ABORDAJES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

OCCUPATIONAL THERAPY APPROACHES IN BRAIN INJURY

DECS: Terapia Ocupacional, Estimulación Basal ®, Método Affolter
MESH: OccupationalTherapy
Palabras Clave: Terapia Ocupacional, Estimulación Basal ®, Método Affolter
KEY WORDS: OccupationalTherapy

D. Albert Giménez Soria.
Terapeuta Ocupacional. Coordinador área de Terapia Ocupacional en Centro de Rehabilitación Neurológica de Extremadura Casaverde

Cómo citar éste artículo en sucesivas ocasiones:
Giménez Soria A. Abordajes de Terapia Ocupacional en daño cerebral sobrevenido. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [-fecha de consulta-]; Vol 10, Supl 8: p 105-116. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/cerebral.pdf

Introducción

El término daño cerebral sobrevenido (DCS) hace referencia a las lesiones que se producen en las estructuras cerebrales de forma espontánea en personas, que habiendo nacido sin daño de ningún tipo en el cerebro, sufren en un momento posterior de su vida, lesiones en el mismo como consecuencia de un accidente o una enfermedad.

Cuando se produce una lesión en el cerebro, ya sea por accidente cerebrovascular (ACV), traumatismo craneoencefálico (TCE), anoxia, encefalitis, etc, se producen una serie de lesiones en el Sistema Nervioso Central que dan lugar a diferentes secuelas.

Estas secuelas pueden afectar a nivel motor, emocional, cognitivo, perceptivo y conductual, dando lugar a la aparición de déficits.

Desde terapia ocupacional estos déficits pueden ser rehabilitados o compensados para conseguir la máxima autonomía posible.

RESUMEN

Desde Terapia Ocupacional existen múltiples abordajes, teorías y técnicas, para realizar la intervención del terapeuta en cualquiera de las áreas en las que puede llevar a cabo su función.

Desde el Centro de Rehabilitación Neurológica de Extremadura Casaverde se atiende a personas con daño cerebral sobrevenido en estado subagudo.

Durante la fase de la enfermedad que residen en el centro, los usuarios reciben un tratamiento multidisciplinar intensivo y personalizado, con el fin de recuperar la máxima funcionalidad. Además, tras la valoración del equipo, se puede pasar a plaza ambulatoria, fomentando con ello la reinserción social.

La fase de la enfermedad en la que se trata este perfil de usuario es la fase en la que el terapeuta ocupacional debe orientar la intervención a mejorar el desempeño ocupacional en las AVD.

La Estimulación Basal (EB) y Método Affölter son enfoques complementarios de los abordajes más utilizados en daño cerebral sobrevenido (Reaprendizaje motor orientado a tareas, Bobath, Perfetti, Terapia por restricción del lado sano, entre otros).

Los conceptos de estos enfoques que más conectan con la teoría de terapia ocupacional son: proximidad, significación, intercambio, intervención en actividades cotidianas y centrar en el usuario la intervención. Conceptos que sirven para tener una base filosófica para la práctica, y en ocasiones sirven como intervención directa.

Se exponen las líneas teóricas básicas de los abordajes y cómo se plasma esa teoría en diferentes casos clínicos. El caso clínico expuesto trata sobre el abordaje en la actividad de alimentación mediante la guía táctil-cinestésica del Método Affölter.

SUMMARY

Since Occupational Therapy there are multiple approaches, theories and techniques, in order to carry out the intervention of the therapist in any of the areas that itcan carry out its function.

Since the Neurological Rehabilitation Center of Extremadura Casaverde responds to people with brain damage occurred at state subacute.

Es por ello que se debe enfocar el tratamiento desde alguna perspectiva que pueda dar explicación al funcionamiento (a nivel conductual, motor, emocional, relacional…) del usuario en la fase subaguda del daño cerebral sobrevenido.

Durante la intervención, es imprescindible tener en cuenta, no sólo las deficiencias, sino también las capacidades, por muy pequeñas que sean, pues si sólo se presta atención a las restricciones, se queda en segundo plano el potencial del usuario. Se deben encontrar actividades que se presenten interesantes al tiempo que sugieran pequeños retos. Este es precisamente el punto de partida de la Estimulación Basal, modelo de intervención que se propone (complementado siempre al resto de técnicas y abordajes) para aquellos pacientes cuyas lesiones cerebrales derivan en estados de discapacidades cognitivas y físicas que producen gran dependencia.

During the phase of the disease that reside in the center, users receive an intensive multidisciplinary treatment and custom, in order to recover the maximum functionality. In addition, after assessment of the computer, you can go to plaza ambulatory, thereby promoting social reintegration.

The phase of the disease in that it is this user profile is the phase in which the occupational therapist must guide the intervention to improve the occupational performance in the ADLS.

The basal stimulation (EB) and Method Affölter are complementary approaches to the approaches used in most brain damage occurred (Reprogrammed engine task-oriented, Bobath, Perfetti, therapy by restricting the healthy side, among others).

The concepts of these approaches that more connected with the theory of occupational therapy are: proximity, significance, exchange, intervention in everyday activities and focus on the user intervention. Concepts that are used to have a philosophical basis for the practice, and sometimes serve as direct intervention.

Sets out the lines of the basic theoretical approaches and as plasma that theory in different clinical cases. The clinical case is exposed on the approach in the feeding activity guide using the touch-kinaesthetic Affölter method.

La EB no es un método ni una técnica. Hay que entenderla como un concepto.

Es un modelo que parte de diferentes fuentes de conocimiento, como son la neurofisiología (idea básica recogida de este concepto: la plasticidad del SNC), la Teoría Constructivista sobre el aprendizaje humano (aportaciones de Piaget sobre el estadio sensoriomotor) y la interacción temprana (análisis de la comunicación en estadios iniciales del desarrollo humano para explicar las conducta, posibilidades y producciones de la persona gravemente afectada). En el centro de este concepto está el Ser Humano, al cual se puede producir un acercamiento incluso cuando los déficits dificultan las relaciones comunicativas y mentales.

La EB utiliza tres conceptos para llegar a dar al usuario un papel protagonista y decisivo, en su propio desarrollo tras el DCS. Estos conceptos son: proximidad, significación e intercambio.

Se entiende como proximidad el acercamiento que se realiza al usuario como las experiencias que les son propuestas (por ejemplo: ¿Qué distancia necesita el usuario para percibir al terapeuta?).

La significación corresponde a la necesidad humana de entender qué pasa, el por qué se realiza una acción. Se puede afirmar que la percepción es el proceso

de obtener una información del entorno la cual se integra y se transforma en una experiencia significativa.

El intercambio viene dado por la comunicación, y para que exista un intercambio correcto y adecuado se debe encontrar el canal más oportuno para cada usuario. Para ello se debe deben encontrar las capacidades del usuario ya que utilizan estas capacidades como canal de comunicación (por ejemplo utilizan la respiración, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, etc). Este intercambio entre terapeuta-usuario es la base de toda la intervención.

Existen unas reglas básicas o procedimientos, pero para cada caso se pueden variar, puesto que cada persona presentará unas necesidades diferentes. Así pues, la oferta que el terapeuta debe ofrecer variará en función de las demandas del paciente en cuestión.

Lo que se busca con la EB es que exista un componente de creatividad a la hora de desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD's) en los que el usuario vivencie plenamente, sienta su cuerpo, y pueda relacionarse con el entorno.

Para ayudar a sentir y vivenciar las actividades se debe tener en cuenta las áreas de estimulación básicas: área somática, área vestibular y área vibratoria. Estas esferas perceptuales son las más precoces del desarrollo humano.

- El área somática toma como órgano perceptivo todo el cuerpo, en especial la piel, límite entre la integridad corporal y el medio.
- El área vestibular parte del oído interno que posibilita la orientación en el espacio y la construcción del equilibrio.
- El área vibratoria utiliza los huesos y otras partes del cuerpo para asimilar las ondas sonoras en forma de vibración y que producen una experiencia interna.

Es a partir de estas áreas básicas donde se pueden reanudar las experiencias tempranas y ofertar actividades significativas y estructuradas para que los

usuarios puedan sentir su propio cuerpo, desarrollar una identidad propia y entrar en relación con el otro y el entorno.

Llevar a cabo el tratamiento bajo este enfoque permitirá al terapeuta poder establecer un diálogo somáticoy un "turn-talking".

Se podría definir el diálogo somático como lenguaje primario y está definido por la cercanía corporal y el intercambio a través de la piel.

Por ejemplo:

- Acompañar la respiración y respirar conjuntamente.
- Micro movilizaciones.
- Masajes teniendo en cuenta el acercamiento sistemático de contacto según Schürenberg.
- Realizar la misma comunicación que puede realizar el usuario y hacer al usuario partícipe de ello.

Por otro lado, el "turn-talking" se basa en escuchar, incluso las producciones poco intencionadas y responderlas. Pero aquí es muy importante dar significado a las producciones del usuario dentro de la situación concreta donde ocurre. Se interpretan los signos comunicativos y se responde de manera sencilla usando palabras significativas. La experiencia con esta forma de diálogo demuestra que si se escucha y responde al usuario, se le anima a expresarse cada vez más. Aprende el fenómeno causa – efecto en el otro. Aparecen demandas concretas. Se establece la comunicación, el intercambio, la relación terapéutica, la significación, etc.

Centrar el tratamiento en el sistema táctil-cinestésico se justifica con la teoría de la evolución de Piaget de los 0 a los 2 años. (Tabla 1)

- Entre los 4 y 7 meses:

El bebé aprende a modificar el entorno. Proceso causa-efecto.

Por ejemplo: coger, soltar, cambiar de lugar, etc.

Inicio discriminación figura-fondo.

Busca, coge y separa de la base

- Entre los 7 y 12 meses:

Inicio de las relaciones topológicas. Sacar de, poner en…

El mundo está formado por base, lateral y objetos.

Se aprende a descubrir el objeto permanente.

Tabla 1 Evolución táctil-cinestésica del niño de los 0 a los 2 años.
Fuente: Elaboración propia

EVOLUCIÓN TÁCTIL-CINESTÉSICA DEL NIÑO DE LOS 0 A LOS 2 AÑOS	
↓	↓
Cambios máximos en la resistencia	Cambios finos en la resistencia
(de los 0 a los 12 meses)	(de los 12 a los 24 meses)
– Recoger	
– Dentro de…	
– Enrollar	
– Empaquetar	

Rendimiento perceptivo

El rendimiento perceptivo se divide en tres niveles:

- MODAL: Rendimiento perceptivo específico (1 canal perceptivo únicamente). Por ejemplo el niño hasta los dos meses o mira, o toca, o mueve, solamente realiza un acto perceptivo.
- INTERMODAL: Rendimiento de 2 canales perceptivos de manera simultánea.
- SERIAL: Integración temporal-sucesiva de la información. Existe la expectativa del movimiento en una acción.

En Affolter se trabaja generalmente en nivel modal, para facilitar al usuario la integración-aprendizaje.

Guía Táctil-Cinestésica

- Guía sencilla: Se guía bimanualmente.
- Guía asistencial: Para personas sin capacidad bimanual.

Este tipo de guías tienen unos aspectos básicos:

- Utilizar problemas y situaciones cotidianas: comer, vestir, ordenar, etc.
- Entorno estable: base / lateral.
- Punta de los dedos sobre punta de los dedos en la guía.
- Dar tiempo suficiente para la búsqueda de la información.
- Alternar acción / posición, esto es, se debe dar información de manera ordenada y coherente de la acción que se realiza y de la posición del usuario.
- Alternar derecha / izquierda (para ello se "da el donde", información a nivel de articulación de cadera, presión intermitente en parte lateral externa de cadera).

- Hablar antes y después de la guía, no durante (si se trabaja verbalmente se puede crear dependencia).

Aspectos complementarios a las guías en las actividades cotidianas:

- Tener en cuenta el efecto tren-estación (solo 1 objeto en movimiento, por ejemplo si se guía la mano con cuchara llegará un momento en que se para el movimiento del brazo para que sea la cabeza quien acabe por llegar a la cuchara, nunca se moverá brazo y cabeza simultáneamente).
- Conseguir situaciones "cuna" (posiciones en las que el usuario se encuentre envuelto entre elementos como cojines o almohadas en las que se consiga una posición de seguridad para el usuario).
- Hacer las pausas necesarias.
- Recoger-Apretar la ropa y los materiales.
- Evitar la magia (si queremos llevar el objetos X hacia el lado derecho de la mesa nunca llegará sin que sea el usuario el que intervenga directamente para que llegue).
- Posición cómoda del profesional (ergonomía postural).
- Hacer cambios de posición (los cambios de posición dan al usuario nueva información sobre su cuerpo).
- Coger objetos con todo el cuerpo (involucrar a todo el cuerpo para realizar las actividades, por ejemplo si tengo que coger una caja puedo acercarla al cuerpo del usuario con el fin de dar información sobre el propio cuerpo).

Para saber si se produce stress o aprendizaje se tiene que observar el entorno e interpretar el comportamiento del usuario. Para ello se presentan algunas respuestas típicas por parte de los profesionales:

"Es muy tranquilo, o muy nervioso, hiperactivo".

- La hipoactividad puede ser una respuesta ya que para el usuario el entorno va muy rápido, no comprende que pasa, se queda en su

"rincón". Por el contrario una respuesta hiperactiva demanda un cambio máximo de resistencia para conseguir información.
"Tiene miedo, es agresivo, rechaza el contacto".

- No es agresividad, es dificultad en el procesamiento de la información. Lo que parece rechazo es la dificultad de entender el porqué de ese toque a un usuario.
  "Es un maleducado".

- Poca capacidad perceptiva por parte del profesional.
  "Le falta motivación, nos toma el pelo".

- La motivación está íntegramente relacionada con tener información.
  "Le cuesta mantener la atención".

- Solo se conseguirá que el usuario esté atento si se le ofrece algo que realmente sea interesante para él/ella.
  "Tiene mala memoria".

- Puede ser problema de memoria a corto plazo, pero puede ser que el problema sea previo al almacenaje de la información.
  "Es muy hablador, es muy mandón".

- Técnicas para esconder o compensar dificultades táctiles-cinestésicas. Cuando callan es cuando procesan.
  "Es hiper-hipotónico".

- Cuando existe hipertonía es la necesidad de "sentirme", al contrario la hipotonía viene cuando hay muy poco feed-back con el entorno.

Estas respuestas son las que en muchas ocasiones dan los profesionales. Desde la Estimulación Basal y el modelo Affolter, se debe ir un paso más allá, así pues se debe realizar un gran trabajo de observación, registrar cambios, registras conductas diariamente, observar y analizar cambios, etc.

Caso clínico A

Hombre de 57 años que tras AVC hemisferio izquierdo presenta hemiplejia derecha con flexo de rodilla y cadera, patrón flexor en mano y codo. Portador de trasqueostomía y férula de posicionamiento para evitar complicaciones y deformidades en mano. Afasia global y disfagia a sólidos y líquidos. Dependiente total para las AVD's básicas, no hay producción voluntaria de movimiento (ya sea con fin o sin fin).

La intervención de TO va a dar lugar en el momento de la alimentación, se aprovecha la actividad de comer para realizar la guía táctil-cinestésica.

De esta manera se da la siguiente situación:

A* sentado en silla de ruedas frente a la mesa con el plato preparado y la cuchara dentro del plato. El brazo derecho no se incluye en la tarea (mínimamente posicionando el brazo encima de la mesa) puesto que el flexo que existe no permitiría llevar a cabo la tarea.

Se inicia la actividad dando el "dónde" y realizando la prensión para la cuchara (se alterna acción-posición); esta alternancia se da entre el máximo de acciones que la actividad requiera, en izquierda y derecha para dar el máximo de información sobre qué está pasando y dónde y cómo está el cuerpo del A.

La observación de qué emite A es constante, en este caso se observa que la conexión con la tarea aumenta a medida que se repiten las sesiones. Esta conexión se ha observado por el seguimiento ocular del usuario, o por la propia actitud postural ante la actividad.

Cabe destacar que A inició el tratamiento con el fin de que se produjera una interacción sensitiva, y qué mejor para un terapeuta ocupacional lograr esta interacción sensitiva mediante una AVD.

Con este fin muy definido, A logró llenar la cuchara de alimento y llevarla a la boca en repetidas ocasiones.

Las complicaciones médicas que sufrió durante la intervención hicieron que la tarea fuese más compleja y más difícil de llevar a cabo.

*A ha sido una letra escogida al azar para proteger la privacidad del usuario en cuestión.

Conclusión

Como conclusión se podría afirmar que La EB y el Modelo Affolter no deben ser tomados como un conjunto de técnicas en sí, sino como una forma de trabajo que ayuda a complementar el tratamiento de Terapia Ocupacional. Nunca se deben dejar de lado los supuestos filosóficos de la terapia ocupacional, ni sus raíces, pero sumar a la filosofía de la terapia ocupacional esta visión permitirá crear a partir de las propias AVD's, situaciones aprovechables para hacer consciente al paciente de su propio cuerpo.

Lo más importante es que esta visión describe una forma de trabajar que complementa a las formas de trabajo ya existentes para daño cerebral, nunca suprime, excluye o ignora los diferentes puntos de vista, abordajes o técnicas.

Como ya se dijo con anterioridad, una persona que no es capaz de percibir su propio cuerpo, aún menos es capaz de vivenciar y comprender el entorno que le rodea, dificultando, por tanto, su adaptación al mismo.

Es por ello que estos abordajes pueden ser aprovechados por todos aquellos usuarios que sufren algún tipo de déficit perceptivo-sensitivo, ayudándolos de este modo a adaptarse y desarrollarse mejor en su entorno.

Después de todo lo explicado, se hace obvia la razón por la cual no se ha especificado ni la población diana, ni los materiales necesarios, ni los horarios o entornos en los que se realizarán la intervención: La idea esencial es que se puede aprovechar cualquier situación cotidiana (ducha, vestido, transferencia, etc) para crear una actividad que ayude al paciente a vivenciar su propio cuerpo y a interactuar con el medio que le rodea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Affolter F, Bischofberger W. "GespürteInteraktionimAlltag". En: Fernández Doblado M. Interacción sensitiva en la vida diaria. [Internet] 1996. [consultado el 25 de abril del 2010]. Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/articulos/interaccion_sensitiva_actividades_vida_diaria_terapia_ocupacional.pdf
2. Roller B. La Estimulación Basal y la importancia de la comunicación para el proceso de la individuación. [Internet] 2003. [consultado el 17 de noviembre del 2010] Disponible en: www.estimulacionbasal.net
3. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Hannover: Kallmeyer; 2003.
4. Buchholz T, Schüregnberg A. Lebesbegleitung alter Menschen. Bern: Hans Huber; 2003.