

TEMA 3: PLANEAMIENTO Y SECUENCIACIÓN TEMPORAL

PROGRAMA MOTOR

- Especifica qué músculos deben estar activos su dirección, fuerza y tiempo necesario para ejecutar una acción.
- Una ejecución deficiente de los movimientos después de un daño cerebral se puede explicar como la pérdida de los programas motores almacenados o incapacidad para construirlos o modificarlos.

Esquema de Movimiento

Programa motor generalizado activado por todos los movimientos asociados con un patrón motor común. (ej. un esquema motor de alcance y agarre puede estar relacionado con el hecho de agarrar una taza de la mesa, un paquete de comida o la mano de un niño, La diferencia entre esos movimientos es la dirección y fuerza del movimiento)

Praxis Motoras

- Praxis = Movimiento
- Apraxia: trastornos en la ejecución de un movimiento propositivo en ausencia de pérdida sensorial, debilidad muscular, ataxia o incapacidad para entender.
- Enfoques:

De localización

Basado en la relación de las áreas anatómicas y la función. Interpreta los déficit neurológicos como interrupciones de la actividad en áreas específicas o los caminos entre ellas. Este modelo conecta el desempeño de los movimientos propositivos hábiles al hemisferio izquierdo. Las memorias de acción almacenadas en el lóbulo parietal izquierdo proyectan a las áreas motoras del lóbulo frontal izquierdo para los movimientos en el MSD. Los movimientos aprendidos de la ESIzda son activados a través del cuerpo calloso a las áreas motoras del lóbulo frontal derecho.

De procesamiento de la información

Se centra en la afluencia de la información como un todo. Según este modelo en la praxis hay dos componentes:

Conceptual que procesa la información de la función de los objetos, las acciones relativas a esa función y la secuencia de acción necesaria.

Producción que procesa la eferencia del sistema conceptual para especificar las relaciones de tiempo y espacio de un movimiento y activar el sistema motor para su ejecución.

APRAXIAS

Incapacidad para realizar movimientos voluntarios en ausencia de debilidad muscular, incoordinación, pérdida sensorial o no comprensión.

Apraxia ideatoria

Es el trastorno en la ejecución del movimiento voluntario debido a una pérdida del concepto de movimiento.

No se pueden llevar a cabo actividades que utilizan objetos automáticamente o ante una orden. Pueden ser capaces de nombrar y describir la función de los objetos pero no integrar ese conocimiento con las acciones relacionadas con su uso.

Sí pueden realizar acciones aisladas (girar un llave, colocar un enchufe)... Pero no asociar acciones en orden correcto cuando se utiliza más de un objeto (remover un vaso con zumo sin contenido)

Apraxia ideomotora/ ideatoria

Trastorno de selección del patrón temporal y la organización espacial del movimiento con propósito. No puede llevar a cabo lo que intenta a pesar de estar intacto su conocimiento de la acción.

Si se le pide demostrar el uso de un objeto puede utilizar una parte del cuerpo como objeto no presente (dedo como cepillo), el plan de movimiento puede estar alterado (cuchilla de afeitar con movimientos horizontales) o existe pobre diferenciación distal del movimiento (mano en posición neutra cuando se realizan gestos)

Pobre desempeño bajo orden verbal, pero puede copiar movimientos orientados a objetos

Desemparejamiento de objeto y acción

Errores en la secuencia; orden erróneo, omisiones, elementos interpuestos

Desplazamiento, incompleto

Perseveración

Pobre desempeño en orden y no puede copiar los movimientos orientados a objetos

Partes del cuerpo como objetos

Plano y proximidad alterados. Pobre diferenciación distal

Ensalzamiento gestual, excesiva vocalización

Apraxia

a) Constructiva: Dificultad para la organización de acciones complejas en dos o tres planos en el espacio

b) Del vestido: Incapacidad para vestirse por sí mismo debido a un trastorno del esquema corporal o de planteamiento motor

SÍNDROME DISEJECUTIVO O DEL LÓBULO FRONTAL

– Es el resultado de un déficit en el sistema ejecutivo que dirige y regula todos los sistemas cognitivos. Interviene al planificar acciones y comportamientos no habituales para el individuo.

– Se identifica porque el paciente aparece apático, inflexible e incapaz de iniciar una actividad sin instrucciones, aunque también puede manifestar impulsividad, distracción y pérdida del control del

comportamiento.

- Es capaz de realizar actividades siguiendo la línea de las tareas diarias pero no puede manejar nuevas situaciones. Aunque puede que no sean capaces de comenzar una actividad
- Tienen problemas de atención y memoria
- Se observa con frecuencia tras un TCE y cada persona puede presentar variedad de cambios conductuales: pérdida de afecto, falta de motivación, inadecuación social y falta de conciencia interna.
- A nivel cognitivo: pérdida de atención, desorientación,..cuando se capta la atención en un estímulo no puede dirigir su mirada a más de una cosa al mismo tiempo.

TEMA 4: MEMORIA

Es nuestra capacidad para retener las cosas en la mente y recordarlas en algún momento futuro. Es un sistema dinámico que se desarrolla y modifica con el tiempo. La mayoría de las personas con daño cerebral manifiestan problemas de memoria.

Puede dividirse en tres sistemas: Memoria sensorial, a corto plazo y a largo plazo.

Memoria sensorial

- Breve procesamiento de la información recibida por los órganos de los sentidos.

Dura sólo algunos milisegundos.

Incluye aferencias visuales (icónicas), auditivas (ecólicas), táctiles y propioceptivas.

El procesamiento general de la información visual y verbal se lateraliza en los hemisferios izquierdo y derecho.

Un paciente con hemiplejía izquierda es probable que tenga limitaciones con la memoria visual y si tuviera una hemiplejía derecha, mostrará problemas en la memoria verbal.

Esta evaluación es importante para elaborar las estrategias apropiadas.

- Lesión hemisferio izquierdo: (Problema en el lado derecho). Problema verbal.
- Lesión hemisferio derecho: (Problema lado izquierdo). Problema visual.

Memoria a corto plazo

- Retiene la información del depósito sensorial durante unos segundos.
- Se pone en evidencia mediante la repetición libre de una lista de números, letras o palabras. generalmente las palabras que se recuerdan mejor son las que se colocan al final de la lista, se conoce con el nombre de efecto reciente. Sus componentes son:

Un administrador central que controla el procesamiento en los otros dos componentes

Circuito fonológico que almacena información relacionada con el habla en el almacén fonológico y los

enumera verbalmente en el mismo orden

Registro visuoespacial que almacena la información espacial y visual que entra a través del ojo durante unos segundos.

Memoria a largo plazo

- Retiene la información durante períodos de tiempo que van desde unos minutos a varios años.
- En principio tiene una capacidad ilimitada y procesa gran variedad de información.
- Se divide en diferentes subsistemas que procesan y almacenan tipos específicos de información:

! Memoria Procesal: Subsistema relacionado con el desempeño de una actividad hábil aprendida (nadar, montar en bicicleta, lanzar una pelota) Dicha memoria es residual en la mayoría de los pacientes con pérdida de memoria, por lo que retienen habilidades motoras que han sido aprendidas antes del daño cerebral.

! Memoria Declarativa: Almacena información sobre personas, objetos, lugares y hechos ya sean verdaderos o falsos (saber dónde hemos nacido). Se subdivide en:

Memoria semántica: Conocimiento general de los hechos (saber que los plátanos son amarillos)

Memoria episódica: Asociada a un determinado lugar y momento (dónde fue mi primer viaje en avión)

Memoria autobiográfica: Asociada a eventos importantes para el individuo. Su pérdida reduce la autoestima ya que es importante para el conocimiento de nosotros mismos.

Confabulación: Es una característica del trastorno de la memoria cuando el recuerdo de una memoria autobiográfica de tu vida tiene sentido aparente pero es incierto.

! Memoria prospectiva: Es la que nos recuerda qué hacer y cómo hacerlo. Gran parte de la memoria cotidiana es prospectiva e implica la habilidad de controlar el tiempo y los sucesos que ocurren. Puede incluir tomar decisiones sobre la prioridad de los planes. Implica la interacción con otros sistemas cognitivos como la memoria retrospectiva (recordar tomar la medicación incluye cuántas pastillas y su color)

En general, la aparente pérdida de memoria puede estar relacionada con déficits perceptivos o de atención. Es importante adaptar el entorno para reducir una posible distracción o elaborar estrategias para incrementar la alerta.

Los procesos que operan en la memoria a largo plazo son tres:

- Registro, codificación en el momento de aprendizaje
- Retención o almacenamiento en el tiempo
- Evocación de la información cuando se necesita

DÉFICIT DE MEMORIA

- Una aparente pérdida de memoria puede estar relacionada con problemas perceptivos o atencionales.

- Es importante diferenciar en la evaluación de TO la memoria visual y verbal para establecer las estrategias adecuadas:
- Una persona con hemiplejía izquierda presentará limitaciones con la memoria visual
- Una persona con hemiplejía derecha presentará limitaciones con la memoria verbal
- La evaluación de la memoria debe estar relacionada con el entorno actual del paciente y su estilo de vida. La pérdida de memoria a largo plazo es más grave. En estos casos se debe utilizar estrategias de compensación para desenvolverse en el entorno. (imágenes visuales, agendas...)

PROBLEMAS DE ATENCIÓN

- Los problemas de atención sostenida, selectiva y dividida producen diferentes alteraciones en la función cotidiana.
- Síndrome de negligencia: fallo en informarse, responder u orientarse hacia un estímulo en el espacio contralateral al lado de la lesión cerebral. Es más frecuente en la lesión parietal derecha (negligencia izquierda)

NEGLIGENCIA UNILATERAL

- Puede afectar a todas las actividades
- Un paciente que no explora un lado del espacio puede tener:

Defecto de la exploración visual

Pérdida del esquema corporal

Hemiatención de estímulos táctiles, auditivos y visuales

Incapacidad para iniciar movimientos hacia el lado opuesto

TEMA 5: EVALUACIÓN EN LOS PROCESOS NEUROCOGNITIVOS

Pruebas estandarizadas

- Evaluación Cognitiva de Minnesota. (Cognitive Assessment of Minnesota) **CAM**
- Prueba de Memoria Contextual. (Contextual Memory Test) **CTM**
- Batería de evaluación neurológica en terapia ocupacional de Chessington (Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery) **COTNAB**.
- Evaluación del estado mental en personas mayores de Middlesex (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State) **MEAMS**
- Prueba nacional de lectura para adultos (National Adult Reading Test) **NART**
- Evaluación Cognitiva en terapia ocupacional de Loewenstein (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment) **LOTCA**

- Prueba de memoria Conductual Rivermaid (Rivermaid Behavioural Memory Test) **RBMT**
- Batería de evaluación de percepción de Rivermaid (Rivermaid Perceptual Assessment Battery) **RPAB**
- Prueba de atención cotidiana (Test of Every Day Attention) **TEA**
- Prueba de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test) **WCST**

La evaluación es un proceso continuo. En ella existen dos enfoques. La elección de la evaluación dependerá del tipo de centro, de los recursos al alcance y del tiempo disponible tanto por parte del paciente como del terapeuta. Antes de realizar la evaluación hay que tener en cuenta:

Si ha sido evaluado recientemente por otro terapeuta.

Si se conocen todos los criterios de validación de la evaluación.

Establecer el dominio manual del paciente.

Averiguar si utiliza gafas para leer.

Si tiene problemas de habla, contar con el informe del logopeda.

Evaluar su nivel intelectual en función de su educación y experiencias previas obtenidas por los familiares.

Saber si el español es su lengua materna y si la domina tanto de forma oral como escrita.

Evaluar su capacidad de atención visual y auditiva, sobre todo en las primeras fases.

La actitud del paciente para la prueba y su nivel de ansiedad.

Si se realizaran pruebas conocer los resultados.

Realizar la prueba en un ambiente apropiado, tranquilo y cómodo.

Tener en cuenta la experiencia del terapeuta.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS PRUEBAS

Ventajas

Pueden repetirse en el mismo paciente en diferentes momentos para mostrar el progreso.

Puede ser evaluado por distintos terapeutas y efectuarse comparaciones fiables.

El rendimiento de un paciente puede compararse con el de otros.

Los mismos resultados pueden utilizarse para apoyar y extender las evaluaciones.

Inconvenientes

Se necesita una buena cooperación del paciente.

Algunos no son capaces de completar toda la batería sin fatigarse.

En general son pruebas principalmente estáticas, no tienen ninguna dimensión temporal y se presentan en ausencia del contexto del paciente.

Son difíciles de administrar, si existen problemas de comprensión del lenguaje.

BATERÍA DE EVALUACIÓN NEUROLÓGICA EN TO DE CHESSINGTON (COTNAB)

Es una evaluación extensa de la función neurológica para su utilización en TO. Cubre un área de habilidades más amplia que la RPAB.

Se divide en cuatro secciones, la batería se estandariza en 100 pacientes con traumatismo craneoencefálico, 50 con ACV y otros 50 sujetos de control con edades similares.

Su importancia reside en ser un instrumento objetivo para la valoración, para establecer el tratamiento y para valorar el modo de una investigación.

Secciones

Percepción visual.

Capacidad constructiva

Capacidad sensitivo-motora.

Capacidad para seguir instrucciones.

En cuanto a las pautas de administración debe ser en personas con daño neurológico adquirido de 16 a 65 años.

En una persona sana se tarda en pasar una hora pero no es necesario pasarlo en una única sesión, se recomienda hacerlo a lo largo de 2 ó 3 días.

Se debe tener en cuenta la historia personal, el nivel cultural, el expediente académico, la profesión, empleos anteriores, el estado emocional del paciente y la presencia de cualquier déficit.

Es importante tranquilizar al paciente antes de la evaluación y explicarle el fin de la misma.

En cuanto a la interpretación de los resultados es importante incluir las observaciones correspondientes a las tareas de los pacientes, a los errores cualitativos y a la conveniencia de esos errores.

EVALUACIÓN COGNITIVA EN TO DE LOEWENSTEIN (LOTCA)

Fue elaborada en Israel para medir la función cognitiva de pacientes entre 20 y 70 años de edad con traumatismo craneoencefálico. También se divide en cuatro secciones:

Orientación

Percepción

Organización visomotora

BATERÍA DE EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE RIVERMAID (RPAB)

Esta prueba fue planeada para evaluación de la percepción espacial y lo hicieron TO.

Proporciona gran información inicial para el tratamiento de personas con trastorno neurológico. El chequeo para la identificación de problemas perceptivos se debe realizar antes de evaluar las funciones cognitivas superiores.

Esta batería fue estandarizada en sujetos normales de 16 a 69 años con ACV y traumatismo craneoencefálico, luego se amplió otra versión para personas de 65 a 92 años.

Consta de 16 pruebas que requieren aproximadamente una hora. No siempre se puede pasar en una sesión debido a la fatiga del paciente.

TEMA 6: POSICIONAMIENTO

POSICIÓN

Es la postura o actitud corporal que asume un paciente para lograr comodidad en ciertas situaciones. Es la disposición particular del cuerpo y las extremidades para facilitar la ejecución de ciertos procedimientos terapéuticos.

En el mantenimiento de la posición y la recuperación del equilibrio intervienen:

Sistema vestibular: Otolitos y canales semicirculares situados en el oído interno. Informan al SNC sobre la posición de la cabeza en el espacio y responden a la acción de la gravedad.

Visión: Capacidad sensorial que nos informa de las distancias, relieves del terreno, cambios de luz, etc. Nos ayuda a orientar el cuerpo en el espacio cuando se sufre un desequilibrio por referencias a los ejes horizontales y verticales de todo lo que nos rodea.

Los músculos del cuello y las articulaciones sobre todo los de los pies, que constituyen una parte del sistema propioceptivo muy importante para la adaptación y recuperación del equilibrio.

Estos tres puntos constituyen el soporte fisiológico para que un individuo pueda moverse en su entorno en cualquier situación, con seguridad y sin miedo a caerse.

SEDESTACIÓN

La línea de la gravedad debe alinear la nariz, el esternón, el ombligo y la entrepierna.

Con el paso del tiempo y la búsqueda de comodidad, optamos a sentarnos en butacas en lugar de sillas. La postura de hundimiento en el asiento no favorece la respiración ni la actitud corporal, ni nos motiva para realizar alguna actividad.

Para trabajar son recomendables sillas o sillones no demasiado bajos, poco profundos y que permitan el apoyo de los pies en el suelo con una mesa delante. El respaldo no debe superar el vértice inferior de la escápula para que el punto de apoyo y descanso se sitúe en la zona lumbar. No deben usarse almohadas de forma que las caderas queden un poco flexionadas y el apoyo del asiento no esté ni en el sacro ni en la zona dorsal alta, ya que esto provocaría una actitud extensora con desviación de la línea de gravedad hacia atrás y trae

consecuencias nocivas durante la marcha y sobre la posición de la cabeza.

BIPEDESTACIÓN

Para alcanzar una buena movilidad se debe rectificar la postura para conducir la línea de gravedad al centro del cuerpo dentro del polígono de sustentación. De esta manera se obtiene un buen apoyo entre los dos pies y la cabeza se coloca en la línea vertical simétrica al tronco. En el plano lateral los codos no deben hallarse flexionados ni desplazados hacia atrás y deben estar pegados al cuerpo. La cara debe estar vertical con la barbilla dirigida hacia los pies.

La línea de gravedad debe alinear la nariz, el esternón, el ombligo y caer entre los pies equidistante.

DECÚBITO

Posición del individuo en la cual éste reposa sobre una superficie horizontal. Según la parte que descansa sobre la superficie se denomina decúbito supino o dorsal, decúbito lateral derecho o izquierdo y decúbito prono o ventral.

Se asocia a modificaciones fisiopatológicas vinculadas al cese de la acción de la gravedad.

Afecta prácticamente a todos los aparatos y sistemas de nuestro cuerpo.

TRATAMIENTO POSTURAL

Debe ser precoz y tener los siguientes objetivos:

Suprimir o limitar los elementos dañinos.

Crear un ambiente adecuado que garantice seguridad y comodidad al paciente.

Prevención de las complicaciones respiratorias, cutáneas, ortopédicas... utilizando medidas profilácticas tradicionales como son: colchón antiescamas, aporte calórico, hídrico y proteico.

Rigurosa higiene corporal y control de zonas expuestas.

La postura terapéutica debe ser cómoda y fisiológica, esto quiere decir que no produzca dolor y que no sea una postura extrema.

Evitar problemas secundarios.

Permitir actividades.

Debe ser segura y proporcionar estímulos positivos.

TEMA 7: ANÁLISIS DE TAREAS

EVALUACIÓN DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LA ACTIVIDAD

Cuando se analizan los componentes de cualquier AVD se encuentra que en dicha actividad participan un gran número de elementos físicos, cognitivos y conductuales sobre los que habrá que trabajar de forma integrada a partir de la planificación previa a la actuación.

En general se pueden distinguir los siguientes módulos de intervención: Físico, Cognitivo y Emocional (conductual) Ejemplo: Manejo de dinero

FÍSICO	Destreza manipulativa Pinza digital Tacto/vista Rango articular de miembros superiores
COGNITIVO	Conocer distintas monedas/billetes y su valor Memoria Atención Cálculo
EMOCIONAL	Tener iniciativa Habilidades Sociales básicas correctas

ANÁLISIS DE DISTINTAS ACTIVIDADES

El análisis de la actividad capacita al terapeuta para:

- Comprender el significado y la relevancia de la actividad en el contexto de la calidad de vida y el rendimiento ocupacional.
- Comprender los numerosos elementos de la actividad, los componentes esenciales de las tareas y las partes que combina para una buena ejecución.
- Detectar las habilidades necesarias para cada elemento de la actividad.
- Adaptar la actividad a la capacidad de ejecución del individuo con el fin de comprender por qué ciertos elementos presentan dificultades y entender el potencial de la tarea a desarrollar.
- Valorar las necesidades del departamento de TO en cuanto a espacio, coste, disponibilidad de los instrumentos, equipamientos y demás recursos.
- Valorar el tiempo para preparar la actividad y conseguir ciertos resultados, los requisitos específicos de salud y seguridad y las experiencias y necesidades de entrenamiento.

Se deben contemplar las demandas de la actividad en relación con el nivel de aptitudes del individuo. Para realizar con éxito por ejemplo las tareas del hogar un individuo ha de:

- Tener aptitudes de tipo físico, psicológico, cognitivo, sensorial, en las áreas de ejecución para desempeñar la tarea de forma aceptable.
- Tener la habilidad de establecer una secuencia lógica de los elementos que componen la tarea.
- Ser capaz de combinar las tareas dentro de un patrón significativo para conseguir una ejecución satisfactoria de la actividad.

– Ser capaz de llevar a cabo la actividad en un grado suficiente de rendimiento funcional como parte de las tareas domésticas.

Si el terapeuta va a utilizar en sus intervenciones actividades con un objeto necesita ser consciente del valor de la actividad para el individuo y de la importancia de dicha actividad en el contexto de la vida diaria del sujeto. También debemos conocer las tareas específicas técnicas y niveles de ejecución que el individuo desea alcanzar.

Al valorar el uso terapéutico de una actividad se debe tener en cuenta el objetivo para el que se aplica, es decir, si es para satisfacer las necesidades de autocuidado del individuo, su rol o su calidad de vida o si es para mejorar un área determinada de disfunción mediante acciones, tareas o conductas específicas.

El terapeuta debe ser capaz de analizar la actividad con el fin de identificar las tareas involucradas, la forma en que éstas pueden realizarse, las habilidades esenciales para una ejecución productiva y la manera en que se combinan esas tareas en el conjunto de la actividad. Todo esto junto con el significado personal, la importancia, la situación y las necesidades del individuo, ayuda al proceso de asignar a la persona una actividad adecuada.

Ejemplo de análisis: Comprar un periódico

EJEMPLO 2: Hacer tostadas

MODELOS DE ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD

ANÁLISIS BÁSICO SIMPLE

Es el precursor de un análisis más detallado de los componentes específicos de una actividad. Es la base para considerar el potencial de la actividad con fines terapéuticos. Los aspectos que se tienen en cuenta son:

Qué – Cómo

Por qué – Cuándo

Dónde – Quién

- ¿Qué es la actividad?: Si está relacionada con otras actividades de qué forma. Es una actividad simple o compleja. Si puede dividirse en tareas específicas.
- ¿Por qué se hace la actividad? ¿Cuál es el objetivo esencial?:Cuál es la finalidad de realizarla. Si es esencial para las ocupaciones diarias o está indicada para un beneficio específico.
- ¿Dónde se realiza?: Si suele llevarse a cabo en un lugar específico, la elección y adaptación del entorno influirá en la actividad. Si es un entorno accesible, si tiene los utensilios o materiales necesarios.
- ¿Cuándo suele llevarse a cabo la actividad?: Si es regular y se realiza en un momento determinado del día o de la semana o si es una actividad ocasional, y si es ocasional pero necesaria. Si son necesarias ciertas acciones específicas antes o después de la actividad para realizarla con éxito.
- ¿Cómo se lleva a cabo la actividad? ¿Cuáles son las tareas, fases y secuencias esenciales? Cuánto tiempo tarda en realizarse la actividad. Si es un proceso continuo o con interrupciones o períodos de descanso. Qué atributos personales específicos son necesarios para el éxito de tipo motor, sensorial, cognitivo, psicológico y si la actividad lleva algún riesgo inherente.

· ¿Quién está implicado en la realización de la actividad?: Si requiere una sola persona o son varias las necesarias para llevarla a cabo y si se requieren habilidades específicas.

EJEMPLO: Hacer un pastel

1. ¿La actividad se relaciona con otras actividades? ¿Cómo? ¿Es simple o compleja?

Tiene vínculos con otras actividades culinarias. Dependiendo del tipo de pastel es relativamente compleja.

2. ¿Por qué se hace la actividad? Es cotidiana, un trabajo, un placer...

¿Cuál es la finalidad esencial? Comerlo o servírselo a otro.

¿Es una ocupación diaria? Tarea doméstica del ama de casa, trabaja en una cocina.

¿Puede obtenerse un beneficio terapéutico? De la oportunidad de satisfacer las necesidades de la persona en el plano físico, psicológico, cognitivo, cultural y social.

3. ¿Dónde se lleva a cabo la actividad? En la cocina

¿Qué instrumentos se necesitan? Horno, utensilios de cocina, receta, ingredientes

4. ¿Cuándo se hace? No hay hora concreta ¿Es una actividad regular?

5. ¿Cómo se hace?

6. ¿Quién participa?

ANÁLISIS DETALLADO

Se describen en muchos textos y varían solamente conforme a la preferencia del autor y el enfoque del texto.

Detalla las demandas de la actividad en términos de las secuencias y elementos necesarios para llevarla a cabo entre los que se encuentran las exigencias físicas, sensoriales, cognitivas, sociales, emocionales, culturales, etc.

ANÁLISIS APLICADO

Tiene en cuenta la aplicación de actividades con fines terapéuticos.

Se utiliza el análisis simple y detallado junto con el encuadre del entorno, las necesidades del usuario, los modelos y marcos de referencia utilizados.

Entre los factores comunes que se aplican en casi todas las situaciones cuando se tiene en cuenta un fin terapéutico cabe incluir:

- En entorno de la actividad: Disponibilidad, relevancia, impacto sobre la actividad y sobre el individuo.
- Las emociones que puede despertar la actividad: Motivación, sentimientos negativos, relación con intereses, roles y valores del individuo.
- Adecuación de la actividad a su edad, fase de desarrollo, sexo, antecedentes socioculturales, necesidades

individuales, personales y disfuncionales.

- Adaptabilidad: Modificación o graduación de las oportunidades. Uso de diversos modelos y marcos de referencia.
- Valor ocupacional: Uso como parte del cuidado de sí mismo, tareas de rol, ocio, posibilidad de transferir a otro contexto las habilidades aprendidas.
- Coste: Del equipo, material, tratamiento, el coste para el individuo de una actividad después del tratamiento.
- Seguridad: Riesgos, manejo de los riesgos.
- Tiempo: Tiempo para que el individuo acabe la tarea, nivel de supervisión requerido por parte del terapeuta u otras personas.

GRADUACIÓN DE TAREAS Y ACTIVIDADES

Se puede realizar teniendo en cuenta la actividad o bien a la persona. Debe tener en cuenta las siguientes reglas:

- La tarea debe favorecer y mantener una buena postura.
- Las modificaciones deben ajustarse a las regulaciones en materia de salud y bienestar.
- El individuo debe conocer y comprender porqué se le pide que realice la actividad de una forma determinada que puede ser distinta de la habitual.
- La modificación o adaptación ha de tener un efecto más positivo que negativo sobre el individuo.
- El TO debe considerar el tiempo necesario de modificación, la supervisión requerida mientras se desarrolla la actividad y el mantenimiento de cualquier actividad adaptada.

Técnicas de graduación

Posición de la persona en relación a la actividad y accesorios, para aumentar el rango de movimiento, trabajar el equilibrio al pasar a bipedestación, o extensión de la zona de trabajo ya sea vertical a horizontal añade gama de movimientos.

Resistencia ya sea por el use de instrumentos más pesados o materiales, aplicación de la gravedad o resistencia artificial como resortes puede aumentar la demanda de tension muscular.

Destreza aumentando los requisitos de manipulacion (destreza fina) como el manejo de un teclado. Se puede aumentar la graduacion incluyendo la variable tiempo.

Coordinación puede ser necesario reducir actividades que se centran en habilidades motoras bruscas y aumentar movimientos suaves y control motor.

Movilidad: Decúbito, sedestación, bipedestación.

Sensación: Texturas

Percepción: Elementos visuales básicos

Graduación: Acorde con el desarrollo, es decir, sentarse correctamente (derecha) antes de ponerse de pie, y permanecer de pie antes de comenzar a caminar.

Habilidades cognitivas: Atención, memoria, concentración, actividades que exijan una creciente capacidad de elección y decisión, planificación y organización de habilidades, resolución de problemas (incluye improvisación)

Interacción social: Con otra persona, pequeño grupo, grupo mayor..., responsabilizar de iniciar una actividad incrementará la necesidad de comunicación interpersonal.

Complejidad de la tarea: Seleccionar actividades que requieran cada vez mas habilidades en áreas específicas.

TEMA 8: INTRODUCCIÓN A LAS AVD

TO es el tratamiento de las condiciones físicas y psíquicas mediante actividades específicas para ayudar a las personas a alcanzar su máximo nivel de función e independencia.

La diferente ocupación y tarea es que una persona presenta ocupaciones y roles ocupacionales y sociales mientras que ejecuta actividades y tareas. La tarea es un componente de la actividad.

El terapeuta ocupacional se dirige a la función y utiliza procedimientos y actividades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o restaurar la ejecución o desempeño de las funciones necesarias, compensar la disfunción, minimizar o prevenir el deterioro, promover la salud y el bienestar.

AVD se refiere a todos aquellos aspectos considerados básicos para un adecuado desempeño en las tareas del comportamiento, relacionadas con el autocuidado, la competencia personal, la independencia y la autonomía.

Actualmente, las AVD incluyen todas las actividades necesarias o deseables para que un individuo posea una mínima competencia social, influyendo además en cuestiones básicas como la higiene personal, las comunicaciones, los traslados, las tareas domésticas o el vestido.

Esta evolución ha sido producto de las modificaciones que han tenido lugar en nuestra sociedad a lo largo de las últimas décadas.

La importancia de las actividades laborales y de ocio tienen que ver directamente con el aumento de la esperanza de vida y la necesidad de ocupar de una forma saludable espacios vitales hasta ahora inexistentes. Con el paso de los años las AVD han tomado un vocabulario propio:

Hábitos de desempeño en áreas de autocuidado, trabajo y ocio

Tareas en áreas de autocuidado, trabajo y ocio

Además se diferencia entre:

AVD básicas o autocuidado: Aseo, hábitos de alimentación, vestido...

Instrumentales: Cuidado de la casa

Cuando se trabaja en las AVD se debe tener en cuenta de que no se trata sólo de implantar comportamientos o de que las personas ejecuten roles, sino que hay que considerar los comportamientos motivacionales y la autoestima.

Cuando las habilidades de autocuidado están comprometidas por una enfermedad física o mental, el efecto de la autoestima puede ser muy negativo.

Conclusión: En el trabajo con personas enfermas las AVD no se limitan a entrenar en habilidades sino en motivar y dar la oportunidad de hacerlo.

CLASIFICACIÓN DE LAS AVD

Actividades de la vida diaria básica

Cuidado personal

Vestido

Alimentación

Movilidad

AVD instrumentales

Actividad en el hogar

Actividad laboral o económica

Actividad escolar

Actividades sociales o avanzadas

Juego, ocio y tiempo libre

La importancia de las AVD reside en que ya que son actividades, repercuten en la misma base del comportamiento independiente, cualquier dificultad en este nivel repercutirá en los demás sectores de actividad e independencia.

OTRA FORMA DE CLASIFICACIÓN

AVD básicas

Alimentación

Cuidado personal

Vestido

Movilidad

AVD instrumentales

Actividad en el hogar

Comunicación

Manejo del dinero

Actividades avanzadas

Actividades laborales (escolares)

Juego, ocio y tiempo libre

La prioridad a trabajar es lo básico: dormir (descanso), la alimentación, la higiene y la toma de medicación.

Según la AOTA existen tres áreas de actuación en TO:

AVD

Trabajo

Ocio y juego

AVD se utiliza para referirse a cualquiera de estas tres áreas. Dentro de ellas se puede encontrar:

ABVD ! AVD básicas

Se corresponde con las AVD de la AOTA. Se caracterizan porque son universales, por su especificidad y porque son poco influenciables a nivel social.

La adquisición de una ABVD depende del nivel de complejidad de la actividad en relación con la capacidad del individuo, del nivel de motivación, del estilo de vida de la persona y de sus roles.

AIVD ! AVD Instrumentales

Actividades más complejas como por ejemplo el transporte, las actividades de la casa, llamar por teléfono... Requieren toma de decisión, interacciones difíciles con el medio, solución de problemas que capacitan al individuo para alcanzar la autonomía personal.

Pueden verse influenciadas por el sexo, la cultura, la educación y la sociedad.

AAVD ! AVD Avanzadas

Tienen que ver con las destrezas para la integración social y comunitaria.

Todas las personas realizan actividades en algún grado y forma aunque la importancia varíe dependiendo de cada uno.

El TO debe analizar la actividad valorando los distintos componentes físicos, sensoriales, cognitivos, perceptivos, psicológicos, afectivos y sociales así como los grados en los que pueden descomponerse.

CONCLUSIONES

AVD ! Concepto general de todas las áreas de ejecución ocupacionales.

ABVD ! Se refiere a los cuidados del aspecto personal (aseo, vestido, etc.)

AIVD ! Actividades más complejas que nos indican la capacidad del individuo para vivir de manera independiente en su entorno habitual. Incluye actividades como asuntos económicos, ejecución de tareas del hogar, control de la medicación, etc. Requieren un nivel de organización neuropsicológica más avanzado que las ABVD.

AAVD ! No son indispensables para el mantenimiento de la independencia aunque a través de ellas se intenta identificar una disminución de la función. Son actividades que sirven para: autoexpresión, autoexploración, permiten disfrutar y relajarse de forma espontánea y son intrínsecamente motivantes.

RERO ! La diferencia no está tan clara ya que depende del grado de aplicación. Lo que para una persona puede ser básico, para otra puede ser instrumental o viceversa.

ROL DEL TO EN LAS AVD

Identificar los problemas que interfieren en la independencia del paciente.

Identificar el desempeño de roles previos.

Marcar objetivos.

Facilitar el entrenamiento.

La intervención terapéutica puede ser:

De recuperación

De sustitución

De compensación

El TO interviene en la reducción o eliminación de barreras psíquicas, cognitivas, sociales, emocionales y físicas que interfieren en la realización de las actividades ocupacionales mediante el aprendizaje de nuevos métodos o el empleo de recursos temporales o permanentes.

Enseñar a realizar las AVD con adaptaciones o ayudas técnicas.

Áreas de evaluación

Manejo del tiempo

Significado o sentido de la ocupación

Deben considerarse los recursos físicos, intelectuales, económicos, la cultura del medio y los roles de los pacientes.

Principales escalas para valorar las AVD

Índice de BARTHEL

Escala de AVD de KLEIN + BEIL

Escala instrumental de LAWTON

Índice de KATZ

Medida de independencia funcional (FIM)

AYUDAS TÉCNICAS

Son aquellos dispositivos o utensilios destinados a disminuir o mitigar la discapacidad entendiendo esta como la limitación de la capacidad funcional para realizar una actividad entendiendo esta como la limitación de la capacidad funcional para realizar una actividad.

Toda ayuda técnica debe proporcionar: seguridad, eficiencia, comodidad y satisfacción.

Toda ayuda técnica debe promover la integración y no ser un artilugio que impida la adaptación. Debe ayudar a tener una vida lo más normal posible.

Ayudas técnicas no son dispositivos que se utilizan cuando no hay expectativa de recuperación. Son utilizadas en diversas situaciones y a través de su uso se puede conseguir la independencia del paciente pero también puede utilizarse:

Durante la evaluación para comprobar si el paciente es capaz de realizar la actividad para ver cómo la realiza, qué compensaciones desarrolla o de que manera tiene más dificultad,

Durante el proceso de realización de aquellas circunstancias en lo que la práctica de la actividad supone un esfuerzo desmesurado y entre en conflicto la falta que genera su estado de salud.

Cuando encontramos un paciente que sufre un proceso degenerativo y pretendemos modificar la forma en que realiza una actividad.

Como medio preventivo para evitar que una posible deformidad se desarrolle a una mayor velocidad.

Puede ir dirigida a aquellas personas que ayudan a afectados.

Cómo deben ser las ayudas técnicas

Deben ser siempre necesarias tanto desde el punto de vista del TO como del paciente y la familia.

Deben ser lo más sencillas y normalizadas posible. No deben constituir un elemento diferenciador y hay que evitar que interfieran en el desarrollo de la persona tanto desde el punto de vista evolutivo como rehabilitador y de interrelación con el entorno.

Deben tener buena relación calidad-precio.

Tienen que tener un buen servicio de mantenimiento (rápido y eficaz) ya que se trata de ayudas imprescindibles para la persona que las utiliza.

Que no favorezcan la producción de malformaciones y no alteren estructuras corporales.

Deben ajustarse a las necesidades individuales. A veces una ayuda técnica estándar debe modificarse para una persona en concreto comprobando que posibilite la realización independiente de la actividad.

Clasificación de ayudas técnicas en el ámbito europeo

Se llama ISO 9999 y clasifica además de ayudas técnicas, órtesis, prótesis y la ayuda de una tercera persona (incluso los animales de seguridad como perros guía)

Esta clasificación se basa en una división funcional de productos de acuerdo a su función principal.

La clasificación se compone de tres niveles jerárquicos: clase, subclase y divisiones. Constan de un código y un nombre.

Proceso de asesoramiento de ayudas técnicas

Hay que evitar la tecnificación de la vida diaria del paciente y sólo deben utilizar ayudas técnicas o dispositivos adaptados cuando sea estrictamente necesario y aceptado por el usuario.

Si es el usuario el que demanda una ayuda técnica debe valorarse si es o no el momento para aplicar ese proceso.

Si es el TO el que propone la utilización de un dispositivo, deben ponerse en juego las destrezas profesionales en relación TO-paciente.

Proceso para recomendar ayudas técnicas:

Solicitud del paciente

Evolución del paciente

Análisis de las tareas comprometidas

Estrategias de abordaje

Recomendación de ayudas técnicas y/o adecuación del entorno

Entrenamiento en la utilización de la ayuda técnica

Seguimiento de la utilización de la ayuda técnica

TAREAS DE AUTOMANTENIMIENTO

Aseo personal

Obtención y utilización de los elementos necesarios, eliminación del vello corporal, aplicación y eliminación de cosméticos, lavado, peinado, secado y cepillado del cabello, cuidado de las uñas (pies y manos), cuidado de la piel, orejas y ojos, aplicación de desodorante.

Higiene oral

Obtención y utilización de los elementos necesarios para la limpieza de la boca, cepillado y aclarado de los dientes; retirada, limpieza y recolocación de órtesis y prótesis dentales.

Baño o ducha

Obtención y uso de elementos; enjabonado, aclarado y secado de todas las partes del cuerpo; mantenimiento de la posición en la entrada y salida de la bañera.

Higiene para orinar y defecar

Obtención y uso de los elementos; manejo de la ropa; mantenimiento de la posición en el WC; sentarse y levantarse en el WC; limpieza de la zona corporal; cuidado de las necesidades menstruales y de incontinencia.

Cuidado de los enseres personales

Limpieza y mantenimiento de los utensilios personales como lentes de contacto, audífonos, prótesis, órtesis, elementos contraceptivos y sexuales.

Vestido

Selección de ropa y accesorios apropiados para el momento del día, clima y estación; sacar ropa del armario; vestido y desvestido de forma secuencial; abrocharse los zapatos; aplicación y retirada de ayudas técnicas (órtesis y prótesis)

Alimentación

Poner la comida; selección y utilización de utensilios de la mesa apropiados; llevarse la comida y bebida a la boca, sorber, masticar, segregar saliva y deglutir; organización de métodos alternativos de alimentación.

Rutina medicamentosa

Obtención de la medicación; apertura y cierre de los envases, seguimiento de las pautas proscritas, tomar cantidad correcta y utilización de métodos señalados; informar sobre problemas y efectos secundarios.

Mantenimiento de la salud

Desarrollo y mantenimiento de la salud como ejercicio físico, nutrición y disminución de las conductas de riesgo para la salud.

Socialización

Oportunidades de acceso e interacción con otras personas de manera adecuada contextual y culturalmente para satisfacer las necesidades físicas y emocionales.

Comunicación funcional

Utilización de equipamientos y sistemas para enviar y recibir información como equipo de escritura, teléfono, máquina de escribir, tableros de comunicación, luces de llamada, sistemas de emergencia, escritura Braille, elementos de comunicación para sordos y sistemas de comunicación aumentativos.

Movilidad funcional

Moverse de una posición o lugar a otro como por ejemplo movilidad en la cama, en silla de ruedas, transferencias, ejecutar una deambulación funcional y transportar objetos.

Movilidad en la comunidad

Moverse uno mismo en la comunidad y usar el transporte público y/o privado.

Respuestas de emergencia

Reconocimiento de situaciones repentinas e inesperadas e iniciación de la acción para reducir el impacto sobre la salud y la seguridad.

Expresión sexual

Participación en actividades sexuales deseadas.

TRABAJO Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Actividades propositivas para el desarrollo, la contribución social y para el automantenimiento.

Organización del hogar

Obtención y mantenimiento de posesiones y entornos personales de la casa:

Cuidado de la ropa: Obtención y uso de elementos, arreglos, hacer la colada, tender, planchar, almacenar la ropa y coser.

Limpieza: Obtención y uso de los elementos, recogida, colocación, tirar la basura, barrer y pasar la mopa, limpiar el polvo, dar cera, limpiar ventanas, sacudir, limpiar espejos, hacer las camas, fregar suelos, aspirar, cambiar ceniceros y elementos reciclables.

Preparación de comidas y limpieza: Planificación de comidas nutritivas, preparar y servir la comida, abrir y cerrar los envases, armarios, etc.; utilizar los utensilios y electrodomésticos de cocina; limpiar y acomodar la comida de forma segura; limpieza de la cocina y útiles de guisar; compras; preparación de la lista de la compra; seleccionar y coger los elementos; seleccionar la forma de pago; completar las transacciones de dinero.

Gestión del dinero: Presupuestos, pago de recibos, utilización de los sistemas bancarios.

Procedimientos de seguridad: Conocimiento y ejecución de procedimientos de prevención y de emergencia para mantener un entorno seguro y prevenir accidentes.

Cuidado de otros

Cuidado de los hijos, pareja, padres, mascotas u otros. Influye el cuidado físico, la nutrición, la comunicación y el uso de actividades apropiadas a las distintas edades.

Actividades educativas

Participación en un entorno de aprendizaje a través de la escuela, la comunidad o las actividades organizadas por el trabajo como por ejemplo exploración de intereses educativos; atención al entrenamiento, manejo de asignaciones y contribución a las experiencias del grupo.

Actividades vocacionales

Participación en actividades relacionadas con el trabajo.

Exploración vocacional: Determinación de aptitudes, desarrollo de intereses y habilidades, selección de actividades vocacionales apropiadas.

Adquisición de empleo: Identificación y selección de oportunidades de trabajo, completar los procesos de

selección y entrevista.

Ejecución de trabajo o empleo: Ejecución de las tareas laborales de forma efectiva y en el tiempo adecuado, incorporación de las conductas de trabajo necesarias.

Planificación de la jubilación: Determinación de aptitudes, desarrollo de intereses y destrezas e identificación de actividades no vocacionales apropiadas.

Participación en el voluntariado: Ejecución de actividades no remuneradas para el beneficio de los individuos, los grupos o las causas seleccionadas.

ACTIVIDADES DE JUEGO Y OCIO

Actividades motivadas intrínsecamente para la diversión, relajación, entretenimiento espontáneo y la autoexpresión.

Exploración del juego u ocio

Identificación de intereses, destrezas, oportunidades y actividades apropiadas de juego y ocio.

Ejecución del juego u ocio

Planificación y participación en actividades de ocio o juego; mantenimiento del equilibrio entre actividades de ocio, productivas y AVD; obtención, utilización y mantenimiento del equipo y las provisiones necesarias.

Es importante la interrelación entre las áreas, los componentes y los contextos de ejecución.

Áreas de ejecución

Amplias categorías de la actividad humana que forman parte de la vida cotidiana, serían las AVD, el trabajo y las actividades productivas, de ocio o juego.

Componentes de ejecución

Habilidades humanas fundamentales que en distinto grado y en distinta combinación se requieren para desarrollar de forma satisfactoria las áreas de ejecución: sensoriomotor, cognitivo, psicosocial y psicológico.

Contextos de ejecución

Son las situaciones o factores que influyen en la participación de un individuo en las áreas de ejecución deseadas y/o requeridas, incluyen aspectos temporales como la edad cronológica, edad de desarrollo, lugar en el ciclo vital, status de salud y ambientales (físico, social y cultural)

TERMINOLOGÍA DE LAS AVD