

Universidad Miguel Hernández
Facultad de Medicina
Trabajo Fin de Grado de Terapia Ocupacional



**Proyecto de Terapia Ocupacional Aplicado a Daño Cerebral Adquirido para Hospitales de la
Región de Murcia**

Autor: MARTÍNEZ MARTÍNEZ, AINHOA

Nº expediente. 719

Tutor. Natalia Nieves Day

Cotutor. Miren Amaia Beti Aguirrebengoa

Curso académico 2016/2017

Convocatoria de Mayo

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4-5
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	6-11
OBJETIVO.....	11
METODOLOGÍA.....	11
1. OBJETIVO.....	11
2. PARTICIPANTES.....	11-12
3. UBICACIÓN.....	12
4. MODELOS.....	12
5. EVALUACION.....	13-15
6. RECURSOS HUMANO Y MATERIALES.....	14-15
7. TEMPORALIZACION.....	15
8. CRONOGRAMA.....	15
9. REEVALUACION.....	15
10. PROGRAMAS.....	16-22
RESULTADOS.....	22
CONCLUSIÓN.....	22
ANEXOS.....	23-27
BIBLIOGRAFÍA.....	29-30

RESUMEN

Según los últimos datos estadísticos del Ministerio de Sanidad, España cuenta con 939 terapeutas trabajando en hospitales, mientras en la Región de Murcia solo se encuentran ejerciendo 20, aun así el número va aumentando cada año. Además, España cuenta con 16 terapeutas por cada 100.000 habitantes, un número muy bajo si se compara con otros países europeos.

El Accidente Cardiovascular y el Trastorno Cráneo-Encefálico suponen la primera causa de Daño Cerebral Adquirido (DCA). La mayoría de los usuarios con DCA deben realizar una rehabilitación que cuente con un equipo multidisciplinar que abarque áreas físicas, psicológicas y sociales. La terapia ocupacional plantea una intervención en las áreas motoras, sensitivas, sensoriales, del entorno y familiares con el fin de que el usuario sea lo más independiente posible en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

El objetivo es presentar un proyecto con la finalidad de incluir la figura del terapeuta ocupacional en hospitales públicos de la Región de Murcia. Dicho proyecto presentará un máximo de 4 participantes por terapeuta ocupacional. El programa tiene una duración de un año incluyendo las fases de evaluación, redacción de los objetivos para cada usuario y la intervención. Cada seis meses se realiza una reevaluación y análisis de los datos obtenidos. El terapeuta ocupacional debe abordar al usuario de una forma holística y tener en cuentas sus necesidades para proporcionar la mejor intervención posible. Al final del proyecto se espera poder presentarlo en todos los hospitales públicos de la Región de Murcia.

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Hospital, Daño Cerebral Adquirido

ABSTRACT

According to the latest statistical data from the Ministry of Health, Spain has 939 therapists working in hospitals, while in the Region of Murcia only 20 are employed, but the number is increasing every year. In addition, Spain has 16 therapists per 100,000 inhabitants, a very low number when compared with other European countries.

Cardiovascular Accident and Cranio-Encephalic Disorder are the first cause of Acquired Brain Damage (ACD). Most patients with ACD should perform a rehabilitation that has a multidisciplinary team that covers physical, psychological and social areas. Occupational therapy involves an intervention in the motor, sensory, environment and family areas in order to make the patient as independent as possible in the basic and instrumental activities of daily living.

The objective is to present a project with the aim of including the figure of the occupational therapist in public hospitals in the Region of Murcia. This project will present a maximum of 15 participants per occupational therapist. The program has a duration of one year including the phases of evaluation, writing objectives for each user and the intervention. A reevaluation and analysis of the obtained data will be realized Every six months. The occupational therapist must approach the patient holistically and take into account their needs to provide the best possible intervention. At the end of the project it is expected to be able to present it in all public hospitals in the Region of Murcia.

KEY WORD: Occupational Therapy, Hospital, Acquired brain damage

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El siguiente proyecto de Terapia Ocupacional (de aquí en adelante T. O.) consiste en la elaboración de un plan de intervención para usuarios con Daño Cerebral Adquirido (DCA) en hospitales, incluyendo la fase aguda y la rehabilitación de las siguientes fases en los hospitales que dispongan de este servicio.

Para explicar este proyecto debemos comenzar hablando de nuestro Sistema de Sanidad Nacional (SNS), el cual, se basa en cuatro principios y criterios básicos: (1)

- Financiación pública, universal y gratuita de los servicios sanitarios en el momento de su uso.
- Derecho y deberes definidos tanto para los ciudadanos como para los poderes públicos.
- Atención integral intentando conseguir un alto nivel de calidad.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos.

El control y la responsabilidad de que el SNS funcione correctamente recaen en el trabajo conjunto de la Administración del Estado con cada Comunidad Autónoma. Dichas instituciones se encargan de todas las funciones y prestaciones del servicio de salud que según la ley son responsabilidad de los poderes públicos (1)

El ranking creado por el último informe de Euro Health Consumer Index, sitúa a España en el puesto número 19 de 35 países europeos analizados. Según este informe España obtiene la mejor puntuación en el área de prevención mientras que la peor puntuación marca una gran diferencia con los demás países y está relacionada con los tiempos de espera para acceder al uso del sistema sanitario. (2)

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España residen 46.112.000 millones de ciudadanos (4). Para este censo de población se disponen 787 hospitales repartidos entre las diferentes comunidades autónomas. De estos 787 hospitales, 354 pertenecen a la red de Sanidad Pública de este país. (3). Con este dato, deducimos que más del 50% de hospitales pertenecen a la sanidad privada.

Si nos centramos en la base de datos de la organización Europea de T.O. podemos hallar que en nuestro país existen 11 terapeutas ocupacionales cada 100mil habitantes. Un número relativamente

bajo si lo comparamos con otros países, como sería por ejemplo Suecia (100 terapeutas por cada 100mil habitantes) o Dinamarca (145 terapeutas por cada 100mil habitantes). También debemos de destacar que hay varios países que tienen una situación por debajo a la nuestra como sería Portugal (1,1 terapeutas por cada 100mil habitantes) o Italia (2,8 por cada 100mil habitantes). (5) Con estos datos queda demostrada la demora que lleva nuestra profesión a nivel europeo.

Durante la última década en todos los informes estadísticos anuales del Ministerio de Sanidad hemos ido ligados al grado de fisioterapia, por lo que los datos nos muestran el número de trabajadores de ambos grados. No es hasta el año 2011 cuando dichos grados se separan y se agrupan en bloques diferentes distinguiendo, ahora sí, entre profesionales de cada ámbito. En este mismo año, se contaba con un total de 860 profesionales de la T.O. trabajando en hospitales españoles, 740 en el ámbito público. (6)

El informe de estadística autonómica de Hospitales más reciente realizado por el Ministerio de Sanidad se sitúa en el año 2014. En este informe se recoge que existen un total de 257 centros sin internamiento y hospitales de carácter público frente a 60 de identidad privada. En dichos centros se encuentran trabajando un total de 939 terapeutas ocupacionales, 805 de ellos en hospitales o centros sin internamiento públicos. Cataluña es la comunidad con el mayor número de terapeutas ocupacionales trabajando en hospitales, con un total de 207. En la comunidad de Ceuta y Melilla, desgraciadamente, carece de este servicio. (7)

Si comparamos estos datos con el grado de fisioterapia, al que tantos años nos han tenido unidos, podemos observar que el número de fisioterapeutas trabajando en hospitales sextuplica al de terapeutas con un total de 5738. (7)

Analizando los datos de los últimos informes estadísticos según cada comunidad autónoma podemos concretar que Cataluña sigue siendo la comunidad con mayor número de profesionales pero ha sufrido un pequeño descenso entre el año 2013 y 2014, al igual que otras comunidades como Castilla-La Mancha. (8). Para entender completamente estos datos hay que tener en cuenta el censo poblacional en cada comunidad, en Madrid hay más terapeutas que en la Región de Murcia pero también hay más

habitantes y por lo tanto más hospitales (15). (Figura 1. Estadística Autonómica de Terapeutas Ocupacionales trabajando en Hospitales)

Centrándonos más concretamente en la Región de Murcia, los informes estadísticos de 2011 recogían un total de 16 terapeutas pero durante los siguientes años disminuyó hasta registrar su peor cifra en 2013 con un total de 11 terapeutas (6) (7). El último informe de 2014 muestra sus mejores cifras en este área llegando a un máximo de 20 terapeutas ocupacionales distribuidos entre los 27 hospitales, tanto públicos como privados (8). Es un número relativamente bajo, ya que hay más hospitales que terapeutas y la mayoría de ellos se agrupan en hospitales de entidad privada. Si los hospitales privados incluyen esta profesión entre sus plantillas es porque ofrece un servicio indispensable para el enfermo. Es comprensible que en los hospitales públicos este proceso suceda de forma más lenta debido a la economía, lo importante es que suceda. Lo que no debería estar permitido es que muchos hospitales murcianos vinculados a la sanidad pública, todavía carezcan de este servicio. (Figura 2. Evolución del número de Terapeutas Ocupacionales trabajando en Hospitales de la Región de Murcia)

Sería incorrecto no destacar el crecimiento que se está produciendo, ya que de un año a otro han aumentado en 9 el número de profesionales y es una de las comunidades con mayor crecimiento (7) (8), por lo que podemos deducir, que aunque todavía este servicio no esté totalmente implantado, de forma progresiva se va haciendo un hueco entre las diferentes profesiones sanitarias, demostrando los beneficios de nuestro trabajo.

En resumen podemos decir que de los 5000 terapeutas ocupacionales que recoge el registro de COTEC solo 939 trabajan en hospitales (5) (7). Por lo que deducimos que otros ámbitos tienen más demanda de profesionales. Aun así, año tras año y de forma lenta pero progresiva va creciendo el número de profesionales en hospitales.

La T.O. engloba varios ámbitos dentro de los hospitales pudiendo aplicar su profesión en DCA neurocirugía y neurotoxicología, reumatología, con usuarios diabéticos, en la sección de ortopedia recomendado ayudas técnicas y órtesis y entrenamiento laboral. (9)

Aunque la terapia ocupacional abarca muchos ámbitos, este trabajo va enfocado al ámbito de la rehabilitación física, incluyendo a todo usuario con DCA sin importar el motivo o su causa.

El DCA recoge a un grupo de usuarios que tienen como característica común la de haber sufrido un evento que haya producido suspensión de su desarrollo vital. Podemos incluir en este grupo usuarios que hayan sufrido un Trastorno Craneoencefálico (De aquí en adelante TCE), usuarios con un accidente cerebrovascular (De aquí en adelante ACV). Aunque estas causas son las más comunes también existen otros usuarios que padecen un DCA debido a tumores cerebrales, agresiones, encefalitis o por varias causas de anoxia cerebral (10)

El DCA se presenta con varias secuelas afectando a diferentes áreas. Estas secuelas pueden afectar desde el ámbito físico y de movilidad, problemas cognitivos, emocionales, conductuales, de habla y comunicación. Además muchos usuarios desarrollan trastornos de personalidad que pueden ir o no acompañados de otros problemas, No existe un perfil único, sino que cada usuario es totalmente diferente teniendo afectada un área o varias y desde un nivel más leve hasta un nivel más grave e sin posibilidad de rehabilitar. (11)

El ACV, también conocido como ictus, supone la primera causa de DCA en España seguida por el TCE (11). Según los datos del INE de 2015 la muerte por enfermedades del sistema circulatorio se coloca como primera causa de muerte en España. (12)

Los TCE se sitúan en el segundo puesto con una incidencia de 150-250 casos por cada 100000 habitantes en Europa. Lo que corresponde a unos 80000-100000 casos en España. De estos casos 2000 se calificaran como graves y supondrá que el usuario padezca secuelas físicas y neuropsicológicas que le impidan realizar a la persona su trabajo o llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o instrumentales (AIVD) y la ayuda de una tercera persona en fases agudas y probablemente en fases avanzadas. (10)

La intervención de T.O. en DCA tiene de forma general cinco objetivos básicos. (10)

1. Prevenir las lesiones secundarias, sobre todo las compensaciones del usuario al realizar la actividad. Además debemos tener en cuenta las diferentes cadenas cinéticas musculares que en estos tipos de usuarios suele verse afectada.
2. Desarrollar y estimular habilidades cognitivas. Tomar conciencia sobre el proceso que está sufriendo.
3. Desarrollar aptitudes y actitudes positivas de implicación del usuario hacia el tratamiento
4. Estimular el análisis de las actividades que el usuario lleve a cabo, así como, la resolución de problemas.
5. Generalizar el aprendizaje de todo los puntos anteriores y aplicarlos para poder realizar las AVD.

Según la Guía Clínica de Neuro-rehabilitación en DCA afirma que una intervención temprana tiene como consecuencia un mayor beneficio del tratamiento. Además, destacan que hay varios estudios que definen un punto de inflexión entre comenzar la rehabilitación antes de los 6 meses o después de los 6 meses o un año. Por lo tanto, intervenir desde los primeros momentos de la lesión conllevará a una mejor recuperación del usuario. (13)

Para conseguir una intervención completa se deberá diseñar un programar que intervenga a nivel físico, mental y social teniendo en cuenta las alteraciones sensio-motoras, cognitivas y en las AVD. (14)

Como hemos visto, el TCE y el ACV son los responsables principales del DCA aunque existen otras muchas causas aunque con menos incidencia. Ya sabemos que en España, muchas de estas personas carecen del servicio de T.O. Para lograr que el usuario se recupere lo mayor posible debe disponer de un equipo multidisciplinar y este equipo debe dispone de un T.O. que entienda al usuario de una forma holística y que trabaje en su rehabilitación desde las fases agudas hasta que sea dado de alta en el hospital. La T.O. aborda campos que no lo hace ninguna otra profesión y que son imprescindibles para que el usuario logre una autonomía en sus AVD y AIVD. Además, no debemos olvidar a la familia a la cual se le podría ayudar desde el primer momento con varias técnicas y recomendaciones. Por este

motivo, y tras demostrar la carencia de este servicio en el ámbito hospitalario de la Región de Murcia, dirigimos este trabajo hacia esta área con la creación de un proyecto que tenga como objetivo capacitar a la persona para lograr su mayor autonomía posible en AVD y para lograr la mejor preparación para las siguientes fases de la enfermedad.

OBJETIVO

Presentar un proyecto con el fin de incluir la figura del terapeuta ocupacional en los hospitales públicos de la Región de Murcia

METODOLOGÍA

1. Objetivos

➤ Generales

- Conseguir la mayor independencia posible del usuario en las ABVD y AIVD
- Conseguir un equilibrio entre trabajo, descanso y ocio

➤ Específicos

- Establecer nuevos roles y actividades significativas para el usuario
- Estimular las habilidades cognitivas del usuario y su propia consciencia sobre la nueva situación que está viviendo
- Desarrollar destrezas motoras y praxis adecuadas
- Conseguir una respuesta adecuada a los estímulos que le rodean

2. Participantes

El proyecto va dirigido a todo usuario diagnosticado con DCA sin importar la edad, el sexo, la etiología y las secuelas originadas. Incluiremos usuarios en fase aguda y subaguda que estén hospitalizados o que acudan al servicio de rehabilitación del hospital.

Criterios de inclusión: incluiremos a usuarios con afectación motora, sensitivo, sensorial y/o cognitiva como consecuencia de un DCA

Criterios de exclusión: excluirémos a los usuarios en estado vegetativo diagnosticado así como usuarios con problemas visuales o auditivos adquiridos como consecuencia del DCA.

El número máximo de participantes será de 4 usuarios por terapeuta. El periodo de ingreso entre cada usuario puede ser muy variado y dependerá de las secuelas y del nivel de afectación. Aun así, es muy probable que la mayoría tenga que acudir al servicio de rehabilitación durante un año o incluso más.

3. Ubicación

Los hospitales a los que va dirigido son todos los hospitales públicos de la Región de Murcia que dispongan del servicio de rehabilitación citados a continuación.

- Hospital Rafael Méndez (Lorca)
- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
- Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)
- Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
- Hospital General Universitario Santa María de Rosell (Cartagena)
- Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (San Javier)
- Hospital Comarcal del Noroeste (Carava de la Cruz)

4. Modelos

Los modelos que utilizaremos serán los siguientes.

- Modelo de Estimulación Cognitiva.
- Modelo de Control Motor.
- Modelo de Ocupación Humana (MOHO)
- Modelo Biomecánico

Por último, el marco en que se centrará el proyecto será rehabilitador, compensatorio y de mantenimiento del miembro y/o miembros afectados e indemnes.

5. Evaluación

Tras sufrir un TCE o un ACV muchos usuarios se encuentran en un estado de coma y son ingresados en la UCI. Hasta que el usuario no vuelva a su estado de consciencia no se conocerán las secuelas que este podría tener, por lo tanto la evaluación se llevará a cabo cuando el usuario haya despertado.

La evaluación se dividirá en dos partes. En primer lugar realizaremos una entrevista con la familia donde expliquen cómo era el usuario antes del accidente tanto en aspectos de AVD como de ocio, laboral, de formación y situación de la vivienda. Posteriormente entrevistaremos al usuario siempre y cuando las secuelas de este lo permitan. La evaluación no exhaustiva se realizará con una observación del usuario prestando especial atención a los siguientes puntos.

- Postura en decúbito
- Postura en sedestación
- Espasticidad
- Hipotonía
- Equilibrio
- Necesidad o no de ayuda para las AVD
- Actitud
- Aspecto general del usuario
- Subluxaciones
- Control postural

Como evaluación exhaustiva se utilizarán las siguientes escalas:

- Goniometría: evaluación del rango articular
- Estereognosia: descripción de los objetos cotidianos (gafas, moneda...) a través del tacto sin usar la vista
- Test de sensibilidad: evaluación de discriminación entre dos puntos

- Localización táctil: el terapeuta, con la yema de sus dedos tocará la parte del cuerpo que quiera evaluar y el usuario debe decir donde se le está tocando
- Escala numérica del dolor
- Temperatura: se evaluará con un tubo frio y uno caliente (sin superar el umbral del dolor)
- Propiocepción: el terapeuta colocará las diferentes partes del cuerpo que quieran ser evaluadas en una posición y el usuario deberá decir en qué posición se encuentran
- Cinestesia: el terapeuta colocará las diferentes partes del cuerpo del usuario. Posteriormente, moverá los segmentos corporales evaluados y solicitará al usuario que indique donde han sido movidos
- Test Minimental: prueba rápida para evaluar si hay afectación cognitiva
- Batería LOTCA: evaluación exhaustiva del área cognitiva
- Índice de Barthel: evaluación de las AVD
- Escala de Lawton y Brody: evaluación de las AIVD
- Escala de Glasgow: evaluación del nivel de consciencia
- Test Minnesota: evaluación de las destrezas manuales y coordinación óculo-manual
- Test O'connor: evolución de la motricidad fina
- Test Monofilamentos: evaluación del tacto ligero y superficial. Cobra gran relevancia para evaluar daño en los nervios periféricos de la extremidad superior
- Escala ACIS: evaluación de las destrezas de comunicación e interacción

Es muy importante destacar que a la hora de utilizar las escalas se tendrá la situación del usuario y se evaluará con racionamiento y lógica, no se pasaran escalas que sepamos que el usuario no va a poder realizar.

6. Recursos humanos y materiales

Los recursos humanos constarán de un terapeuta ocupacional por cada 4 usuarios.

En cuanto a los recursos espaciales será necesario constar de un despacho donde se puedan realizar reuniones con familia y un espacio amplio y adaptado para realizar las sesiones.

El material necesario se encuentra adjuntado en anexos. (Anexo 3. Material)

El coste del proyecto será de aproximadamente de 1300€. Los honorarios de cada terapeuta serán de 1500€ en un horario de 40h semanales.

7. Temporalización

El proyecto tendrá un periodo de aplicación de un año. Cada usuario debe disponer de 2h diarias al menos de T.O. aunque el horario podrá variar dependiendo de las necesidades de cada usuario.

8. Cronograma

El cronograma se puede encontrar en el apartado de anexos. (Tabla 4. Cronograma).

Tras la evaluación se realizará un horario acorde a cada usuario. (Tabla 5. Horario)

9. Reevaluación

La reevaluación constará de las mismas partes que la evaluación y se dispondrá de los mismo test, pruebas y escalas.

Para reevaluar al usuario se le volverán administrar las mismas pruebas que en la evaluación. Es importante destacar que la observación del usuario nos puede decir mucho sobre si la intervención sigue el camino adecuado o si por el contrario no está teniendo los resultados esperados.

Además debemos destacar que los usuarios que se beneficien de este proyecto durante un año completo, serán reevaluados cada seis meses. De esta forma llevamos un mejor control sobre la intervención y podemos informar a la familia de como prospera el usuario.

10. Programas

A. INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS SENSIO-MOTORAS

Esta intervención ira dirigida a los problemas motores que pueda ocasionar el DCA como podría ser una hemiparesia, tetraparesia, movimientos atáxicos o distonía. Se trabajará los siguientes objetivos.

Objetivos

➤ Generales

- Conseguir el cuidado autónomo del intestino y vejiga
- Conseguir una alimentación independiente
- Realizar la ducha de forma independiente
- Realizar el vestido de forma autónoma
- Conseguir que el usuario realice una higiene y aseo personal adecuado
- Conseguir una movilidad funcional en cama, silla de ruedas o con muletas

➤ Específicos

- Aumentar la fuerza
- Coordinar el movimiento de cuerpo para realizar la actividad
- Ajustar la posición del cuerpo a la tarea
- Aumentar el rango articular
- Mejorar pinzas bidigitales y palmares
- Normalizar el tono
- Conseguir destrezas monomanuales
- Mejorar destrezas bimanuales
- Prevenir úlceras por presión
- Prevenir lesiones secundarias

Dentro de esta intervención se incluirán los siguientes programas

- Programa de posicionamiento adecuado en diferentes posturas

- Programa de estimulación motora
- Programa de AVD

Herramientas y técnicas:

- Rood
- Bobath
- Perffeti
- Kabat
- Brunnstrom
- Taller de AVD
- Psicomotricidad
- Imitación
- Musicoterapia

La intervención se desarrollará por partes y teniendo en cuenta la situación del usuario.

En usuarios más afectados se comenzará a trabajar con movimientos pasivos y estiramientos del miembro afecto. Si el usuario se encuentra en la cama se le enseñara el posicionamiento adecuado del miembro superior afecto.

En la medida que el usuario vaya mejorando se comenzará a incluir actividades de movilización activa, coordinación, actividades bimanuales y monomanuales, laterilidad y cruce de la línea media.

Las actividades se irán complicando a la medida que el usuario mejore

Si el usuario tuviera una hemiparesia se trabajaría el miembro indemne con el fin de aprender estrategias con una sola mano. En el caso que su lado dominante sea el afecto se trabajará con más ímpetu el lado indemne.

B. INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS SENSORIAL

Objetivos

- Generales
 - Comer y tragar alimentos sólidos y líquidos
 - Conseguir una secuencia de vigilia y sueño adecuada
 - Conseguir moverse correctamente por el entorno reconociendo visualmente y auditivamente los objetos que le rodean
- Específicas
 - Distinguir objetos a través del tacto
 - Distinguir el sabor de un alimento
 - Distinguir entre diferentes olores
 - Distinguir entre sonido y silencio
 - Conseguir una respuesta adecuada con cada estímulo
 - Reconocer correctamente los estímulos visuales

Se incluirán los siguientes programas.

- Programa de estimulación sensorial

Herramientas y técnicas:

- Taller de sabores
- Taller de olores
- Taller de sonidos
- Taller visual
- Arteterapia
- Taller de Relajación

Con este programa trabajaremos la reacción del usuario a ciertos estímulos visuales, auditivos, táctiles, gustativos y olfativos.

Utilizaremos diferentes perfumes, sabores, texturas, sonidos y objetos visuales. Unos serán del gusto del usuario y otro serán todo lo contrario.

Comenzaremos trabajando desde estímulos muy básico como puede ser luz-oscuridad o silencio-sonido hasta ir aumentando su complejidad. Partiremos desde un nivel de dificultad acorde a las características del usuario.

Este programa cobrará especial importancia en usuarios con diagnóstico de estado de mínima consciencia con el fin de buscar alguna respuesta en el usuario

C. INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS COGNITIVOS

Objetivos

➤ Generales

- Uso de la gestión financiera
- Mantenimiento de la salud
- Uso del transporte público

➤ Específicos

- Secuenciar la actividad de forma correcta
- Priorizar los pasos de la actividad
- Identificar soluciones a los problemas que puedan surgir durante la actividad
- Organizar la actividad dentro del tiempo disponible
- Seleccionar el material y las herramientas necesarias para llevar a cabo la actividad
- Memorizar actividades sencillas
- Mantener la atención en la actividad durante el tiempo establecido

Los programas que se incluirán en esta área son los siguientes:

- Programa de estimulación cognitiva
- Programas de secuenciación de AVD

Herramientas y técnicas:

- Taller de Orientación a la Realidad
- Programas informáticos de entrenamiento cognitivo
- Fichas de entrenamiento cognitivo

La intervención en el área cognitiva engloba muchos objetivos por lo que las sesiones serán variadas, alternando los objetivos y priorizando en cada usuario lo que necesite o requiera.

Comenzaremos a trabajar los diferentes objetivos desde estímulos muy básicos. Primero trabajaremos la atención, intentando aumentar el tiempo de esta sobre el estímulo para a continuación ir incorporando estímulos distractores y conseguir al final objetivos más a largo plazo.

Por otro lado, para trabajar la memoria utilizaremos cosas muy básicas como por ejemplo que “¿Qué día de la semana es hoy? También se podrán utilizar fotos antiguas del usuario. Se ofrecerán claves o pistas para guiar al usuario. Además, muchos programas de ordenador están preparados para trabajar la memoria por lo que podría trabajarse con este método y de esta forma estaremos también trabajando la atención en la actividad.

Es importante destacar que las áreas cognitivas las puedes estar trabajando en cualquier sesión incorporando preguntas o intentando que el usuario mantenga la atención en un actividad, aunque esa actividad sea de intervención motora. Aun así, al igual que cualquiera área de intervención es importante dedicarle el tiempo adecuado a estas áreas.

D. INTERVENCIÓN FAMILIAR Y DEL ENTORNO

Objetivos

- Generales
 - Conseguir desplazarse de forma independiente por el hogar
 - Participar de forma activa en la comunidad
 - Participar de forma activa con la familia y los amigos
 - Cuidar del hogar

- Planificar actividades de ocio
 - Llevar a cabo un trabajo remunerado
- Específicos
- Mantener el equilibrio a la hora de desplazarse
 - Ajustar la posición del cuerpo a los obstáculos que puedan aparecer en el entorno
 - Conseguir una expresión verbal adecuada del usuario
 - Conseguir una comprensión verbal adecuada del usuario
 - Reconocer los utensilios básicos de la limpieza del hogar
 - Utilizar correctamente los utensilios básicos de limpieza del hogar
 - Conseguir una higiene postural adecuada en el cuidador

Los programas que se incluirán serán:

- Programa de “cuidar al cuidador”
- Programa de intervención en el hogar
- Programa de asesoramiento familiar
- Programa de asesoramiento en productos de apoyo
- Programa de ocio o tiempo libre
- Programa de empleo

Herramientas y técnicas:

- Taller de Habilidades Sociales
- Taller de Informática
- Taller Pre-laboral (manualidades, taller de huerto, cuidado de mascotas...)
- Juego-terapia
- Taller de “Cuidar al cuidador”

La intervención en el entorno es una base fundamental para la rehabilitación del usuario. Realizaremos una previa evaluación del hogar, donde se señalaremos diferentes barreras arquitectónicas que puedan

causar problemas al usuario. Además se ofrecerán productos de apoyo tanto que faciliten la realización de las ABVD y AIVD para el usuario o que ayuden a que la actividad se realice de forma más sencilla o más rápida

A la hora de realizar una intervención no podemos olvidar la importancia de la familia y del cuidador. Muchas de las secuelas del usuario se convertirán en persistentes y supondrán la necesidad de una tercera persona para realizar AVD. Por lo tanto, enseñaremos al cuidador principal sobre aspectos básicos de higiene postural.

RESULTADOS

Tras la realización del proyecto se espera poder ser presentado en diferentes hospitales públicos de la Región de Murcia y ser aceptado para poder aplicarlo en usuarios con DCA durante un año.

CONCLUSIÓN

La T.O. supone una disciplina imprescindible para formar un equipo multidisciplinar e intervenir de forma adecuada en la rehabilitación de usuario con DCA. Si comenzamos a intervenir desde la fase aguda los resultados obtenidos serán mucho mejor que si lo hacemos en fases tardías, por lo que el perfil del terapeuta en hospitales debe convertirse en una realidad.

Por último, es importante señalar la importancia de que el equipo sea multidisciplinar. Todos los grados de la salud debemos aportar nuestros conocimientos para crear una rehabilitación adecuada y conseguir una mejor recuperación de los usuarios.

Figura 1. Estadística Autonómica de Terapeutas Ocupacional trabajando en Hospitales.

En la mayoría de las comunidades autónomas el número de trabajadores ha aumentado, excepto en Cataluña, País Vasco o Galicia.

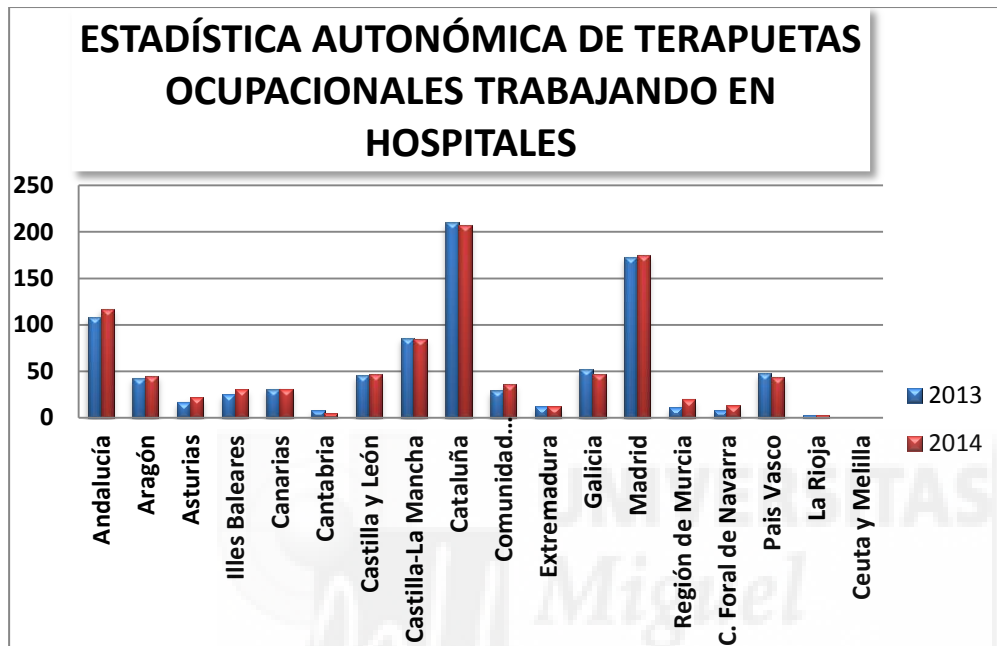


Figura 2. Evolución del número de Terapeutas Ocupacionales trabajando en Hospitales de la Región de Murcia

El número de trabajadores de la Region de Murcia ha variado mucho durante los últimos años. Como se observa en la gráfica durante los años pasados disminuyó considerablemente el número de terapeutas ocupacionales trabajando su máximo pero ha alcanzado los mejores datos en el último informe estadístico.

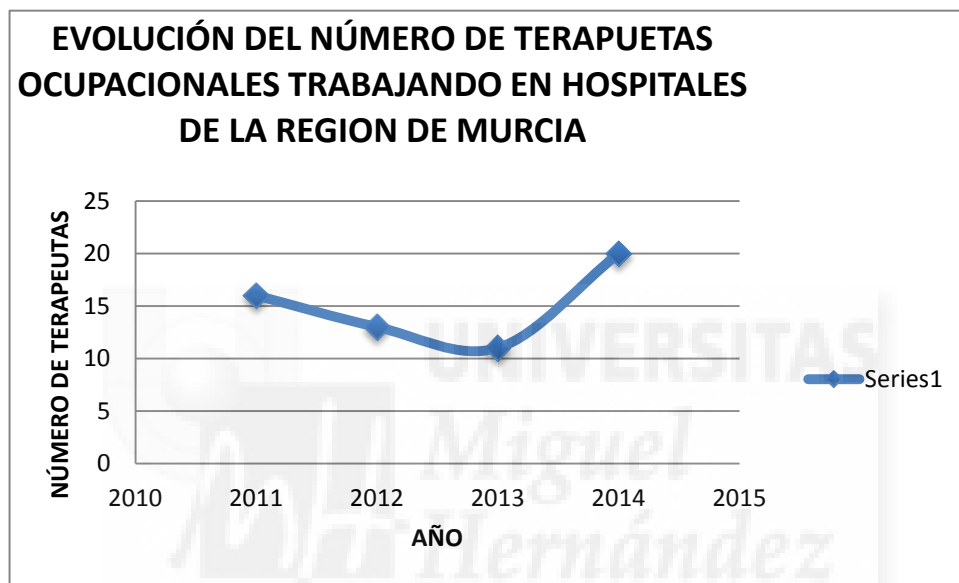


Tabla 3. Material

- Pelota Bobath
- Camilla
- Vibrador
- Cepillo estimulador
- Esponjas
- Pinceles
- Mantel antideslizante
- Plato adaptado
- Cubiertos adaptado
- Peine
- Coleteros
- Maquillaje
- Tabla de transferencias
- Sillas de ruedas
- Muletas
- Bastón
- Objetos para la motricidad fina
- Objetos para la motricidad gruesa
- Muñecos
- Material de Perffetii
- Materia de evaluación

El material de mayor precio es el de evaluación. Una ventaja de este proyecto es que muchos objetos son de uso cotidiano y de un coste relativamente bajo, lo que disminuye los gastos del proyecto considerablemente.

Figura 4. Cronograma

Tal y como hemos explicado, el proyecto tendrá una duración de un año. Las primeras semanas del proyecto se basarán en la evaluación y en la planificación de la intervención individual para cada usuario. La intervención en las áreas afectadas la llevaremos a cabo durante todo el año haciendo una reevaluación cada 6 meses.

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Presentación del proyecto	X											
Evaluación de los usuarios	X											
Entrevista con familiares	X											
Planteamiento de los objetivos de la intervención	X											
Diseño de sesiones para cada usuario	X											
Intervención cognitiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervención sensio-motora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervención sensorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Intervención en el entorno y familiar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reevaluación						X						X
Revisión de los resultados obtenidos						X						X

Tabla 5. Horario semanal

Los horarios se desarrollarán teniendo en cuenta las necesidades de cada usuario y las áreas más afectadas. Intentaremos realizar un horario con actividades múltiples, buscando siempre la motivación del usuario e incluyendo actividades diferentes para evitar el aburrimiento. Aunque exista un área más afectada con otra debemos trabajarla todas para conseguir la mejor rehabilitación posible en el usuario.

HORARIO SEMANAL (EJEMPLO)

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00H/11:00H	PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MOTORA				PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN MOTORA
11:15H/13:00H		TALLER DE HABILIDADES SOCIALES E INFORMÁTICA		PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA	
13:00H/14:00H			PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN SENSORIAL		
14:00H/15:00H			PROGRAMA DE AVD		
16:30/18:00				PROGRAMA FAMILIAR	

BIBLIOGRAFÍA

1. msssi.gob.es [Internet]. España: Sistema Nacional de Salud; [citado 2 Feb 2017]. La protección de la salud. [8 páginas]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf>
2. Ayuso, M. ¿La mejor sanidad? España tiene el 19º sistema de salud de Europa. Y gracias. El Confidencial [Internet]. 2016 [citado el 4 Feb 2017]. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2016-02-22/holanda-tiene-el-mejor-sistema-de-salud-de-europa-espana-el-decimonoveno_1156707/
3. msssi.gob.es [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [actualizado el 31 Dic 2014; citado el 5 Feb 2017]. Catálogo Nacional de Hospitales 2015. [441 páginas]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2015.pdf>
4. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: INE; 1971 [actualizado 16 Dic 2016; citado 5 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf>

5. Coteceurope.eu [Internet]. Europa; 1992 [actualizado 2015, citado 8 Feb 2017].
Terapeutas Ocupacionales trabajando por cada 100.000 habitantes. [1 pantalla].
Disponible en: <http://224467.webhosting3.1blu.de/web/StatPlanet.html>

6. Msssi.gob.es [Internet]. España [actualizado Jul 2013, citado 9 Feb 2017]. Estadística
de Centros de Atención Especializada Hospitales. [153 páginas]. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2011/PUBLICACION_SIAE_2011.pdf

7. Msssi.gob.es [Internet]. España [actualizado Jul 2015; citado 9 Feb 2017]. Estadística
de Centros de Atención Especializada: Hospitales y Centros sin Internamiento. Año
2013. [190 páginas]. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/SIAE_2013.1.pdf

8. Msssi.gob.es [Internet]. España [citado 9 Feb 2017]. Estadística de Centros de
Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2014. [190
páginas]. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2014/SIAE_2014.4.pdf

9. Ocello, M. G., Rolfi, F. Terapia Ocupacional en un Hospital General de Pacientes
Agudos. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2006; (4): 1-8.

10. Sánchez Cabeza, A. Terapia Ocupacional y Daño Cerebral Adquirido. Conceptos Básicos. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. 2005; (2): 1-34.
11. Polonio López, B., Romero Ayuso, D. M. Terapia Ocupacional aplicada a Daño Cerebral Adquirido. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2010
12. INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España [actualizado 27 Feb 2015; citado 8 Feb 2017]. Defunciones según la causa de muerte. Año 2013. [8 páginas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
13. Bombín González, I. Guía Clínica de Neuro- Rehabilitación en Daño Cerebral Adquirido. Oviedo. Igor Bombín González. 2013
14. Afakir, S., Martínez, D. Intervención del Terapeuta Ocupacional en la Rehabilitación de Pacientes con Daño Cerebral Adquirido- Revista Complutense de Ciencias Veterinarias. 2017; 11 (1): 120-125
15. Ine.es [Internet]. España. [actualizado 30 Jun 2016; citado 9 Feb 2017]. Cifras de población a 1 de Enero. [18 páginas]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>