

MÁS COCINA

PROGRAMA TERAPÉUTICO PSICO-EMOCIONAL
PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS
HEMIPLÉJICAS A TRAVÉS DE LA COCINA

Tesis presentada a la Escuela de Diseño de la
Pontificia Universidad Católica de Chile para optar
al título profesional de Diseñador.

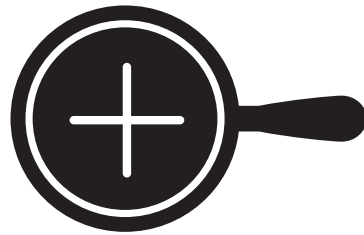


IGNACIA ALMEIDA SEEMANN

PROFESOR GUÍA: IVÁN CARO
Julio, 2017. Santiago, Chile

DISEÑO | UC

Pontificia Universidad Católica de Chile
Faculta de Arquitectura, Diseño y
Estudios Urbanos.



MÁS COCINA

PROGRAMA TERAPÉUTICO PSICO-EMOCIONAL
PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS
HEMIPLÉJICAS A TRAVÉS DE LA COCINA

Tesis presentada a la Escuela de Diseño de la
Pontificia Universidad Católica de Chile para optar
al título profesional de Diseñador.



IGNACIA ALMEIDA SEEMANN

PROFESOR GUÍA: IVÁN CARO
Julio, 2017. Santiago, Chile

DISEÑO | UC

Pontificia Universidad Católica de Chile
Faculta de Arquitectura, Diseño y Estudios
Urbanos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por darme la oportunidad de estudiar diseño y estar apoyándome incondicionalmente.

A Iván, porque me además de guiarme constantemente durante la carrera; sin su apoyo y motivación, mi título no habría sido el mismo. Finalmente a cada uno de los pacientes, familiares y profesionales que estuvieron dispuestos a compartir conmigo, enseñarme y participar de este proyecto.

Infinitas gracias.

ÍNDICE

- 9 INTRODUCCIÓN**
- 11 GLOSARIO**
- 13 MARCO TEÓRICO**
- 15 1. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)
 - 1.1. Tipos y epidemiología
 - 1.2. Secuelas de un ACV Isquémico
 - 1.3. Proceso de rehabilitación de pacientes hemipléjicos debido un ACV
 - 1.4. Actividades de Vida Diaria (AVD)
- 29 2. LA COCINA
 - 2.1. La cocina: estimulante de los 5 sentidos
 - 2.2. Lugar de encuentro con la familia
 - 2.3. La cocina como herramienta terapéutica
 - 2.4. Acciones en la cocina
- 37 3. LA COCINA COMO TERAPIA DE REHABILITACIÓN PARA PERSONAS HEMIPLÉJICAS
 - 3.1. La cocina en la rehabilitación motora y el retorno de la autonomía
 - 3.2 Cuidados en la alimentación
- 43 LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN**
 - 1. Observación de sesiones de kinesiología
 - 2. Entrevistas a pacientes hemipléjicos/hemiparésicos
 - 3. Dibujos de análisis
 - 4. Conversación de sistema de talleres
 - 6. Redes Sociales
 - 7. Testeo personal: Cocinar con una mano
 - 8. Conclusiones generales
- 57 FORMULACIÓN**
 - 1. Problema y oportunidad de diseño
 - 2. Formulación
 - 2.1 Qué, por qué y para qué
 - 2.2 Objetivos específicos
 - 3. Usuario y contexto
 - 4. Antecedentes y referentes
- 67 DESARROLLO DEL PROYECTO**
 - 1. Abstract
 - 2. Plan para la creación del proyecto
 - 3. Proceso de implementación
 - 3.1 Implementación 1
 - 3.2 Implementación 2
 - 3.3 Implementación 3
 - 3.4 Implementación 4
 - 3.5 Resultados
- 95 PROYECTO**
 - 1. Identidad
 - 1.2. Proceso del programa
 - 2. Plataforma Web
 - 3. Folleto
 - 4. Proyecciones
 - 4.1 Tabla
 - 4.2 Servicio
- 111 IMPLEMENTACIÓN**
 - 1. Canvas
 - 2. Financiamiento
 - 3. Costos
- 115 CONCLUSIÓN**
- 116 BIBLIOGRAFÍA**
- 118 ANEXOS**



INTRODUCCIÓN

Existen en el mundo un aumento progresivo de casos de personas que sufren un Accidente Cerebrovascular, siendo el ACV isquémico el más común. En Chile, aunque no se cuenta con cifras actualizadas, se estima que hay alrededor de 115.000 pacientes con años de vida saludables perdidos (AVISA) debido a un ACV. (MINSAL, 2016)

Lo más difícil comienza en el proceso de rehabilitación, donde el paciente debe asumir su condición y lidiar con secuelas como una hemiplejía o hemiparesia. Esta condición limita todo un lado del cuerpo, impidiendo que se puedan realizar muchas de las funciones que las personas estaban acostumbradas a ejecutar fácil y habitualmente.

Entonces, cómo se pueden complementar los tratamientos existentes para ayudar a los pacientes en este lento y frustrante proceso de rehabilitación. Sin duda, la cocina puede colaborar desde el momento que se trata de un lugar que reúne, estimula y abre los sentidos positivamente.

Este programa propone entonces reintegrar los pacientes a la cocina, de manera que no sólo puedan recuperar independencia en una de las actividades de la vida diaria instrumentales más básicas, que es cocinar, sino que también se espera que el acto de cocinar actúe como método de rehabilitación psico-emocional, desarrollando las habilidades cognitivas, estrategias compensatorias, desarrollo de planificación y una mayor adaptación a la realidad, mejorando con esto el incentivo personal y la autoestima.

GLOSARIO

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV).

Sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene.

Nombres alternativos: Enfermedad cerebrovascular; ACV; Infarto cerebral; Hemorragia cerebral.

ACV ISQUÉMICO. Se forma un coágulo en el cerebro deteniendo el suministro de sangre.

Otros nombres: ictus isquémico, infarto cerebral.

ACV HEMORRÁGICO. Un vaso sanguíneo debilitado se rompe y produce daños cerebrales, provocando una hemorragia.

Otros nombres: derrame cerebral, hemorragia cerebral.

AFASIA. Problemas para hablar.

DISFAGIA. Problemas para deglutir.

APRAXIA. Incapacidad de ejecutar movimientos coordinados sin que exista una causa de origen físico.

HEMIPLEJIA. Parálisis de un lado del cuerpo.

HEMIPARESIA. Disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD).

Conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su papel social.

AYUDA TÉCNICA. Productos que permiten o facilitan la realización de determinadas acciones.

TERAPEUTA OCUPACIONAL. Disciplina que se encarga de facilitar y mejorar el desempeño de las

personas en sus actividades del diario vivir.

KINESIÓLOGO. Disciplina que se dedica a estudiar la actividad muscular del cuerpo humano.

FISIOTERAPIA. Método curativo de algunas enfermedades y lesiones físicas que se fundamenta en la aplicación de agentes físicos naturales o artificiales como la luz, el calor, el frío, el ejercicio físico, las radiaciones luminosas, los rayos X, etc.

FONOAUDIOLOGÍA. Disciplina que se ocupa de evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de la comunicación humana.

TONO MUSCULAR. Contracción parcial, pasiva y continua de los músculos.

ESPASTICIDAD. Trastorno que provoca un aumento del tono muscular dificultando y/o imposibilitando total o parcialmente el movimiento de los músculos afectados.

SINCINESIAS. Movimientos involuntarios e inconscientes, que se producen cuando se realizan otros movimientos voluntarios.

NEGLIGENCIA. Síndrome en que la persona deja de atender el lado izquierdo de su cuerpo y el espacio que lo rodea. Incluso ignora la parte izquierda de los objetos que percibe. Aunque pueden seguir percibiendo sensaciones en la parte izquierda de su cuerpo, no les prestan atención.

REHABILITACIÓN. Proceso con enfoque integral e interdisciplinario busca evitar un aumento del déficit neurológico, disminuir la incidencia de complicaciones prevenibles, disminuir los tiempos de hospitalización, apoyar e integrar al paciente y a su familia durante el proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad y optimizar los resultados funcionales y de reintegración social.





MARCO TEÓRICO

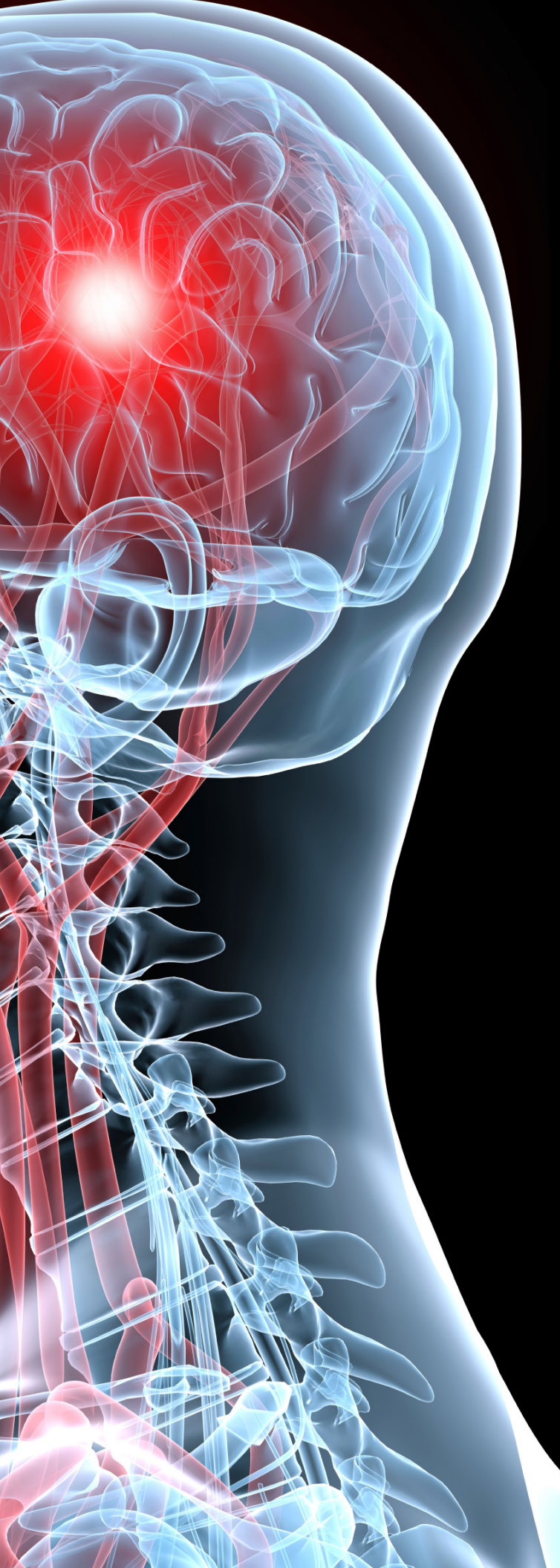
1. Accidente Cerebrovascular (ACV)
2. La Cocina
3. La cocina como terapia de
rehabilitación para personas
hemipléjicas





ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

1. Descripción general
2. Secuelas de un ACV Isquémico
3. Proceso de rehabilitación de
pacientes con ACV isquémico
4. Actividades de la Vida Diaria



1.1 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebrovascular es una enfermedad cada vez más común. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de personas sufren anualmente un ataque cerebral, de las cuales 5 millones fallecen y 5 millones quedan discapacitados de por vida. En Chile es la primera causa de muerte, con 9.004 fallecidos (2013), es decir, una persona por hora y se calcula que anualmente hay 24.964 casos nuevos, es decir, 69 casos cada día.

Sumado a lo anterior, es considerado un problema de Salud Pública, ya que es la primera causa específica de años de vida saludables perdidos (AVISA) por discapacidad y muerte prematura en mayores de 74 años. (MINSAL,2016).

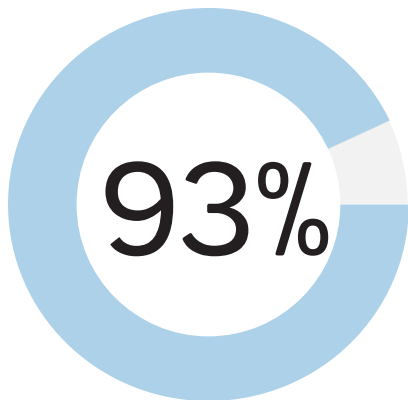
Por último, esto no solo representa un gran impacto sobre los pacientes, sino que también para sus familias, ya que en ellos cae la responsabilidad de hacerse cargo del paciente tanto en lo económico como lo social.

Existen dos tipos principales de accidente cerebrovascular:

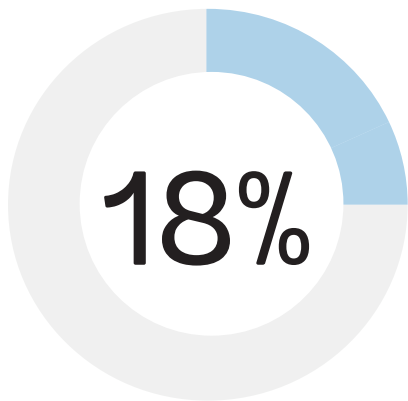
- ACV isquémico: Es el más común, representa al 80% de los casos, el suministro de sangre se detiene debido a un coágulo.

ACV hemorrágico: Un vaso sanguíneo debilitado se rompe y produce daños cerebrales, provocando hemorragia.² En general el ACV hemorrágico tiene secuelas muy leves y en caso de quedar con ellas la recuperación suele ser rápida. En cambio, el ictus isquémico, el cual tiende a ser más común, tiene índice de mayor cantidad de secuelas, lo que conlleva a un proceso de rehabilitación más lento por lo que rara vez logra una recuperación total.

Según el único estudio poblacional de incidencia de ECV en Chile (Lavados, 2005), llamado PICIS realizado en Iquique entre el 2000-2002, se entregó la siguiente información:



de los ACV isquémicos nuevos se producen en personas **mayores de 45 años**
 - Edad promedio de 66.5 años
 - 56% de ellos en hombres.



La probabilidad de estar discapacitado después de un ACV isquémico a los 6 meses.

OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE SECUELADOS

POBLACIÓN	N°	%
Dueña de Casa	83	(36,7%)
Jubilado	31	(13,7%)
Otro	21	(9,3%)
Construcción	20	(8,8%)
Aseo	13	(5,7%)
Planificador	10	(4,4%)
Taller	9	(3,9%)
Comerciante	8	(3,5%)
Chofer	6	(2,6%)
Mecánico	6	(2,6%)
Jardinero	5	(2,2%)
Oficina	5	(2,2%)
Guardia	3	(1,3%)
Pensión Invalidez	3	(1,3%)

(Doussoulin, 2016)

DE LOS PACIENTES QUE SOBREVIVEN A LOS 6 MESES
 (Minsal, 2016)



37%

Lo hacen de manera independiente.



63%

Necesita algún tipo de ayuda.

Al proyectar estas cifras a la población chilena de 16.500.000 de habitantes, según los resultados preliminares del censo 2012, se obtienen las siguientes estimaciones por año (Minsal, 2016)

- 21.500 personas tendría una ECV de algún tipo.
- 12.500 personas tendría un ACV isquémico nuevo o recurrente.
- 10.000 personas tendría un primer ACV isquémico.
- 3.100 personas morirían por un primer ACV isquémico.
- 1.800 personas quedarían discapacitadas y dependientes por un primer ACV isquémico.

1.2 SECUELAS DE UN ACV ISQUÉMICO

Las secuelas de cada paciente varían según la zona de la lesión, la extensión, el estado de salud previo y el tiempo de demora en que se logró restablecer el riego sanguíneo.

Aun así las consecuencias con lo que pueden quedar es:



Dificultad para pensar y concentrarse



Desorden visual



Dolor



Espasticidad o exceso de sensibilidad



Coordinación



Hemiplejia o hemiparesia



Negligencia



Trastornos emocionales



Falta de juicio



Problemas de memoria



Problemas para dormir o estar despierto



Incontinencia y estreñimiento



Disfunción sexual

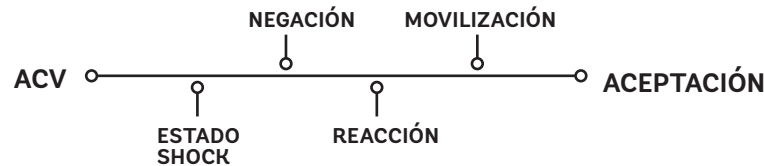


Afasia



Disfagia

Esta enfermedad suele cambiar radicalmente el estilo de vida de los pacientes, por lo que gran cantidad de ellos sufre un trastorno emocional muy fuerte, a través de un proceso con distintas etapas:



(Roldán, 2016)

TRASTORNOS EMOCIONALES

En aspectos neuropsiquiátricos, suelen desarrollar depresión, ansiedad, apatía, manía, delirio, irritabilidad, psicosis, agitación, desorden de expresión emocional involuntario, fatiga y estrés postraumático; aunque los primeros tres suelen ser los más comunes.

La depresión llega a afectar hasta a un tercio de los pacientes, de los cuales el 80% se diagnostica dentro de los primeros 3 meses. Si no se trata puede interferir directamente en la rehabilitación, en las capacidades cognitivas, en la integración social y en la familia. La incidencia más alta de esta es al mes de evolución (22-37%), aunque puede desarrollarse hasta dos años después del accidente.

La ansiedad es el segundo trastorno más común y suele estar ligado a la depresión. La aparición de ansiedad es de mal pronóstico, debido a su curso crónico, con persistencia hasta en el 74% de los casos a los dos años del ictus. Suele desencadenarse por una baja autoestima situacional relacionada con el deterioro funcional y el cambio de rol social, el cambio o amenaza en el estado de salud, los patrones de interacción, etc.

(Roldan, 2016)

Estos síntomas obstaculizan el proceso de rehabilitación del paciente. Cuando estos son tratados, tienden a mejorar la calidad de vida de él, aminorando la carga social, económica y laboral tanto para la familia, cuidadores y para las instituciones prestadoras de servicios de salud. (Luna-Matos, 2007)

IMPLICANCIAS PARA EL PACIENTE Y SU ENTORNO

Lo más duro de haber tenido un ACV, es lo que pasa después de este, en donde el paciente debe aceptar lo sucedido, rehabilitarse y comenzar a reincorporarse a la vida real. Una vez que los pacientes llegan a sus casas, a su ambiente y su vida anterior, caen en cuenta de las implicancias que conllevan su accidente y de como deben asumir su discapacidad, algo que les cuesta mucho aceptar. Es aquí donde en muchos casos se evidencia un fuerte cambio de personalidad debido básicamente a que se afecta su ego y autoestima.

El hecho de no poder realizar una tarea que antes denominaban como "fácil" o "rutinaria" los frustra mucho. Luego, la frustración se convierte en resentimiento, terminando en algunos casos con mucha ira en su interior. Otros, se sienten inseguros constantemente y tienen miedo de volver a hacer cosas. Todo esto se convierte muchas veces en un círculo vicioso del que les cuesta salir.

Durante todo el proceso, el apoyo del núcleo familiar es fundamental, ya que tanto el cariño como el conocer la personalidad del paciente, facilita la búsqueda de fórmulas para que este tenga una mejor reintegración a su vida.

Cabe señalar que a veces el exceso de preocupación y protección, pueden ser un obstáculo para la rehabilitación y recuperación de independencia por parte del paciente, ya que la familia teme que algo le pase, se cansen muy rápido, se caiga, etc. Esto sucede cuando el paciente decide hacer cosas por sí mismo (Ej: lavarle los dientes) y la familia teme que les pase algo o se cansen muy rápido.



Fuente:
Minsal

1.3 PROCESO REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO

Desde la perspectiva de la rehabilitación, el accidente cerebrovascular es un gran generador de discapacidad, tanto física como cognitiva. De la población que sufre ACV, un 15 a 30% resulta con un deterioro funcional severo a largo plazo, lo que implica un alto grado de dependencia de terceros.

La rehabilitación del paciente puede comenzar 24-48 hrs. después de accidente. Es importante iniciar esta lo antes posible porque es ahí cuando el cuerpo es capaz de recuperarse más rápidamente.

Los pacientes que inician el tratamiento durante la primera semana después del ictus tienen menor grado de discapacidad y mayor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde. (Mussico, 2003)

La rehabilitación inmediata ha demostrado ser útil en la mejoría del paciente, dado que incrementa la autonomía funcional, aumenta la frecuencia de regreso al domicilio y reduce la hospitalización. Descontando las defunciones (21% según Miranda), al alta de rehabilitación el 64% es derivado a su domicilio y el 15% suele ser institucionalizado (Arias, 2009)

La rehabilitación del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que tiene como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral.

Se reconocen 5 grandes funciones que cumple la rehabilitación en el ACV:

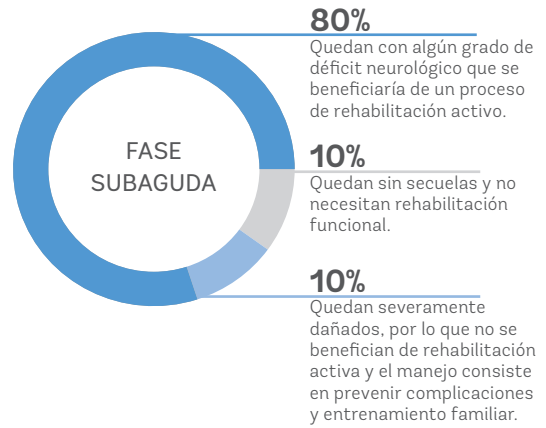
1. Prevenir y tratar complicaciones intercurrentes.
2. Entrenar al paciente para una máxima independencia funcional.
3. Lograr la adaptación psicosocial del paciente y su familia.
4. Reintegrar en la comunidad (incluyendo actividades del hogar, familiar, recreacional y vocacional).
5. Mejorar la calidad de vida.

La rehabilitación debe ser entendida como un proceso con un enfoque integral. Esta pasa principalmente por 3 fases:

1. **Fase aguda**
2. **Fase Subaguda:** el cuál es el período de máxima recuperación.
3. **Fase tardía o de estabilización:** el paciente está más estable y se busca en todo momento su reinscripción en el medio.

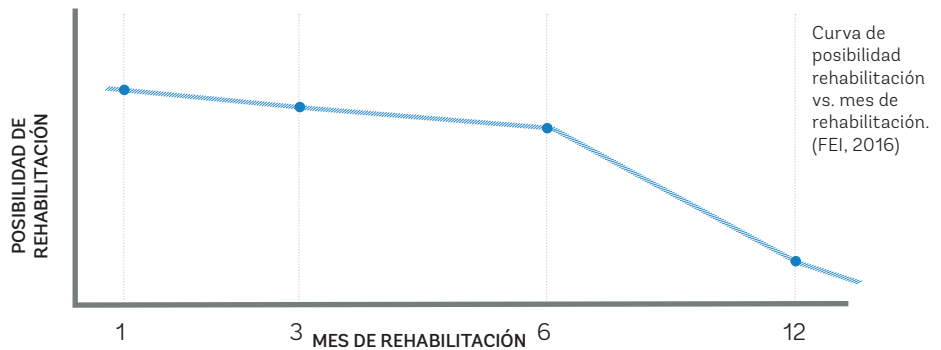
En todas las etapas es esencial contar con un equipo interdisciplinario que lo ayuda a abarcar ciertos aspectos de necesidad del paciente y en su entorno psicosocial.

El kinesiólogo (idealmente especialista en neurokinesilología) se preocupa de la enseñanza, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, equilibrio y la coordinación. Cuenta también con un terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, un neurólogo, un fisiatra, un asistente social y otros según las necesidades específicas del paciente. (Moyano, 2010)



A. REHABILITACIÓN DE HEMIPLEJIA

Uno de los síntomas más comunes que encontramos después de un ictus isquémico, es la hemiplejía, la cual es la parálisis de la mitad del cuerpo.



“En general los ACV inicialmente tienen una fase flácida del tono muscular y luego pasan a ser espásticos, el periodo de este proceso es relativo. La primera fase dura un mes aproximadamente y luego comienza a aumentar el tono. Los primeros 6 meses son esenciales; es donde tú más adquieres habilidades. Hasta el año aprox. es hasta donde te puedes recuperar, luego te man-

tienes si sigues con rehabilitación. Es muy difícil mejorar después del año, quizás en el ámbito cognitivo, pero en ámbito motor pasado el año las posibilidades se reducen notablemente. Aunque depende donde haya sido la lesión y cómo haya sido”

- María Ignacia Saez, Terapeuta Ocupacional Hospital Exequiel González Cortés.



Fuente: Rebecca Dutton



Fuente: Stoke Camp

PRIMEROS CUIDADOS DEL HEMIPLÉJICO

1. Posturas y cambios posturales: con el fin de evitar rigideces articulares y retracciones musculares, así como la aparición de úlceras de decúbito.
2. Sedestación
3. Bidipestación
4. Recuerdo de la marcha

EFFECTOS DE LA HEMIPLEJIA

(Moreno, 2010)

- Dificultad con la marcha.
- Dificultad con el equilibrio mientras se encuentra quieto o caminando.
- Dificultad con las actividades motoras, como sujetar, agarrar o pellizcar.
- Rigidez aumentada de los músculos. (espasticidad)
- Subluxación del hombro, síndrome del "hombro doloroso"
- Depresión y baja autoestima

HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS CONVENCIONALES

(Flores, 2000)

Destinadas para cumplir ciertos objetivos.

Ej: Mejorar el rango en hombro en personas hemipléjicas

Técnicas de base: Instalación y posicionamiento,

1. Movilización, Posturas, Estiramientos.
2. Métodos neuromotores: Bobath, Kabat, Brunnstrom. E. García Díez
3. Métodos sensitivomotores: Perfetti, Rood.
4. Electroterapia: Estimulación Eléctrica Funcional, Electroestimulación T.E.N.S., Biofeedback (señal E.M.G.).
5. Métodos con agentes físicos: Vibraciones tendinosas, Crioterapia, Termoterapia. (Ver anexo 1)

HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS

Hoy por hoy, las terapias alternativas y complementarias han dejado de ser un tema secundario o ajeno a la medicina convencional.

Estas no buscan desplazar a la medicina tradicional, sino que buscan complementarse con el fin de aumentar el bienestar del paciente.

El aporte que promueven este tipo de terapias es el estilo de vida, donde busca incrementar el estado de salud físico y mental a través de una filosofía del autocuidado, prevención y estímulo al autoconocimiento". (Carreño, 2015)

1. Homeoptía
2. Flores de Bach
3. Acupuntura
4. Talleres terapéuticos: Arteterapia, tangoterapia, músicoterapia, talleres de movimiento. Procuran estimular el paciente según sus gustos.
5. Biomagnetismo
6. Reiki
7. Oxigenoterapia

QUÉ HACER EN EL DOMICILIO

A todos los pacientes se les enseña una serie de ejercicios para que realicen en su hogar y sean partícipes de su propio proceso de rehabilitación. Además, una vez alcanzada la meseta, es bueno que el paciente continúe con lo ejercicios para así mantener su cuerpo activo. (Anexo 2)

Es importante estimular permanentemente al paciente a realizar todas las actividades que él pueda, aunque le lleve más tiempo, como vestirse, comer, asearse, pequeños trabajos caseros, de la forma en como se les ha enseñado en los servicios de rehabilitación, así como realizar las adaptaciones domiciliarias que precisen. Hay varios estudios que demuestran que el paciente, una vez dado de alta del tratamiento, mantiene sus habilidades adquiridas durante al menos el primer año; excepto en algunos casos de AVD, debido a la sobreprotección y ayuda en exceso por parte de los familiares.

En los casos en que sea posible es conveniente mantener una vida lo más activa posible, saliendo a pasear, algunos también pueden usar la bicicleta estática y/o realizar natación.

Se les debe insistir en la importancia de realizar ejercicios que se les han enseñado (15 minutos, 2-3 veces al día) y que caminen al menos **30 minutos al día**, así como favorecer la integración en la comunidad y la independencia en la mayoría de las actividades de la vida diaria. (Moreno, 2010)



ADAPTACIONES A LAS FUNCIONES

Son utilizadas principalmente cuando el objetivo ya no es recuperar, sino que sacar el máximo partido a su estado. En esta fase cobran especial importancia las órtesis y las ayudas técnicas, junto con las recomendaciones de adaptación del hogar y el entorno del paciente y cuidadores. (Arias, 2009)

ÓRTESIS: Tienden a ser variadas según el déficit y las características del paciente. En general, los dispositivos más usados son el cabestrillo para proteger el hombro (nunca a tiempo completo por la tendencia a la aducción y rotación interna del miembro, por lo que se ha de alternar con posturas de reposo), férulas en posición anatómica o funcional para muñeca y dedos, y un rango variado de dispositivos de sostén en el miembro inferior. El objetivo no será sólo buscar la corrección anatómica sino también optimizar la capacidad funcional.

AYUDAS TÉCNICAS: Son instrumentos, equipos o sistemas técnicos usados por una persona con discapacidad transitoria o permanente, diseñados específicamente para él/ ella o fabricados en serie, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia o la discapacidad. En caso de no tener acceso a la compra de ellos siempre se pueden realizar adaptaciones a bajo costo. (CETRAM, 2012)



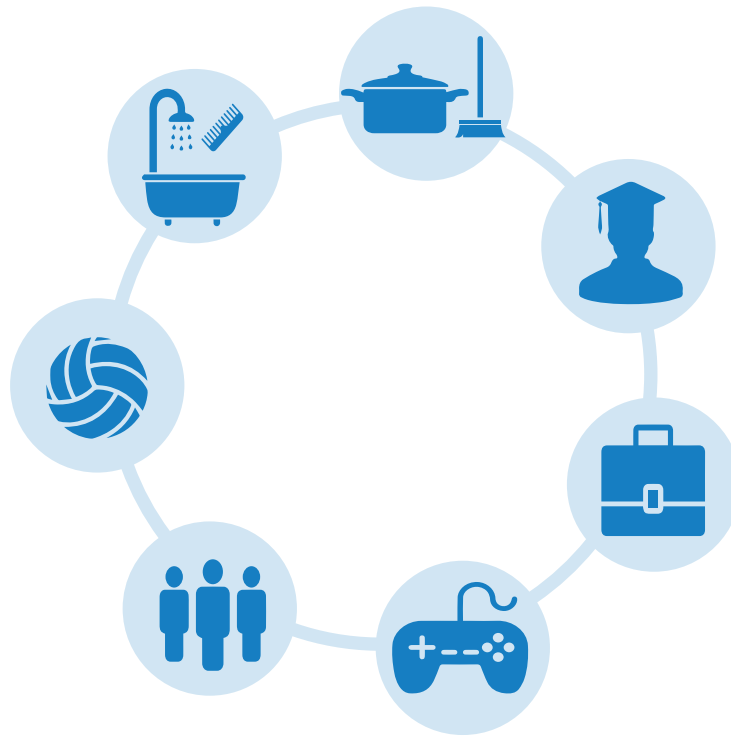
Órtesis. Palmeta de reposo.



Órtesis. férula inmovilizadora de mano espástica

1.4 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

(Neuroup, 2013)



ACTIVIDADES BÁSICAS

Orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo.

- Baño/ ducha
- Cuidado de vejiga e intestinos
- Vestirse
- Comer
- Alimentación
- Movilidad funcional
- Higiene personal y aseo
- Sexo
- Dormir y descansar



TRABAJO

Actividades para conseguir un trabajo ya sea remunerado o de voluntariado

- Interés y búsqueda de empleo
- Encontrar empleo
- Desempeño del trabajo o participación voluntaria



ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

Orientadas a la interacción con el medio

- Cuidado de mascotas
- Criar niños
- Uso de sistemas de comunicación
- **Preparación de comida**
- Cuidado de salud
- Compras
- Movilidad en la comunidad



PARTICIPACIÓN SOCIAL

Actividades asociadas con la organización de patrones de comportamiento que son característicos y esperados en una interacción individual o colectiva con otros dentro de un sistema social dado.

- Comunidad
- Familia
- Compañeros y amigos



EDUCACIÓN

Actividades para ser un estudiante y participar en el medio educativo

- Participación en la educación formal
- Exploración de las necesidades o intereses personales en la educación
- Participación personal en la educación informal



JUEGO

Exploración del juego
Juegos de participación



TIEMPO LIBRE

Actividades elegidas voluntariamente

- Exploración del tiempo libre
- Preparación del ocio

SISTEMA DE REHABILITACIÓN ACV EN CHILE

En Chile el sistema público de salud es el encargado de atender a la mayor parte de los adultos mayores: el 85% de ellos está afiliado a FONASA, y sólo el 8% al sistema privado de salud.

Luego del ACV se debe iniciar la rehabilitación durante las primeras 24 horas de la hospitalización. En los primeros 7 días debe haber menos una sesión de rehabilitación diaria con una duración mínima de 45 minutos.

Previo al alta, se le informa al paciente y al familiar responsable sobre su condición, factores de riesgo, la prevención secundaria y la rehabilitación. (Minsal, 2016)

En Chile, las únicas instituciones pública de rehabilitación neurológica son los CESFAM, pero al no ser suficientes el Estado cuenta con diversos convenios con instituciones privadas.

Las unidades de rehabilitación aceptan pacientes subagudos, usualmente luego de 7 días y no pueden hacerlo esperar más de 10 días hábiles desde la indicación médica.

Bryan Hernández, Terapeuta Ocupacional del CESFAM Madre Teresa de Calcuta cuenta que, al haber muchos pacientes por centro, los objetivos de los profesionales es dejarlos caminando, pero finalmente esto queda a decisión y posibilidad de la familia del paciente. Por temas económicos o de otro tipo, muchas veces las familias no llevan al paciente al centro de rehabilitación tanto como deberían o no continúan con la rehabilitación una vez que este logra caminar.

El seguimiento de los terapeutas ocupacionales del CESFAM, considera una visita a domicilio donde realizan sugerencias de implementación, pero no hay un seguimiento para saber si realmente implementaron la recomendación o si lo hicieron bien.

En cambio, en otros países como España la inserción y seguimiento de los pacientes es hasta que vuelvan a su vida laboral, para que así vuelvan a retomar de mejor forma sus vidas.







LA COCINA

1. La cocina: estimulante de los 5 sentidos
2. Lugar de encuentro con la familia
3. La cocina como herramienta terapéutica
4. Acciones en la cocina

2.1 LA COCINA ESTIMULANTE DE LOS 5 SENTIDOS

La cocina es de las pocas cosas que logra estimular nuestros cinco sentidos al máximo. Cada uno de ellos juega un rol clave al momento de preparar, percibir y comer.

La vista por medio de cortes, colores, movimiento y lo más importante, presentación que es una de las cosas que nos logra atraer y consigue hacer apetecible cualquier plato.

El oído, donde podemos escuchar esos sonidos del salteado de verduras por ejemplo o la crujencia de un pan para notar su frescura. El tacto, ese contacto directo con los alimentos que te hace sentir las texturas de cada ingrediente ya sean suaves, lisas, rugosas, porosas, esponjosas, etc.

El olfato que permite digerir de una forma distinta el sabor de la comida, que te puede seducir para necesitar comer algo a kilómetros de distancia. De hecho, es uno de los primeros evocadores de recuerdos en tu memoria. Ese momento en que ibas a recolectar moras a la orilla de los caminos en el sur, para luego preparar mermelada y con ello hacer múltiples preparaciones con la abuela.

Y, por último, el gusto, que realiza una explosión de sabores en tu boca donde se logra sellar ese momento y articular una historia propia.

Todos estos juntos, hacen que el cocinar no sólo sea el acto de preparar alimentos, sino que también traiga a flote tu lado emocional. Se puede evidenciar por medio de ella una señal de identidad que refleja cultura e historias. "Se recuerdan esas instancias en donde una comida marca una diferencia y te hace sentir especial" (Romera, 2003). Es muy distinto comprar una comida preparada en el supermercado a que alguien la cocine para ti.

Es un directo emisor y receptor de mensajes, una conversación sin tener que decir nada. Estos hablan de cuidado, protección cariño e interés. "A través de la cocina se establece un vínculo íntimo y más perdurable de lo que en un principio puede parecer" (Sánchez, 2015).

Además, el proceso de cocinar también tiene su propio momento en donde se utiliza como una ocasión para compartir de forma distinta.



2.2 LUGAR DE ENCUENTRO CON LA FAMILIA

La cocina tiende a ser un lugar de encuentro con la familia y amigos, un espacio para la conversación, para poder disfrutar y compartir con los que uno más quiere. En ella todos pueden tener un rol participativo y complementario. Mientras uno cocina la comida, el otro hace el aperitivo y otro sirve el jugo o prepara una ensalada, todo mientras se desarrolla una conversación o evocan recuerdos. En este lugar, con los que uno está, se logran crear y plasmar vínculos y recuerdos de esos momentos que perdurarán por muchos años.

Da una alternativa distinta a la forma de socializar y comunicarse, permitiendo que aquellos que no se sienten cómodos hablando puedan demostrar lo que les pasa de otra forma. (Von Mulhenbrock, 2014)



2.3 LA COCINA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

DESARROLLO DE HABILIDADES

Permite no sólo desarrollar las habilidades de orden y planificación, sino que también estimula tanto la memoria, motricidad fina, como la creatividad y habilidades sociales.

Según una investigación realizada por científicos japoneses de la Universidad de Tohoku, cocinar aumenta la función de la corteza cerebral, manteniéndolo vital y activo. El estudio consistía en que los usuarios debían tomar un curso de cocina básico vez a la semana durante tres meses y además la prepararan de su comida 5 veces a la semana (15-30 min por día) en sus casas.

Los resultados concluyeron que la participación en la cocina previene el decrecimiento o aumenta las habilidades sociales; comunicación, autoestima, auto control y control emocional que ocurre en el hemisferio prefrontal del cerebro. (Whalen, 2014)

CREATIVIDAD

La comida es capaz de atravesar fronteras sin tener que viajar. Permite cocinar lo que sea, es un gran lienzo vacío donde puedes expresarte libremente. Cuando cocinas, una gran cantidad de mezcla y combinación se lleva a cabo basa en los ingredientes que tenemos en nuestra cocina. A veces simplemente estamos siguiendo un video en línea y otras veces nos podemos juntar todo lo que tenemos en nuestra nevera. Con todo, a partir de la adición de las hierbas, especias y otros ingredientes en la sartén o al horno un pastel para servirla con una buena habilidad de presentación, la cocina es como un arte, donde los trazos de pinceles se sustituyen por batir, mezclar, cortar y horneando. (Bansal, 2016)



SALUD

Además de lo dicho anteriormente, se ha demostrado que el ser humano es capaz de combatir el estrés, ansiedad y depresión a través de la cocina. El concepto es conocido como “Cooking therapy o cocinaterapia” el cual ha tenido resultados positivos en tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Permite despertar los motores sensoriales y requiere la coordinación de poner el producto final en la mesa.

Por otra parte, una investigación realizada por la escuela John Hopkins de Salud Pública ha indicado que las personas que cocinan las comidas en casa consumen menos calorías, menos azúcar, menos grasa y más alimentos sanos. El exceso de peso o la obesidad también pueden ser una razón para la depresión, los pensamientos negativos y baja autoestima y la cocina, puede ser una forma de combatirlos. (Wolfson, 2014)



CONFIANZA Y AUTORREALIZACIÓN

Otra razón por lo que la cocina es terapéutica, es que otorga la oportunidad para que el paciente o el cocinero pueda mostrar sus habilidades creativas para la sociedad, esto permite darles confianza y enfrentarse a sus propias barreras. Según Wall Street Journal, “En un estudio publicado en el British Journal of Occupational Therapy³⁰ en 2004, los investigadores en el Reino Unido encontraron que clases de panadería aumentaron la confianza y la concentración y proporcionan una sensación de logro por 12 pacientes que están siendo tratados en el paciente de salud mental clínicas”. (Bansal, 2016)

En segundo lugar, el proceso de cocinar es una manera para que los pacientes centren su mente en algo positivo. Se frena el pensamiento negativo, los lleva a sociabilizar y al mismo tiempo impulsar su confianza.

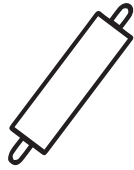
► **“Recibir tratamiento no siempre ha sido fácil. Cocinar y hornear, en ocasiones, literalmente salvado mi vida, y me ha dado una salida para las emociones que no podía manejar. Se me ha proporcionado una alternativa a la autolesión.”**³² (traducido por I. Almeida)

- Denyer, diagnosticada con trastornos de límite de personalidad. Asiste a un psiquiatra y a toma antidepresivos. (Dawood, 2013)

2.4 ACCIONES EN LA COCINA



CORTAR



AMASAR



BATIR



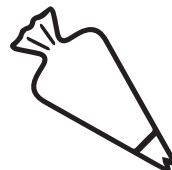
EXPRIMIR



MOLER



DESENLATAR



DECORAR



LAVAR



RALLAR



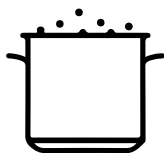
PELAR



COLAR



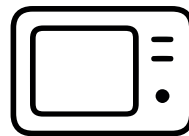
VERTER



HERVIR



SALTEAR



CALENTAR



HORNEAR





LA COCINA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES HEMIPLÉJICOS DEBIDO A UN ACV

1. La cocina como rehabilitación motora y retorno de autonomía
2. Cuidados en la alimentación



3.1 LA COCINA COMO REHABILITACIÓN MOTORA Y RETORNO DE LA AUTONOMÍA

Gran cantidad de tareas se pueden desarrollar entorno a la cocina, desde preparar algo hasta lavar los platos. Muchos sin tener el control total de sus brazos o manos, intentan volver a incorporarse a la actividad de cocinar con el objetivo de recuperar su autonomía. Sin embargo, deben aprender a cocinar prácticamente de nuevo ya que las acciones que realizaban antes no necesariamente las van a poder realizar ahora; como, por ejemplo, el cortar verduras. Deben buscar nuevas alternativas para superar estos obstáculos.

En respuesta a las dificultades detectadas, se han creado en todo el mundo una serie de utensilios e implementos de cocina diseñados específicamente para disminuir estos problemas.

“La preparación, el compartir y el disfrutar de la comida es uno de los placeres básicos de la vida. Las ayudas técnicas de cocina hacen que sea más fácil volver a entrenar el cerebro, recuperar la fuerza, y el ajustarse a los diferentes niveles de habilidad en la cocina. A pesar de que en un inicio de la recuperación de ACV sea difícil agarrar herramientas pequeñas o usar las dos manos, muchos pacientes han visto enormes beneficios”. (Saebo, 2016)

El servicio de Neurorehabilitación del Hospital Nisa (España) el 2015 realizó unos talleres de cocina orientado a personas con daño cerebral, con dificultades cognitivas y motoras, apoyados con ayudas técnicas. Donde los objetivos fueron:

- Potenciar las funciones cognitivas.
- Potenciar las funciones motoras.
- Proporcionar estrategias compensatorias
- Proporcionar el proceso de adaptación a la realidad
- Mejorar la autoestima
- Estimular la creatividad
- Potenciar la recuperación de roles perdidos
- Desarrollar métodos de planificación
- Fomentar la iniciativa personal

Estos talleres fueron recibidos de forma positiva por parte de los usuarios ya que es una actividad socialmente aceptada, cotidiana, donde todos en mayor o menor medida han tenido la oportunidad de participar. Además, es una actividad que permite no sólo satisfacer una necesidad básica, sino que también invita a compartir y crear un rol dentro de un grupo.



A pesar de que este tipo de talleres representan un gran aporte, existe otro enfoque que aun no está resuelto. Los pacientes una vez que terminan y vuelven a sus hogares, les es difícil replicar lo aprendido, ya que el ambiente ha cambiado y sienten que no cuentan con las mismas herramientas. Lo mismo sucede con los que no atreven o no se sienten cómodos con estos grupos colectivos. No existe programa que guíe y acompañe al paciente en este proceso en donde le permita sentirse entendido y pueda facilitar todo este proceso de frustración desde su casa.

ESTUDIOS EN PACIENTES

Los TO de la Universidad Samuel Merritt desarrollaron un programa de tratamiento para sobrevivientes del ACV que incluía preparar el almuerzo y limpiar la cocina. El grupo que usó ambas manos durante la actividad culinaria en los talleres de los TO usaron más su mano hemipléjica en su casa que el grupo que recibía solo terapia. La investigación cognitiva muestra que la transferencia de habilidades en un nuevo entorno es más probable que ocurra cuando la tarea que se practique se parezca mucho a la tarea de destino. (Hayner, 2010)

“Cocinar es una buena terapia porque hay ciertas tareas que se deben realizar con ambas manos, obligando al usuario a ocupar su mano hemipléjica.”

- Rebecca Dutton, paciente hemipléjico y TO.

“Hay muchas cosas que no puedo hacer en la cocina debido a mi brazo izquierdo. Desafortunadamente, no he podido lograr avanzar mucho todavía. Aun así, trabajar en la cocina es una buena terapia. Me hace sentir como que he logrado cumplir algo cuando cocino. Incluso cuando limpio la cocina. Se ve y se siente bien” (traducido)

- Glynis Jolly, paciente hemipléjica comentando en el blog de Rebecca Dutton.

“De verdad necesito practicar más en la cocina. Me toma tanto tiempo, y me hace sentir cansada y frustrada. No soy muy buena incitándome a mí a hacerlo. Pero he decidido hacer un esfuerzo por tratar”(traducido)

- GirlWithTheCane, usuario comentando en Rebecca Dutton.



3.2 CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN

Gran parte de los pacientes derivan de ciertas enfermedades previas como la hipertensión, diabetes y sobrepeso. Es por esto que hay que cuidar constantemente la alimentación para disminuir los riesgos y así evitar sufrir futuras recaídas.

Luego de haber sufrido un ictus, la alimentación y la hidratación son fundamentales.

Como dice la nutricionista, Camila Parada (Entrevista personal, abril 2017): "Es recomendable una dieta baja en grasas, con una adecuada distribución de ellas, predominando las grasas mono insaturadas, luego las poliinsaturadas y en menor cantidad la insaturadas, evitar el consumo elevado de sodio. Se busca preferir una dieta rica en fibra, con hidratos de carbono complejos" (Entrevista personal, abril 2017)

ESTUDIOS DE ALIMENTOS

Existen pruebas de que la ingesta de ciertos alimentos puede aumentar o disminuir las probabilidades de sufrir un ictus y las lesiones que éste deja, e incluso determinar si puede llegar a ser mortal o no.

Las personas que toman diariamente bebidas dietéticas tienen casi tres veces más probabilidades de desarrollar un accidente cerebrovascular y alzhéimer que los que no consumen bebida light, según un estudio publicado en las revistas "Alzheimer's and Dementia" y "Stroke". (Matthew, 2016)

Por otro lado, **"hay alimentos que afectan de forma positiva al cuerpo pudiendo reducir entre un 40-60% la probabilidad de sufrir un ictus o de morir por su causa"**, comenta Carlos Verdú (2012), Nutricionista del Servicio de Neurorrehabilitación del Hospitales Nisa.

Según estudios realizados por la Universidad de Harvard (2015), mencionan que comer aproximadamente 5 zanahorias a la semana podría ayudar a prevenir en un 50% el riesgo a sufrir un ACV. Agregando que esta verdura es rica en antioxidantes, ayudando a evitar la formación de coágulos en las arterias, favoreciendo la circulación de la sangre.

También existen especias como la cúrcuma, que son altamente recomendables de consumir luego de un ictus.

Según un estudio presentado en la International Stroke Conference de la American Heart Association (2015) la curcumina o ingrediente activo de la cúrcuma, puede ayudar a regenerar y reconstruir las células cerebrales después de un accidente cerebrovascular.

De acuerdo con otros estudios de la universidad de Georgia, la curcumina también puede reducir el tamaño de los coágulos de sangre en los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos, los cuales generalmente ocurren en el 17% de los casos de ictus y suelen estar vinculados a la alta presión arterial o hipertensión.

“Que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina”
- Hipócrates de Cos, “Padre de la medicina”

Fuente: Angelica Malin
- About Time Magazine

RECOMENDACIONES GENERALES DE LA DIETA ALIMENTICIA PARA PACIENTES CON ICTUS*

CONSUMO ALTO	CONSUMO MEDIO	CONSUMO BAJO
<p>Cereales: Avena, maíz, arroz inflado, quinoa, cebada, trigo</p> <p>Semillas: Maravilla, chía, linaza, amapola, sésamo.</p> <p>Verduras: Zanahoria, brocoli, coliflor, espinacas, acelga, lechuga, tomate, palta, coles de bruselas, zapallo, apio, champiñones (5 porciones por día)</p> <p>Frutas, especialmente de temporada (2 veces al día)</p> <p>Pescados</p> <p>Arroz y pastas</p>	<p>Carnes magras: Pollo sin cuero, pavo, pescado, cortes de res bajos en grasa</p> <p>Quesos frescos y bajos en calorías</p> <p>Leche y yogurt bajos en grasas</p> <p>Huevos (2-3 veces por semana)</p> <p>Féculas y legumbres: Porotos, porotos negros, habas, lentejas, garbanzos, papas, etc. (2 x semana)</p>	<p>Grasas Saturadas: Carnes de cordero, cerdo, ganso y pato; vísceras, embutidos (salchichas, paté, longanizas, etc), tocino, hamburguesas, ahumados.</p> <p>Mantequilla, quesos grasos, mayonesa, ketchup, mostaza, crema, leche entera</p> <p>Alimentos fritos</p> <p>Alimentos procesados</p> <p>Sal: Sazonadores y conservas de alto contenido de sodio, sopas de sobre, frutos secos salados.</p> <p>Bebidas con azúcar y excitantes (té cargado, café, colas y energéticas)</p> <p>Dulces, azúcar, repostería, helados, manjar, etc.</p>



Cambiar productos blancos por integrales
Pan - arroz- fideos harinas - etc



Consumir verduras crudas, guisadas o al vapor



6-8
Vasos de agua diarios



No consumir alcohol o cigarros



Controlar su peso



30 min
Caminar al día



Bajar el estrés



Controlar la presión, el colesterol y azúcar

*Cada paciente es distinto, por lo que es relativo dependiendo de la persona, las condiciones y las patologías asociadas. Esta tabla solo cuenta como sugerencias generales.





**LEVANTAMIENTO
DE INFORMACIÓN**

OBSERVACIÓN

Con el fin de conocer mejor las secuelas físicas y cognitivas los pacientes hemipléjicos y hemiparéticos asistí a varias sesiones de kinesiología en el centro de especialidades médicas Red de Salud UC CHRISTUS.

Durante las sesiones tuve la oportunidad de poder conversar y evidenciar sus estados anímicos, preocupaciones, gustos y personalidad.

También me permitió conocer relativamente el proceso de tratamiento de cada paciente y cómo este puede variar según el día (frío o calor), estado anímico, avance físico, dolencias físicas del día y apoyo familiar.

A lo largo de las conversaciones con distintos pacientes se recopilaban bastantes datos de interés para el proyecto:

INFORMACIÓN DE INTERÉS

1. Cada paciente tiene su proceso personal de avance que depende múltiples factores, tales como: el grado de su ACV, tiempos de reacción, de tratamiento, entorno de apoyo ,etc.
2. Tienen miedo a que se le den vuelta las cosas, quemarse y perder el equilibrio. Se sienten constantemente inseguros debido al hecho de que una de sus manos no funciona bien.
3. La gran mayoría tiene secuelas en el lado derecho, por lo que tienden a perder su mano hábil. Lo que se traduce en dificultad de manipulación y fuerza.
4. Lo que más les cuesta y asusta es cortar, rallar y cosas de fuerza (Ej: traslado de ollas)
5. Tienen una dieta especial que debe estar considerada en el proceso de diseño.
6. Se debe tener en cuenta su estado anímico del día, hay veces que despiertan mucho más cansados, adoloridos o deprimidos que otros.
7. "Cuando me miro al espejo me encuentro fea, siento como que tuviera un saco en mi ojo, pero solo es mi párpado caído" - Marcela, 40 años.
8. La red de apoyo debe estar de acuerdo con el proyecto, ya que durante este proceso son ellos los que toman principalmente las decisiones.
9. El registro de testeos lo debería hacer la red de apoyo y confianza, ya que si hay alguien ahí desconocido observándolo este se puede poner nervioso y en consecuencia aumentar el tono muscular volviendo el brazo espástico, efecto contrario al que se desea lograr.



ENTREVISTAS

PACIENTES CON HEMIPLEJIA/HEMIPARESIA

PATRICIA, 56 AÑOS

Sufrió de un ACV hace 8 años y comenzó a introducirse a la cocina luego de un año aproximadamente. La razón, fue debido a que despidió a su empleada doméstica. A lo largo de este proceso de aprendizaje cuenta las múltiples dificultades y recomendaciones que tiene al momento de cocinar.

RECOMENDACIONES PARA FACILITAR EL COCINAR	PLATOS QUE COCINA HOY EN DÍA	DIFICULTADES
<p>Comprar la mayor cantidad de cosas peladas y cortadas, tales como el choclo en bolsa, cebolla picada, zapallo cortado, etc.</p> <p>Hacer una lista de las cosas que necesitaba para cocinar, para que así no faltara nada y no frustrarme tanto.</p> <p>Comprar arroz de preparación rápida (se cocina en 10 min), y se hacen porciones para 2 o 3 días.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fideos con salsa alfredo o boloñesa. 2. Cazuela 3. Plato primavera 4. Palta reina 5. Zapallito italiano 6. Puré de coliflor con papas y huevo revuelto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Superar el miedo a el fuego. "Me demoré como 8 meses en estar más confiada en la cocina" 2. "Me costó un montón darle al punto" 3. de los platos y la sal" 4. "Se me quebraron muchos platos y tenía miedo de que se me cayeran las ollas." 5. "Las salsas a veces al calentarse tanto manchaban las paredes y era todo un reto limpiarlas". 6. "El puré no lo podía batir" 7. "Hasta el día de hoy no puedo hacer tortillas" 8. "Cuando no me resultan las cosas me sale todo mi lado sensible y lloro".

SILVANA, 61 AÑOS

Sufrió ACV isquémico cuando tenía 30 años y embarazada de su segundo hijo y como secuela quedó completamente hemipléjica del lado derecho.

En ese entonces no había mucho desarrollo de rehabilitación en Chile por lo que se fue a EEUU a realizar terapia allá por 6 meses. Luego continuó con la rehabilitación con un kinesiólogo hasta que no vio más avances y decidió dejarla.

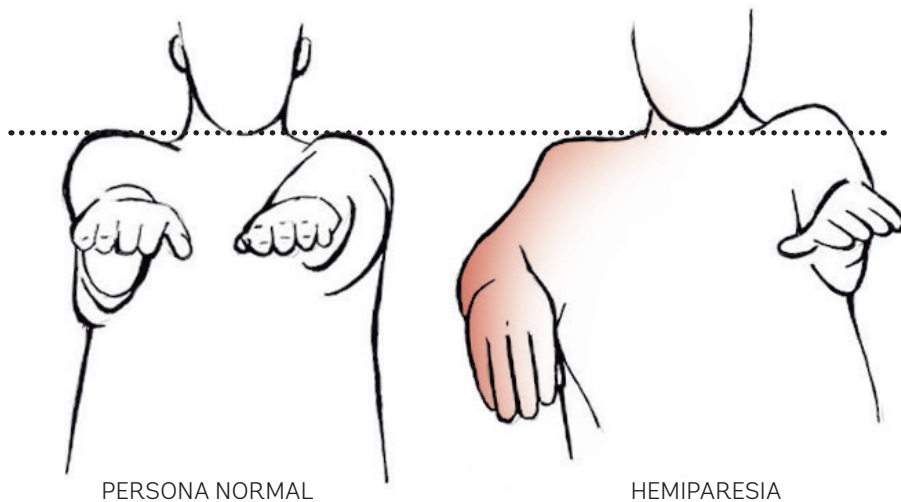
Hoy en día vive sola y lamentablemente no logró recuperar movilidad de su mano y logra caminar pero con bastón. Se encuentra totalmente adaptada a la realidad y hace uso de las terapias alternativas, como acupuntura y flores de Bach, principalmente para liberar dolores, bajar

su ansiedad y mejorar su estado anímico. Para volver a cocinar a lo largo de este período, ella ha tomado diversos cursos en donde aprendió luego de muchos años cómo valerse por si misma sin utilizar su mano derecha. Pero aun así, en general no cocina desde cero, sino que pide tener todo picado para hacer las preparaciones. Las ayudas técnicas que tiene se las trajo de Estados Unidos debido que aquí no hay muchas de ellas. Su última adquisición fue un cuchillo que se asemeja a uno normal y esto le acomoda muchísimo debido a que cuando asiste a comidas o matrimonios, puede pasar más desapercibida.



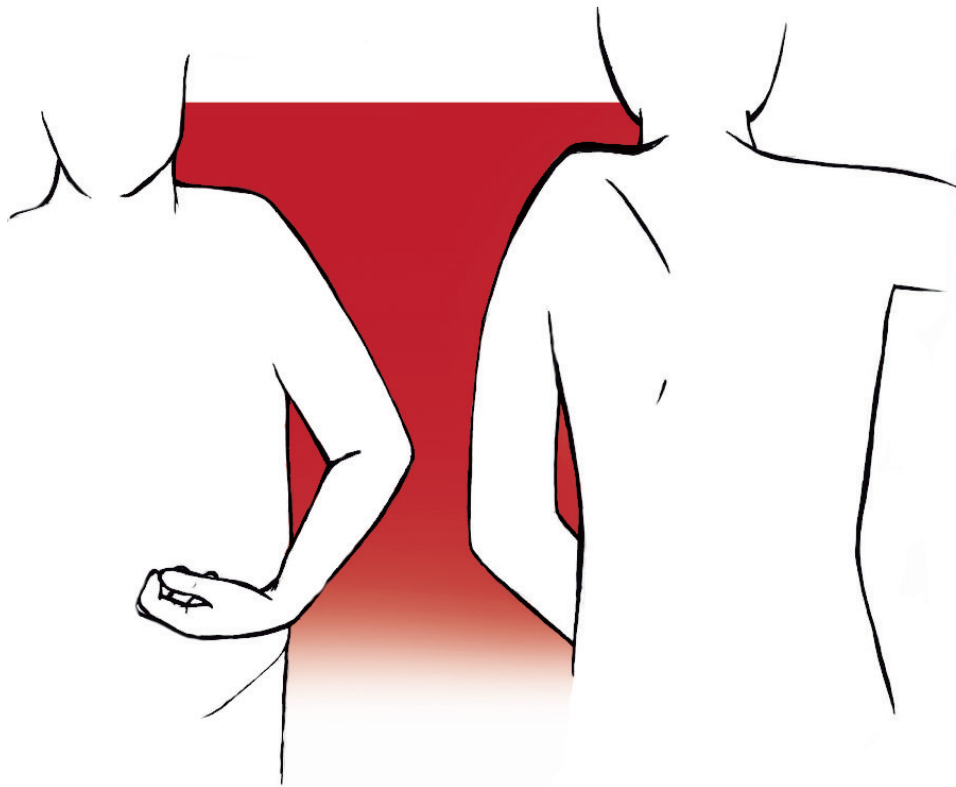
DIBUJOS

ANÁLISIS DE PACIENTES



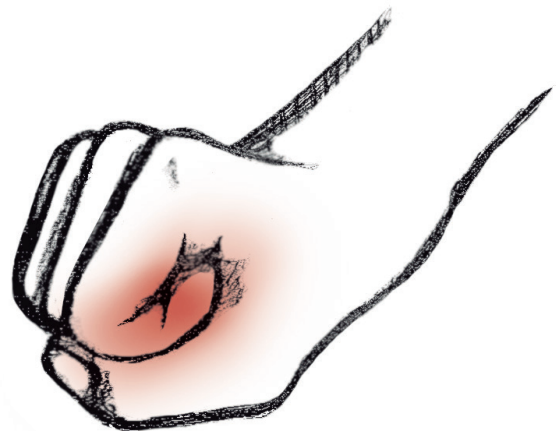
SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO.
Subluxación del hombro, en general también se produce una abducción antebrazo y flexión de la mano.
Tiende a ser muy doloroso, creando dificultad para realizar las tareas de la vida diaria.





SÍNDROME DEL HOMBRO
DOLOROSO.

Subluxación del hombro, en general también se produce una abducción antebrazo y flexión de la mano. Tiende a ser muy doloroso, creando dificultad para realizar las tareas de la vida diaria.



Puño cerrado

TALLERES

SISTEMA DE TALLERES

TALLER DE COCINA PARA PERSONAS CON SECUELAS DE UN ICTUS. BILBAO, ESPAÑA

Taller impartido por Amaia Goiriena, terapeuta ocupacional del centro de neurorehabilitación Aita-Menni. En el hospital de día se encargan de la rehabilitación del miembro superior y de las actividades de la vida diaria. Habitualmente básicas y algunas instrumentales, normalmente en sesiones individuales, para mejorar una destreza específica.

La idea del taller comenzó queriendo cambiar el enfoque de rehabilitación constante que tenían y desarrollar clases para pacientes en un estadio más crónico y desde un enfoque más lúdico ayudando a lo relacional.

El taller es un día completo (desde las 10 am hasta la hora de comer), normalmente un sábado, y se imparte en una cocina industrial fuera del hospital con el fin de cambiar el ambiente hospitalario.

Suelen ser 3 terapeutas a cargo de 8-10 pacientes. Ellas llevan las compras hechas, recetas pauteadas y ayudas técnicas dependiendo de las necesidades de las personas.

Las ayudas técnicas que más suelen usar son: la tabla sueca, cuchillo oscilante, picadora de ajos y antideslizantes. Cada receta significa un desafío para ellos y participan en las partes donde se sienten capaces.

Evaluamos la posibilidad de que yo pudiera ir a investigar, desarrollar y aprender con mayor detalle cómo se ejecuta el taller, y el manejo de la enfermedad, ya que en el país Vasco existe mayor desarrollo de iniciativas y proyectos para rehabilitarla.

Lamentablemente, estos talleres se realizan cada cierto tiempo y no coinciden con los tiempos de desarrollo de esta tesis. (y el próximo será en septiembre/octubre)

CETRAM - CHILE

En el centro diurno del Centro de trastornos del movimiento (CETRAM) existen diferentes talleres: Arte terapia, taller de huerta terapéutica, taller de laido y el taller de movimiento.

Los talleres están dirigidos a usuarios del centro diurno, los cuales la mayoría padece la enfermedad de Huntington. Esta enfermedad, produce una alteración psiquiátrica y motora de forma progresiva haciendo que cada vez sean más dependientes.

En los talleres suelen estar conformados una gestora en educación social e internos de kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología.

En los talleres en general no suelen realizar ejercicios específicos, sino que, por medio de juegos, desafíos y otras cosas buscan estimular el desarrollo cognitivo, motriz y social del paciente.

Un taller bastante interesante es el de huerta terapéutica, en el que tienen un desafío a largo plazo, que es cuidar una planta. Esto implica tomar un compromiso, ya que deben saber permanentemente qué es lo que le ha pasado (si tuvo pulgones, hubo mucha lluvia, están floreciendo, etc)



REDES SOCIALES

Mediante las redes sociales, específicamente Facebook, hallé un grupo llamado “ACV Ictus Hemiplejia para compartir experiencias e informaciones”.

Está conformado por los pacientes y familiares que sufren de esto y tiene como objetivo darse apoyo y consejos. Es bastante interesante ya que está compuesto por personas de varios países pero que hablan español.

Leyendo los relatos que cuentan, se puede evidenciar que muchas personas que sufren de esto, aún no tienen un gran conocimiento de lo que están viviendo y por medio de la página, buscan consejos y ayuda para poder mejorar.

Les conté acerca de mi proyecto y les pregunté qué acción es la que más les complicaba o asustaba a la hora de cocinar, si hacían uso de alguna ayuda técnica y en caso de ser así, cuales encontraban más útiles. El post resultó ser bastante exitoso, obteniendo un contenido y conversación enriquecedora entre los mismos pacientes, los cuales se daban consejos y ánimos entre ellos.

“Fue una de las terapias q mi fisioterapeuta me mandaba a hacer: Manipular alimentos y cocinarlos. Desde los blanditos en un principio acabé con los duros. Y mucha repostería!

Lo que más me costó fue cortar y pelar. Lo demás como estaba sola, lo hacía en sartenes y ollas pequeñas y así me resultaba más fácil.

Es un largo recorrido, hice mucha repostería de bizcochos y luego los decoraba con fondant como si fuese plastilina. El resultado era siempre positivo porque al final me lo comía! Sigo pensando que fue la más placentera terapia porque hacía muchas cosas a nivel cerebral y además no me enteraba del paso de las horas.”

- Judith Lerit

“Yo lo pasé mal con el brazo para dar vuelta a las tortillas me quemé muchas veces. El peso de las ollas, los cuchillos, no puedes alcanzar algo que esté más alto por el mareo: abrir los envases, los botes, muchas cosas.

Ahora tengo Thermomix, un aparato para cortar verduras y frutas y me facilita la vida. La cocina está llena de trampas para nosotros, hay que tener mucho cuidado.”

- Cautivo Cautivo

“Por ejemplo yo que comía mucha pasta lo de hervirla al principio una locura. Pues no podía escurrirla volcando la olla, más de una vez me quemé . Al final uso una esparraguera que es como un colador metálico dentro de la olla de agua hirviendo y cuando está al dente solo la sacas del asa y se escurre el agua dentro de la olla y ya sirves con tranquilidad y sin peligro.

Cortarlas verduras nunca es fácil, al menos ahora se venden muchas congeladas y cortadas, lo cual facilita mucho la cocina. Aunque para cortar verduras encontré una especie de tapper con unas cuchillas que bajas la tapa y se cortan empujando. Lo que me gusta sobretodo es que se queda todo dentro del tapper transparente y luego de allí cojo lo que necesito. Sólo tienes que tener en cuenta que algo blando y jugoso como un tomate se cortará mal y salpicará mejor cosas duras como: cebolla, zanahoria o patatas”

- Noemi Pastor

“Yo he estado mucho tiempo sin cocinar por la hemiparesia y ahora desde enero vivo sola y cocino para mí y si puedo hacer casi todo pero es más complicado y por la falta de costumbre no le doy al punto en mis platos, yo era muy buena cocinera y cocinaba para 4,5 o 6 personas ahora para mí sola y todo con una sola mano me cuesta, la verdad. Espero ir cogiendo práctica de nuevo.”

- Sonia Padrós

TESTEO PERSONAL

COCINAR CON UNA MANO

Se realizó la prueba de preparar el desayuno con mi mano no hábil y simulando poca fuerza.

Mano en garra en la mano no hábil con el fin de evidenciar algunas dificultades que pueden tener estas personas.

Este testeo consistió en preparar dos huevos revueltos, preparar un pan con mantequilla y finalmente el lavar todos los implementos utilizados durante el proceso.

 TIEMPO TOTAL: 10 minutos.

HUEVOS REVUELTOS

En un inicio se procedió a sacar los huevos del refrigerador, el aceite y el sartén para tener todo planificado antes de empezar a cocinar.

En esta oportunidad se contaba con chispero eléctrico, pero se analizó también la dificultad de cocinas tradicionales a gas donde es fundamental la utilización de ambas manos para proporcionar una llama y el giro del gas.

Al verter el aceite al sartén y quebrar los huevos, se evidencia la dificultad para poder quebrarlos con una sola mano, ya que este se partió en varios pedazos cayendo cáscara dentro del sartén (Imagen 1)

Mientras se revuelve los huevos, se evidencia la problemática de que el sartén también comienza a moverse y se pierde tanto estabilidad como eficiencia ya que el producto no se revuelve de la manera esperada, sin mencionar el riesgo de caída que se corre, de continuar esta situación sin un punto de apoyo para evitar el movimiento puede traer consigo algún accidente provocando quemaduras y frustración. (Imagen 2)

Al momento de trasladar los huevos revueltos al plato, el sartén al sartén nuevamente comienza a moverse, sintiendo nuevamente el miedo de poder quemarse (imagen 3). Para realizar la acción de verter de forma mas segura, se juntó todo el huevo en una zona y se fue moviendo lentamente con golpes para que cayera al plato.



Accidentes inesperados con los ingredientes

Necesidad de utilizar un apoyo para revolver

Dificultad para servir los alimentos.

PAN TOSTADO

Se comenzó abriendo la bolsa del pan de molde, suponiendo que este tipo de pan era más fácil para preparar. Al momento de tener que cerrar la bolsa, se pudo evidenciar la dificultad para mantener la bolsa cerrada mientras se intentaba colocar el alambre. (Imagen 4).

La solución consistió en apoyar la bolsa contra el borde del cajón para mantenerla fija logrando el objetivo.

Posteriormente, resaltó un segundo problema, la dificultar para extender la mantequilla en el pan. Al no poder hacer uso de una de mis manos, el pan se movía cuanto intentaba untar la mantequilla. (Imagen 5).

Como método de solución, se optó por tostar el pan y al estar caliente y crujiente fue más sencillo distribuir la mantequilla (Imagen 6).

Una vez lograda la preparación del desayuno, procedí a comerlo para luego comenzar a ordenar.

El lavado y guardado de los implementos utilizados, resultó ser una tarea más sencilla de lo que se esperaba y tranquilizadora. Esto es debido a que esta acción no implicaba el riesgo de botar algo de altas temperaturas o quemarme. Además, se descubrió que es posible utilizar las paredes laterales del lavaplatos como base para sujetar la loza sin que esta se mueva tanto de un lado para otro.

CONCLUSIONES

1. Planificación: Recolectando todos los ingredientes e implementos antes de cocinar permite que después tenga lo necesario a mano. Puede escribirse una lista, para que este procedimiento sea más ordenado.
2. Utilizar un recipiente (plato, bowl, taza) para quebrar huevo con mayor confianza y ya que no existen las posibilidades de quemarse o "ensuciar" la receta si cae un pedazo de cáscara dentro.
3. El tiempo de preparación de este desayuno fue muy corto y parecía algo simple de realizar, pero la tarea fue bastante más difícil de lo que me esperaba y sentí que me demoré el doble de tiempo.
4. Repetir las tareas, permite adaptarse y superar paulatinamente los obstáculos que enfrentan en ella, pudiendo realizar la tarea con menores frustraciones y más rápidamente.



ESCALA DE DIFICULTAD DE ACCIONES EN LA COCINA

En base a la experiencia culinaria de distintos usuarios y propia, se realizó una lista, ordenada de mayor a menor dificultad, las acciones que una persona hemipléjica puede enfrentar al momento de cocinar.



CONCLUSIONES GENERALES

MAPA DE REQUERIMIENTOS

HEMIPLEJIA Y HEMIPARESIA ACV

MOVIMIENTO

1. Movimiento reducido
2. En general sufren de hemiplejia / hemiparesia en el hemi- cuerpo derecho, el cual es el lado hábil de la gran mayoría.
3. Poco equilibrio
4. Poca fuerza y motricidad
5. Espasticidad

MIEDOS Y SUSTOS

1. Quemarse
2. Cortarse
3. Perder el equilibrio y caerse
4. No lograrlo y rendirse
5. Que se les caigan las cosas

CONSIDERACIONES

1. Dieta saludable
2. Patologías asociadas (diabetes, hipertensión, etc)
3. Inestabilidad emocional
 - Frustración, ansiedad y miedo: posible aumento de espasticidad
4. Que no esté en peligro en ningún momento
5. Cansancio mental
6. Cada paciente es distinto en grado de secuelas y personalidad
7. Gustos personales

ASPECTOS POSITIVOS

1. Red de apoyo
2. Repetición de la actividad da confianza
3. Realizar la tarea completa por si mismo tiene mayor orgullo.
4. Contar con ayuda, orientación, apoyo y confianza.
5. Pauteado y con claridad





FORMULACIÓN

PROBLEMA Y OPORTUNIDAD

La pérdida de autonomía y calidad de vida de los adultos hemipléjicos y hemiparésicos que tuvieron un ACV

Ser un adulto independiente luego de un accidente cerebrovascular es una tarea muy difícil principalmente porque la persona debe reaprender muchas cosas que antes sabía hacer. Este proceso es muy desgastador y frustrante ya que tanto la mente como el cuerpo no funcionan ahora de la misma forma en ellos estaban acostumbrados. Es por esto que inmediatamente después de la operación, se inicia el proceso de rehabilitación, acudiendo a especialistas para recuperar lo mayor posible sus funciones, actividad del cuerpo y autonomía.

Según las estadísticas, la gran mayoría de los ACV les ocurren a amas de casa. Este tipo de personas suelen realizar comúnmente la tarea de cocinar. Lo positivo de cocinar es que se trata de una actividad sensorial que la gran mayoría de los adultos suele realizar frecuentemente y la cual tiende a producir placer, alegría y creatividad en ellos. Además, se ha demostrado que cocinar tiene muchos beneficios para la salud, desde un nivel psicológico hasta lo motriz.

A lo largo del tiempo y el mundo, se han desarrollado diferentes talleres y ayudas técnicas para permitir a este tipo de usuario volver a acercarse a la cocina. Sin embargo, ellos siguen teniendo temor a realizar esta acción, debido a que no tienen ambas manos y por ello, sienten que se pueden quemar o cortar mucho más fácil. Junto con esto, sienten que se demoran demasiado y les va a quedar mal.

Bajo este contexto, surge la oportunidad de desarrollar un programa que permite guiar a las personas hemipléjicas y hemiparésicas en el proceso de volver a cocinar, enseñando a iniciar en este ámbito desde una forma simple, disminuyendo sus miedos y frustraciones al mínimo e incrementando la dificultad de las preparaciones a medida que se vayan sintiendo más confiados, para lograr finalmente devolverles la sensación de autonomía y confianza en su vida.

4.2 FORMULACIÓN

QUÉ

Programa educativo terapéutico de rehabilitación complementaria psico-emocional basado en el acto de cocinar para personas hemipléjicas o hemiparéticas.

POR QUÉ

A través del acto de cocinar, el cual es una actividad instrumental de la vida diaria, se pueden estimular distintas habilidades, tales como la creatividad, planificación, confianza y desarrollo motriz.

PARA QUÉ

Desarrollar la percepción de autonomía del paciente con el fin de mejorar su autoestima y aumentar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A LARGO PLAZO:

- 1 • Aumentar el autoestima a través del desarrollo de autonomía en la cocina.
- 2 • Activar la memoria, creatividad, organización y planificación, control motor voluntario, orientación a la realidad.
- 3 • Mayor confianza del núcleo familiar al usuario, disminuyendo su sobreprotección.

A CORTO PLAZO:

- 4 • Dar a conocer los distintos productos de apoyo disponibles para adaptarse y facilitar las acciones en la cocina.
- 5 • Crear un hábito alimenticio tomando conciencia de los alimentos que consumen.
- 6 • Beneficios indirectos a la red de apoyo, ya que se aliviana la carga familiar.

4.3 CONTEXTO Y PERFIL DE USUARIO

1. PACIENTE - USUARIO DIRECTO

El proyecto está dirigido a adultos con ACV isquémico y con secuelas de hemiplejía o hemiparesia en etapa sub-aguda y de estabilización.

En el ámbito motor, no es necesario que tenga la marcha establecida, ya que las tareas igual las puede lograr sentado en una silla normal o de ruedas.

No debe tener altos problemas cognitivos, ya que debe ser capaz de comprender y seguir las instrucciones.

Es importante que el usuario tenga un al menos un ligero gusto por la cocina, ya que sino el programa se convertirá en un proceso disgustante de realizar creando así el efecto contrario.

2. NÚCLEO FAMILIAR - USUARIO INDIRECTO

Está conformado por familiares, amigos y/o cuidadores (gente de confianza) que tienen el rol de apoyar, cuidar y motivar al paciente a rehabilitarse y sacar lo máximo de sí mismo.

Es importante considerarlo como un segundo usuario dentro del proyecto, ya que ellos son los grandes influyentes en las decisiones de rehabilitación del paciente.

Sumado a lo anterior, durante el programa debe cumplir un rol de apoyo, motivación, co-guiamiento y crear registro durante el proceso para que el paciente sea constante y no renuncie en el momento de enfrentarse a un obstáculo.

Finalmente, estos también se verán beneficiados con los resultados, ya que el avance permitirá liberar poco a poco la responsabilidad que les tocó asumir ante esta situación y así podrán retomar otros aspectos de su vida que debieron ser postergados.



CONTEXTO

El programa se desarrolla en hogar del paciente, específicamente en la cocina.

Se ha establecido que sea en su casa, porque en este lugar sabe dónde están ubicados los implementos, lo que tiene y que no, disminuyendo en ese aspecto la frustración al desconocimiento de infraestructura disponible o de un lugar que no su casa.

En un taller, realizaría los ejercicios, pero las probabilidades de que lo replique en el día a día es completamente distinta, ya que ahí se volvería como algo extraprogramático y no en la inserción de la vida diaria.

Además, el usuario en la fase sub-aguda aún tiene inestabilidad anímica y dolores físicos, por lo que hay días que suelen ausentarse a las sesiones. En cambio, en su hogar puede aplicar el aprendizaje a toda hora del día sin

tener que esperar algún momento específico para realizarlo y pudiendo ir aumentando la dificultad según cómo se vaya sintiendo.

Una de las bases del programa consiste en practicar para ir agarrando un hábito rutinario, pero no repetitivo. Lo positivo, es que este a pesar de que la acción se “cocinar” lo que se cocine puede cambiar completamente una experiencia de otra, ya que tiene el factor de cambio de los ingredientes, cantidades, tiempos, etc.

Buscamos potenciar los conceptos positivos del hogar permitiendo que el usuario se sienta más confiado, y con menos presión.

Finalmente, al ser el hogar del paciente, se comprobó que sin darse cuenta, este también comienza a empoderarse y desenvolverse con mayor confianza en otras actividades de la vida diaria.



4.4 ANTECEDENTES Y REFERENTES



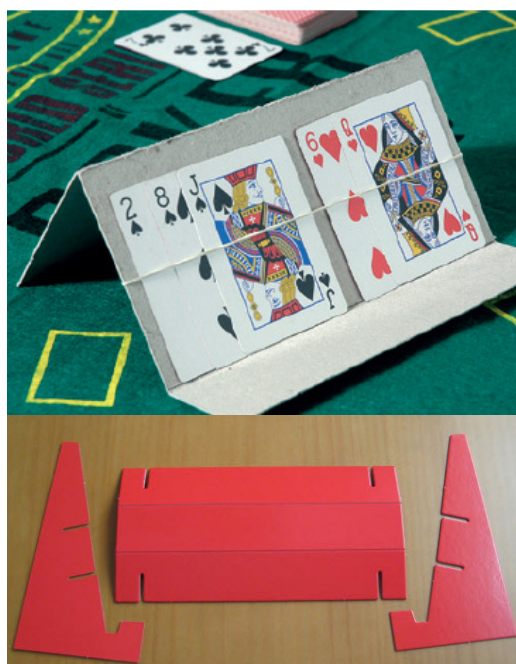
TALLER DE COCINA INCLUSIVO

AITA MENNI - CENTRO DE NEURORREHABILITACIÓN

www.dañocerebral.es

Taller de cocina para personas con daño cerebral y son realizados dentro del mismo centro y guiado por 2 terapeutas ocupacionales.

En el buscan enseñar sobre la utilización de productos de apoyo dentro de la cocina y crear una experiencia en el que comparten.



MANUAL DE AYUDAS TÉCNICAS DE BAJO COSTO

CETRAM

www.cetram.cl

Guía donde muestra distintos tipos de ayudas técnicas y asistencias tecnológicas que se pueden confeccionar con objetos y materiales accesibles y de bajo costo, para que así todas las personas puedan realizarlas.

Permite que tanto el paciente, como la familia se involucren en el proceso de confección del elemento, aumentando el vínculo entre ellos.



COOK THIS PAGE

IKEA
www.ikea.com

Conjunto de recetas ilustradas en papel mantequilla con tinta para alimentos, por lo que una vez que todo está en su lugar, la página puede ser enrollada y lista para enviar al horno.

Cada página muestra dibujos con los ingredientes necesarios, y la persona solo debe llenar los espacios en blanco guiando el proceso de cocina.

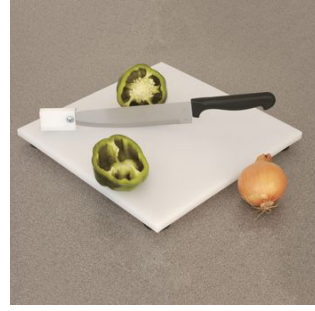
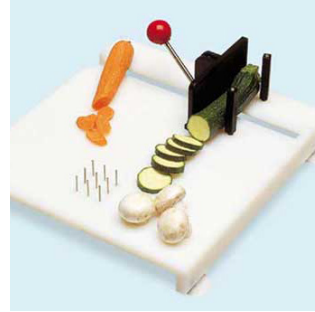
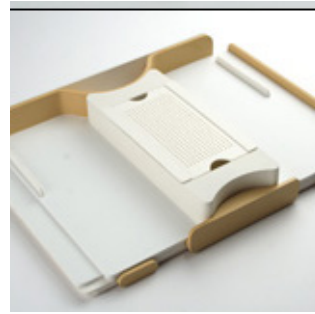


HOY COCINO YO

RECETARIO DE COCINA PARA
 PERSONAS CON DISCAPACIDAD
 INTELECTUAL

Es un libro elaborado por 6 chefs españoles. Es incluye 18 recetas sencillas tanto en cantidad y manipulación de ingredientes, como en la elaboración y pasos a seguir.

AYUDAS TÉCNICAS EN LA COCINA



1. Abridor de jarros que se pega bajo un mueble
2. Abridor de latas con anillas
3. Abridor automático de latas
4. Cortador y rallador de verduras multiuso

1. Espátula con mango de 90° grados
2. Cortador de verduras
3. Cortador de manzanas
4. Sostenedor de bowl

1. Tabla con rallador para utilizar con una mano
2. Tabla suiza
3. Tabla con cuchillo fijo
4. Base giratoria para alimentos

1. Sostenedor de ollas
2. Tetera anti derrame
3. Tabla con reborde
4. Bowl con colador



1. Cuchillo Nelson
2. Cuchillo mango 90°
3. Cuchillo cortador con base
4. cuchillo basculante

1. Maleta con variedad de cubiertos y mangos ergonómicos
2. Cubiertos Manoy
3. Plato con reborde y mango con agarre metarpofalángico
4. Cuchitenedor

1. Adaptador para perillas de cocina
2. One hand cook
3. Bandeja base para microondas
4. Base antideslizante para bowls

1. Sostenedor de platos calientes
2. Adpatador para manillas de cocina y baño
3. Limpiador de vasos
4. Reborde para platos

IMPLEMENTOS DE COCINA



1. cortador de pizza
2. Colgador como sostenedor de libros
3. Tijeras para hierbas
4. Tijeras de cocina

1. Separador de clara y yema
2. Abridor de jarros
3. tenazas
4. Cortador de masa y rapador

1. Pica ajo
2. Pelador de verduras
3. Picador de choclo
4. Picador de hierbas

1. Caja sostenedora de jugo
2. Carrito de cocina
3. Colador para pastas (se pone en la olla)
4. Doble sartén para tortillas y omelettes

Como podemos ver, existen muchos tipos de ayudas técnicas especializadas para la cocina, claramente existen algunas más útiles que otra.

Sin embargo, en el caso de Chile existen una serie de limitaciones y consideraciones:

1. PRECIO

Material y elementos muy caros para lo que son, por lo que muchas veces no se justifican si es que es algo que sólo sirve para una acción en específico.

2. DONDE COMPRARLOS

De todas estas ayudas técnicas, muy pocas se venden en Chile, por lo que no hay acceso a ellas. Se deben encargarse por internet o pedir a alguien que las traiga de afuera, lo cual no siempre es posible.

3. DESCONOCIMIENTO

Varias personas estarían dispuestos a invertir e incluso a encargarse a otro país, pero lamentablemente no saben que hay una ayuda técnica que les puede ayudar a facilitar la tarea.

4. DISEÑO

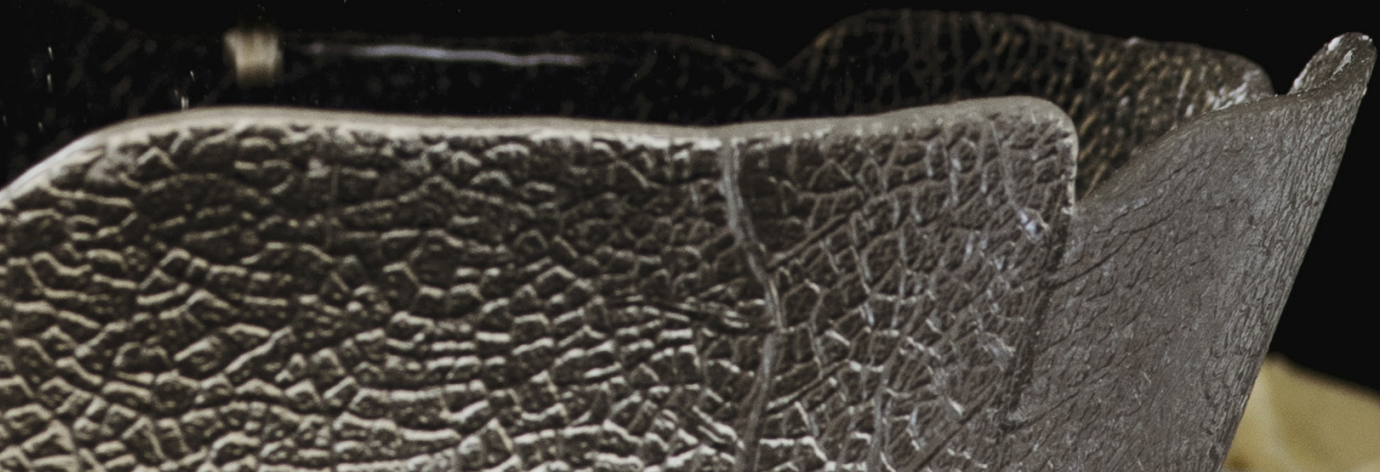
Además, existen diferentes implementos de cocina que también pueden facilitar la acción de cocinar como por ejemplo en vez de ocupar un cuchillo basculante, quizás un cortador de pizza podría funcionar de forma parecida. A pesar de que este último no es tan ergonómico, realiza una función parecida, más accesible y probablemente de menor costo.

También está la posibilidad de crear ayudas técnicas realizadas en casa con elementos comunes como colocar un mango de bicicleta a una cuchara normal para engrosar el mango del cubierto y tener un mejor agarre.





DESARROLLO DEL PROYECTO





ABSTRACT

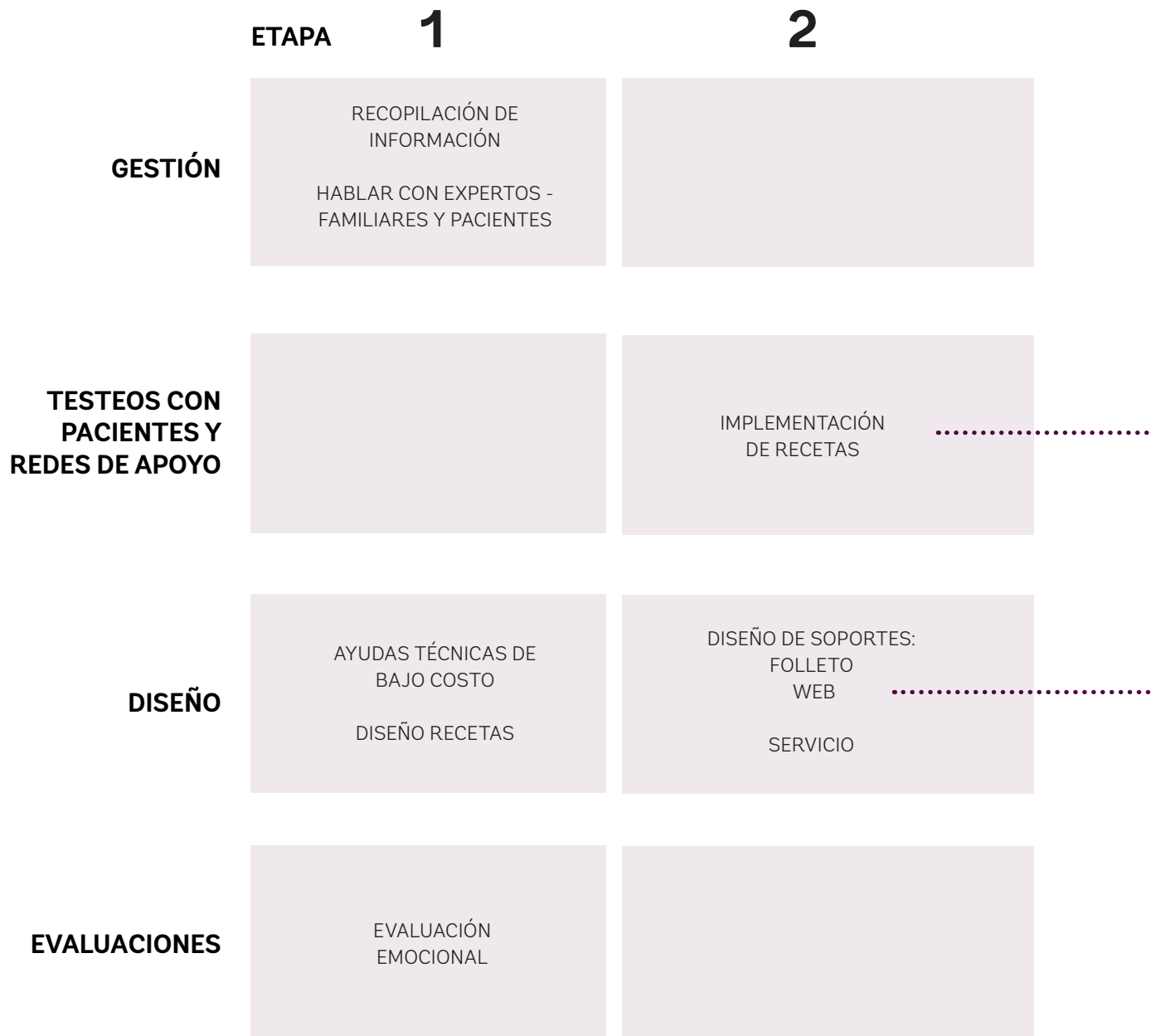
“MÁS COCINA” es un programa educativo terapéutico complementario, centrado en la acción de cocinar básicamente dirigido a aquellas personas que sufren de hemiplejía o hemiparesia. Buscamos entregar distintas estrategias e información (ayudas técnicas, secuencias, recetas, etc) para demostrar que sí es posible superar muchas dificultades que se presentan cuando existe una limitación física (paresia de extremidad superior) y potenciar a largo plazo la creatividad, planificación, autonomía, confianza y autoestima.

Todo lo anterior lo realizamos principalmente a través de un servicio que presenta el proyecto desde una plataforma web, que separa en diferentes secciones la información de una forma didáctica y amigable.

Se complementa el programa con un folleto base, un blog y servicios como asesorías domiciliarias y venta o construcción de algunas ayudas técnicas.

Como objetivo final es lograr que los usuarios poco a poco vayan empoderándose y confiando en sí mismos para que recuperen su mayor potencial de autonomía.

PLAN PARA LA CREACIÓN DEL PROYECTO



ETAPA ACTUAL

3

4

5

SERVICIOS POR WEB

FINANCIAMIENTO Y DIFUSIÓN
DEL PROGRAMA

CAMBIO DE
RECETA

FIN DE RECETAS

TESTIMONIOS
IDENTIDAD

IMPRESIÓN
FOLLETO
HABILITAR BLOG Y
TUTORIALES

IMPLEMENTACIÓN
DEL SERVICIO
ACTUALIZACIÓN
DEL PROGRAMA

EVALUACIÓN
EMOCIONAL 2

EVALUACIÓN
EMOCIONAL 3
EVALUACIÓN DEL
PROGRAMA VIA
WEB

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

ETAPA 1 Este proceso recopila toda la información para formar las bases del proyecto. Para notar los avances es importante conocer los pacientes, sus historias para luego evaluarlos y así tener un índice más evidente de comparación al final del programa.

Lo mismo sucede con los implementos y talleres que ya existen. Es necesario comprobar su efectividad y opinión de las personas al respecto.

ETAPA 2 Una vez teniendo las bases pre establecidas para trabajar, comienza el proceso de diseño. Este se busca responder a ciertas falencias que fueron detectadas en la primera etapa, en este caso a través de un programa que involucra un servicio y como soporte un folleto y plataforma web.

Al ya conocer a los usuarios de testeos, a lo largo de todo este proceso debo ir testeando y validando el proyecto para ver como debería avanzar el programa.

Gestionar los servicios de la página web integrando el sistema de funcionamiento de él.

ETAPA 3 Grabación y edición de testimonios de personas que sufren o sufrieron de hemiplejía o hemiparesia hace mucho tiempo. Esto busca que otros pacientes se sientan identificados con ellos y funcionen como modelo de motivación para seguir adelante.

Junto con ello, se pretende darle identidad al programa que refleje el carácter de lo que es.

En el ámbito de evaluaciones, al estar ya en la mitad del proceso, es bueno evaluar al paciente para poder detectar sus avances tanto físicos como anímicos.

ETAPA 4 Como el proyecto ya tiene mayor solidez y estabilidad, es el momento de presentarlo a posibles empresas, instituciones o fondos involucrados en el área, para poder financiarlo y llevarlo a cabo más masivamente.

Por otro lado, el folleto y la página web estará prácticamente lista en el ámbito informativo y solo faltaría la parte de servicios. En esta etapa también se habilitaría el blog, para que las personas también puedan comentar su experiencia, además de tutoriales para entregar instrucciones de forma más guiada.

ETAPA 5 Los pacientes están en su última etapa de testeo y se realiza su última evaluación para evidenciar su avance durante el proceso.

Al contar con un financiamiento, se podrá implementar el área de servicios y mejorar el programa en los aspectos necesarios.

IMPLEMENTACIÓN 1

1. BÚSQUEDA DE RECETAS ADECUADAS

Se realizó una investigación y preparación de diferentes recetas de cocina de carácter saludable con el objetivo de encontrar la adecuada para que sea la primera receta en la que los usuarios cocinan un plato completo.

Los factores importantes a la hora de evaluar la receta: Dificultad, cantidad de ingredientes, tiempo, y de gusto general.

1. LENTEJAS

Conclusiones: Las lentejas no requieren mucha preocupación. Suele pasar que los pacientes no logran darle al punto de cocción. En caso, este plato es ideal ya que si se pasan de punto de cocción van a quedar más cremosas. El mayor desafío implicaría cortar las zanahorias y cebolla de forma pequeña, pero hoy en día venden paquetes de “sofritos” facilitando esta tarea.

Dificultad: MEDIA

2. ÑOQUIS DE ZAPALLO

Conclusiones: La receta presenta algunos aspectos positivos, como por ejemplo, el usuario debe amasar en este proceso en donde permite practicar la motricidad sin tener la necesidad de que quede perfecto. También el zapallo si se compra troceado no es difícil de moler posteriormente. Finalmente resultó no siendo apta, ya que es demasiado el tiempo necesario para realizar toda la receta y el usuario se puede frustrar, aunque puede ser una buena receta recreativa.

Dificultad: DIFÍCIL

3. PANQUEQUES CON CHOCLO, ATÚN Y CREMA

Conclusiones: Este es un plato que presenta algunas facilidades ya que los panqueques se pueden comprar hechos, lo que centra la tarea en el trabajo de relleno y cierre. Los beneficios es que se pueden preparar platos dulces y salados, además de utilizar productos fríos y calentarlos posteriormente en microondas u horno.

Dificultad: Fácil

5. SÁNDWICH DE JAMÓN DE PAVO Y QUESO

Conclusiones: Esta receta está incluida debido a que está asociada como “fácil” tanto por los usuarios como para sus familiares. Junto a lo anterior, es algo que ellos suelen comer habitualmente, incluso hasta dos veces al día.

La preparación puede resultar bastante más simple si se compran los ingredientes laminados. La mayor dificultad, estaría involucrada con el tipo de pan a utilizar, ya que hay panes que se deben abrir y otros que no son necesarios.

Dificultad: Fácil



2. TESTEOS DE AYUDAS TÉCNICAS

PERSONAL

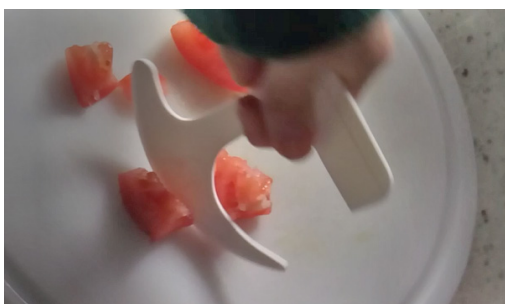
Para comprobar la eficiencia de las ayudas técnicas, decidí probar las que se consideran más útiles al momento de cocinar.

Muchas de estas no las venden en Chile o son muy difíciles de encontrar, por lo que el objetivo también fue comprobar que tan fáciles o difíciles serían de construir con el fin de crear mayor accesibilidad a este tipo de instrumentos.

PROTOTIPADO DE CUCHILLO BASCULANTE "ROCKING T"

Al no encontrar este producto a la venta dentro de Chile, decidí replicar el modelo para testear un diseño que busca ser ergonómico y cortar de una forma más fácil con una sola mano.

Se buscó en internet una vista superior del producto. Luego se trazó el contorno y se imprimió para utilizarlo como molde en un PAI de 2mm. Posteriormente se procedió a cortar, lijar y afilar el cuchillo, mediante a la lija también. Finalmente comprobé sus características realizando una prueba de corte con distintos alimentos.



RESULTADOS

1. Para una primera instancia de encuentro con la cocina el material plástico podría ser positiva ya que, al no tener un filo muy duro, elimina el riesgo de cortarse en caso de que se caiga o resbale.
2. La forma en plástico sufre estructuralmente y se dobla con algunas operaciones, por lo que se podría fabricar en otro plástico mas resistente o adaptar su forma.
3. Corta bien alimentos blandos y semi blandos como el cilantro, tomate, etc. Pero para los alimentos muy duros y muy altos no es adecuado, ya que se resbalan. Podría incluirse dentro del diseño una pequeña zona de sacados (como cuchillo tipo sierra), para enganchar el alimento ahí.
4. Como opción de reemplazo a este, podría utilizarse un cortador de pizza.

3. TESTEO DE RECETA PERSONAL

De todas las recetas señaladas anteriormente, opté comenzar por los panqueques como una de las primeras recetas a testear a los pacientes. Esta razón se debió a que no se necesitan ni fuego, ni cortes para realizarla y es de ingredientes accesibles y de gusto general. El testeo se realizó ocupando mi mano no hábil como mano funcional y la otra simulando poca fuerza y posición en garra.

PANQUEQUES CON CHOCLO, ATÚN Y CREMA

TIEMPO DE PREPARACIÓN: 10 MIN
PORCIONES: 2

PLANIFICACIÓN

1 bowl
2 pocillos
1 colador
1 cuchara
1 plato
1 tabla de corte
1 espátula

INGREDIENTES

1 Paquete de panqueques hechos (se pueden comprar en cualquier supermercado)
1 crema blanca light en caja
1 Atún en agua
1 Taza de choclo (Choclo en caja o bolsa)
1 Puñado de Cilantro
Especias: sal, pimienta molida, nuez moscada, albahaca molida

PREPARACIÓN

- 1 Abrir la crema y el atún
- 2 Quitar el agua del atún
- 3 Echar en un bowl el atún y $\frac{1}{2}$ de la crema. Revolver.
- 4 Si el choclo está congelado poner dentro de un pocillo con agua hasta cubrir y colocar 30 segundos en el microondas. Si no está congelado incorporar a la mezcla.
- 5 Colar el choclo e incorporar a la mezcla y revolver. Para esto colocar el colador encima de un pocillo y voltear el pocillo con choclo encima del colador para sacar el agua.
- 6 Probar y agregar especias a gusto. Revolver.
- 7 Abrir el paquete de panqueques y extender en un plato.
- 8 Colocar la mezcla dentro de ellos y luego enrollar.
- 9 Repetir esto hasta que se acabe la mezcla
- 10 Colocar el resto de la crema encima de los panqueques
- 11 Cortar cilantro con el cuchillo basculante o cortador de pizza. Esparcir por encima de los panqueques.

DEGUSTACIÓN

- Meter un plato con la cantidad de panqueques deseados dentro del microondas por 1 minuto. Ayudarse con una espátula para separarlos.
- * Tener cuidado de que al sacar el plato no esté muy caliente.





Calentar el choclo en el microondas evita que el usuario tenga contacto con fuego, disminuyendo su frustración.



Para revolver, el brazo hemipléjico es utilizado para sujetar, el bowl, estimulando el uso de este.



La utilización de especias permite darle resaltar los sabores de los ingredientes sin la necesidad de utilizar sal.



Girar los panqueques para cerrarlos incentiva a realizar el movimiento de pinza y en caso de no poder con la mano hemipléjica, de igual forma se puede realizar con una mano.



La espátula permite trasladar alimentos grandes con mayor estabilidad, evitando la frustración de que se pueda caer o desarmar.



La presentación por básica que sea hace bello el plato y aumenta la gratificación del trabajo realizado.

3. USUARIOS DE TESTEO

Los usuarios con los que se testeó la base del programa son pacientes de Unidad de Kinesiología del Centro Médico de la Universidad Católica.

Todos diferentes edades y están en etapas distintas de la rehabilitación. A parte de tener secuelas distintas, cada uno tiene su personalidad e historia, que se debían tener en cuenta.

Se comenzó introduciendo el proyecto a cada uno de los pacientes y familiares para que tuvieran nociones del proyecto y que clases de cosas se les iba a pedir realizar.

Opté por utilizar un lenguaje informal con los pacientes, preguntar sobre sus vidas y gustos para crear un vínculo más cercano con el usuario y su familia, permitiendo posteriormente un mejor desenvolvimiento y confianza de ellos hacia mí.

Quedó acordado que cada tarea o acción que tuviera relación con la cocina alguien de la red de apoyo debía intentar grabarlo para así poder evidenciar con mayor detalle sus avances.

Esta decisión se tomó en base a:

1. **Su forma de desenvolverse en la cocina no iba a ser igual con mi presencia y podía desencadenarse en el factor de ponerlos nerviosos o frustrarlos en vez de que tomaran en cuenta lo que estaban haciendo.**
2. **Mayor compromiso de la red de apoyo en el proyecto.**
3. **Que la red de apoyo y el usuario sean capaces de evidenciar sus avances permitiendo que el primero le vaya dando más libertad al segundo y también que el usuario vea que es capaz de realizar tareas.**

Como mencioné anteriormente cada paciente es distinto, por lo que el tiempo y avance de testeo entre uno y otro variaba según como se iban sintiendo en el proceso.

Aun así, se hizo un test de evaluación para saber su estado inicial y poder evidenciar mediante este su avance.

SALOMÓN GENERAL, 73 AÑOS



Le dio un ACV isquémico en marzo del 2016 debido su diabetes e hipertensión. Quedó con hemiplejía en todo el lado derecho del cuerpo. Antes del accidente vivía solo con su señora la cual tiene problemas al estómago, por lo que él cuidaba de ella. Trabajaba en su casa como contador y cocinaba para él y a su señora comida especial, ya que ella debe comer todo como sopa o crema.

Lleva 1 año de rehabilitación, asistiendo 3 veces a la semana.

Hoy en día, luego del accidente, se fue a vivir con 2 de sus hijos. Gonzalo, el menor, es quien se preocupa de hacer el almuerzo y llevarlo a rehabilitación, pero debido al tiempo que demanda todo esto ya no puede trabajar.

Salomón no ha cocinado nada y le suelen cortar la comida, suelen ser muy aprensivos con él. Sumado a lo anterior, el tiene miedo de cocinar porque aún no recupera su mano hábil y con el fuego siente que se le pueden mover las cosas. No se siente seguro al respecto.

ESTADO INICIAL OBSERVADO

Hemiplejía del lado derecho. Está en silla de ruedas ya que tiene muy poca estabilidad para caminar. Tiende a tener la mano cerrada, puede abrir la mano en estado normal, pero no tiene fuerzas para agarrar las cosas. Buen movimiento de muñeca, no la tiene ni cerrada ni espástica, pero le duele moverla mucho hacia arriba.

PERSONALIDAD Y GUSTOS

Suele ser mañoso y se ha puesto muy cómodo con que le realicen las cosas. A pesar de esto, el igual tiene ganas de volver a ser más independiente.

CAROLINA FUENTES, 28 AÑOS

En el 2016 tuvo un trasplante de riñón y un año después, en enero del 2017, sufrió de un ACV. En consecuencia a esta situación, ella debe llevar mascarilla de por vida cuando no esté en su casa y además quedó hemipléjica del lado derecho y con secuelas cognitivas.

En marzo, decidió trasladarse de Antofagasta a Santiago junto a su hermana para poder tener una rehabilitación más intensa. Hoy en día va al kinesiólogo 4 veces a la semana, hasta principios de agosto donde volverá a su hogar.

ESTADO INICIAL OBSERVADO: Hemiplejia de cuerpo completo en el lado derecho, está en silla de ruedas ya que todavía no se puede parar, problemas cognitivos: dificultad para pensar, utiliza frases cortas para responder.

PERSONALIDAD Y GUSTOS: Es muy enérgica y entusiasta, amante de los gatos y ayuda a su hermana, la cual es diseñadora gráfica, en la edición de videos.

GUSTAVO ARACENA, 53 AÑOS

Le dio un ACV en enero del 2017 debido a que tomaba demasiado alcohol y era hipertenso. En consecuencia, quedó con secuela de hemiplejia en todo el hemicuerpo derecho y zona izquierda de la cara.

De profesión era prevencionista de riesgos y trabajaba en las minas de Calama. Antes cocinaba mucho, sobretodo cocina venezolana (frijoles, tortillas, etc) porque vivió toda su vida allá. Ahora no ha cocinado nada porque le da miedo no tener control y porque su hermana María y sobrina Margarita le cocinan todo.

Se demuestra muy bien, pero tiene signos de que se bajonea mucho todavía.

Respecto a los movimientos, todavía tiene parálisis facial en el lado izquierdo por lo que no habla muy bien y ve borroso. Por medio de estimulación con cepillos y masajes busca aumentar su sensibilidad.

ESTADO INICIAL OBSERVADO: Hemiplejia alterna, hemiplejia en el hemicuerpo derecho, pero la cara al lado izquierdo. Esto dificulta acciones como hablar, comer, tragar y ver (ve borroso).

Actualmente está en silla de ruedas y no tiene mucha sensibilidad.

Tiene buen movimiento de mano, pero no de pinza, le es difícil hacer bolitas pero puede ayudarse con una mano.

En el ámbito emocional está bastante deprimido, ve esto que le sucedió como un castigo por todo lo que hizo antes.

PERSONALIDAD Y GUSTOS: Ansioso, profundo amor por el mar y la navegación. Se considera un persona libre y vividora, por lo que este proceso de dependencia ha sido muy difícil para él.

4. TAREAS ASIGNADAS: TAREA 1

Don Salomón

Se le envía como tarea lavar la loza lentamente. Solo platos, vasos y cubiertos, excluyendo ollas y bowls muy grandes y pesadas.

Es algo que ya ha hecho, pero muy pocas veces. Se inicia con esta tarea porque sirve para tomar confianza como primer acercamiento a la cocina. En esta tarea el usuario no puede quemarse y un tiene bajo riesgo de cortarse o tener otro tipo de accidente.

También se le indicó que si se atrevía, debía prepararse uno sandwich de jamón y queso, que es uno de los 2 panes que se come al día.

Por otro lado, se busca que la familia también pueda evidenciar que el usuario es capaz de hacer cosas por sí mismo.

RESULTADOS

Para lograr estabilidad lavando platos, coloca su mano hemipléjica en el lavaplatos mientras friega la loza con su mano izquierda.

También se motivó a realizar el sandwich de jamón y queso. Se complicó más de lo que debía ya que primero que todo lo hizo con una marraqueta. Este tipo de pan implica que debía abrirla para colocar los ingredientes adentro. La marraqueta al estar fría es muy dura para realizar la acción, por lo que lo calentó en un hornito y el pan al estar más crujiente fue más fácil.

También lo abrió con un cuchillo poniendo su mano hemipléjica encima del pan para afirmarlo mientras cortaba con la otra.

- ✓ LAVA LA LOZA
- ✓ REALIZA SU PAN

Carolina

Al tener más limitaciones de movimiento se le asignó que la grabaran realizando tareas involucradas al ámbito de la cocina, tales como comer, abrir cosas y prepararse un pan si es que se sentía capaz. Un impedimento importante es que ella está mayormente en silla de ruedas, ya que todavía no tiene estabilidad y la silla no cabe dentro de la cocina.

Como Carolina no puede entrar a la cocina, su hermana Fabiola le llevó todo a la mesa todos los implementos necesarios para que se prepara su taza de Ensure que le tocaba (alrededor de las 11 am).

Ella es capaz de abrir el jarro y colocar las 2 cucharas dentro de la taza sin ningún problema y luego lo cierra, esta tarea le sale mas difícil pero lo intenta hasta lograrlo.

Para abrir el termo si lo pone entre la piernas para sujetarlo mientras saca la tapa.

Se toma su tiempo para prepararlo de la forma que a ella le gusta.

- ✓ LAVA LA LOZA

Gustavo

Gustavo es muy acelerado y aún no tiene conciencia de que el proceso de rehabilitación es lento. Intenta constantemente compensar su cuerpo para realizar las tareas de forma más rápida, siendo que lo correcto es hacerlas bien, aunque se tenga menor rango de movimiento. También buscamos que inicialmente comience participando en cosas en el ámbito de la cocina. Que caliente su comida en el microondas, ponga la mesa, saque y ponga cosas en el refrigerador.

Gustavo esa semana no se sintió muy bien por lo que no hizo mucho. A la cocina no ingresó pero sí ayudo a ordenar la mesa. Está bastante enojado porque siente que estas cosas no son difíciles y le da rabia no poder hacerlas.

- ✗ PARTICIPACIÓN EN EL ÁMBITO



La preocupación inicial de Don Salomón se centraba en su inestabilidad de estar mucho tiempo parado y de realizar la tarea correctamente. Como parte del desafío no solo lo logró, sino que su hijo también pudo ver que era capaz de realizar cosas sin tanta ayuda.



Estas actividades no requieren de una utilización compleja de la mano hemipléjica y en caso de tener hemiparesia, se puede usar la mano como apoyo principalmente para que no se les olvide que está



Carolina utilizando su cuerpo como ayuda para realizar tareas.



Utilización de la mano hemiparésica para evitar que el pan se mueva, mientras con la otra mano lo corta.

IMPLEMENTACIÓN 2

1. CLASIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE RECETAS

La idea es sugerir 9 recetas (3 fáciles, 3 medias y 3 difíciles) estandarizadas con la que los pacientes puedan comenzar cocinando. Estas mismas se evaluarán también con los usuarios de testeo.

FÁCIL	MEDIO	DIFÍCIL
Panqueques con atún, choclo y crema	Tallarines con salsa de tomates	Tortillas
Sandwich de jamón y queso	Legumbres: Porotos/ Lentejas/ Garbanzos	Torta de Chocolate
Rollitos de jamón de pavo relleno de palta	Arroz con hamburguesa o filetes de pollo	Ñoquis de Zapallo
Papas duquesas con nuggets de pescado	Carbonada	
Bolitas de Manjar - Nuez	Galletas	
Helado en base a plátano	Pizza	
Cheesecake frío	Lasaña	

TABLA DE EVALUACIÓN DE DIFICULTAD DE RECETAS

Para determinar la dificultad de las recetas, creé una tabla excel donde se están colocadas las tareas que se pueden considerar relevantes al momento de cocinar. Son 20 en total y considera desde la cantidad de ingredientes hasta lavar y cada una tiene un puntaje asignado según su dificultad.

El objetivo de esta es que el total de los puntos, permita clasificar si la receta se considera: fácil, media o difícil.

	Cant. ingredientes	Corte de alimentos	Abrir (huevo/cajas/ bolsas)	Desenlatar	Mezclar/ revolver	Amasar	Pelar	Rallar	Moler
Plato									
Crudo	7	1		0	1	0	1	0	0

Parte de la tabla probándola con una preparación

2. TESTEO DE AYUDAS TÉCNICAS

FABRICACIÓN DE TABLA DE COCINA

Como tampoco pude encontrar un tabla de cocina y las que vi en internet era bastante caras (\$90.000 pesos aproximadamente en España). Busqué la forma de construir una de bajo costo y con materiales accesibles.

Esta diseñada para poder sujetar los alimentos y así estos puedan cortarse fácilmente ocupando una sola mano.

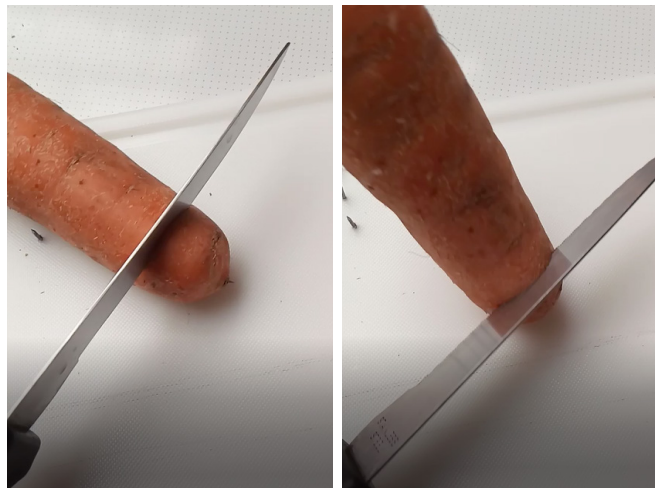
MATERIALES:

- Tabla de cocina
- 5 clavos de 1"

En la esquina de la tabla clavé 5 clavos en forma de cruz con una distancia de 1 cm entre cada uno. La razón de que se colocara en la esquina era para que la tabla se pudiera utilizar para cortar u apoyar otros alimentos que no necesitaban afirmarse.

RESULTADOS:

1. La altura de los clavos es fundamental para el buen funcionamiento de la tabla. En este caso, los alimentos se salían al cortarlos, por lo que se debe aumentar su altura.
2. Para que esta perdure a largo plazo y sea salubre, los clavos deben ser antioxidantes, evitando el riesgo de enfermar al usuario.
3. El posicionamiento de la cruz no resultó efectivo ya que algunos alimentos quedaban fuera. Esta debe ir más centrada.



4. TAREAS ASIGNADAS: TAREA 2

Don Salomón

Al lograr realizar el pan, se sugiere que lo siga haciendo al igual que lavar la loza.

Era el primer usuario que estaba preparado para realizar la primera receta de la tabla: panqueques.

Así que lleve la masa pre- hecha para que el los rellena con algo que le gustara.

RESULTADOS

Realizó los panqueques con mermelada junto a sus hijos lo que hizo armar una experiencia familiar distinta y comprobó que era una comida bastante fácil de realizar.

Además, me enteré que decidió cocinarle carbonada a su señora. Cuenta eso si que no la preparó desde cero y que lo tuvieron que ayudar a pelar y cortar las verduras. Es por eso que quedamos en el trato de que yo le haría una tabla de cocina para que pudiera hacer estas cosas.

Ya se están comenzando a notar signos de autonomía en sus decisiones. También está activando más el brazo por lo que tiene dolores musculares, que a él le duelen, pero son signos positivos de que está recuperando sensibilidad al menos.

- ✓ LAVA LA LOZA
- ✗ REALIZA SU PAN
- ✓ REALIZACIÓN DE RECETA
- ★ RECETA DE INCENTIVO PERSONAL

Carolina

Ella continúa con la tarea de realizar cosas en la casa pero como ahora tiene un poco más de estabilidad, que vaya un poco mas allá.

Que intente de prepararse cosas un poco mas difíciles, ir a la cocina, y sacar cosas de ahí, etc.

Carolina tuvo grandes avances en la terapia de kinesiología, ahora puede levantarse y caminar, pero con la ayuda de un bastón debido a que aún no tiene suficiente equilibrio.

El yogurt es capaz de abrirlo fácilmente y como quiere sacar el yogurt que viene en la tapa pone el yogurt encima.

Comienza a realizar otras soluciones bastantes creativas como si quiere algo de la cocina va con un bolsito para meter ahí lo que necesite.

- ✓ TAREA DE MAYOR DIFICULTAD

Gustavo

Nuevamente se le pida que repita las tareas anteriores. Además se le pide que si logra motivarse ayude a lavar platos, ya que esta acción los hace sentirse mas seguros que comenzar a cocinar.

Gustavo comienza a animarse lentamente. Ha comenzado a ayudar a su hermana María a lavar platos. Aún tiene días difíciles anímicamente, pero con esta tarea lo hace sentirse menos como una carga debido a que colabora. El procedimiento lo realiza de pie y apoyando su mano hemipléjica en el lava platos para ayudarse.

- ✗ PARTICIPACIÓN EN EL ÁMBITO
- ✓ LAVA LA LOZA



Utilización de un palo de escoba para dar mayor estabilidad para caminar. Este también permite que pueda circular por el departamento sin mayores limitaciones.



Don Salomón realiza panqueques junto a sus hijos disfrutando un momento de convivencia.

IMPLEMENTACIÓN 3

1. TESTEO DE AYUDAS TÉCNICAS

FABRICACIÓN DE TABLA DE COCINA (VERSIÓN 2)

Se realizó una versión nueva para Don Salomón, uno de los pacientes de testeo. Dentro de los cambios realizados, se optó por cambiar los sujetadores, utilizando pinchos de choclo cortados en vez de clavos, ya que estos son inoxidables y más accesibles que los clavos de acero inoxidable o que comprar una barra de acero y sacarles punta.

Se clavaron aproximadamente a 1/3 de la tabla y se lijaron un poco en la punta para que no sean tan peligrosos.

También se añadieron unos rectángulos de PAI en una esquina de la tabla con el objetivo de sujetar el pan mientras se coloca mantequilla o algo más y no se mueva tanto.

Además, se colocaron gomas antideslizantes debajo de la tabla para que esta no se mueva mientras se realizan las tareas.

Finalmente, se añadió una tapa para la parte de los clavos y así evitar el riesgo de que se pueda enterrar los sujetadores o se enganchen en alguna parte. Este es de poliestireno y PAI en la parte superior para que los sujetadores no pasen de largo.

RESULTADOS:

1. La altura de los sujetadores fue la adecuada, cumpliendo la función de sostener sin que se saliera o moviera, permitiendo que Don Salomón pudiera pelar y cortar adecuadamente.
2. La utilización de las gomas antideslizantes permitieron que la tabla no se moviera, pero el tamaño resultó ser muy pequeño y poco apto para superficies irregulares. Pegar una superficie antideslizante cubriendo la base sería una posible solución para mejorar este problema.



2. TAREAS ASIGNADAS: TAREA 3

Don Salomón

Al ver sus avances, se le entregó y enseñó los usos de la tabla para que comience a probar rallar y cortar. Se le pide que cocine arroz y que corte tomate para la ensalada, esta vez no se ve tan motivado.

*Le han disminuido la cantidad de sesiones por semana, por lo que debe empezar a realizar más ejercicios en su casa.

RESULTADOS

Anímicamente afirma que no se sintió muy bien esa semana por una mezcla de factores.

Lamentablemente no realizó la tarea que se le asignó, pero continúa lavando platos. Esta vez cuenta Gonzalo que ahora es capaz de agarrar la tapa de la olla en vez de afirmarla contra las paredes del lavaplatos. Por lo que se puede ver la aplicado el avance motriz de la rehabilitación kinesiológica.

Por otro lado, Don Salomón se realizó la once solo, sin supervisión de nadie. "No quería molestar así que me la prepare yo mismo. El único es que es más lento"

✗ TAREA: ARROZ + TOMATE

✓ LAVA LA LOZA

★ PREPARACIÓN DE INCENTIVO PERSONAL

Carolina

Nuevamente se pide que realice tareas un poco más difícil y si se siente capaz, que se prepare un pan.

*Tiene mayor estabilidad y han disminuido notablemente los problemas de comprensión de la primera sesión.

Gratamente Carolina sorprende realizándose comidas en la cocina.

Según lo evidenciado se preparó su cereal con leche desde cero. Retiró la leche del refrigerador, sacó un pocillo y los cereales, luego se lo sirvió.

En esta actividad específica se puede ver que ha juntado todos los implementos antes de preparar su comida.

También se ha preparado un pan con manjar y al no tener una mano para ayudarse, utiliza nuevamente otras partes de su cuerpo para facilitar la tarea.

✓ PREPARACIONES DE ALIMENTOS

*Se le ha ofrecido realizar una tabla de preparación de alimentos pero se ha pausado el avance de Carolina debido a que tiene fuertes dolores bajo las costillas, los cuales son parte de una de las secuelas del ACV.

Gustavo

Como Gustavo lleva un proceso más pausado debido a sus secuelas y estados anímicos, se le pide que continúe con las tareas de ayudar, lavar y se le pide que colabore con la preparación de su once.

Gustavo ha continuado lavando manteniendo el método pero no puede estar mucho tiempo porque se cansa y le sube la presión. Aun así dice estar está acomplejado con que avanza lento en la terapias.

✓ LAVA LA LOZA



Se puede apreciar una mejora significativa con respecto al inicio del programa ya que la mano participa de forma mas activa.

IMPLEMENTACIÓN 4

1. TAREAS ASIGNADAS: TAREA 4

Don Salomón

Se le pide nuevamente que utilice la tabla otorgada para que practique y vea que es capaz de realizar un plato mas complejo por sí mismo

RESULTADOS

Hace uso de la tabla de corte dando feedback de su uso. (Revisar p.89)

Fue utilizada para realizar charqui-cán, el cual lo prepara casi completamente solo, empoderándose de la cocina.

Coció las papas, las peló, salteó las verduras y la carne molida, lo aliñó y finalmente junto todo.

Comenta que fue una preparación larga y cansadora, pero esta feliz de haber vuelto a cocinar como lo realizaba antes.

✓ LAVA LA LOZA

★ RECETA DE INCENTIVO PERSONAL



RESULTADOS

A medida que fueron avanzando las semanas se pudieron observar grandes progresos tanto en área motriz como emocional. En todas las tareas, de alguna u otra forma tenían un pequeño obstáculo que cada usuario logro abordarlo de la forma que le acomodaba más, creando estrategias bastante inteligentes.

Por ejemplo, está el caso de Carolina, que ponía la esquina de la tapa del yogurt debajo de este para poder sacar el yogurt que se acumula ahí. O el caso de Don Salomón que tostó el pan para que así estuviera más crujiente y así poder abrirlo más fácil. Estos desafíos lograron ir desarrollando su creatividad y planificación sin que los agobiara tanto.

También, su actitud ante el momento de enfrentar las cosas fue mejorando. María Aracena, hermana de Gustavo, dijo que fue bueno que él lavara platos, porque lo hacía sentir que estaba aportando en algo a la casa.

Los usuarios comenzaron a darse cuenta que son capaces de valerse por sí mismos más de lo que ellos creían. En caso de que quisieran algo, ellos mismos podían preparárselo y no tener que esperar a alguien estuviera disponible para atenderlos.

Por otro lado, la actitud que tomaron los familiares y red de apoyo también fue cambiando, ya que no solo se sentían más confiados de que pudieran hacer la tarea con ellos al lado, sino que notaron que ya no era necesario sobreprotegerlos tanto.

Es importante mencionar que todos los usuarios de testeo estuvieron realizando terapia de neurokinesiología a la par, por lo que hubo bastante desarrollo motriz que fue mejorando a lo largo del proceso, pero el programa permitió que estos avances se potenciaran siendo practicándose en actividades de vida diaria otorgando una mayor sensación de avance y utilidad tanto para ellos como para su familia.



A close-up photograph of a hand on the left side, with fingers slightly curled as if releasing something. A dense, billowing cloud of fine, light-colored particles (possibly dust or sand) is captured in mid-air, moving from the hand towards the right. The background is dark and textured, suggesting a rough surface or a dark environment. The lighting is dramatic, highlighting the texture of the hand and the individual particles in the cloud.

PROYECTO

IDENTIDAD VISUAL

NAMING

Para el naming, se buscó algo que evoque al proyecto y que a la vez sea simple, breve, fácil de leer, recordar y de alguna u otra forma positivo.

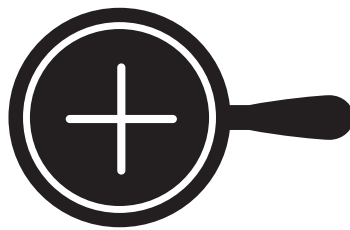
Se decidió no utilizar las palabras hemiplegia o hemiparesia ni nada relacionado con enfermedad, para evitar limitar en exceso el servicio.

El logotipo es negro sobre fondo blanco para generar mas contraste, aunque también se puede hacer variaciones en otros colores.

DESARROLLO LOGO



LOGO FINAL



Isotipo

MÁS COCINA

PROGRAMA DE COCINA PARA HEMIPLEGICOS

Bajada de título Logotipo

LOGO: Museo-700

ABCDEFGHIJKLMÑOPQRSTUVWXYZ
 abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz
 1234567890

BAJADA DE TITULO: Gotham

ABCDEFGHIJKLMÑOPQRSTUVWXYZ
 abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz
 1234567890

VARIACIONES:



GRÁFICA DEL PROGRAMA WEB Y DEL FOLLETO

La gráfica del proyecto esta basada en la “Guía de accesibilidad web en Chile, 2016” del SENADIS, se ha planteado como nivel de exigencia a cumplir sea el AA. (Anexo 4)

PERCEPTIBLE

Se intenta ocupar la mayor cantidad de imágenes y vectores posibles con el fin de que el usuario pueda entender mucha de la información de medio visual.

OPERABLE

No se hace uso de headers, pop ups, ni gifs debido a que estos pueden confundir al usuario.

Los títulos de cada capítulo describen de forma resumida su contenido.

En el caso web, cada enlace y vínculo describe que es y hacia donde se dirige.

COMPRENSIBLE

Contenidos en un lenguaje entendible para el usuario. Imágenes claras trazos sencillos y poco detalle.

FUENTES

FOLLETO

Gob-CL

Titulos: Bold -30 ptos

Texto: Regular - 12 ptos

ABCDEFGHIJKLMNÑOPQRSTUVWXYZ

abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz

ABCDEFGHIJKLMNÑOPQRSTUVWXYZ

abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz

WEB

Titulos: DIN Bold - 35 ptos

ABCDEFGHIJKLMNÑOPQRSTUVWXYZ

abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz

Texto: Futura Regular - 14 ptos

ABCDEFGHIJKLMNÑOPQRSTUVWXYZ

abcdefghijklmnñopqrstuvwxyz

PALETA DE COLORES



C: 0	C: 32	C: 10	C: 17	C: 59	C: 0	C: 43
M: 0	M: 10	M: 73	M: 10	M: 100	M: 0	M: 74
Y: 0	Y: 92	Y: 10	Y: 100	Y: 40	Y: 0	Y: 95
K: 0	K: 0	K: 4	K: 7	K: 47	K: 100	K: 79

PROCESO DEL PROGRAMA

El usuario debe comenzar en la etapa que se identifica actualmente. En el caso de no tener ninguna relación con el ámbito de la cocina, debe comenzar en el nivel 1.

Para pasar de nivel, este debe repetir las recetas o tareas del nivel en el que se encuentra, hasta sentirse confiado para avanzar al siguiente.

1

COMENZAR A INVOLUCRARSE CON EL AMBIENTE INDIRECTAMENTE

- a. Calentar la comida
- b. Poner/sacar la mesa
- c. Guardar/sacar cosas del refrigerador
- d. Prepararse alimentos básicos: café, té, ensalada, abrir yogurt

2

COMENZAR CON UNA ACTIVIDAD DENTRO DE LA COCINA DE BAJO RIESGO

- a. Lavar
- b. Decorar platos

3

COMENZAR CON RECETAS SIMPLES QUE NO REQUIERAN NI FUEGO NI CORTES.

- a. Panqueques (prehechos) con atún y choclo, mermelada
- b. Pan con jamón de pavo y queso (ambos laminados)
- c. Helado en base a plátano

4

AUMENTAR LA DIFICULTAD: MEDIA. BAJA INTERACCIÓN CON EL FUEGO Y CORTES BÁSICOS

- a. Legumbres
- b. Arroz, puede ser primavera
- c. Pastas (baja cantidad) + salsa bolognesa
- d. Carbonada
- e. Pizza pre-horneada
- f. Pescado/ pollo

5

MÁS COCINA

- a. Empanadas
- b. Puré
- c. Libertad culinaria.

PLATAFORMA WEB

CONTENIDOS

NOSOTROS

Misión/ Visión

TIPS Y RECOMENDACIONES

Dieta alimenticia

Como hacer más
sabrosa tu comida

De lo mas sencillo a lo
mas difícil

PASOS DEL PROGRAMA

1. Involúcrate con ámbito
2. Acciones en la cocina
3. Ni fuegos, ni cortes
4. Cortes básicos y fuego bajo
5. Más cocina

AYUDAS TÉCNICAS

Abridores
Preparación de alimentos
Servir alimentos
Lavado de alimentos
Guardado de alimentos
Traslado de alimentos
Adaptaciones para comer

SERVICIOS

Asesorias por un profesional

Obtén tu ayuda técnica
Comprar
Guía de construcción
a bajo costo

BLOG

Talleres
Cuenta tu
experiencia

CONTACTO





MÁS COCINA

Nosotros
Tips y recomendaciones
Ayudas Técnicas
Recetas
Blog
Servicios
Contacto

Dieta alimenticia recomendada para pacientes con ictus

*Cada paciente es distinto, por lo que es relativo dependiendo de la persona, las condiciones y las patologías asociadas. Esta tabla solo cuenta como sugerencias generales.

ALTO	MEDIO	BAJO
Cereales: Avena, maíz, arroz inflado, quinoa, cebada, trigo	Carnes magras: Pollo sin cuero, pavo, pescado, cortes de res bajos en grasa	Grasas Saturadas: Carnes de cordero, cerdo, ganso y pato; vísceras, embutidos (salchichas,

Cómo hacer tu comida más sabrosa

¿Tú comida ha perdido el sabor sin la sal? Aquí te damos posibles soluciones para darle sabor a tus alimentos!

Con la limitación de alimentos y disminución de sodio muchas veces la comida tiende a volverse "desabrida". Para darle más sabor puedes echarle un **chorrillo de jugo de limón o naranja**. También, **las especias y hierbas** pueden sazonar tus alimentos volviendo tu comida mucho más agradable para consumir y variando entre ellas, pueden hacer que un mismo plato cambie de sabor.

PARA COSAS SALADAS



PARA COSAS DULCES



SUGERENCIAS PARA SAZONAR (no todas al mismo momento)



Carne: laurel, pimienta, ajo, orégano, cilantro, merkén, romero, comino



Cerdo: limón, curry, pimentón, pimienta negra, merkén, semilla de mostaza, canela, ajo



Pollo: curry, cúrcuma, salvia, estragón, mostaza, limón, orégano, azafrán, canela, nuez moscada, sésamo



Pescada: Tomillo, cebolla, ajo, perejil, jengibre, eneldo, limón, sésamo



Verduras: Ajo, limón, curry, pimentón, pimienta negra, orégano, albahaca, jengibre, cebolla, cilantro, perejil, ciboulette



MÁS COCINA

[Nosotros](#) [Tips y recomendaciones](#) [Ayudas Técnicas](#) [Recetas](#) [Blog](#) [Servicios](#) [Contacto](#)

ADAPTACIONES PARA COCINAR Y AYUDAS TÉCNICAS

Las ayudas técnicas son instrumentos, equipos o sistemas técnicos diseñados para personas con algún tipo de discapacidad con el fin de facilitar y/o compensar la dificultad.

ABRIDORES

de latas, frascos, envases y otros



ABRIDOR DE FRASCOS

Donde comprarlo en Chile:
Abridor multipropósito tapas - Linio
Abridor fácil multiuso Evriholder - Homecenter
Abridor - Gangas



FOLLETO

Existe un porcentaje de usuarios que no sabe ocupar muy bien los medios digitales, por ende jamás descubrirían la existencia del programa. Es por esto, que se creó un folleto que resume la información de mayor aporte de la plataforma web.

Se define como "Guía de recomendaciones de cocina para personas hemipléjicas y hemiparéticas". En ella se pueden encontrar 7 capítulos donde se explica de forma clara en que consiste cada uno.

Para que llegue a la mayor cantidad de usuarios posibles, se pretende distribuir a lo largo del país en centros de Salud de atención primaria y consultorios.

ESPECIFICACIONES DEL FOLLETO

FORMATO

21 x 14,5 (media carta)

CANTIDAD DE PÁGINAS

12

PAPEL

Couché opaco 120 gramos.

DECISIONES DE IMPRESIÓN:

La elección de ese papel se debe principalmente a evitar el reflejo debido al brillo del papel y no moleste a la vista. Por otro lado, el gramaje del papel se ha determinado para que los usuarios al no tener buena motricidad no tengan tantos problemas en dar vuelta las páginas.

1

RECORRIDO Y PLANIFICACIÓN EN LA COCINA

Este posee recomendaciones de el lugar de la cocina mas estratégico para cocinar.

2

DIETA ALIMENTICIA

Luego de esto ellos deben cuidar mucho su alimentación la cual en general debe ser: baja en grasa, azúcares y sodio.

3

DE LO MÁS SENCILLO A LO MAS DIFÍCIL

en 4 pasos simple se explica como tomar el primer incentivo de este en la cocina

4

DESAFÍOS Y FRUSTRACIONES

Dificultades que tendrán durante el proceso y mostrarles que son cosas normales y que no se desanimen

5

CÓMO HACER TU COMIDA MÁS SABROSA

La comida al estar restringida a alimentos bajos en sodio, azúcares y grasa suele parecer muy desabrida inicialmente. Aquí busca mostrar que con las especias los sabores pueden aumentar y con qué combinarlos.

6

AYUDAS TÉCNICAS PARA LA COCINA

Muestra el nombre de la ayuda técnica, función y área de clasificación.

7

RECETAS


Las dificultades de las recetas de la cocina están categorizadas en 3 tipos: Fácil medio y difícil. Se muestran 1 receta de cada tipo enseñando paso a paso cómo realizarlas.




DIETA ALIMENTICIA

ALTO	MEDIO	BAJO
<p>Cereales: Avena, maíz, arroz inflado, quinoa, cebada, trigo</p> <p>Semillas: Maravilla, chia, linaza, amapola, sésamo.</p> <p>Verduras: Zanahoria, brócoli, coliflor, espinacas, acelga, lechuga, tomate, palta, coles de bruselas, zapallo, apio, champiñones (5 porciones por día)</p> <p>Frutas: especialmente de temporada (2 veces al día)</p> <p>Pescados</p> <p>Aroz y pastas</p>	<p>Carnes magras: Pollo sin cuero, pavo, pescado, cortes de res bajos en grasa</p> <p>Quesos frescos y bajos en calorías</p> <p>Leche y yogurt bajos en grasas</p> <p>Huevos (2-3 veces por semana)</p> <p>Féculas y legumbres: Porotos, porotos negros, habas, lentejas, garbanzos, papas, etc. (2 x semana)</p>	<p>Grasas Saturadas: Carnes de cordero, cerdo, ganso y pato; vísceras, embutidos (salchichas, papé, longanizas, etc.), tocino, hamburguesas, ahumados.</p> <p>Mantequilla, quesos grasos, mayonesa, ketchup, mostaza, crema, leche entera</p> <p>Alimentos fritos</p> <p>Alimentos procesados</p> <p>Sal: Sazonadores y conservas de alto contenido de sodio, sopas de sobre, frutos secos salados.</p> <p>Bebidas con azúcar y excitantes (té cargado, café, colas y energéticas)</p> <p>Dulces, azúcar, repostería, helados, manjar, etc.</p>


RECOMENDACIONES




Cambiar productos blancos por integrales
Pan - arroz - fideos harinas - etc.




Consumir verduras crudas, guisadas o al vapor




6-8 vasos de agua diarios




No consumir alimentos muy picantes




No consumir alcohol o cigarros




Controlar su peso



30 min caminar al día



Bajar el estrés



Controlar su presión, colesterol y azúcar.



PROYECCIONES

A. TABLA

Como mencioné anteriormente, creé una tabla excel con 20 acciones dentro de la cocina cada una con un puntaje específico y que al sumarlos puntos asignen la dificultad de la receta.

La proyección para ella sería ponerla en la página web de uso gratuito.

Esto es debido a que todos los pacientes tienen gustos distintos y como cada receta es algo nuevo, la opción sería que el usuario ingrese su receta para clasificar en que nivel está.

B. SERVICIO

El servicio consiste principalmente de 3 partes:

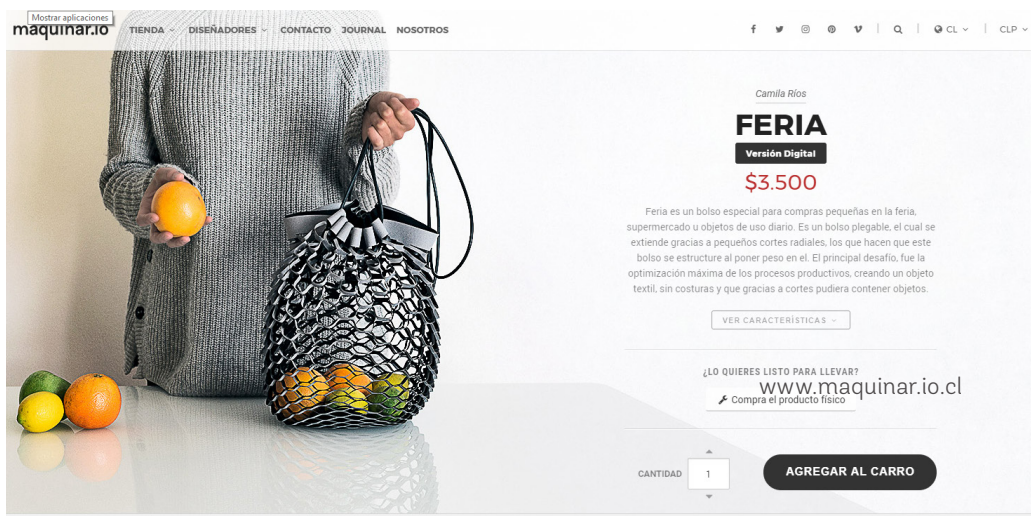
1. ASESORIAS DOMICILIARIAS

En caso de querer una ayuda más guiada puede ir un terapeuta a tu hogar dando recomendaciones de distribución y planificación de la cocina, enseñar a usar las ayudas técnicas de forma más fácil y crear un recetario adaptado a la dieta y gustos del paciente.



2. DISEÑO DE AYUDAS TÉCNICAS

En Chile al haber muy pocas ayudas técnicas centradas en el ámbito de preparación de los alimentos, se propone que los mismos usuarios puedan construir las más necesarias por medio de la compra de un instructivo digital y en caso de que por alguna razón no puedan realizarlas, también está la opción de comprarlo, pero tendría un costo mayor.



Referente del sistema de venta: Maquinar.io

3. TALLERES

En Chile al haber muy pocas ayudas técnicas centradas en el ámbito de preparación de los alimentos, se propone que los mismos usuarios puedan construir las más necesarias por medio de la compra de un instructivo digital y en caso de que por alguna razón no puedan realizarlas, también está la opción de comprarlo, pero tendría un costo mayor.





**IMPLEMENTACIÓN
DE DEL PROYECTO**

MODELO DE NEGOCIOS

CANVAS

SOCIOS CLAVES	ACTIVIDADES CLAVES	PROPUESTA DE VALOR	RELACIONES CON LOS CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • SENADIS • CESFAM • Centros de discapacidad • Centros de atención primaria • Posibles inversionistas enfocados en programas RSE <p>Ejemplo: Ilko, Unilever, P&G, Bayer, CMPC, Help, Carozzi, Salcobrand, Fasa, Nestlé, Sodimac, Luchetti, Watts, Fonasa y otros actualmente asociados a acciones RSE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir fondos de los proyectos inclusivos (FONAPI) que auspicia el SENADIS y/o auspicio por medio de proyectos de RSE. • Alianzas estratégicas con empresas que vendan ayudas técnicas de cualquier tipo. • Alianzas con centros de rehabilitación, CESFAM y consultorios para difusión del programa. • Estudio de seguimiento de paciente hemipléjicos utilizando el programa. • Conseguir testimonios de pacientes utilizando la web • Desarrollo de manual guía para terapeutas y kinesiólogos 	<p>Otorgarle mayor autonomía a las personas que padecen hemiplejia o hemiparesia, a través del acto de cocinar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intercambio y aporte de información de pacientes a través de la web (blog) • Reuniones periódicas de evaluación y seguimiento entre paciente - terapeuta. • Acceso de información a pacientes a través de la web.
		CANALES	
		<ul style="list-style-type: none"> • Folleto guía a distribuir en los principales centros de salud primaria y centros de rehabilitación a lo largo de Chile con información para acceder a la plataforma web. • Web interactiva: informativa, blog y venta de servicios. • Asesorías presenciales contratables a través de la web. • Entrega de ayudas técnicas vía courier (chile express, correos chile, fedex, etc) por pagar. 	
RECURSOS CLAVES			FUENTES DE INGRESOS
<ul style="list-style-type: none"> • Terapeutas ocupacionales a lo largo de Chile que tengan experiencia básica en la cocina. • Implementos para realizar la ayudas técnicas • Ejemplos: Barras de acero inoxidable, tablas de cocina, telas antidelizantes. 	SEGMENTO DEL USUARIO		<p>Los ingresos para el programa provendrán de los servicios que podrán ser utilizados tanto por personas con hemiplejia como también por aquellas que sufren algún tipo de discapacidad en el algún lado del miembro superior del cuerpo y que presentan los mismos temores.</p>
	<p>Personas adultas con secuelas de hemiplejia o hemiparesia debido a un ACV.</p>		

FINANCIAMIENTO

1. FONDO NACIONAL DE PROYECTOS INCLUSIVOS (FONAPI) DEL SENADIS

La idea es postular en el área temática de: salud inclusiva. El FONAPI dispone de \$890.000.000 pesos, pudiendo financiar iniciativas que van desde los 3 a los 25 millones de pesos según la región.

Fechas de postulación: Mayo- Junio

2. POSTULARLO A UNA EMPRESA COMO PROYECTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL ESTRATÉGICA (RSE)

COSTOS

Expresado en M\$	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
1 Ingresos Operacionales						
Aportes FONAPI		25,000		20,000		
Aportes Emp Privada (RSE)		20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
Venta de materiales						
<i>Tablas</i>		3,361	4,706	4,706	4,706	4,706
<i>Cuchillos</i>		2,101	2,941	2,941	2,941	2,941
<i>Sostenedores de Ollas& sartenes</i>		2,353	2,689	2,689	2,689	2,689
Total Ingresos Operacionales		52,815	30,336	50,336	30,336	30,336
2 Costos Directos						
Producción de materiales						
<i>Tablas</i>		1,500	2,100	2,100	2,100	2,100
<i>Cuchillos</i>		1,000	1,400	1,400	1,400	1,400
<i>Sostenedores de Ollas& sartenes</i>		1,050	1,200	1,200	1,200	1,200
Costo de venta (WebPay)		391	517	517	517	517
Total Costos Directos		3,941	5,217	5,217	5,217	5,217
Contribución Operacional		48,874	25,119	45,119	25,119	25,119

3	Glos de Adm y Vtas							
3.1	Sueldos y Honorarios							
	Comnuty Manager		4,800	4,800	4,800	4,800	4,800	4,800
	Otros gtos de personal							
	<i>Ter Ocupacional</i>		200	200	200	200	200	200
	<i>MO Técnica</i>		200	200	200	200	200	200
	Total Sueldos y honorarios		5,200	5,200	5,200	5,200	5,200	5,200
3.2	Glos operacionales							
	Hosting & Dominio		99	99	99	99	99	99
3.3	Marketing							
	Producción y reimpresión		13,090	6,545	6,545	6,545	6,545	6,545
3.4	Otros Glos							
	Distribución		2,725	2,725	2,725	2,725	2,725	2,725
	Total Gots de Adm y Vtas		21,114	14,569	14,569	14,569	14,569	14,569
	Resultado Operacional		27,761	10,551	30,551	10,551	10,551	10,551
	Otros ingresos / egresos no operacionales		0	0	0	0	0	0
	Utilidad antes de impuestos		27,761	10,551	30,551	10,551	10,551	10,551
	Impuestos							
	Tasa		27%	27%	27%	27%	27%	27%
	Impuestos		7,495	2,849	8,249	2,849	2,849	2,849
	Utilidad neta		20,265	7,702	22,302	7,702	7,702	7,702
4	Glos de Puesta en Marcha							
4.1	Diseño y producción							
	Web		300					
	Dominio		18					
	Gastos legales		50					
	Gtos de prep propuesta FONAPI y otros							
	Total Glos Diseño y producción		368					
4.2	Impresión							
			16,363					
4.3	Distribución							
			2,725					
	Total Glos de puesta en Marcha		19,456					
	Flujo de Caja neto		(19,456)	20,265	7,702	22,302	7,702	7,702
	Flujo de caja neto Acumulado		(19,456)	810	8,512	30,814	38,515	46,217

CONCLUSIÓN

Como sabemos, el objetivo final de este programa es impulsar a las personas que sufren de hemiplejía o hemiparesia, a retomar la independencia en sus vidas, empoderándolos y mejorando su autoestima.

Para el diseño del programa se consideró tanto estudios, levantamiento de información local - data de varios países, como testeos de casos reales en Chile, de manera de cubrir el mayor espectro posible en relación a niveles de la enfermedad y todas sus etapas.

El testimonio de pacientes y sus necesidades fue clave para poder desarrollar una guía práctica de ayuda concreta y la creación de piezas facilitadoras en la cocina.

El proceso de estudio y aprendizaje resultó muy significativo, y tanto en pacientes, como en la red de apoyo y profesionales de la salud, durante el desarrollo se fue dando la credibilidad y confianza de que el proyecto podría impactar positivamente como complemento de los tratamientos que se aplican actualmente.

En el transcurso de este, fui conectándome con su ciclo de vida; desde el nacimiento de una idea, pasando por la investigación y análisis, la necesaria toma de decisiones, el cometer errores, realizar y repetir pruebas, testear con el usuario, hasta dar forma a un proyecto final que tuviera sentido y mostrara altas posibilidades de éxito.

En mi vida de estudiante de diseño, yo tendía a realizar proyectos más marcados en el ámbito industrial, pero este terminó pidiendo un resultado completamente distinto al que yo me esperaba. Fue muy desafiante ya que tuve que aprender a manejar frustraciones, timings que no siempre acompañaron y mejorar en varios aspectos involucrados al diseño para poder desarrollarlo y llevarlo hasta el final, pero al mismo tiempo eso mismo lo hizo aún más apasionante para mí.

Luego de este trabajo- experiencia me siento una diseñadora estratégica e integral mucho más completa y preparada para enfrentar nuevos desafíos.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y PAPERS

Arias, A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*; 70 (3): 25-40

Arias, S; Tapia, D. (2010). Caracterización de pacientes secuestrados de Accidente cerebrovascular del Hospital Padre Hurtado. (Tesis de pregrado). Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile. p.39

CETRAM. (2012). Manual de fabricación de ayudas técnicas y asistencia tecnológica a bajo costo. Chile: Senadis.

de Diego, C.; Puig, S.; Navarro, X.. (2013). A sensorimotor stimulation program for rehabilitation of chronic stroke patients. *US National Library of Medicine*, 31(4), 361-371.

Doussoulin, A; Rivas, R.; Sabelle, C.. (Mayo 2016). Egresos hospitalarios por enfermedad cerebrovascular en el período 2001-2010 en el Servicio de Salud Araucanía Sur. *Scielo*, 144, 5.

Duarte, E.; Alonso, B.; Fernández, M.J.; Fernández. (2009). Rehabilitación del Ictus: Modelo Asistencial. Madrid, España. Sociedad Española de rehabilitación y Medicina física.

Florez, M.T.. (2000). Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. *Fundación Hospital de Alcorcón*, 34 (6), 423-437.

Haley, L.; McKay, E. A. (2004). 'Baking Gives You Confidence': Users' Views of Engaging in the Occupation of Baking. *British Journal of Occupational*, 63 (3), 125-128.

Hayner, K., Gibson, G., & Giles, G. (2010). Comparison of constraint-induced movement therapy and bilateral treatment of equal intensity in people with chronic upper extremity dysfunction after cerebrovascular accident. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(4), 528-539.

Jang, L. (2010). Portable Haptic feedback for training and rehabilitation. *Enhancing stroke rehabilitation* Mi, EEUU: UMI. p. 45

Kwakkel, G.; Kollen, B.J.; Krebs, H.I. (Sept 2007). Effects of robot-assisted therapy on upper limb recovery after stroke: a systematic review. *PubMed, US National Library of Medicine*, 22 (2), 111-121.

Lillegard, D.; Dagress, L., Henion, J.; O'Malley, D.; Hilliard, M. Jeter, C.; McGinn, B.; Fried, A.; Gelb, D. (2015). *Chefs Table*. EEUU.

Luna-Matos, M; Mcgrath, H.; Gaviria, M.. (2007). Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, v.45(2), 129-140.

Ministerio de Salud. (2013). Guía Clínica Accidente Cerebrovascular Isquémico, en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: Gobierno de Chile. 11-13

Moyano, A.. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínico U. de Chile*, 21, 348-354.

Musicco, M; Emberti, L; Nappi, G; Caltagirone, C.. (2003). Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: The role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84, 551-558.

Romera, M.S. (2003). *La cocina de los sentidos*. Madrid, España: Planeta

Von Mulhenbrock, C. (2014). *Cocina en Familia*. Santiago, Chile: Zig Zag.

PÁGINAS WEBS

Bansal, S. (Abril, 2016). Why Cooking is Therapeutic?. The Spiritual Indian. Disponible en: <http://www.thespiritualindian.com/why-cooking-is-therapeutic/>

Dawood, F. (agosto, 2013). Can baking make you happier?. 20 de Nov, de BBC Sitio web: <http://www.bbc.com/news/magazine-23756645>

Dutton, R. (Octubre, 2013). Cooking is Therapy for My Hand. Home After a Stroke. De: <http://homeafterstroke.blogspot.cl/>

FEI(2016). Los aspectos de la rehabilitación . 31 de Octubre,2016. Federación Española de Ictus. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/rehabilitacion/>

Kantor, D. (2015). Accidente cerebrovascular. 20 de octubre, de MedlineEnciclopedia Médica Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>

Marín, M.S.. (2012). La recuperación del ictus, paso a paso. 10 de Noviembre, de Doct. Sitio web: <http://www.doctissimo.com/es/salud/enfermedades/ictus/recuperacion-ictus>

Moreno, J. (2010). Técnicas fisioterápicas en la hemiplejía. 5 de Nov., de Hospital San Agustín Avilés . Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-fisioterapicas-la-hemiplejia>

Neuronup (2013). Actividades de la vida diaria (AVDs). 15 de Nov, de Neuronup. Disponible en: <https://www.neuronup.com/es/areas/adl>

Roldán, M. (2016). Alteraciones Neuropsicológicas y Emocionales en caso de Ictus (2ª parte): - Cinteco. [online] Cinteco. Disponible en: <http://www.cinteco.com/>

alteraciones-neuropsicologicas-y-emocionales-en-caso-de-ictus-2%C2%AA-parte/ [Ingreso: 1 Nov. 2016].

Saebo. (2016). Reclaim Your Independence After Stroke With These Kitchen Aids. 7 de Nov, de Saebo Sitio web: <http://www.saebo.com/top-adaptive-kitchen-aids-for-stroke-recovery/>

Sánchez, E. (2015). La cocina, un arte íntimo. 1 de Nov, de La mente es maravillosa. Disponible en: Sitio web: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-cocina-arte-intimo/>

Tratamientos Neurorehabilitacion. (2015). El Taller de cocina como herramienta terapéutica. 25 de octubre, de Hospitales Niza. Servicio de Neurorehabilitación Sitio web: <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/el-taller-de-cocina-como-herramienta-terapeutica/>

Whalen, J. (Diciembre de 2014). A Road to Mental Health Through the Kitchen. The Wall Street Journal, 1, 1. 25 de Noviembre, De: <http://www.wsj.com/articles/a-road-to-mental-health-through-the-kitchen-1418059204>.

Wolfson, J. (Nov, 2014). Study Suggests Home Cooking is a Main Ingredient in Healthier Diet. 5 de Nov, de John Hopkings, Bloomberg School of Public Health. Disponible en: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-a-livable-future/news-room/News-Releases/2014/Study-Suggests-Home-Cooking-Main-Ingredient-in-Healthier-Diet.html>

ANEXOS

ANEXO 1: TIPOS DE TERAPIA

BOBATH

Son técnicas diseñadas para influir sobre las alteraciones del tono muscular y del movimiento de los pacientes con parálisis cerebral y hemiplejía.

Parte del concepto de que el aumento del tono muscular y de la actividad refleja surgen por una falta de inhibición de un mecanismo reflejo postural dañado. El paciente espástico sólo podría llegar a tener una función motora normal si se normaliza el tono muscular y se elimina la actividad muscular indeseable. Si se le permite realizar movimientos anormales sólo conseguiremos reforzar los patrones patológicos. Bobath observó que podría influir sobre el tono muscular modificando la posición y el movimiento de las articulaciones proximales del cuerpo. Los tres pilares básicos del tratamiento serían:

Disminuir la espasticidad, las sinergias y los patrones anormales de movimiento utilizando técnicas de inhibición

Desarrollar patrones normales de postura y movimiento mediante técnicas de facilitación;

Incorporar el lado hemipléjico en todas las actividades terapéuticas, desde las fases más iniciales, para evitar su olvido, restablecer la simetría e integrarlo en movimientos funcionales. El terapeuta se basa en el contacto manual a través de los denominados «puntos clave de control» para mejorar la calidad del movimiento. Bobath no incluye en el tratamiento ejercicios específicos dirigidos a fortalecer la musculatura. Creía que la aparente debilidad del enfermo era debida a la oposición que ejercen los antagonistas espásticos. Al disminuir la espasticidad los músculos que parecían débiles se podrían contraer eficazmente. Rechaza los ejercicios contra resistencia, la irradiación (FNP), favorecer las sinergias (Brunnstrom) y la rehabilitación compensadora evitando, por ejemplo, la bipedestación y marcha precoz para no reforzar patrones anormales.

Esto se efectúa por medio de:

Movimientos complejos: los patrones de movimiento utilizados en este método son globales, en masa, similares a los desarrollados en los actos de la vida diaria. El sentido de los mismos es diagonal y espiroidal, en consonancia con la disposición diagonal y rotatoria de huesos, músculos y articulaciones.

- Se realiza según tres dimensiones: flexión o extensión, aducción o abducción y rotación externa o interna y se organiza alrededor de una articulación principal o pivote. Cada segmento del cuerpo tiene dos diagonales de movimiento y cada una consta de dos patrones, antagónicos entre sí. El movimiento se ejecuta desde la mayor amplitud, donde las fibras musculares están elongadas, al máximo acortamiento

del recorrido aprovechando toda la amplitud de movimiento, y desde la parte más distal del segmento a tratar para recibir el

mayor número de estímulos propioceptivos facilitadores.

- Resistencia máxima: La aplicación de la máxima resistencia manual es fundamental para conseguir el desarrollo de la resistencia y de la potencia muscular. Facilita los mecanismos de irradiación e inducción sucesiva.

MÉTODO DE KABATO O DE FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA

Intenta suscitar o mantener un movimiento voluntario a través de estímulos simultáneos y sincronizados. Se basa en la aplicación de esquemas de movimientos facilitadores de carácter espinal y diagonal (aprovecha los músculos agonistas para favorecer a los más débiles) asociados a otras técnicas de facilitación (resistencia máxima, reflejos de estiramiento, de flexión etc...)

MÉTODO DE PERFETTI O EJERCICIO TERAPÉUTICO COGNOSCITIVO

Es un modelo que no sólo se basa en la neuromotricidad sino también en la psicomotricidad (subraya la importancia de la programación del movimiento con estímulo táctil y cinestésico prescindiendo de la vista). Para este autor, el punto de partida de la reeducación motriz ha de pasar inicialmente por la reeducación de la sensibilidad y da una relevancia especial a la mano.

MÉTODO DE BRUNNSTRÖM

Contrariamente a Bobath, es un modelo que no combate sino aprovecha el movimiento sinérgico. Utiliza estímulos aferentes para despertar respuestas reflejas con el fin de producir movimiento y después ejercitar el control voluntario de las mismas. En las fases iniciales utilizaría las sinergias propiamente dichas y en fases posteriores se asemejaría más a los métodos descritos anteriormente.

MÉTODO DE VOJTA

Su característica más importante es facilitar el reflejo de arrastre para distintos segmentos corporales como respuesta activa a estímulos sensoriales de presión, tacto, estiramiento y actividad muscular contra resistencia. Suele utilizarse en niños. »

Otros: González-Mas (fomenta el automatismo a través de la repetición), Picard (trabajo en descarga postural), Rood, Knott y Voss, Ayres.

ANEXO 2: EJERCICIOS EN EL DOMICILIO

1. Con los dedos entrelazados, codo estirado, subir y bajar los brazos.
2. Con los brazos elevados, moverlos lateralmente (a derecha e izquierda)
3. Flexión y extensión del codo (si es necesario ayudarse con la mano sana)
4. Flexión y extensión de la muñeca y dedos.
5. Ejercicios de extensión de la rodilla para potenciar el cuadriceps.
6. Ejercicios autoasistidos con las manos entrelazadas llevando el miembro parético en extensión y supinación de antebrazo.
7. Extensión pasiva de los dedos de la mano y abducción del primer dedo; extensión pasiva de codo. Ejercicios autoasistidos con manos entrelazadas tanto de miembros superiores como inferiores.
8. Se le puede colocar una polea en el techo o marco de la puerta para que movilice la articulación del hombro con la ayuda de la mano sana tirando del miembro hemipléjico.

No se deben dar pelotas ni similar que les obligue a cerrar la mano con fuerza, ya que favorecerán la "mano en garra" por flexión espástica de los dedos .

Si el paciente camina, debe hacerlo diariamente varias veces al día; primero por su domicilio recordándole que tiene que levantar el pie del suelo y separar los pies para un mayor equilibrio. Cuando pueda, debe salir a la calle y dar uno o varios paseos dependiendo de la fatiga. Es importante que el paciente vaya seguro, si es necesario usará un bastón; debe llevar zapato adecuado, sin tacón y con buen apoyo plantar, sujetando el pie pero sin comprimir.

En caso de hombro doloroso cuando caminan no es necesario que usen el cabestrillo ya que la coordinación es mayor con el brazo oscilante y libre.

ANEXO 3: COSTOS ISAPRES Y FONASA

^ Garantía de protección financiera

Fonasa A y B Copago = \$ 0 del Valor de Arancel

Fonasa C tiene Copago = 10% del Valor de Arancel

Fonasa D / Isapre tienen Copago = 20% del Valor de Arancel

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA	PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES	PERIODICIDAD	ARANCEL (\$)	COPAGO %	COPAGO \$
Diagnóstico	Confirmación Accidente Cerebro Vascular Isquémico	cada vez	101.220	20%	20.240
Tratamiento	Tratamiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	cada vez	1.163.530	20%	232.710
Seguimiento	Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico	mensual	20.580	20%	4.120

37.3. SEGUIMIENTO

37.3.1. Seguimiento Accidente Cerebro Vascular Isquémico

Código	Glosa	Observaciones
0101113	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología	
0102005	Consulta por fonoaudiólogo	
0102006	Atención kinesiológica integral ambulatoria	
0102007	Atención integral por terapeuta ocupacional	
0301059	Protrombina, tiempo de o consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada)	
0302026	Creatinkinasa	
	ÁcidoAcetilsalicílico	
	Acenocumarol	
	Clopidogrel	
	Estatinas	
	Hidroclorotiazida	
	IECA de acción prolongada	
	Warfarina	

ANEXO 4: GRÁFICA WEB Y DEL FOLLETO

Basado en la “Guía de accesibilidad web en Chile, 2016” del SENADIS, la cual exige cumplir el formato AA, el cual debe ser:

Perceptible: el sitio web debe ser percibido por sentidos como la visión y la audición, considerando aspectos como audio, texto y tamaño de fuente, contraste de colores, entre otras herramientas y formatos accesibles.

Operable: Contando además con el tiempo suficiente para leer y usar el contenido, no se debe ver expuesto a contenidos cuyo diseño pueden provocar ataques, espasmos o convulsiones (no debe hacer nada que parpadee más de 3 veces por segundo). Los títulos de las páginas web deben describir su contenido, al igual que los enlaces deben describir hacia donde van.

Comprensible: Contenidos textuales legibles y comprensibles para cualquier usuario. Hacer que las páginas web operen de manera predecible, es decir, no crear ninguna reacción inesperada al pasar el mouse sobre algún elemento de la página, o que al recibir entradas, no hagan cambios inesperados sin advertir al usuario, sacándolo de contexto. Por ejemplo, abriendo ventanas de navegación adicionales.

Robusto: El contenido debe ser fiable y consistente para permitir su uso y navegación a través de una amplia variedad de software, aplicaciones de usuario y tecnologías.

Fuentes: Deben evitar las fuentes complejas y con adornos que dificulten el entendimiento, y ser de adecuado tamaño (se sugiere tamaño 12 en textos impresos). Otro aspecto de gran importancia es el contenido, se sugiere entregar información sintética, conceptos claves destacados y diferenciados, evitar el uso de las cursivas en textos extensos y utilizar un lenguaje preferentemente conciso, claro y directo. Por último, los dibujos y esquemas deben estar realizados con trazos sencillos y gruesos, con poco detalle y sobre un fondo sin imágenes.

Vínculos: Evitar el llamado a ventanas emergentes; de no ser posible eliminar, anunciar debidamente su presencia y aparición.

Debe facilitarse la lectura de los enlaces, sólo en casos necesarios incluya la dirección de la página Web, evite utilizar nombres largos e incluya la correcta acentuación del nombre del enlace.

Ejemplo: Veamos los siguientes enlaces incorrectos www.metalchile.com.cl (no tiene información de donde se dirige)

Metal Chile es una empresa del grupo Molinca (es muy extenso)

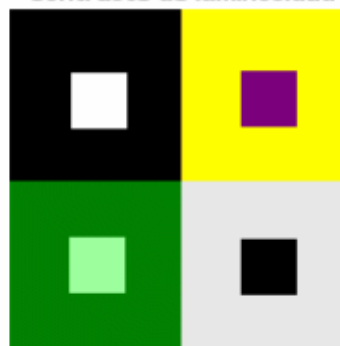
METAL MECANICA CHILE (no está correctamente acentuado)

El siguiente es un enlace correctamente indicado
METAL MECÁNICA CHILE

TABLA DE COLORES QUE OFRECEN CONTRASTES ADECUADOS

		PANTONE	
NO		Red 032	
SI	SI	2935	
NO	NO	Yellow 012	
NO	NO	347	
NO	NO	Orange 021	
NO	NO	Violet C	
NO	NO	449	
NO	NO	Process Black	
NO	NO	Cool Gray 9	
NO	NO	Blanco	
SI	SI		

Contraste de luminosidad



Ejemplo de alto y bajo contraste

