

A PROPÓSITO DE UN CASO. BUSCANDO LA ACTIVIDAD FUNCIONAL: MOTIVACIÓN Y VOLUNTAD

REGARDING CASE. LOOKING FOR FUNCTIONAL ACTIVITY: MOTIVATION AND DESIRE

DECS: Cuadriplejía, traumatismo encefálico, evaluación, actividades cotidianas, motivación, adaptación, ambiente, rehabilitación

MESH: Quadriplegia, brain injury, evaluation, activities of daily living, motivation, adaptation, environment, rehabilitation

"...é preciso esquecer a fim de lembrar, é preciso desaprender a fim de aprender de novo..." Pessoa F¹.



Autora

Dña. Lucia Ares Senra

Terapeuta Ocupacional.

Email de contacto: aresenra@hotmail.com

Como citar este documento:

Ares Senra L. A propósito de un caso. Buscando la actividad funcional: motivación y voluntad. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [fecha de la consulta]; 7(12): [14 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/caso1.pdf>

Texto Recibido :20/05/2010

Texto Aceptado: 30/08/2010

Introducción

El caso que se expone a continuación se relaciona con un paciente que sufre un traumatismo craneoencefálico (TCE), que constituye una de las afecciones más frecuentes del sistema nervioso y su incidencia es aún mayor entre los adolescentes y jóvenes de entre 15-25 años, constituyendo su etiología de origen en la mayoría de los casos los accidentes de tráfico, agresiones, lesiones deportivas, así como accidentes domésticos y laborales. (1)

De cara a la evaluación ocupacional, hay que tener en cuenta algunos datos que repercutirán directamente sobre la evolución y el resultado del tratamiento, entre ellos las consecuencias de la contusión cerebral y el estado de conciencia que podremos determinar con la aplicación de la Escala de Glasgow, la aparición de crisis epilépticas, el tipo, la duración, si responden al

¹ "es preciso olvidar con el fin de recordar, es preciso desaprender con el fin de aprender de nuevo"

RESUMEN

El uso de una estructura teórica basada en el Marco de la AOTA, la CIF y las recomendaciones de Rogers & Colmes, facilitan y estructuran la labor del TO, con una clave, la unificación teórica. Las ideas que intento transmitir en este caso se centran en la rehabilitación física y el ámbito hospitalario, en el desarrollo de la ocupación, la importancia del paciente como parte de la intervención, el impacto y la desestructuración ocupacional que puede aparecer en cualquier momento vital, el hecho de que sea un accidente repentino la adaptación a esta nueva situación ocupacional, la búsqueda de desempeño funcional desde estas nuevas circunstancias, todo ello ofrece una visión de conjunto de nuestra labor centrada en la persona.

SUMMARY

The work of the OT is facilitated and structured by the use of a theoretical structure based on the framework of AOTA, the CIF and the recommendations of Rogers & Holmes, with a goal, the , the theoretical unification. In this case, the ideas that I try to transmit are focused on the physical rehabilitation and hospital area, on the development of the occupation, the importance of the patient as part of the intervention, the impact and occupational desestructuration that it can turn up at any vital time, the fact that it is a sudden accident the adjustment to this new occupational situation, the search of functional performance from these new circumstance, all this offers an overall view of our labour centred on the person.

tratamiento, si ha sido necesario realizar alguna intervención neuroquirúrgica por presentar hematoma epidural o subdural, fístula del líquido cefalorraquídeo o aumento de la presión intracraneal, entre otros. Además conviene tener datos de alguna exploración neurológica. Todos estos factores a tener en cuenta ya que una de las características más evidentes de los TCE es la variedad de secuelas que puede producir, tanto en la esfera física, como en la cognitiva, en la social y, por lo tanto en la ocupacional. (1)

2. Evaluación ocupacional.

2.1. Evaluación Ocupacional Inicial

2.1.1. Antecedentes.

El paciente, un varón de 18 años, ha sufrido un accidente de tráfico (moto) el 13 de marzo de 2009, por lo que es ingresado en UCI del Hospital Xeral de Lugo, presentando las siguientes lesiones:

- TCE: hemorragia subaracnoidea. Ingresó con un Glasgow de 4.- Fractura tercio medio de fémur izquierdo, por la que es intervenido posteriormente con la colocación de un clavo en el fémur
- Encefalopatía postraumática y crisis comiciales por lo que es preciso la instauración de tratamiento médico.

El 14 de mayo de 2009 pasa al servicio de Rehabilitación, en donde se realizarán diferentes evaluaciones, en el momento de alta el 5 de agosto de 2009, el paciente es diagnosticado médicamente de Tetraparesia Espástica secundaria a su TCE severo. Porta férulas de reposo en las 4 extremidades

Valoración por el servicio de Rehabilitación:

- A nivel motor, presenta control de movimiento cefálico, movilidad voluntaria de extremidades derechas. Balance Muscular global de 3+/5. Movimientos de rechazo ante estímulo doloroso en hemicuerpo izquierdo. Espasticidad generalizada. Mal control de tronco en sedestación. En el centro de origen fue tratado con fisioterapia. Tratamiento ortésico para control de deformidades y tratamiento local con toxina botulínica para control de espasticidad
- Afasia motora, la comprensión parece conservada. Repetición de palabras con grave alteración práxica que limita la capacidad de expresión oral. Reconoce colores, partes del cuerpo, letras y números. Es capaz de señalar las letras de su nombre, pero no puede escribirlo por afectación motora de ambas extremidades superiores (EESS). Exploración de la boca: déficit de movilidad de lengua y labios. Acúmulo de secreciones de saliva en la boca. Dificultad para la tos y el carraspeo
- A nivel cognitivo funcional, hay una gran mejoría sobre todo desde el punto de vista de la comprensión. Es capaz de responder con movimientos de asentimiento o negación con la cabeza, de manera coherente.
- En las últimas semanas está iniciando control de esfínteres
- Alimentación por sonda nasogástrica, inicio de deglución sin atragantamiento
- Crisis focales comiciales complejas actualmente controladas con el tratamiento médico
- Continúa tratamiento rehabilitador

2.1.2 Situación actual.

El paciente es derivado a la unidad de Terapia Ocupacional (TO) del servicio de Rehabilitación del Hospital Xeral de Lugo el 27 de mayo de 2010. El proceso de Evaluación Ocupacional se lleva a cabo por medio del Marco de la AOTA 2002 y la CIF 2001, además se siguen los postulados de Rogers & Holmes 1991 para la realización del diagnóstico ocupacional (1)(4). En la evaluación inicial, se recogen datos mediante fuentes indirectas (informes de otros profesionales) y fuentes directas (entrevista familiar y con el usuario, así como las diferentes pruebas realizadas y valoraciones). Presenta afasia motora, además se

sospecha la posibilidad de una disartria. La valoración obtenida en el Índice de Barthel= 25, de lo que se infiere que es un paciente con gran dependencia.

2.1.3. Entornos y contextos de desempeño.

- **Cultural**, el paciente es gallego, vive en Lugo donde ha nacido y se ha criado. Su familia también es de Lugo y la gestión desde este entorno se realiza bajo la cultura gallega.

- **Físico** vive en una casa de dos pisos, lo cual significa una barrera para un usuario de silla de ruedas, la casa presenta más barreras arquitectónicas (impedimento del paso de una silla de ruedas al cuarto de baño). La familia está esperando la evolución del paciente para poder realizar las adaptaciones necesarias

- **Social** el paciente convive con su familia, madre, padre y hermano menor, su madre ejerce de principal cuidadora, su padre es dueño de un taller mecánico y el hermano menor también colabora en la estimulación y cuidado del paciente. Presenta una buena situación socio-familiar, con importante colaboración y estimulación por parte de sus convivientes

- **Personal**, varón de 18 años de edad que no ha finalizado la ESO y se encontraba en situación laboral activa en el momento del accidente. Actualmente se le ha realizado una valoración de Daño corporal e incapacidades laborales, valorando la situación clínica con un Estado de Gran inválido.

- **Temporal**, la edad del paciente lo sitúa en una etapa importante para el desarrollo de habilidades y actitudes personales.

El nivel de dependencia derivado de su estado actual dificultan los niveles de desarrollo de su madurez (18 años) impidiéndole asumir responsabilidades acordes con su edad cronológica. Sobreprotección familiar.

- **Virtual** el manejo de este entorno por el paciente es relevante, como vía de comunicación y ocio, el uso de chats, móvil, etc.

2.1.4. Áreas de desempeño.

Actividades de la vida diaria básicas (AVDB): el paciente no es independiente en la realización de algunas de estas actividades, precisando ayuda de una tercera persona para la realización de sus AVDB, por un lado debido a la existencia de barreras en su propio domicilio, (la silla de ruedas no puede introducirse en el cuarto de baño por lo que las actividades que se realicen en esta estancia precisan colaboración) y por otro, el paciente presenta dificultades de coordinación, bipedestación y deambulación necesarias para llevar a cabo las AVDB de forma independiente, pero colabora en el desempeño de las mismas. Con respecto a la higiene en el inodoro, el paciente porta pañal, no presenta accidentes de incontinencia actualmente, pero debido a la existencia de episodios de incontinencia anteriores el paciente prefiere asegurarse de llevarlo, pero solicita la necesidad de ir al baño cuando lo necesita. Dificultad por mantener equilibrio en sedestación en el inodoro así como el uso de objetos necesarios en esta actividad. La alimentación y comida el paciente es independiente, excepto para cortar alimentos, la afectación de los cuatro miembros (hay una afectación bilateral, pero más agravada en el lado izquierdo) restringe el uso de las dos EESS pero se está trabajando en el departamento de TO. En cuanto a la movilidad funcional, el paciente deambula con silla de ruedas (posee una silla de hemiplejía, con la que se desenvuelve mejor) y realiza las transferencias de manera efectiva. En las últimas semanas ha comenzado a subir y bajar escaleras (presentes en su casa) apoyándose en dos personas. El vestido y desvestido lo realiza casi de manera independiente, excepto los cordones de los zapatos. Cabe destacar la implicación del paciente en la realización de sus AVDB ya que es muy importante y significativa para él su apariencia personal y lograr la independencia en este terreno, lo que facilitará el trabajo del TO.

Actividades de la vida diaria instrumentales: con respecto al uso de sistemas o medios de comunicación, adecuados a su edad es independiente completamente (telefonía móvil y redes sociales de internet). El paciente

también es responsable con la toma de su medicación (antiepilépticos) conociendo y llevando a cabo la rutina pautada sin ninguna dificultad. Se valora también la colaboración en el desempeño de las tareas de la casa, y, en la medida de lo posible, el paciente colabora en su realización.

Educación: en el momento presente el paciente tiene 18 años, cursó estudios hasta 2º de ESO (16 años), edad en la que abandona los estudios para incorporarse al mundo laboral. No presenta interés en realizar ningún tipo de estudio.

Trabajo: se incorpora al mundo laboral tras abandono de estudios, trabajando de repartidor y en una tienda de recambios de coches. El paciente presenta interés profesional por la mecánica y los coches (especialmente chapista), hoy en día remite seguir queriendo dedicarse a eso. El padre posee un taller mecánico, donde el paciente siempre colaboraba, esto puede ser un punto de partida para una posible reincorporación al mundo laboral. En el momento actual el paciente no se encuentra en condiciones de incorporarse a cualquier actividad laboral, valorando esperar a la estabilización definitiva del paciente para una correcta estimación de todas sus secuelas y posibilidades de reincorporación laboral.

Tiempo libre: suele dedicar su tiempo libre al ordenador, utilización de redes sociales actuales (Twenty, facebook), como vía de comunicación, e internet para búsqueda y descarga de información significativa para él, música (rap), rallies, motos, entre otros.

Participación social: sigue manteniendo la misma pandilla de antes, aunque las salidas ya no son tan frecuentes, su grupo de pares va a visitarlo y salen de paseo por los alrededores, porque se ve limitada sus salidas por la falta de medios para poder llevar una silla de ruedas. Las relaciones familiares son estrechas y de gran cooperación para la reintegración social del paciente, estimulando al paciente y colaborando con el TO

PREGUNTA PARA EL LECTOR:

Ante estos datos:

1. ¿Cual serían los diagnósticos ocupacionales (4) que se plantearía en el área de AVDB (Baño/ ducha, Alimentación, Movilidad funcional, Higiene personal e Higiene en el inodoro) siguiendo la estructura de Rogers & Holmes, utilizando el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002 (3) y la clasificación de la funcionalidad y la discapacidad (CIF 2001)? (5).
2. ¿Cual crees que podrían ser las intervenciones propuestas utilizando como referencia el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002? (3)

¿Cual serían los diagnósticos ocupacionales (4) que se plantearía en el área de AVDB (Baño/ ducha, Alimentación, Movilidad funcional, Higiene personal e Higiene en el inodoro) siguiendo la estructura de Rogers & Holmes, utilizando el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002 (3) y la clasificación de la funcionalidad y la discapacidad (CIF 2001)? (5).

3. Diagnóstico ocupacional.

Presenta una restricción en la participación de AVDB (Baño/ ducha), como consecuencia de una limitación en las actividades de este grupo producidas por una deficiencia en características del paciente, mas concretamente en las funciones neuromusculoesqueléticas (estabilidad articular, tono muscular) y del movimiento (control del movimiento voluntario, coordinación) todo ello asociado a los niveles de espasticidad que padece. Asociado a estas causas también presenta una alteración de las habilidades motoras (mantenimiento de la postura necesaria, movilidad y coordinación). Todo ello en un entorno físico no adaptado y una demanda de la actividad relativa al espacio (baño/ ducha) que se ve modificada tras el accidente.

Presenta una restricción en la participación de AVDB (Alimentación), como consecuencia de una restricción en las actividades de este grupo producidas por una deficiencias de las características del paciente neuromusculoesqueléticas y del movimiento (movilidad articular, tono muscular, coordinación óculo-manual). En relación a éstas aparece una alteración de las habilidades motoras (coordinación bilateral, alcanzar, levantar, manipular, mover con fluidez, regular la fuerza y agarrar de manera eficaz). Apareciendo también una demanda del espacio relativas a los objetos y sus propiedades (platos y cubiertos no adaptados)

Presenta una restricción en la participación de AVDB (Movilidad funcional), resultado de una restricción en estas actividades derivadas de una deficiencia en las características del paciente neuromusculoesqueléticas y del movimiento

(tono muscular). Aparecen también alteradas las habilidades motoras (coordinación bilateral, calibrar, agarrar y manipular para una adecuada deambulación en silla de ruedas). Esto además se ve incrementado por la presencia de un entorno físico no adaptado en su domicilio.

Presenta una restricción en la participación de AVDB (Higiene personal), derivada de una restricción en estas actividades que provienen de una deficiencia en las características del paciente neuromusculares y del movimiento (tono muscular espástico, coordinación bilateral). Asociado a estas condiciones aparece una alteración de las habilidades motoras (alcanzar, manipular, mover con fluidez y agarrar de manera necesaria). Acrecentada esta circunstancia por la presencia de un entorno físico en su domicilio no adaptado y una demanda de la actividad relativa al espacio (higiene/aseo) que se ve modificada tras el accidente.

Presenta una restricción en la participación de AVDB (Higiene en el inodoro), como consecuencia de una restricción en estas actividades producidas por una deficiencia en las características del paciente neuromusculares y del movimiento (estabilidad articular, tono muscular y coordinación). Se corresponden con estas causas una alteración de las habilidades motoras (mantenimiento de la postura necesaria, movilidad y coordinación). Todo ello en un entorno físico no adaptado.

¿Cual crees que podrían ser las intervenciones propuestas utilizando como referencia el marco de trabajo para la practica de la terapia ocupacional AOTA 2002? (3)

4. Intervención desde Terapia Ocupacional.

Las estrategias de intervención utilizadas serán:

-Restauración de las habilidades relacionadas con las funciones neuromusculoesqueléticas y relativas al movimiento. Utilizando el uso terapéutico de las ocupaciones y actividades en la categoría de métodos preparatorios (agarre-suelta objetos, ejercicios de propiocepción y sensibilidad) actividades con propósito (cortar y pinchar objetos de diferentes durezas para entrenamiento de alimentación, llevar a la boca botellas de diferentes pesos) y ocupaciones (utilizar las dos extremidades superiores para doblar una prenda de ropa, vestido-desvestido, utilización del ordenador).

- Mantenimiento de las características del paciente (relacionadas con las funciones mentales específicas: atención, memoria, razonamiento) habilidades comunicación y de interacción (relacionadas con intercambio de información: articula, modula). Utilizando el uso terapéutico de ocupaciones actividades en el apartado de actividades significativas (utilización de ejercicios cognitivos que le resulten interesantes, que tengan que ver con sus aficiones) y ocupaciones (utilización del ordenador, redes sociales y búsqueda de música en internet, fomentar un ambiente de grupo con los demás usuarios comentando y creando interacción entre ellos).

- Modificaciones del entorno físico. Utilizando la asesoría para la adaptación de su domicilio.

- Modificación de las demandas de la actividad. Utilizando la asesoría para graduar la dificultad de las mismas Facilitando el desarrollo de las actividades/ocupaciones por medio del uso de terapéutico de las ocupaciones y

actividades en la categoría de método preparatorio (donde se realizará la asesoría conveniente para el uso de las ayudas técnicas si fuera preciso).

5. Resumen de la Evaluación Ocupacional Continua.

El paciente acude a TO todos los días, durante 45 minutos, el tratamiento es individualizado, aunque la sala de la que se dispone se comparte con otros pacientes de distintas patologías, suponiendo en ocasiones una ventaja para facilitar la interacción y comunicación y un detrimento en otras al dispersar la atención del paciente.

Al inicio de la intervención se realizan pruebas de recogidas de datos estandarizadas con fuentes directas (Índice de Barthel, Cuestionario de las áreas ocupacionales- de Romero Ayuso) mediante la colaboración de familiares, pues al comienzo de la intervención el lenguaje del paciente es incomprensible (diagnosticado de afasia motora y posible disartria) y no estandarizadas con fuentes directas (mediante entrevista al propio paciente y familiares).

El paciente se muestra colaborador desde el inicio de la intervención, cada pequeño logro conseguido en casa o en el departamento es comunicado al TO o a sus familiares, con las que se mantiene una comunicación constante y una colaboración e implicación en la rehabilitación muy importante. Durante el tiempo que ha durado el proceso de rehabilitación (que todavía continúa en la actualidad) 2 meses se han observado cambios que son importante destacar:

- Ha mejorado el control motor con reducción importante de la espasticidad, lo que permite una movilización sin resistencia. Control en sedestación.
- Ha mejorado la comunicación-interacción, mediante una vocalización más clara e interacción más activa con los demás pacientes.
- La escritura; con la mano derecha (a pesar de ser la menos afectada) era bastante ilegible, evoluciona lentamente, pero se ha ido clarificando.
- La alimentación; ha comenzado a realizarla de manera independiente, excepto cortar.

6. Conclusiones.

En cualquier área de actuación profesional, la definición de la disfunción ocupacional y el planteamiento de la intervención dependen de multitud de factores; de nuestra lente de visión de la profesión, de nuestra área de competencia, de la responsabilidad y capacidad del propio profesional y, de cómo vemos al paciente que recibe nuestra atención

El terapeuta ocupacional puede considerarse un facilitador de este proceso de transformación, por lo que la persona debe ser contemplada en toda su complejidad, es decir, se debe tener en cuenta todos los aspectos que rodean y afectan al individuo. Conocer cómo realiza sus ocupaciones en su propio contexto de desempeño, cómo eran antes de sufrir la enfermedad, y cómo éste desea que sean preguntando cada día qué es lo que lo motiva, cuáles son sus valores, sus intereses, sus puntos débiles, su rutina. Debemos saber quién es nuestro paciente.(2). Así en este caso el TO debe realizar un análisis pormenorizado de las actividades realizadas, para poder utilizarlas como instrumento terapéutico, con vertientes relacionadas con la ocupación como fin o como medio de nuestra intervención (7) con un determinado paciente, para ello se valorarán:

- la persona y sus objetivos, sus necesidades previas y paralelas, las actividades que le son significativas y las dificultades que presenta al desempeñarlas.
- habilidades necesarias para desempeñar esta actividad, es aquí donde el TO debe poner en juego su pericia para proporcionar una actividad adecuada al nivel de desempeño del usuario, graduando o adaptando la actividad según las habilidades que éste presente.
- significados culturales de la actividad desempeñada, relevancia personal en cuanto a los valores de la persona
- flexibilidad y viabilidad de la actividad en cuanto a costes, tiempo de ejecución, términos de espacio, equipamiento y elementos necesarios y experiencia requerida para la ejecución de la actividad.

Tras este análisis exhaustivo de la actividad, teniendo siempre en cuenta al individuo, podremos conocer las posibilidades y limitaciones inherentes a una actividad particular, percibir los modos de incrementar o disminuir el nivel de dificultad de la tarea para individualizar sus características relacionadas con las necesidades específicas de los usuarios, permitiendo así el éxito y motivación del mismo.

Por tanto el TO debe conocer la historia de vida y de su desempeño en la medida de lo posible, teniendo en cuenta la gestión de su trabajo y del lugar donde lo realice (8). Es este factor un condicionante extremo ya que muchos departamentos o dispositivos se encuentran sobresaturados de un trabajo centrado en la intervención y muy poco en la valoración del usuario. Puede suceder que determinados ambientes, a saber, el hospitalario dificulten en extremo determinada localización o conocimiento de estos datos limitando nuestras intervenciones y el resultado de las mismas. Encontrar un equilibrio entre ambos, favorecerá la comprensión de lo que le sucede al paciente con el que trabajamos, otorgando a nuestras intervenciones un nivel de evidencia necesaria. (8)

La estructura teórica utilizada en este caso clínico basada en el Marco de la AOTA 2002 y la CIF 2001, y los postulados de Rogers & Holmes 1991 para la realización del diagnóstico ocupacional (1)(4), facilita la posibilidad de documentar y mantener una estructura de intervención centrada en la persona, llevándola a cabo por medio de la actividad significativa para el paciente (ocupación), siendo en ocasiones necesario potenciar/ desarrollar las habilidades básicas por medio de tareas específicas para lograr un óptimo desempeño de la ocupación, convirtiéndose en un equilibrio entre ambas opciones, y no un continuo de la segunda lo que llegaría a convertirse en una práctica reduccionista centrada en la sintomatología más que en el usuario (3, 7, 8)

Bibliografía

1. Polonio López. Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.
2. Prado de Carlo M, De Miranda Luzo C. Terapia Ocupacional: Rehabilitação Física e Contextos Hospitalares. Brasil: Roca Ltda; 2004.
3. Grupo de trabajo de www.terapia-ocupacional.com. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 1da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2002 [-10/04/2010-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process (1nd ed.).
4. Moruno Millares P. Evaluación Ocupacional. En: Romero Ayuso D, Moruno Millares P. Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas. Barcelona: MAsson; 2003.p.203-24.
5. Rogers JC, Holm MB. Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A component of Clinical Reasoning. Am J Occup Ther. 1991. 45(11):1045-53.
6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
7. Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional en salud mental. La ocupación como entidad, agente o medio de tratamiento. . TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2004 [-10/04/2010-]; 7(12): [23p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/original3.pdf>
8. Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [-10/04/2010-]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>