

# **TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

## **OCCUPATIONAL THERAPY'S TREATMENT IN CEREBROVASCULAR DAMAGES**

Ana M<sup>a</sup> Domingo García

Terapeuta Ocupacional. Hospital de Guadarrama. agarcia\_26@ hotmail.com;

## RESUMEN

Entre los muchos pacientes que necesitan tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional están los que en la edad adulta han sufrido un accidente cerebrovascular.

Uno de los factores de riesgo asociados con más frecuencia a las alteraciones del sistema nervioso central es el progresivo envejecimiento de la población, debido a esto orientaré el siguiente artículo hacia la intervención sobre la población geriátrica.

La Terapia Ocupacional ofrece un tratamiento global que abarca las áreas funcional, motriz, sensorial, perceptivo y cognitiva. No debemos olvidar el asesoramiento realizado al paciente, a la familia y/ o cuidadores sobre el manejo de la persona que ha sufrido un ictus, la adaptación del entorno y la prescripción, uso y manejo de ayudas técnicas cuando sea necesario.

Las propuestas terapéuticas que expondré a continuación, no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus. Con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una adaptación de la terapia según sus déficit específicos.

La meta final de la Terapia Ocupacional es la integración óptima del paciente dentro de su entorno familiar y social, con el mayor grado de autonomía posible.

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular. Rehabilitación. Terapia ocupacional. Autonomía. Actividades de la vida diaria. Familia.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

## **ABSTRACT**

Among the patients who need Occupational Therapy's rehabilitation treatment, there are those who have suffered a cerebrovascular damage when elderly.

People's gradual ageing is one of the risk factors in the nervous central system's alterations and this is why I am going to write about intervention on geriatric population.

The Occupational Therapy's rehabilitation treatment works on the functional, motor, sensorial, perceptive and cognitive areas. Moreover, we should not forget to advise the patient and his/her family or caregivers about the way of treating ,the environment's adaptation, the prescription and use of technical aids when needed.

The following therapeutic proposals can not be considered as the only solution for all the patients who have suffered a stroke. It will definitely be necessary an individualized evaluation which might take into account his/her situation and adaptation to the therapy according to specific deficit.

The main purpose of the Occupational Therapy is getting a good integration of the patient into his/her family and social environment, trying to reach the best independence stage.

**Key words:** Cerebrovascular Accident; Rehabilitation; Occupational Therapy; Independence; Activities of daily living; Family.

# **INTRODUCCIÓN**

## **UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

Mi labor como Terapeuta Ocupacional se desarrolla en la Unidad de Rehabilitación de Media Estancia del Hospital de Guadarrama de Madrid.

Los pacientes acuden al hospital para tratamiento rehabilitador en la fase subaguda de evolución de la enfermedad la mayor parte de los mismos han sufrido un accidente cerebrovascular .

El equipo multidisciplinar está compuesto por, médico rehabilitador, geriatra, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales, personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Cuando el paciente ingresa es evaluado por el médico rehabilitador, geriatra o especialista de medicina Interna, elaborando la historia clínica y derivando a los pacientes a los servicios de los que son susceptibles, entre ellos y en la gran mayoría de los casos Terapia Ocupacional.

En Terapia Ocupacional el tratamiento se estructura mediante sesiones individuales de 30 min., no sólo en el espacio físico del departamento sino también en la planta hospitalaria.

## **CONCEPTO DE ICTUS**

El Accidente cerebrovascular o Ictus se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma anormalmente brusca. Con la presencia de:

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

- Trastornos motores.

Debilitamiento (hemiparesia) o paralización (hemiplejia) del hemicuerpo contralateral a la lesión. Alteraciones del tono muscular (espasticidad/flacidez). Problemas motores como la pérdida de simetría, presencia de movimientos anormales y en bloque, pérdida de las reacciones automáticas y de la coordinación entre ambas manos y otras deficiencias motrices secundarias (subluxación de hombro, contracturas, edemas, ...)

- Trastornos de la percepción.

Heminegligencia, agnosia, apraxias, problemas con el esquema corporal, déficit visuales (hemianopsia homónima contralateral,...), etc..

- Trastornos Sensitivos como la alteración de sensibilidad superficial y profunda.
- Trastornos de la comunicación : afasias, disartrias
- Trastornos emocionales, psicológicos y de la conducta: ansiedad, sentimientos de frustración, cambios bruscos del estado de ánimo, depresión, etc..

## **VALORACIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**

Como terapeuta ocupacional llevo a cabo la evaluación de aquellos aspectos más relevantes para el tratamiento. De igual manera realizo revisiones periódicas y al alta del servicio.

Los puntos más importantes de esta valoración son los siguientes:

- Valoración de las ABVD (Actividades básicas de vida diaria)
- Valoración motora.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

- Valoración sensibilidad táctil y propioceptiva.
- Valoración de déficit perceptuales.
- Valoración cognitiva.
- Valoración entorno/ domicilio.

### **VALORACIÓN DE LAS ABVD (Actividades básicas de la vida diaria)**

Para una correcta valoración de las ABVD se debe observar directamente la ejecución de las actividades cotidianas por parte del paciente. Además de tener en cuenta la información facilitada por la familia y cuidadores.

Los items que valoro dentro de las actividades básicas, son similares a los del índice de Barthel, pero lo desgloso más en detalle. A tener en cuenta son:

- Alimentación.
- Lavado y aseo personal.
- Baño.
- Vestido (superior/inferior/ropa interior y calzado).
- Continencia( uso y colocación correcta de dispositivos)
- Uso del w.c
- Movilidad en cama.
- Transferencias.
- Marcha y escaleras.

Dada las características de nuestros pacientes (edad avanzada, pluripatología,...) hay que hacer especial hincapié en el reentrenamiento de las actividades básicas, aún así en los

casos con buena evolución también se valora e interviene sobre las instrumentales (manejo del dinero, cocina, cuidado del hogar, etc.).

### **VALORACIÓN MOTORA**

Exploro los miembros afectados y también los sanos , valorando la flexión de hombro (presencia de dolor), rotaciones externa e interna, flexión/extensión de codo, flexión palmar/dorsal de muñeca y la capacidad de presión. En el miembro inferior analizaremos la dorsiflexión de tobillo, extensión de rodilla y flexión de cadera. No hay que perder de vista la existencia de contracturas y deformidades y la limitación articular debida a retracción tendinosa. Así mismo, la presencia de hipotonía (flacidez) o hipertonia (espasticidad), y la presencia o no de sinergias (flexoras /extensoras) al demandar al paciente movimiento voluntario.

Aquí también se introduce la valoración del equilibrio y control postural, es decir, la capacidad que tiene el paciente para soportar el cuerpo contra la gravedad y otras fuerzas externas, de mantener el centro de la masa corporal alineado y equilibrado sobre la base de sustentación y que pueda estabilizar partes del cuerpo mientras mueve otros segmentos corporales

### **VALORACIÓN DE LA SENSIBILIDAD TÁCTIL Y PROPIOCEPTIVA**

Dirigida a detectar las dificultades de interpretación e integración de todos los mensajes sensoriales procedentes de los medios externo e interno.

En la *exploración táctil* o de sensibilidad superficial de los miembros afectados, tengo en cuenta:

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

- Sensibilidad a la presión.
- Sensibilidad de tacto fino, mediante el roce con un algodón.
- Sensibilidad de dolor , utilizando la uña o un alfiler(punta roma)
- Discriminación de temperatura.
- Discriminación de dos puntos.

En la *exploración propioceptiva* o de sensibilidad profunda, se determina la conciencia que tiene el sujeto de las diferentes posiciones del miembro afectado.

## VALORACIÓN DE DÉFICIT PERCEPTUALES

Señalo en este punto los déficit más significativos y comunes en la práctica aunque hay gran variedad de ellos en función de las áreas cerebrales lesionadas:

- Imagen corporal: Se valora la capacidad para percibir la localización y la relación de las partes del cuerpo .Las alteraciones del esquema corporal afectarán a la ejecución del movimiento voluntario y a la calidad del desempeño de la tarea.
- Déficit espaciales: Los pacientes con este tipo de alteración son incapaces de manejar conceptos espaciales como arriba, abajo, detrás...
- Apraxia: Es la incapacidad de efectuar movimientos complejos o con propósito, a pesar de que la movilidad, la sensación y la coordinación se encuentren intactas. Hay diferentes tipos:
  - Apraxia ideomotora (el paciente puede ser capaz de ejecutar el movimiento de manera automática, aunque no al ordenárselo)



- Apraxia ideacional (defecto para manejar y usar objetos)
- Apraxia constructiva (alteración de la capacidad del paciente para copiar diseños en dos o tres dimensiones )
- Apraxia del vestido. Incapacidad del paciente para vestirse de manera adecuada. Puede haber problemas en orientar la ropa en el espacio, y con respecto al cuerpo, en diferenciar el derecho del revés, la izquierda de la derecha, en seguir la secuencia de pasos para vestirse, en la selección de la ropa adecuada, etc..
- Síndrome de negligencia: Se trata de un fallo a la hora de informarse, responder u orientarse hacia un estímulo en el espacio contralateral al lado de la lesión cerebral (ignoran de manera selectiva todo lo que acontece sobre el lado afectado), por lo general se acompaña de lesión del hemisferio cerebral derecho. Las maneras de valorarlo son muy sencillas como los test de cancelación (tachar determinados símbolos-letras-números escritos en toda una hoja), dibujar un hombre, copiar una flor o una casa, leer en voz alta, etc..
- Agnosia: Incapacidad para reconocer objetos familiares.
- Alteraciones o déficit visuales: Una de las alteraciones más comunes es la hemianopsia, el paciente es incapaz de ver parte de su campo visual mientras dirige la mirada directamente hacia delante .

Existen pruebas estandarizadas que cubren la mayoría de las áreas de percepción y cognición, muy útiles para detectar este tipo de déficit , entre ellas:

- COTNAB (Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Bateria)

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

- LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment)
- RPAB (Rivermead Perceptual Assessment Battery)
- MEANS (Middlesex Elderly Assessment of Mental State)

## **VALORACIÓN COGNITIVA.**

Puede darse una alteración global de las capacidades mentales y organizativas referidas al razonamiento abstracto. En algunos casos la capacidad de aprendizaje también puede estar alterada.

No hay que obviar el enorme impacto psicológico que sufren estos pacientes, que puede venir acompañado de un estado depresivo que interferirá en nuestro tratamiento.

También son muy comunes los trastornos del habla y del lenguaje especialmente la afasia (está alterado el empleo simbólico de la palabra hablada o escrita) y la disartria (habla tartajosa debida a la parálisis o incoordinación de la musculatura del habla).

## **VALORACIÓN ENTORNO/DOMICILIO**

Sobre este punto actuo cuando está próxima el alta hospitalaria y conozco de forma aproximada la capacidad funcional lograda con el tratamiento y los déficit o limitaciones que persistirán. Lo ideal es acudir al domicilio del paciente para realizar

una valoración insitu de las barreras arquitectónicas existentes indicando las modificaciones ambientales a realizar y asesorando sobre las ayudas técnicas que puede que necesiten para lograr un mayor grado de autonomía (asientos de ducha, camas articuladas, sillas de ruedas, cojines antiescaras, etc..). En la mayoría de los casos y debido a la dinámica hospitalaria es prácticamente imposible ausentarse del centro para realizar estas visitas, así que me entrevisto con el paciente y la familia y les indico estas recomendaciones gráficamente (Ej. plano del baño con sus elementos y disposición)

## **TRATAMIENTO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**

Una vez realizada la valoración se establece un plan de tratamiento orientado a mejorar la áreas afectadas, personalmente lo desglosaré por áreas de valoración para que resulte más claro al lector.

### **ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIARIA**

El terapeuta debe reentrenar con el paciente y la familia aquellas actividades en la que presente dificultad, así mismo enseñarles el uso de ayudas técnicas que precise.

Gradualmente incido sobre:

- Volteos y movilidad en la cama. Ejercicios a realizar diariamente en la misma.
  - Despegar la pelvis de la cama.
  - Abrir y cerrar las rodillas.
  - Girar las rodillas junta hacia derecha e izquierda sin mover los hombros.

- Trasladarse hacia arriba/abajo y derecha/izquierda en la cama.
- Paso decúbito supino a sedestación, equilibrio y control de tronco al borde de la cama. Sedestación primero al borde de la cama y con asistencia, hasta conseguirla independientemente contra resistencia al empuje. Hay que insistir en la correcta alineación de todos los segmentos.
- Alimentación: Indicándoles la postura correcta para comer (sentados con los dos pies apoyados en el suelo, espalda recta apoyada sobre el respaldo de la silla, brazo pléjico/parético sobre la mesa y comiendo plato por plato no con la bandeja entera).
- Transferencia a la silla de ruedas, a la cama, al w.c, a la ducha/bañera,etc...
- Aseo personal delante del lavabo: lavarse la cara y las manos, lavarse los dientes, peinarse, afeitarse, etc..
- Vestido: primero la parte superior después la inferior y al final incluyendo prendas más complejas (ropa interior). Hay que tener en cuenta el lugar dónde coloquemos la ropa y la posición de la misma para que no haya riesgo de caídas. Hay que secuenciar las tareas y proporcionar al paciente las estrategias necesarias para que pueda hacerlo de una manera óptima .
- Baño, incluyendo la transferencia a la bañera o plato de ducha. Siempre se realizará esta actividad en sedestación
- Deambulación por la habitación con o sin ayudas técnicas en diferentes posiciones y direcciones. También por la planta y el hospital fomentando la interacción con otros pacientes. En aquellos que no sea posible la marcha les enseñaremos a autopropulsar su silla de ruedas para que se muevan de forma autónoma.

- Subir y bajar escaleras, con o sin ayudas técnicas .

## TRATAMIENTO MOTOR

Personalmente oriento el tratamiento de las deficiencias motoras basándome en principios de abordaje del control motor (Bobath) , aunque utilizo igualmente y en función de las características de cada paciente, técnicas de estimulación sensorial (Rood) y de facilitación neuromuscular propiceptiva (Kabat).

La intervención motriz debe seguir una serie de fases:

En primer lugar el tratamiento del **tronco**, a continuación **cintura pélvica y miembro inferior** y posteriormente la **cintura escapular y miembro superior**.

El trabajo se realiza de forma global (Ej. cuando estemos trabajando la cintura pélvica no nos olvidaremos del miembro superior, pero bien es cierto que no podemos incidir eficazmente sobre éste si el control postural es precario).

Incido en la reeducación de la simetría y el equilibrio asesorando tanto a familia como cuidadores en medidas higiénico posturales para facilitar posiciones correctas (decúbito supino, decúbito lateral, sedestación, durante las ABVD,...) que disminuyan tono muscular y eviten futuras complicaciones.

Cuando el paciente esté en sedestación (camilla, silla, silla de ruedas, etc.)hay que corregir su postura, resulta de gran utilidad colocar un espejo frente a ellos, para que tengan una referencia visual y puedan posicionarse correctamente. Deben tener

el tronco lo más erguido posible únicamente con las curvas fisiológicas, no potenciando posturas anómalas (curvatura lateral exagerada, cresta iliaca elevada, mayor tono del Psoas, Cuadrado Lumbar y Dorsal Ancho, rotación de tronco hacia el lado contrario, etc.). La cintura pélvica y la escapular correctamente alineadas, de esta manera la carga de peso sobre ambas caderas es homogénea. Actividades muy útiles en este aspecto serán aquellas que refuercen anteversión y retroversión pélvica y la alternancia de carga entre una cadera y otra. El paciente debe mantener sentado los pies correctamente apoyados sobre el suelo, ligeramente separados. Si el pie afecto no tiene un buen apoyo, tendremos mejorarlo, realineando los segmentos anatómicos del miembro inferior (cadera, pierna, rodilla y pie) e inhibiendo la actividad muscular que lleva al pie a dorsiflexión e inversión. Son de gran utilidad movimientos de flexo-extensión de tobillo, alargar el tibial posterior (una mano sostiene el talón y la otra va subiendo a lo largo del tibial posterior), elongar la fascia plantar, abrir los dedos, dar forma al arco anterior con el talón apoyado en el suelo, etc...

Cuando el control de tronco está conseguido se trabaja el equilibrio y reacciones de enderezamiento en bipedestación. Algunas propuestas son:

- Actividades muy variadas sobre una mesa colocada frente al paciente
- Trabajo sobre pared (tableros con fichas para ensartar, telares sencillos y adaptados)
- Ejercicios con pelota Bobath sobre la mesa posicionando a la vez los miembros superiores, etc..

Conseguidos los pasos anteriores y junto con el departamento de Fisioterapia se entrena al paciente en el correcto patrón de marcha . Es importante practicar tanto

la deambulación tanto en exteriores (jardín, calle, ...) como en interiores (planta, hospital,...)

### *TRATAMIENTO MOTOR DEL MIEMBRO SUPERIOR.*

El patrón típico que presenta el miembro superior espástico de los pacientes que han sufrido un Ictus es el siguiente: aducción y rotación interna de hombro, flexión de codo, pronación de antebrazo y flexión de muñeca y dedos.

El miembro superior debe trabajarse después de haber logrado un buen control de tronco, si trabajamos el brazo antes que el tronco se puede provocar un hombro doloroso.

Antes de iniciar la actividad con el miembro superior afecto hay que inhibir el tono si se presenta en exceso . Esto se consigue mediante un correcto posicionamiento, colocando al paciente en posturas inhibitorias y relajando la musculatura flexora . A continuación estimularemos aquellos grupos musculares más debilitados mediante técnicas que proporcionen una estimulación sensorial controlada, algunas de ellas son:

- Estimulación táctil: cepillado táctil, toque ligero, percusión...
- Estimulación propioceptiva. Estiramientos, golpeteo ,presión, compresión ligera...
- Facilitación con frío.

El tratamiento comenzará en sentido proximal a distal, por lo tanto las actividades en un principio implicarán patrones de movimientos amplios (Ej. lanzamiento y movilización de pelota en diferentes planos, tejido de telar de pared, juego de damas sobre pared) . Las actividades que propongamos deben ser simétricas y simples, sobre todo al comienzo del tratamiento, simétricas para aprovechar el refuerzo contralateral a la vez que aumenta la habilidad y destreza en el miembro sano, y simples para evitar la frustración. Es conveniente realizar las actividades con los dedos de las manos entrecruzados ya que los éstos están en abducción, inhibiendo así los reflejos y además el miembro sano facilita el movimiento existente o no del parético/pléjico. Una vez que se han conseguido los movimientos amplios y un control más adecuado del hombro y codo, propongo actividades de fortalecimiento. Conforme aparece el control voluntario se debe progresar hacia actividades más complejas con el fin de mejorar el movimiento coordinado de prensión y liberación. Las actividades propuestas deben seguir el orden de la recuperación motora del miembro superior, es decir:

- Flexión de hombro.
- Flexión de codo combinada con flexión de hombro.
- Flexión de muñeca y dedos.
- Extensión de hombro y codo.
- Supinación de antebrazo.
- Flexión selectiva de hombro y codo.
- Extensión selectiva de hombro y codo.
- Flexión y extensión de todos los dedos.



Cuando aparece la contracción activa de grupos musculares se inician los ejercicios activos para que el paciente empiece a adquirir conciencia del esquema corporal perdido y para crear patrones cerebrales de movimiento, basándonos en la repetición. Antes de oponer grandes resistencias, trataré que los movimientos sean funcionales, coordinados y bien controlados por el sujeto.

También hay que intervenir desde Terapia Ocupacional sobre las deficiencias motoras secundarias al ACVA como son:

- Subluxación de hombro: resultan útiles los dispositivos de posicionamiento para el brazo para proporcionar una fuerza positiva hacia arriba al hombro hemipléjico y las tablas para el brazo a la silla de ruedas del paciente, que apoya el brazo aproximadamente 45° de abducción y la muñeca y los dedos en una posición funcional.
- Prevención de contracturas, se desarrollan cuando los miembros permanecen en una sola posición. Se evitan mediante movimientos pasivos en el miembro varias veces al día y colocando el brazo en la posición opuesta al patrón existente (escápula hacia delante, el codo, la muñeca y los dedos extendidos, y los dedos y el pulgar en abducción). Aquí toma una enorme importancia las medidas higiénico-posturales que se enseñan al paciente y a la familia.
- Síndrome hombro-mano: caracterizado por dolor en el hombro y mano, así como edema no depresible en ésta. El tratamiento consiste en disminuir el edema y el dolor e incrementar el movimiento.

En el caso de que tratemos un paciente flácido hay que posicionar el miembro superior correctamente, estimulándolo sensitivamente sin perder de vista los cambios que se produzcan en el mismo al trabajar con el brazo sano.

Suelen ser muy frecuentes **las reacciones asociadas**(reacciones musculares reflejas desprovistas de control voluntario) y **los movimientos en bloque**. Las primeras aumentan el patrón patológico desencadenándose cuando el paciente realiza actividades con el miembro sano, al bostezar, toser, al realizar actividades homólogas (Ej.: cuando flexiona cadera eleva el hombro y flexiona el codo). Se inhiben relajación del miembro afecto seguida de autocontrol por parte del paciente. Los movimientos en bloque aparecen con patrones de flexión o extensión donde el paciente es incapaz de combinarlos o disociarlos para conseguir movimientos selectivos. Hay que lograr un equilibrio entre agonistas/antagonistas (Ej.: coger tacos en flexión de codo con apertura y cierre de dedos y depositarlos en una caja con el codo en extensión mientras le lleva con el antebrazo en pronación) muy útil para corregir estos movimientos y para el tratamiento del miembro superior en general, es el Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo o Método Perfetti.

## **TRATAMIENTO DE LA SENSIBILIDAD PROFUNDA Y SUPERFICIAL**

En el tratamiento de la sensibilidad profunda o propiocepción el objetivo principal es que el paciente sepa distinguir posiciones y dirección del movimiento. Las actividades utilizadas son muy variadas entre ellas:

- Imitación por parte del paciente de las posiciones en las que coloca el terapeuta los miembros inferiores y superiores, primero frente a él, luego frente al espejo.
- Hacer apoyos con la muñeca en extensión sobre una mesa.
- Coger objetos de diferentes tamaños.
- Ejercicios contra resistencia (lijar sobre una mesa,..)
- Botar una pelota, etc..

La sensibilidad superficial se trabajará estimulando con distintos tejidos, presiones, temperaturas.

## **TRATAMIENTO DE DÉFICIT PERCEPTIVOS/COGNITIVOS**

El tratamiento de los déficit perceptivos , variará en función de los problemas específicos que presente cada paciente, a continuación expongo unas recomendaciones generales:

### *Síndrome de negligencia:*

Paso previo al tratamiento es explicar al paciente y a su familia la naturaleza del problema, intentando disminuir la confusión que ello provoca. Al dirigirnos al paciente debemos hacerlo por el lado afecto para estimular y ayudar a que tome conciencia de ese lado Si la negligencia persiste pueden ser necesarias modificaciones ambientales en su domicilio como cambiar la orientación de la cama o de los muebles, para facilitar el contacto con el entorno.Las técnicas de mayor eficacia utilizadas desde la Terapia Ocupacional son las de compensación. Su objetivo

es mejorar la orientación del paciente hacia su lado con negligencia y aplicar estrategias que mejoren la búsqueda visual en el espacio. Este trabajo debe generalizarse al reentrenamiento de las actividades cotidianas.

Quiero incidir en este punto sobre el tratamiento de los problemas de planificación motora y en las apraxias. La intervención se dirigirá a que los pacientes vuelvan a automatizar los pasos a seguir al realizar las tareas, en el caso de las ABVD, se empieza por actividades sencillas, como peinarse, lavarse la cara, alimentación etc.. La actividad se desglosa paso a paso, reforzándolos mediante repetición, para que el paciente los vaya de nuevo integrando. Resulta una tarea sumamente costosa que requiere la implicación de la familia y cuidadores para que estas actividades se generalicen a lo largo de todo el día, no sólo durante la sesión de tratamiento de Terapia Ocupacional. Cuando el paciente tenga apraxia del vestido, requerimientos previos a vestirse serán enseñar al paciente, nociones espaciales (arriba/abajo, derecha/izquierda, derecho/revés, orientar la ropa correctamente,...) para luego incidir como en el punto anterior paso por paso en la tarea.

Si existen problemas cognitivos (memoria, lenguaje, cálculo, orientación, etc.) se llevan programas de entrenamiento en estos déficit, aún así la presencia de trastornos cognitivos se considera un factor de mal pronóstico de recuperación en los pacientes con Ictus. La pérdida de memoria puede estar relacionada con déficit subyacentes perceptuales o atencionales, desde terapia ocupacional la adaptación del entorno para evitar distracciones y para elaborar estrategias que aumenten el nivel de alerta es muy importante. A la hora de proponer actividades o tareas a

pacientes con problemas de memoria tenemos que reducir la información a recordar, presentar el material de forma lógica y estructurada, crear rutinas diarias que engloben las principales actividades del día, favorecer el empleo de ayudas externas (agendas, alarmas), etc..

Otro aspecto a reseñar en este apartado es la falta de conciencia de las limitaciones que presentan algunos pacientes. No se dan cuenta de fallos en su funcionamiento (intelectual, motriz, social,..) y pretender volver a retomar su vida anterior sin tomar las medidas necesarias para garantizar que lo hagan de forma segura y eficaz. Desde Terapia Ocupacional hay que intentar que el paciente vaya afrontando de forma progresiva sus dificultades, comenzando por las que para él son más evidentes, enseñándole los problemas que presenta en relación con las actividades que realiza sin que se sienta ofendido.

En el área social el principal objetivo es que el individuo retorne a su vida previa, para ello hay que aprovisionarle de las adaptaciones y ayudas técnicas necesarias para que vuelva a retomar intereses de ocio y sus relaciones sociales. En el caso de que desempeñen actividad laboral intento reorientarles en este aspecto, aunque la mayoría después del ingreso en el Hospital son derivados a centros especializados de reorientación laboral.

## **CONCLUSIONES**

El objetivo que se plantea la Terapia Ocupacional es la rehabilitación o mantenimiento de las capacidades del individuo desde el punto de vista de la globalidad, es decir, trabajando aspectos físicos, cognitivos y sociales, con el fin de

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com). Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

conseguir la máxima independencia posible, promover la salud y mejorar la calidad de vida del paciente. La intervención del Terapeuta Ocupacional incluye la evaluación mediante la observación clínica estructurada, así como a través de la administración de pruebas estandarizadas o no estandarizadas.

La problemática que presenta el paciente hemipléjico es muy compleja, por este motivo, el terapeuta ocupacional, debe planificar un programa terapéutico que permita subsanar las necesidades individuales del paciente, ayudándole a conseguir la máxima capacidad funcional.

Cuando intervenimos ,debemos de hacerlo de forma global sobre todas las áreas del mismo, es decir, no nos centraremos solamente sobre los problemas motores olvidando el reentrenamiento de actividades de vida diaria o dejando para posteriori los problemas perceptivos. Al contrario avanzaremos de forma conjunta sobre todos los aspectos. No debemos olvidar aquí ,los intereses y expectativas que tengan los pacientes y sus familiares para adecuar nuestro tratamiento en la medida de lo posible a los mismos.

La pérdida prolongada o irreversible de la autonomía, como consecuencia de los déficit neurológicos residuales tras un ictus, pone en marcha un proceso de adaptación en el paciente y en su familia. Todos los miembros de la familia, y sobre todo el cuidador principal, deben reajustar sus vidas para proporcionar la atención y los cuidados que el paciente precisa lo que provoca una alteración en la integridad familiar y en la calidad de vida del cuidador. Debemos por tanto ayudar a los

familiares en este proceso, aminorando la carga que ello representa, el terapeuta deberá enseñarles técnicas para manejo su familiar cuando éste no consiga un alto nivel de autonomía (levantarle de la cama, llevarles al baño, etc.) además de asesorarles sobre las modificaciones que tengan que realizar en su hogar si el paciente vuelve a casa y del uso y mantenimiento de las ayudas técnicas que vayan a precisar estos pacientes.

Cada individuo es único y por lo tanto la evaluación y tratamiento que llevemos a cabo sobre ellos será diferente dependiendo de sus capacidades y déficit. No existen recetas ni técnicas únicas, los terapeutas debemos saber conjugar todos los conocimientos de forma coherente y eficaz para poder atender las necesidades específicas de nuestros pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- M.Lynchand, V. Grisogono. Strokes and head injuries. A guide for patients, families and carers. John Murray, 1999.
- I. Sánchez Blanco. Monográfico sobre rehabilitación de pacientes tras accidente cerebrovascular. Revista Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 200, Vol,.34. Pags 393-518.
- Trombly, C.A. "Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". P.M.M.,1990.
- June Grieve. "Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales". Editorial médica Panamerican, 2ª Edición,2000.

Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. [www.revistatog.com](http://www.revistatog.com) . Número 3. Febrero 2006.

TOG (A Coruña) ISSN 1885-527X.

Domingo, A. M<sup>a</sup>.

Originales: Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular

- Laver.A.J.& Huchison.S.(1994):The performance and experience of normal elderly people on the Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery (COTNAB). British Journal of Occupational Therapy 57(4).137-42.
- Carr J. & Shepherd R. "Rehabilitación de pacientes en el Ictus". Elsevier,2004.
- Bobath B. "Adult hemiplegia:e evaluation and treatment. Heinemann Medical, London, 1978.

Artículo recibido el día 24 Octubre 2005  
Artículo aceptado para su publicación\* 25 Febrero 2006  
\*Previamente fueron enviados a los diferentes comités para su revisión