**INFORME TERAPIA OCUPACIONAL**

# DATOS

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** |  |
| **APELLIDOS** |  |
| **FECHA NACIMIENTO** |  |
| **INCORPORACIÓN LAMASTELLE** |  |
| **UNIDAD/TALLER** |  |
| **RESIDENCIA** |  |
| **INCORPORACIÓN RESIDENCIA** |  |

**Fecha informe**: **Terapeuta** **ocupacional**:

**Fecha programada para la revisión**:

**Fecha de revisión**:

# CONTEXTUALIZACIÓN:

## HISTORIA DE VIDA:

## DIAGNÓSTICO:

## INTERESES:

## DATOS RELEVANTES A CONSIDERAR:

# NOMINACIÓN, VALIDACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL. ESCALAS Y VALORACIONES.

## Barthel

## Lawton Brody

## Higiene bucodental

## Alimentación

## Sobrecarga del cuidador/a

## C.O.M.P

# 4. IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA FUNCIÓN OCUPACIONAL Y CONDICIONES AMBIENTALES

## 4.1. Desempeño ocupacional:

**Autocuidado:**

**Productividad:**

**Ocio**

## 4.2. Medioambiente (cultural, social, institucional y físico)

# FORTALEZAS Y RECURSOS (afectivo, cognitivo y físico, familiar, comunitario…)

# OBJETIVOS Y PLAN DE INTERVENCIÓN

# INTERVENCIONES REALIZADAS Y PAUTAS. POSIBLES PLANES DE INTERVENCIÓN A REALIZAR.

# EVALUACION DE RESULTADOS: a través del resto de escalas, informes de otros profesionales y familia.

# ANEXOS

# ANEXO I: Barthel

**NOMBRE:**

**FECHA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tarea** | **Grado Funcional** | **Descripción** | **Puntuación** |
| **Alimentación** | Independiente | Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc. | 10 |
| Necesita ayuda | Necesita ayuda para alguna de las actividades previas. | 5 |
| Dependiente | Necesita ser alimentado. | 0 |
| **Baño** | Independiente | Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse. | 5 |
| Dependiente | Necesita alguna ayuda. | 0 |
| **Vestirse** | Independiente | Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador. | 10 |
| Necesita ayuda | Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable. | 5 |
| Dependiente |   | 0 |
| **Arreglarse** | Independiente | Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse. | 5 |
| Dependiente | Necesita alguna ayuda. | 0 |
| **Deposiciones** | Continente | Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema. | 10 |
| Incontinencia ocasional | Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema. | 5 |
| Incontinente |   | 0 |
| **Micción** | Continente | Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina. | 10 |
| Incontinencia ocasional | Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral. | 5 |
| Incontinente |   | 0 |
| **Uso del retrete** | Independiente | Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla. | 10 |
| Necesita ayuda | Necesita ayuda para guardar el equilibrio en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico. | 5 |
| Dependiente |   | 0 |
| **TRASLADOS cama-sillón** | Independiente | Es capaz de realizar con seguridad el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas - levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama e igualmente volver a la cama al sillón. | 15 |
| Mínima ayuda | Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos. | 10 |
| Gran ayuda | Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda. | 5 |
| Dependiente |   | 0 |
| **Deambulación** | Independiente | Puede caminar 45m sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo. | 15 |
| Mínima ayuda | Necesita ayuda o supervisión para caminar 45m. Deambulación con andador. | 10 |
| Gran ayuda | Puede empujar la silla 45m y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrar por la casa, etc). | 5 |
| Dependiente | Camina menos de 45m. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona. | 0 |
| **Subir y bajar escaleras** | Independiente | Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas para apoyarse en la barandilla. | 10 |
| Necesita ayuda | Necesita ayuda física o verbal. | 5 |
| Dependiente |   | 0 |
| **TOTAL** |  |

0-24:dependencia total; 25-49: dep. severa; 50-74: dep. moderada; 75-90: dep. media; 91-99: dep. mínima; 100: Independiente

**Terapeuta** **ocupacional**:

# ANEXO II: Lawton y Brody

|  |
| --- |
| **NOMBRE:****FECHA:** |
| **ASPECTO A EVALUAR** | **Puntuación** |
| **CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:** |
| - Utiliza el teléfono por iniciativa propia | 1 |
| - Es capaz de marcar bien algunos números familiares | 1 |
| - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar | 1 |
| - No es capaz de usar el teléfono | 0 |
| **HACER COMPRAS:** |
| - Realiza todas las compras necesarias independientemente | 1 |
| - Realiza independientemente pequeñas compras | 0 |
| - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra | 0 |
| - Totalmente incapaz de comprar | 0 |
| **PREPARACIÓN DE LA COMIDA:** |
| - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente | 1 |
| - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes | 0 |
| - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada | 0 |
| - Necesita que le preparen y sirvan las comidas | 0 |
| **CUIDADO DE LA CASA:** |
| - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 |
| - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas | 1 |
| - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza | 1 |
| - Necesita ayuda en todas las labores de la casa | 1 |
| - No participa en ninguna labor de la casa | 0 |
| **LAVADO DE LA ROPA:** |
| - Lava por sí solo toda su ropa | 1 |
| - Lava por sí solo pequeñas prendas | 1 |
| - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro | 0 |
| **USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:** |
| - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche | 1 |
| - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte | 1 |
| - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona | 1 |
| - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros | 0 |
| - No viaja | 0 |
| **RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:** |
| - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta | 1 |
| - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente | 0 |
| - No es capaz de administrarse su medicación | 0 |
| **MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:** |
| - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo | 1 |
| - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos… | 1 |
| - Incapaz de manejar dinero | 0 |
| **Puntuación total:** |  |

0-1: dep. total; 2-3: dep. grave; 4-5: dep. moderada; 6-7: dep. ligera; 8: autónomo/a

**Terapeuta** **ocupacional**:

ANEXO III: Higiene bucodental

**NOMBRE:**

**FECHA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PASOS FRAGMENTADOS** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| 1. Reconocer su neceser
 |  |  |  |
| 1. Coger su neceser
 |  |  |  |
| 1. Abrir el neceser
 |  |  |  |
| 1. Sacar los utensilios (cepillo, pasta de dientes y vaso)
 |  |  |  |
| 1. Llenar el vaso de agua
 |  |  |  |
| 1. Abrir el bote de pasta de dientes
 |  |  |  |
| 1. Echar la pasta de dientes en el cepillo
 |  |  |  |
| 1. Cepillarse los dientes
 |  |  |  |
| 1. Repaso de la cuidadora en el cepillado de dientes
 |  |  |  |
| 1. Se enjuaga la boca
 |  |  |  |
| 1. Limpia el cepillo
 |  |  |  |
| 1. Escupe el agua
 |  |  |  |
| 1. Se limpia la boca con agua
 |  |  |  |
| 1. Se seca la boca con papel
 |  |  |  |
| 1. Seca el vaso
 |  |  |  |
| 1. Seca el cepillo
 |  |  |  |
| 1. Guarda los utensilios en su neceser
 |  |  |  |
| 1. Guarda el neceser
 |  |  |  |
| **OBSERVACIONES** |
|  |

**Terapeuta** **ocupacional**:

# ANEXO IV: Alimentación

**Evaluación de Terapia Ocupacional: AVD – alimentación. (AMPS)**

**NOMBRE:**

**FECHA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HABILIDADES MOTORAS** | **ADECUADO** | **DIFICULTAD** | **MUCHA DIFICULTAD** |
| ***Postura*** |
| ESTABILIZAR el cuerpo para el equilibrio |  |  |  |
| ALINEAR el cuerpo en posición vertical |  |  |  |
| POSICIONAR el cuerpo y/o los brazos en posición adecuada a la tarea |  |  |  |
| ***Movilidad*** |
| DEAMBULAR: moverse en el medio ambiente de la tarea (superficie a nivel) |  |  |  |
| ALCANZAR los objetos de la tarea |  |  |  |
| DOBLAR o rotar el cuerpo en forma apropiada a la tarea |  |  |  |
| ***Coordinación*** |
| COORDINAR dos partes del cuerpo para estabilizar en forma segura los objetos de la tarea |  |  |  |
| MANIPULAR los objetos de la tarea |  |  |  |
| FLUIR: ejecutar movimientos suaves y fluidos con los brazos y las manos |  |  |  |
| ***Fuerza y esfuerzo*** |
| MOVER: empujar y tirar de los objetos de la tarea sobre las superficies a nivel o abrir y cerrar puertas y/o cajones |  |  |  |
| TRANSPORTAR los objetos de la tarea de un lugar a otro |  |  |  |
| LEVANTAR objetos utilizados durante la tarea |  |  |  |
| CALIBRAR: regular la fuerza y la extensión de los movimientos |  |  |  |
| AGARRAR: Mantener una presión segura sobre los objetos de la tarea |  |  |  |
| ***Energía*** |  |  |  |
| RESISTIR mientras dure la ejecución de la tarea |  |  |  |
| Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea |  |  |  |

**OBSERVACIONES DEL DESEMPEÑO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HABILIDADES DE PROCESAMIENTO** | **ADECUADO** | **DIFICULTAD** | **MUCHA DIFICULTAD** |
| ***Energía*** |
| Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea |  |  |  |
| Mantener la ATENCIÓN selectiva durante toda la ejecución de la tarea |  |  |  |
| ***Uso del conocimiento*** |
| ELEGIR las herramientas y los materiales apropiados necesarios para la ejecución de la tarea |  |  |  |
| UTILIZAR los objetos de la tarea según los propósitos para los que están destinados |  |  |  |
| Saber cuándo y cómo estabilizar y sostener o ASIR los objetos de las tareas |  |  |  |
| COMPRENDER el objetivo de la tarea especificada |  |  |  |
| INVESTIGAR: preguntar la información necesaria |  |  |  |
| ***Organización temporal*** |
| INICIAR los pasos o las acciones de las tareas sin latencia |  |  |  |
| CONTINUAR las acciones hasta completarlas |  |  |  |
| SECUENCIAR lógicamente los pasos de las tareas |  |  |  |
| TERMINAR las acciones o los pasos en el momento apropiado |  |  |  |
| ***Espacio y objetos*** |
| BUSCAR y LOCALIZAR las herramientas y los materiales |  |  |  |
| REUNIR las herramientas y los materiales en el lugar de la tarea |  |  |  |
| ORGANIZAR las herramientas y los materiales en una forma ordenada, lógica y espacialmente apropiada  |  |  |  |
| RESTABLECER: ordenar las herramientas y los materiales o reacomodar el lugar de trabajo. |  |  |  |
| SORTEAR: maniobrar la mano y el cuerpo alrededor de los obstáculos |  |  |  |
| ***Adaptación*** |
| NOTAR y RESPONDER apropiadamente a los indicios ambientales no verbales relacionados con la tarea |  |  |  |
| ACOMODAR: modificar la propia acción para superar los problemas |  |  |  |
| AJUSTAR: modificar el espacio de trabajo para superar los problemas |  |  |  |
| BENEFICIARSE: evitar la persistencia o recurrencia de los problemas |  |  |  |

**OBSERVACIONES DEL DESEMPEÑO:**

**Terapeuta** **ocupacional**:

# ANEXO V: Listado de intereses de Kielhofner (modificado)

**NOMBRE:**

**FECHA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **¿Te gustan estas actividades?****SI NO** | **Observaciones** |
| Béisbol |  |  |  |
| Baloncesto |  |  |  |
| Fútbol |  |  |  |
| Hockey |  |  |  |
| Atletismo |  |  |  |
| Voleibol |  |  |  |
| Ciclismo  |  |  |  |
| Senderismo |  |  |  |
| Jardinería |  |  |  |
| Cabalgata a caballo |  |  |  |
| Natación |  |  |  |
| Tenis |  |  |  |
| Aeróbic |  |  |  |
| Gimnasia |  |  |  |
| Caminar |  |  |  |
| Ver televisión |  |  |  |
| Escuchar música |  |  |  |
| Hablar por teléfono |  |  |  |
| Jugar a videojuegos |  |  |  |
| Dormir hasta tarde |  |  |  |
| Tomar el sol |  |  |  |
| Yoga |  |  |  |
| Lectura |  |  |  |
| Informática: ordenador, tablet, móvil |  |  |  |
| Museos |  |  |  |
| Dibujar o pintar |  |  |  |
| Cocinar |  |  |  |
| Hacer bisutería |  |  |  |
| Carpintería |  |  |  |
| Tocar un instrumento |  |  |  |
| Hacer maquetas |  |  |  |
| Creación literaria (escribir, poesía) |  |  |  |
| Costura, bordado |  |  |  |
| Fotografía |  |  |  |
| Juntarse con amigos |  |  |  |
| Ir al cine |  |  |  |
| Ir al teatro |  |  |  |
|  | **¿Te gustan estas actividades?****SI NO** | **Observaciones** |
| Ir a conciertos |  |  |  |
| Salir a comer |  |  |  |
| Ir de compras |  |  |  |
| Ir a la playa/rio/lago |  |  |  |
| Bailar |  |  |  |
| Cantar |  |  |  |
| Salir con alguien |  |  |  |
| Eventos deportivos |  |  |  |
| Jugar al billar |  |  |  |
| Jugar al futbolín |  |  |  |
| Jugar a los bolos |  |  |  |
| Jugar a juegos de mesa/cartas |  |  |  |
| Celebrar/acudir a fiestas |  |  |  |
| Tener vacaciones |  |  |  |
| Visitar a la familia |  |  |  |
| Actividades religiosas |  |  |  |
| Tomar algo en una cafetería |  |  |  |
| Coros |  |  |  |
| Clubes de teatro |  |  |  |
| Clubes de idiomas |  |  |  |
| Voluntariado |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Terapeuta** **ocupacional**:

# ANEXO VI: Sobrecarga del cuidador/a

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** **FECHA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** |
| Tiene trastornos de sueño (p.e. el usuario se levanta repetidas veces por la noche, pasea por la residencia, no duerme…) |  |  |
| Es un inconveniente (p. e. porque aportarle ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar…) |  |  |
| Representa un esfuerzo físico (p.e. hay que sentarlo, levantarlo, acompañarlo en la deambulación…) |  |  |
| Supone una restricción (p.e. porque ayuda a limitar el tiempo de realizar otras tareas…) |  |  |
| Ha habido otras restricciones de tiempo (p. e. hacer más horas por haber proporcionado apoyos…) |  |  |
| Ha habido cambios emocionales o de estrés, ansiedad… por tener más carga al cuidarlo |  |  |
| Algunos comportamientos del usuario son molestos y afectan a la residencia |  |  |
| Ha habido modificaciones en el trabajo (p. e. al reservar tiempo para la ayuda) |  |  |
| Supone una carga física para su salud (p. e. hay que cargarlo, llevarlo agarrado…) |  |  |
| Desborda la situación (p. e. afecta a su salud la preocupación acerca de la salud del usuario…) |  |  |
| **TOTAL** |  |

Valoración: 0-4: Sin sobreesfuerzo / 5-6: Sobreesfuerzo leve / 7-8: Sobreesfuerzo moderado / 9-10: Gran sobreesfuerzo |  |  |
| **OBSERVACIONES:** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Terapeuta** **ocupacional**: |  |  |

# ANEXO VII: COMP