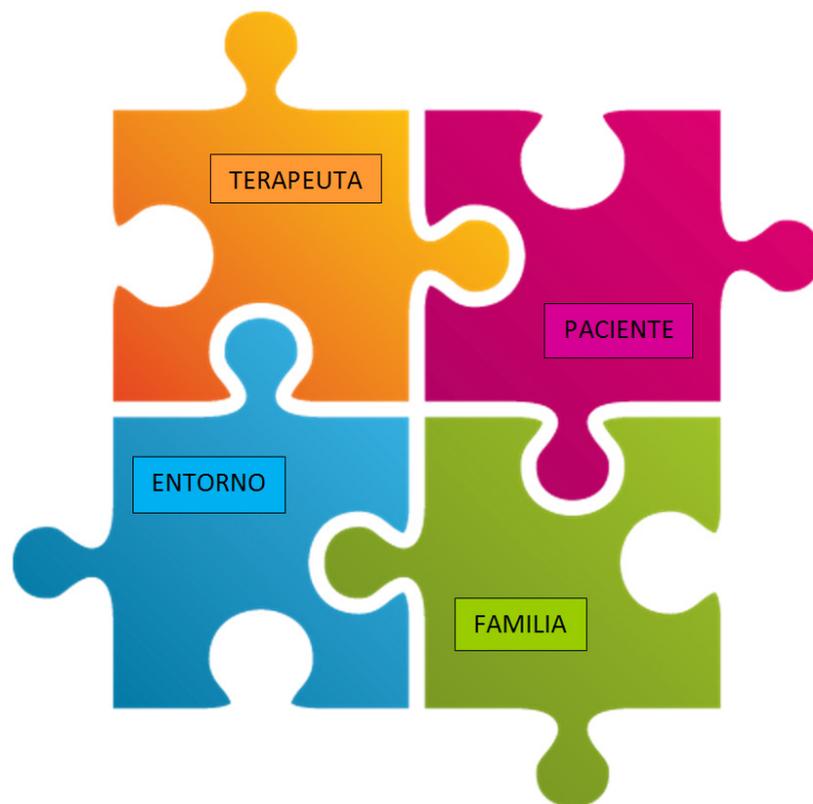


¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UN ABORDAJE TERAPEÚTICO PRECOZ Y TRANSDICIPLINAR EN DAÑO CEREBRAL?: PRISMA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.



1. INTRODUCCIÓN

El DCA incluye a todas las personas que hayan sufrido una lesión cerebral a causa de un agente externo o interno, y que compromete no sólo las capacidades físicas, cognitivas, emocionales y conductuales, sino que repercute directamente en el rol social, laboral y familiar de la persona afectada y su entorno más cercano.

“

“Aquellas lesiones de cualquier origen que se producen de forma aguda en las estructuras cerebrales en personas que han nacido sin ningún tipo de daño, y que causan en el individuo un deterioro neurológico permanente respecto a la situación previa, lo que condiciona su capacidad funcional y su calidad de vida.”

Constituye una discapacidad en ascenso en nuestra sociedad, figurando como la tercera causa de muerte, según la OMS. El elevado número de personas afectadas (más de 400.000 en España), la duración, la gravedad y la variedad de las secuelas convierten a esta lesión en un problema sanitario de primera magnitud, representando la principal causa de discapacidad en las personas adultas en los países desarrollados.

Entendemos que el abordaje de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la neuro- rehabilitación engloba diferentes marcos de referencia, tales como, biomecánico, perceptivo- cognitivo, conductual, neurodesarrollo y el rehabilitador. En primera instancia, tras la recogida de información (screening), la valoración inicial y las demandas/ motivaciones de la persona, tenderemos a primar la recuperación funcional frente a la compensación, teniendo en cuenta las limitaciones (funciones corporales), capacidades (actividad y participación), y el entorno y contexto (factores ambientales) de la persona afectada. Trabajamos a través de la experimentación del movimiento y las sensaciones durante el desempeño de actividades propositivas y significativas desde la fase aguda (“Terapia Ocupacional y el proyecto de la promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia”. Reyes Noya 2006), con el fin de crear objetivos reales y funcionales que ayuden a la persona a recuperar sus roles, valores y/ o intereses (Modelo de Ocupación humana de Kielhoffner), todo ello dentro de un contexto transdisciplinar y bajo un enfoque holístico.

“

“Profesión de la salud que se fundamenta en el conocimiento y la investigación de la relación que existe entre la salud, la ocupación y ambiente en el bienestar de la persona ante la presencia de limitaciones físicas, cognitivas, sociales, afectivas y/o ambientales que alteran su potencial de desarrollo y su desempeño ocupacional; que utiliza actividades significativas para la persona teniendo como objetivo final restaurar, mantener y/o desarrollar habilidades necesarias para integrarse y participar en su esfera biopsicosocial”. (según el Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales, COTEC).

“

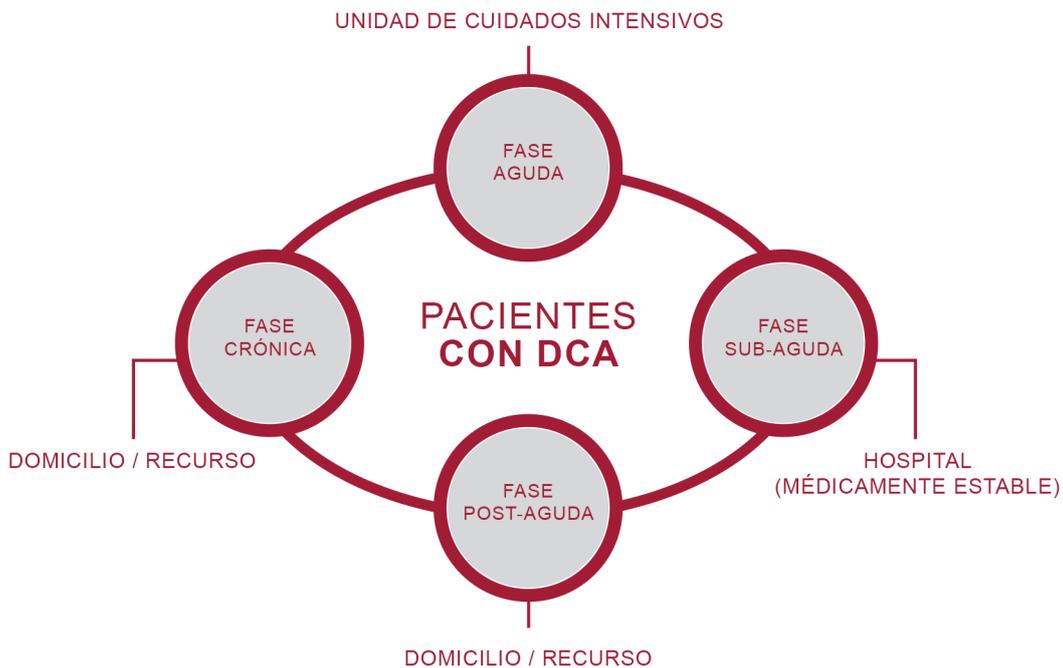
“La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”. (según la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, WFOT)

Desde la práctica clínica profesional, se puede objetivar que son muchas las ventajas de un abordaje terapéutico precoz. El tratamiento de neuro-rehabilitación dispensado por un equipo transdisciplinar ha demostrado ser más eficaz que no recibir tratamiento o que tratamientos puntuales no coordinados (según Guía Clínica de Neuro-Rehabilitación en Daño Cerebral Adquirido, Fundación Reintegra. Imsero). Esto es así, incluso cuando la intervención se limita a las fases muy tempranas.

Esto requiere poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes, para permitir al paciente alcanzar su máximo nivel óptimo de integración social. (según la OMS,2001).

2. FASES DE INTERVENCIÓN DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL (T.O).

Desde que la persona sufre el daño cerebral, pasa por diferentes fases de recuperación, donde intervienen diferentes profesionales tanto para la estabilización médica como para la rehabilitación de los déficits adquiridos tras el daño. La recuperación tras un DCA es compleja y depende de múltiples factores entre los que destacan las diferencias individuales (edad, nivel intelectual, motivación...), factores relacionados con la lesión (tipo, gravedad, localización, evolución...) y el entorno de la persona afectada (motivación, ayudas, barreras socioeconómicas...).

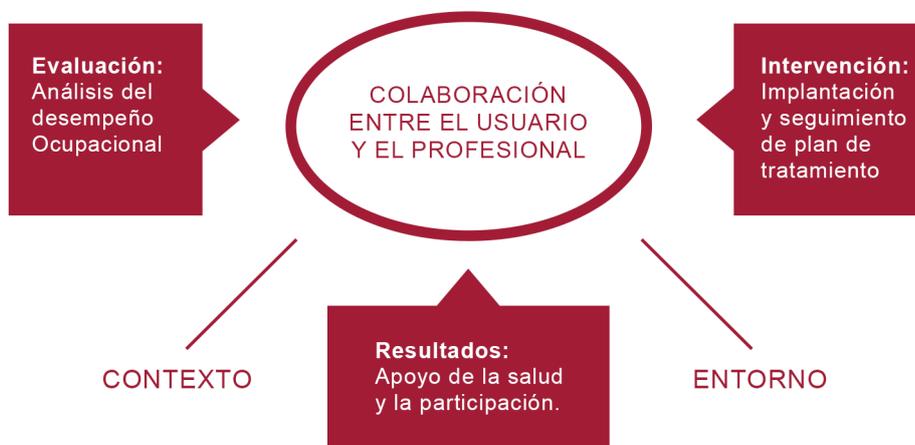


La rehabilitación debe empezar ya en el período agudo y ser un proceso vivo y flexible para ir adaptándose y modificándose según la evolución de la persona. De ahí recalcar de nuevo la importancia del trabajo transdisciplinar precoz. Las alteraciones o déficits que se pueden dar tras sufrir un DCA son muchas y muy diversas, debido a que el cerebro controla todas las funciones vitales, desde las más básicas (respiración, presión arterial, frecuencia cardíaca) hasta las más complejas (creación artística, abstracción, emociones).

Desde Terapia Ocupacional, se pueden utilizar diferentes herramientas de valoración dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente. La valoración cuantitativa proporciona puntuaciones objetivas del estado general del paciente (sensorial, motor, perceptivo, cognitivo, emocional, social, etc) y nos va a servir de complemento a la valoración cualitativa, la cual puede estar basada en la CIF (lenguaje común y universal, transdisciplinariedad), que junto con la recogida de información inicial (screening o entrevista) y la observación clínica, facilitará la creación del plan terapéutico. Algunas de estas escalas son: Whim, Fim/ Fam, Lawton, Listado de intereses, Nine hole peg test, Wolf, Dash, Escala de valoración del ocio y tiempo libre, Motor assessment scale, Estabilidad gleno- humeral, etc.

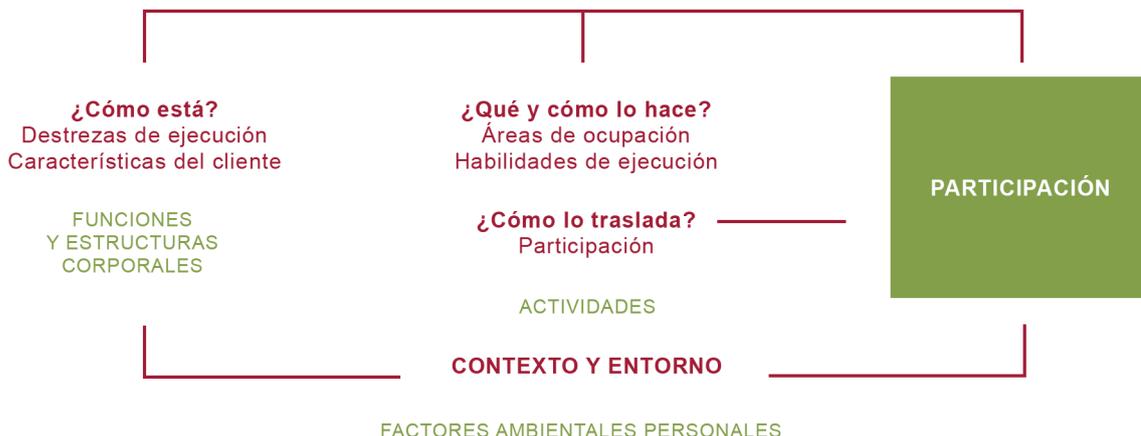
Trabajamos bajo el marco de trabajo de la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional (AOTA), plasmado en la diapositiva.

MARCO DE TRABAJO DE LA AOTA



Y para hablar de las diferentes fases de intervención y del abordaje desde T.O, se han relacionado el marco teórico de Terapia Ocupacional con el marco de la Clasificación Internacional de la funcionalidad (CIF), entendiéndose que:

CORRELACIÓN AOTA-CIF DOMINIO DE LA T.O = CONDICIÓN DE SALUD



2.1. ABORDAJE DEL T.O SEGÚN EL ENTORNO Y EL CONTEXTO.

ACTUACIÓN DEL T.O	Hospital (*)	Domicilio	Recurso socio- sanitario
INFORMAR Y ASESORAR: Sobre los déficits que tiene el paciente, y la importancia de seguir las pautas de los profesionales para llevar a cabo un abordaje 24 horas.	Información de la situación médica y funcional: grado de estabilidad de actividades básicas (respiración, deglución, niveles de alerta) Información sobre centros de referencia para continuar con la rehabilitación especializada tras el alta.	Aconsejar el contacto con el trabajador social de la zona para conocer las ayudas domiciliarias públicas. Informarse sobre asuntos legales: ley de dependencia, mutuas, minusvalías, etc.	Informar sobre los objetivos del centro y qué puede ofrecer al paciente. Información continúa sobre dudas de los tratamientos o respuestas del paciente ante estos.
VALORAR EL ENTORNO FAMILIAR: Debemos conocer a las personas que van a convivir con el paciente y los roles de cada una. Detectar al cuidador principal para hacerle intermediario entre la familia y los terapeutas. Es importante saber con qué posibilidades económicas contamos para plantear un tratamiento realista.	Identificar al cuidador principal. Adelantarnos a cómo, dónde y con quién va a vivir el usuario para anticipar soluciones.	Pautar tareas y responsabilidades. Implicar a la familia en el tratamiento.	Conocer régimen de visitas y/o la implicación de las familias en el tratamiento. Manejo 24 horas: contar con un apoyo familiar y/ o cuidador para generalizar el trabajo en casa.
VALORAR AL PACIENTE: Evaluar y detectar necesidades. Proceso vivo y en continuo cambio.	Screening inicial, para saber motivaciones, demandas específicas del paciente y familia. Valorar estado general (sensorial, motor, emocional, cognitivo, etc) Valorar la necesidad de productos de apoyo de primera necesidad. (Ayudas para la movilidad, productos antiescaras).	Valorar al pt a nivel funcional. Reconocer las dificultades derivadas del entorno. Valoración de productos de apoyo para facilitar el desarrollo de las AVD.	Revaloraciones. Realizar una valoración cualitativa sobre el estado funcional. Apoyada en una valoración cuantitativa. Valorar a nivel social y laboral.
ESTABLECER OBJETIVOS: Objetivos realistas acordes a la situación del paciente y a sus motivaciones en cada momento. Establecer objetivos dentro de un equipo transdisciplinar.	Aumentar tiempos de trabajo. Restablecer AVDB. No entorpecer el trabajo del personal hospitalario.	Buscar la autonomía dentro y fuera del hogar. Restablecer AVDI y de ocio y tiempo libre.	Establecer objetivos acordes a las peticiones, intereses y capacidades del paciente y la familia. Establecer objetivos a corto, medio y largo plazo.
PAUTAR: El paciente pasa la mayor parte del día con sus familiares o cuidadores. Es labor del terapeuta enseñar a cuidar, tratar y manejar a la persona afectada por DCA. Implicar al paciente y a la familia en el tratamiento.	Pautas de manejo básico: posicionamientos, cambios posturales, control de edema, transferencias, manejo de conducta, comunicación.	Pautas sobre cómo y cuándo ayudar al paciente en el desarrollo de las AVD.	Pautar sobre el control y la ayuda en actividades específicas. (co- terapeutas)

<p>VALORACIÓN DEL ENTORNO FÍSICO Y ADAPTACIONES: Tanto dentro de la casa como en los alrededores donde el paciente va a desarrollar su día a día de forma independiente o con ayuda de otra persona. No olvidar la valoración del entorno más cercano para futuras intervenciones en actividades fuera de casa.</p>	<p>Valoración domiciliaria.</p> <p>Adaptación, en la medida de lo posible del entorno hospitalario.</p> <p>Valoración del transporte primario.</p>	<p>Control de barreras arquitectónicas en el domicilio y entorno cercano.</p> <p>Adaptación del mobiliario, domótica...</p> <p>Valorar desempeño de actividades.</p>	<p>Valoración de medios de transporte fijos y alternativos.</p> <p>Valoración de accesos al centro.</p>
<p>PRODUCTOS DE APOYO: Con una ayuda externa, podemos facilitar la ejecución de las AVD. Se recomienda no hacer grandes obras o comprar muchos productos de apoyo desde un inicio, ya que la situación de un paciente agudo con DCA está en constante cambio.</p>	<p>Posicionamiento en silla de ruedas, y adaptaciones apropiadas para conseguirlo (cojín antiescaras, respaldos, reposabrazos, etc)</p> <p>Productos para el aseo (silla de baño, tabla, etc); cama articulada, etc.</p>	<p>Productos de apoyo que faciliten el desempeño u otorguen autonomía a la hora de realizar las actividades básicas (cubiertos adaptados, ayudas para el aseo, para el vestido, etc)</p>	<p>Conseguir correcto posicionamiento en el hogar.</p> <p>Adaptaciones del entorno cercano ajustadas a las capacidades del paciente en cada momento.</p> <p>Supresión de ayudas técnicas innecesarias.</p>
<p>INTERVENCIÓN: Tratamiento funcional del paciente desde el área de terapia ocupacional en conjunto con el resto del equipo neurorehabilitador.</p>	<p>Aumento de respuestas y tiempos de atención y trabajo.</p> <p>Abordaje somato- sensorial, a través de la actividad.</p>	<p>Inicio de AVDB y AVDI.</p> <p>Trabajo con familia y/o cuidadores in situ.</p> <p>Generalizar lo entrenado en la institución.</p>	<p>Trabajo sobre estructuras y funciones motoras, cognitivas, sensoriales, para conseguir función.</p> <p>Uso de la actividad propositiva/ significativa como medio o como fin.</p>

(*) Cuando el tratamiento del paciente no se inicia desde el hospital, la información y el abordaje se trasladan a las siguientes fases.

2.2. TRANSDISCIPLINARIEDAD.

La premisa principal para llevar a cabo la transdisciplinariedad, es llevar a cabo un trabajo en equipo, donde diferentes profesiones se coordinan para la ejecución de un proyecto. La finalidad es devolver la máxima independencia funcional a cada persona con DCA. Cada profesional se centra en sus objetivos concretos de área, pero es el equipo el que responde del resultado final global. El modelo de trabajo del equipo se basa en tres pilares básicos: la evaluación continua del paciente y del profesional, integración de los objetivos perseguidos y participación en el entorno del paciente, para de esta manera asegurar el correcto aprendizaje. Para conseguir dicha participación se recomienda llevar a cabo:

- Un enfoque holístico, caracterizado por la alta estructuración e integración entre las intervenciones de diferente índole (cognitiva, emocional, funcional, física y social), y coordinación intensiva entre los diferentes integrantes del equipo transdisciplinar, el paciente, y la familia. De este modo, conseguimos una visión global del paciente, entorno y contexto.
- Plan terapéutico: además de los objetivos de cada profesional, se plantean objetivos comunes funcionales que se cumplirán en corto- medio plazo y que nacen de la demanda del paciente y su entorno más cercano teniendo en cuenta los déficits/ capacidades valorados por el equipo.

- Comunicación: Debe existir una comunicación horizontal y bidireccional dentro del equipo y con el paciente/familia, a través de reuniones periódicas entre el equipo, y la familia para facilitar el intercambio de información, y para mantener un feedback constante que nos ayude a saber si el plan terapéutico está siendo eficaz. El paciente y la familia siempre medirán su satisfacción en la medida en que sus expectativas se cumplan.

3. CONCLUSIONES.

- Los paciente con Daño Cerebral van a mostrar una serie de déficits cognitivos, motores, emocionales, etc. que de no ser tratados van a limitar en gran medida su grado de independencia y funcionalidad.
- Fomentar la integración del paciente y la familia/ cuidador en el programa terapéutico, facilitándoles la información y la formación que precisen.
- Existe un consenso unánime en que el inicio de la intervención debe ser precoz, para optimizar el proceso inicial de recuperación espontánea y aumentar la posibilidad de recuperación final (neuroplasticidad).
- En las etapas iniciales y teniendo siempre en cuenta el grado de independencia que se puede obtener, primaremos la recuperación, dotando de capacidades o estrategias, frente a la compensación.
- El objetivo del Terapeuta es potenciar la independencia del paciente, pero para ello es necesario hacerlo con calidad y acompañando a la familia. Uso de actividades propositivas. La participación en las Actividades de la vida Diaria es determinante para la salud el bienestar ayudando a disfrutar de una vida plena y con significado.
- Es necesario generalizar el entrenamiento directo en la actividad y el entorno real. Un objetivo común: el acompañamiento de la persona, aportar un lenguaje común, escuchar y recibir.
- La rehabilitación es un proceso vivo y creativo, que requiere la participación de un grupo transdisciplinar.