mención, es la titulada “Caracterización clínica del Síndrome de Guillain-Barré”, cuyos

¹² Casares Albernas, F., Orestes Herrera, L.; Ferrer, J. y Hernández Varela, A. (2006). *Síndrome de Guillain- Barre. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento.*

investigadores fueron los doctores Javier V. Sánchez López, Luken Chao Campanioni, Juan Alberto Chávez Esparís, Luiset Domínguez Guardia, Lester Wong Vázquez, y Eunise Blanco Vázquez ¹³; En dicho estudio los métodos que los autores seleccionaron para utilizar en todo el proceso fueron observacionales, descriptivos, longitudinales y retrospectivos, llevados a cabo en las unidades de cuidados intensivos del Instituto de Neurología y Neurocirugía del Hospital General “Calixto García” durante el periodo comprendido entre los años 1999-2009.

Destacan que, entre las necesidades del ingreso, la mayor parte se incorpora en ese servicio debido al desconocimiento inicial de la variante del síndrome al cual se enfrentaban, como también el tiempo de progresión que tendía en cada paciente. La población estuvo compuesta por 56 pacientes que asistieron con síntomas del síndrome de Guillain Barré (SGB).

Los objetivos que se establecieron fueron; por un lado, caracterizar a pacientes con diagnóstico el síndrome según variables epidemiológicas, como también describir las variantes clínicas más frecuentes, su evolución y el tratamiento de estos pacientes.

Los autores recalcan que el tratamiento medicamentoso impuesto en aquella investigación fue la que actualmente propone la Organización Mundial de la Salud para tratar esta enfermedad tanto en niños como en adultos.

Por último, se concluyó que el grupo de mayor prevalencia en el estudio estuvo constituido por individuos de edades entre 40-59 años, con un predominio del sexo femenino y de la raza Blanca.; y la variante clínica que se puso de manifiesto con mayor frecuencia fue la denominada clásica que comienza por los miembros inferiores de manera ascendente. Cabe destacar que el mayor porcentaje de los pacientes evolucionó favorablemente, sin complicaciones, mientras que un grupo importante de pacientes recibió ventilación artificial como tratamiento adicional en la unidad de cuidados intensivos.

¹³ Sanches López, J., Chao Campanion, L., Chávez, E., Esparís. J., Domínguez Guardia, L., Wong Vázquez, L. y Blanco Vázquez, E. (2012). *Caracterización clínica del Síndrome de Guillain-Barré*. La Habana, Cuba

Otra vía de investigación encontrada en base a la temática, titulada síndrome de Guillain Barre, fue llevada a cabo por Montes de Oca, Sergio Luis y Albert Victorero, Ariagna¹⁴; quienes realizaron un estudio de índole transversal y descriptiva para examinar la conducta del síndrome de *Guillain-Barré* en el Hospital Clínico Quirúrgico "León Cuervo Rubio" de la ciudad de Pinar del Río, en el periodo transcurrido entre enero del año 2009 a septiembre del año 2013. En dicho estudio, los pacientes ingresados en salas de medicina interna y servicios de terapia intensiva, se constituyó por 24744 y la muestra que se tomo es de 12 pacientes con este diagnóstico.

Lo que se quería lograr con este estudio caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico, a los pacientes con síndrome de *Guillain-Barré*, las variantes electromiográficas, la aplicación de los criterios diagnósticos, así como la evolución posterior.

Para obtenerlos datos planteados lo que se utilizó fue la información reflejada en las historias clínicas, recogiendo variables como edad y sexo, factores predisponentes, estudios diagnósticos realizados, y evolución posterior.

Entre los factores predominantes se incluyeron el antecedente de infecciones respiratorias o gastrointestinales, antecedentes de infección por virus del dengue y la administración de vacunas. Se definió como evolución clínica: vivos sin secuelas, vivos con secuelas y fallecidos.

Por último se arribó a la conclusión fue que el mayor número de casos ocurrió en el año 2009, habiendo un predominio del grupo de edades en la franja etaria de 50 a 59 años y del sexo femenino, el factor predisponente que se observó con mayor frecuencia fue la presencia de las infecciones de vías respiratorias, como también el predominó la variante de polineuropatía inflamatoria desmielinizante aguda.

El siguiente estudio denominado rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barre fue aportado por los autores MsC. Isabel Adela

¹⁴ Montes de Oca, L. y Victorero Ariagna, A. (2014). *Síndrome de Guillain-Barré*. Pinar del Río. Rev. Ciencias Médicas

Vigil Zulueta, MsC. Arelis Guerra Santana, Dr. Lázaro Ochoa Undangarain, MsC. Marcia Sandra Hernández Zayasl y MsC. Carlos Ariel ;Domínguez Osorio¹⁵ , el cual se titula rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barre, dicha investigación era de carácter descriptivo y transversal, llevado a cabo en 20 pacientes con síndrome de Guillain-Barré, atendidos en el Hospital Infantil Docente Sur de Santiago de Cuba, en el periodo de enero del año 2002 a diciembre del 2010, su objetivo fue definir el proceso de rehabilitación con vistas a caracterizarles según algunas variables clinicoepidemiológicas de interés.

La mayoría de las evaluaciones fueron llevadas a cabo en pacientes de sexo masculino, siendo el grupo etario de 0-9 años. Las variables seleccionadas para explorar que en dicho estudio fueron: edad, sexo, fenómenos precedentes a la enfermedad y momento de aparición, forma clínica en que se presentó el síndrome de Guillain-Barré, precocidad en el inicio del tratamiento médico y rehabilitador según el tiempo transcurrido en acudir a la institución hospitalaria, medicamentos empleados en la terapia aplicada en las unidades de cuidados intensivos y salas de medicina interna.

Por último, se concluye que los tratamientos precoces médicos y rehabilitadores fueron determinantes en el grado de deficit motor y funcional al egreso del paciente y que la inmediatez y el mantenimiento de las medidas de rehabilitación integrales fueron indispensables en el logro de la autonomía y una mejor calidad de vida de los pacientes.

Otra de las investigaciones que se encontraron, fue la que describieron los autores Teodoro Quintero, y Ricardo Boza¹⁶ en su investigación titulada Síndrome de Guillain-Barré: análisis de 36 pacientes. La misma describe las características clínicas y epidemiológicas, métodos diagnósticos y la terapéutica empleada en los pacientes con síndrome de Guillain-Barré

¹⁵ Vigil Zulueta, I., Guerra Santana, A ., Ochoa Undangarain, L. , Hernández Zayasl, M., y Domínguez Osorio, C. (2012). *Rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barre*. Medisan

¹⁶ Quintero, T. y Boza, R. *Síndrome de Guillain-Barré: análisis de 36 pacientes*. (2005). Costarricense de Ciencias Médicas.

atendidos en el Hospital San Juan de Dios, durante el 1 de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1998.

Los autores consideraron destacar la progresión en días o semanas, simetría relativa, signos o síntomas sensitivos leves, ausencia inicial de fiebre, compromiso de nervios craneales, disfunción del sistema nervioso autónomo, inicio de la recuperación dos o cuatro semanas después de cesar la progresión, proteínas en LCR mayores de 50 mg/dl y pleocitosis mononuclear menor de 50 células/mm (disociación albumino-citológica), después de la primera semana de evolución y disminución de la velocidad de conducción nerviosa o bloqueo. Finalizando, se llega a la conclusión de que las características clínicas halladas en los pacientes fueron similares a las observadas en otros trabajos.

Se observa que la mayor incidencia de casos fue durante meses más lluviosos y de mayor hacinamiento poblacional (mayo a diciembre), así como la alta frecuencia de infecciones del tracto respiratorio y de enfermedad diarreica como antecedentes patológicos, son hallazgos epidemiológicos cuya importancia deberá evaluarse en estudios posteriores.

En última instancia, se hará mención de un estudio titulado el síndrome de Guillain - Barré y los ejercicios en agua, brindado por la Lic. Elíizabeth Rubio García¹⁷, llevado a cabo en el Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz"; ciudad de la Habana, el cual propone una metodología de ejercicios aplicados en agua, para la rehabilitación de las secuelas por el Síndrome de Guillain Barré.

El estudio se llevó a cabo en una joven de 25 años cuyas secuelas sensitivas y motoras no le permitían desarrollar una vida normal. Los métodos utilizados fueron teóricos, empíricos y comparativos. Con la joven se trabajaba con ejercicios específicos de la natación, donde se aprovechaba la resistencia que hacia todas las direcciones ejerce el agua y que ésta es superior a la del aire, así como también la fuerza del empuje que permite lograr una mayor flotabilidad. Se concluyó que la mujer logró restablecerse de sus secuelas en un tiempo relativamente corto; y que la fuerza muscular, la velocidad de

¹⁷Rubio García. E. (2001) *El síndrome de Guillain - Barré y los ejercicios en agua*. Instituto Superior de Cultura Física.

conducción y la coordinación de los movimientos mejoraron en un 100 %, permitiéndole a la paciente reincorporarse a la sociedad.

Para concluir destaco que no existen estudios que aborden la temática desde la mirada que esta investigación intenta, solo se encontraron aportes desde un carácter medico enfocándose en las causas, consecuencias, modo de tratamientos (medicinales), sin enfatizar en relevancia de la utilización de los productos de apoyo, para mejorar el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria.

HIPÓTESIS

Hipótesis:

En un adulto joven con secuelas pos Síndrome Guillain Barre, la utilización de Productos de apoyo comerciales que ofrece el mercado para tareas relacionadas a la actividad de vestido pueden mejorar su nivel de independencia.

Variable Dependiente:

Independencia en tareas de vestido.

Variable Independiente:

Productos de Apoyo para tareas de la actividad de vestido.

OBJETIVOS

Objetivos

General

- ❖ Demostrar que el uso de productos de apoyo comerciales ofrecidos en el mercado para el vestido pueden mejorar la independencia en dicha actividad en un adulto joven en estadio secundario, post Síndrome de Guillain Barre.

Específico

- ❖ Determinar qué productos de apoyo existentes en el mercado para la actividad de vestido permiten mejorar el nivel de independencia funcional en dicha actividad.
- ❖ Determinar si el uso del enhebrador de botones, le permite independencia al joven en la tarea de prender y desprender botones.
- ❖ Determinar si el uso del colocador de prendas, le permite independencia al joven en la tarea de colocarse las camisas y descender las prendas por el tronco luego de su colocación.
- ❖ Determinar si el uso del calzador, le permite independencia al joven en la tarea de colocarse y quitarse los zapatos.
- ❖ Determinar si el uso del calzador de medias, le permite independencia al joven en la actividad de colocarse y quitarse los calcetines.
- ❖ Valorar comparativamente como era la situación sin uso de PA

MARCO TEÓRICO

Marco Teórico

La Ley Nacional de Ejercicio profesional de Terapia Ocupacional, 27.051, sancionada en diciembre 03 de 2014 y promulgada en diciembre 23 de 2014, en el capítulo IV; artículo nº8, hace hincapié en los alcances e incumbencias de la profesión.

Dentro de las incumbencias que posee el Terapeuta ocupacional, se determinó que el presente TFG se centró en la incumbencia “I” que hace referencia a: *“Participar en la evaluación, diseño y confección de ayudas técnicas y tecnologías de asistencia y capacitar, asesorar y entrenar en el uso de las mismas”*.¹⁸

Cabe mencionar que en la actualidad se denominaron productos de apoyo a lo que tiempo atrás se lo conocía con el nombre de ayudas técnicas. Los productos de apoyo, son cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a: *“facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/ estructuras corporales y actividades o para prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación”*¹⁹.

Los productos de apoyo permiten realizar actividades que pueden resultar difíciles de hacer o no somos capaces de realizar debido a un déficit a nivel motor o cognitivo. Es por ello que gracias a la utilización de estos productos se facilita la vida a las personas con algún tipo de discapacidad y/o se previene la aparición de patologías.

La comprensión del Terapeuta Ocupacional (TO) acerca de que tareas conforman una actividad y de los requerimientos que demandan a una persona la ejecución de la misma se logró a través de la técnica del análisis de la

¹⁸ Congreso Nacional; Cámara de Senadores. (2014). *Comisión de salud y deporte y de educación y cultura*. Recuperado en: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/wp-content/uploads/2014/12/Ley-Nacional-del-Ejercicio-de-la-Profesi%C3%B3n-de-TO.pdf> (20/10/2016)

¹⁹ www.unit.org.uy/ UNIT-ISO 9999. (2011). *Productos de Apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y Terminología*. Última Actualización: 05/06/2014. Uruguay

actividad que *“es un proceso importante utilizado por los profesionales de Terapia Ocupacional para comprender las demandas que una actividad específica deseada supone para un individuo. Trata de las demandas típicas que supone una actividad, la gama de habilidades involucradas en su ejecución y los distintos significados culturales que pueden atribuirse a ella”*²⁰ (Crepeau; 2003. P.192). El conocimiento de la actividad y en contraposición el conocimiento de los déficit y dificultades para el individuo para desempeñar sus actividades permiten al TO identificar los aspectos más relevantes que pueden interferir en su nivel de independencia funcional

La presente investigación se fundamentó en un Marco de Referencia que es el contexto sobre el cual se cimentan las diferentes teorías y análisis.

Se trató del Marco de Referencia Rehabilitador el cual *“adopta la filosofía de la rehabilitación, permitir que una persona con una discapacidad física, mental o con una enfermedad crónica alcance una función máxima en el desempeño de sus actividades diarias. Cuando no es posible o no tiene éxito la resolución médica o quirúrgica del deterioro”*.²¹

Se enfatizó en las capacidades residuales del joven que requiere manejo de productos de apoyo, de promover la independencia en el funcionamiento ocupacional, teniendo siempre presente las experiencias personales y la capacidad de adaptación de cada persona.

La misma “Se apoyó en cuatro premisas básicas:

- *Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.*
- *La motivación para la autonomía está influenciada por los valores, los roles y los hábitos del paciente.*
- *La motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. El entorno domestico, el sistema de soporte familiar o la*

²⁰ Avila Alvarez,A., Martinez Piedrola, R., Martilla Mora,R., Bocanegra, M., Mendez, B., y Ramírez Ríos, A. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición.* Editorial: TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia. España.

²¹ Blesedell Crepeau, E., Ellen,S., S, cohn; Barbara A. Boyt Schell, B.(2005). *Terapia Ocupacional: Willard spackman.10ª.* Capitulo 1 (pp.21) Buenos Aires

situación económica del paciente son ejemplos de las influencias ambientales sobre la motivación para la autonomía.

- *Para que la autonomía sea posible, es necesario un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales²².*

Teniendo en cuenta estas premisas y evaluando las características del paciente, se destacó en primer lugar que al haber trascurrido varios años sin un tratamiento específico, el joven se encuentra en una etapa de cronicidad con déficits secuelares inmodificables, siendo hoy la única herramienta factible de aplicar la utilización de productos de apoyos, que faciliten su independencia. Otro de los aspectos que se tuvo en cuenta es que al encontrarse con una posibilidad laboral dentro de su pueblo y de su club amado, esto le permitió la apertura de la posibilidad de contar con un círculo social que lo acompaña en esta etapa, sumada a la posibilidad de un ingreso económico que le permitió independencia, facilitando el entusiasmo en el joven hacia esta propuesta.

Se destacó que su contexto familiar se nota también motivado a apoyarlo positivamente para que acceda a nuevas oportunidades, siendo el área de vestido una de las prioridades remarcadas por parte del paciente.

Por último, se enfatizó que el joven hoy se encuentra emocionalmente estable, sin sufrir episodios de depresión y sin ningún tipo de limitación cognitiva.

Por otro lado, cabe mencionar cuales son las metas que se proponen con la rehabilitación, entre ellas se destacaron: el hecho de posibilitar al sujeto el alcance de la independencia al nivel en las áreas de autocuidado, trabajo y ocio, la posibilidad de restaurar la capacidad funcional del joven al nivel previo al traumatismo, enfermedad o lesión, o al nivel más alto posible. Además, maximizar y mantener el potencial de las destrezas conservadas, y por último, compensar la incapacidad residual mediante productos de apoyo, ortesis o adaptaciones ambientales.

En este marco de referencia, el Terapeuta ocupacional *“enseña al paciente a compensar los déficit mediante el uso de técnicas y/o equipos adaptados que incluyen la utilización de ortesis, ayudas técnicas para la vida diaria o*

²² Begoña Polonio López. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional. Capítulo 1 (pp. 20). Madrid España*

*adaptaciones y modificaciones en el hogar y en el entorno*²³ (Dutton Levy y Simón, 1998).

En el TFG se seleccionó el Marco de Referencia de Rehabilitación, porque el mismo se orientó a facilitar el desempeño en las actividades de la vida diaria del individuo, a posibilitar el alcance de la independencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria mediante el diseño de productos de apoyo destinados al área de vestido, debido a que el paciente manifiesta que es su prioridad en la actualidad porque se encuentra con una nueva posibilidad laboral, por la cual desea disminuir su dependencia de su contexto cercano a la hora de los preparativos para asistir al nuevo empleo y de esta forma mejorar su autoestima.

El Marco de Referencia de Rehabilitación, propuso una intervención que no pretende cambiar las carencias biológicas, fisiológicas o psicológicas, sino facilitar el desempeño en actividades de la vida diaria.

Para esta investigación se adoptó dicho marco ya que es oportuno para pacientes que presentan discapacidad a causa de una cierta patología, siendo el caso del adulto joven de 37 años de edad con secuelas inmodificables a causa del síndrome Guillain Barre, que por su debilidad en los músculos tanto superiores como inferiores no alcanza a desempeñar una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVDB): vestido, de manera independiente. Por esta razón se focalizó en dispositivos de asistencia y métodos compensatorios para que pueda desempeñarse de la manera más satisfactoria posible.

Este síndrome es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda de origen autoinmune. En el que el sistema inmunológico del cuerpo ataca a parte del sistema nervioso periférico. Los primeros síntomas incluyen distintos grados de debilidad o sensaciones de cosquilleo en las piernas. En

²³ Begoña Polonio López,. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional. Capítulo 1 (pp. 21)*. Madrid España

muchos casos, la debilidad y las sensaciones anormales se propagan a los brazos y al torso”²⁴.

Es decir, el joven que presenta este síndrome puede experimentar *“trastornos en las habilidades de procesamiento sensitivo, neuromusculoesqueléticas y motoras. Pueden no tener sensibilidad o presentar hipersensibilidad. Las parestesias pueden ser particularmente dolorosas. Pueden presentarse trastornos en el rango de movimiento, tono muscular, fuerza, resistencia, el control postural o la integridad de los tejidos blandos. Con frecuencia existe escasa coordinación y control motor tanto por la debilidad motora proximal y distal como los cambios sensitivos”*²⁵. Estos deterioros tienen una influencia enorme sobre la capacidad de la persona para participar en actividades de la vida diaria y ocupacionales valoradas.

Las también llamadas actividades básicas de la vida diaria o actividades personales de la vida diaria según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional están *“orientadas al cuidado del propio cuerpo. Estas son fundamentales para vivir en un mundo social que permita la supervivencia y el bienestar”*.²⁶

Por otra parte, se definió a la acción de vestido la selección de prendas de vestir, los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo y la ocasión; como así también obtener las prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa, zapatos, y aplicar y remover los dispositivos personales, prótesis u ortesis.

Los productos de apoyo para la actividad de vestido se encuentran documentados en la NORMA ISO 9999 en el apartado 09- 09.

Entre los productos más frecuentes o conocidos en nuestro medio para tareas de la actividad de vestido se encuentran:

²⁴ Gabriel, C., Paula, J., Fernando, Q. (2015). *Características Epidemiológicas del Síndrome Guillain Barre*. Chile. revista medica.

²⁵ Blesedell Crepeau, E., Cohn, E, Schell, B. (2008). *Terapia Ocupacional: Willard spackman*.10 Edición. Capítulo 39 (pp.786). Ed. Médica Panamericana. Bs As. Argentina

²⁶ Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, R., Martilla Mora, R., Bocanegra, M., Méndez, B., y Ramírez Ríos, A. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 2da Edición. Editorial: TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia. España

- 09 09 03 Colocador de medias: facilita la tarea que colocar y quitar los calcetines.
- 09 09 06 Calzador: ayuda a una persona a colocarse y quitarse los zapatos
- 09 09 09 Perchas para la ropa: facilita al joven a sujetar la ropa en una posición fija para ponérsela.
- 09 09 12 Ganchos o varillas: para fijar o sujetar la ropa para vestirse y desvestirse.
- 09 03 48 Ehebrador: para abrochar o desabrochar ropa y calzado.

Basado en este Marco Teórico Rehabilitativo y considerando que en esta investigación se pretendió “ demostrar/ corroborar” que la utilización de determinados productos de apoyo aumentan el nivel de independencia en la actividad de vestido, se seleccionó un instrumento de evaluación para investigar el desempeño en la Actividad de la Vida Diaria (vestido), el cual se denomina Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), que mide las habilidades funcionales como así también las disfunciones del individuo, y la evolución a través del tiempo. Para utilizar dicho instrumento se evaluaron las habilidades funcionales del paciente necesarias para la actividad de vestido, a partir del análisis de la actividad y la observación directa de la situación para determinarse que tareas o pasos logra ejecutar y en cuales presenta déficit o dificultades, como así también determinar las posibles ayudas técnicas eficaces para el paciente y el grado de independencia.

El instrumento valoró 18 actividades que se agruparon en 2 dimensiones, 13 ítems motores y 5 ítems cognitivos. Estos 18 ítems se agrupan en 6 bloques que evaluaron: cuidados personales, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y conciencia del mundo exterior. Incluye 7 niveles que van desde la dependencia completa hasta la independencia. La puntuación final puede oscilar entre 18 puntos (dependencia total) a 126 puntos (independencia completa). Tanto el vestido superior como el vestido inferior, indican las habilidades que puedan tener las diferentes extremidades, y establecer el segmento en que se enfocará el tratamiento.

Dicha escala se dividió en tres segmentos de puntuación independencia, dependencia y dependencia completa, en la Independencia: no precisa ayuda de otra persona, se subdivide en:

- Independencia completa (7), donde posee todas las habilidades requeridas, siendo capaz de realizarlas, con seguridad, sin modificación en la conducta, sin ayuda técnica y en un tiempo adecuado;
- Independencia modificada (6) donde la actividad requiere una ayuda técnica, de un excesivo tiempo o existe algún peligro al realizarla.

Otro de los segmentos es la dependencia en el cual el sujeto requiere a otra persona para supervisión o asistencia para realizar la actividad, requiriendo a una persona para el cuidado; se subdivide en:

- Supervisión (5) para la realización o dando órdenes sin contacto físico, la ayuda da o coloca las ayudas técnicas;
- Asistencia de contacto mínimo (4) con contacto físico mínimo, el sujeto realiza al menos el 75% del esfuerzo
- Asistencia moderada (3) el sujeto realiza entre el 50 y el 75% del esfuerzo.

Y por último dependencia completa; en el cual el sujeto realiza menos del 50% del esfuerzo, máxima o completa ayuda o la actividad no sería realizada; subdividiéndose en:

- Máxima asistencia (2), donde el sujeto realiza entre el 25 y el 50% del esfuerzo
- Asistencia total (1), realiza menos del 25% del esfuerzo. En el caso particular de este trabajo solo se evaluará dominio de auto cuidado de la actividad de vestido.

METODOLOGÍA

Metodología

Para llevar a cabo la presente investigación se aplicó un estudio de tipo cuasi-experimental, se basó en un análisis reflexivo de un caso único de un joven de 37 años con secuelas provocadas por el Síndrome Guillain Barre, conocido en el año 2014 luego de una nota publicada en el diario de la localidad de Monte Buey (córdoba).

Se utilizó un enfoque cuali- cuantitativo cuyas variables son nominales y ordinales.

Para describir las mejorías en el desempeño funcional del adulto joven en la actividad de vestido se analizaron las mismas empleando estadística descriptiva.

En el caso de esta investigación las variables nominales fueron nacionalidad (Argentino), localidad (Monte Buey- Córdoba), sexo (Masculino); y las variables ordinales fueron edad (37 años), Patología (Síndrome Guillain Barre).

La estrategia de investigación se centró en poder comparar las mejorías que se visualizaron en el individuo a lo largo del tiempo, analizando el periodo antes de la utilización de los productos de apoyos y el después de la utilización de los mismos, tratando de establecer una relación entre el uso de los PA y el nivel de independencia funcional del individuo que los utiliza.

El enfoque de este estudio fue longitudinal porque es un periodo progresivo donde se analizaron las mejoras y cambios del individuo a través del uso de los productos de apoyo utilizando como instrumento de evaluación la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM) que *“es una herramienta mundialmente aceptada como medida de discapacidad y que se ha convertido en el instrumento más ampliamente utilizado para la evaluación del estado funcional de pacientes. La escala evalúa o se enfoca en áreas prioritarias como el aspecto motor y cognitivo, a su vez permite reconocer y comparar la eficiencia y eficacia, de un tratamiento”*²⁷.

²⁷ Andersson ,L. y Jiménez , L. (2013). *Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del hospital militar central de Bogotá en el periodo octubre 2010- mayo 2011*. Revista Med.

La Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), midió las habilidades funcionales como así también las disfunciones del individuo, y la evolución a través del tiempo. Para utilizar dicho instrumento se evaluaron las habilidades funcionales del paciente necesarias para la actividad de vestido, a partir del análisis de la actividad y la observación directa de la situación para determinarse que tareas o pasos logra ejecutar y en cuales presenta déficit o dificultades, como así también determinar las posibles ayudas técnicas eficaces para el paciente y el grado de independencia.

El instrumento valoró 18 actividades que se agrupan en 2 dimensiones, 13 ítems motores y 5 ítems cognitivos. Estos 18 ítems se agrupan en 6 bloques que evalúan: cuidados personales, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y conciencia del mundo exterior. Incluye 7 niveles que van desde la dependencia completa hasta la independencia. La puntuación final puede oscilar entre 18 puntos (dependencia total) a 126 puntos (independencia completa). Tanto el vestido superior como el vestido inferior, indican las habilidades que puedan tener las diferentes extremidades, y establecer el segmento en que se enfocará el tratamiento.

Dicha escala se dividió en tres segmentos de puntuación independencia, dependencia y dependencia completa, en la Independencia: no precisa ayuda de otra persona, se subdivide en:

- Independencia completa (7), donde posee todas las habilidades requeridas, siendo capaz de realizarlas, con seguridad, sin modificación en la conducta, sin ayuda técnica y en un tiempo adecuado;
- Independencia modificada (6) donde la actividad requiere una ayuda técnica, de un excesivo tiempo o existe algún peligro al realizarla.

Otro de los segmentos es la dependencia en el cual el sujeto requiere a otra persona para supervisión o asistencia para realizar la actividad, requiriendo a una persona para el cuidado; se subdivide en:

- Supervisión (5) para la realización o dando órdenes sin contacto físico, la ayuda da o coloca las ayudas técnicas;

- Asistencia de contacto mínimo (4) con contacto físico mínimo, el sujeto realiza al menos el 75% del esfuerzo.
- Asistencia moderada (3) el sujeto realiza entre el 50 y el 75% del esfuerzo.

Y por último dependencia completa; en el cual el sujeto realiza menos del 50% del esfuerzo, máxima o completa ayuda o la actividad no sería realizada; subdividiéndose en:

- Máxima asistencia (2), donde el sujeto realiza entre el 25 y el 50% del esfuerzo
- Asistencia total (1), realiza menos del 25% del esfuerzo. En el caso particular de este trabajo solo se evaluará dominio de auto cuidado de la actividad de vestido.

Tiene una *“gran consistencia interna y capacidad discriminativa para pacientes en rehabilitación, es un buen indicador de la cantidad de cuidados y demuestra respuestas y capacidad para medir cambios en el tiempo”*.²⁸

La metodología se dividió en tres etapas, primera etapa: la evaluación inicial sin la utilización de productos de apoyos, segunda etapa: de análisis, selección y/o diseño inicial de los productos de apoyo acorde a las necesidades del paciente, y el entrenamiento de los mismos y, por último, tercera etapa: reevaluación final pos entrenamiento en el uso de los productos de apoyo seleccionados.

Todas las etapas se llevaron a cabo en el hogar del adulto joven, debido a que es el lugar en el cual se ejecuta la actividad básica de la vida diaria (vestido) y el lugar más cómodo para desempeñarla.

La primera etapa, de evaluación inicial implicó:

- la observación del desempeño del paciente en la actividad del vestido, con la finalidad de determinar las dificultades para realizar las tareas pertinentes a esta actividad.

²⁸ Dodds,T., Martín, D., Stolov,W. y Deyo, R. (1993). *A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients*. Arch Phys Med Rehabil.

- La aplicación del instrumento FIM, en el dominio de autocuidado, de los ítems de vestido superior e inferior, determinando así según este instrumento el nivel de independencia actual del paciente.

Durante la primera etapa y mediante la observación del paciente en la realización de la actividad de vestido se determinó cuáles son las dificultades presentes en el desempeño de la misma.

La segunda etapa consistió en la selección, entre los productos de apoyo que se encuentran en el medio y en el mercado, de aquellos que pudieran ser acordes a las necesidades del paciente.

Por último en la tercer etapa se reevaluó al paciente con el protocolo FIM, en el desempeño de las tareas de vestido mediante la utilización de los productos de apoyo ya definidos para luego interpretar los datos obtenidos los que permitirán alcanzar las conclusiones finales del trabajo.

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL JOVEN

Valoración de la situación funcional de CC

Los datos obtenidos se lograron mediante la observación del joven durante la actividad de vestido y por información brindada por él mismo, la cual se detalla en el siguiente apartado.

C.C de 37 años de edad, vive con su madre en la localidad de Monte Buey, provincia de Córdoba. En su pasado mantenía una rutina normal, trabajaba de sodero en su pueblo de manera independiente y practicaba fútbol dos veces a la semana.

C.C relata que, a los 32 años de edad, se levantó como todas las mañanas para asistir a su trabajo, teniendo que regresar a su hogar a media mañana porque sufría dolores de cabeza anormales. A los dos días continuaba con su dolencia, por este motivo decidió consultar con un neurólogo de la localidad de Bell Ville, lo internan y no descubren su problemática. Luego es dado de alta y a los días comenzó nuevamente con dolores de cabeza fuertes, a los cuales se le suman mareos, debilidad corporal, dolor de piernas y observa que sus pasos los realizan de manera brusca, fue derivado a Córdoba y le diagnostica síndrome Guillain Barre.

El joven comenzó tratamiento en ALPI, un centro de rehabilitación localizado en Córdoba; sus síntomas en ese momento eran: visión doble, cansancio, mareos, entumecimiento en las piernas. Tras unos días, decidió abandonar el tratamiento y regresar a su pueblo. A partir de ahí comenzó a decaer su estado de ánimo concluyendo en un estado depresivo, en base al cual toma la decisión de no volver a salir de su casa por un lapso de cuatro años.

A los 36 años le ofrecieron el puesto de secretario en el club Matienzo de Monte Buey, el cual lo acepta y a partir de ese momento comienza a crecer su red social.

Cuando logro insertarse nuevamente en esta, es allí que vio la necesidad de mejorar su calidad de vida, incentivado justamente por este cambio.

Partiendo de esta base, se procedió a la evaluación funcional de desempeño de C.C durante la realización concreta de la actividad de vestido, que incluye

tren superior y tren inferior: colocar y quitar prendas entre esta remera, camisa, sweater; prender y desprender botones; descender las prendas por el tronco luego de su colocación, colocar y quitar zapatos, colocar y quitar pantalones o faldas, colocar y quitar medias y ropa interior.

En este caso se observaron las siguientes tareas: colocar y quitar prendas cerradas y abiertas, prender/desprender botones, descender las prendas por el tronco luego de su colocación, colocar y quitar zapatos, colocar y quitar pantalones, colocar y quitar medias. Luego de dicha observación de desempeño ejecutando esas tareas, se obtuvieron los siguientes datos:

- colocar prendas cerradas: se observa que C.C ha presentado dificultad, debido a que no logró despegar la espalda de la superficie de apoyo de la silla, manteniendo el equilibrio mientras utilizaba sus miembros superiores. Esto debido al escaso equilibrio de tronco y disminución de fuerza en sus MMSS.
- Prendas abiertas, por ejemplo, camisa, campera: ha presentado dificultad para deslizar la prenda por detrás de la espalda, ya que no ha logrado despegar el tronco del apoyo del respaldo de la silla al mismo tiempo que llevar las manos detrás de la cabeza haciendo rotación externa de hombros.
- Prender y desprender botones: C.C ha presentado dificultad para manipular botones, debido a la falta de sensibilidad en los dedos que hizo que sea ineficiente su coordinación y precisión. Vale aclarar que esta actividad es de interés llevarla a cabo de manera independiente por parte del joven, ya que cuenta con una camisa de uniforme para asistir a su labor.
- Descender luego de la colocación todo tipo de prendas: C.C ha presentado dificultad debido a que no ha logrado despegar el tronco de la superficie de apoyo, por su inestabilidad.
- Colocar y quitar los zapatos: El joven ha presentado dificultad, debido a la falta de movilidad de sus miembros inferiores. C.C para ejecutar la actividad se asistió con la fuerza de sus MMSS para cruzar una pierna

por encima de la otra , pero no ha logrado desempeñar la actividad ya que también cuenta con inestabilidad de tronco, lo que impidió que el joven despegue el mismo de la superficie de apoyo (flexión), siendo una tarea de riesgo porque perdía estabilidad

- Colocar y quitar medias: El joven ha presentado dificultad, debido a la falta de movilidad de sus miembros inferiores. C.C para ejecutar la actividad se asistió con la fuerza de sus MMSS para cruzar una pierna por encima de la otra , pero no ha logrado desempeñar la actividad ya que también cuenta con inestabilidad de tronco, lo que impidió que el joven despegue el mismo de la superficie de apoyo (flexión), siendo una tarea de riesgo porque perdía estabilidad.
- Colocar y quitar pantalones: el paciente de forma sedente con apoya brazos y respaldar, se asistió con la fuerza de sus MMSS para cruzar una pierna por encima de la otra, logrando solo colocar pantalones olgados desde los pies hasta las nalgas. Esta actividad es de riesgo para el paciente, debido a que se le ha dificultado despegar la espalda de su superficie de respaldo, debido a su inestabilidad de tronco, lo que llevó a que se balancee lado a lado. Siendo de riesgo desempeñarla.

PRIMERA ETAPA

Primera etapa: Evaluación inicial en la actividad de vestido

Para la evaluación se utilizó la escala de independencia funcional (FIM), esta es una herramienta mundialmente aceptada como medida de discapacidad, que se ha convertido en el instrumento más ampliamente utilizado para la evaluación del estado funcional de pacientes. La escala evalúa o se enfoca en áreas prioritarias como el aspecto motor y cognitivo, a su vez permite reconocer y comparar la eficiencia y eficacia, de un tratamiento²⁹, y evaluar de manera más específica los pequeños cambios o mejorías dentro de la intervención terapéutica. De esta evaluación se tomó solo el dominio de cuidado de sí mismo: la actividad de vestido que incluye tren superior que implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis y prótesis y de tren inferior que implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar ortesis y prótesis.

La tesis se dividió en tres etapas: primeramente, evaluación inicial sin la utilización de los productos de apoyo, luego diseño inicial de los productos de apoyo y por último reevaluación final post entrenamiento en el uso de productos de apoyo.

Se comenzó la evaluación inicial mediante la observación de C.C en la ejecución de la actividad de vestido llevada a cabo en su hogar, que es el lugar donde se ejecuta diariamente dicha actividad.

La tabla de puntuación del FIM es del 1 al 7 donde 7 hace referencia a independencia completa donde todas las tareas son realizadas en forma típica, incluyendo su preparación o apresto, sin modificación, aparatos adaptados, o ayudas técnicas, y dentro de un tiempo razonable; 6 independencia modificada, existe una o más de las siguientes condiciones: realiza la actividad con aparatos adaptados o ayudas técnicas, se demora mas del tiempo razonable para realizar la tarea o existen condiciones de riesgo durante esta; 5

²⁹ Andersson L Rozo; Alberto Jiménez Juliao. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del hospital militar central de bogota en el periodo octubre 2010- mayo 2011. Revista Med. Octubre 10 de 2013

supervisión, el sujeto requiere supervisión, indicaciones o estímulos para realizar la actividad, sin contacto físico; o requiere que le hagan una preparación previa, disponiendo de elementos de la actividad, aplicando ortesis, aparatos adaptados, u otras ayudas técnicas; 4 asistencia mínima donde se requiere asistencia leve, solo tacto y realiza el 75% del esfuerzo para realizar la tarea; 3 asistencia moderada, el sujeto realiza de más ayuda que el solo tacto, y realiza entre el 50% a 75% del esfuerzo en la tarea; 2 asistencia máxima, el joven realiza entre el 25% y 50% del esfuerzo y por ultimo asistencia total, realiza menos del 25% del esfuerzo.

Vestido tren superior: Se observó que el joven presenta dificultad en abotonar y de desabotonar, cerrado de cierres, en descender todo tipo de prendas por el tronco debido a su inestabilidad, por este motivo el paciente se fatiga, generando más tiempo completar la actividad, razón por la cual es asistido por un familiar.

Según la evaluación FIM, corresponde un puntaje 2(dos) o MAXIMA ASISTENCIA, ya que realiza el 25 % de la tarea.

Vestido tren inferior, el paciente inicia la actividad, en posición sedente en una silla con respaldar, se asiste con la fuerza de sus MMSS para cruzar una pierna por encima de la otra. El joven no logró completar la actividad, requirió de ayuda de terceros, solo consiguió subir pantalones holgados de tela flexible desde los pies hasta sus muslos, siendo una actividad de riesgo para el paciente por la inestabilidad en el tronco y se tambalea. Tampoco logró calzarse y descalzarse.

Según la evaluación FIM, corresponde un puntaje 1 (uno) o ASISTENCIA TOTAL, ya que el joven realizó poco, menos del 25% de las tareas de vestido anteriormente descriptas. Por lo tanto, es asistido.

SEGUNDA ETAPA

Segunda etapa: selección y entrenamiento en la utilización de los productos de apoyo:

Posterior a la etapa inicial, se seleccionaron los productos existentes en el mercado, tomando aquellos que se consideraron acordes a las dificultades de C.C, para luego comenzar el entrenamiento. Debido a que no se pueden adquirir todos, algunos fueron necesarios confeccionar. Esta etapa tiene una duración de un (1) mes.

En principio cuando se realizó la observación y se aplicó la evaluación se determinó que las tareas que limitadas eran:

- Colocar prendas cerradas.
- Deslizar las prendas por el tronco.
- Prender y desprender botones tanto de camisas como pantalones.
- Colocar y quitar pantalones.
- Colocar y quitar zapatos.

A partir de ahí se determinó cuáles eran los productos de apoyo que se encontraban en el mercado y que podían ser acordes para satisfacer las necesidades de C.C. algunos de ellos son fabricados de manera casera y adaptados al paciente.

Los PA seleccionados fueron: enhebrador (fig. 1); calzador mediano (fig.2); calzador de medias (fig. 3); y colocador de prendas (fig.4a- 4b).

1. Enhebrador para prender y desprender botones. Se fabrico con materiales reutilizables, ya que no se puede adquirir.

Se utilizó un mango de plástico duro en su extremo, luego se adhirió a este un alambre, primeramente se probó con un alambre rígido pero no era útil para el paciente, ya que al ser totalmente rígido no permitía flexionar la muñeca y el botón no se encastraba debido al grosor del material. Por este motivo se reemplazó dicho alambre por uno más delgado y de contextura flexible que facilitaba todos los movimientos de la muñeca y el botón quedaba sujetado firmemente al alambre.

2. Calzador mediano de plástico reforzado, de 21 cm de largo, obtenido en el mercado, este producto de apoyo se utilizó para la tarea de descalzarse y es adquirido en el mercado,
3. Calzador de medias standards de Care Quip obtenido en el mercado, de plástico flexible y su sujeción de tira mochilera mediana adherido en su extremo, lo que facilitó al paciente que pueda ejecutar la tarea de colocar y quitar las medias sin flexionar el tronco y de esta manera impedir la inestabilidad.
4. Colocador de prendas, si bien se lo consiguió en el mercado requirió de modificaciones debido a que el gancho y la longitud del mango eran largos; lo que dificultó al paciente llevar a cabo la tarea debido a que exigía a C.C disponer de mayor arco de movimiento, el cual no disponía debido a la disminución de la fuerza muscular. Por este motivo se diseñó uno de manera casera con su gancho y mango con una longitud menor, acorde para el paciente, lo que facilitó a tarea de deslizar las prendas por el tronco y ayudar a trasladar por detrás del tronco las prendas para su colocación.



Fig. 1 Enhebrador de botones



Fig. 2 Calzador y descalzador



Fig.3 Calzador y descalzador de medias



Fig.4 a. Colocador de prendas original



Fig. 4b. Colocador de prendas elaborado

El entrenamiento se llevó a cabo con una frecuencia de dos (2) días semanales, por elección del paciente de acuerdo a su disponibilidad horaria se designaron los días martes y jueves, por la tarde; con una duración de 45 minutos cada día.

El mismo fue realizado en el hogar del paciente, siendo este el espacio donde desempeña la actividad de vestido.

El entrenamiento se dividió en cuatro semanas, en la primera semana se entrenó el enhebrados de botones, durante la segunda el colocador de prendas, en la tercera el calzador de medias y por último el calzador de zapatos.

Una vez finalizado cada producto de apoyo, se le recalco a C.C el cuidado y limpieza a cerca de los mismos; luego se explicó cómo funciona cada producto y una vez comprendida la utilización el paciente se entrenó el uso de ellos.



Fig.5 Entrenamiento en el uso del enhebrador de botones



Fig.6 Entrenamiento en el uso del calzador y descalzador



Fig.7 Entrenamiento en el uso del calzador de medias



Fig.8 Entrenamiento en el uso del colocador de prendas

TERCER ETAPA

Tercera etapa: reevaluación

A fin de determinar si hubo cambios en la independencia del paciente en la actividad de vestido, posterior al entrenamiento en los productos de apoyo (PA) se reevaluó al joven, mediante el protocolo FIM.

Vestido de tren superior:

Se evaluó que C.C en sus miembros superiores logró mediante el enhebrador prender y desprender botones con facilidad; con el gancho de prendas colocar camisas, camperas y buzos, logrando por medio de este descender las mismas por medio de su tronco.

Todos estos logros son traducidos por medio del protocolo FIM con una puntuación de 5 (supervisión), se ha demostrado una mejoría en su independencia, ya que en su comienzo contaba con una puntuación 2(dos) que hace referencia a una máxima asistencia.

Vestido de tren inferior:

Se evaluó que el paciente logro por medio del calzador de medias, colocar y quitarlas; y con el calzador de zapatos quitarlos. Presentó aun dificultad en la colocación, debido a que C.C se asiste con la fuerza de sus MMSS para cruzar una pierna por encima de la otra, porque le genera mayor estabilidad de tronco, siendo de esta manera la tarea menos riesgosa para el sujeto.

Por lo tanto, para colocar el calzado se requiere que el paciente coloque su pie en una superficie estable (piso), lo que no logra ejecutarlo.

Considerando el protocolo FIM, se han traducido a una puntuación 2(dos) máxima asistencia, no se observan mayores cambios a la evaluación inicial 1(uno) asistencia total.

Dominio cuidado de sí mismo. Descripción Actividad: Vestido	<u>Evaluación Inicial</u> sin productos de apoyo (PA)	<u>Reevaluación Final</u> Post entrenamiento en el uso de los productos de apoyo (PA)
Vestido tren superior	<u>2</u>	<u>5</u>
Vestido tren inferior	<u>1</u>	<u>2</u>

CONCLUSIÓN

Conclusión:

C.C es un joven que a los 37 años de edad sufrió un cambio rotundo en su vida debido al impacto de las secuelas generadas por el Síndrome conocido como Guillain Barre. Estas secuelas determinaron déficits que restringieron su participación en actividades de la vida diaria, lo cual le generaron frustración y falta de confianza en sí mismo, y niveles de dependencia de su contexto cercano.

Considerando las limitaciones presentes, el nivel de dependencia de C.C en la actividad de vestido, y que el manifestaba que de todas las ABVD su interés era lograr ser independiente para vestirse, es que se decidió trabajar sobre esta inquietud y se planteó como hipótesis de trabajo que la utilización de Productos de apoyo para tareas relacionadas a la actividad de vestido pueden mejorar su nivel de independencia, lo cual se demostró que si bien no permitió la independencia en todas las tareas que implican vestirse, si mejoro gran parte de ellas , especialmente en el tren superior.

Llegada a esta instancia, se destacó que el joven no recibió tratamiento de rehabilitación continuo, y vale aclarar que tampoco de Terapia Ocupacional, por tal motivo atravesó una etapa de cronicidad en la cual hay déficit y secuelas que no podrán disminuirse, pero si mejorar su calidad de vida a partir de favorecer una participación ocupacional satisfactoria en la actividad que es de prioridad para CC.

Mediante la observación y aplicándolo la evaluación FIM (escala de medida de independencia funcional), se determinaron las limitaciones y el grado de dependencia en dicha actividad. El paciente presentaba dificultades para la colocación de prendas cerradas, pantalones, cerrado de cierres y prendiduras, descender las prendas luego de la colocación (remera, pulóver, buzo); debido a la falta de sensibilidad en sus dedos, inestabilidad en tronco, disminución de fuerza en sus brazos y paraplejia.

En base a estos resultados se determinó que el paciente en vestido de su tren superior presenta una puntuación 2(dos) que hace referencia a máxima

asistencia (sujeto = 25% o más) y en su tren inferior una puntuación 1 (uno), es decir necesita de una asistencia total (sujeto = 0% o más).

A partir de esto y previo a la selección de productos de apoyo para tareas de vestido se adquirieron cuatro productos: Calzador mediano de plástico; calzador de medias standards de Care Quip y se fabricó un colocador de prendas de madera y enhebrador para prender y desprender botones, ya que no se pudieron adquirir. C.C fue entrenado en el uso de estos productos durante el periodo de 1 mes.

Al proporcionarle al paciente productos de apoyo adecuados y acordes a las necesidades funcionales, y teniendo en cuenta aspectos como seguridad, confort y eficacia de los mismos, C.C logró en vestido de tren superior mediante el ehebrador prender y desprender botones con facilidad, con el colocador, colocar prendas cerradas, y luego descender las mismas por el tronco luego de su colocación.

En cuanto a vestido de tren inferior logró mediante el colocador de medias colocar y quitar las mismas, y con el colocador de zapatos quitarselo. A pesar del uso de este último producto de apoyo nombrado anteriormente C.C no consigue la colocación de zapatos debido a que se le dificultaba colocar el pie en la superficie fija (piso) porque no logra flexionar su tronco sin perder estabilidad. Siendo una tarea de riesgos para él.

En dicha investigación se planteo como problema si el uso de productos de apoyo para la actividad de vestido en C.C, ¿le permite aumentar el grado de independencia funcional en esta actividad?

A partir de estos datos se concluyó que, con productos de apoyo para el vestido, especialmente seleccionados y en algunos casos personalizados, el paciente logro llevar a cabo tareas que anteriormente no podía ejecutar y en las que requería asistencia externa. Esto se pudo apreciar en el protocolo FIM ya que en vestido de tren superior paso de un puntaje inicial de 2 (dos) a un puntaje final de 5(cinco) y en vestido de tren inferior paso de un puntaje inicial de 1(uno) a un puntaje final de 2 (dos).

Claramente se pueden observar cambios, llegando a un nivel de funcionalidad que, si bien no permitió la independencia total en todas las tareas dentro de la actividad, permitió la autonomía en las tareas de vestido superior y disminuyó la asistencia que aun necesitará en vestido inferior.

Es decir, se pudo concluir que en la situación particular de C.C, según su condición física y el tiempo de cronicidad de las secuelas, los productos de apoyo han sido más pertinentes para mejorar su nivel de independencia funcional en tren superior y no así en tren inferior donde el nivel de asistencia disminuyó, pero no de forma significativa según se demuestra en la FIM.

El terapeuta ocupacional estudia e investiga el proceso de desarrollo del individuo y sus competencias, profundizando en el conocimiento de la ocupación como expresión vital del hombre. Su objetivo es promover la salud, el bienestar y la independencia de las personas a través de la ocupación.

Cabe aclarar que C.C desconocía la profesión, como así también los productos de apoyo, y que en la actualidad estos le brindan la posibilidad de mejorar la independencia en la actividad de vestido que era una de sus preocupaciones mayores.

Finalmente se sugiere que se continúe investigando que otros productos de apoyo que no existan en el mercado puedan facilitar el desempeño o bien de que manera se puede adaptar el método de la actividad de vestido, a modo de disminuir la dependencia que aun el joven posee en su tren inferior, ya que no podrá mejorar su función debido a las secuelas crónicas que conserva actualmente.

Y por último se plantea que se continúe investigando otras áreas de Terapia Ocupacional se ven impactadas por la patología Síndrome Guillain Barre.

Cronograma de Tesis

AÑO 2016 Y 2017	E	F	M	A	M	J	JU	AG	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elección del tema	X	X	X																					
Búsqueda bibliográfica			X	X																				
Armado de Hipótesis					X	X																		
Elección del Marco de instrumento							X	X	X															
Trabajo de campo										X	X	X	X	X										
Análisis de datos															X	X	X	X	X					
Conclusión																				X	X	X	X	X

Bibliografía

- ✓ Andersson ,L. y Jiménez , L. (2013). *Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del hospital militar central de Bogotá en el periodo octubre 2010- mayo 2011*. Revista Med.
- ✓ Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, R., Martilla Mora, R., Bocanegra, M., Méndez, B., y Ramírez Ríos, A. (2010). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición*. Editorial: TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia. España
- ✓ Begoña Polonio López. (2004). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Colección Panamericana de Terapia Ocupacional*. Madrid España
- ✓ Blesedell Crepeau, E., Cohn, E, Schell, B. (2008). *Terapia Ocupacional: Willard spackman.10 Edición*. Capitulo 39 .Ed. Médica Panamericana. Bs As. Argentina
- ✓ Casares Albernas, F.,Orestes Herrera, L.; Ferrer, J. y Hernández Varela, A.(2006). *Síndrome de Guillain- Barre. Actualización acerca del diagnóstico y tratamiento*.
- ✓ Frank, k.,Salvador, S. Nick, P(2007). *Aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. Buenos Aires. Editorial panamericana.
- ✓ Gabriel, C., Paula, J., Fernando, Q. (2015). *Características Epidemiológicas del Síndrome Guillain Barre*. Chile. revista medica.
- ✓ Herranz, S., Valle Gallego, I. y Vigarra Cerrato. (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la*

situación de dependencia: productos de apoyo para la autonomía personal. Buenos Aires.

- ✓ María ines A., Martín Fide R. (2008) Diagnóstico y manejo del Síndrome Guillain Barre en la etapa aguda. pp 3-4. Bs As. Argentina
- ✓ Montes de Oca, L. y Victorero Ariagna, A. (2014). *Síndrome de Guillain-Barré*. Pinamar del Rio. Rev. Ciencias Médicas
- ✓ Moruno Miralles, P., Romero Ayuso, D. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. Capítulo (pp. 268-269). Editorial Masson. Barcelona España
- ✓ Organización Mundial de la Salud. (2001) *“Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud”*. Organización Panamericana de la salud
- ✓ Quintero, T. y Boza, R. *Síndrome de Guillain-Barré: análisis de 36 pacientes*. (2005). Costarricense de Ciencias Médicas.
- ✓ Rubio García. E. (2001) *El síndrome de Guillain - Barré y los ejercicios en agua*. Instituto Superior de Cultura Física
- ✓ Sanches López, J., Chao Campanion, L., Chávez, E., Esparís. J., Domínguez Guardia, L., Wong Vázquez, L. y Blanco Vázquez, E. (2012). *Caracterización clínica del Síndrome de Guillain-Barré*. La Habana, Cuba
- ✓ Vigil Zulueta, I., Guerra Santana, A., Ochoa Undangarain, L., Hernández Zayas, M., y Domínguez Osorio, C. (2012). *Rehabilitación de niños y adolescentes con síndrome de Guillain- Barre*. Medisan
- ✓ Dodds, T., Martín, D., Stolov, W. y Deyo, R. (1993). *A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients*. Arch Phys Med Rehabil.

Bibliografía Tecnológica

- ✓ <http://www.apeto.es/> A.P.E.T.O- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales, Última actualización 20/05/2014. España

- ✓ <http://www.terapiaocupacional.org.ar/> *Ley nacional del ejercicio de la profesión de TO*. Incumbencias desde Terapia Ocupacional.

- ✓ <http://www.unit.org.uy/> UNIT-ISO 9999. (2011). Productos de Apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y Terminología. Última Actualización: 05/06/2014. Uruguay.

ANEXOS

(FIM)

Descripción

Permite valorar la función motora y la función cognitiva

Forma de Administración

Recogida de información a través de un cuestionario heteroadministrado

Población Diana

Administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de la capacidad funcional (se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física)

Argumentos para su selección

- Ampliamente utilizada por los profesionales de rehabilitación.
- Muy útil para monitorizar los progresos de un paciente en tratamiento rehabilitador.
- Amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.

Valoración

Esta escala diferencia dos niveles:

- No necesita ayuda con dos puntuaciones: 7 completamente independiente, 6 independiente con cierta limitación.
- Necesita ayuda con dos subniveles:
 - Dependencia moderada con varias puntuaciones:
 - 5 supervisión
 - 4 mínima asistencia
 - 3 moderada asistencia
 - Dependencia completa con dos puntuaciones:
 - 2 asistencia máxima
 - 1 total asistencia

Tiempo de administración

Su administración requiere de 20 a 30 minutos

Categorías	Dominio
Autocuidado <ul style="list-style-type: none">AlimentaciónArreglo personalBañoVestido hemicuerpo superiorVestido hemicuerpo inferiorAseo perineal	<i>Motor</i>
Control de esfínteres <ul style="list-style-type: none">Control de la vejigaControl del intestino	<i>Motor</i>
Movilidad <ul style="list-style-type: none">Traslado de la cama a silla o silla de ruedasTraslado en bañoTraslado en bañera o ducha	<i>Motor</i>
Ambulación <ul style="list-style-type: none">Caminar/desplazarse en silla de ruedasSubir y bajar escaleras	<i>Motor</i>
Comunicación <ul style="list-style-type: none">ComprensiónExpresión	<i>Cognitivo</i>
Conocimiento Social <ul style="list-style-type: none">Interacción socialSolución de problemasMemoria	<i>Cognitivo</i>

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)	
AUTO CUIDADO	
4	Vestirse parte superior (implica vestir de la cintura hacia arriba, así como colocar ortesis o prótesis)
5	Vestirse parte inferior (vestir de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)

Puntaje

Independiente

- 7 independiente total
- 6 independiente con adaptaciones

Dependiente

- 5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)
- 4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o más)
- 3 Requiere asistencia moderada(sujeto aporta 50% o más)
- 2 Requiere asistencia máxima(sujeto aporta 25% o más)
- 1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25%)

Todos los ítems se deben calificar

Si el logro de la actividad implica un riesgo para sí o terceros o bien necesita 2 ayudantes se califica con un **1**

Profesional Evaluador:

Fecha:.....

