

TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OCCUPATIONAL THERAPY IN INTELLECTUAL DISABILITY.

DECS Terapia ocupacional, Discapacidad Intelectual.

MESH Occupational Therapy, Intellectual Disability.



Autora:

Dña. María Lara Gómez

Terapeuta Ocupacional, especialista en Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido, postgrado en Dirección de centros de servicios sociales, por la escuela superior de la comunidad de Madrid. CENTRO CADIG CRISOL, Cuenca.
maylagom4@hotmail.com

Como citar este documento:

Lara Gómez M. Terapia ocupacional en daño cerebral adquirido. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(19): [10 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatoq.com/num19/pdfs/caso3.pdf>

Texto Recibido: 29/02/2014

Texto Aceptado: 11/04/2014

Texto Publicado: 18/05/2014

Introducción

El caso del que se habla a continuación, es acerca de un usuario diagnosticado de retraso mental profundo con un alto grado de discapacidad (1,2).

El retraso mental profundo es una discapacidad en la que se presenta en la mayoría de los casos una movilidad restringida o incluso inexistente. Las personas que la padecen, no controlan esfínteres y apenas son capaces de comunicarse verbalmente.

Su capacidad para cuidar sus necesidades más básicas se ve muy limitada, por lo que necesitan supervisión y ayuda continuada.

La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y ha hacer peticiones simples.

Pueden adquirir las funciones viso espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces de una pequeña participación en las tareas domésticas, con supervisión. Lo más frecuente es que se acompañen de déficit somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de

RESUMEN

Se describe un caso de intervención de terapia ocupacional en persona con problemas de retraso mental profundo.

SUMMARY

A case of occupational therapy intervention in troubled person of profound mental retardation are described.

déficit visual o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

En la evaluación ocupacional debemos tener en cuenta el grado de participación, estado de ánimo y empatía del usuario, además de las posibles crisis epilépticas y su desarrollo.

METODOLOGÍA

La recogida de datos se realiza mediante el aporte teórico de Evaluación Ocupacional Inicial propuesta por Moruno y Talavera (3), ajustándose a la estructura propuesta por Labrador, Talavera (4). Además se utiliza el Marco de la AOTA (5) y la CIF (6) para redactar el diagnóstico ocupacional (7,8). En cuanto a la intervención se gestiona siguiendo las recomendaciones de Moruno y Talavera (9) y del Marco de la AOTA (5).

La intervención se realizará mediante (1,2):

- Terapias individuales; en las que el usuario, nos muestra de forma indirecta cuáles son sus intereses adaptando y modificando el entorno lo necesario para la consecución de la tarea. A la vez trabajamos su iniciativa e identificamos roles y destrezas.
- Actividades de trabajo corporal, AVD, físicas y cognitivas donde siempre el método de aprendizaje ha sido la repetición (hábitos o rutinas ocupacionales).
- Terapia grupal, ha sido posible, una vez vamos conociendo sus gustos. Se pretende su implicación en la realización de las dinámicas grupales y en la participación de relaciones interpersonales, utilizando actividades como, talleres grupales creativos y de ocio, talleres en hogares, taller de cocina o salidas.

- Exposición a nuevos estímulos de forma experimental poco a poco y de manera repetitiva, dada su baja tolerancia a la frustración y forma desadaptada de comunicarlo. Debemos localizar sus puntos fuertes y débiles por medio de la observación para hallar las respuestas a su comportamiento y relación con los estímulos

EXPOSICION DEL CASO:

- Persona con retraso mental profundo con trastornos/ problemas asociados y EPOC.
- Etiología congénita.
 - Problemas emocionales y anímicos
 - Necesidades de apoyo para la realización de ABVD (en todas las áreas) total atención y supervisión.
 - Ausencia del lenguaje
 - Problemas de conducta sobretodo autolesivas como cabezazos, manotazos...
- Medicación:
 - Singular(asma)
 - Oponaf(estreñimiento)
 - Haloperidol(RM)
 - Risperdal flas(agitación)
 - Tranxilium (ansiedad).
 - Ziprexa
 - Akineton retard

Entornos y contextos de desempeño:

- o Cultural: el usuario es de Tarancón, localidad de la provincia de Cuenca, aunque desde su infancia ha vivido en instituciones. Su familia vive en Tarancón, salvo unos de sus hermanos con el que reside.

- o Físico: Residente del centro CADI CRISOL. El centro dispone de 6 hogares. El suyo dispone de 5 habitaciones, comedor, un amplio salón y cuarto de baño que comparte con otros 6 residentes. Tiene habitación individual.
- o Personal: Varón de 49 años. Siempre ha estado en instituciones psiquiátricas. Ausencia del lenguaje oral y de comprensión limitada.
- o Temporal: la edad del paciente no corresponde con sus habilidades y capacidades, debido a su gran discapacidad intelectual.
- o Social: no vive con su familia. El padre falleció, tiene otros dos hermanos discapacitados (aunque leves) además del que reside con él. La madre vive con ellos en Tarancón. El cuarto hermano es el tutor en términos legales. Está en plenas facultades.
- o Acude a tratamiento de logopedia, fisioterapia, hidroterapia, Terapia Ocupacional y educación física, sin olvidar el apoyo y trabajo constante de sus auxiliares.

Áreas de desempeño:

Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD):

Al ingreso, el usuario presenta grandes dificultades para el desarrollo de todas estas áreas de desempeño que le impiden tener una independencia en su vida cotidiana.

❖ Evaluación actual:

Actualmente, tras una reeducación y entrenamiento directo e intenso y por medio del modelado en la mayoría de tareas (apenas comprende ordenes, numerosas praxis y gnosias) y un refuerzo positivo inmediato, el residente necesita supervisión y ayuda en la ducha (esto cada vez va disminuyendo), teniendo especial cuidado con la temperatura del agua, aunque ya es capaz de regularlo.

Es independiente para el vestido, aunque con algunas dificultades para los botones de pantalones y cordones de zapatillas, lo que se ha solventado con elástico y velcros.

Para el aseo personal, el afeitado es lo más costoso de trabajar, ya que aunque le encanta mirarse al espejo sigue sin comprender la tareas correctamente, aunque poco a poco lo realiza. Al lavarse los dientes se traga la pasta de dientes, no sabe escupir al enjuagarse.

Con respecto a la higiene en el wc, el usuario tiene incontinencia urinaria nocturna, por ello en la cama usa pañal; el resto del día con un gesto sabemos que quiere miccionar y si no está desorientado acude al baño con una orden sencilla y clara, en su hogar acude es independiente, aunque en numerosas ocasiones como salidas y demás, realiza la acción en lugares no adaptados como parques, árboles lugares públicos, entre otros.

Para la deambulación, normalmente no tiene problema, no necesita apoyo y lo hace con total libertad, pero a menudo, a causa de una falta grave de equilibrio, (no coloca la cabeza, la lleva inclinada hacia delante y por la medicación), hace que sufra numerosas caídas provocándole lesiones en la cabeza, coxis y codos mayoritariamente, es por ello que camina con la base de sustentación aumentada.

Alimentación: MMS tiene disfagia por lo que toma todo liquido con espesante y comida pasada por masticador o triturada. Solo usa una mano para comer (en la otra siempre lleva un muñeco) que estamos trabajando para que lo deje en la mesa, tenga ambas manos en la mesa y así corrija su postura troncal, pero no acepta correcciones ya que no comprenden para que. Come solo, usa mantel antideslizante y plato con reborde. El cuchillo no lo usa, aunque se trabaja en el departamento de T.O. y en taller de cocina.

Solía masturbarse boca abajo en el suelo, restregando sus genitales sobre una superficie dura. Actualmente no lo hace o lo hace en la cama, aprendido a base de repetición y refuerzo positivo constante.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Al ingreso en el centro MMS, no realiza ninguna de estas actividades. Presenta praxias para muchos objetos cotidianos.

Actualmente está adquiriendo una rutina en las tareas del hogar, las cuales realiza de forma casi independiente, como son:

- Recoger su ropa sucia y echarla al cesto después de la ducha.
- Tirar su pañal (de uso nocturno) al cesto de basura
- Quitar las sábanas
- Hacer la cama con ayuda de su hermano o cuidador (con mucha dificultad).
- Poner la mesa con ayuda.
- Recoger la mesa (su plato y su vaso)
- Colocar el salón.

Se le deben recordar algunas de las tareas, otras las tiene automatizadas, ha hecho de ello una rutina. Para el resto de tareas es dependiente, sus capacidades cognitivas son muy limitadas. No tiene capacidad suficiente por falta de comprensión para llevarlas a cabo.

Participación social:

Mantiene un gran lazo con uno de sus hermanos, residente también del centro. Se relaciona por el a través del juego. No se relaciona con el resto de usuarios fuera de su hogar. Cuando se hacen salidas con numerosos residentes, se pone muy nervioso y se autoagrede e incluso agrede a los demás, pero este comportamiento va desapareciendo y poco a poco tolera más el contacto con el resto de compañeros.

Ocio y Tiempo libre:

Actualmente le gusta salir de paseo con los compañeros de hogar, tendiendo normalmente a aislarse, las fiestas (siempre que no haya mucha gente) y jugar con su hermano. No le gustan los lugares cerrados como teatros, cine o museo, porque tiene que estar sentado y quieto, algo muy difícil para él.

Por el contrario se relaja mucho en salidas al exterior como la playa y parques sobre todo con el buen tiempo y observando a los demás, pero siempre lugares abiertos, entre otros

DIANGOSTICO OCUPACIONAL:

En ABVD, necesita supervisión para algunos ítems, pero MMS, mejora mucho desde que ha interiorizado su rutina, por lo que no presenta graves problemas que le obliguen a contar con una persona/cuidador constantemente como fue en el pasado.

En AIVD, es dependiente para varios ítems en los que necesita continua supervisión, pero es capaz de realizar muchas tareas en el hogar y fuera de éste de forma independiente y otras con mínima ayuda de sus cuidadores.

En las áreas ocupacionales de educación y trabajo no es valorable por la imposibilidad de su realización como tal.

Presenta alteración en la exploración del tiempo libre, no identifica intereses en actividades concretas, apenas sale de su hogar en el centro, a no ser que sea con alguien conocido, debido a la falta de iniciativa y energía. Hasta el momento, conocemos sus necesidades y demandas basándonos en la observación de su comportamiento repetitivo al exponerlo a situaciones parecidas. Muestra lo que desea a su manera y nos hace entender que no le gustan las aglomeraciones, tampoco los desconocidos ni los lugares cerrados.

En el área de participación social, presenta alteración tanto en el entorno familiar como en el comunitario (no identifica o reconoce a su familia como tal (sin contar con su hermano residente del mismo centro), ya que apenas tienen contacto, no quiere permanecer con ellos cuando lo visitan, si no hay un cuidador con él) en el entorno comunitario (apenas mantiene relaciones sociales fuera de su hogar debido a un déficit de las destrezas de comunicación

e interacción, no existe a menudo una forma adaptada de comunicar sus intereses)

EVALUACION OCUPACIONAL CONTINUA:

Acude a Terapia Ocupacional de forma individual y en grupo. Al llegar al centro la dificultad era que entrara en aula y se mantuviera en ella, nos costó mucho trabajo, aunque ese problema ya se ha solucionado. Más adelante, cuando había mucha gente en sala se ponía nervioso, demandando constantemente atención con golpes, no le gusta esperar, se hace entender para que le atiendas en el momento, por ello desde el equipo psicopedagógico se decide asistir a terapia también de forma individual y así trabajar otros objetivos. En la actualidad se ha conseguido que entre sin esfuerzo, que trabaje bien, que permanezca sentado y que acepte el turno de espera para evitar su baja tolerancia a la frustración y que se autolesione, aunque aún a veces vuelve a su comportamiento auto lesivo.

Debemos tener en cuenta que es un usuario complejo y difícil de entender, le suele costar adaptarse a los cambios. Posee graves comportamientos agresivos frente a situaciones de frustración (muy poca tolerancia a ésta) para él, como por ejemplo el no poder comunicar sus deseos. Utiliza estas conductas para manifestar alguna necesidad /enfado, pero también como chantaje a los cuidadores para obtener algo que quiere y no consigue. Posteriormente si el enfado no cesa, agrede a sus compañeros o profesionales con cabezazos. Además, los cambios de estado de ánimo son muy frecuentes en él, pudiendo estar ocasionados por alguna necesidad, un cambio inesperado de rutina, (lo cual le afecta notablemente), demanda de atención...

Ante estos datos, la pregunta al lector es:

¿Cuál sería el plan de intervención diseñado para esta ocasión?.

RESPUESTA:

PLAN DE INTERVENCIÓN

MMA acude a Terapia Individual, donde trabajamos el mov. de MMSS, triple flexión, trabajo en altura para elongación del tronco y control cefálico, pinza gruesa, tridigital y fina, ABVD, coordinación bimanual y oculo- manual, contacto visual. Fuerza de MMSS, torsión de tronco, Flex.- Ext. de extremidades, comprensión, estimulación sensorial y HH cognitivas (atención, orientación temporo-espacial, praxias, gnosias) todo ello teniendo en cuenta sus necesidades y demandas, por medio de la exposición a estímulos, pudiendo observar sus intereses, dándole a menudo a elegir el medio por el que trabajaremos para la consecución de nuestro objetivo, buscando su iniciativa, ya que por el contrario no querrá participar en la tarea. En talleres grupales en lo que más hacemos hincapié es en las relaciones interpersonales y el HHSS.

Bibliografía

1. Grieve, Gnanasekaran. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales, Cognición en el desempeño ocupacional, 3ª edición, Paramericana.
2. Levitt. Tratamiento de la parálisis cerebral y del retraso motor, 5ª edición. Panamericana.
3. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Evaluación ocupacional, razonamiento clínico y diagnóstico ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 89-112.
4. Labrador Toribio C, Talavera Valverde MA. Registro y documentación de terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 133-164.
5. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2 da edición. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010
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. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. *Am J Occup Ther.* 1991;45(11):1045-53.
8. Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P. Razonamiento clínico en terapia ocupacional en salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 317-332.
9. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Planificación, estrategias y niveles y tipos de intervención. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, coordinadores. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 1.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p 113-132.