

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA
OCUPACIONAL**



**PROGRAMA DE REEDUCACIÓN DEL VESTIDO DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL EN PERSONAS CON APRAXIA TRAS DAÑO
CEREBRAL ADQUIRIDO**

AUTOR: Ferrer- Egea Robles, Ana

Nº expediente: 927

TUTOR: Sánchez Durán, Elena

Departamento patología y cirugía. Área Radiología y medicina física

Curso académico 2017- 2018

Convocatoria de JUNIO

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUCCIÓN.....	3
4. OBJETIVO.....	12
5. METODOLOGÍA.....	12
6. RESULTADOS	19
7. CONCLUSIÓN	20
8. BIBLIOGRAFÍA.....	21
9. ANEXOS.....	26

1. RESUMEN

Introducción: El daño cerebral adquirido afecta gravemente al desempeño de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de los pacientes, y en consecuencia a su funcionalidad y su autonomía. Dentro de las secuelas encontramos problemas adquiridos en la ejecución intencional de un comportamiento motor, estos son denominados apraxias. La causa no se debe a debilidad muscular o pérdida sensorial sino a una alteración de la capacidad conceptual para organizar acciones para alcanzar un objetivo. Existen diferentes tipos, uno de ellos es la apraxia del vestido. El vestido es una actividad que realizamos cada día, y se incluye dentro de las AVD Básicas. La Terapia Ocupacional tiene como objetivo capacitar a las personas para participar en las AVD.

Objetivo: El objetivo principal de este documento es diseñar un programa de reeducación del vestido desde Terapia Ocupacional en personas con apraxia tras Daño Cerebral Adquirido.

Materiales y métodos: En este trabajo se seleccionarán evaluaciones útiles, se determinarán los principales errores apráxicos y se seleccionarán estrategias de intervención. Podrán participar en este programa todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. La duración es de tres meses, y al finalizar se reevaluará al paciente y la eficacia del programa.

Conclusión: Se necesitan más estudios e investigaciones sobre la apraxia del vestido, para lograr unas evaluaciones adecuadas y unas intervenciones lo más beneficiosas posibles, teniendo en cuenta siempre las diferencias individuales de cada paciente.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Actividades de la Vida Diaria, Apraxia, accidente cerebrovascular.

2. ABSTRACT

Introduction: Acquired brain damage can deeply affect the patients' fulfilment of activities of daily life (ADL) and so, their functionality and their independence. Amongst its after effects, we can find acquired problems when it comes to intentional accomplishment of motor behaviour, known as apraxia. These are not caused by muscle weakness or sensory loss, but by an alteration of the conceptual capacity to organize action in order to reach a target. There are different types, one of them is dressing apraxia. Getting dressed is something we do everyday and is included in the basic ADL. The purpose of Occupational Therapy is to enable people to be able to participate in ADL.

Objective: The main objective of this document is to design a program of reeducation of clothing from Occupational Therapy in people with apraxia after Acquired Brain Injury. Useful evaluations will be selected, the main apraxia mistakes will be determined and intervention strategies will be chosen.

Materials and methods: In this work, useful evaluations will be selected, the main apraxia mistakes will be determined and intervention strategies will be chosen. All those who meet the inclusion and exclusion criteria will be able to participate in this program. The duration is three months, and at the end the patient will be re-evaluated and the effectiveness of the program.

Conclusion: More research and surveys are needed when it comes to dressing apraxia so that better evaluations and beneficial interventions can be reached, always considering the individual differences of each patient.

Keywords: Occupational Therapy, activities of daily life, apraxia, stroke.

3. INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión repentina en el cerebro. Está caracterizada por una aparición brusca y por un conjunto variado de secuelas que dependen de la gravedad del daño y del área del cerebro que se encuentre lesionada. ⁽¹⁾

Las interrupciones repentinas del flujo sanguíneo en una zona del cerebro producen los ictus o también llamados accidentes cerebro vasculares (ACVs). Si un golpe es el origen de una lesión cerebral, hablamos de traumatismo craneoencefálico. ⁽¹⁾ El ictus es la primera causa de daño cerebral, y la segunda causa son los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, las infecciones o los tumores cerebrales. ⁽²⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en la última encuesta de morbilidad hospitalaria publicada en 2015, el número de estancias causadas por enfermedad cerebrovascular es de 1.151.373 ; el número de altas hospitalarias por enfermedad cerebrovascular durante ese año en ambos sexos fue de 119.353; y la tasa de morbilidad hospitalaria por 100.000 habitantes por enfermedad cerebrovascular es de 257.

La Federación Española de Daño Cerebral, FEDACE, realizó un informe con la colaboración del Real Patronato sobre Discapacidad durante el año 2015, y el número de personas con DCA en España es de 420.000, produciéndose cada año 104.701 nuevos casos, 99.284 por ACVs y 4.937 por TCEs y 481 por anoxias. ⁽²⁾

Cada persona con Daño Cerebral es única y diferente a las demás y de igual manera las secuelas son variables de acuerdo a múltiples factores que actúan de forma conjunta. La lesión cerebral se sitúa entre dos extremos, por un lado la muerte y el coma profundo, y por

otro la recuperación funcional completa. Las distintas secuelas que encontramos son motoras, sensoriales, cognitivas, de percepción, de lenguaje y comunicación, emocionales y conductuales.⁽³⁾

Encontramos problemas adquiridos en la ejecución intencional de un comportamiento motor, estos son denominados apraxias. Las personas con apraxia no pueden realizar movimientos complejos voluntarios, sin que se deba a problemas en el funcionamiento motor ni de debilidad muscular ni problemas sensoriales, sino a una alteración de la capacidad conceptual para organizar acciones para alcanzar un objetivo. Es decir, la persona presenta dificultades para realizar movimientos cotidianos, con propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física y el deseo de realizarlos.⁽⁴⁾

Los diferentes tipos de apraxias y sus diferentes localizaciones son: apraxia ideomotora, en áreas frontales y parietales izquierdas; apraxia ideatoria, en lesiones cerebrales bilaterales; apraxia constructiva, en lesiones hemisféricas derechas; apraxia del vestido, en lesiones parietooccipitales derechas o bilaterales; apraxia de la marcha, en lesiones frontales bilaterales.⁽⁴⁾

La apraxia del vestido o del vestir, en concreto, término propuesto por Brain (1941) es propia del hemisferio derecho, más concretamente en el lóbulo parietal, pues se ha relacionado con lesiones en territorios posteriores del hemisferio derecho, incluyendo la corteza parietal (Kanda, Muramatsu, Koto, Nogawa, y Fukuuchi, 2000)⁽⁵⁾ y asociada a la apraxia constructiva por coexistir frecuentemente con ella, no obstante en ocasiones también se encuentra en el hemisferio izquierdo, en el lóbulo parietal. Es frecuente encontrarla en pacientes con demencia o heminegligencia. La persona que padece este tipo de apraxia no es capaz de colocarse la ropa ni en la secuencia ni en la forma adecuada.⁽⁶⁾

Las actividades más comunes que realizamos cada día se agrupan en las Actividades de la Vida Diaria, clasificándose en dos niveles, las básicas y las instrumentales. El aseo, el vestido, el control de esfínteres y los desplazamientos son algunos ejemplos de actividades básicas; mientras que entre las instrumentales hay actividades referidas al manejo de la persona en la comunidad, como por ejemplo: el uso del transporte público, hacer la compra, las gestiones administrativas o trabajar. ⁽⁷⁾

Una de estas actividades básicas de la vida diaria es el vestido, ya mencionado anteriormente, para ser independiente en esta actividad se precisa una buena conciencia corporal y de percepción espacial, también es fundamental tener un buen equilibrio y movilidad controlada en el tronco, brazos y piernas, una adecuada coordinación y secuenciación de los pasos. ⁽⁸⁾

Wade, Laughton y Hewer indican que los pacientes que han sufrido un ACV, transcurridos 6 meses un 31% continúa presentando dificultades para vestirse (especialmente calcetines y prendas del miembro inferior). ⁽⁹⁾

Walker y Lincoln indican que las dificultades para el vestido de miembro superior se relacionan más con déficits cognitivos y perceptivos, mientras que las dificultades para vestir el miembro inferior se relacionan con déficits motores. ⁽⁷⁾

Desde terapia ocupacional el objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria, principalmente sobre aquellas más significativas para la persona.

⁽¹⁰⁾ La terapia ocupacional pretende en términos generales ayudar al individuo a realizar sus ocupaciones, dotándole de competencias, estrategias y habilidades que le permitan desempeñar sus roles y tareas en la vida diaria. ⁽⁹⁾

El terapeuta estimulará y educará al paciente a optimizar su capacidad para realizar esta actividad, la adaptará o compensará, tendrá en cuenta las estructuras corporales y funciones del paciente, y el entorno tanto físico (lugares de desempeño: domicilio, lugar trabajo, etc.) como humano (familia y cuidadores).⁽¹¹⁾

➤ **Pruebas de evaluación:**

Un estudio tenía como objetivo desarrollar una evaluación del vestido, la Nottingham Stroke Dressing Assessment, dividiéndola en sus partes y componentes. Obtiene como resultados que la recuperación motora y las habilidades perceptivas son determinantes importantes de la capacidad de vestirse.⁽¹⁴⁾ Más tarde otro estudio quiso contribuir a la investigación de la evaluación del vestido de Nottingham (NSDA), para proporcionar a los terapeutas ocupacionales un documento sobre la fiabilidad de la NSDA, como una medida de resultado estandarizada para su uso en la evaluación de la capacidad de vestir tras un accidente cerebro vascular en los pacientes.⁽¹⁵⁾

➤ **Déficits cognitivos o errores que influyen en la capacidad de vestirse:**

Walker realizó un estudio centrado en el vestido de la parte superior del cuerpo, con el objetivo de estudiar los déficits cognitivos subyacentes que influyen en la capacidad del paciente tras un accidente cerebrovascular para poder volver a vestirse. Evaluó a 30 pacientes apráxicos que tenían que ponerse un jersey o una camiseta, de los cuales sólo nueve pudieron completar la tarea sin ningún error, el resto cometieron varios errores o fallaron por completo. Las pruebas clínicas de apraxia se correlacionaron significativamente con la función de las AVD, sugiriendo que la apraxia tiene impacto sobre las mismas. Se utilizó el análisis de un vídeo, cuyos resultados demostraron que aquellos con el daño del hemisferio derecho tuvieron problemas para seleccionar la manga correcta, para el

autocontrol de su lado izquierdo o cubriendo el hombro parético, sugiriendo un déficit en la percepción visoespacial o negligencia. Aquellos con daño en el hemisferio izquierdo tuvieron problemas para vestir el brazo no parético primero o mostraron una estrategia desorganizada, sugiriendo una acción deteriorada del control debido a la apraxia .⁽¹⁶⁾

Sunderland y Walker, en un estudio sobre errores de acción en el vestido después del accidente cerebrovascular también concluyeron que cuando el paciente tenía un daño en el hemisferio derecho tenía mayor dificultad en el vestido para encontrar las aberturas correctas para las manos o la cabeza, y también una mayor falta de atención a la tarea. Destacaron que los errores típicamente observados después del accidente cerebrovascular, ya sea en tareas de destreza o vestirse, no surgen de déficits ejecutivos o semánticos sino de déficits en atención sostenida, percepción visoespacial o ejecución motora.⁽¹⁷⁾

➤ **Eficacia de las pruebas de intervención:**

Van Heugten y Dekker realizaron un programa de terapia para pacientes tras un ACV, enseñando a los pacientes estrategias para compensar la presencia de apraxia. Fue llevado a cabo con 33 pacientes realizando varias pruebas de evaluación al principio y al final del programa, obteniendo resultados de mejora y sugiriendo el éxito del programa, permitiendo a los pacientes funcionar de forma más independiente, a pesar de la presencia duradera de la apraxia.⁽¹⁸⁾

Walker, Drummond y Lincoln realizaron un ensayo cruzado aleatorizado, simple ciego, de la práctica de vestirse describiendo el tratamiento exitoso de las dificultades del vestido después del accidente cerebrovascular en un grupo de pacientes, a los seis meses después del accidente cerebrovascular. La práctica de vestirse se administró regularmente

durante tres meses, incluida la enseñanza de estrategias apropiadas, como vestirse primero con la extremidad parética y usar marcadores en la ropa para ayudar con los problemas de percepción. Durante el período de tratamiento hubo un aumento significativo del 11% en la capacidad de vestirse, no hubo cambios durante los períodos iniciales, lo que demuestra que este fue un efecto específico de la terapia. ⁽¹⁹⁾

Un estudio apuntó que el tratamiento debe centrarse en enseñar al paciente con apraxia estrategias para compensar la apraxia y así mejorar su funcionamiento. Los pacientes que participaron en este estudio después de 6 semanas de entrenamiento intensivo de estrategias mejoraron más en sus AVD que los que recibieron sólo terapia ocupacional convencional, e incluso generalizaron los efectos del entrenamiento a otras tareas y otros contextos. ⁽²⁰⁾

Algunos de los distintos enfoques de tratamiento y técnicas para la apraxia identificados en revisiones bibliográficas son:

- Multiple Cues⁽²¹⁾: que se centra en el tratamiento de los gestos, mediante la presentación de múltiples señales, incluyendo herramientas, objetos, modelos visuales y comentarios.
- Error Reduction⁽²²⁾: consiste por un lado en una configuración externa entrenando al individuo para orientar su mano a los objetos, y por otro lado, una configuración interna que implica el posicionamiento de la mano y los dedos en el objeto, y los errores de movimiento se reducen mediante descripciones verbales para guiar el movimiento mientras se hace un gesto.

- Strategy Training⁽²³⁾: se centrará en el uso de estrategias compensatorias internas como la autoverbalización, y uso de estrategias compensatorias externas, como la secuencia de imágenes, asistencia física.
- Transitive e Intransitive gesture training ⁽²⁴⁾: el entrenamiento con gestos transitivos consta de tres fases en la primera se muestra el uso de herramientas común, en la segunda se muestra una imagen estática de una parte del gesto transitivo y se pide que produzca la pantomima, y en tercer lugar se muestra una imagen de una herramienta común y se pide que produzca el gesto asociado. El entrenamiento con gestos intransitivos también consiste en tres fases, en la primera se muestran dos imágenes, una que ilustra un contexto y la otra que muestra un gesto simbólico relacionado, y se le pide que reproduzca el gesto; en la segunda se muestra la imagen del contexto solo y se le pide que reproduzca el gesto; y en la tercera se muestra una imagen de una situación contextual distinta pero relacionada y se le pide que reproduzca el gesto.
- Errorless Completion + Exploration Training⁽²⁵⁾: combina la manipulación física durante las AVD, la demostración simultánea de la AVD por el terapeuta, la imitación por el paciente, y la copia por parte del paciente después de la demostración durante la ejecución de tres AVD, con el entrenamiento de exploración dirigiendo la atención hacia la importancia funcional de los detalles y las características críticas de la acción.

Otras técnicas que se emplean en la reeducación del vestido en pacientes con apraxia son:

- Guía táctil cinestésica: El método Affolter, también conocido como Terapia de la Interacción Guiada, busca las dificultades de cada paciente a la hora de relacionarse con el entorno, permitiendo una mejor intervención que facilite su

aprendizaje. Cualquier actividad que se lleva a cabo en la vida cotidiana de una persona (p.ej: atarse los zapatos, lavarse las manos, o abrochar los botones de una camisa) no se ejecuta de forma óptima y esperable por la falta de información sensitiva, y su consecuente desorganización en el cerebro no permite completar el proceso perceptivo, pues la información visual y/o auditiva por sí sola no es suficiente (Affolter&Bischofberger, 1996).⁽²⁶⁾ Trabajando con Affolter se simula que son los propios pacientes quienes realizan la acción, que tiene lugar de manera guiada. Se repiten las secuencias buscando crear nuevas conexiones que hacen que los pacientes realicen de manera autónoma las acciones. De esta manera, adquieren información sensitiva del entorno de primera mano, estimulando los procesos de resolución de problemas y mejorando su autonomía. Los entrenamientos se basan en movimientos rutinarios cotidianos, como subir una cremallera, coger un vaso para beber, peinarse o vestirse.⁽²⁷⁾ Se sigue la Guía sencilla cuando el paciente tiene capacidad manipulativa manual y/o bimanual, y la Guía asistencial cuando no hay capacidad manipulativa, y hay que proporcionarle ayuda organizar la información perceptiva.

- Aprendizaje sin errores: En nuestra vida sabemos cómo resolver ciertos problemas por ensayo y error, aprendiendo de los errores cometidos. Los pacientes que han sufrido un daño cerebral tienen alterado el funcionamiento cognitivo, y el aprendizaje por ensayo y error es un obstáculo en la recuperación de la memoria.⁽²⁸⁾ Desde terapia ocupacional nos podemos apoyar en una intervención propuesta por Goldenberg y Hagann (1998) que consiste en el aprendizaje sin errores, para guiar al paciente en la realización

de la tarea, proporcionando pautas para llevarlo a cabo correctamente. Ellos entrenaron a pacientes para lograr un aprendizaje sin errores, practicado entre otras cosas la búsqueda de las mangas antes de ponerse una camisa, o dirigir la atención a los detalles perceptivos de un objeto disminuyendo significativamente los errores después del tratamiento. ⁽²⁹⁾

Dada escasa bibliografía encontrada con respecto al tratamiento de la apraxia del vestido desde Terapia Ocupacional y la antigüedad de algunos de los estudios, es necesario conseguir una mayor base de evidencia científica, ya que tras un daño cerebral se limita de notable forma la recuperación funcional de la persona.

Una revisión de literatura narrativa ⁽¹²⁾ y una encuesta sobre la práctica del vestido desde terapia ocupacional ⁽¹³⁾ documentaron que los terapeutas no usaron evaluaciones estandarizadas para evaluar el rendimiento del vestido ni tampoco utilizaron pruebas de investigación para informar sobre sus prácticas clínicas.

Por todo lo anterior, surge la necesidad de diseñar un programa de reeducación desde el ámbito de Terapia Ocupacional para personas con apraxia del vestido. El programa estará orientado a capacitar al paciente a ser independiente en presencia de la apraxia, pues la recuperación no es el objetivo fundamental de la rehabilitación, centrandolo en actividades funcionales específicas, dentro de contextos específicos.

4. OBJETIVOS

El objetivo principal de este documento es diseñar un programa de reeducación del vestido en personas con apraxia tras sufrir DCA desde Terapia Ocupacional.

Como objetivos específicos cabría destacar:

1. Seleccionar evaluaciones útiles para valorar la apraxia desde terapia ocupacional.
2. Determinar los principales errores apráxicos que comete una persona con DCA durante el vestido.
3. Seleccionar las estrategias de intervención más eficaces para intervenir desde TO en apraxia del vestido.

5. METODOLOGÍA

A continuación se describe cómo se llevará a cabo el programa de reeducación del vestido desde terapia ocupacional en personas con apraxia del vestido tras DCA.

Los pacientes que van a participar en este programa, serán aquellos que cumplan con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con más de 18 años
- Pacientes con DCA en el lóbulo parietal derecho
- Pacientes con apraxia del vestido

- Pacientes que pueden seguir instrucciones sencillas (Obtener al menos una puntuación de 20 en el MMSE) Anexo A

Criterios de exclusión:

- Evidencia clínica de demencia
- Pacientes con limitaciones auditivas o visuales
- Pacientes amputados
- Pacientes con un deterioro cognitivo grave
- Pacientes con afasia severa

EVALUACIÓN:

El vestido y desvestido son actividades íntimas que la persona realiza normalmente en soledad o con alguien de confianza, por ello tanto la evaluación como el abordaje de esta actividad deben ser respetando la intimidad de la persona en todo momento. Las pruebas de evaluación que se utilizarán para evaluar los déficits y capacidades de los paciente son:

- Batería LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment). Es un conjunto de test neuropsicológicos que miden las capacidades cognitivas y perceptivas en pacientes con daño cerebral. Tiene pruebas de orientación, percepción, organización visomotora y operaciones racionales. Además incluye una prueba de apraxias dentro de la parte de percepción, que se realiza mediante la ejecución de diferentes movimientos a través de imitación, utilización de objetos y acción simbólica.

- Test de cribado de apraxia de Tulia (AST), evalúa la presencia y la gravedad de la apraxia de las extremidades superiores, consta de 12 ítems, en los que debe imitar de manera espejo, imaginar que sostiene una herramienta o un objeto, y también hacer gestos siguiendo las instrucciones. Anexo B
- Nottingham Stroke Dressing Assessment (NSDA, Walker et al., 1996). El paciente intenta vestirse y cada prenda se califica para el éxito independiente (2 puntos) o el éxito con la orientación verbal (1 punto). El puntaje final se convierte en un puntaje de independencia porcentual, para permitir la variación en el número de elementos intentados. Anexo C

Además hay otros aspectos que se deben tener en cuenta antes de la observación directa del vestido, por ejemplo el tipo de ropa que viste el paciente y si utiliza dispositivos para la incontinencia urinaria. Deben considerarse como una prenda más a evaluar los dispositivos que utilicen algunos pacientes de incontinencia como sondas vesicales, parches de colostomía y colectores o absorbentes, ya que deben integrarse en su rutina diaria. y precisan de una secuencia determinada en el vestido para su colocación.

Mientras analizamos cómo se pone o quita una prenda también se puede incrementar el grado de dificultad de la prueba modificando la posición original de alguna de las prendas, como por ejemplo dándole la vuelta a una de las mangas de la chaqueta.

También puede ser de gran utilidad evaluar el nivel conceptual, por ejemplo pidiendo al paciente que describa verbalmente cómo se pondría y quitaría determinadas prendas de ropa, gestualizando con mímica las descripciones si lo necesitase.

Tras sufrir un daño cerebral algunos pacientes parecen tener más dificultades que otros para reaprender a vestirse, esto no puede explicarse sólo por la incapacidad física ya que muchos pacientes con hemiparesia aprenden a vestirse independientemente. Por ello un punto importante a tener en cuenta dentro de la evaluación es analizar mediante la observación los **errores** más frecuentes que suelen cometer:

- Estrategias para vestirse desorganizadas.
- Manipulan las prendas de ropa con actitud de confusión, y con dificultades para orientar la ropa en el espacio y con respecto al cuerpo.
- Tienen movimientos torpes y perseverativos.
- Parece que han olvidado que hay que hacer para vestirse.
- Necesitan en algunos casos varios intentos de ensayo- error.
- Además de alterarse movimientos complejos como anudar la corbata o atarse los zapatos, se alteran los más sencillos como ponerse una camiseta.
- Se puede alterar la secuencia de colocación de prendas sobre el cuerpo.
- Se suelen equivocar de agujero.
- No terminan de subir y colocar bien la prenda en el hombro.
- Visten primero el lado no hemiparético.

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:

El programa tendrá una duración de tres meses y se realizarán cuatro sesiones a la semana de manera individual, y dos de ellas durarán una hora y media, y las restantes de una hora.

Las sesiones serán de diferentes tipos:

- **Intervención sobre las destrezas y habilidades**, que se llevará a cabo los días que la sesión dura una hora y media, durante los primeros 30 minutos de las sesiones, y se realizarán actividades con el fin de entrenar y reforzar la posterior intervención sobre la actividad del vestido.

Algunas de las técnicas que se utilizarán, explicadas previamente serán *multiple cues*⁽²¹⁾, *transitive e intransitive gesture training*.⁽²⁴⁾ Las actividades que se llevarán a cabo

durante los primeros 30 minutos son:

- Orientación de las partes del cuerpo: Señalar diferentes partes del cuerpo por ejemplo el brazo izquierdo, el pie derecho, el hombro izquierdo.
 - Reconocer las prendas de ropa: Identificar el color, la forma, el nombre de la prenda (camisa, pantalón, calcetines...).
 - Orientar la ropa en el espacio: discriminación derecha/izquierda, arriba/abajo, delante/detrás.
 - Orientar la ropa respecto al cuerpo: Identificar el lugar adecuado para cada prenda.
 - Copiar la postura del terapeuta.
 - Copiar movimientos coordinados del terapeuta.
 - Cumplir órdenes que impliquen el uso de la lateralidad y de las posiciones espaciales con respecto al propio cuerpo.
-
- **Intervención sobre la actividad**, en todas las sesiones se trabajará la actividad del vestido durante una hora. Siempre que sea posible se entrenará en el entorno real. Los principios de intervención de los que partiremos para llevarla a cabo cuentan con varias técnicas, que serán adaptadas a los pacientes.

La actividad del vestido se entrenará basándonos en la estrategia de aprendizaje sin errores ^(28, 29), proporcionando pautas para llevar a cabo correctamente la actividad del vestido; aplicando claves como pueden ser la orden verbal realizando descripciones ⁽²²⁾ para guiar el movimiento, o preguntas que garanticen la respuesta adecuada, preguntas cerradas que aseguren el éxito. Se utiliza la guía táctil cinestésica para guiar al paciente en la producción de movimiento, orientando sus manos a la prenda de ropa, posicionando las manos y los dedos en el objeto; también utilizando secuencias de imágenes⁽²³⁾ de los pasos a seguir para ponerse una camisa, o cualquier otra prenda; se puede beneficiar observando cómo el terapeuta se pone una chaqueta y a continuación imitarlo el paciente⁽²⁵⁾, o dirigiendo la atención del paciente hacia los detalles, por ejemplo señalando la etiqueta de la prenda o llevando su mano para que el mismo la explore.

- **Intervención sobre el entorno y la ropa**, el terapeuta se debe asegurar que cada uno de estos aspectos se cumple y es lo más adecuado para cada paciente.

En cuanto al entorno, debe ser privado, tranquilo y siempre que se pueda se debe entrenar la actividad en el entorno real. La generalización del aprendizaje se facilita más cuando este tiene lugar en el propio entorno del paciente. Cuando tiene lugar el entrenamiento en el entorno clínico se debe ir facilitando la transferencia al entorno real, con la ayuda del cuidador. Por otro lado, en los cajones se pueden poner etiquetas indicando la ropa que contienen. Relojes que muestran la hora del día, para ayudarse por medio de la orientación temporal de que prenda es más adecuada. También se pueden ofrecer otras compensaciones externas como secuencias de imágenes de los pasos para ponerse cada prenda.

En cuanto a la ropa, siempre debe preservar la dignidad de la persona, y evitar que el paciente se sienta vulnerable, las prendas de vestir deben promover la independencia. La ropa

inadecuada debe ser eliminada para que haya menos elementos de distracción, pero siempre permitiendo que el paciente siga teniendo libertad de elección. También se deben tener en cuenta otros aspectos, por ejemplo los zapatos con velcro son más simples que los de cordones, de igual manera que las prendas con botones también son más complicadas.

- **Intervención con cuidadores**, que se realizará en una sesión a la semana, de manera individual a ser posible en el entorno real, de aproximadamente una hora de duración. Se ofrecerán unas pautas directas al cuidador para favorecer la generalización del aprendizaje de lo que el terapeuta trabajará. Además también habrá tres sesiones dirigidas a grupos de cuidadores en las que se abordará:
 - En la primera sesión grupal, que tendrá lugar al inicio del programa, se explicará qué ocurre tras sufrir un daño cerebral y qué son las apraxias. Al final de esta primera sesión se ofrecerán pautas para saber cómo abordar el vestido y se mostrará mediante ejemplos cómo deben realizarlo, ya que al fin y al cabo ellos son los que pasan más tiempo con los pacientes. Anexo D
 - En la segunda sesión se les pedirá que cuenten sus experiencias como cuidadores, y problemas y limitaciones que no han sabido resolver con los pacientes y se ofrecerán estrategias para saber solucionarlos.
 - La última sesión consistirá en un recordatorio de todo el proceso, se hablará de la evolución del paciente, se darán pautas de cómo deben de continuar actuando con los pacientes a partir de ese momento, y se les pedirá que rellenen la hoja de evaluación del programa.

REEVALUACIÓN:

Al finalizar la intervención se re-evaluará al paciente administrando el protocolo de la evaluación inicial pasados tres meses de la primera evaluación: Bateria LOTCA, Test de cribado de apraxia de Tulia, y la Nottingham Stroke Dressing Assessment (NSDA), además de una observación y análisis de otros aspectos mencionados en la evaluación .

EFICACIA DEL PROGRAMA:

En las últimas sesiones tanto del paciente como del cuidador, se pasarán unos cuestionario "Cuestionario de satisfacción del programa como paciente" y " Cuestionario de satisfacción del programa como cuidador" respectivamente. Se evalúa el grado de satisfacción de ambos en la participación del programa, que contiene ítems, siendo la puntuación más alta "excelente" y la más baja "muy mala".

- Evaluación al paciente: Anexo E
- Evaluación al cuidador: Anexo F

6. RESULTADOS ESPERABLES:

Con este programa de reeducación en el vestido en personas con apraxia se busca capacitar al paciente para que sea lo más independiente posible en presencia de esta apraxia y así minimizar las repercusiones en sus AVD, consiguiendo la mayor funcionalidad posible.

Los resultados que se esperan obtener tras el desarrollo del programa serán positivos, puesto que tras aplicar distintas técnicas y estrategias durante la intervención, los resultados en la reevaluación deben mostrar mejoras significativas.

7. CONCLUSIÓN

La figura del Terapeuta Ocupacional en el Daño Cerebral cada vez es más reconocida, pero siguen siendo necesarios más estudios e investigación en aspectos teóricos, metodológicos y clínicos. Hay una gran escasez de estudios diseñados sobre el tratamiento de la apraxia.

Este documento tiene como objetivo ofrecer un programa de intervención para personas con apraxia del vestido, teniendo en cuenta los problemas que suelen presentar, ofreciendo estrategias y una intervención para llevar a cabo desde las fases iniciales. Esta intervención incluye numerosos abordajes y técnicas que se deben seguir para entrenar al paciente en la actividad del vestido, recomendaciones en cuanto al ambiente y la ropa, y también intervención con el cuidador.

Se deben tener en cuenta las diferencias individuales de cada paciente que participe en el programa, por ello no es posible utilizar una única técnica, se debe conjugar coherentemente un conjunto de las mismas.

Es importante destacar la necesidad de tener evaluaciones estandarizadas más específicas, en concreto de la apraxia del vestido, para poder identificar y medir las mejoras y resultados tanto iniciales como finales y conocer los beneficios de las intervenciones. Se hace necesario en los próximos años un mayor esfuerzo desde la Terapia Ocupacional en nuestro país por el diseño, adaptación y validación de instrumentos de medida de evaluación funcional.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza A. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [12 enero 2018]; 6, supl. 4: 410-64 Disponible en:
<http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral>.
2. Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) (2013). Las personas con Daño Cerebral Adquirido en España. Disponible en:
<http://fedace.org/wp-content/uploads/2013/09/Informe-FEDACE-RPD-para-DDC-1.pdf>
3. Apraxia del vestido en ictus - Centro Específico de Rehabilitación Neurológica. Gijón. Asturias. | Neurofunción . 2015 [5 febrero 2018]. Disponible en:
<https://www.neurofuncion.com/2015/08/03/vestido-ictus/>
4. Petreska B, Adriani M, Blanke O, Billard AG: Apraxia: una revisión . Prog Brain Res [Revista en Internet]. 2007 [consultado 8/02/2018]; 164: 61-83. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17920426>
5. Kanda T, Nogawa S, Muramatsu K. Portal systemic encephalopathy presenting with dressing and constructional apraxia. Int Med. [Revista en Internet]. 2000[consultado 8/02/2018]; 39 : 419-23. Disponible en:
https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine1992/39/5/39_5_419/article/-char/ja/
6. Ardilla A. Historia y clasificación de las Apraxias. Revistannn. [Revista en Internet] 2015[consultado 8/02/2018];15: 109-18. Disponible en:
https://revistannn.files.wordpress.com/2015/05/10-ardila_historia-apraxias-enero-junio-vol-151-2015.pdf
7. Moruno P, Romero D. Actividades de la Vida Diaria. Barcelona: Masson; 2005.

8. García García R, Perea Bartolomé MV. Apraxia constructiva y del vestirse. Revistannn [Revista en Internet]. 2015[consultado 10/02/2018]; 15 (1): 159-74. Disponible en: https://revistannn.files.wordpress.com/2015/05/13-garcc3ada-pereira_apraxia-constructiva-y-del-vestir-enero-junio-vol-151-2015.pdf
9. Lopez Polonio B, Ayuso Romero DM. Terapia Ocupacional aplicada Daño Cerebral adquirido. Madrid. Ed. Médica Panamericana. 2010.
10. Canadian Association of Occupational Therapist. What is OT [Internet]. Canadá: CAOT. [Consultado el 20 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://caot.ca/site/aboutot/whatisot?nav=sidebar>
11. ¿Qué es la TO? - Definición [Internet]. Apeto.com. 2018 [consultado 15 enero 2018]. Disponible en: <https://www.apeto.com/que-es-la-to->
12. Walker C, Walker M. Dressing ability after stroke: a review of the literature. Br J Occup Ther [Revista en Internet]. 2001[Consultado el 20/02/2018]; 64: 449–454. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802260106400906>
13. Walker C, Walker MF and Sunderland A. Dressing after stroke: a survey of current occupational therapy practice. Br J Occup Ther [Revista en Internet]. 2003 [Consultado el 18/02/2018]; 66; 263–268. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/030802260306600605>
14. Walker M. Dressing after stroke.[MPhil Thesis]. Universidad de Nottingham; 1991. Disponible en: [http://eprints.nottingham.ac.uk/10357/1/M. F. Walker -
_Dressing after stroke.pdf](http://eprints.nottingham.ac.uk/10357/1/M._F._Walker_-_Dressing_after_stroke.pdf)

15. Fletcher- Smith J. Recovery of dressing ability after stroke. [MPhil Thesis] Universidad de Nottingham; 2011. Disponible en: http://eprints.nottingham.ac.uk/11913/1/Jo_MPhil_July_2011.pdf
16. Walker CM , Sunderland A , Sharma J. El impacto del deterioro cognitivo en las dificultades para el vendaje del cuerpo superior después del accidente cerebrovascular: un análisis de video de los patrones de recuperación Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry [Revista en Internet]. 2004 [Consultado el 19/02/2018]; 75(1): 43-48. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/content/75/1/43>
17. Sunderland A, Walker C, Walker M. Action errors and dressing disability after stroke: An ecological approach to neuropsychological assessment and intervention. Neuropsychological Rehabilitation. [Revista en Internet]. 2006[Consultado el 19/02/2018];16(6):666-83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17127572>
18. Van Heugten C, Dekker J, Deelman B, van Dijk A, Stehmann-Saris J, Kinebanian A. Outcome of strategy training in stroke patients with apraxia: a phase II study. Clinical Rehabilitation.[Revista en Internet]. 1998[Consultado el 23/02/2018];12(3):216-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9744665>
19. Walker M, Lincoln N. Factors influencing dressing performance after stroke. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry [Revista en Internet]. 1991 [Consultado el 23/02/2018];54(8):699-701. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1014473/>
20. Geusgens CA, Heugten CM, Cooijmans JP. Transfer effects of a cognitive strategy training for stroke patients with apraxia. J Clin Exp Neuropsychol[Revista en

- Internet]. 2007 [Consultado el 23/02/2018] 29(8): 831–41. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18030634>
21. Maher L, Rothi L, Greenwald M. Treatment of gesture impairment: a single case. *American Speech and Hearing Association* 1991; 33:195.
22. Maher LM, Ochipa C. Management and treatment of limb apraxia, in Gonzalez-Rothi LJ, Heilman KM (eds): *Apraxia: The Neuropsychology of Action*. Hove, Psychology Press[Internet]. 1997 [Consultado el 23/02/2018]. 75–91. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=hD-4AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA29&dq=Apraxia:+The+neuropsychology+of+action+1997&ots=ksZZBr_ei_&sig=YXrDQLoFAGJWxqDjKgJcWNYwIc&redir_esc=y#v=onepage&q=Apraxia%3A%20The%20neuropsychology%20of%20action%201997&f=false
23. Donkervoort M, Dekker J, Stehmann-Saris FC, Deelman BG: Efficacy of strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia: a randomized clinical trial. *Neuropsychol Rehabil*[Revista en Internet]. 2001 [Consultado el 25/02/2018];11:549–66. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09602010143000093>
24. Smania N, Girardi F, Domenicali C, Lora E, Aglioti S: The rehabilitation of limb apraxia: a study in left-brain-damaged patients. *Arch Phys Med Rehabil* [Revista en Internet]. 2000 [Consultado el 25/02/2018];81:379–88. Disponible en:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10768524>
25. Goldenberg G, Hagmann S. Therapy of activities of daily living in patients with apraxia. *Neuropsychol Rehabilitation* [Revista en Internet]. 1998 [Consultado el

24/02/2018];8:123–41.

Disponible

en:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713755559>

26. Moreno MC. Eficacia de la aplicación del método Affolter en Daño Cerebral Adquirido. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional.[Revista en Internet]. 2013

[Consultado el 25/02/2018]; 10: 16-21. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4209294>

27. Fernández M, Gómez C. Concepto Affolter: abordaje terapéutico perceptivo-cognitivo mediante interacción no verbal. In. Neurorehabilitación: métodos específicos de valoración y tratamiento. Editorial Médica Panamericana. [Revista en

Internet].2012 [Consultado el 26/02/2018]: 359-367. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5272816>

28. Lindsten-McQueen K, Weiner N, Wang H, Josman N, Connor L. Systematic Review of Apraxia Treatments to Improve Occupational Performance Outcomes. OTJR: Occupation, Participation and Health [Revista en Internet]. 2014[Consultado el

28/02/2018] ;34(4):183-192. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25347756>

29. Elaborative encoding through self-generation enhances outcomes with errorless learning: Findings from the Skypekids memory study. [Revista en

Internet].2015[Consultado el 25/02/2018]; 27(1):60-79. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26095199>


9. ANEXOS:

ANEXO A

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?"
5		"Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

Apraxia Screen of TULIA (AST)

Name patient:

Test date:

Name examiner:

Diagnosis (incl. lesion localization):

Imitation

General instruction: "Seven gestures are demonstrated in a mirror fashion, imitate them as precisely as possible"

	right	left
1. Bring thumb extended on forehead, other fingers point upwards		
2. Wipe dust from shoulder		

Additional instruction: "For the next five gestures, imagine holding a tool or an object in hand, don't use your fingers as a tool"

3. Drink from a glass		
4. Smoke a cigarette		
5. Use a hammer		
6. Use scissors		
7. Use a stamp to postmark		

Pantomime

General instruction: "Now gestures are asked. Listen very carefully and perform them as precisely as possible"

8. "Show as if someone is crazy" *		
9. "Make a threatening sign" **		

Additional instruction: "Again, imagine holding a tool or an object in hand, don't use the fingers"

10. "Brush your teeth"		
11. "Comb your hair"		
12. "Use a screwdriver"		
Total Score		

Item 1 = meaningless; Items 2,8,9 = intransitive; Items 3-7 and 10-12 = transitive

* repetitive tapping of the index finger at the temple (rotating movements of index finger are also correct).

** upraised clenched fist (upraised index finger or open hand are also correct).

A. Test description

The screening test (Vanbellingen et al., JNNP 2010) comprises 12 items extracted from the more comprehensive test of upper limb apraxia, TULIA (Vanbellingen et al., EJoN 2010) by item reduction analysis. The items represent all semantic categories: one meaningless, three intransitive (communicative) and 8 transitive (tool-related) gestures. In addition, 7 gestures each are tested in the imitation and 5 in the pantomime domain. The 6-point scoring method of TULIA was dichotomized to "fail = 0 and pass = 1". The cut-off levels of AST were determined in the original sample (n=133) by comparing the corresponding 12 items from TULIA recoded to pass and fail with the full version. Accordingly, using cut-off levels of 9 and 5, high specificity (93%) and sensitivity (88%) for mild and severe apraxia could be estimated.

B. Test situation

The patient is seated in front of the examiner; both with the forearms placed on the table. Hemiparetic patients execute the gestures with their non-paretic upper limb i.e. ipsilesional. Otherwise both upper limbs are tested. The test performance of the patient is evaluated „online“ during the examination and reported on the scoring sheet (page 1).

C. Test evaluation

Dichotomous scale: 0 = fail, 1 = pass

Maximum score = 12

Total cut-off score < 9 *

Severe Apraxia < 5

Score 0 =

- Appearance of body part as object errors
- Considerable spatial errors, extra movements and omissions, false end position, substitutions and perseverations
- Amorphous or seeking movements, not related to the desired gesture

Score 1 =

- Normal movement
- Slight slowdown or discrete spatial errors (e.g. diminished amplitude) are allowed
- Discrete extra movements or omissions can occur
- Also when brief substitutions or perseverations occur, which are corrected, the score is still given

*Alternative cut-off score < 5 for imitation part only, in case of severe language comprehension problems (can be presumed, if three or more amorphous movements occur for pantomime).

**The Nottingham Stroke Dressing Assessment (NSDA)
NSDA Male Version**

NOTTINGHAM STROKE DRESSING ASSESSMENT - MALE

Patient Study No:

Date of Assessment: **Assessment:** Initial / Outcome

- 0 Dependent
- 1 Dependent on verbal assistance only
- 2 Independent
- n/a Not applicable

	Score	Comment and aids used
Cross affected leg over non-affected leg		
Cross non-affected leg over affected leg		
Reach affected foot		
Reach non-affected foot		
Standing – static		
Standing – dynamic		
Fastenings		
Zip		
Large button		
Small button		
Round button		
Velcro		
Hook and eye		
Press stud		
Bow		
Buckle		
Trouser clip		
Vest		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		
Shirt / cardigan		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling around back / over head		
Pulling down		

	Score	Comment and aids used
Jumper		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		
Pants		
Selecting correct hole with affected leg		
Selecting correct hole with non-affected leg		
Pulling up		
Trousers		
Selecting correct hole with affected leg		
Selecting correct hole with non-affected leg		
Pulling up		
Socks		
Pulling up over affected toes		
Pulling up over non-affected toes		
Pulling up affected leg		
Pulling up non-effected leg		
Shoes		
Putting shoe on affected foot		
Putting shoe on non-affected foot		
Lacing shoe on affected foot		
Lacing shoe on non-affected foot		
TOTAL (actual score divided by possible total score i.e. excluding not applicable stages)	/	%

Adjustment of clothing

- a) Does not make any attempt
- b) Makes minimal attempt
- c) Adjusts clothes as far as physically possible
- d) Adjusts clothes independently

Sequencing

- a) Aware of sequencing difficulties
- b) Unaware of sequencing difficulties
- c) No problem

The Nottingham Stroke Dressing Assessment (NSDA) NSDA Female Version

NOTTINGHAM STROKE DRESSING ASSESSMENT - FEMALE

Patient Study No:

Date of Assessment: **Assessment:** Initial / Outcome

- 0 Dependent
 1 Dependent on verbal assistance only
 2 Independent
- n/a Not applicable

	Score	Comment and aids used
Cross affected leg over non-affected leg		
Cross non-affected leg over affected leg		
Reach affected foot		
Reach non-affected foot		
Standing – static		
Standing – dynamic		
Fastenings		
Zip		
Large button		
Small button		
Round button		
Velcro		
Hook and eye		
Press stud		
Bow		
Buckle		
Trouser clip		
Bra		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		
Pulling up to shoulders		
Vest/slip		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		
Dress		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		

	Score	Comment and aids used
Shirt / cardigan		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling around back / over head		
Pulling down		
Jumper		
Selecting correct hole with affected arm		
Selecting correct hole with non-affected arm		
Pulling over head		
Pulling down		
Skirt / Waist Slip		
a) Putting affected leg through waist		
Putting non-affected leg through waist band		
Pulling up		
Or b) Putting affected arm through skirt		
Putting non-affected arm through skirt		
Pulling over head		
Pulling down		
Pants		
Selecting correct hole with affected leg		
Selecting correct hole with non-affected leg		
Pulling up		
Trousers		
Selecting correct hole with affected leg		
Selecting correct hole with non-affected leg		
Pulling up		
Stockings / Tights / Socks		
<i>Pulling up over affected toes</i>		
<i>Pulling up over non-affected toes</i>		
<i>Pulling up affected leg</i>		
<i>Pulling up non-affected leg</i>		
Shoes		
Putting shoe on affected foot		
Putting shoe on non-affected foot		
Lacing shoe on affected foot		
Lacing shoe on non-affected foot		
TOTAL (actual score divided by possible total score i.e. excluding not applicable stages)	/	%

Adjustment of clothing

- a) Does not make any attempt
- b) Makes minimal attempt
- c) Adjusts clothes as far as physically possible
- d) Adjusts clothes independent

Sequencing

- a) Aware of sequencing difficulties
- b) Unaware of sequencing difficulties
- c) No problem

ANEXO D

ENTRENAR EL VESTIDO, PAUTAS PARA CUIDADORES

- 1. Preparar al paciente para la actividad que se va a realizar, se le explica lo que se va a hacer, en qué consiste, se le muestran los materiales, y puede explorarlos si lo desea.
- 2. Se deben dar pautas sobre el posicionamiento, la alineación postural del paciente debe ser correcta tanto si el entrenamiento es en sedestación como en bipedestación.
- 3. Después nos colocamos frente al paciente para comenzar el entrenamiento por imitación, y realizar la tarea a entrenar, quitarse la chaqueta, la camiseta, el pantalón u otra prenda. Se debe realizar de manera gradual, por lo que en la primera fase tras explicarle en qué va a consistir y la secuencia que va a seguir, realizaremos la actividad que se va a entrenar. Inmediatamente se repetirá la actividad pero esta vez el paciente se quitará la prenda a la vez que nosotros y por último nos la quitaremos de nuevo nosotros primero y nada más acabar iniciará a quitársela el paciente.
- 4. El siguiente paso será el entrenamiento por orden verbal, iremos dando órdenes de los pasos secuenciados que debe seguir el paciente, mientras que este lo va realizando poco a poco.
- 5. Posteriormente iremos retirando las órdenes de la secuenciación fragmentada con los pasos a seguir, e indicaremos sólo lo que tiene que realizar "quítate la chaqueta", y el paciente deberá integrar toda la secuencia previamente entrenada.
- 6* Por último deben hacerse todos los pasos mencionados anteriormente para ver si puede o no hacer todo de forma correcta y sin ayuda en su entorno real. En caso de que no se hay realizado en el entorno real del paciente se debe hacer una generalización del proceso aprendido en su domicilio.

"Cuestionario de satisfacción del programa como paciente"

	EXCELENTE	BUENO	INDIFERENTE	MALO	MUY MALO
1. La organización del programa ha sido					
2. En general el programa le ha parecido					
3. La duración del programa ha sido					
4. El terapeuta ha sabido motivar al paciente					
5. El terapeuta ha propiciado una comunicación					
6. El terapeuta ha sabido resolver las dudas con claridad					
7. Cómo definiría la aplicación del programa					
8. Los contenidos han sido.					
9. Mis mejoras durante el desarrollo del programa han sido					

Aspectos a mejorar, propuesta de mejora.....

.....

"Cuestionario de satisfacción del programa como cuidador"

	EXCELENTE	BUENO	INDIFERENTE	MALO	MUY MALO
1. La organización del programa ha sido					
2. En general el programa le ha parecido					
3. La duración del programa ha sido					
4. El terapeuta ha sabido motivar al cuidador					
5. El terapeuta ha propiciado una comunicación					
6. El terapeuta ha sabido resolver las dudas con claridad					
7. Cómo definiría la aplicación del programa					
8. Los contenidos han sido					
9. Las mejoras durante el desarrollo del programa han sido					

Aspectos a mejorar, propuesta de mejora.....
