

Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

Compiladores:

Gabriel Sanjurjo Castelao

José Ángel Gutiérrez Sevilla

DEPOSITO LEGAL: MA-150-2014

ISBN: 978-84-616-8268-3

EDITADO POR E-CRITICAL TRAINING. S.L.

© 2014



MEMORIA DEL IV CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

Entidades colaboradoras:



PONENTES:

Víctor Manuel Cabal Carvajal. Terapeuta ocupacional.
Centro de estancias diurnas para personas mayores dependientes “Covadonga”- Oviedo.



Isabelle Beaudry Bellefeuille. Terapeuta ocupacional.
Clínica pediátrica Isabelle Beaudry. Oviedo



Bárbara Mallada Gutiérrez. Terapeuta ocupacional.
Centro de estancias diurnas para personas mayores dependientes. Pola de Lena.



José Martínez Serrano. Terapeuta ocupacional.
Instituto de Rehabilitación Astur.



Ángela Nicolás Muñiz. Terapeuta ocupacional
Asociación “Equitación positiva”.



Efrén Álvarez Acebal. Terapeuta ocupacional.
Centro de rehabilitación Kynestic. Pola de Lena.



ORGANIZACIÓN:

Francisco Cabal Álvarez.

Estudiante de Terapia Ocupacional



Paula Hernández Ruíz.

Estudiante de Terapia Ocupacional



Ingrid Machín Corgo.

Estudiante de Terapia Ocupacional



Cristina Menéndez Santos.

Estudiante de Terapia Ocupacional



José Noval Prada.

Estudiante de Terapia Ocupacional



Carla Pulido González.

Terapeuta ocupacional



COORDINADOR DEL CICLO:

Gabriel Sanjurjo Castelao

Se presenta en este documento la totalidad de las sesiones clínicas del IV ciclo, organizado por la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Como el lector podrá advertir, estas se han caracterizado por la variedad de las temáticas abordadas. Desde los resultados de los casos clínico presentados por Víctor, Bárbara o Efrén a aquellas sesiones más “generalistas” como las de José y Ángela o la presentada por Isabelle. Al igual que en la edición anterior se ha intentado respetar al máximo el formato de presentación elegido por los ponentes, evidentemente solo con las modificaciones necesarias

La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional agradece la colaboración de Forsalus, APTOPA y e-critical training® para el desarrollo del IV ciclo y para la publicación de estas Memorias. La colaboración de las instituciones relacionadas con la Terapia Ocupacional permite brindar marcos para compartir las experiencias de los profesionales. Conviene reflexionar acerca de todas las posibilidades que nos ofrecen esas colaboraciones y el “hueco” del que adolece la profesión en este sentido. La celebración de cualquier acto científico, o meramente técnico, ha de distinguirse por la máxima participación de los actores implicados. La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional, en la medida de sus capacidades, considera un deber dicha participación.

La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional agradece sobremanera a los ponentes, su disposición, sus facilidades y comprensión ante los imprevistos acaecidos. También agradece a los miembros de la organización: Ingrid, Cristina, Paula, José y Francisco el compromiso que tuvieron desde el inicio y en toda y cada una de las sesiones.



Gabriel Sanjurjo Castelao

Coordinador del IV Ciclo de sesiones clínicas

Director de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

Estimados compañeros:

Desde la Asociación de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias (APTOPA), queremos hablar de la importancia de la labor científica que realiza la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. La cual venimos apoyando desde hace muchos años, con el objetivo de dar a conocer la práctica de la profesión, la innovación sobre los nuevos campos y la especialización de la disciplina.

Porque a través del esfuerzo personal y profesional, se identifica a un grupo de personas que nos representan como colectivo y hacen difusión del conocimiento empleado en sus prácticas clínicas, que ahora tenéis entre vuestras manos recogido en estas Memorias de Sesiones Clínicas. Siendo ya una fuente de identidad de todos los Terapeutas Ocupacionales de Asturias.

Y es que es, mediante la posibilidad de contar con un espacio de crecimiento profesional, de planteamiento de inquietudes y la resolución de problemáticas, donde emerge la creación científica dando comienzo así el proceso de investigación; y es entonces donde la disciplina representa el rigor de la praxis. Y que como profesionales del ámbito sanitario debemos asumir en estos tiempos en los que la profesión requiere mayor unión para dar a conocer a la población las intervenciones que llevamos a cabo diariamente.

Por lo que os motivo para los nuevos proyectos e iniciativas que tanto desde la Revista como desde la Asociación queráis emprender y por nuestra parte agradecer a todos su colaboración e implicación.

Un afectuoso saludo.

Sara López Rodríguez.

Presidenta de APTOPA.

Índice

PONENTES:	3
ORGANIZACIÓN:	4
“Intervención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde un centro de día”	9
“¡Sensación de vivir! Conceptos básicos de la teoría de la integración sensorial a tener en cuenta con el paciente adulto”	29
“Lesión tendinosa traumática en la mano: evaluación y tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional”	49
“Hipoterapia y rehabilitación de las actividades de la vida diaria en el contexto ecuestre”	59
“Intervención de Terapia Ocupacional en daño cerebral en el medio rural”	71

SESIÓN 1:

“Intervención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde un centro de día”



8 de marzo de 2013

Lugar: Salón de actos del Hospital Monte Naranco. Oviedo

Ponente: Víctor Manuel Cabal Carvajal

Moderadora: Ingrid Machín Corgo

Transcripción: Ingrid Machín Corgo

Intervención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde un centro de día ·

En primer lugar quiero dar las gracias a la organización por contar un año más conmigo. En la anterior ocasión tuve la oportunidad de cerrar el ciclo y este año tengo el privilegio y el honor de poder abrirlo. Agradecer tanto a la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional como a Forsalus por organizar este acto y, sobre todo, agradecer la confianza una vez más en mi trabajo. Y agradeceros a vosotros, por supuesto, el estar aquí y darme apoyo para esta sesión.

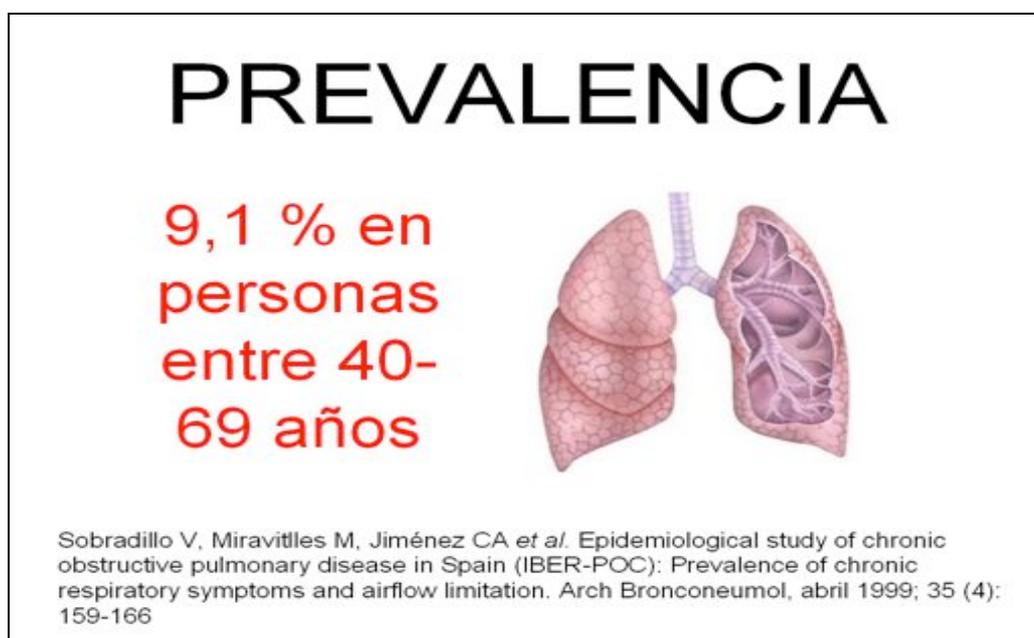
Antes que nada me gustaría resaltar que yo no soy un experto en rehabilitación cardiorrespiratoria, sin embargo, conociendo este caso me pareció interesante plantearlo en este ciclo. Yo tengo una base teórica de educación física muy orientada, como decía Ingrid, a la rehabilitación de capacidades físicas, y como fue un caso que tuvo una evolución bastante buena me decidí a traerlo aquí. Espero que os animéis porque pienso que la rehabilitación cardiorrespiratoria está apartada de los planes de rehabilitación del terapeuta ocupacional. Creo que es realmente interesante y además son pacientes que pueden tener una mejoría importante y que es un campo de trabajo muy importante para nosotros.

Me vais a permitir que empiece con una brevísima introducción a la patología. La definición de la European Respiratory Society (ERS) y la American Thoracic Society (ATS) dice que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) “es un proceso prevenible y tratable, caracterizado por limitación al flujo aéreo no completamente reversible, generalmente progresivo y asociado a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones, a partículas y a gases nocivos, fundamentalmente los producidos por el hábito tabáquico”. Aunque la EPOC afecta principalmente a los pulmones, también produce alteraciones sistemáticas significativas. Todo esto viene a decir que el

· Este capítulo debe referenciarse como: *Cabal Carvajal, V. M." Intervención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde un centro de día"*. En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2014. p(10-27)

someter a los pulmones a la presencia de partículas nocivas produce una inflamación. Esa inflamación produce una obstrucción o una disminución del flujo aéreo y que, como señalo en la diapositiva tiene otras alteraciones sistemáticas. Vamos a ver que ese problema con el flujo aéreo es lo más importante en esta patología.

Como decía Ingrid, es una patología realmente frecuente. Todas las personas que trabajamos en centros de día, y que trabajamos en geriatría, a lo largo de nuestra vida profesional, nos vamos a encontrar con algún caso de EPOC, de hecho se estima que la prevalencia es de 9,1% entre personas de 40 y 69 años. Otros estudios lo llevan hasta un 10% aumentando la edad hasta los 75. Es una de cada 10 personas. Muchas veces no está diagnosticada, porque los síntomas pueden pasar ligeramente desapercibidos.



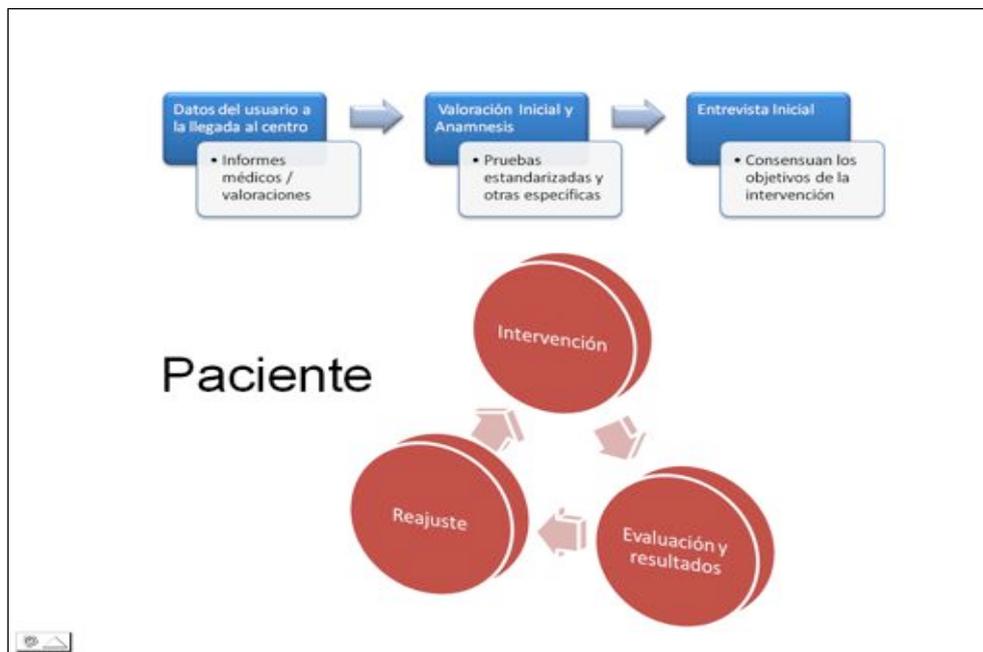
Lo que principalmente caracteriza a esta patología es la disnea. Es lo que los pacientes refieren como esa sensación de “me falta el aire, “yo me fatigo”, “yo me ahogo”, “no puedo realizar actividades porque, no puedo, no puedo respirar”. Destacar que es subjetiva, aunque se puede medir. Es como el dolor, las personas la experimentan de diferentes formas. Una persona que tiene un 50% reducida su capacidad ventilatoria no va a experimentarlo como otra. No hay dos personas que lo experimenten igual, y eso vamos a tenerlo en cuenta porque como son abordajes individuales, no todas las personas van a

tener la misma respuesta. Brevísima introducción a la patología, cumplí lo que prometí.

Para las personas que no estéis familiarizadas con el funcionamiento de cómo llegan los pacientes a los centros de día, en este caso a mi centro, o a los centros de día en un proceso que, supongo, sea bastante similar en todos. Antes de que el usuario llegue al centro, a mí me llegan una serie de informes: médicos, de valoración y demás, que son la primera información que tengo de esos pacientes.

Unos días antes de comenzar su estancia, el paciente hace una especie de "visita" al centro. En ese momento hacemos una valoración inicial, unas pruebas, en este caso, estandarizadas. Ese día que el usuario viene al centro hago lo mínimo posible, ¿Por qué?, porque viene nervioso, y cuando llega a mí ha pasado por una trabajadora social, por una enfermera, por un psicólogo que le han "bombardeado" a preguntas. En ese primer momento saturarle a valoraciones no me parece oportuno, simplemente registro lo mínimo y recojo la información necesaria para la asistencia en los primeros días y para comunicar al resto del equipo la información necesaria para la intervención con ese paciente, por lo menos en los primeros días.

Después de ese primer contacto, a los pocos días, inicia su estancia en el centro. En ese momento, el primer día o el segundo en función de las posibilidades, sí que tengo una entrevista personal con él y sí que realizo el resto de la valoración que considero que se deben incluir, y establezco una serie de relaciones con él que luego os voy a contar. A partir de ahí el paciente entra en un proceso de intervención, evaluación y reajuste de la intervención. Yo lo represento como un proceso circular, hay gente que le gusta más un proceso lineal. Pongo la palabra "paciente" en medio porque ese proceso no es un proceso que guíe yo, es un proceso en el que el paciente y el terapeuta, actúan de forma conjunta en la decisión de cómo ajustar la intervención, es un proceso conjunto entre los dos. Me parece importante destacarlo.



Vamos con el caso. Estos primeros datos, son los datos que yo tengo a raíz de esos informes que me llegan, antes de conocer, de haber visto a ese paciente.

Sé que es una mujer que tiene un EPOC GOLD IV, un volumen respiratorio forzado menor del 30%¹. GOLD es la Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Es una guía donde intervino la OMS sobre el manejo, la prevención y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tiene 65 años el momento de la intervención, es relativamente joven para el perfil que tenemos en el centro de día. Es exfumadora de 3 paquetes al día hasta hace un año y tiene un índice paquetes/año de 130 paquetes al año. El índice/paquetes año, no es una multiplicación directa del número de paquetes por los días del año, es un índice que utilizan los médicos que indica el número de cigarrillos fumados al día por números año de consumo partido por 20. Se utiliza porque da una información acerca de los años que ha consumido tabaco que si multiplicaras directamente no se obtendría. Esta intervenida del síndrome de

¹ El aire que expulsa de una respiración forzada es un 30% de su capacidad

Arnold Chiari, enfermedad que le da una ligera ataxia residual sobre la marcha pero que no es relevante para el caso, síndrome ansioso depresivo y no tiene alergias médicas conocidas. Diabetes tipo II, usa silla de ruedas para los desplazamientos, no presenta edemas en extremidades inferiores, y ha tenido repetidos ingresos por disnea con saturaciones de oxígeno en sangre bastante bajas. Tiene un tratamiento con ventilación mecánica nocturna intensiva, se tiene que poner un aparato de ventilación por la noche debido a una insuficiencia respiratoria crónica. Una EPOC no deja de ser una insuficiencia respiratoria agudizada con hipercapnia y acidosis. Hipercapnia, es un aumento de la presión de dióxido de carbono en sangre que produce una disfunción del Ph en sangre que es la acidosis, pero no es importante para lo que nos atañe.

Tiene síndrome de apnea e hipopnea durante el sueño. Es una de las complicaciones típicas que tienen las personas con EPOC. Durante la noche, el flujo de aire durante breves periodos de tiempo se corta o se reduce más de lo habitual. Si se corta del todo hablamos de apnea, si se reduce hablamos de hipopnea. Evidentemente supone un problema para tener un sueño reparador y eficiente. Tiene una pauta de ventilación y oxigenoterapia, tiene un ventilador con oxígeno a 3 litros por minuto durante la noche y oxígeno sin ventilación con gafas nasales también a 3 litros por minuto.

Esto era lo que yo sabía de esta usuaria, antes de que llegase al centro.

Llega ese primer día, la valoración inicial. Como somos terapeutas ocupacionales lo primero que hacemos es pasar el Barthel y nos da estos resultados: es independiente para la alimentación, dependiente para el baño, necesita ayuda para el vestido, dependiente para el aseo, es continente de deposición y micción. Este caso tiene unas peculiaridades que juegan a nuestro favor, porque lo hacen relativamente más sencillo de tratar que un caso típico de EPOC. Una de ellas es que sea continente en la deposición y micción. Habitualmente son personas que tienen incontinencia de esfuerzo. Con la tos, al levantarse pueden tener pérdidas de esfínteres. Necesita ayuda para el WC, ayuda en el traslado sillón – cama y es dependiente para la deambulación y escalones. Barthel de 45 puntos.

Lawton y Brody, puntúa 1, por el uso del teléfono. Equilibrio y marcha de Tinetti 1 – 0.

Llegamos a esa entrevista inicial cuando la usuaria empieza en el centro, le digo "¿Hablamos?".

Aparte de otras muchas cuestiones que abordo con ella: en el EPOC es importante hacer una exploración física. Tenemos que buscar si hay signos patológicos que comprometan a la movilidad torácica. Por ejemplo un "pectus excavatum", un tórax en quilla, una escoliosis importante... Todos van a limitar cómo esa cavidad torácica se mueve, cómo se expande, y van a limitar el flujo de aire. Otro aspecto que es importante es ver el tipo de tos que tienen esos usuarios, otra característica que juega a nuestro favor es que la tos de esta persona era seca, poco frecuente y no productiva. Tenía un poco de producción por las mañanas pero era muy escaso, y esto vuelve a ser relativamente infrecuente en los casos de personas con EPOC, ya que suelen presentar producción de moco en los pulmones por la irritación.

Las intervenciones que se suelen hacer con estas personas como: el entrenamiento en técnicas expulsión de la mucosidad, técnicas de drenaje postural, de drenaje manual, en este caso no fueron necesarias.

En esa primera entrevista también se le informa de lo que es la escala de Borg modificada, aunque no se le dice con estas palabras. Es una escala de medición de la disnea, que va de 0 puntos a 10 puntos, donde 0 es ninguna sensación de disnea o de ahogo y 10 es una sensación muy intensa. Se le explica su gradación, las diferentes cifras, y lo que significa cada una. Más adelante se verá la utilidad de esto.

Escala Borg Modificada (medición de la Disnea)		
0	Ninguna	
0,5	Muy, muy leve	
1	Muy leve	
2	Leve	
3	Moderado	
4	Poco intenso	
5	Intenso	
6		
7	Muy Intenso	
8		
9		
10	Muy, muy intenso	

Borg, G. «Perceived Exertion as an indicator of somatic stress». Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, núm. 3 (1970), p. 82-88.

Objetivos consensuados de intervención. Lo que me contaba la paciente, “Yo, Víctor, es que necesito poder levantarme de la cama por la noche yo sola para ir a la cocina a hacerme algo de comer, o al baño”. Recordad que era diabética. Dice “Es que me gustaría no cansarme tanto, ni sentirme tan ahogada, y me gustaría mucho manejar sola en el baño, porque me da mucha vergüenza que mi hermano tenga que ayudarme”. No se mencionó previamente, pero ella vivía con su hermano. Y esto fue lo que me contaba ella, y lo formuló así con toda la intención.

Planteamiento de la intervención. Yo qué camino tomo, una vez que sé todo esto, ahora ¿Qué hago? ¿Hacia dónde voy?. Este puede ser el punto, probablemente para mí, más importante de la intervención, donde te asaltan todas las dudas, donde tienes que decidir qué camino vas a tomar. “Bueno pues voy hacer una mejora de las capacidades físicas del sujeto” me digo. “Evidentemente si sus capacidades físicas mejoran, no se va a sentir tan ahogada y va a tener un mejor rendimiento en sus actividades de la vida diaria (AVD)”. Esto en teoría, si yo cogiese y dijese, “Venga, pues como esto está, tiro para adelante, porque yo considero que esto es lo bueno”, podría estar cometiendo un importante error, podría estar dando “palos de ciego”. Pero los terapeutas ocupacionales tenemos una herramienta que nos garantiza que

nuestras intervenciones van a ser adecuadas. Estando en un ciclo de sesiones clínicas organizado por una publicación científica no podría dejar de hablar de la Terapia Ocupacional basada en la evidencia.

Me digo: "Pues entonces, eso que pensé que podría ser beneficiosos para el paciente, vamos a ver si hay algún tipo de demostración de que lo sea". Empieza la búsqueda de evidencia, que se encuentra con relativa facilidad. Por ejemplo, sobre el ejercicio de las extremidades inferiores. En las AVD, ambos tipos de fuerza, fuerza-resistencia y fuerza como tal, mediante el entrenamiento del aparato cardiovascular y la musculatura esquelética provocan que las adaptaciones fisiológicas en el músculo esquelético reviertan en el impacto del deterioro del "desacondicionamiento" y otras manifestaciones sistémicas del EPOC. La evidencia dice que trabajar las extremidades inferiores, trabajar la fuerza y la resistencia, o combinadas, está indicado. Otro estudio sobre extremidades superiores. Algunos pacientes presentan una exacerbación de la disnea cuando realizan actividades como vestirse o arreglarse (los autores están hablando de AVD y que yo sepa ninguno es terapeuta ocupacional) por lo que los programas de rehabilitación han de incluir ejercicios en las extremidades superiores en apoyos. Las extremidades superiores también hay que trabajarlas. Sobre el ejercicio respiratorio: el entrenamiento de la musculatura inspiratoria mediante un dispositivo "tipo umbral" mejora de forma significativa la sensación subjetiva de disnea. Trabajar los músculos inspiratorios también está demostrado que es conveniente para el tratamiento de la disnea. Sobre la rehabilitación respiratoria: la rehabilitación respiratoria, reeducación respiratoria, readaptación al ejercicio y entrenamiento de los músculos respiratorios, mejora: la tolerancia al ejercicio, la calidad de vida y la disnea, con un nivel de evidencia A (o sea, hay que hacerlo sí o sí).

Si os vais a cualquier buscador de Terapia Ocupacional y ponéis enfermedad pulmonar obstructiva crónica, o su traducción al inglés, los resultados que salen son muchísimos. Yo evidentemente no he visto las 120 páginas de resultados (OTseeker), pero si he comprobado que hay pocos artículos relacionados con AVD. En mi opinión habría que cambiar eso.

Intervención, yo ya sé en qué punto está el usuario por la valoración, ya sé adonde quiere llegar, y entonces, ¿Qué me queda? Pues vamos a ver qué

punto construyo yo entre una situación y otra, porque para mí la Terapia Ocupacional es eso, construir un puente entre una situación actual y una situación deseada.

La intervención, para exponerla, la dividí en cuatro fases. Lo hice porque, visto desde fuera, quizás facilite que veáis el proceso pero insisto, el proceso es continuo y no se hace por fases. Las sesiones que tenía con la usuaria eran de 40 minutos los lunes y los miércoles (gimnasio). Hacía dos días de gerontogimnasia también 40 minutos con unas pautas adaptadas que le daban mis compañeras que llevaban esas sesiones. Por la tarde de 15.30 a 16.15 teníamos ahí 45 minutos para unos ejercicios que yo le pautaba para que ella hiciera de forma independiente. Por las noches o por las tardes hacía ejercicios respiratorios y los sábados y los domingos también se le dieron unos ejercicios para que hiciera en casa. Destacar, importante en los pacientes de EPOC, la implicación familiar. Se puede trabajar muy bien, yo puedo hacer una gran intervención en esos 40 minutos que estoy con ellos, pero como señala el Sr. Sanjurjo un día tiene 1440 minutos, entonces me falta 1400 minutos en los que yo no intervengo con ellos, entonces, ¿Qué necesito? Necesito una transversalidad en esa intervención. Otro regalo más a nuestro favor en este caso, tenía todo el apoyo familiar que necesitaba, si yo le decía "Tírate por un puente", iban detrás (risas). Algo poco frecuente, pero tuve suerte con ello. Entonces todo lo que se pautaba, todo lo que se solicitaba, se hacía.

Vamos con las fases. ¿Cómo se empieza a trabajar con este usuario? Se empezó trabajando:

- Potenciación del miembro inferior y paso de sedestación a bipedestación, ¿Cómo se hizo?, con unos ejercicios analíticos de cargas progresivas y con trabajo en espalderas.

Empezamos con entrenamiento para la respiración diafragmática, señalo que hay estudios que concluyen que el flujo aéreo que puede entrar en los pulmones es un 20% mayor en la respiración diafragmática que en la respiración alta o clavicular, que es la que la mayoría de las personas hacen. Si no me creéis ir a vuestros pacientes, a vuestros usuarios, y decirles "Venga respira", y fijaros que cuando él haga el gesto un poco más exagerado, para demostrarte cómo respira, veréis cómo levanta los hombros realiza la

respiración alta, en vez de aumentar la circunferencia y aplanar el diafragma. Lo se hizo para compensar fue alimentar los movimientos típicos de la respiración, empezamos a instruir en el ritmo 3-1, 1 para inspirar, 3 para espirar, movimientos de abdomen, hinchar la barriga con la manos.... Trabajamos la potenciación de miembros superiores, con mecanoterapia y cargas progresivas, como habíamos visto en el ejemplo de evidencia que se expuso antes. Y trabajamos también el manejo de la silla de ruedas, porque había que optimizar ese gesto. Tenía problemas con los giros y, de aquella, todavía manejaba mucho tiempo la silla de ruedas.

- En la segunda fase, empezamos a trabajar la marcha en paralelas, el objetivo era aumentar los tiempos que la persona podía caminar y gestionar el descanso que iba haciendo. Se siguió con la potenciación de miembros superiores y miembros inferiores. Se hizo con fuerzas progresivas y se comenzó con una reducción de cargas para trabajar el concepto de fuerza-resistencia, esto es entrenamiento puro y duro, tú reduces la carga y aumentas las repeticiones. En vez de trabajar tanto la hipertrofia muscular, trabajas un concepto que es el de fuerza – resistencia. Poder mantener un movimiento repetido durante más veces.

Se mejoró la capacidad respiratoria, con un ejercitador respiratorio, se empezó a trabajar la respiración con labios fruncidos, la respiración con labios fruncidos está siendo muy utilizada a día de hoy, demostrando muy buenos resultados: es respirar y echar el aire como cuando soplas una vela con los labios juntos. Es muy interesante cómo este ejercicio se comenzó a estudiar. Se observó cómo en los pacientes con enfisema de forma natural empezaban a respirar así, entonces se preguntaron...¿Por qué esta gente respira apretando los labios?, lo estudiaron y resulta que ese tipo de respiraciones mejora las capacidades, la respiración y el mantenimiento de apnea. Y ahí pongo ya la "rehabilitación de AVD", entre comillas porque la palabra rehabilitación de AVD para un terapeuta ocupacional es una frase muy importante, y me da un poco de vergüenza llamar a lo que hicimos en este caso, rehabilitación de AVD. Realmente lo que hicimos fue facilitar el progresivo retorno a la realización de las mismas. A medida que tenía más capacidades se le instaura realizar AVD,

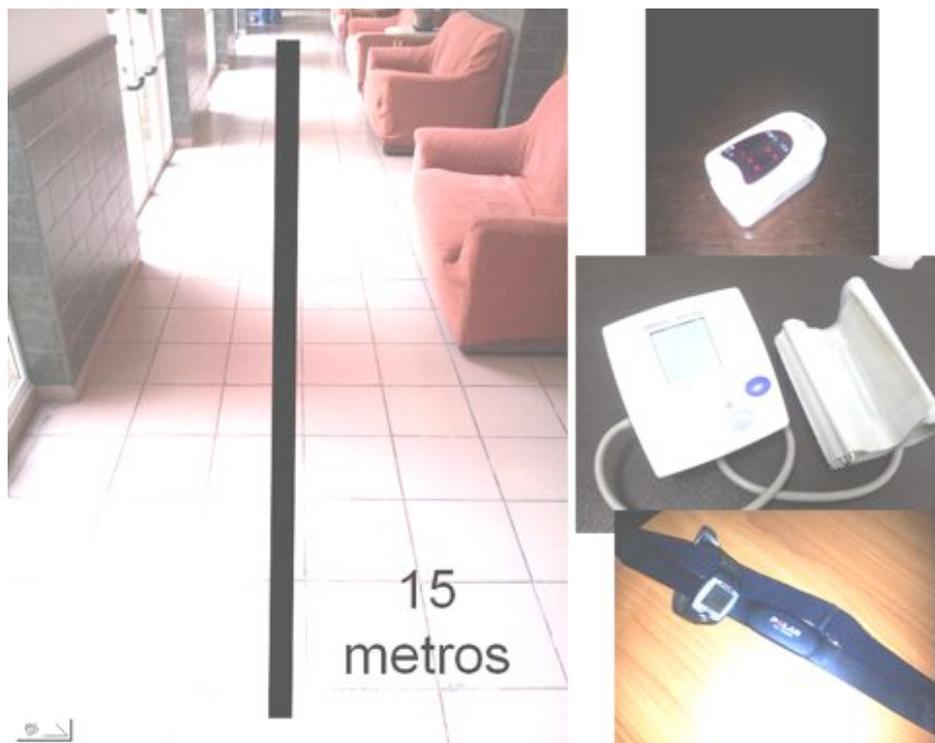
y las iba haciendo, por eso llamarlo rehabilitación no me parece del todo adecuado. En esta diapositiva podemos ver el espirómetro de incentivo que os decía antes, por el tubito soplas con fuerza, y según la fuerza que hagas las bolas van subiendo y “da mucho juego”.

- La tercera fase. Empieza el manejo del andador, entrenamos en el uso adecuado del producto de apoyo, seguimos trabajando la gestión del esfuerzo, actividades para la detección precoz de la disnea. Lo que se intenta es que el paciente empiece a ser consciente de cuándo va a empezar a sufrir esa sensación de ahogo, intentar prevenirla para que mediante ejercicios respiratorio, que ya se mencionaron antes, baje las pulsaciones, disminuya la frecuencia respiratoria y que no se ahogue, que pueda seguir realizando la actividad. Se inicia la mejora de la capacidad cardiorrespiratoria propiamente dicha, el entrenamiento en actividades tipo aeróbico. Para trabajar de forma aeróbica hay que trabajar entre un 65 y un 75% de la frecuencia cardiaca máxima. La frecuencia cardiaca máxima es el nivel máximo de pulsaciones que podemos tener. Seguramente os han dicho que se calcula restando la edad a 220. Antes se hacía así, pero han salido estudios más recientes que han cambiado estas fórmulas. Seleccioné uno, hay muchos más, pero este diferencia entre hombres y mujeres, cosa que los otros no hacen. Sabiendo que, por norma general, las mujeres tienen un mayor número de pulsaciones por minuto que los hombres. La fórmula es muy fácil, es restarle a $208,75 - 0,73$ multiplicado por la edad. En el caso de esta usuaria la frecuencia cardiaca máxima es de 161 y sabiendo que tiene que trabajar entre un 65 y un 75% de esa frecuencia, calculas que su intervalo es entre 104 y 120 pulsaciones. Sencillo. En esta fase se introdujo el test de marcha, o el test de los 6 minutos. Es un test que consiste en que recorra la mayor distancia posible en 6 minutos y medir la distancia que recorre. Es una prueba validada y tiene múltiples traducciones. Es una adaptación del test de Cooper, el cual a muchos os sonará del instituto cuando el profesor de educación física decía “Vamos a correr 12 minutos”, y os ponía a correr 12 minutos al límite de vuestras

posibilidades. En esta prueba se han estudiado diferentes problemas, el principal es que el protocolo, que es bastante rígido, te dice que tienes que realizar esta prueba en una superficie circular de 180 m. Yo no sé cuantos vais a trabajar en algún momento de vuestra vida en algún sitio donde tengáis una superficie plana de 180 m.... Yo no la tengo, entonces al no hacerse así tiene el problema de que tú no puedes comparar tus usuarios con los de otra persona porque los resultados no van a ser fiables, pero que sí te sirve para compararlo con el mismo usuario y ver su mejoría. Yo dispongo de un pasillo de 15 m, donde realizaba la prueba. También el protocolo te dice que hay que motorizar a tu usuario. Claro, yo cuando pedí los equipos de monitorización en mi centro todavía me están preguntando "que qué me pasaba ese día..." (risas). Pero bueno, no quita que podáis tener un pulsioxímetro, ese aparatito que mide la saturación de oxígeno, un medidor de tensión o, si sois afortunados, igual tenéis hasta un pulsómetro. Yo en este caso los tengo, evidentemente puestos por mí, pero los tengo, y es importante, sobre todo el pulsómetro, porque es el que te puede garantizar que la intensidad del ejercicio que esta persona está haciendo le resulta beneficiosa. Ese aparatito se programa y tú se lo pones a la usuaria y le dices, "Mira, cuando pite de esta forma aceleras, y cuando pite de esta otra, baja el ritmo".

Y en la última, cuarta fase, trabajamos AVD: el vestido, el uso del WC, entrada en la bañera, que lo veremos después, y seguimos con la mejora de la capacidad respiratoria. Una continuidad de la fase anterior.

-



Vamos a ver la evolución que tuvo esta persona:

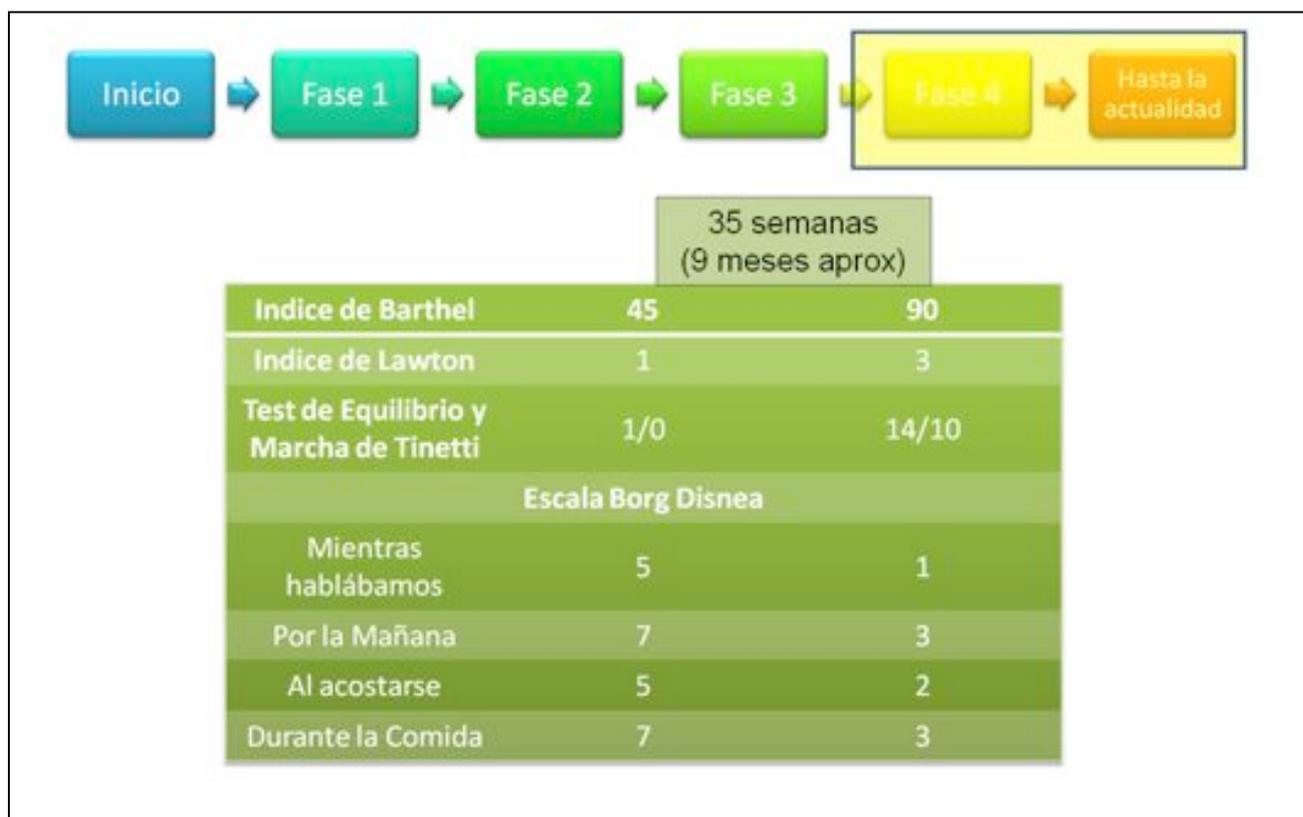
En el primer momento que llegó al centro, tenía un índice de Barthel de 45 y los tests que se comentaron. En la escala de Borg, yo le preguntaba, “¿Cuándo estás hablando conmigo, qué sensación de disnea tienes?”, y me decía que 5, una sensación moderada. Por la mañana un 7, al acostarse un 5, durante la comida otro 7, eso ya es una intensidad de ahogamiento intensa.

Empezamos a trabajar la fase 1, los tiempos son muy aproximados porque, insisto, esto no fue como “fase uno, fase dos, fase tres...”, fue lineal. Pero para que os hagáis una idea, en 4 semanas era capaz de levantarse apoyándose los brazos en una silla de ruedas. Respecto a la respiración diafragmática era capaz de realizarla con recordatorios, y yo lo que le dije a todos mis compañeros, “Cuando veáis a esta persona, decirle, ¡hincha el estómago!”, a base de repeticiones y de que todos los compañeros cada vez que le veían..., pues iba aumentando el tiempo en que hacía respiración diafragmática. La potenciación de miembros superiores a base de resistencias ligeras y era capaz de autopropulsarse con la silla de ruedas en distancias cortas.

Cuando acabó, esta segunda fase que os decía, duró unas 6 semanas aproximadamente, era capaz de caminar en paralelas sin ayuda durante varios minutos, era capaz de vencer resistencias ligeras con miembros superiores e inferiores y había una mejora de la fuerza – resistencia observable. En el trabajo de capacidad respiratoria, ella realizaba los ejercicios de forma independiente y autónoma sin ningún problema. Y en rehabilitación de AVD ya comenzó a hacer el aseo personal en el baño desde la silla de ruedas.

La tercera fase, fue bastante más larga, unas 10 semanas. Ya era capaz de recorrer con el andador la mayor distancia que había en el centro, que era la distancia que separaba la sala de actividades del comedor, evidentemente conmigo o con otra persona ayudándola con el oxígeno. En la gestión del esfuerzo era capaz de anticiparse a la disnea y “evitar” la insuficiencia mediante técnicas respiratorias, era capaz de sentir cuando se estaba fatigando y parar, reducir las pulsaciones y seguir con el esfuerzo. Para mejorar la capacidad respiratoria, tenemos el test de los 6 minutos. En esos 10 meses había que haber realizado más veces el test porque el protocolo dice que hay que hacerlo cada 15 días, yo lo hice 12 veces, pasamos de recorrer unos 65 metros en 6 minutos a cerca de 240 metros. Es cuadruplicar la distancia. Las primeras veces había paradas, tenía que sentarse. Las últimas veces había alguna parada para respirar pero sin sentarse y con una sensación de disnea, evidentemente sí porque estaba haciendo ejercicio, pero controlable y sin ningún problema.

Y en la cuarta fase, es la fase que llega a la actualidad. En la última valoración de Barthel, que le hicimos a esta usuaria cambió, la alimentación independiente, empezó a ser independiente para el baño, independiente para el vestido, independiente para el aseo, sigue siendo continente, es independiente para el uso de WC, traslados, deambulación, escalones, un índice de Barthel de 90 puntos.



En comparación, aproximadamente 9 meses de intervención, fueron 45 puntos en Barthel. 3 puntos en Lawton. Los 3 puntos de Lawton vinieron después, pero bueno, creo conveniente incluirlo porque el otro día vino muy contenta a mi centro diciendo que había planchado, y yo le dije “No te preocupes, que si quieres venir por mi casa te vas a hartar a hacer instrumentales” (risas). Se le puede hacer un test de equilibrio y marcha como el Tinetti con una valoración de 14/10 y la sensación de disnea se ha reducido sensiblemente, incluso cuando está hablando dice que apenas tiene disnea, aunque todavía lo nota más por la mañana y al acostarse.

Errores. Se observó que no todo fue lo más adecuado y se exponen aquí los errores para que por lo menos no se cometan como los cometí yo. Creo que habría que haber comenzado antes con técnicas de economía articular, y no estar tan centrado en la rehabilitación cardiorespiratoria. Aunque dio buen resultado, considero que se podrían haber recortado bastante los plazos. El no haber hecho una visita domiciliaria para la adaptación del hogar, eso es un error inconcebible para un terapeuta ocupacional. He de decir en mi descarga, que en mi centro, las visitas domiciliares, no depende solo de mí, pero es algo que no se puede concebir en una intervención con

un paciente de este tipo. Y el no haber utilizado técnicas de relajación previas, muchas veces por falta de tiempo, tampoco es cuestión de excusarlo, si trabajas técnicas de relajación antes, métodos que seguramente os suene como Jacobson y demás, después las técnicas de ejercicios respiratorios se hacen mejor, se obtienen mejores resultados.

Y nada más. Prometí ser breve, y breve fui. Si tenéis alguna pregunta o algo que os pueda contestar, que esa es otra, estaré encantado.

RUEGOS Y PREGUNTAS.

¿Ha tenido influencia en la intervención en hecho que sea diabética?

Influye para todo, aquí traje un caso de EPOC y podríamos centrarnos en eso, pero realmente, vosotros sabéis que las personas son un "todo" y en este caso había más complicaciones que el EPOC. La diabetes influye para cualquier aspecto, imagínate trabajar con un andador, estás trabajando rehabilitación, pero estás trabajando con una persona, que la diabetes, en una de sus principales complicaciones, le provocó una retinopatía diabética, tiene problemas de visión. Está trabajando AVD, estás trabajando con una persona dependiente. Dentro del aseo está cortarse las uñas, ojito porque una persona que no ve o ve mal tiene que cortarse las uñas con los consecuentes riesgos que tiene para una persona diabética posibilidad de hacerte una herida y derivar en un pie diabético, otra de las complicaciones más habituales de la diabetes. En la gestión del ejercicio, tú no puedes plantear "venga vamos hacer ejercicio", tienes que conocer el caso y tienes que controlarlo porque sabéis que el nivel de glucosa en sangre, que es de donde tira el cuerpo para hacer ejercicio, en esas personas varía y fluctúa de una forma que no pasa en personas no diabéticas, entonces el ejercicio tiene que ser de un determinado tipo y hay unos determinados momentos. Son cosas a tener en cuenta. Influye, claro que influye, pero cualquier persona que sea diabética, para cualquier tipo de intervención, en otra patología que tratéis os va a influir.

¿Quería saber por qué señales que los objetivos son consensuados si realmente los establece la paciente?

Entra dentro de la visión que cada uno tiene dentro de su profesión. Yo no creo que llegue a un acuerdo con ella de qué vamos hacer, realmente es ella la que me dice qué tenemos que hacer. Yo le puedo dar la información de "Mira yo soy Víctor, yo soy terapeuta, no, no soy fisioterapeuta, soy terapeuta ocupacional, tú quédate con eso. Y me dedico a esto, esto y a lo otro, y lo hago así, o así o asá, y mira yo tengo este centro, tengo estos recursos, y esto es lo que te ofrezco". Sabiendo esto, estamos hablando de una persona con un nivel cognitivo sin ningún tipo de deterioro "Sabiendo esto, y sabiendo, lo que te he contado, lo que puedo hacer ¿Qué hacemos?" y me contestó eso, ¿Qué tengo que consensuar con ella?. "Nada. A ello"

¿Cuánto semanas lleva? ¿Treinta y algo?

Conmigo lleva más en el centro, pero la intervención la cuento así, porque luego se estacionó y no hubo ya una buena continuidad en el tratamiento, no hubo mucha variación. Conmigo en el centro no llega a dos años, pero la intervención fue los primeros 9–10 meses.

¿Qué es un dispositivo tipo umbral?

Hace referencia al ejercitador respiratorio, es para trabajar la inspiración. Al inspirar es cuando las bolas suben y antes he hecho referencia a los músculos inspiratorios.

¿En este caso trabajasteis asesoramiento en baño, vestido, subir escaleras...?

Si yo lo trabajé. En algún sitio lo puse lo que pasa es que igual lo explique poco. Las técnicas de respiración sobre todo cuando hacíamos marcha y demás, en esos momentos en los que había una fatiga, el hecho de decir, vamos a cambiar, parar, respirar, ejercicios para intentar introducir el mayor volumen de oxígeno y lo que decía de reducir la frecuencia cardiaca y mejorar la tolerancia al esfuerzo.

En el tema de la respiración he encontrado dos cosas: Que se debe de realizar el mayor impulso en la espiración y por otro lado también dicen que lo debes de hacer durante la inspiración, sin embargo, he encontrado mucho mas haciendo referencia a esa forma de trabajar, hacer la inspiración y después la espiración.

Cuando empezamos a trabajar la inspiración abdominal, era gracioso porque los movimientos del abdomen los realizan al revés, a veces lo hacen como buenamente pueden.

¿Por qué decides darle esa orientación a la intervención?

¿Lo de la mejora de las capacidades físicas?, supongo que es un aspecto en el que yo me encuentro más cómodo, me encuentro más seguro y creo que tengo más herramientas para intervenir en un paciente que en otro. Y como creo que son aspectos muy importantes, pues cuanto más seguro y más consciente seas que lo que estás haciendo mejor, a pesar de apoyarte en evidencia. Yo domino mucho más esto que la economía articular por ejemplo, entonces opté por ahí. Evidentemente no es tan fácil como tomar una decisión a la ligera tampoco de decir "es que se me da mejor esto", porque a lo mejor no es lo conveniente para el paciente. Pero en este caso se ajustaba y tenía la evidencia de mi parte, ese fue el motivo por el que tomé la decisión.

SESIÓN 2:

“¡Sensación de vivir! Conceptos básicos de la teoría de la integración sensorial a tener en cuenta con el paciente adulto”



22 de marzo de 2013

Lugar: Salón de actos del Hospital Monte Naranco. Oviedo

Ponente: Isabelle Beaudry Bellefeuille

Moderador: José Noval Prada

Transcripción: José Noval Prada

¡Sensación de vivir! Conceptos básicos de la teoría de la integración sensorial a tener en cuenta con el paciente adulto

Muchas gracias a la organización por contar conmigo un año más. Para mí siempre es un placer y un honor estar con los terapeutas ocupacionales de mi Comunidad. Voy a comenzar con un vídeo y me vais a decir qué sensación os da ver este vídeo. [Vídeo: atracción de feria]

- ¿A quién le gusta esto? ¿A nadie?

Esta es la primera parte para entender lo que es nuestro perfil sensorial, es decir, cuales son las sensaciones que le gustan a cada uno, por ejemplo yo solo con ver esto y oír el ruido ya estoy nerviosa. Yo soy lo contrario a la persona de este vídeo, ese tipo de sensaciones me desbordan.

La idea de la sesión de hoy es realmente entender ese concepto básico de que cada uno tiene un perfil sensorial, y ello nos puede ayudar a interactuar con nuestros pacientes. Cada paciente viene con un historial ocupacional y social, pero también sensorial, y eso es un factor a tener en cuenta, ya que a lo mejor habéis oído hablar de la teoría de la integración sensorial como un enfoque específico para tratar determinados diagnósticos. Yo realmente opino que es bueno tener claros los conceptos básicos para todos los terapeutas ocupacionales puesto que nuestro papel es el análisis ocupacional. El análisis nos permite ayudar a nuestros pacientes al afrontar sus dificultades, y eso es un componente básico.

No podemos hablar de integración sensorial sin nombrar a la Dra. Jean Ayres, terapeuta ocupacional estadounidense. Su enfoque y manera de analizar las dificultades de las personas ha sido caracterizado por un profundo respeto hacia la persona. Muy diferente a lo que estaba de moda en esos tiempos, en los años 60, donde eran habituales tratamientos bastante estrictos y muy controlados por el terapeuta ocupacional. No había nacido todavía lo que os parece natural, la práctica basada en el cliente, pero ella ya hacía práctica

... Este capítulo debe referenciarse como: *Beaudry Bellefeuille, I. "¡Sensación de vivir! Conceptos básicos de la teoría de la integración sensorial a tener en cuenta con el paciente adulto"* En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2014. p(30-48)

basada en evidencia y en el cliente antes de que esos conceptos tuvieran nombre.

Quiero hablar de los factores que influyen en el desarrollo neurosensorial. Cada uno viene con una "mano de cartas" podríamos decir; nuestros factores genéticos. Seguramente en vuestras familias hay rasgos que consideráis que habéis heredado no sólo de aspecto, sino también de temperamento. Por ejemplo los que levantasteis la mano para decir que esto os gusta (el video), las atracciones y esas cosas, igual también vuestros hermanos, vuestros padres, u otras personas en vuestra familia también tienen tendencias buscadoras sensoriales. En mi familia, por ejemplo, las personas con intolerancia o hiperrespuesta sensorial abundan.

Después hay factores perinatales, es decir, los niños que nacen en un contexto un poco "delicado", ya sea prematuro o en un parto muy largo, o que puedan tener alguna enfermedad o condición que requiera intervenciones médicas agresivas nada más nacer... Estas situaciones no suelen ayudar nada en ese desarrollo del procesamiento sensorial.

Hay otros factores que entran en juego, como el entorno humano, donde vivimos, el estilo de crianza de nuestros padres, el tipo de disciplina que se utiliza, los cuidados emocionales, etc.. Por ejemplo, seguramente conocéis los populares métodos conductuales para la crianza, que vienen a ser más o menos "haces lo que yo te digo o ahí te quedas". Si tienen un problema sensorial, o son frágiles a nivel de procesamiento sensorial, estos métodos no funcionan ya que el niño tiene una "perreta" que es una desorganización muy grande para él. Si un niño con una hipersensibilidad o una desorganización de su conducta debido a un problema sensorial tiene unos padres que adoptan ese estilo de crianza, no le están ayudando. En cambio, si tiene unos padres como los míos que, sin saber bien qué le pasaba a su niña, con cariño y con paciencia conseguían que yo fuera colaborando y haciendo lo que tenía que hacer. Considero que eso es una gran ayuda.

También está el entorno físico. Vivir en un piso de 50 metros, vivir en el campo o en una ciudad donde hay muchas oportunidades para jugar al aire libre, para poder moverse, correr, trepar o estar al aire libre, influye en cómo nos vamos a desarrollar a nivel neurosensorial.

Cuando identificamos que algo no va bien un terapeuta ocupacional con un entrenamiento específico en integración sensorial puede desarrollar estrategias específicas basadas en el perfil sensorial de este niño para ayudar a familias, a profesores o a quien tiene que estar con este niño, y con ello paliar sus dificultades.

Y por último, también con un proceso de neurorehabilitación específico basado en el perfil sensorial del niño podemos tener una influencia. No es que lo podamos curar del todo, pero se puede mejorar tener un efecto que cambie el rumbo del desarrollo gracias a la neurorehabilitación, con una Terapia Ocupacional basada en el enfoque de la integración sensorial.

Cuando trabajamos con pacientes adultos, de tercera edad, que hayan perdido sus habilidades físicas, un joven que haya tenido un accidente, una persona con drogadicción... conocer de donde vienen a nivel sensorial nos ayuda tal vez a entender cómo llegó a ese estado. La persona con drogadicción tal vez era un gran buscador de sensaciones fuertes, o la persona que tuvo el accidente de tráfico, o personas que tienen accidentes por deportes de riesgo, tal vez eran unos grandes buscadores de sensaciones. Las personas adultas con demencia, ¿cómo era su vida antes?. Por ejemplo, siempre me viene a la cabeza mi abuelo, ya que mi abuelo era un golfista, pescador... un hombre muy activo, y con el deterioro cognitivo terminó sus días en una residencia. Era de los que "daba la lata", porque había sido una persona muy activa siempre haciendo cosas y en una residencia, ¿qué hacía?, pues ir detrás de todo el mundo o intentar escaparse, las típicas conductas que conocéis.



Trabajando como terapeutas ocupacionales, sea cual sea nuestra población, estaremos siempre observando el entorno físico, el entorno socioemotivo, y, evidentemente, a la persona. Es exactamente lo mismo cuando estoy observando a la persona desde un punto de vista sensorial, ya que yo quiero saber cómo es, cuál es el perfil sensorial de esa persona, cuáles son sus preferencias sensoriales, si es una persona que busca intensos input o es más bien una persona que los quiere evitar. Voy a observar el entorno socioemotivo, si es bien entendido por su entorno, ya que las personas que son hipersensibles suelen ser un poco más frágiles, puesto que se interpreta que la persona es caprichosa, o es una persona débil, o no tiene el apoyo que necesitaría. Las personas que son muy buscadoras, a menudo se les considera desobedientes, desafiantes, que toman demasiados riesgos. Y después si el entorno físico donde tiene que desempeñar sus ocupaciones, va más o menos con su perfil. Por ejemplo, una persona que tiene mucha necesidad de un input intenso de repente se encuentra en una residencia, que es lo que le pasó a mi abuelo. Si hubiera habido un terapeuta ocupacional, hubiera sido interesante crear unos espacios donde pudiese buscar ese input sensorial que tanto parecía necesitar.

Para funcionar en nuestra vida diaria debemos alcanzar el equilibrio sensorial, es decir, mis preferencias sensoriales personales tienen que estar de acuerdo con las ocupaciones y los entornos donde tengo que desempeñar las ocupaciones. Yo soy un poco hipersensible, bastante hipersensible sobre todo a nivel auditivo. Si yo tengo que hacer un informe, no lo puedo hacer en mi clínica, entre niños que entran y salen, prefiero hacerlo en mi casa, porque allí soy incapaz de concentrarme. Parece que pierdo puntos de coeficiente intelectual si lo tengo que hacer en un entorno ruidoso, porque no soy capaz de hacerlo. En cambio, si tengo un entorno silencioso y tranquilo, esa ocupación de realizar un informe me sale mucho mejor y lo puedo hacer en un momento. Entonces, imagináros los niños que han sido diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que tienen que funcionar en un aula, escribir un examen rodeados de 25 personas. O si trabajáis con adultos, personas que en el momento de comer, o hacer cualquier actividad, hay muchos usuarios alrededor, o la actividad se hace en una sala común, este tipo

de entornos puede ser un problema para ellos. Realmente esa sensación de equilibrio, de decir "me encuentro en mi mejor momento", es una especie de engranaje, de cómo eres tú, cuáles son las exigencias de la ocupación, y eso es algo que es básico en cualquier tipo de análisis que nosotros hacemos y también en ese componente sensorial.

Cuando hay un desequilibrio sensorial, ¿cuáles son las manifestaciones que podríamos observar?, pues todo esto que estamos viendo. Los problemas de conducta, por ejemplo. Yo hice una consulta para el Centro Nacional de Paraplégicos, me encontré con un grupo de gente joven que súbitamente se ven inmovilizados. Había bastantes problemas a nivel de conductas agresivas, muy negativos, muy difícil de hacerles superar el duelo ya que había muchos factores psicoemocionales. Tener en cuenta ese factor de que muchas de estas personas cuando tuvieron ese accidente o estaban haciendo un deporte de riesgo o teniendo una conducta fuera de lo normal. Cuando lo observaron desde el perfil sensorial, los terapeutas ocupacionales que trabajaban allí pudieron adaptar ciertas actividades y vieron un cambio en sus pacientes.

Otras dificultades que resultan de un desequilibrio sensorial pueden ser dificultades con la atención, dificultades con el movimiento y la coordinación, las interacciones con los demás se vuelven difíciles, las capacidades de organización en general. La regulación emocional también a menudo presenta un problema. Si estás bien equilibrado a nivel sensorial, aunque te cueste tienes más predisposición para trabajar o intentarlo.

La forma que procesamos la información sensorial afecta a nuestro equilibrio sensorial y tendemos a escoger estrategias conductuales, ocupaciones, o entornos que nos ayudan a mantener un estado de equilibrio. Cada uno tiene sus trucos y sus maneras de mantenerse en ese estado que le gusta y donde se encuentra cómodo. Las ocupaciones que escogemos son un reflejo de nuestro perfil sensorial, ¿quién de aquí le gusta el ajedrez u otras actividades de tipo sedentarias y que requieran concentración? ¿Por qué a estas personas les gusta eso?. Tal vez porque es una actividad muy tranquila, muchos niños que no son muy buenos en deportes y que tienen buenas capacidades cognitivas se sienten a gusto en este tipo de actividad. También las personas que escogen la gimnasia olímpica u otros deportes muy intensos,

posiblemente están buscando en esas actividades sensaciones fuertes que le ayudan a alcanzar su equilibrio. Por ejemplo *puenting*, ¿alguien de aquí hace *puenting* o tiene ganas de hacerlo? Lo del *puenting* es una barbaridad, pero hay gente que realmente lo busca y lo siente como algo agradable. Otras personas se sienten felices con el ajedrez o con manualidades, están en un entorno tranquilo y libre de grandes emociones y sensaciones, y se encuentran a gusto. Si tienes un paciente que por una circunstancia u otra está inmovilizado, hospitalizado o en una institución, que cuando todo iba bien en su vida lo que le gustaba era hacer *puenting* o gimnasia olímpica, imagínate como puede estar de agobiado por esa situación. En cambio, la persona más bien sedentaria, va a ser más fácil y más llevadera, puesto que con revistas, con la tele o pequeñas actividades más sencillas de organizar en un entorno sedentario y cerrado se sienten entretenidos y felices.

Una de las cosas que propongo para ayudar a conocer a nuestros pacientes es informarse sobre ella; ¿qué hacía esa persona? o ¿cuáles son los componentes sensoriales que buscaba en sus actividades diarias? Por ejemplo correr, saltar, trepar... ¿era deportista de algún tipo de deporte intenso?, ¿o era una persona de actividades sedentarias?, pregúntale, qué hacía o qué le gustaría hacer si lo pudiera hacer ahora.

Todos, además de ocupaciones determinadas, tenemos pequeñas conductas personales para intentar mantener el equilibrio sensorial, y muchas veces lo hacemos de modo inconsciente, por ejemplo morderse las uñas, tocarse los labios, dar la vuelta a un mechón de pelo, meterse un bolígrafo en la boca, fumar, mover una pierna, cruzarse los pies.... Hay personas que siempre tienen un pequeño "tic", y ese tipo de pequeñas conductas personales les ayudan a regularse. Cuando estás muy desequilibrado a nivel sensorial esto no te basta. Muchas veces buscas tus pequeñas cosas, y llega un momento que las hacemos para mantener esa sensación de estar bien, estar a gusto, estar relajado pero alerta a la vez.

Está claro que hay cosas sanas y hay cosas menos sanas. Las conductas que vemos en los niños también están relacionadas con buscar ese equilibrio al chuparse el dedo, buscar el rinconcito para esconderse...y las madres o padres saben que, en ocasiones, no hay nada como una pataleta para recobrar la

calma. Si trabajamos con personas con algún tipo de trastornos de desarrollo más graves, las estereotipias o las conductas de autoestimulación e incluso de autoagresión, a menudo están relacionadas con algún tipo de desequilibrio sensorial. Es frecuente encontrar conductas de agobio personal, de autoagresión, y a menudo si se analizan desde un punto de vista sensorial e intentamos buscar una salida a esta búsqueda intensa de sensación podemos ayudar a reducir estas conductas que son tan nefastas para ellos mismos.



Hay conductas de regulación que son comunes y normales pero que hoy en día consideramos cada vez más anormales. Por ejemplo, lo normal es saltar en el sofá cuando tienes 5 años, y los niños tienen más necesidad de ese tipo de input intenso que la mayoría de los adultos, aunque hay adultos que también lo necesitan. Personas que tienen rabia o irritabilidad incontrolable; muchas veces son manifestaciones claras de que hay un desequilibrio a nivel sensorial. Las personas que son incapaces de seguir normas, a pesar de entenderlas desde un punto de vista cognitivo, porque a veces la necesidad de buscar un input sensorial es mucho mayor que lo que uno puede razonar. Las personas que tienen dificultad para prestar atención de modo sostenido, o esa terrible sensación de que todo es una amenaza, miedo, rechazo, hay muchas sensaciones que no deberían serlo.

Ya está muy establecido, por ejemplo, la relación entre problemas de integración sensorial y esquizofrenia, problemas de integración sensorial y trastorno obsesivo-compulsivo, problemas de integración sensorial y ansiedad. Toda una serie de psicopatologías han sido claramente relacionadas con la presencia de signos que indican alteración del procesamiento sensorial. También, por supuesto autismo, Asperger y todos los trastornos del desarrollo.

Nos quedan los entornos, ¿dónde vas de vacaciones? ¿Un sitio de moda donde va a estar todo el mundo o vas a buscar una zona rural lejos que nadie sabe de ella para desconectar? Piensa en tu casa ideal, ¿un pisito moderno dentro de una gran ciudad, o una casita en el campo con un prado y un monte al lado? ¿Cuál es tu ideal de entorno y en tu día a día cuales buscas? ¿Vas a la discoteca o prefieres esos pequeños cafés tranquilos y coquetos? Eso dice muchos de cómo eres sensorialmente.

Pensemos sencillamente lo que es una habitación de un hospital o una residencia, comparado con la habitación de la casa de uno, con tu edredón, tu almohada, y tus vistas por la ventana que ya es conocida, etc.. Entonces, cuando intentamos ayudar a personas con ciertos desequilibrios a nivel sensorial y totalmente desarraigadas de sus ocupaciones habituales, ese tipo de detalles son importantes a la hora de crear entornos que sean un poco más equilibrados y parecidos a los que tienen en su día a día. Esto tiene mucha influencia en ese bienestar del que estamos hablando. Hace unos años mi hijo pequeño estuvo hospitalizado por un problema de asma y lo estuve acompañando. El niño no lo pasó demasiado mal porque no era nada lo que tenía, y él es un buscador de sensaciones y allí había una sala de juegos con un montón de cosas nuevas para él, era el protagonista y no padeció mucho esa hospitalización. Yo en cambio, compartir una habitación con tres niños y otras dos mamás, y que te despertaran continuamente, y los pitidos de las máquinas, etc., al segundo día dije que nos íbamos para casa porque ya estaba sensorialmente desequilibrada, yo ya me convertía en uno de esos pacientes muy difíciles. Con mi perfil de hipersensible, no podía más con esa situación. Entendieron que el niño podía ir perfectamente para casa y nos dieron el alta rápidamente.

Observar a la persona en diferentes entornos nos ayuda a entender cómo es sensorialmente. ¿Se encuentra mejor o es más funcional en grandes espacios o en su cuarto? ¿Es muy diferente su conducta en casa y en el centro? ¿Qué te dicen los familiares, cómo es la persona en el día a día? En el comedor, sala común, excursiones, sala de terapias, ¿cómo es la persona en cada uno de estos entornos?, porque esto también te puede decir qué es lo que hay en ese entorno que le calma o, por lo contrario, qué le desequilibra.

Para la mayoría de nosotros el equilibrio sensorial es fácilmente alcanzado y las ocupaciones diarias transcurren con facilidad, y hacemos nuestras cosas, tenemos nuestros momentos más apurados o nerviosos, pero por lo general podemos funcionar. Pero para algunos, las ocupaciones diarias pueden convertirse en verdaderas pesadillas, y aquí es donde siempre tenemos que analizar estas tres esferas: persona, entorno, y ocupación. Yo trabajo con bastantes adolescentes y jóvenes adultos que están teniendo muchos problemas con los estudios, con esa transición a la vida adulta. Gente joven e inteligente pero para quien el programa educativo actual es muy difícil. Hay mucha gente joven que lo está pasando mal. Hablamos de fracaso escolar, del fenómeno social del botellón, de las tasas de uso de drogas... Yo tengo dos hijos adolescentes que van a un instituto público; me hablan de que el consumo de porros a las 9 de la mañana es totalmente habitual... Fenómenos que considero que pueden estar relacionados con que la ocupación y el entorno donde esperamos que se desempeñe esa ocupación. Toda la situación es más exigente de lo que la mayoría de chavales son capaces de hacer con soltura. No es normal que este elevado número de jóvenes estén teniendo tantos problemas con los estudios, o que tienen que esconderse en esas conductas de botellón, de toma de drogas....

Hay momentos que a todos nos puede resultar difícil encontrar ese equilibrio, pero hay algunas personas que les resulta particularmente más difícil incluso en unas circunstancias ideales. Hay que observar siempre los tres factores, no es normal que tengamos un fracaso escolar del 35%, no puede haber ese porcentaje de chavales que tienen realmente problemas de aprendizaje; no puede ser que sea sólo ese factor, por eso debemos observar la ocupación; qué les estamos pidiendo y si es demasiado exigente lo que les demandamos. Respecto al entorno, hay factores en los institutos como los duros pupitres y sillas donde hay que estar 6 horas, la iluminación, las normas absurdas como la prohibición de mascar chicle o beber agua en clase. Se podrían hacer cosas para facilitar alcanzar ese equilibrio del cual hablábamos antes al adaptar los entornos para que sean más sensorialmente confortables.



Atención, movimiento y coordinación, organización, interacción con los demás, regulación emocional, regulación de la conducta... todo esto puede tener que ver con un problema de integración sensorial. Una dificultad que no necesariamente sea inherente a la persona, que puede ser algo que tenga que ver con el entorno o con la ocupación. Hay que tener siempre en mente las tres esferas. Ahora mismo lo que yo lamento es que con el ejemplo anterior de los adolescentes, que es lo que más cercano tengo en este momento, se echa toda la culpa a las personas y no se están buscando soluciones para mejorar el entorno o la ocupación.

Como adultos tenemos libertad para escoger las ocupaciones, los entornos y las conductas que nos ayudan a mantener nuestro equilibrio sensorial. Aquí si hay alguien que quiere cambiar de postura, se quiere levantar, beber agua, comer un chicle... yo no tengo ningún problema. Estáis libres de venir y marchar, por eso no hay problema. Pero, también escogemos un trabajo que va con nuestro perfil, ya que a lo mejor escoges un trabajo muy sedentario o solitario, porque es lo que te va, o te gusta más la acción y escoges una ocupación más activa. Yo soy una persona que, aunque por una parte no me gustan demasiado los estímulos auditivos, sí que me gusta estar activa físicamente.

Los niños, los adolescentes, las personas hospitalizadas o institucionalizadas, tienen menos libertad en la elección de sus ocupaciones y entornos, y hay pocas adaptaciones. Ahí es donde nosotros podemos ayudar como terapeutas ocupacionales. Para crear estas oportunidades, no sólo

ocuparnos del paciente como tal, sino también de las oportunidades que ofrecen las ocupaciones y los entornos para alcanzar ese equilibrio sensorial.

Las sensaciones de vivir son las sensaciones que tenemos en nuestra vida diaria. Por ejemplo la comida, sobre todo en un país como España donde realmente es una parte importante de nuestro día a día; comer cosas ricas, cocinar lo que te gusta, etcétera. Por otra parte nuestras mascotas, la gente querida, nuestras actividades, nuestros entornos.... De repente, porque una persona tiene una enfermedad o por la razón que sea, se encuentra en un entorno donde todas estas sensaciones desaparecen de golpe. Las sensaciones de la piel, del cuerpo, la propiocepción, el hacer fuerza, actividad física... Todas las actividades de mantenimiento personal de uno y de su casa son esenciales, hacer la compra, hacer la comida, y mucho más si es una persona que tenía un trabajo manual o físico, y las sensaciones del movimiento, aunque no sean tan intenso como un niño columpiándose, pero por ejemplo pasear, viajar en coche, subirse al autobús.... Todo ese tipo de sensaciones contribuyen a esa dieta sensorial que todos necesitamos, y que en un paciente adulto queda "aniquilada" cuando está hospitalizado o en una residencia.

Antes de pasar a presentar algunos casos prácticos, quiero hablaros de este modelo para entender los principios básicos de la integración sensorial. Puede tratarse de un problema para integrar o procesar los estímulos sensoriales o puede ser que aunque no tengas realmente un problema no funcionas porque el entorno es extremo y no te ofrece lo que tú necesitas. Hay básicamente dos categorías de problemas: un problema de regulación de respuestas al input sensorial y/o un problema de praxis. La primera sería lo que afecta la conducta, el nivel de actividad, la atención, y el estado de alerta general. Todos hemos experimentado esta sensación: por ejemplo, si no has dormido o tienes fiebre, ¿cómo te encuentras?. Tu pareja te dice algo, o tu jefe te dice algo, o pasa algo que normalmente aguantarías perfectamente pero en ese momento ya no puedes con ello. Tenemos entonces respuestas de hipersensibilidad o respuestas de hiposensibilidad, o todo me molesta o bien todo "me resbala" (no tengo consciencia de que las cosas están ocurriendo a mi alrededor). Aquí hay diferentes manifestaciones a nivel conductual. La gente

puede evitar el input; gente que es muy selectiva con determinadas actividades de la vida diaria, que es muy selectiva con la comida, o con la ropa que quieren ponerse, que hay determinados lugares a los que no quiere ir; o que busca mucho input sensorial, que no son capaces de estarse quietos, que están todo el rato en movimiento, como mi abuelo, que no era capaz de parar de moverse y levantarse todo el rato.... Y hay gente que puede quedarse en una especie de estado más bien pasivo, entonces decimos que a lo mejor son vagos, o están desconectados, porque se quedan en ese estado que no tienen las sensaciones suficientes como para llegar a un estado de alerta adecuado.

Por otra parte los problemas a nivel sensorial pueden provocar dificultades con manifestación motora: problemas posturales, praxia, desorganización en las tareas, etc.

Digamos que la idea es, que para funcionar bien en nuestras actividades de la vida diaria tenemos que estar en ese rango óptimo de estado de alerta, y lo que nos sitúa son en gran parte las sensaciones y nuestra manera de responder a estas sensaciones. Si hay un ruido repentino aquí como una explosión, espero que la mayoría de nosotros tengamos un estado de alerta alto porque es lo que necesitamos. Ahora, si alguien entró y salió y hizo ruido, y alguien se encuentra en ese estado, pues sería una hiperrespuesta. En cambio esta línea azul representa un estado de alerta bajo, y yo sé que estar un viernes por la tarde sentados en un salón de actos no es la actividad más apropiada para estar en un estado de alerta adecuado. Aunque os interese esta charla, a lo mejor ya estamos todos en un estado de alerta un poco bajo, por el cansancio y porque esta actividad no es muy estimulante a nivel sensorial. Si estuviésemos sentados en una pelota en vez de en sillones podría ayudar a que tuviéramos un mayor estado de alerta.

Lo que nosotros queremos hacer al utilizar este enfoque, es proporcionar experiencias sensoriales controladas con el objetivo de controlar la integración sensorial del sistema nervioso central, y la integración sensorial es todo. Para moverse, para aprender una cosa nueva, para reaprender algo, para relacionarte con los demás, para asimilar la información... es todo lo que hacemos, en el momento que abres los ojos por la mañana ya estás poniendo en marcha ese proceso. Nosotros como terapeutas ocupacionales, si tenemos

este componente sensorial en cuenta, podemos ayudar a que las personas sean más eficaces. El sistema táctil, vestibular, o propioceptivo, son realmente los sistemas básicos de los que nos vamos a ocupar.

Una intervención basada en la integración sensorial representa una experiencia sensorial, junto con un desafío basado en el problema funcional, y todo ello dentro de un contexto significativo y de interacción social. Por ejemplo, si tengo que reaprender a vestirme pero cada vez que me agacho pierdo el equilibrio, no estoy respondiendo muy bien al input vestibular. Bajo la cabeza y pierdo la noción de donde está arriba y donde está abajo, que puede pasar cuando hay un accidente cerebrovascular, largas temporadas inmovilizado y en multitud de ocasiones. Qué tal si incorporo un poco de input vestibular como mecerse, saltar en una cama elástica si se puede, o sentarse en un balón terapéutico para dar un poco de input vestibular justo antes de realizar esta actividad que requiera que yo reaccione de modo adecuado a un cambio postural como es el implicado en ponerse los pantalones o los calcetines o reaprender la marcha, o hacer transferencias. La idea no es dar input sensorial "así como así", y no estamos hablando de dar estímulo sensorial sin más, no estamos hablando solo del aprendizaje de habilidades específicas. A veces, se dice que se va acostumbrando, o está aprendiendo a acostumbrarse, y no es exactamente eso. Tampoco es psicomotricidad aunque en algunos momentos se pueda parecer, tampoco es rehabilitación física, es otra cosa.

El terapeuta ocupacional puede intervenir en varios niveles: en terapia directa con el paciente (recomendaciones para el hogar, diseño de dietas sensoriales, es decir, cómo incorporar ciertos estímulos en la vida diaria de esta persona) o en colaboración con los demás profesionales (por ejemplo recomendaciones y adaptaciones para auxiliares, enfermeros y familiares que cuidan a esa persona). Me viene a la mente, por ejemplo, que en determinados momentos, una persona puede estar desbordada sensorialmente después de una inyección o un examen desagradable, y entonces llegas para hacer una actividad difícil en ese momento, y a lo mejor no es un buen momento para hacerla. O lo contrario, una persona acaba de despertar y puede estar en un estado de alerta bajo, y antes de intervenir con tu paciente, a lo mejor habré

que activar con determinados input sensoriales para que la persona sea más receptiva.

En nuestras clínicas necesitamos espacios grandes, que haya lugar para movimiento, para columpios, espacio para experimentar con el cuerpo.... Demasiadas veces me encuentro que el departamento de Terapia Ocupacional es un despacho, y yo realmente en un despacho solo sé hacer mis informes, necesito espacio para trabajar.

Referente a las dietas sensoriales; ¿cuántas personas aquí duermen mejor si tienen una colcha que les pesa encima del cuerpo? Eso es un input sensorial calmante, de tacto profundo. Si la colcha se cae al suelo, despiertas, no es un capricho, necesitas ese input sensorial que baje tu estado de alerta para dormir. Creo que todas las instituciones tanto para adultos, jóvenes y ancianos, deberían tener gimnasia, jardín, deporte a la medida de cada uno... Necesitamos ese tipo de actividades para poder obtener el input que nos regula. En mi caso, trabajo bastante con escuelas intentado buscar maneras de incorporar el input propioceptivo, táctil o vestibular en la jornada escolar. No les podemos pedir a los niños que estén todo el día sentados y funcionando bien, y ser agradables, y respetuosos, y prestando atención, y aprendiendo en estas condiciones, es sencillamente antinatural. En los centros, cosas como camas elásticas, mecedoras, hamacas, todo tipo de rincones más tranquilos donde podrías obtener el input sensorial similar al que obtendrías en tu casa, con tu pareja, estos rincones que te ayudan a estar más tranquilo. ¿Quién de aquí duerme fatal cuando por ejemplo tiene que dormir en un hotel o en casa de alguien? Tenemos dependencia de ciertos estímulos que vamos organizando en nuestras propias vidas.



Precaución, nunca obligar a una persona a recibir un estímulo que no quiere. La estimulación sensorial es frecuentemente sobre utilizada o mal utilizada, también hay una tendencia de meter a la gente en la sala Snoezelen, y otros contextos de estímulo sensorial, sin saber muy bien ni el perfil sensorial de la persona, ni los efectos que puede tener sobre esta persona en particular, y eso puede a veces provocar más problemas.

Ahora voy a enseñaros unos vídeos [Vídeos]

En el primero, es un paciente que antes del accidente consultaba conmigo porque es una persona que de pequeño era muy inquieto, de adolescente tenía problemas de insomnio, de nerviosismo, y me dice, por ejemplo, que donde duerme mejor es en autobús y en el tren. En general es una persona que siempre ha buscado actividades muy intensas por ejemplo surf, patinete... muchas actividades vestibulares. Tuvo un accidente de trabajo, un accidente que le obligó a estar con la mitad del cuerpo inmovilizado porque tenía una operación muy importante en una mano y en un pie, y no podía ni mover la pierna, ni la mano, ni el pie. Voy a enseñaros las actividades que realizaba para relajarse antes del accidente. Esta actividad se llama "el helicóptero"; una persona adulta normalmente no la tolera porque da un gran input vestibular y no lo soportamos, pero las personas como este chico, lo buscan. Una actividad como esta tiene para él el efecto de una benzodiazepina, si os fijáis en la cara es como si dijera "me siento genial". Esto es lo que venía a hacer cuando se sentía agobiado después del día de trabajo, para dormir bien. Llevaba tres días en el hospital, no podía dormir, ni relajarse, a pesar de que le administraban

calmantes. Entonces me llamó su mujer a ver si podía ayudarle ya que necesitaba ese input vestibular. Como podía mover únicamente la cabeza se me ocurrió hacer una hamaca para la cabeza, que colgase de la agarradera para que moviera el cuello, lograra calmarse y dormirse. Funcionó, ante el asombro de las enfermeras.

También tenemos las ocupaciones y los entornos que nos dan oportunidades para recibir el input sensorial calmante. Por ejemplo en el aeropuerto de Boston para esperar el avión tienen 20 mecedoras para relajarse; en el parque de Helsinki hay columpios para adultos. Esto si lo tuvieses en el parque de un hospital o en el jardín de las residencias, adaptados a diferentes discapacidades físicas, disminuiría la toma de medicamentos para dormir, para controlar la ansiedad.... Una silla de estas debería estar en todas las residencias y hospitales, es input vestibular, y se puede modificar el ritmo para que sea más calmante o tenga mayor intensidad.

Después, hay que tener en cuenta las actividades que realizan las personas adultas, que los fines de semana disfrutan haciendo cosas como estas que veis ahora. Esto es muy sensorial, son estas cometas que solo con sujetarla ya es trabajo físico intenso, y después se montan en un carrito para rodar con la fuerza del viento. Pensar que estas son un tipo de actividades muy intensas a nivel sensorial, que alguien que a lo mejor tienes como paciente, es lo que hacía en sus fines de semana y ahora está inmovilizado. Nuestro reto es crear dentro de un contexto con limitaciones, ocupaciones que llenen a estas personas con el input sensorial que ellos normalmente buscaban para regularse.

Bueno esto es todo, ahora estoy dispuesta a responder vuestras preguntas.

Preguntas:

- 1- **P:** A mí me gusta el campo de la integración sensorial, y me preguntaba cómo una vez terminados los estudios de Terapia Ocupacional, ¿cómo podría seguir formándome en este campo?

R: Hay varias posibilidades, ahora mismo en España hay dos programas podríamos decir. El programa más reconocido a nivel internacional se da en España: Programa de formación que ofrece la Universidad del Sur de California. Es un curso que no está pensado para personas que sea su primer contacto con la integración sensorial. Desde mi punto de vista es un curso para el que es necesario hacer previamente una introducción o tener por lo menos un conocimiento básico. Doy una formación básica de tres cursos, en los cuales se añade una estancia práctica. Cada uno decide por donde prefiere empezar, pero yo recomendaría que para sacarle provecho se fuese un poco preparado ya que, aparte de excelentes, estos cursos son muy caros. En mi página web hay información sobre formación, artículos, enlaces, etc. (www.ibeaudry.com)

2- P: ¿Cómo puedo reconocer en un adulto los problemas de procesamiento sensorial?

R: Tanto en niños como en adultos cuando vemos que una persona tiene lo que normalmente consideramos vagancia, desinterés, torpeza... sin que exista una razón clara, como en una lesión o una enfermedad muchas veces puede tener una relación con un desequilibrio sensorial. Hay que considerar lo que hablamos antes, la persona viene con un perfil sensorial, las ocupaciones, el entorno, todo esto influye muchísimo también. Pero cualquier rasgo de conducta que no se ve muy bien explicado por la lesión o el procesamiento cognitivo, dices tú "¿por qué esto no lo acaba de aprender? O ¿por qué no acaba de reaccionar adecuadamente?", pues tal vez podría ser porque se encuentra en un estado sensorial desorganizado.

3- P: ¿Hay alguna investigación que apoye el uso de la integración sensorial en el adulto?

R: Sí, sí que las hay, y cada vez más. En el Reino Unido es uno de los sitios donde más investigación se está haciendo en el campo de los adultos. Hace dos años hubo un congreso de integración sensorial en Portugal, y unas investigadoras presentaron su trabajo en una persona con Trastorno de Personalidad Límite, y otra persona con Esquizofrenia.

Aunque son casos clínicos, es el primer escalón en lo que digamos es práctica basada en la evidencia. Faltan más investigaciones, pero estos casos clínicos que se están publicando son muy prometedores; fue una intervención de 4 o 5 meses, un seguimiento, una dieta sensorial, y los ingresos hospitalarios se redujeron drásticamente. Esta persona, presento los resultados en el hospital, e inmediatamente contrataron otros seis terapeutas ocupacionales, y construyeron una sala completa para el tratamiento de adultos en la integración sensorial. Porque un ingreso de un día en un hospital es muy caro, y de repente, haciendo esta terapia no ingresan, o ingresan muy poco. Los administradores lo reconocieron. Creo que esa es la línea, ya que si podemos hacer casos clínicos sólidos es muy importante, y es la manera de crear la evidencia que necesitamos.

4- P: ¿Cómo deberíamos diseñar los espacios terapéuticos para poder tener en cuenta el equilibrio sensorial?

R: Como decía antes, creo que es esencial que tengamos en cuenta qué hacemos nosotros en nuestras vidas diarias. Si tú estudiaras en una institución, ¿cómo te sentirías? Yo siempre lo pienso, yo en un hospital me vuelvo loca a los dos días, entonces, ¿qué necesitamos? Necesitamos espacios que se parezcan a lo que nosotros buscamos en nuestra vida diaria, necesitamos un jardín, necesitamos mecedoras, necesitamos privacidad, necesitamos un lugar tranquilo, necesitamos un gimnasio, necesitamos una piscina, necesitamos cosas que son las que buscamos, iluminación, rincones para las personas que quieren alejarse del bullicio. Desde la unidad de neonatos hasta las residencias geriátricas, buscar lo que esa persona en un entorno óptimo y natural obtendría. Por ejemplo, en neonatos estaría en brazos de su madre, pues habría que hacer todo lo que pudiéramos para conseguirlo; en geriatría estaría en un salón acogedor de su casa, con sus actividades y sus visitas, su mascota... lo que sea reproducir ese entorno en el que la persona se encontraba más a gusto.

Gracias a todos por venir. Gracias por vuestro interés y atención, y ya sabéis donde estoy. En www.ibeaudry.com me podéis contactar.

SESIÓN 3:

“Lesión tendinosa traumática en la mano: evaluación y tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional”



19 de abril de 2013

Lugar: Salón de actos del Hospital Monte Naranco. Oviedo

Ponente: Bárbara Mallada Gutiérrez

Modera: Francisco Cabal Álvarez

Transcripción: Francisco Cabal Álvarez

Lesión tendinosa traumática en la mano: evaluación y tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional

Buenas tardes a todos. Bienvenidos a la tercera charla del cuarto ciclo de sesiones clínicas. Esperamos que os parezca interesante y que aprendáis un poco a cerca de la lesión tendinosa traumática en la mano, su evaluación y el tratamiento desde la Terapia Ocupacional. A mi lado se encuentra Bárbara Mallada Gutiérrez, terapeuta ocupacional en el centro de día de personas mayores de Pola de Lena y con una breve, pero intensa, trayectoria profesional. A continuación, os leeré un breve fragmento, a modo de resumen, publicado en la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional.

"La función normal de la mano refleja la integridad de los tendones extensores. Su contribución al balance articular, fuerza, destreza y funcionalidad de la misma es fundamental. El tratamiento rehabilitador postquirúrgico de las lesiones de dichos tendones es de vital importancia para evitar limitaciones en la función global de la mano, que comprometan la capacidad del paciente para ejecutar las actividades de la vida diaria de manera independiente". A continuación os dejo con Bárbara, muchas gracias.

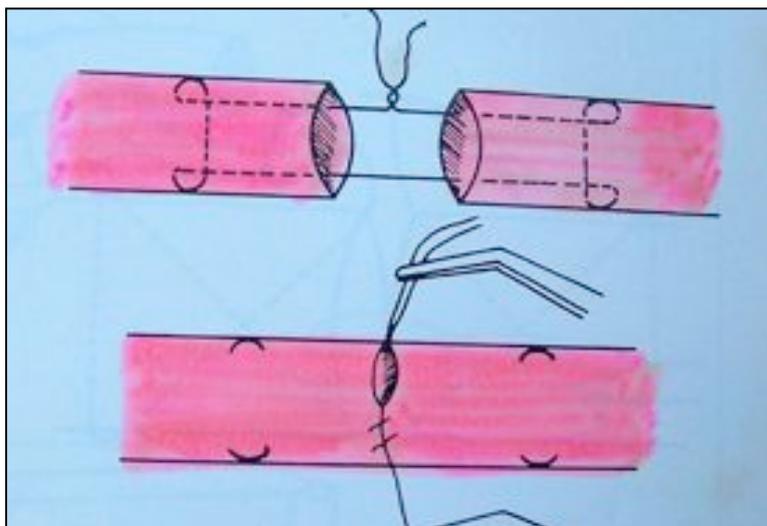
Buenas tardes a todos. En primer lugar quiero empezar por los agradecimientos. Agradecer a Francisco por la presentación y la introducción al caso clínico, agradecer a vosotros por estar hoy aquí y a la organización de este ciclo por darme la oportunidad de desarrollar este caso. Ya os habló un poco Francisco de los puntos que vamos a tratar así que si os parece, empezamos ya a desarrollarlo.

Se trata de un paciente varón de 27 años, es estudiante, tiene un predominio funcional derecho y no presenta ningún antecedente clínico relevante. Cabe destacar también, que toda la intervención de este caso se lleva a cabo en el ámbito domiciliario.

Este capítulo debe referenciarse como: *Mallada Gutiérrez, B. "Lesión tendinosa traumática en la mano: evaluación y tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional"* En: Sanjurjo Castelao, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2014. p(50-59)

El paciente sufre una lesión traumática completa del tendón extensor del tercer dedo de la mano izquierda, la afección tendinosa se localiza a nivel dorsal en la zona anatómica número tres. La foto de la derecha no se corresponde con este caso pero he querido incluirla para que veáis la flexión forzada a la que está sometido el tercer dedo como consecuencia de la sección completa del extensor. Es previa al tratamiento quirúrgico.

El paciente es intervenido a través de una sutura primaria, es decir, es intervenido quirúrgicamente dentro de las primeras 24 horas posteriores a la lesión. Esto se debe a que fue un sección limpia, y no presentaba mayores complicaciones. El método utilizado es el Kessler, que permite técnicas de movilización precoz durante la rehabilitación postquirúrgica y además aporta una mayor resistencia tendinosa durante el proceso de cicatrización. Esta característica va a beneficiarnos a la hora de intervenir en el tratamiento postquirúrgico.



Al paciente se le coloca un vendaje enyesado que va desde la parte proximal del antebrazo hasta las falanges más distales de los últimos cuatro dedos dejando libre el pulgar. La mano es inmovilizada en posición funcional y el tratamiento ortopédico se alarga durante 3 semanas. Cabe destacar que el equipo médico que lleva a cabo la intervención inicial, cirugía y ortopedia, no instruye en ningún momento al paciente en la necesidad de mantener un plano inclinado. Esto, como veremos después, va a tener unas repercusiones negativas.



Concluido el tratamiento ortopédico empieza nuestra evaluación. En primer lugar observamos que la cicatriz del dorso se encuentra todavía en fase de regeneración presentando tramos de costra superficial. En cuanto a la cicatrización tendinosa los estudios hablan de un proceso que abarca tres fases: una primera fase que incluye de los 3 a los 5 primeros días, la segunda fase que abarca de la tercera semana hasta la sexta y una tercera fase que va de los seis meses a los ocho. Atendiendo a esta clasificación concluimos que el paciente se encuentra en la segunda fase, por tanto cualquier movilización que hagamos, activa o pasiva, ha de ser muy cuidada ya que la resistencia del tendón está claramente disminuida y puede haber lesiones.



La capacidad funcional de la mano se encuentra comprometida, observamos además a nivel de mano y dedos un edema de tipo ortostático con signo de fóvea a la presión positivo.

Atendiendo a la localización anatómica de la sección tendinosa, a su profundidad y a los resultados de la exploración se concluye que no existe implicación nerviosa destacable. Del mismo modo, a través de la palpación y la comparación con otros segmentos corporales se observa que en el antebrazo izquierdo hay atrofia muscular con una pérdida visible de volumen. Valoramos también la fuerza muscular a través del test propuesto por el Comité de Investigación Médica del Reino Unido ocupando el paciente un nivel 4 negativo, es decir, es capaz de vencer un movimiento contra gravedad y con una mínima resistencia.

Valoramos ahora los niveles actuales de amplitud articular a través de un goniómetro y comparando con los índices normales de rango. Concluimos que en la muñeca hay una disminución notable, con un movimiento de circunducción apenas perceptible. En cuanto a la metacarpofalángica del tercer dedo solamente hay contracción sin desplazamiento. El resto se encuentra en un nivel muy por debajo de lo que se considera normal. En las interfalángicas del tercer dedo no hay movimiento ni a nivel proximal ni a nivel distal, y en el resto la disminución también es destacable.

La exploración del arco de movimiento pasivo se lleva a cabo de manera individual en cada dedo y en cada articulación. En el tercer dedo en la valoración inicial no se aplica movimiento atendiendo al dolor que el paciente refiere y a la baja resistencia tendinosa. En el resto se concluye que no existen acortamientos musculotendinosos y que los rangos de amplitud articular son mayores que los concluidos en la movilización activa.

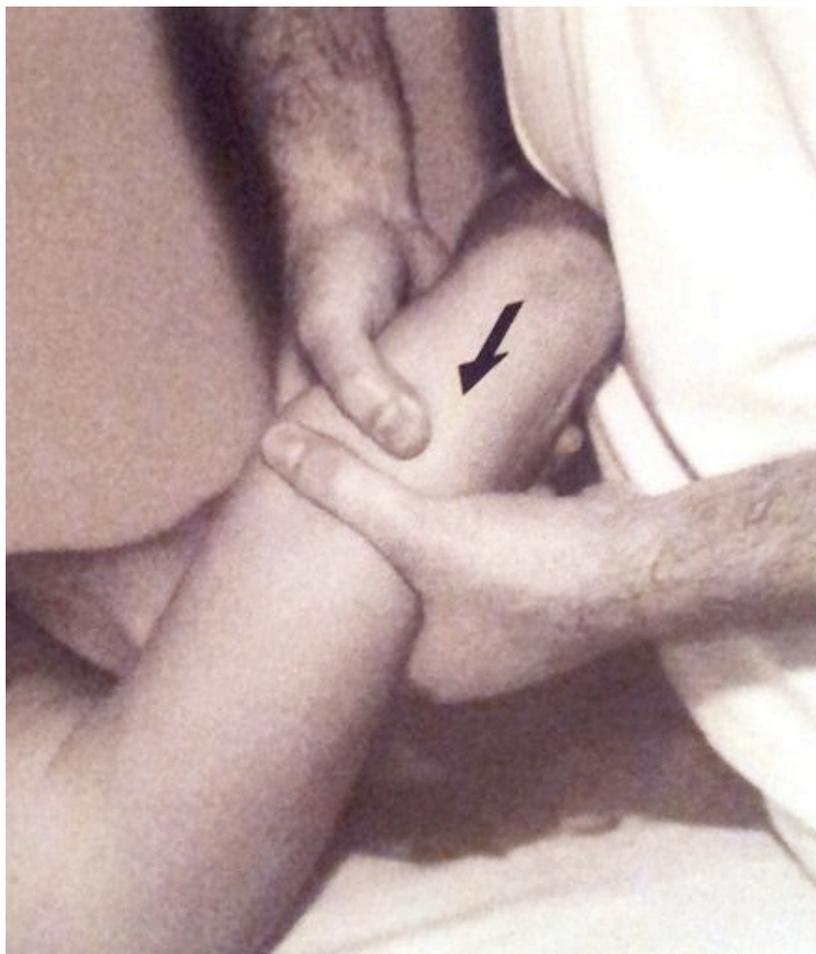
Como os decía el paciente refiere dolor en el dorso de la mano, en el punto de la sección tendinosa. Es un dolor agudo de carácter intermitente que se agudiza frente a la movilización del miembro superior izquierdo y frente a la palpación del resto de la mano. Sin embargo tras un periodo de reposo de aproximadamente 50 minutos, ese dolor tiende a disminuir.

Se lleva a cabo una exploración sensitiva de las formas primarias de sensibilidad y de las sensaciones corticales y discriminatorias, concluyéndose en ambas que no existen ni ausencia ni disminución de la percepción sensitiva. Sin embargo el paciente refiere entumecimiento y hormigueos constantes, características descritas en la clínica de las parestesias de Berger.

Concluida la evaluación kinesiológica se lleva cabo una valoración del desempeño de las actividades de la vida diaria, teniendo como resultado que el paciente presenta un alto nivel de independencia. Esto se debe en gran medida a su edad, a las características físicas que presenta y al predominio funcional derecho del que os hablaba al principio. Si bien es cierto que durante el período de inmovilización ortopédica, los tiempos de ejecución de las tareas eran mucho más largos que antes de la lesión.

Con los resultados obtenidos en la evaluación se plantean las siguientes líneas de trabajo: es necesario en primer lugar disminuir el dolor y la inflamación edematosa así como prevenir la aparición de posibles adherencias cicatriciales. Otro punto a tratar es la reducción en la aparición de parestesias. Es necesario también recuperar el rango articular previo a la lesión, normalizar el tono y potenciar la fuerza muscular.

A partir de estos objetivos, planteamos la primera semana de intervención centrándonos principalmente en: el edema, la reducción de las parestesias, el dolor y el estado de regeneración cicatricial. Por tanto, el primer paso es instruir al paciente en el mantenimiento de planos inclinados para el miembro superior izquierdo, así como el mantenimiento de la posición funcional de la mano. Asimismo aplicamos masajes de drenaje en todo el miembro superior izquierdo combinando principalmente dos técnicas: el movimiento anti edema (descrito en la foto) y los pases suaves que son deslizamientos ascendentes y descendentes por todo el miembro afectado. Los pases suaves se llevan a cabo siempre previos al movimiento anti edema y para finalizar el masaje. Se trabaja también la prevención de la aparición de posibles adherencias cicatriciales. En este caso la técnica utilizada es un masaje en "Z", atendiendo al grado de regeneración cicatricial hay que hacer una aplicación muy suave para evitar posibles roturas.



Tras la consecución de estos primeros objetivos, seguimos avanzando en el plan de intervención y para la segunda y la tercera semana incluimos como primer paso ejercicios isométricos para el antebrazo izquierdo con el fin de ganar en volumen y masa muscular. En la tercera semana y atendiendo a la mejora de la regeneración cicatricial incluimos ejercicios de movilización activa del miembro superior izquierdo dentro de agua caliente. Las movilizaciones son muy suaves y se llevan a cabo, además, estiramientos suaves atendiendo al posicionamiento de las articulaciones: empezando por flexión palmar e incluyendo después flexiones de las articulaciones más distales.

Como última actividad de esta fase se llevan a cabo las movilizaciones pasivas, estas son suaves y muy cuidadas, atendiendo a los ejes y planos corporales y a las sinergias presentes en las articulaciones.

Concluida esta fase de tratamiento iniciamos ya la cuarta semana con unos objetivos un poco más ambiciosos, se lleva a cabo la movilización activa de todas las articulaciones implicadas en el tratamiento ortopédico desde

mano, muñeca, etc. además se plantea el entrenamiento en la capacidad de adaptación de la mano a través de la repetición de presas y pinzas de precisión



Transcurridas cuatro semanas de la intervención se plantean una valoración de los resultados obtenidos, concluyendo que hay un remisión de las parestesias, del dolor y de la inflamación edematosa presente en el miembro superior izquierdo. Los niveles de fuerza y volumen muscular del antebrazo han aumentado, así como los niveles de rango y movimiento llegando a acercarse a los niveles previos a la lesión.

Para garantizar que los resultados obtenidos se mantienen, al mes de concluir la intervención postquirúrgica, se lleva a cabo una valoración de seguimiento.

Si recordáis, al principio cuando se describía el tratamiento ortopédico os decía que este había generado varias repercusiones negativas en la recuperación funcional del paciente. El hecho de que el paciente durante todo el proceso de inmovilización ortopédica no mantuviese planos inclinados provocó la inflamación edematosa que fue necesaria tratar en la primera semana de intervención. Además para este grado de lesión, el vendaje implica demasiadas articulaciones de manera innecesaria ya que, para evitar limitaciones en el rango de movimiento, es necesario implicar el menor número posible de articulaciones. Por otro lado el tipo de vendaje es cerrado, va desde el antebrazo hasta las falanges distales impidiendo la posibilidad de mantener un seguimiento del segmento osteomuscular, siendo factible que cualquier alteración a nivel de vascularización, de movilización o de sensibilidad no pudiera ser detectado. Por otro lado el período de inmovilización es muy largo, abarca tres semanas completas y tras el mismo se observa que el estado de la cicatriz se ha visto alterado. Cuando se retira al vendaje, si recordáis, observamos que la cicatriz estaba todavía en fase de regeneración y presentaba tramos de herida, si no abierta, con costra superficial.

Quiero hablaros ahora de la importancia de trabajar este tipo de lesiones desde el campo de la Terapia Ocupacional. Como sabéis la mano tiene una gran repercusión a nivel funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria a través de sus distintas funciones: la función motora que permite las pinzas y las presas así como la oposición del pulgar, la función perceptiva que permite el reconocimiento de objetos, la función expresiva que apoya la comunicación no verbal y la capacidad de adaptación que proporciona a la función motora, presas más complejas y específicas. Cualquier lesión tendinosa puede disminuir o abolir estas funciones siendo factible una pérdida en el desempeño de las actividades de la vida diaria y es en esa repercusión donde entra nuestra intervención

Conclusiones de este caso; tenemos como alto factor condicionante, además de manera negativa, el tratamiento ortopédico por lo descrito con anterioridad,

Jugó a nuestro favor la edad del paciente, la localización de la lesión, el hecho de que fuesen los extensores de los dedos, que tienen por norma

general mejor pronóstico de recuperación funcional, y las características del tratamiento quirúrgico.

Ya para terminar quería destacar la importancia de una formación profesional actualizada a nivel de anatomía, de biomecánica y de kinesiología, para garantizar una intervención con el paciente con un nivel de éxito importante.

Por mi parte nada más, solamente agradeceros la atención.

SESIÓN 4:

“Hipoterapia y rehabilitación de las actividades de la vida diaria en el contexto ecuestre”.



26 de abril de 2013

Lugar: Salón de actos del Hospital Monte Naranco. Oviedo

Ponentes: José Martínez Serrano y Ángela Nicolás Muñiz.

Modera: Cristina Menéndez Santos

Transcripción: Cristina Menéndez Santos

Hipoterapia y rehabilitación de las actividades de la vida diaria en el contexto ecuestre

José: La idea de esta sesión clínica es acercar todas las oportunidades de rehabilitación que ofrece la terapia asistida con caballos. Muchas veces se oye hablar de esto sin tener una noción concreta de cuál es la finalidad del uso del caballo y cuáles son las herramientas que puede utilizar el terapeuta ocupacional para mejorar la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), que al fin y al cabo es nuestro objetivo. Una definición de terapia asistida con caballos sería: "las actividades que se realizan con el caballo, ya sea la monta del caballo propiamente dicha o las múltiples tareas que están vinculadas a los múltiples cuidados del caballo". Se interviene con todo tipo de discapacidades, escogiendo actividades concretas para cada persona dentro del contexto ecuestre.

La terapia asistida con caballos se clasifica en función del tipo de rehabilitación en:

1. Hipoterapia: rehabilitación de problemas físicos-discapacidad física.
2. Equitación terapéutica: problemas de conducta, salud mental.
3. Equitación adaptada: práctica deportiva en sí misma.

¿Por qué el caballo para la rehabilitación de las AVD?

- Por el movimiento que produce en la monta.
- Estimulación multisensorial (olor, tacto, emoción, etc.).
- Posibilidades que ofrece el entorno ecuestre para adaptar actividades y mejorar la independencia en las AVD, siendo este nuestro objetivo.
- Vínculos sociales (realización de sesiones grupales con actividades graduadas en función de las necesidades que presente cada persona).

A continuación, se expone un vídeo del movimiento del caballo, para que analicemos la biomecánica en los movimientos del mientras se monta.

Este capítulo debe referenciarse como: *Martínez Serrano, J. Nicolás Muñiz, A. "Hipoterapia y rehabilitación de las actividades de la vida diaria en el contexto ecuestre"* En: Sanjurjo Castelao, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2014. p(62-68)

Ángela: Cuando se grabó este video elegimos a una persona que no tuviese experiencia al montar, para que no realizara el movimiento forzado. Con el fin de conseguir un movimiento que sea beneficioso tenemos que escoger un caballo con un paso regular y simétrico, queremos que empuje lo mismo con una pata que con la otra, ya que va a repercutir el movimiento de la pelvis del animal en la pelvis del paciente. Hay que fijarse en las características morfológicas del animal, la anchura, la altura. En función de la persona que vaya a montar se selecciona el más adecuado.

José: como veis el movimiento del caballo ofrece muchas posibilidades, el input sensorial del caballo por poner un ejemplo, favorece el peristaltismo intestinal facilitando la actividad básica de la vida diaria-deposición a una persona que esté en silla de ruedas con problemas de estreñimiento.

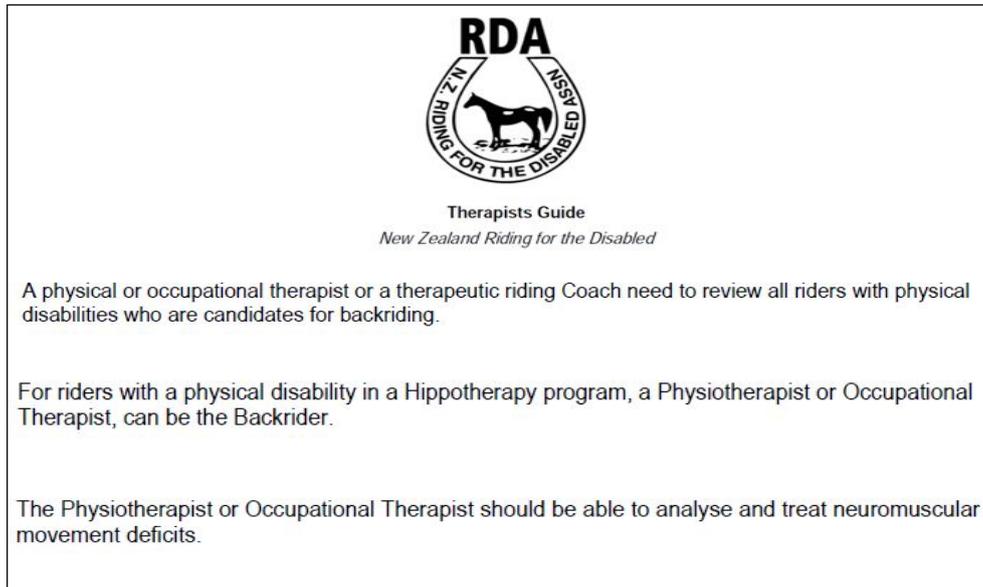
La estimulación multisensorial, que ya comenté antes, a nivel táctil, olfativo, visual, auditivo, vestibular y propioceptivo, es labor del terapeuta ocupacional dosificarla en contexto ecuestre para obtener unos beneficios concretos con la actividad que se realiza.

Las emociones positivas favorecen la adquisición de aprendizajes, en niños, en mayores, salud mental, etcétera.

En cuanto a las ocupaciones variadas que ofrece el contexto ecuestre vamos a desglosar las principales, veréis que hay muchas posibilidades de adaptación de la actividad.

Los recursos que se utilizan en las terapias ecuestres, son:

- Terapeuta ocupacional y otros profesionales
- Caballos de diferentes características (tamaño, actitud....).
- Materiales.
- Infraestructuras.



La guía que colgamos en la página www.therapeutica.es está bastante completa, recoge cuáles serían las funciones y los objetivos del terapeuta ocupacional en las terapias ecuestres, como son:

- Realizar un examen exhaustivo a nivel físico a los usuarios susceptibles de practicar la equitación, por las contraindicaciones que existen.
- Realizar la monta gemela (montar a la vez que el paciente), ya que dependiendo del caso se puede requerir un jinete detrás para mantener la postura correcta, etcétera.
- Analizar los problemas neuromusculares que alteran al movimiento y su función.

Tras esto, os dejo con Ángela que va a tratar más temas.

Ángela: Bueno, si tenemos en cuenta cuál es nuestro instrumento de trabajo, podemos analizar la actividad significativa de cada persona en relación con el caballo. El caballo es un animal que siempre estuvo ligado a la persona, inicialmente para el trabajo y fue evolucionando hacia usos de ocio, deporte....

Las actividades elegidas tendrán un fin en sí mismo, que es la propia ocupación, por ejemplo limpiar al caballo, utilizando esta actividad con unos objetivos terapéuticos, fijándonos en el buen manejo del utensilio, buenas

prensiones, que sepa qué secuencia seguir, iniciar la actividad, saber cuándo se acaba, etcétera.

Más aportaciones del caballo, pues como bien decía José, es un excelente motivador, y el tema de las emociones va a estar presente en todas las situaciones.

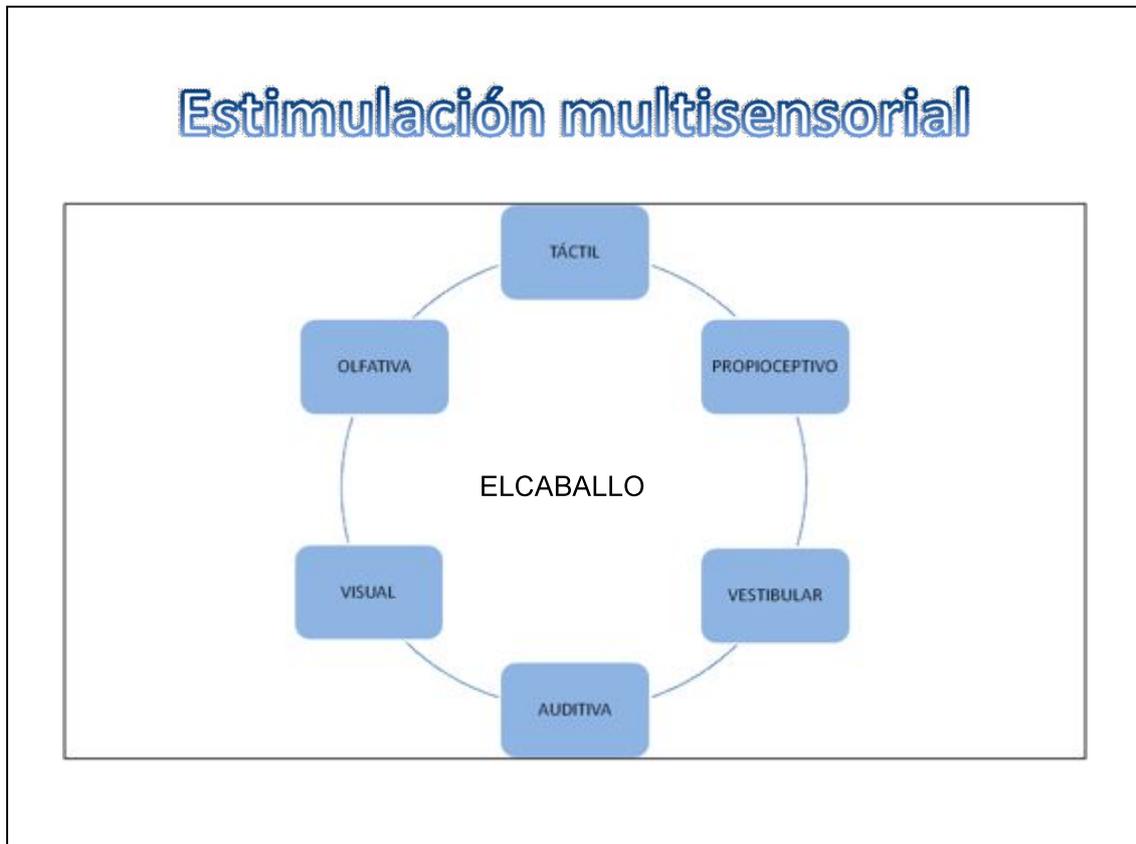
El caballo nos brinda actividades que requieren componentes y habilidades de ejecución que vamos a necesitar todos en nuestro día a día. Esas habilidades vamos a poder entrenarlas en contextos normales. Por ejemplo, llega el usuario, está cepillando a su caballo y se encuentra con una serie de dificultades que va a tener que superar, pudiéndose equiparar esas dificultades a las que se va a encontrar en su día a día.

¿En qué nos vamos a basar para decir que un tratamiento es efectivo?

La estimulación multisensorial, tanto en el trabajo "pie a tierra", que son todas las actividades que realizamos con el caballo aunque no estemos subidos en él, como el cepillado, limpieza de los cascos, mantenimiento del equipo etc..

Las actividades sobre el caballo para trabajar el sistema vestibular y propioceptivo, el movimiento, los pulsos rítmicos, lo cual va a ser guiado por el terapeuta ocupacional en función de lo que se quiera conseguir.

La presencia de emociones positivas, vuelvo a incidir, que siempre van a favorecer los aprendizajes.



¿De qué se puede servir un terapeuta ocupacional para trabajar con el caballo?

1. Actividades "*pie a tierra*": son las actividades de cepillar al caballo, bañarlo, limpieza de cascos, colocar los equipos, etc. Todas estas actividades se realizan en la práctica deportiva de equitación y responden a las actividades que realizan los mozos de cuadra o a la afición del jinete. Nosotros las vamos a realizar adaptadas, guiadas y graduadas para conseguir el objetivo terapéutico. De estas actividades, la "estrella" es el cepillado, por la adaptabilidad que tiene.
2. Actividades "*a caballo*": en estas, vamos a hacer dos distinciones, las cuales son:
 - a. Montar activa: uso de riendas. El jinete va a tener una intención y se va viendo el avance en función de lo que se pretenda conseguir.
 - b. Montar pasiva: caballo guiado por el terapeuta ocupacional, mientras el paciente va a intentar mantener el control postural y

servirse de ese movimiento para la ante/retroversión, rotaciones y movimientos laterales de pelvis, así como la disociación de la cintura escapular y la cintura pélvica.

Como os decía antes, en el trabajo "pie a tierra" podemos realizar diferentes actividades, las cuales son:

- Aseo del animal.
- Cepillado.
- Equipación del caballo.
- Transferencias del material.

Durante el trabajo "pie a tierra", sobre todo durante la actividad del cepillado, son tres pasos:

1. Coger rasqueta: siempre haciendo círculos y a contrapelo.
2. Cepillo de raíz: para retirar todos residuos.
3. Cepillo de crines y cola.

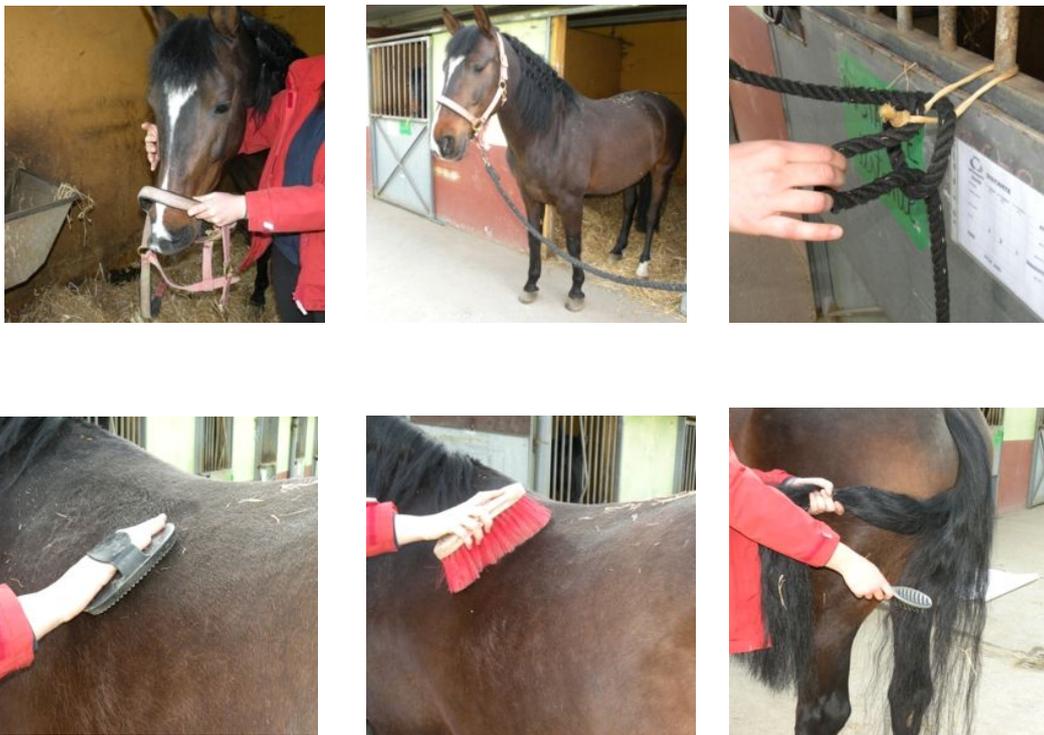
Normalmente, seguimos la secuencia anterior cuando se va a cepillar al caballo. Esto nos va a dar muchísimo juego. En tema de cepillos, podemos ir variando en función del grosor, del largo, etc., es ahí donde entra el terapeuta ocupacional a valorar en función de los objetivos.

Durante el cepillado, podemos trabajar, secuenciación, resolución de problemas, resistencias, etcétera.

Vemos ahora un vídeo de una persona con esclerosis múltiple realizando la actividad del cepillado. Ella tiene más afectado el hemicuerpo izquierdo y siempre carga el peso hacia el lado sano, ya que le da inseguridad cargar sobre el lado más afectado. Vamos a intentar que tenga un buen control postural durante la realización de las actividades, porque adopta posturas que van a conllevar un patrón limitante.

Otra cosa que me gustaría destacar, es que todas las actividades sean normalizadas, donde el entorno es cambiante y existen distractores, por tanto hay que modular las respuestas con personas que tengan déficit de atención, trabajando primero en el departamento y posteriormente en el entorno ecuestre.

A continuación, veremos otro vídeo de otra persona con la misma patología que padece una alteración importante a nivel sensitivo. Normalmente tiene la mano derecha abandonada, intentamos pues que realice la actividad integrando las dos manos y tome conciencia de ese miembro.



Otra actividad sería bañar al caballo, teniendo en cuenta que es una actividad que está más ligada al tema del tiempo y no se puede realizar con tanta frecuencia como el cepillado. Pues bien, ¿qué se necesita?: jabón, agua, rasqueta, etc., cosas básicas que todos vamos a utilizar en nuestro día a día. Los objetivos serían: optimizar la información sensorial, fomentar la ejecución de las AVD y fomentar el sentido de la responsabilidad, entre otros.

Actividad de limpieza y mantenimiento de cascos: ha de adoptarse una postura específica para realizar esta actividad que requiere bastante control postural. Los pasos son:

1. Retirar los residuos del casco del animal.
2. Limpiarlo con el limpia-cascos.

3. Pomada hidratante a los cascos para mantenerlos en buenas condiciones.

Limpieza y mantenimiento de cascos

Mantener los cascos del caballo en buen estado.

- **Objetivos terapéuticos:**
 - ✓ Favorecer la integración bimanual en el desarrollo de la actividad.
 - ✓ Trabajo en equipo.
- **Materiales:** Limpiacascos, cepillo, grasa o aceite específico para cascos.



Otra actividad sería el equipamiento del caballo. Siempre se hace después de haber realizado la limpieza del caballo. Normalmente, la sesión tipo sería cepillar, equipar y luego montar. Nos encontramos con que cuando tienen que coger todo el material, lo hacen a la vez y después no tienen sitio para llevarlo, se les ha caído algún material, no recuerdan si llevan todo o cómo han de ponerlo. Estas cosas pueden pasarle a cualquier persona en su día a día y ahí es donde vamos a enlazarlo con un contexto normalizado. Entonces, tenemos que ver qué está afectado y cómo hay que guiar esta actividad para que esta persona se organice y la complete de forma correcta.

EQUIPAR AL CABALLO



¿Dónde esta?
¿Cual es?
¡Se me cae todo!
¿Cómo lo llevo?



↓
DESTREZAS



El taller de guarnicionería, es todo lo referente al mantenimiento de equipos. Con esto algunos de los objetivos que podemos trabajar son: mejorar las destrezas manipulativas y la percepción-visión espacial. Se realiza de manera grupal como una cadena de montaje, pues uno desmonta, otro limpia, otro monta, etcétera.

Y aquí, tenemos un vídeo de un chico con parálisis cerebral limpiando la cabezada. Este chico realiza la mayoría de las actividades con el brazo derecho y olvida el brazo izquierdo, por tanto, durante esta actividad, se intenta que lo integre, de igual forma que se intenta que mantenga una postura adecuada mientras usa las dos manos.

Ahora vamos a entrar un poco en las actividades "a caballo". Como os había explicado antes, hay dos tipos de monta, la activa, donde el paciente toma una serie de decisiones como jinete, y la pasiva. Con la monta pasiva nos vamos a servir del movimiento, de la multiestimulación y con la activa vamos a trabajar la mejora del esquema corporal, la realización de movimientos

selectivos (movemos la rodilla hacia arriba, el pie derecho hacia fuera, las riendas hacia atrás...), la coordinación, la atención, etcétera.

Vamos a ver un vídeo de la persona que vimos antes cepillando, durante la monta. Tiene bastante espasticidad en aductores, empezando siempre a montar con un ritmo suave, y si el tono disminuye se aumenta la velocidad de la monta. En concreto, con esta persona, comencé a trabajar con riendas por un tema de autoestima. Es una persona mayor que toda la vida fue independiente y ahora con la enfermedad que padece (esclerosis múltiple), va necesitando ayuda progresivamente.

José: para terminar, como es una sesión clínica, hemos adjuntado en www.therapeutica.es varios de los principales estudios que hay relacionando terapeutas ocupacionales con el tema de la hipoterapia. El primer estudio que mostramos, no ha sido realizado por terapeutas ocupacionales, pero muestra un nivel de evidencia 1 y me pareció importante. La conclusión de este estudio, tras la realización de diversas investigaciones, es que la hipoterapia y la monta de caballo, mejora el control postural y el equilibrio en niños con parálisis cerebral, los detalles y estudio completo como he dicho antes los podéis consultar en la web.

Los estudios de terapeutas ocupacionales estadounidenses, muestran que 45 minutos a la semana durante dos o tres meses mejoran el control de tronco y el control cefálico en personas con parálisis cerebral.

Terapeutas ocupacionales japoneses, emplearon un simulador mecánico del movimiento del caballo y consecuentemente pusieron en marcha el estudio, donde concluyen que mejora el control motor y la integración sensorial.

Ángela: Solo comentar que los usuarios asisten a dos sesiones semanales de cincuenta minutos, donde se realizan veinte minutos de actividades pie a tierra, y treinta minutos de actividades de monta. No se excede el tiempo porque aparece fatiga, compensaciones, malos patrones posturales, etcétera.

SESIÓN 5:

“Intervención de Terapia Ocupacional en daño cerebral en el medio rural”



3 de mayo de 2013

Lugar: Salón de actos del Hospital Monte Naranco. Oviedo

Ponentes: Efrén Álvarez Acebal

Moderadora: Carla Pulido González

Transcripción: Efrén Álvarez Acebal

Intervención de Terapia Ocupacional en daño cerebral en el medio rural

Bienvenidos a la última sesión clínica de este cuarto ciclo de sesiones, que nos ayudan a mejorar nuestra práctica profesional, la presentación tiene el título de "Daño cerebral en el medio rural" y la lleva a cabo Efrén Álvarez Acebal, que es Diplomado en Terapia Ocupacional. Desde 2011 trabajando actualmente en la clínica de rehabilitación Kynestic en Pola de Lena.

Esta sesión la quiero presentar en asturiano porque es el Día de las Letras Asturianas y creo que merece la pena reivindicar la lengua asturiana como lengua oficial. La organización me dio todo su apoyo así que espero que os guste.

La sesión trata sobre el daño cerebral en el medio rural. Este caso se seleccionó, no por ser raro ni específico, sino por cómo se abordó, cómo se llevó a cabo, ante un problema que hubo y cómo actué. Creo que puede servir de ejemplo para más profesionales. Recordad que el daño cerebral se divide entre los que son adquiridos, que son los traumatismos craneoencefálicos y los accidentes cerebrovasculares, que ocurren de una forma repentina, y por otro lado están las demencias, que cursan de forma progresiva. Aparte de estos están las patologías oncológicas, las anoxias perinatales, infecciones, drogodependencias..., que también generan daño cerebral.

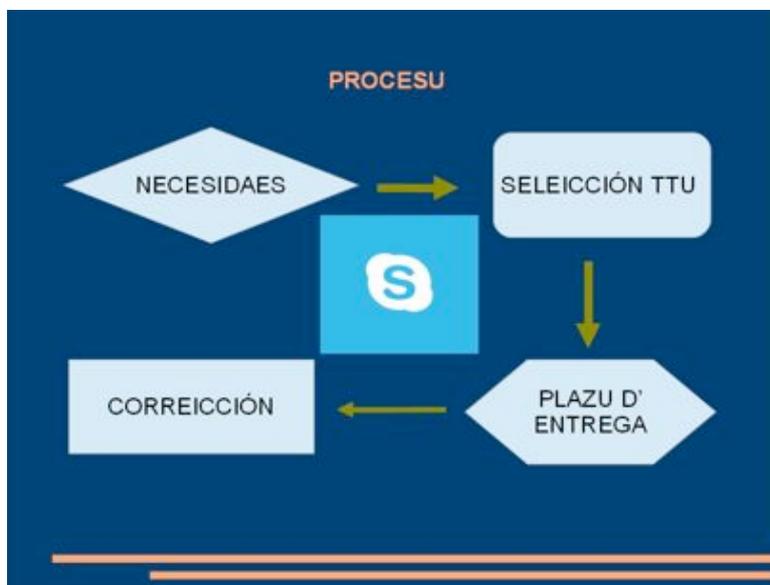
El caso concreto es de una mujer viuda de 77 años, ama de casa y que vive sola en un pueblo en el medio rural. No tiene antecedentes médicos relevantes hasta el momento en que se abordó el caso. El problema clínico por el que yo la atendí fue que tenía una demencia senil en estadio inicial diagnosticada por una neuróloga. Cuando yo ví a la paciente era independiente para las actividades básicas de la vida diaria, y era dependiente parcial para alguna instrumental, en este caso para la elaboración de comidas, para el manejo de dinero, para elegir, por ejemplo, el vestido y para preparar la

..... Este capítulo debe referenciarse como: Álvarez Acebal, E. "Intervención en Terapia Ocupacional en daño cerebral en medio rural" En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del IV ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2014. p(72-80)

medicación. Concretamente, no era un estadio muy avanzado, era inicial, el problema es que por ejemplo a la hora de elaborar una comida, olvida ingredientes alguna vez, o no sabía muy bien cómo llegar, por ejemplo a hacer una fabada, que requiere muchas tareas en la secuenciación. El manejo de dinero, simplemente porque no se aclara, empezaba a perderse de vez en cuando con los euros. Ella no necesitaba grandes conocimientos de su dinero, porque el hijo, que vive cerca se lo maneja todo. Ella vive en un pueblo por lo que no tiene un supermercado al que ir, las compras se las llevaba el hijo, entonces simplemente el dinero era para comprar el pan todos los días al panadero que iba al pueblo, o pequeñas compras en el bar.

En cuanto a la medicación el problema surgió cuando ella no sabía muy bien qué es lo que tenía que tomar.

Los instrumentos de evaluación que utilicé fueron las escalas: Lawton y Brody, Barthel, y el mini-examen cognoscitivo de Lobo. Estos fueron los resultados; para las básicas ella era muy independiente, en cambio podemos ver en el Lawton que para las instrumentales tenía dependencia, explicado anteriormente.



El problema que teníamos aquí era que no tenía accesibilidad al tratamiento, a mi intervención. La señora vivía en el medio rural, en un pueblo que estaba alejado de donde está mi clínica, que es en Pola de Lena, y no hay, no había un transporte público, por lo tanto dependía siempre de una persona que la trajera, que debería ser el hijo, en este caso, pero el hijo tenía que

trabajar así que no podía. Entonces ante esto nos toca pensar un poco, luego veremos cómo lo abordamos.

El objetivo principal es que la señora siga siendo independiente, que ella era lo que quería, seguir viviendo sola. Hay que darse cuenta de que el hijo vive al lado y siempre puede estar prestando un poco de atención sobre su madre.

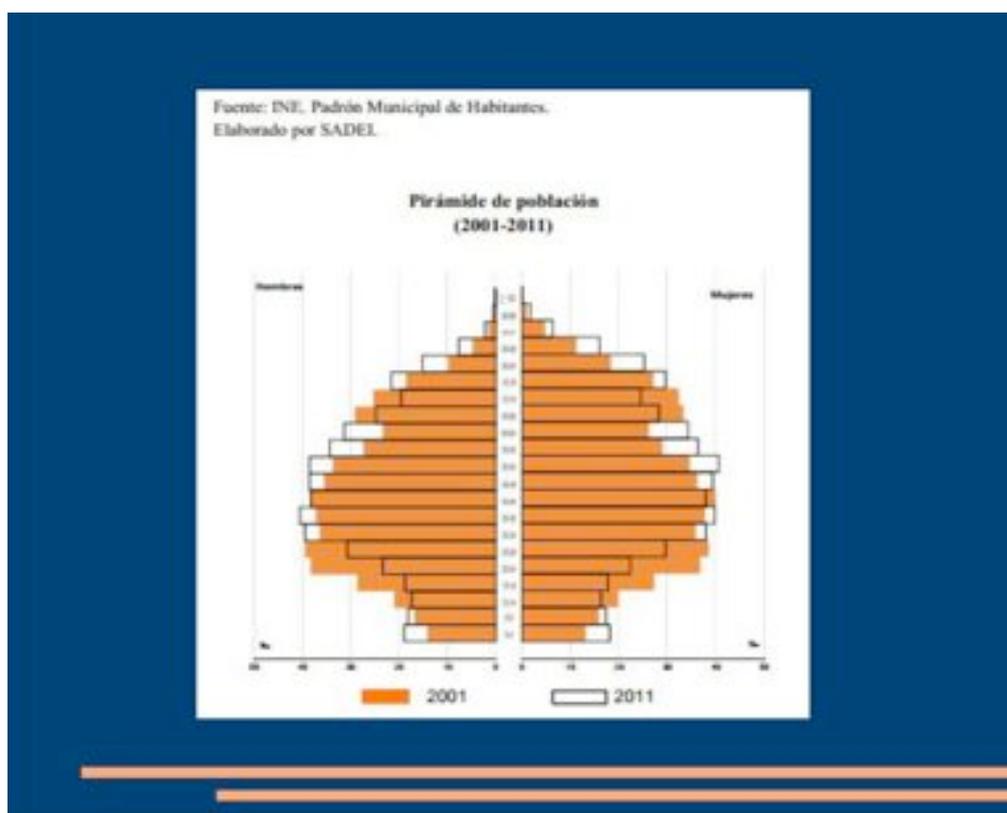
Entonces la intervención consistió en un pastillero, que ella semanalmente rellenaba con su hijo, y que él le comprobaba que todo fuera bien, y de esta forma ella seguía tomando las pastillas de forma adecuada. La organización de la ropa, por ejemplo, para que estuviera lo de verano solo disponible o solo lo invierno. Organizamos el dinero también para que tuviera justo el dinero que iba a gastar, porque son gastos cotidianos que siempre van a ser los mismos. También se organizaron los alimentos y a la hora de elaborar las comidas a ella se le prepararon unas recetas, que ella tenía encima de la mesa de la cocina y que tenía que fijarse siempre para hacer la comida.

Lo especial de la intervención fue el tratamiento por internet, luego veremos cómo fue, cómo se llevó a cabo. El hijo tiene acceso a internet, tiene un ordenador, y vive al lado de ella, entonces lo que se les propuso fue enviarle unas fichas de estimulación cognitiva referentes a las actividades instrumentales en las que ella fallaba, él las imprimía, ella las hacía, las escaneaba él y me las enviaba, yo las corregía, volvía a enviárselas y fue la manera con la que encontramos un tratamiento posible. Ella vivía lejos de la clínica, yo no podía ir allí, ella no podía venir..., fue la forma que encontramos para llevar a cabo la intervención.

Periódicamente realizaba una entrevista vía Skype en la que ella se ponía en el ordenador junto con el hijo y charlaba un poco yo con ella, la observaba, ella me contaba cómo le estaba yendo con las fichas....

Esto me llevó a una idea de cómo se puede llevar a cabo un tratamiento a distancia, y no sólo con una persona, sino con varias, y además que fuera más sencillo de lo que habíamos hecho hasta ahora, que no tuviera que depender de que el hijo imprimiera esa ficha, la tuviera que hacer, escanearla, mandármela, corregirla, etcétera.

Busqué información; el 23'7 % de la población asturiana pasa de los 65 años y un 35 % de las personas mayores de 65 tienen algún tipo de dependencia. Nos damos cuenta de que hay cerca de 90.000 personas dependientes mayores de 65 años en Asturias. En Asturias, hay 311 de Ictus por cada 100.000 habitantes, (la cifra se va incrementando). Por lo que hay más de 3.000 casos de Ictus en Asturias.



Esto es una pirámide poblacional, es de Asturias, los datos que tenemos son del 2011, vemos que hay mucha población que dentro de unos pocos años va a pasar de los 65 años. Hay mucha población en torno a los 50 – 55 años. Viene a decirnos que la población de Asturias tiende a envejecer, y aquí vemos que a partir de los 65, hasta los 85 o más, la dependencia va aumentando a la vez que, lógicamente, disminuye la independencia. Este gráfico es lo que nos viene a decir, que a medida que avanza la edad, lógicamente, hay más dependencia.

Buscando encontré un proyecto que se llama NeuronUp®, que es una aplicación. NeuronUp® permite una estimulación de las áreas cognitivas a través de la web. No necesitas descargarte nada, simplemente necesitas una

conexión a internet, el acceso, y a través de este programa puedes llegar a trabajar las áreas que tienen afectadas, concretamente las divide en varios tipos: para todas las áreas, independientemente de lo que tenga afectado, vas a disponer de fichas o juegos para reforzarlas de forma específica. El mismo programa desarrolla las tareas, tú lo que tienes que hacer es ver qué área está afectada. La forma de trabajar con esto, a parte de por internet puede ser a través de lápiz y papel, imprimiendo la ficha, también puedes hacerlo a través de Kinect®, a través de pantallas táctiles, y lo que es más llamativo es que puede ser para población adulta o infantil. Este programa lo llevó a cabo una empresa de Navarra, y tiene un coste de 2.000 euros, pero bueno, yo creo que buscando financiación a la larga pudiera ser rentable.

Tuve entonces que estudiar la forma que pudiera ser efectivo con mi paciente. Me puse en contacto con ellos, me dejaron una demostración del programa, y me dijeron que intentara buscar la forma de financiación, que ellos se prestaban a ayudarme en todo lo que hiciera falta.

¿Qué hace falta para trabajar con este programa?. Hace falta una conexión a internet, hace falta una tablet o un PC, y hace falta que la persona sepa manejarlo, que es muy importante, y cosa que es muy difícil. Por lo general las personas mayores no dominan el uso de ordenadores. Lo que intenté fue buscar casos en los que una persona estuviera allí con ellos, la familia o un familiar que supiera manejar el ordenador. Lógicamente una persona mayor que vive sola no va a tener internet en casa.

En el concejo de Lena, de donde soy yo, la administración autonómica creó centros sociales en los pueblos, que tienen conexión a Internet y tienen varios ordenadores, y hay una persona responsable de esos centros. Entonces yo me puse en contacto con esas personas y conseguimos varios pacientes que pudieran utilizar el programa y que esa persona estuviera con ellos a la hora de realizar las actividades.

El proceso era buscar las necesidades de esa persona en cuanto al tratamiento, seleccionar el tratamiento. tú seleccionas las fichas, ordenas esas fichas a través del ordenador, tú desde tu casa o desde tu trabajo, y esa persona al entrar en la página web de NeuronUp, tiene que meter la contraseña

y el nombre de usuario, por lo tanto a la hora de entrar sólo va a ver las fichas que tú le mandaste, no va a tener acceso a todo el programa. Se le da un plazo de entrega para que las haga, y luego posteriormente tendrás que hacer la corrección. Todo esto viene acompañado de sesiones a través de Skype, hablando con la persona para resolver preguntas o algún aspecto que no entienda. Esto, que en un principio venía pensado para la gente mayor, se abrió a todo el mundo, entonces hay gente que tiene algún área afectada recuerdo un caso de un Ictus de menos de 50 años y que está trabajando con este programa también.

Hay varios..., este por ejemplo es sobre colocar la compra, hay otro que es sobre el vestido, hay otro que es sobre elaborar comidas y aparte de esto hay miles de fichas para hacer. Simuladores como este hay unos 20 o 30.



El programa es muy específico. Te divide entre lo que son las actividades básicas de la vida diaria y las instrumentales y te divide en diferentes niveles cognitivos, más simple, más complicado... Y bueno, llevamos ya un par de meses trabajando con la demostración y la gente se muestra contenta con ello. Aún no podemos valorar los resultados del todo pero parece que son positivos.

Como conclusión decir que ante las dificultades hay que buscar la aplicación de nuevos tratamientos, en este caso la dificultad era llegar a personas que están en claro riesgo de exclusión social yo creo, porque no tienen acceso a lo que tienen otras personas que viven en ciudad o que viven en un pueblo más grande y cómo apliqué las nuevas tecnologías en el

tratamiento. Acortar distancias, y como no, lo que es principal en el programa es que mantienes y rehabilitas, a la vez que potencias las capacidades cognitivas, esto lo que os quería explicar. "Innovar es encontrar nuevos usos a los recursos de los que ya disponemos", decía Peter Druke. Nada más. Gracias por haber venido y espero que haya sido de vuestro interés.

Después de esta presentación lo que intentamos es transmitir que las nuevas tecnologías son una herramienta de trabajo para los terapeutas ocupacionales, haberos concienciado un poco de la incidencia del daño cerebral en la población ya envejecida que ya de por sí tiene Asturias y la necesidad de llegar también con el tratamiento al medio rural, que es donde hay núcleos de población con necesidades propias del daño cerebral, y de otras asociadas al envejecimiento. Y ahora si alguien quiere hacer alguna pregunta...

Pregunta 1 ¿Se podría adaptar el programa a la vivienda "real" del paciente?

Respuesta 1 Hablando con ellos, ellos me comentaban que sí, que podrían hacer la modificación que yo quisiera, de tal forma que tú, por ejemplo, podías sacar fotos a la cocina del mismo paciente, de la persona, y ellos la introducirían en este programa, de tal manera que esta tuviera que meter el atún en su nevera de verdad, entonces ellos tienen informáticos trabajando en ello y estarían dispuestos a ayudarnos.

Pregunta 2 Una consideración, porque esa cocina que acabo de ver, yo que voy a menudo por el núcleo rural, poco tiene que ver con las que veo yo todos los días. Y lo de la leche, vamos, normalmente tienen vacas, y es como bastante diferente. No tiene ni extractor ni nada, yo creo que se debería adaptar.

Respuesta 2 Si bueno, en parte en eso tienes razón, la gente que vive en el medio rural pues vive ya de otra forma. También quería decir que la gente que vive en el medio rural, por ejemplo la señora del caso, ocultaba un poco las dependencias, ocultaba un poco esos fallos que tenía, ya que llevaba toda la vida viviendo en la misma casa y haciendo las mismas cosas. En el momento que la sacas un poco de su entorno es cuando notas realmente que tiene

demencia o que tiene algún déficit. Pero tú la ves en el quehacer diario y no te das cuenta. Entonces sí, esa gente realmente necesita otro tipo de rehabilitación, no sólo lo que vemos aquí, sino algo más de estar con ellos. Pero ya digo, es una adaptación que se llevó a cabo ante las dificultades de desplazarme a un pueblo que queda muy lejos a tratarla, o poder venir ella a tratarse.

Pregunta 3 Yo las posibilidades del programa las veo, dadas las dificultades que tiene el paciente, más para el cuidador; educación para la salud, formación para el cuidador de pacientes con demencia, yo ahí si que feo "filón".

Respuesta 3 Yo cuando me reuní con el Ayuntamiento de Lena les comenté las posibilidades de lo que sería el llevar el Skype a los pueblos, incluso que el médico pueda ver a la gente a través del Skype, para cosas que no necesite estar presente, claro está.

Pregunta 4 Yo creo que lo de formación al cuidador online...

Respuesta 4 Yo tenía unas horas en las que tengo encendido el Skype en el trabajo, y esta gente, por ejemplo el hijo de esta señora, podía llamarme en cualquier momento, cualquier pregunta, estar también a disposición de ellos.

Pregunta 5 ¿Llegaste a ver alguna vez a la paciente en su domicilio?

Respuesta 5 Si, si, yo subí a verla y la valoré allí.

Pregunta 6 Todo el tiempo que llevas trabajando con este programa, estás trabajando con la demostración, ¿no?

Respuesta 6 Sí, estoy buscando ahora la financiación. La demostración no me permite el acceso completo al programa, pero de momento ellos lo tienen abierto y me dejan funcionar con él.

Pregunta 7 ¿Probaste más programas de estimulación cognitiva?

Respuesta 7 La verdad es que encontré este, me puse en contacto con ellos y es con el que estoy trabajando, no busqué más. Tienen un equipo que están dispuestos a ayudarte en cualquier momento, que son de Navarra, que no es un programa americano, y están dispuestos a ayudarte en cualquier aspecto.

Pregunta 8 ¿Crees que este tipo de programa puede sustituir a la intervención directa?

Respuestas 8 Al final bueno, sí, repercute en las actividades de la vida diaria pero... hombre, lo ideal es un trabajo conjunto, ¿no?

Si no hay más preguntas agradeceremos vuestra presencia y atención.