



CONTENIDOS

//Artículos:

- Estudio piloto abierto aleatorizado de la intervención no farmacológica en el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica.
- Terapia restrictiva de movimiento en personas con disfunción crónica de la extremidad superior después de un Ictus. Estudio descriptivo.
- Eficacia de la aplicación del método Affolter en Daño Cerebral Adquirido.
- ¿Es útil la Terapia Ocupacional en las actividades de la vida diaria de personas con fibromialgia?



SUMARIO

Estudio piloto abierto aleatorizado de la intervención no farmacológica en el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica.

Autor: Eduardo José Fernández Rodríguez. Artículo original.

Randomized open pilot study of the non pharmacological intervention in tracking the cancer related fatigue..... 3

Terapia restrictiva de movimiento en personas con disfunción crónica de la extremidad superior despues de un ictus. Estudio descriptivo.

Autora: Gloria Cardenal Félix. Artículo original.

Constraint-induced therapy in people with chronic dysfunction in upper extremity after stroke. Descriptive study..... 11

Eficacia de la aplicación del Método Affolter en daño cerebral adquirido.

Autora: María del Campo Moreno Moreno. Artículo original.

Affolter method application efficiency in acquired brain injury..... 16

¿Es útil la Terapia Ocupacional en las actividades de la vida diaria de personas con Fibromialgia?

Autores: María del Mar del Teso Recio, Jaime González González, Carmen Nélica Waliño Paniagua. Artículo original.

Is occupational therapy useful in the activities of daily living of people with Fibromyalgia?..... 22

DIRECTOR

Gabriel Sanjurjo Castelao
Terapeuta Ocupacional. Oviedo.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Efrén Álvarez Acebal
Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena
Víctor Manuel Cabal Carbajal
Terapeuta Ocupacional. Oviedo
Andrea Fernández Machado
Terapeuta Ocupacional. Oviedo
Carmen Gómez Amago
Terapeuta Ocupacional. C. del Narcea
Bárbara Mallada Gutiérrez
Terapeuta Ocupacional. Pola de Lena
Ana Quesada Sánchez
Terapeuta Ocupacional. Oviedo

www.therapeutica.es
Contacto: redaccion@therapeutica.es

IMPRIME:

IMPRESA GOYMAR
Padre Suárez, 2
33009 Oviedo

DEPÓSITO LEGAL:

AS-02720-2005

I.S.S.N.:

699-7662

FOTO PORTADA:

Gabriel Sanjurjo Castelao

EDITA:



Avda. Fernández Ladreda
33011 Oviedo
info@aptopa.org
Periodicidad: semestral
Tirada: 500 ejemplares

Solo los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos. De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD /996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de la revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, normas de publicación o instrucciones para los autores, véase www.therapeutica.es.

ESTUDIO PILOTO ABIERTO ALEATORIZADO DE LA INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN EL CONTROL DE LA ASTENIA REFERIDA POR LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

RANDOMIZED OPEN PILOT STUDY OF THE NON PHARMACOLOGICAL INTERVENTION IN TRACKING THE CANCER RELATED FATIGUE

Artículo original

Eduardo José Fernández Rodríguez. Eduardo José Fernández Rodríguez. Terapeuta ocupacional. Doctorando en Oncología. Experto en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad de Salamanca
Correo electrónico: edufr@usal.es

Fecha de recepción:
7-11-2012

Fecha de aceptación:
14-2-2012

Ganador de la IX Beca Susana Rodríguez.

● RESUMEN

Objetivos: Comprobar la eficacia de la utilización de medidas de tipo no farmacológico para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional. **Emplazamiento:** Hospital Universitario de Salamanca. **Material y métodos:** Estudio experimental, aleatorizado, estratificado, prospectivo longitudinal mediante un esquema paralelo de asignación fija con grupo experimental y grupo control, con una muestra constituida por 30 pacientes. Se midieron: Cuestionario SF-12, cuestionario PERFORM, triple EVA de astenia, escala de Lawton y Brody, además de considerar una serie de variables intervinientes, tales como el sexo, los niveles de hemoglobina o el diagnóstico anatomopatológico. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete de datos SPSS, estableciéndose la correlación entre las diferentes variables en los diferentes grupos, con un nivel de significación (intervalo de confianza [IC] del 95%) $p < 0,05$. **Resultados:** Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre grupo experimental y grupo control en SF-12, PERFORM, triple EVA de astenia y Lawton y Brody. No diferencias estadísticamente significativas entre sexos y niveles de astenia. Relación directa entre edad, niveles de hemoglobina y número de líneas de tratamiento y niveles de astenia ($r=1$). **Conclusiones:** Queda comprobada la eficacia de la utilización de medidas de tipo no farmacológico para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional. A partir de la misma se continuará con la realización de la tesis doctoral enunciada con el mismo nombre

● ABSTRACT

Objetives: Check the efficiency of the de non phamacological intervention in tracking the referred fatigue of the oncological disease from the Occupational Therapy point of view. **Location:** Salamanca University Hospital. **Material and method:** Experimental study, randomized, estratified, prospective longitudinal through a paralel fixed designation layout with an experimental group and a control group, with a thirty patiente sample. Assessment: SF-12 questionnaire, PERFORM questionnaire, triple EVA fatigue, Lawton and Brody scale, also some variables are taken in consideration, such as sex, hemoglobin levels or the anatomopathological diagnosis. For the statistical analysis the SPSS data package is used, setting a correlation between the different variables in the different groups, with a significance level (confidence interval [IC]of 95%) $p < 0,05$. **Results:** Significant statistical diferences ($p < 0,05$) between the experimental group and de control group in SF-12, PERFORM, triple EVA fatigue and Lawton and Brody. No significative statistical diferences between sex and fatigue levels. Direct relation between age, hemoglobin levels and treatment lines number and fatigue levels ($r=1$). **Conclusions:** The efficiency of the non pharmacological intervention in tracking the referred fatigue of the oncological disease from the Occupational Therapy point of view is probed. From this point the effectuation of the tesis doctoral with the same name is continued.

● PALABRAS CLAVE

(DeCS): Actividad física. Astenia tumoral. Calidad de vida. Oncología. Terapia Ocupacional

● KEY WORDS

(MeHS): Cancer-related fatigue. Occupational Therapy. Oncology. Physical activity. Quality of life.

INTRODUCCIÓN

Según la 22ª edición del Diccionario de la Lengua Española define la astenia (del griego *asthenieia*) como "falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa" (1).

Un panel de expertos del National Comprehensive

Cancer Network (NCCN) ha definido recientemente la astenia tumoral como: "sensación frecuente, persistente y subjetiva de cansancio relacionada con el cáncer o el tratamiento de éste, que interfiere con un normal funcionamiento del paciente" (2).

La astenia incide de manera negativa en todos los aspectos del funcionamiento, como en el humor, funcionamiento físico, desempeño laboral, interacción social,



cuidado familiar (3), el desempeño cognitivo, trabajo escolar, actividades comunitarias y el sentido del yo (4).

En cuanto a su epidemiología se puede decir que la astenia es el síntoma más común asociado al cáncer y a su tratamiento. La prevalencia estimada varía entre el 60-90%, siendo considerada el síntoma más duradero y quebrantador para los pacientes con cáncer y teniendo el mayor impacto en los parámetros de calidad de vida (5).

Los factores involucrados en la patogénesis de la astenia tumoral pueden resumirse en:

A. FISIOLÓGICOS

1. Inherentes a la enfermedad neoplásica: disfunciones en el metabolismo energético, estrés crónico, disminución de sustratos metabólicos.
2. Tratamientos antineoplásicos: Quimioterapia, radioterapia, cirugía o modificadores de la respuesta biológica.
3. Enfermedades sistémicas concomitantes: Anemia, infecciones, enfermedades respiratorias, hepatopatías, desnutrición, entre otros.
4. Otros: trastornos del sueño, encamamiento y falta de ejercicio, dolor crónico o tratamiento con opioides.

B. PSICOSOCIALES

Trastornos de la ansiedad, trastornos depresivos. El paciente que refiere este tipo de sintomatología presentará, entre otros los siguientes síntomas:

1. Fatiga crónica significativa, disminución de la energía o aumento de la necesidad de echarse de proporción.
2. Concentración o atención disminuida.
3. Disminución de la motivación o del interés de participar en las actividades habituales
4. Alteración clínicamente significativa, o debilidad, o un deterioro en el funcionamiento social, profesional o de otras áreas importantes del comportamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la astenia en los pacientes con cáncer, debido a su etiología multifactorial, es muy complejo. Ante un paciente con niveles de astenia severa, los clínicos buscarán causas que puedan justificar el cuadro, como una progresión tumoral. Si el paciente está anémico, iniciarán tratamiento con

suplementos alimentarios, hierro, eritropoyetina o transfusiones de hematíes. Se recomendarán medidas de ejercicio físico, una dieta rica en proteínas y un adecuado reposo nocturno. Incluso se iniciará un tratamiento con corticoides o psicoestimulantes. Pero, ¿se evalúa de forma correcta la astenia?, ¿hay evidencia clínica para el uso de todas estas medidas?, ¿cuál de todas ellas será más eficaz?.

Hasta ahora los estudios realizados que nos pudieran resolver estos enigmas son insuficientes. Generalmente se hace una diferencia entre dos tipos de intervenciones, las terapias farmacológicas, y las terapias no farmacológicas (TNF). Estas últimas serán en su gran mayoría competencia directa de los profesionales provenientes de la disciplina de la Terapia Ocupacional.

A. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS:

Los fármacos más normalmente empleados son los corticoesteroides y los psicoestimulantes.

Los primeros han demostrado una disminución de la astenia, aunque su mecanismo de acción no es bien conocido. Sin embargo, el uso prolongado de éstos puede contribuir a la astenia por inducir miopatía, infección y otras complicaciones.

Los segundos se han utilizado para tratar la somnolencia inducida por los opioides, reducir la intensidad del dolor, tratar la depresión y mejorar la cognición. La ventaja de éstos es su acción rápida, pero sus desventajas serán efectos secundarios como la agitación, la ansiedad y el insomnio. Todos estos pueden favorecer secundariamente el aumento de los parámetros de astenia.

Además, merece especial atención el uso de eritropoyetina y transfusión de hematíes en caso de que la etiología de la astenia tenga un origen anémico.

B. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Hasta la fecha hay poca literatura publicada que aporte pruebas concretas y directas del papel de la Terapia Ocupacional en el manejo de la astenia en el cáncer. Sin embargo, los principios fundamentales subyacentes de la gestión de la astenia que se consideran, constituyen las mejores prácticas clínicas, y muchos de los enfoques que se han encontrado para ayudar en el manejo de los síntomas se hallan inmersos en el teórico marco del terapeuta ocupacional. Sería de gran importancia que los terapeutas ocupacionales realizaran y publicaran más investigaciones que demuestren la eficacia de sus intervenciones en este campo, ya que en la mayoría de los casos se dan por demostradas pero sin tener la evidencia empírica y objetiva de ello, lo que perjudica tanto a él como a los demás profesionales por su desconocimiento ante esta nueva forma de tratamiento.

Para el control o alivio de la astenia se pueden llevar a cabo tres tipos de intervenciones: específicas, sintomáticas y farmacológicas. El terapeuta ocupacional intervendrá desde el punto de vista de las medidas sintomáticas (6).

Éstas defienden que la astenia produce una disminución de la actividad y un encamamiento progresivo, que deriva a la pérdida de masa muscular y disminución del volumen cardíaco. Esto conduce a la disminución de la tolerancia para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Por lo que el principal papel llevado a cabo por el terapeuta ocupacional será reconducir al individuo a la **reeducción al esfuerzo**.

Cualquier estrategia recomendada para el manejo de la astenia debe tener en cuenta las variables tanto físicas, psicológicas, cognitivas y sociales derivadas de la misma, ya que la sintomatología que conlleva se expresa a través de todas estas variables.

Como resultado de todo ello, no existe un conjunto sencillo de estrategias que puedan adoptarse para promover la gestión de la astenia, y son los profesionales sociosanitarios los que deben trabajar en colaboración con sus pacientes para identificar un amplio paquete de medidas que sean las más apropiadas para el mismo, ya que cada persona es diferente y necesitará un tipo de intervención siempre individualizada (7,8).

Estas estrategias pueden estar dirigidas a reducir la extensión y severidad de la astenia, minimizando el impacto de la misma sobre la vida diaria de los pacientes, previniendo y/o aliviando su sufrimiento (9). Las principales terapias no farmacológicas empleadas en el tratamiento de la astenia tumoral quedan resumidas a continuación (10-12):

1. Movilización progresiva del paciente. Ejercicios: En numerosos estudios se ha demostrado el efecto beneficioso del ejercicio físico en la mejora de la sintomatología de la astenia tumoral. En este caso el ejercicio físico se ha traducido en términos de movilización progresiva en esfuerzo físico del paciente, comenzando con simples paseos de una duración aproximada de 5-10 minutos, evolucionando a pruebas más complejas tales como subir varios pisos por una escalera (13).

2. Educación individualizada. Técnicas de ahorro de energía: La creencia errónea de los pacientes que refieren este tipo de sintomatología expresa una mejoría de esta astenia con el reposo. Los estudios avalan que esta afirmación es errónea e incluso en algunos casos lleva al paciente a una inactividad total que puede conllevar unos aumentos de la sintomatología, así como una disminución en su funcionalidad y autonomía, restándole a la persona capacidad de realización de sus AVD. Mediante la disciplina de la Terapia Ocupacional adiestraremos al paciente en una serie de **técnicas de ahorro de energía (TAE)**, mediante las cuales modificará sus patrones de conducta, traduciendo éstos en un aumento de autonomía, y, consecuentemente, de calidad de vida.

Las TAE son (14,15):

- Difusión de las actividades mediante el uso de agendas o diarios.
- Organización de actividades que requieren más esfuerzo en momentos donde los niveles de energía



sean más alto. Para ello se deberá, en primer lugar, tener una entrevista con el paciente para conocer en qué momento la astenia es mayor o menor, para adecuar las actividades.

- Priorizar las actividades en función de necesidades o gustos personales, con el fin de evitar que hacer aquellas más prescindibles.
- Garantizar períodos de descanso de forma regular durante las actividades con el fin de equilibrar los períodos de actividad-descanso.
- Tener en cuenta la colocación de los objetos en las actividades, evitando flexiones innecesarias o su colocación lejana que conlleva desplazamiento.
- Modificar la realización de las actividades (por ejemplo, mediante el uso de equipos de adaptación o simplificación de tareas).

3. Técnicas de relajación: En este caso la empleada será la técnica de respiración diafragmática, la cual el paciente realizará 3 o 4 veces al día (16). Ya que sintomatología secundaria en estos pacientes, como es el caso de la ansiedad, puede influir negativamente en los valores de astenia.

4. Reestructuración de los períodos de descanso: Se le facilitará al paciente una hoja de seguimiento, en la cual deberá anotar el tiempo que permanece dormido, encamado, sentado o paseando, con el objetivo de conocer su nivel de actividad diaria, modificando aquellos parámetros que le perjudiquen por un descanso excesivo o unos niveles de actividad inferiores a los adecuados.

5. Valorar la necesidad de producto de apoyo que facilite la movilización del paciente.

OBJETIVOS

El **objetivo principal** del estudio es **comprobar la eficacia de la utilización de medidas de tipo no farmacológico para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional**.

Los **objetivos secundarios** son:

- Favorecer la realización de las actividades de la vida diaria en los pacientes, con la consecuente mejora funcional de los mismos.

- Mejorar los parámetros de calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes.
- Disminuir los niveles de astenia en los pacientes.
- Correlacionar los niveles de hemoglobina presentes en el paciente con los niveles de astenia.
- Correlacionar el número de líneas de tratamiento empleadas en el paciente con los niveles de astenia expresados.
- Describir las características sociales de los pacientes oncológicos y sus cuidadores.

MATERIAL y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio experimental, aleatorizado, abierto, estratificado, prospectivo longitudinal mediante un esquema paralelo de asignación fija con grupo experimental y grupo control.

EMPLAZAMIENTO

Unidad de Oncología y de Medicina interna del Hospital Universitario de Salamanca.



PROCEDIMIENTO

El estudio se realiza durante los meses de Julio y Octubre del año 2011 en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, en la Unidad de Oncología.

Previa autorización por parte del paciente tras consentimiento informado leído, comprendido y firmado se procederá a la randomización.

Esta se llevará a cabo gracias a la elaboración de una tabla de números aleatorios, en la cual, aquellos individuos que se correlacionen con un número impar serán asignados a la condición de control, mientras que por el contrario, aquellos con número par se corresponderán con el grupo experimental.

En el primero, el control, se procederá a la realización de una evaluación exhaustiva en el momento de ingreso y

al momento de alta, la cual constará del análisis de los niveles de astenia tumoral, mediante el cuestionario PERFORM y la escala triple EVA; los parámetros de calidad de vida relacionada con la salud CVRS, se medirán gracias al cuestionario SF-12; el nivel de AVD, medido con la escala Lawton y Brody, además de valorar una serie de variables intervinientes recogidas en una base de datos.

En el segundo, el experimental, además de realizar la misma valoración en el momento de ingreso y al alta que en el grupo control, se llevará a cabo con cada individuo una sesión individualizada diaria de una duración aproximada de 30 minutos en la cual se utilizarán las medidas no farmacológicas descritas anteriormente para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica.

- Movilización progresiva del paciente: Ejercicio físico.
- Técnicas de relajación.
- Educación individualizada: Técnicas de ahorro de energía (TAE).
- Reestructuración de los períodos de descanso.
- Valorar la necesidad de producto de apoyo que facilite la movilización del paciente.

Para el análisis estadístico se realizó una comparación de medias, mediante la prueba "t de student" de las puntuaciones obtenidas en ambos grupos, tanto en parámetros de astenia tumoral, como CVRS o AVD.

Finalmente se realizó la prueba de correlación de Pearson para el análisis de correlación lineal simple entre la edad, el número de líneas de tratamiento y los niveles de hemoglobina con respecto a los parámetros de astenia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes del Grupo Experimental y Grupo Control.
- Tener entre los motivos de ingreso un diagnóstico anatomopatológico de enfermedad oncológica.
 - El diagnóstico de enfermedad oncológica deberá ser de patología mamaria, pulmonar o del aparato digestivo.
 - Estar ingresados en el Hospital Universitario de Salamanca.
 - Firmar un consentimiento informado en el que autorizan su participación voluntaria en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes del Grupo Experimental y Grupo Control.

- Presentar un diagnóstico de metástasis óseas.
- No disponer de un adecuado estado cognitivo para comprender y llevar a cabo las órdenes que se le faciliten.
- Presentar niveles de astenia superiores a 45 en escala PERFORM o superiores a 7 en EVA.
- Llevar a cabo un número de sesiones inferior a 5.
- Presentar unos niveles de hemoglobina inferiores a 10g/dl.
- Presentar neutropenia febril.

MUESTRA DE PACIENTES

El estudio se llevó a cabo en un período de tiempo aproximado de tres meses en el cual se incluyeron un total de 30 individuos (n=30), 19 varones y 11 mujeres, 17 de los cuales pertenecerían al grupo control (11 hombres y 6 mujeres), siendo los restantes, 13 individuos incluidos en el grupo experimental (8 hombres y 5 mujeres).

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

A. Variable independiente:

Intervención desde un punto de vista rehabilitador de Terapia Ocupacional el paciente oncológico, mediante la utilización de terapias de tipo no farmacológico para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica.

B. Variable dependiente:

- Niveles de astenia tumoral.
- Calidad de vida relacionada con la salud.
- Actividades de la vida diaria.

C. Variables intervinientes:

Edad, sexo, diagnóstico, nivel cultural, cuidador principal, línea de tratamiento y niveles de hemoglobina.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN y RECOGIDA DE RESULTADOS

Para evaluar las diferentes variables dependientes en ambos grupos hemos utilizado las siguientes hojas de registro, escalas y cuestionarios.

- Niveles de astenia tumoral: cuestionario PERFORM (percepciones de la fatiga en pacientes oncológicos, su realidad y medición), escala triple EVA de astenia.
- Calidad de vida relacionada con la salud: cuestionario SF-12.
- Actividades de la vida diaria (AVD): escala de Lawton y Brody.
- Variables intervinientes: se ha utilizado una hoja de registro para cada paciente, en la cual se anotaran todos los datos referentes a los parámetros referidos.

RESULTADOS y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete de datos SPSS, estableciéndose la correlación entre las diferentes variables en los diferentes grupos, con un nivel de significación (intervalo de confianza [IC] del 95%) $p < 0,05$. Para su descripción los hemos dividido en cuatro bloques: totales, grupo control, grupo experimental, análisis estadístico.

TOTALES

Características sociales: La edad media de la muestra fue de 66,07 años. El nivel cultural se dividió en tres grupos: estudios primarios, 16 individuos; estudios secundarios, 14 individuos; estudios superiores, ningún individuo. Para el cuidador principal de las personas del

estudio se establecieron tres supuestos: familiar de primer grado, 28 individuos; familiar de segundo grado, 2 individuos; otros (entre los que se incluyen, por ejemplo, cuidadores contratados), ningún individuo.

Características anatómo-patológicas: del total de individuos (n=30), 16 presentaban patología neoplásica pulmonar y 14 presentaban patología neoplásica relacionada con el aparato digestivo. En cuanto a los niveles de hemoglobina, la media fue de 11,3g/dl, considerándose como anemia leve. Por último destacar que la línea media de tratamiento quimioterápico era de 1,83, es decir los pacientes habían recibido ± 2 líneas de tratamiento.

GRUPO CONTROL

Características sociales: la edad media de la muestra fue de 68,0 años. El nivel cultural se dividió en tres grupos: estudios primarios, 9 individuos; estudios secundarios, 8 individuos; estudios superiores, ningún individuo. Para el cuidador principal de las personas del estudio se establecieron tres supuestos: familiar de primer grado, 15 individuos; familiar de segundo grado, 2 individuos; otros (entre los que se incluyen, por ejemplo, cuidadores contratados), ningún individuo.

Características anatómo-patológicas: del total de individuos (n=17), 7 presentaban patología neoplásica pulmonar y 10 presentaban patología neoplásica relacionada con el aparato digestivo. En cuanto a los niveles de hemoglobina, la media fue de 11,37g/dl, considerándose como anemia leve. Por último destacar que la línea media de tratamiento quimioterápico era de 1,71, es decir, los pacientes habían recibido ± 2 líneas de tratamiento.

GRUPO EXPERIMENTAL

Características sociales: la edad media de la muestra fue de 63,54 años. El nivel cultural se dividió en tres grupos: estudios primarios, 7 individuos; estudios secundarios, 6 individuos; estudios superiores, ningún individuo. Para el cuidador principal de las personas del estudio se establecieron tres supuestos: familiar de primer grado, 13 individuos; familiar de segundo grado, ningún individuo; otros (entre los que se incluyen, por ejemplo, cuidadores contratados), ningún individuo.

Características anatómo-patológicas: del total de individuos (n=13), 9 presentaban patología neoplásica pulmonar y 4 presentaban patología neoplásica relacionada con el aparato digestivo. En cuanto a los niveles de hemoglobina, la media fue de 11,20g/dl, considerándose como anemia leve. Por último destacar que la línea media de tratamiento quimioterápico era de 2.

PUNTUACIONES MEDIAS DEL CUESTIONARIO PERFORM

	G.C.		G.E.		Total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Limitaciones físicas	8,35	9,06	7,38	12,46	7,93	10,53
Actividades habituales	5,29	5,76	6,54	7,31	5,83	6,43
Actitudes y creencias	7,24	7,71	6,38	9,54	6,87	8,50
Puntuación global	20,94	22,59	20,69	31,54	20,83	26,47

PUNTUACIONES MEDIAS DE LA ESCALA LAWTON y BRODY

	G.C.		G.E.		Total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
AIVD	4,47	4,53	4,00	4,77	4,27	4,63

PUNT.MED. DE LA ESCALA TRIPLE EVA DE ASTENIA TUMORAL

	G.C.		G.E.		Total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Niveles de energía	3,47	3,94	3,31	6,62	3,40	5,10
Realización AVD	4,00	4,18	3,54	5,46	3,80	4,73
Calidad de vida	3,88	4,41	3,46	5,77	3,70	5,00

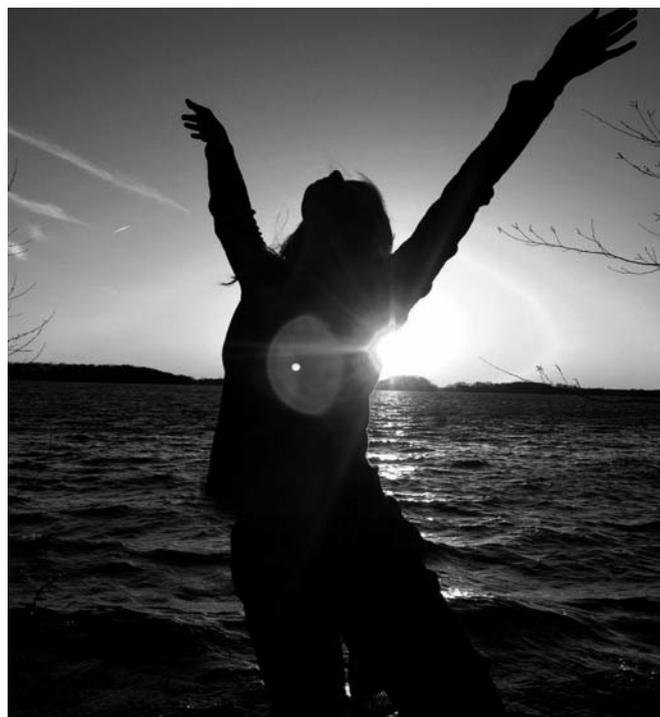
TABLA DE PUNTS. MEDS. CUESTIONARIO SF-12 DE CVRS

	G.C.		G.E.		Total	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Funcionam. Físico	16,18	20,59	13,46	65,38	17,50	40,00
Rol físico	8,82	14,71	11,54	42,31	13,33	26,67
Dolor corp.	51,47	63,24	59,62	78,85	61,67	70,00
Salud en general	13,24	13,24	20,00	44,62	16,17	26,83
Vitalidad	20,59	25,00	21,15	44,23	23,33	33,33
Funcionam. social	60,29	60,29	55,77	57,69	58,33	59,17
Rol emocional	47,06	50,00	19,23	50,00	36,67	50,00
Salud mental	45,59	47,06	37,50	59,62	42,92	52,50
Puntuac. comp. físico	30,37	32,67	35,00	45,79	33,68	38,36
Punt. comp. mental	41,67	41,96	34,21	41,15	38,60	41,61

ANÁLISIS ESTADÍSTICO**SF-12**

Tras haber realizados la prueba "t de student" para comparación de medias, observamos diferencias estadísticamente significativas, es decir, diferencias no debidas al azar, sino condicionadas por la intervención desarrollada desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional, entre los grupos control y experimental en las puntuaciones siguientes:

- Puntuación del componente físico: $p=0,004$ [IC95:-21,465;-5,280]
 - Funcionamiento físico: $p=0,004$ [IC95:-68,023;-16,592]
 - Rol físico: $p=0,014$ [IC95:-53,973;-7,566]
 - Salud en general: $p=0,001$ [IC95:-46,066;-16,241]
 - Vitalidad: $p=0,014$ [IC95:-37,291;-5,016]
- Mientras que por el contrario, el análisis muestra una diferencia entre las puntuaciones siguientes, sin que esta llegue a ser estadísticamente significativa.
- Puntuación del componente mental: $p=0,974$ [IC95:-9,128;8,916]
 - Dolor corporal: $p=0,165$ [IC95:-47,597;9,136]
 - Funcionamiento social: $p=0,874$ [IC95:-27,695;23,849]
 - Salud mental: $p=0,068$ [IC95:-30,101;1,255]

**CUESTIONARIO PERFORM**

Al igual que en el anterior, y tras haber efectuado la prueba "t de student", los resultados muestran una diferencia significativa entre las siguientes puntuaciones:

- Global: $p=0,013$ [IC95:-17,761;-2,547]
- Limitaciones físicas: $p=0,009$ [IC95:-6,547;-1,145]

• Actividades habituales: $p=0,04$ [IC95:-4,920;-1,382] Mientras que por el contrario, en la puntuación de actitudes y creencias, relacionada con la sintomatología de astenia tumoral, muestra una $p=0,104$ [IC95:-5,168;0,552] ($p>0,05$), por lo que las diferencias no son estadísticamente significativas.

ESCAIA A TRIPI E EVA dE ASTEnIA TuMORAI

Los resultados muestran una diferencia estadísticamente significativa tanto en los niveles de energía ($p=0,001$) [IC95:-4,473;-1,373] como en los parámetros de calidad de vida ($p=0,035$) [IC95:-2,804;-0,119]; mientras que las puntuaciones referidas a AVD muestran una $p=0,128$ [IC95:-2,870;0,409].

ESCALA DE LAWTON y BRODY DE AIVD

Tras el análisis se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo experimental y el grupo control, $p=0,011$ [IC95:-1,329;-0,209] ($p<0,05$).

Además, en cuanto a la distribución por sexos, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos, en cuanto a mayor o menor índice de astenia tumoral en los pacientes en el momento inicial de valoración, $p=0,863$ ($p>0,05$).

CORRELACIONES BIVARIADAS:

En cuanto a la distribución por edades, así como al número de líneas de tratamiento o los niveles de hemoglobina, se encuentra una correlación positiva perfecta, también denominada relación directa ($r=1$), en cualquiera de las tres variables con respecto a los niveles de astenia tumoral de los individuos, es decir, se considera que a mayor edad, mayor número de líneas de tratamiento y menores niveles de hemoglobina, los parámetros de astenia aumentan (intervalo de confianza [IC] del 95%, $p<0,05$).

DISCUSIÓN

El proyecto realizado intenta valorar la necesidad de intervención desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional en los pacientes oncológicos. Para ello se basa en el análisis de las diferentes intervenciones que el terapeuta ocupacional como profesional sanitario abordaría.

Los resultados muestran que la mejoría es patente en todos los individuos, tanto en niveles de astenia tumoral como en CVRS o AVD.

La mejoría más importante se encuentra a nivel físico, los individuos muestran una reducción importante de sus niveles de astenia, mientras que a nivel de "actitudes y creencias" siguen valorando la astenia como un síntoma quebrantador y dañino para su salud, como así demuestran estudios de Raber, M. (17).

Sin embargo existe una gran mejoría en cuanto al nivel de actividad del paciente, el tratamiento desde la



perspectiva de la Terapia Ocupacional mejora significativamente los niveles de autonomía del paciente, mejorando su funcionalidad y su capacidad para desenvolverse en su vida diaria.

En cuanto a su calidad de vida, se observan grandes mejorías en esta a nivel físico, no tanto a nivel mental. Además los individuos muestran aumentos en su vitalidad y en su salud en general. El impacto de la astenia en la calidad de vida es elevado, estudios de Cella, Curt o Groopman, entre otros, ponen de manifiesto el gran impacto negativo en la vida diaria de los pacientes con cáncer (18,19). Esta calidad de vida, por tanto, será susceptible de mejora gracias a este tipo de intervenciones no farmacológicas. A pesar de los beneficios que otorgan, expresados por autores como Cooper (20), Dimeo (21), Mock (22), Barsevick (23) o Cella (24) el llevar a cabo medidas de este tipo no se encuentra entre las prioritarias medidas utilizadas, en su lugar se utilizan medidas de tipo farmacológico para el control de este síntoma.

El estudio además muestra otras dos afirmaciones más. La primera presenta un aumento de los niveles de astenia conforme disminuyen los niveles de hemoglobina, multitud de estudios lo confirman. Y la segunda presenta un aumento también de estos valores de astenia conforme aumenta el número de líneas de tratamiento empleadas en los individuos. A partir de todas estas consideraciones se puede decir que el terapeuta ocupacional será necesario en el tratamiento de estos pacientes oncológicos que presenten este tipo de sintomatología. Procediendo a continuación a elaborar las conclusiones del estudio.

CONCLUSIONES

1. La disciplina de la Terapia Ocupacional mejora los parámetros de calidad de vida en los pacientes.
2. La disciplina de la Terapia Ocupacional favorece la realización de las actividades de la vida diaria en los pacientes oncológicos.
3. La disciplina de la Terapia Ocupacional disminuye los niveles de astenia en los pacientes.

4. Los niveles de astenia tumoral aumentan con menores niveles de hemoglobina.

5. Los niveles de astenia tumoral aumentan conforme lo hacen el número de líneas de tratamiento o disminuyen los niveles de hemoglobina.

CONCLUSIÓN GENERAL

Queda comprobada la eficacia de la utilización de medidas de tipo no farmacológico para el control de la astenia referida por la enfermedad oncológica desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

A partir de estas consideraciones se procederá a la realización de la tesis doctoral enunciada con el mismo nombre, adscrita al Departamento de Medicina de la Universidad de Salamanca. La misma comenzó a desarrollarse en Octubre del año 2011, continuando en la actualidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González Barón M, Camps C, Carulla J, Cruz J, Lorenzo A, Montalar J, urillo E, Ordóñez A, Tres A. Estudio de la astenia tumoral: constitución del grupo ASTHENOS (Originales). *Rev Clin Esp.* 2002; 202(10): 525-8.
- Mock V, Atkinson A, Barsevick A, et al. NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. National Comprehensive Cancer Network. *Oncology.* 2000; 14: 151-61.
- Wagner L, Cella D. Fatigue and cancer: Causes, prevalence and treatment approaches. *British journal of Cancer.* 2004; 91(5): 822-8.
- Ahlberg K, Ekman T, Wallgreen A, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *The Lancet.* 2003; 362(9384): 640-66.
- Passik SD, Kirsh KL. A pilot examination of the impact of cancer patients' fatigue on their spousal caregivers. *Palliat Support Care.* 2005; 3(4): 273-9. [PUBMED Abstract]
- Sánchez F, del Barco E. Cuidados continuos en Oncología (IV): control de síntomas más prevalentes: emesis y otras complicaciones digestivas, astenia, caquexia, otros síntomas. Cuidados en el final de la vida. El duelo. En: Cruz J, Rodríguez C, del Barco E. *Oncología Clínica.* 4ª Ed. Madrid. Ed. Nova Sidonia; 2008; 17: 299-302
- Ream E, Richardson A, Alexander-Dann C. Facilitating patients' coping with fatigue during chemotherapy – pilot outcomes. *Cancer nursing.* 2002; 25(4): 300-8.
- Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Editorial médica Panamericana.* Madrid. 2007; 15: 165-74.
- Ream E, Browne N, Glaus A, Knipping C, Frei I. Quality and efficacy of educational materials on cancer-related fatigue: Views of patients from two European Countries. *European Journal of Oncology Nursing.* 2003; 7(2): 99-109.
- Russell K, Loretta M. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *The oncologist.* 1999; 4: 1-10.
- Barón M, Ordóñez A. *La astenia tumoral.* 1ª Ed. Madrid. Ed. Médica Panamericana; 2004.
- Lowrie D. Occupational Therapy and Cancer-related fatigue. En: Cooper, J. *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care.* 2º Ed. Editorial Wiley 2007; 6; 61-72.
- Dimeo C, Thomas F, Raabe-Menssen C, Propper F, Mathias M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer.* 2004; 12(11): 774-9.
- Lowrie D. Occupational Therapy and Cancer-related fatigue. En: Cooper, J. *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care.* 2º Ed. Editorial Wiley 2007; 6; 74-75.
- Barsevick A. Energy conservation and cancer-related fatigue. *Rehabilitation Oncology.* 2000; 20(3): 14-18.
- Watson T, Mock V. Exercise and cancer-related fatigue: A review of the literature. *Rehabilitation Oncology.* 2003; 21(1): 23-32.
- Raber M. A patient's perspective on cancer-related fatigue. "Cancer related fatigue. New directions for research". *Cancer.* 2007; 92: 1662-4.
- Curt A, Breitbart W, Cella D, Groopman J, Horning S, Itri L, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. *Oncologist.* 2000; 5: 353-60.
- Magraner J, Ferriols R, Almiñana L. Calidad de Vida en oncología clínica. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario de Valencia. *Farm Hosp.* 2005; 19: 315-22.
- Lowrie D. Occupational Therapy and Cancer-related fatigue. En: Cooper, J. *Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care.* 2º Ed. Editorial Wiley 2007; 6; 73-74.
- Dimeo F, Thomas F, Raabe-Menssen C, Propper F, Mathias M. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer.* 2004; 12(11): 774-9.
- Mock V, Atkinson A, Barsevick A, Cella D, Cleeland C, et al. for the National Comprehensive Cancer Network Cancer-related fatigue Panel (2004). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-related Fatigue, Version 1. National Comprehensive Cancer Network © NCCN 2004. <http://www.nccn.org> (Acceded 7.8.04).
- Barsevick A. Energy conservation and cancer-related fatigue. *Rehabilitation Oncology.* 2000; 20(3): 14-18.
- Cella D, Peterman A, Passik S. Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology (Huntingt).* 1998; 12 (11A): 369-77. [PUBMED Abstract].

TERAPIA RESTRICTIVA DE MOVIMIENTO EN PERSONAS CON DISFUNCIÓN CRÓNICA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DESPUES DE UN ICTUS: ESTUDIO DESCRIPTIVO

CONSTRAINT-INDUCED THERAPY IN PEOPLE WITH CHRONIC DYSFUNCTION IN UPPER EXTREMITY AFTER STROKE: DESCRIPTIVE STUDY

Artículo original

Gloria Cardenal Félix. Terapeuta Ocupacional del Servicio de Rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca, Mallorca.

Contacto: gloria.cardenal@hcin.es

Teléf: 971888527. Ext: 2412

Fecha de recepción:

21-11-2012

Fecha de aceptación:

20-1-2013

● RESUMEN

El objetivo de este estudio es examinar los resultados del uso de la terapia restrictiva de movimiento como técnica a añadir a los tratamientos convencionales de Terapia Ocupacional. El estudio fue realizado con 8 sujetos afectados de Ictus con más de 6 meses de evolución. Se les valoró utilizando la escala Quick DASH para recoger datos de la funcionalidad de la extremidad superior afectada, y la escala Catherine Bergego para valorar la heminegligencia que presentaban. La valoración se realizó antes y después de realizar el tratamiento utilizando la Terapia Restrictiva de Movimiento. Los resultados obtenidos fueron de una media de mejoría según la escala Quick DASH de una media de 14.25, demostrando que esta técnica es efectiva en el tratamiento de Ictus crónicos. Es necesario realizar más estudios en Terapia Ocupacional utilizando la Terapia Restrictiva de Movimiento e ir incorporando esta técnica en la práctica clínica.

● PALABRAS CLAVES

(DeCS): Accidente cerebrovascular. Actividades cotidianas. Destreza motora. Inmovilización. Recuperación de la función.

● ABSTRACT

The objective of this study is to examine the results of the use of Constraint-induced Therapy as a possible technique added to conventional treatments of Occupational Therapy. The study was conducted in 8 stroke affected subjects with more than 6 months of evolution. They were assessed using the scale Quick DASH to collect data of the functionality of the upper extremity affected, and the Catherine Bergego scale to assess hemineglect. The assessment was carried out before and after the treatment using the Constraint-induced Therapy. The results were an average of improvement according to the scale Quick DASH from an average of 14.25, demonstrating that this technique is effective in the treatment of chronic stroke. It is necessary to perform further studies in Occupational Therapy using the Constraint-induced Therapy and incorporate this technique in our practice clinic.

● KEY WORDS

(MeHS): Daily living activities. Immobilization. Motor skills. Recovery of function. Stroke.

INTRODUCCIÓN

El Ictus es la enfermedad neurológica más común y con un elevado riesgo de mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la incidencia promedio mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes (1).

Un Ictus causa daño en el cerebro y puede dejar como secuelas hemiparesia. Al menos parte de la recuperación de esta pérdida de función ocurre espontáneamente los días siguientes al Ictus (2). La recuperación motora puede ir aumentando además de la espontánea ayudada por ciertas terapias (3).

Después del Ictus, en el, aproximadamente, 30-60 % de los afectados hay una persistencia de afectación en el miembro superior que le impide el uso del brazo en una actividad de la vida diaria normal (4), y tienen pobre función del brazo afectado 6 meses después del Ictus, por lo que comienzan a utilizar el brazo no afectado para ejecutar estas actividades. Este comportamiento puede dar lugar a un fenómeno de "aprendizaje por desuso", uno de los mecanismos que han sido propuestos para explicar la reducción del uso del miembro superior después de un Ictus y que impide la recuperación del movimiento y función del brazo afectado. La terapia constrictiva de movimiento y sus variantes, esta siendo indicada en esos casos, lo que significa que

facilita la recuperación motora en pacientes después de un Ictus. Numerosos estudios han demostrado los efectos de la Terapia Restrictiva de Movimiento para mejorar la habilidad motora y la funcionalidad a través del uso del brazo afectado en Ictus (2, 3,10).

TERAPIA RESTRICTIVA DEL MOVIMIENTO

Una nueva técnica que ha sido descrita en la literatura es la Terapia Restrictiva del Movimiento (TRM) (5, 3), esta terapia es una técnica para neurorehabilitación que tiene como objetivo mejorar la función motora e incrementa el uso del miembro superior hemiparético en actividades cotidianas (5). La TRM aporta potencial aplicación al tratamiento de la hemiparesia. La terapia deriva de investigación animal. Taub (6) demostró que a través de un estudio de la desaferenciación somatosensorial en monos y la desaferenciación unilateralidad de la extremidad superior tiene un virtual desuso de la extremidad en el lado desaferenciado, durante la fase inicial de shock. Después de la desaferenciación el animal pierde considerable función motora. Cuando la función motora vuelve, el animal realmente ha aprendido a no usar la extremidad debido a los intentos fallidos de uso durante la fase de shock. Taub determina que el resultado persistente de un uso pobre de la extremidad hace que no se use esa extremidad. Taub utiliza varios programas de entrenamiento en monos para subsanar este no uso aprendido. Muchos de estos programas incluyen varias técnicas (incremento de la dificultad de las actividades) para la desaferenciación de la extremidad, la restricción de la extremidad no afectada, o ambos. Los resultados obtenidos con ambas técnicas son prometedores, Taub hipotetiza que estas técnicas tienen potenciales aplicaciones en la rehabilitación de varios grupos diagnosticados, incluyendo las personas que han padecido Ictus.

Esta terapia ha sido bien definida y tiene tres elementos importantes:

- Los pacientes afectados de Ictus que participan en la terapia manifiestan el no uso del miembro superior o poca funcionalidad de esta extremidad.
- La TRM incluye tareas orientadas al uso del miembro superior durante horas (normalmente 6 horas al día) cada día de la semana.
- La terapia incluye restringir el uso de la extremidad contralateral a través de una férula, venda u otro artificio durante el tiempo de la terapia. Estos criterios sólo están presentes en los ligeramente afectados de Ictus.

Numerosos estudios han probado la eficacia de la TRM en pacientes con Ictus crónico. (5, 7-11).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Un total de 8 sujetos afectados de Ictus de más de 6 meses de evolución, con una media de edad de 59.12

fueron recabados para el estudio, 4 ellos fueron mujeres y 4 hombres, los sujetos fueron derivados tras una valoración y unos criterios de inclusión llevados a cabo por las médicas rehabilitadoras del Servicio de Rehabilitación del Hospital Comarcal de Inca, Mallorca.

Los tipos de Ictus fueron tanto isquémicos como hemorrágicos. Como criterios de inclusión se determinó los siguientes parámetros:

- Más de 6 meses de evolución.
- Sin deterioro cognitivo (que le permita entender y aceptar en que consiste el tratamiento).
- Tener al menos 10 grados de extensión de muñeca, 10 grados de abducción y extensión de pulgar y 10 grados de extensión en al menos dos dedos y un rango de flexo-extensión de muñeca de más de 15 grados.
- La capacidad de realizar la pinza tridigital (aunque no sea funcional).
- Marcha independiente con o sin ayudas técnicas.

Como criterios de exclusión se determinaron que si no cumplían uno de los requisitos de inclusión ya era excluyente al estudio.

El tipo de tratamiento y los beneficios de participación fueron explicados a los participantes individualmente, que firman el consentimiento informado y que aceptan participar en este estudio.

INTERVENCIÓN

El tratamiento fue administrado intensivamente durante una 1 hora al día durante 5 semanas consecutivas por una terapeuta ocupacional.

En el primer día de tratamiento, la primera sesión es utilizada en introducir la dinámica de tratamiento y la orientación de las actividades. También es en esta primera sesión cuando se confecciona la férula de la extremidad superior afectada. El tipo de férula confeccionada es una férula palmar de reposo para espasticidad, intentando en todos los sujetos de estudios reutilizar las férulas que se han ido confeccionando para utilizar en el siguiente paciente del estudio.

El esquema de trabajo se individualizó en tareas seleccionadas, tareas graduadas en dificultad, feedback verbal, asistencia física en movimientos y modelaje. Las tareas estructuradas son desarrolladas para una ejecución individual. En los días siguientes los participantes han dedicado su tiempo en ejecutar el tratamiento con el miembro superior no afectado restringido.

El tratamiento de Terapia Restrictiva de Movimiento incluye entrenamiento intensivo en el brazo afectado basado en tareas orientadas que enfatizan prácticas de tareas que incluyen, alcanzar un objeto a la altura de los ojos, manejar utensilios necesarios para comer, escribir, coger monedas, tender la ropa... y otros movimientos funcionales similares a aquellos de la vida diaria. Las tareas requieren repetición y ejecución diaria. Las actividades que componen el tratamiento se diseñaron para promover la función y acti-

var el rango de movimiento, fueron rutinarias, propositivas, y significativas, aunque los participantes no eligieron las ocupaciones. Para disuadir del uso del brazo no afectado fuera de las sesiones de terapia los participantes son aconsejados de usar la restricción al menos una hora en su casa durante las 5 semanas que dura el estudio.

Al mismo tiempo los participantes son animados a realizar estas actividades en su casa y ser lo más neutral posible en el no uso del brazo no afectado.

MEDIDAS DE EVALUACIÓN

La escala DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand): es el cuestionario de la extremidad superior más utilizado en la actualidad, está validado al castellano y permite una valoración global de toda la extremidad. Consta de 30 preguntas a las que se pueden añadir otras para hacer que el cuestionario sea más específico para determinados grupos como deportistas o trabajadores. El cálculo final del resultado otorga una puntuación entre 0 y 100, siendo mayor la discapacidad a mayor puntuación obtenida, y considerando que los cambios en la valoración del DASH son significativos cuando la puntuación varía en más de 10 puntos. Recientemente ha aparecido un cuestionario corto conocido como Quick DASH, cuyos valores se correlacionan con los del DASH. Este cuestionario tiene la ventaja de su facilidad de administración ya que sólo está formado por 11 preguntas, si bien se recomienda la versión extendida del cuestionario cuando sea posible (12). La DASH es una escala semiestructurada basada en actividades funcionales del miembro superior.

La escala Catherine Bergego (CB) es la más sensible y la más adaptada para pacientes que se encuentran en una unidad de rehabilitación. Catherine Bergego Scala (CBS) es una lista de comprobación para terapeutas diseñado para evaluar la presencia y gravedad de la heminegligencia en una gama de actividades diarias. La escala implica observar y evaluar la función del paciente, en lugar de utilizar situaciones de prueba. Los elementos de comprobación son: acicalado y afeitado de la parte izquierda de la cara, llevando la manga izquierda o zapatilla, comida en el lado izquierdo de la placa, el lado izquierdo de la boca después de comer, espontáneo de limpieza hacia la izquierda, mirada, orientación, "conocimiento" de la parte izquierda del cuerpo, atención auditiva a estímulos desde la izquierda, colisiones con objetos a la izquierda, orientación en lugares familiares y localizar elementos familiares a la izquierda. Esta escala tiene tres cuestionarios que tienen que ser observados por el propio paciente, un familiar o cuidador y el terapeuta ocupacional.

Para la implementación de este estudio fueron usados para evaluar la mejora motora la Quick DASH, se administró en todos los sujetos de estudio. Y la CB, que fue administrada por el terapeuta ocupacional, el paciente y el familiar o cuidador más cercano. Las escalas fueron realizadas y respondidas en la sala de Terapia Ocupacional.



RESULTADOS

Los resultados clínicos de los participantes son presentados en la tabla 1 y 2.

Después del tratamiento, los participantes mostraron una media de aumento en 14.25 puntos en la valoración con la Quick DASH. Aunque si observamos con detalle la tabla se puede comprobar que ha habido sujetos que los resultados han sido cualitativamente más altos que otros. Aun así, se puede observar que la mínima que de mejora que se observa en la escala fue de, 2 puntos en un sujeto, llegando a 34 puntos la mejoría máxima para otro de los sujetos.

Respecto a la tabla 2, la mejoría observable fue menor, no se observan significativos descenso en las secuelas del Ictus respecto a la heminegligencia. Es destacable la no apreciación de cambios o progresos por parte de los familiares en los sujetos antes y después del tratamiento.

Los resultados sugieren que hay una mejora funcional que produce la Terapia Restrictiva.

Los datos reflejados no son claramente determinantes para reflejar esta mejoría, aunque todos los pacientes manifestaron al finalizar el tratamiento que eran más conscientes del miembro superior afectado y que en casa estaban empezando a incluirlo en más actividades de la vida cotidiana. También manifestaban que durante el tiempo de tratamiento reconocieron que había tareas que habían entrenado durante las sesiones de tratamiento que podían hacer en casa, (ej.: tender la ropa, poner la mesa, hacer la cama, y uno de los sujetos conducir un tractor distancias cortas).

DISCUSIÓN

El presente estudio demuestra que la mejoría de la ejecución después del Ictus puede alcanzar mejoría a través de la Terapia Restrictiva de Movimiento.

Aunque estos resultados son prometedores, existen ciertas limitaciones de este estudio como es el número reducido de sujetos, y el tiempo de aplicación del tratamiento. Sería aconsejable incrementar el tiempo de aplicación de tratamiento y seguir administrando esta técnica en más sujetos.

También se debe tener en consideración la posibilidad de estudios de esta terapia con un grupo control.

Futuras investigaciones basadas en esta técnica de tratamiento son necesarias para verificar los resultados de este estudio, así como también la aplicación en la práctica clínica.

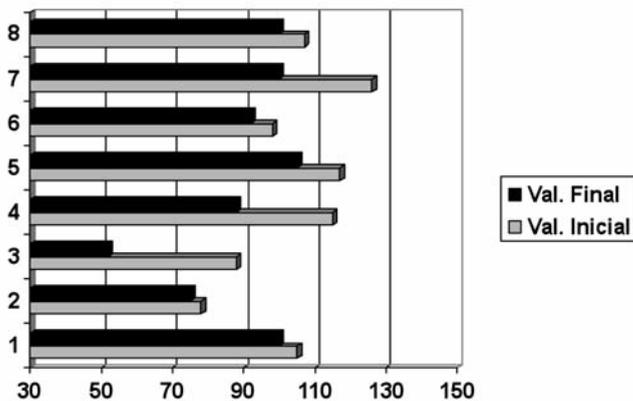


TABLA 1. RESULTADOS DEL QUICK DASH.

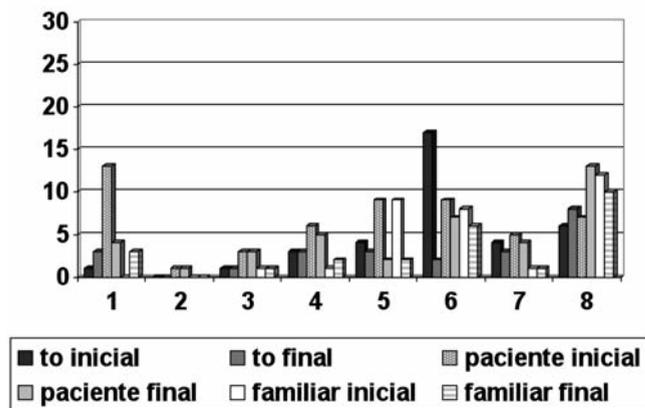


TABLA 2. RESULTADOS FINALES DE LA ESCALA CB.

CONCLUSIÓN

La Terapia Restrictiva del Movimiento parece ser eficiente para mejorar la funcionalidad de pacientes con Ictus crónico.

Sería concluyente para este estudio recoger los datos después de un tiempo de aplicación de esta técnica, para determinar si los efectos de la TRM son persistentes en el tiempo a largo plazo.

Uno de los efectos resultantes de este estudio y no recogido en él, fue la implicación de las familias a la

hora de apoyar el tratamiento en casa, resultando mayores beneficios en los sujetos a los cuales sus familiares animaron y ayudaron en casa a realizar estas actividades, y peores resultados de la valoración en los sujetos a los cuales sus familiares no apoyaban el tratamiento en el hogar.

Con la importancia que hoy en día se le está dando al tiempo de hospitalización y de rehabilitación en los diferentes centros del sistema sanitario español y el énfasis que se está dando en la recuperación de los pacientes para realizar tan pronto como sea posible las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria, utilizando estas técnicas al comienzo del tratamiento puede conducir a una disminución del tiempo de estancia hospitalaria.

La TRM es una técnica muy apropiada para llevar a cabo durante los tratamientos de Terapia Ocupacional, porque aborda principalmente la funcionalidad del miembro superior. La sala de Terapia Ocupacional es el contexto más adecuado para llevar a cabo esta técnica debido a la especificidad que tienen los terapeutas ocupacionales sobre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la funcionalidad en el miembro superior, por lo que es fácil de integrar en el tratamiento de Terapia Ocupacional y se puede incorporar incluso en un programa domiciliario.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a Edith Pérez Hernández e Ignasi Roca Bauzá, por su ayuda, a los pacientes participantes de este estudio, a mis compañeros de trabajo del Servicio de Rehabilitación, y al Hospital Comarcal de Inca por permitirme realizar este estudio.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bonita R. Epidemiology of Stroke. *Lancet*. 1992; 339: 342-44.
2. Duncan PW, Goldstein LB, Horner RD. Similar motor recovery of upper and lower extremities after stroke. *Stroke*. 1994; 25: 1181-1188.
3. Cramer SC. Repairing the human brain after stroke. II. Restorative therapies. *Ann Neurol*. 2008; 63: 549-560.
4. Kwakkel G, Kollen BJ, van der Grond J, Pero AJ. Probability of regaining dexterity in the flaccid upper limb: impact of severity of paresis and time since onset in acute stroke. *Stroke*. 2003; 34: 2181-2186.
5. Taub E, Miller N.E., Novack T.A., Cook E.W., Flemming W.C., Nopomuceno C.S., et al. Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1993; 74: 347-354.
6. Taub E., Somatosensory deafferentation research with monkeys: Implications for rehabilitation medicine. In: L.P. Ince Ed. *Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: clinical Applications*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1980. p.371-401.
7. Van der Lee JH, Wagenaar RC, Lankhorst GJ. Forced use of the upper extremity in chronic stroke patients: results from a single-blind randomized clinical trial. *Stroke*. 1999; 30: 2369-2375.
8. Dromerick AW, Edwards DF, Hahn M. Does the application of constraint-induced movement therapy during acute rehabilitation reduce arm impairment after ischemic stroke?. *Stroke*. 2000; 31: 2984-2988.
9. Miltner WH, Bauder H, Sommer M. Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic motor deficits after stroke: a replication. *Stroke*. 1999; 30:586-592.
10. Wolf SL, Winstein CJ, Miller JP, Taub E, Uswatte G, Morris D, et al. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 2006; 296: 2095-2104.
11. Cramer SC. Repairing the human brain after stroke. II. Restorative therapies. *Ann Neurol* 2008; 63: 549-560.
12. Azouvi P, Marchel F, Samuel C. Functional consequences and awareness of unilateral neglect: study of an evaluation scale. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1996; 6:133-150.
13. Taub E, Uswatte G, King DK, Morris D, Crago JE, Chatterjee MD. A placebo-controlled trial of constraint-induced movement therapy for upper extremity after stroke. *Stroke*. 2006; 37: 1045-1049.
14. Wittenberg GF, Schaechter JD. The neural basis of constraint-induced movement therapy. *Current Opinion in Neurology*. 2009; 22:582-588.
15. Gauthier Lynne MA, Taub E, Perkins BS, Ortamann M, Mark VW, Uswatte G. Remodeling the Brain: Plastic Structural Brain Changes produced by different motor therapies after stroke. *Stroke*. 2008; 39: 1520-1525.
16. Stoykov ME, Corcos DM. A review of bilateral training for upper extremity hemiparesis. *Occup Ther Int* . 2009; 16 (3-4): 190-203.
17. Freeman E. Unilateral spatial neglect: new treatment approaches with potential application to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2001; 55: 401-408.
18. Flinn NA, Smith JL, Tripp CJ, White MW. Effects of robotic-aided rehabilitation on recovery of upper extremity function in chronic stroke: a single case study. *Occup Ther Int*. 2009; 16 (3-4): 232-243.
19. Fachin P, Rosa-Rizzotto M, Turconi AC, Pagliano E, Fazzi E, Stortini M, et al. Multisite trial on efficacy of constraint-induced movement therapy in children with hemiplegia. Study design and Methodology. *Am J. Phys Med Rehabil*. 2009; 88: 216-230.
20. Levy CE, Guiffreda C, Richards L, Wu S, Davis S, Nadeau SE. Botulinum toxin a, evidence-based exercise therapy, and constraint-induced movement therapy for upper-limb hemiparesis attributable to stroke. *Am J. Phys Med Rehabil*. 2007; 86: 696-706.
21. Conti GE. Occupational therapy and neuromotor interventions. *Occup Ther Int*. 2009; 16 (3-4): 171-174.
22. Lin KC, Chung HY, Wu CY, Liu HL, Hsieh YW, Chen CL, et al. Constraint-induced therapy versus control intervention in patients with stroke: a functional magnetic resonance imaging study. *Am J. Phys Med Rehabil*. 2010; 89: 177-185.
23. Reistetter T, Abreu BC, Bear-Lehman J, Ottenbacher KJ. Unilateral and bilateral upper extremity weight-bearing effect on upper extremity impairment and functional performance after brain injury. *Occup Ther Int*. 2009; 16 (3-4): 218-231.
24. Conti GE, Schepens SL. Changes in hemiplegic grasp following distributed repetitive intervention: a case series. *Occup Ther Int*. 2009; 16 (3-4): 201-217.
25. Hayner K, Gibson G, Giles M. Research Scholars Initiative- Comparison of constraint-induced movement therapy and bilateral treatment of equal intensity in people with chronic upper-extremity dysfunction after cerebrovascular accident. *American Journal of Occupational Therapy*. 2010; 64: 528-539.
26. Pulvermüller F, Neininger B, Elbert T, Mohr B, Rockstroh B, Koebbel P, et al. Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*. 2001; 32: 1621-1626.
27. Gauthier LV, Taub E, Victor W, Mark MD, Christi Perkins BS, Uswatte G. Improvement after constraint-induced movement therapy is independent of infarct location in chronic stroke patients. *Stroke*. 2009; 40: 2468-2472.

EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO AFFOLTER EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

AFFOLTER METHOD APPLICATION EFFICIENCY IN ACQUIRED BRAIN INJURY

Artículo original

María del Campo Moreno Moreno. Terapeuta Ocupacional.

Fecha de recepción:
4-10-2012

Contacto: terapeutaocupacionalcampo@gmail.com

Fecha de aceptación:
25-1-2013

Teléf: 66190086.

● RESUMEN

El método Affolter se basa en proporcionar al paciente estímulos cinestésico-táctiles, esencial para la interacción con el entorno, a través de la conexión entre el movimiento y su efecto sobre los objetos se establece una relación causa-efecto, la cual, es parte íntegra de las actividades de la vida diaria. **Objetivos:** determinar si existe mejoría en el desempeño de las actividades de la vida diaria en personas que han sufrido un daño cerebral adquirido, tras recibir Terapia Ocupacional a través del método Affolter. **Metodología:** estudio prospectivo, pre-post, de cohortes. La muestra consta de 17 personas que han sufrido daño cerebral adquirido. Se realizan dos valoraciones de las actividades de la vida diaria a través del Índice de Barthel antes y después de la aplicación del método Affolter, en un periodo de 4 meses. **Resultados:** las puntuaciones han aumentado 10 puntos en la comparación de la primera (pre-tratamiento método Affolter) con la segunda evaluación (post-tratamiento método Affolter) ($p = 0,006$). **Conclusiones:** la calidad de vida de los participantes mejora, se muestra que esta técnica es eficaz en daño cerebral adquirido incluso en un corto periodo de tratamiento.

● PALABRAS CLAVES

(DeCS) Actividades Cotidianas. Rehabilitación Terapia Ocupacional. Traumatismos Encefálicos.

● ABSTRACT

The Affolter method is based on providing the patient with kinesthetic-tactile stimuli, essential for interaction with the environment, through the connection between the movement and its effect on objects establishing a cause-effect relationship, which is an integral part activities of daily living. **Objectives:** to determine if there is improvement in the performance of activities of daily living in people who have suffered an acquired brain injury, after receiving Occupational Therapy through the method Affolter. **Methods:** prospective, pre-post, cohort. The sample consists of 17 people who have suffered acquired brain injury. Two titrations performed in daily life activities through the Barthel Index before and after applying the method Affolter, over a period of 4 months. **Results:** the scores 10 points have increased in comparison of the first (pre-treatment method Affolter) with the second evaluation (post-treatment method Affolter) ($p = 0.006$). **Conclusions:** the quality of life of participants improvement is shown that this technique is effective in acquired brain damage even in a short period of treatment.

● KEY WORDS

(MeHS) Activities of Daily Living. Brain Injuries. Occupational Therapy. Rehabilitation

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un número muy reducido de artículos, que se hayan basado en la investigación sistemática de la eficacia del enfoque de Affolter.

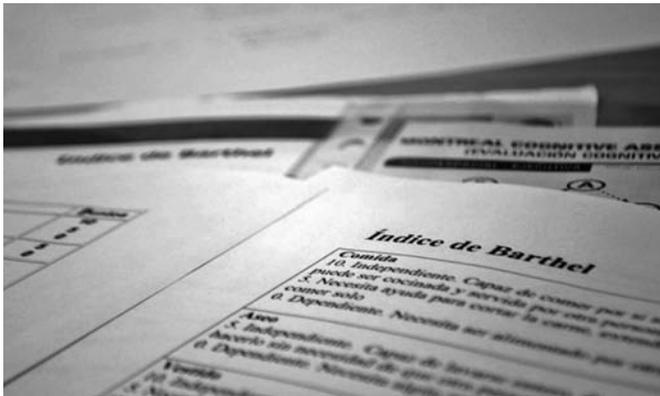
La técnica de Affolter es un método de intervención desarrollada por Félíce Affolter. Siguiendo los principios de Jean Piaget, investigó el desarrollo de niños con problemas sensoriales y trastornos perceptivos, llegando a la conclusión de que no existían diferencias en el desarrollo de los niños normales, en comparación con los que padecían sordera o ceguera, aunque sí se percibía en los niños que presentaban un trastorno a nivel perceptivo. Junto con Walter Bischofberger dirigió su investigación al desarrollo basado en la interacción táctil-cinestésica (1).

Basada en proporcionar al paciente estímulos cinestésico-táctiles. Affolter describe que la presencia de estímulos cinestésico táctiles es esencial para la interacción con el entorno, a través de la conexión

entre el movimiento y su efecto sobre los objetos se establece una relación causa-efecto, la cual, es parte íntegra de las actividades de la vida diaria (2). Considera los problemas cognitivos-perceptivos como el resultado de aferencias táctiles-cinestésicas y la interacción ambiental inadecuadas.

La percepción es el proceso cognoscitivo que permite conocer el mundo, APREHENDER cómo es el entorno. La palabra "aprehender" (del lat. apprehendere) ya incluye el término "prender", que significa "asir", "agarrar", "sujetar algo". No se puede agarrar una cosa si no se toca. Y sólo se puede tocar cuando se cambian las relaciones topológicas (relaciones espaciales) que hay entre la persona y su entorno: si se está separada del libro, no se puede tocar. Ahora la persona toca el libro, lo toma, está en contacto con él. La información esencial a la hora de tocar el entorno es la sensación táctil-cinestésica. (3)

Este método puede definirse de manera sencilla como la práctica de movimientos rutinarios cotidianos (atarse los zapatos, lavarse las manos...) de forma



dirigida. El principio del enfoque Affolter como técnica de intervención, es a partir del movimiento. La persona descubre que los objetos y su propio cuerpo pueden moverse y ponerse en relación. Este descubrimiento es el que le permitirá a lo largo de su desarrollo, "resolver los problemas" que se le presenten en su interacción con el entorno (abrir una puerta, coger un objeto, sacar de dentro de...).

En consecuencia, si las raíces táctil-cinestésicas "fallan" debido a una lesión cerebral, la capacidad para interactuar con el entorno, quedará también reducida. A menudo, síntomas como: respuestas agresivas, tono muscular inadecuado, miedo, dificultades en la manipulación de objetos... pueden mejorar si se ofrece a la persona informaciones táctiles suficientemente estructuradas que le ayuden a saber en todo momento dónde está su cuerpo, dónde está su entorno inmediato y en consecuencia sepa qué está pasando en ese momento. Esta es la base de la que parte el modelo Affolter para la *Guía sencilla* (cuando hay capacidad manipulativa) y la *Guía asistencial* (cuando no hay tal capacidad) que han de ayudarle a organizar la información perceptiva. Se utilizan situaciones lo más cotidianas posible: quitarse la chaqueta, ponerse la bata, manipular un objeto... (3).

OBJETIVO

Valorar la efectividad del método Affolter como técnica de intervención en personas con daño cerebral adquirido.

ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Cuando se habla de daño cerebral adquirido se hace referencia a diversas lesiones cerebrales, en los que el origen más común son los traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebro vasculares, así también como secuelas de tumores cerebrales. Teniendo como consecuencias más comunes los déficits motores, sensoriales y neurocognitivos, por lo cual el paciente requerirá de intervención integral física, psicológica y social.

En términos cuantitativos, se trata de una discapacidad de alta incidencia y presencia social. La enfermedad cerebrovascular aumenta en los últimos años, asociada al envejecimiento de la población y a factores de riesgo que guardan relación con el estilo de vida. La media de la OMS sitúa los accidentes cerebro-

vasculares en torno a los 200 casos nuevos por 100.000 habitantes. La mortalidad media en Europa, se sitúa en torno a las 90 personas cada año por 100.000 habitantes, con diferencias entre unas y otras regiones. Las variaciones en la tasa de incidencia del traumatismo craneoencefálico refieren tasas de incidencia que oscilan entre 280 y 91 personas por 100.000 habitantes/año. Se produjeron al menos 35.000 ingresos hospitalarios por traumatismo craneoencefálico (a causa de accidentes de tráfico, laborales, deportivos, caídas domésticas, agresiones...) (4).

En referencia al Traumatismo Craneoencefálico el Instituto Guttmann-Hospital de Neurorrehabilitación cifra en torno a los 200 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y año (5).

Por causas, entre el 50 y el 75 por 100 de estas lesiones cerebrales traumáticas, según autores, son debidas a accidentes de tráfico con vehículos a motor, bicicletas o atropellos de peatones. Los accidentes laborales y las caídas, sobre todo en ancianos y niños muy pequeños, además de la violencia, constituyen las otras causas en orden de frecuencia. Las secuelas derivadas de estas lesiones (físicas, sensoriales, cognitivas y conductuales) son responsables del 40 por 100 de las nuevas grandes minusvalías.

La valoración de las actividades de la vida diaria constituye un elemento clave en el ámbito de la rehabilitación, siendo una herramienta imprescindible en Terapia Ocupacional, donde el objetivo prioritario es el abordaje terapéutico, la consecución del mayor nivel de independencia posible del paciente. Después del daño cerebral adquirido, es común la pérdida de la sensibilidad, lo que provoca un impacto negativo en la exploración del entorno inmediato, en la función de la mano y el regreso a las actividades diarias.

METODOLOGIA

1. SELECCIÓN DE LOS SUJETOS

El grupo de pacientes seleccionados reciben tratamiento en una Clínica de Rehabilitación Neurológica, integrado de población adulta, que han sufrido un daño cerebral adquirido, más concretamente Accidentes Cerebrovasculares y Traumatismos Craneoencefálicos. Los criterios de inclusión y exclusión de los participantes han sido los siguientes:

- Criterios de inclusión: los participantes incluidos en el estudio han sido seleccionados por sufrir bien tanto Accidentes Cerebrovasculares o un Traumatismo Craneoencefálico. Es necesario que los participantes tengan una pérdida de la sensibilidad.

Además esta técnica va dirigida principalmente a pacientes con daño cerebral adquirido severo, por lo que los seleccionados deben tener dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria.

- Criterios de exclusión: aquellos que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional fuera de la clínica.

	Muestra (n=17)	Error estándar
hOMBRES, n (%)	9 (52,9)	
MUJERES, n (%)	8 (47,06)	
EDAD, media	65,68	3,46
ACV, n (%)	11 (68, 75)	
TCE n (%)	6 (35,3)	
Tiempo de la lesión (meses)	10,3	2,3

TABLA 1. DESCRIPC. DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Los que sufren graves trastornos neuropsicológicos y los que presentan graves alteraciones en el tono muscular.

El tamaño de la muestra es de 17, de los cuales 11 habían sufrido un Accidente Cerebrovascular y 6 un Traumatismo Craneoencefálico. (Tabla 1).

Una vez seleccionados los participantes, se administró de manera individual el Índice de Barthel. Una vez finalizado el tratamiento, en un periodo de 4 meses, se volvió a valorar a los pacientes con el mismo Índice.

Al concluir el estudio, se compararon los resultados obtenidos en la evaluación inicial y final.

2. TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Se realiza un tratamiento individualizado con los pacientes, de modo que predomina el enfoque centrado en el paciente para proporcionar un servicio adecuado a cada caso.

El terapeuta, a través de situaciones-problema, ofrece posibilidades (no soluciones) que permitan al paciente generar una respuesta adecuada mediante la facilitación de su interacción con el entorno. Es importante que las actividades seleccionadas sean significativas para el paciente, aumentando así la motivación para completar la tarea. Por ello, se eligen actividades de la vida diaria como alimentación, vestido, cepillado de dientes.... En la aplicación de este método de tratamiento, el terapeuta guía el cuerpo del paciente de una forma determinada en la realización de una actividad, buscando la entrada de sensaciones táctil-cinestésicas que den información al paciente sobre el entorno y la actividad. Aplicando la Guía Sencilla o Asistencial según las limitaciones encontradas en los usuarios para la realización de las actividades. El terapeuta coloca sus manos sobre sus manos, los dedos de su mano derecha sobre los de la mano derecha del paciente, los dedos de su mano izquierda sobre los de su mano izquierda, y así guiara su cuerpo en las diferentes actividades (6).

La información visual por sí misma, es insuficiente para identificar dónde están el entorno y el propio cuerpo, así como para obtener información acerca de

las causas y los efectos. Es mucho más útil hacer la actividad. Es importante que el terapeuta explique previamente en qué consiste la guía, ya que algunos pacientes pueden rechazar en un primer momento una invasión de su espacio vital. Se estará realizando la técnica de manera adecuada en cuanto el paciente se adapta a la técnica y comienza a percibir.

Fueron evaluados solamente para la realización de las actividades de la vida diaria básicas, mediante el test de Barthel, puesto que son las únicas que los pacientes son capaces de realizar.

Reciben el tratamiento de Terapia Ocupacional enfocándose en esta técnica, durante un periodo de cuatro meses. Al finalizar este periodo los pacientes volvieron a ser valorados.



3. MÉTODO DE EVALUACIÓN

Debido a las limitaciones presentes en los participantes únicamente han sido valorados en las actividades de la vida diaria básica, puesto que las actividades de la vida diaria instrumentales tienen un carácter más complejo, requieren de mayor elaboración para poder ser llevadas a cabo.

El gran número de escalas de evaluación funcional, que se pueden encontrar en la literatura, hace suponer que ninguno de los tests se ajusta a las expectativas deseadas para una evaluación completa.

Finalmente el test elegido para la evaluación fue Índice de Barthel, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland" por ser una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria. Además de ser la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional del paciente con patología cerebrovascular aguda, en España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación (7). Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación. Capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y es un buen predictor de respuesta a los tratamientos de rehabilitación. Es una medida fácil de aplicar y con alto grado de fiabilidad y de validez, además su aplicación no causa molestias (8). Al obtenerse una estimación cuantitativa del grado de

dependencia del sujeto, es más sencillo establecer comparaciones.

En el ámbito clínico, el índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global, como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

4. PLAN DE TRABAJO

Inicialmente se hizo la primera evaluación con el Índice de Barthel, durante el mes de Noviembre. Observando las actividades que se le requerían. Al cabo de cuatro meses, en el mes de marzo se ha realizado la siguiente valoración con la misma escala, para comprobar la diferencia de resultados. Durante el tiempo transcurrido desde la primera y la segunda evaluación los usuarios han recibido una media de 4,2 horas semanales de rehabilitación en Terapia Ocupacional.

5. ANÁLISIS DE DATOS

Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas se han descrito con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías, y las cuantitativas mediante la media aritmética.

RESULTADOS

El promedio resultante de la valoración inicial de Barthel es de 17.35, mostrando una dependencia total.

	BARTH EL 1	BARTH EL 2
Promedio	17,35	27,35
Error Estándar de la media	3,89	4,35

TABLA 2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL y FINAL.

Una vez finalizados los meses de tratamiento se realiza la segunda valoración en la que obtuvieron una puntuación media de 27.35 reflejando una incapacidad funcional severa pero no total. (Tabla 2).

El análisis (Tabla 3) del número de pacientes atendiendo al Grado de Dependencia según el Índice de Barthel antes del tratamiento (1ª Evaluación) y tras el tratamiento (2ª Evaluación) se observa que los resultados obtenidos de la primera valoración evidencian un número más elevado de pacientes que son dependientes totales para la realización de las actividades de la vida diaria en comparación con la segunda valoración de los pacientes al aplicar la técnica Affolter.

En ningún participante hubo empeoramiento al aplicar la técnica, la mayoría mejoraron o bien en un número reducido no hubo modificaciones.

Las puntuaciones de la evaluación final después de la aplicación del método han aumentado en 10 puntos en

Grado de dependencia	BARTH EL 1	BARTH EL 2
Dependencia Total	13	8
Dependencia Severa	4	8
Dependencia Moderada	0	1
Dependencia Escasa	0	0
Independencia	0	0

TABLA 3. GRADOS DE DEPENDENCIA SEGÚN EL ÍNDICE DE BARTH EL.

comparación con la valoración inicial. (p= 0,006). (Figura 1).

La asociación es estadísticamente significativa, por lo que se concluye que los resultados no están influidos por el azar.

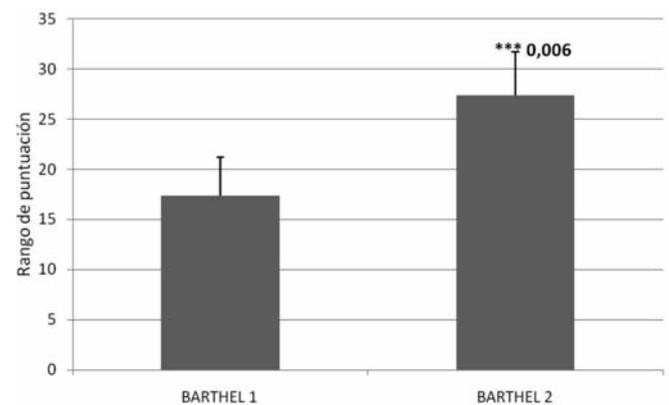


FIGURA 1. DIFERENCIAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS EVALUACIONES.

A través de la realización de la Prueba T-Student, la probabilidad asociada con el valor t es de 0.006. Ya que el valor es menor de 0.5 se puede decir que la aplicación del método Affolter en personas con un alto nivel de dependencia es significativamente mejor que otra técnica de tratamiento.

Se observó que, tras 4 meses aplicando el método, los participantes mejoraron un 36% en la actividad de comer, un 29% en la actividad de arreglarse, un 27 % en la actividad de vestirse y un 18% en la actividad de bañarse en referencia al uso de la esponja, pero esta no pudo ser valorada porque en el resto de la actividad como permanecer de pie y entrar y salir del baño seguían necesitando ayuda.

DISCUSION

Los resultados de este estudio mostraron que 4 meses de aplicación del método Affolter como técnica de tratamiento ocasionaron mejoras en la independencia de los sujetos. Con la aplicación de esta técnica se observa un aumento en la calidad de ejecución de actividades principalmente en el uso del tren superior (adaptabilidad a las nuevas demandas de la tarea, presa, velocidad...), de esta manera observamos que las



actividades con mejoras más significativas son las de comer, arreglarse, vestirse y el uso de la esponja en la actividad del lavado.

Los resultados procedentes de estudios previos han mostrado que el enfoque Affolter puede ser más efectivo que otras técnicas de tratamiento (9). No obstante, hasta la fecha, ningún estudio ha aplicado la técnica de Affolter exclusivamente para pacientes con daño cerebral adquirido. El presente proyecto aporta información relevante y novedosa, ya que es el primero que realiza una investigación tan exhaustiva de referido método.

Como resultado del ensayo clínico se observa el fomento y la mejora funcional de los pacientes, donde se encontraba alterada la habilidad para realizar una acción o actividad considerada necesaria para su vida diaria.

Aunque los mecanismos fisiológicos implicados en estas mejoras necesitan investigarse con mayor profundidad, son cada vez más centros los que utilizan esta técnica en sus sesiones de rehabilitación.

Confirmando lo expuesto en estudios científicos, se demuestra que los pacientes con daño cerebral presentan un peor rendimiento que las personas sanas en aquellas tareas en las que la información táctil-

cinestésica es imprescindible. Es de gran trascendencia valorar que los pacientes con daño cerebral que tienen una mala recepción de información táctil-cinestésica conlleva una falta de información sensitiva. Por lo que sería necesario seguir trabajando en esta línea. Se entiende, por tanto, que uno de los problemas de los participantes con daño cerebral radica en la obtención de la información sensitiva necesaria. Sin embargo el tratamiento de personas que han sufrido daño cerebral adquirido no debe basarse en una única técnica, en absoluto excluyente de otros métodos de intervención.

No cabe la menor duda, que gracias a la aplicación de diferentes métodos de tratamiento y el trabajo conjunto del equipo interdisciplinar, se producirán mejoras más significativas en los pacientes. A pesar de los numerosos resultados positivos obtenidos, podrían haber sido mucho mejores si todos los familiares y cuidadores hubieran desempeñado la labor que les atañía, teniendo un papel muy importante en la aplicación de esta técnica. Se les enseñó la forma de aplicación del método, con el objetivo de conseguir la generalización de las actividades en su domicilio así como proporcionar una información de su entorno lo más adecuada posible para que se sintieran seguros y resolvieran así los problemas cotidianos de la forma más exitosa posible. Determinados pacientes han evolucionado en menor grado porque los familiares o cuidadores no han aplicado la guía táctil-cinestésica, que se les había sido enseñadas para su realización durante las actividades que se efectúan en el hogar.

Hasta la actualidad el enfoque Affolter pone énfasis en el aprendizaje sin errores y en las experiencias favorables, destacando que el terapeuta no debería dejar que el paciente fracasara. Pero existe cierta discordia con lo referido anteriormente, ya que es necesario tener en cuenta que en algunas situaciones el aprendizaje aumenta cuando se brinda a la persona la oportunidad de iniciar la actividad, cometer errores y aprender de estos. Lo cual se ha podido comprobar durante el transcurso de los 4 meses, la estimulación de los procesos de resolución de problemas, genera en los pacientes la estimulación de una mayor autonomía.

LIMITACIONES

Es relevante tener en cuenta el tamaño de la muestra, ya que cuanto mayor sea esta más fácil será demostrar que la diferencia es significativa. Sería necesario realizar estudios más amplios y con muestras más grandes para obtener resultados más fiables. La mayor dificultad encontrada para la realización de este proyecto ha radicado en la nula existencia de evidencia disponible sobre la técnica, así como la falta de información y resultados concluyentes.

CONCLUSIONES

Se puede determinar que existen diferencias en los resultados de los participantes al aplicar el método Affolter, así lo demuestran los resultados. Con el méto-

do se observa que la calidad de vida de los participantes mejora, se muestra que esta técnica es eficaz en daño cerebral adquirido incluso en un corto periodo de tratamiento.

Como conclusión, el hecho de ser guiado en una actividad desencadena en la persona una valiosa capacidad para poder hacer en un futuro las actividades de manera más independiente.

ASPECTOS ÉTICOS

Durante la elaboración de este proyecto ha sido de máxima importancia el cumplimiento de las normas éticas, respetando en todo momento el valor de la dignidad y de la vida de las personas que han participado. Los principios de justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía defendidos en el Informe Belmont, han sido respetados durante todo el proceso. Todos los usuarios que han participado en el estudio fueron informados de la automatización de sus datos médicos y el uso que se haría de ellos, para posteriormente firmar el consentimiento informado. Se ha mantenido el respeto en todo momento a la confidencialidad del paciente de toda la información relacionada con su proceso, respetando lo dispuesto en La Ley General de Sanidad, entre los derechos de los enfermos que recoge el derecho a la



confidencialidad (art. 10), La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, que comprende la revelación de confidencialidad de los datos privados conocidos a través nuestra actividad profesional y La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal (LORTAD). Solo se accedió a sus datos con previa autorización como indica la Ley de Autonomía del Paciente, Información y Documentación Clínica, bajo el título de Derecho a la Intimidad recoge en el Artículo 7.

BIBLIOGRAFIA

1. Pedretti LW, Early MB. Occupational Therapy: practice skills for physical dysfunction. 5ª ed. USA: Mosby; 2001.
2. García M, Sánchez MA. Traumatismos cráneo-encefálicos. Alteraciones perceptivas y praxicas en pacientes con TCE: Relevancia en las actividades de la vida diaria. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. Madrid; 2004.
3. F. Affolter, W. Bischofberger. Wege von Anfang an. Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten. Alemania: Neckar Verlag; 1996.
4. Oficina del Defensor del Pueblo. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Madrid; 2005.
5. Consideraciones respecto a un modelo asistencial planificado, eficaz, eficiente y de calidad acreditada para la atención especializada de las personas con Daño Cerebral Adquirido. Instituto Guttmann-Hospital de Neurorehabilitación. Badalona; jul. 2003.
6. Helen S. Williams, Clare S. Spackman. Terapia Ocupacional 10ª ed. Madrid; Médica Panamericana; 2005
7. Cid-Ruzafa J. Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española Salud Pública. 1997; 71: 177-137
8. Walker MF, Leonardi-Bee J, Bath P, Langhorne P, Dewey M, Corr S, et al. Individual patient data meta-analysis of randomized controlled trials of community occupational therapy for stroke patients. Stroke. 2004; sep:35(9):2226-32
9. Phipps S, Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. Am J Occup Ther. 2007; 61:328-34.
10. Valero Merlos E., San Juan Jiménez M. Intervención desde la infancia a la vejez. España: Monsa-Prayma; 2010.

¿ES ÚTIL LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE PERSONAS CON FIBROMIALGIA?

IS OCCUPATIONAL THERAPY USEFUL IN THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING OF PEOPLE WITH FIBROMYALGIA?

Artículo original

María del Mar del Teso Recio: Terapeuta Ocupacional. Terapeuta Ocupacional Residencia Tercera Edad San Pablo de los Montes. E-mail: marymar89-07@hotmail.com

Jaime González González: Médico Atención Primaria C.S. Santa Olalla (Toledo) Profesor Asociado Doctor Departamento Ciencias Médicas. Universidad Castilla la Mancha. E-mail: jaime.gonzalez@uclm.es.

Carmen Nélida Waliño Paniagua: Terapeuta Ocupacional. Terapeuta Ocupacional AFIBROTAR (Asociación Fibromialgia Talavera de la Reina) E-mail: neli_wp90@hotmail.com

Teléfono contacto: 657651505

Fecha de recepción:
7-11-2012

Fecha de aceptación:
19-1-2013

● RESUMEN

La fibromialgia es una enfermedad crónica de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor muscular generalizado, afectando en el desempeño ocupacional de la persona y a su ámbito familiar social físico y psicológico. Se realiza un estudio cuantitativo analítico prospectivo longitudinal experimental con muestreo aleatorio simple con el objetivo de conocer si la Terapia Ocupacional mejora las actividades de la vida diaria de mujeres entre 16-55 años con fibromialgia tras una intervención de Terapia Ocupacional mediante sesiones distanciadas en el tiempo sobre psicomotricidad. Se dispone de una muestra aleatoria de 21 personas, del área de salud de Talavera de la Reina (Toledo), en las que se ha utilizado la escala de Barthel la escala de Lawton y Brody y encuestas no estandarizadas para valorar situación pre y post intervención. Los enfermos de fibromialgia no están conformes con el tratamiento que reciben desde el sistema sanitario y obtienen una mejoría en la escala de Barthel y en Lawton y Brody significativa, tras la intervención desde Terapia Ocupacional, aumentando el número de mujeres independientes en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

● PALABRAS CLAVES

Palabras clave (DeCS): Actividades cotidianas. Fibromialgia. Terapia Ocupacional.

● ABSTRACT

Fibromyalgia is a chronic disease of unknown etiology, characterized by widespread muscle pain, affecting the occupational performance of individuals and their social family environment physical and psychological. We performed a prospective longitudinal quantitative analytical experimental simple random sampling in order to determine whether occupational therapy improves daily life activities of women 16-55 years with fibromyalgia after an intervention by occupational therapy sessions spaced over time on psychomotor. We have a random sample of 21 people, the health area of Talavera de la Reina (Toledo), where we used the Barthel scale scale of Lawton and Brody and non-standardized surveys assess pre-and post-intervention situation. People with fibromyalgia are not satisfied with the treatment they receive from the health system and obtained an improvement in Barthel and Lawton and Brody significantly after intervention from occupational therapy, increasing the number of independent women in basic and instrumental activities of daily living.

● KEY WORDS

Key words (MehS): Activities of daily living. Fibromyalgia. Occupational Therapy.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica incapacitante, que produce dolor en músculos, ligamentos y tendones de carácter generalizado, crónico y de causa desconocida (1). La padece entre el 3% y el 6% de la población mundial, más comúnmente en personas entre 20 y 50 años, más frecuente en mujeres con una relación hombre-mujer de 1 a 6-10 (2). Las personas enfermas de fibromialgia ocupan el 15% de las consultas de reumatología y del 5 al 10% de las consultas de atención primaria (3).

La fibromialgia es una forma de reumatismo no articular caracterizado por la presencia de múltiples puntos dolorosos a la presión. Los criterios diagnósticos de la FM no fueron definidos hasta 1990 por el American College of Rheumatology (ACR) y no fue oficialmente reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud hasta 1992 (4).

Los criterios permiten la identificación de la FM con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81% (5).



- Historia de dolor difuso, generalizado, crónico, presente durante más de tres meses de duración. Se considera dolor generalizado cuando está presente en los cuatro cuadrantes del cuerpo, ambos lados del cuerpo y por encima y debajo de la cintura.

- Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos (9 pares). Estos puntos corresponden a las áreas más sensibles del organismo. Los puntos dolorosos se exploran presionando con el pulpejo del dedo. Para que un punto se considere positivo, el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa. Aunque han sido propuestos varios mapas con puntos dolorosos (13-15), los pares de puntos recomendados y que deben valorarse son los siguientes (5):

- Occipucio, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo, glúteo, trocánter mayor y rodillas.

El síntoma principal es el dolor, afectando una gran parte del cuerpo. El dolor es descrito por los afectados como quemazón, molestia o desazón. Con frecuencia los síntomas varían en relación con la hora del día, el nivel de actividad,... Otros síntomas son la rigidez, hormigueos, fatiga, alteraciones en el sueño, trastornos psiquiátricos, disfunciones cognitivas, tumefacción, parestesia, malestar abdominal, hipersensibilidad sensorial, cefaleas y cansancio, que se mantiene durante casi todo el día. A veces los pacientes describen que es como si tuviesen los brazos y piernas metidos en bloques de cemento.

Los cambios en el clima, ambientes fríos o muy secos, hormonales (menopausia), estrés, depresión, ansiedad y exceso de ejercicio son factores que pueden contribuir al empeoramiento de los síntomas tanto como la falta de ejercicio físico.

La aparición de la fibromialgia se ha relacionado con múltiples causas, hay casos que comienzan después de procesos agudos, un accidente de automóvil, la separación matrimonial, un problema con los hijos...

En otros casos aparece después de que otra enfermedad como la artritis reumatoide, lupus eritematoso... Estos agentes desencadenantes lo que probablemente hacen es desencadenarla en una persona que ya tiene una predisposición previa para padecer alteraciones en su sistema de regulación del estrés y del dolor (1).

El tratamiento que reciben estas personas es:

1. Farmacológico (6)

a) Analgésicos y antiinflamatorios: La morfina no tiene eficacia en la enfermedad.

b) Antidepresivos: Se ha comprobado que en los pacientes con depresión y dolor crónico los fármacos antidepresivos poseen también capacidad analgésica propia (6).

2. No farmacológico (7)

- Ejercicio físico, valorando 3 opciones: ejercicios aeróbicos, ejercicios de fortalecimiento muscular y ejercicios de estiramiento o flexibilidad.

- La psicoterapia: algunas de las psicoterapias que se han empleado son la cognitivo-conductual y la meditación.

- Retroalimentación (8). El objetivo de esta técnica es que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor y con la práctica aprender a controlarlas mejor (9).

- Terapia Ocupacional: debido a que estas personas tienen alteradas muchas áreas ocupacionales, y no pueden realizar algunas actividades de la vida diaria, los terapeutas ocupacionales como expertos en esas áreas, podrían ayudar a estas personas, a llevar mejor su enfermedad, a mantener sus habilidades cognitivas y físicas, aconsejarlas sobre productos de apoyo que pueden utilizar, etc, para su mejor desempeño de actividades de su vida diaria y su mayor interacción con el contexto en el que están integradas (9).

Desde la Terapia Ocupacional se ponen en marcha medidas para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), tales como modificaciones del entorno, promoción de las posturas adecuadas, adaptaciones de las actividades, cambio de hábitos de desempeño ocupacional (10).

El tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia, que incluye un abordaje cognitivo conductual, aporta resultados en general favorables a este enfoque si bien un trabajo controlado no encuentra beneficios en comparación con un formato de educación de los pacientes sobre la enfermedad (11).

El futuro de la fibromialgia tiene un gran interés. Por sus efectos a largo plazo en los pacientes y sus costes, que provocan un gasto de 10.000 euros por paciente al año (12). La investigación actual con suerte se hará cargo de los marcadores útiles para el diagnóstico, guiando así la terapia. La eficacia de la gestión multidisciplinar también será evaluada, con el fin de proporcionar el cuidado más completo para este grupo de pacientes difíciles y complejos (13). Este trabajo se centrará en los aspectos que tienen que ver con las actividades de la vida diaria (14, 15).

La mayoría de las personas con fibromialgia se declaran independiente o dependiente leve para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Y en cuanto a las instrumentales (AIVD) presentan dependencia moderada (16).

La valoración de las ABVD será con el Índice de Barthel (17), ya que esta escala es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa 10 tipos de actividades básicas de la vida diaria clasifica cinco tipos de dependencia. (Anexo 2). La valoración de las AIVD será con la Escala de Lawton y Brody (16), ya que este instrumento permite valorar la capacidad de desarrollo de tareas que permiten a las personas adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad, a través de 8 ítems.

OBJETIVOS

Valorar si la intervención multidisciplinar en fibromialgia ayuda al tratamiento de pacientes con fibromialgia, mediante una serie de intervenciones con Terapia Ocupacional, valorando sus actividades de la vida diaria.

HIPÓTESIS

La intervención de Terapia Ocupacional mejora el desempeño de las AVD en personas con fibromialgia.

METODOLOGÍA: MATERIAL y MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica. Términos MESH: Fibromyalgia, Activities of Daily Living, Occupational Therapy.

Base de datos de pacientes afectados de fibromialgia (446 pacientes) mediante tres vías.

- Búsqueda activa de pacientes en el Centro de Salud - La Solana (Talavera), Centro de Salud Rio Tajo (Talavera) y Centro Salud Navamorcuende.
- Base de datos de la Asociación AFIBROTAR de Talavera de la Reina.
- Listado de pacientes posiblemente afectados de fibromialgia obtenido de base de datos Turriano aportado por la Gerencia de Atención Primaria de Talavera con los ítems según código CIE9-miositis, reumatismo no especificado, fibrositis otros trastornos de tejidos blandos y miositis no especificadas, a los cuales se les llamó telefónicamente para dar con los pacientes que realmente tienen fibromialgia.

TAMAÑO MUESTRAL y PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

Tamaño muestral. De una población total de 446 pacientes diagnosticadas con fibromialgia se realiza una asignación aleatoria simple de 21 personas con fibromialgia.

Procedimiento de muestreo en la encuesta previa

Usando el programa EPIDAT 3.1 sobre una población en el área de salud de Talavera de la Reina (Toledo) 128.000 personas con una prevalencia de la enfermedad de fibromialgia del 2,4%(18) con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 7% se obtiene un tamaño muestral de 19 personas del que si sumamos una tasa de no respuesta de entrevista directa del 10% obtenemos un total de 21 personas.

Se contacto con las participantes por entrevista telefónica informándoles del tipo de estudio y solicitando consentimiento informado verbal, de las cuales se contacta con 20 pacientes y al finalizar el estudio quedaron 19, existiendo una pérdida durante la intervención.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres con fibromialgia del área de salud de Talavera de la Reina (Toledo), de un rango de edad entre 16 a 55 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres, entre 16 a 55 años.
- Que residan en el área de salud de Talavera de la Reina (Toledo).
- Que la paciente no tenga otro problema que le ocasione discapacidad intelectual o física.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no padezca otras enfermedades físicas que dificulten la intervención.
- Que no haya sufrido en los 6 meses anteriores acontecimientos vitales importantes: pérdida de un familiar, traslado domicilio...

DISEÑO ESTUDIO E INTERVENCIONES

Diseño: Estudio cuantitativo analítico prospectivo longitudinal experimental con muestreo aleatorio simple, con análisis estadístico pre y post intervención, con el programa SPSS 16.0 mediante la prueba de Wilcoxon. Para poder analizar los datos, las pacientes debían haber asistido al menos a 5 de las 6 intervenciones para ser computadas como válidas, y analizar sus resultados.

La intervención consta de seis sesiones de entre 60 y 120 minutos, en las que la técnica principal que se utilizó fue la psicomotricidad, junto a la reestructuración del desempeño ocupacional y la intervención en las actividades de la vida diaria. De tal modo que las sesiones generales son:

PRESENTACIÓN RESULTADOS

Se obtiene respuesta de 20 mujeres con fibromialgia con una edad media de 40,06 años y un rango de edad de 16 a 55 años.

Respecto a que si conocen Terapia Ocupacional el 50% contestaron que sí, si conocen psicomotricidad (técnica utilizada en las intervenciones posteriores) el 75% contestaron que sí. A la pregunta de si creen que la intervención desde Terapia Ocupacional puede ayudar en fibromialgia, el 95% piensa que sí, y respecto a si encuentran mejoría con el tratamiento que reciben previo a la intervención el 70% piensa que no.

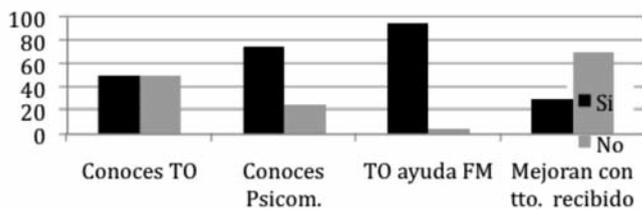


FIGURA 1

A si piensan que el resto de la gente se toma en serio su enfermedad, el 10% contesto que casi siempre, el 55% contesto que a veces, el 25% que casi nunca y el 10% que nunca. Y a si creen que los médicos se toman en serio todos los síntomas que padecen, el 10% contesto que siempre, el 10% que casi siempre, el 60% que a veces y el 20% que casi nunca.

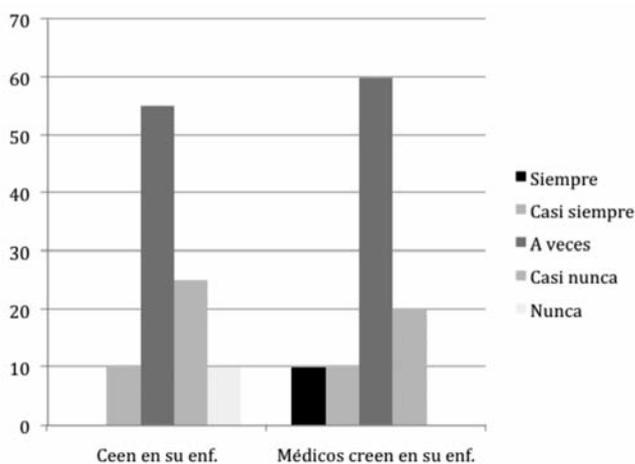


FIGURA 2

En la encuesta posterior:

Al 100% le ha quedado claro qué es Terapia Ocupacional, y también al 100% le ha quedado claro qué es psicomotricidad. Todas las participantes piensan que les ayudó la intervención y que se debería incluir como intervención dentro del tratamiento que recibe actualmente.

Barthel previo:

– En cuanto al grado de independencia en las ABVD (Barthel) de las participantes en el estudio previo a la intervención, el 33,3% son independientes, y el 66,7% tienen una dependencia leve.



FIGURA 3

Barthel posterior:

– En cuanto al grado de independencia en las ABVD (Barthel) de las participantes en el estudio después de realizar la intervención desde Terapia Ocupacional, el 50% son independientes, y el 50% tienen una dependencia leve.

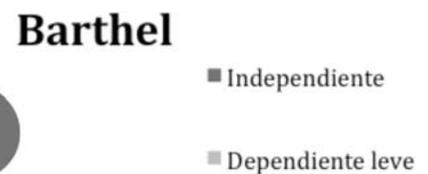


FIGURA 4

Los resultados a las preguntas fueron los siguientes: (Véase Anexo 1)

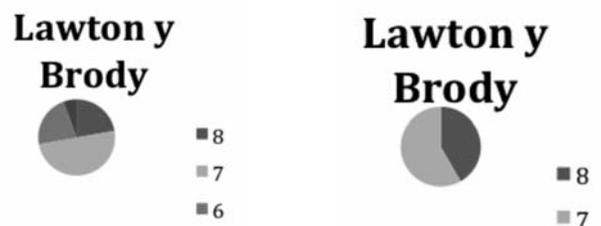
LAWTON y BRODY PREVIO:

Respecto al grado de independencia en las AIVD (Lawton) de las participantes en el estudio previo a la intervención, el 22,2% tienen una puntuación de 8, el 50% tienen una puntuación del 7, el 22,2% tienen una puntuación de 6 y el 5,6% tienen una puntuación de 4 (esta escala es más útil para mujeres, ya que muchos hombres algunas de estas actividades no las realizan; y este estudio se realizó sólo con mujeres).

FIGURA 5

LAWTON y BRODY POSTERIOR:

Respecto al grado de independencia en las AIVD (Lawton) de las participantes en el estudio tras la participación en la intervención de Terapia Ocupacional, el 41,7% tienen una puntuación de 8 y el 58,3% tienen una puntuación del 7.



Barthel 0,041→Significativo 0,025→Significativo Lawton y Brody

FIGURA 5

Los resultados a las preguntas fueron los siguientes (véase anexo 2, en página siguiente):

Anexo 9

		Pre-	Post-
Barthel	Independiente	33,3%	50%
	Dependiente leve	66,7%	50%
Comer	Independiente	88,9%	91,7%
	Necesita ayuda	11,1%	8,3%
Lavarse	Independiente	83,3%	91,7%
	Dependiente	16,7%	8,3%
Vestirse	Independiente	33,3%	75%
	Necesita ayuda	66,7%	25%
Arreglarse	Independiente	83,3%	83,3%
	Dependiente	16,7%	16,7%
Deposición	Continente	83,3%	91,7%
	Accidente ocasional	16,7%	8,3%
Micción	Continente	94,4%	100%
	Ayuda ocasional	5,6%	0%
Uso del retrete	Independiente	94,4%	75%
	Necesita ayuda	5,6%	25%
Traslado sillón/cama	Independiente	44,4%	75%
	Mínima ayuda	55,6%	25%
Deambulaci3n	Independiente	83,3%	75%
	Necesita ayuda	16,7%	25%
Subir/Bajar escaleras	Independiente	55,6%	75%
	Necesita ayuda	38,9%	25%
	Dependiente	5,6%	0%

ANEXO 10

		Pre-	Post-
Lawton	4	5,6%	0%
	6	22,2%	0%
	7	50%	58,3%
	8	22,2%	41,7%
Uso tel3fono	Lo utiliza por iniciativa propia	88,9%	91,7%
	Marca n.º familiares	11,1%	8,3%
hacer compras	Realiza todas las compras	22,2%	33,3%
	Realiza pequeas compras	66,7%	66,7%
	Necesita ayuda para comprar	5,6%	0%
	Incapaz de comprar	5,6%	0
Preparaci3n comida	Prepara la comida por s3 s3lo	77,8%	100%
	Prepara la comida si le proporcionan los ingredientes	5,6%	0%
	Prepara la comida, pero no sigue dieta adecuada	16,7%	0%
Cuidado de la casa	Mantiene la casa s3lo o con ayuda ocasional	50%	83,3%
	Realiza tareas ligeras	5,6%	8,3%
	Realiza tareas ligeras sin mantener un adecuado nivel de limpieza	44,4%	16,7%
Lavado de la ropa	Lava la ropa por s3 s3lo	72,2%	75%
	Lava s3lo pequeas compras	22,2%	25%
	Incapaz de lavar la ropa	5,6%	0%
Uso medio transporte	Viaja s3lo o conduce su coche	83,3%	83,3%
	S3lo es capaz de coger taxi	0%	8,3%
	Viaja en transporte p3blico acompaado	11,1%	8,3%
	S3lo taxi o autom3vil con otros	5,6%	0%
Responsabilidad medicaci3n	Capaz de tomar su medicaci3n por s3 s3lo	94,4%	100%
	Toma medicaci3n preparada previamente	5,6%	0%
Manejo dinero	Se encarga por s3 s3lo	77,8%	100%
	Pequeas compras, el resto con ayuda	22,2%	0%

DISCUSIÓN

La fibromialgia es un síndrome crónico incapacitante (13), que unido a la elevada demanda en las consultas tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada (20% de las consultas de reumatología), y al gasto paciente año que supone para el sistema sanitario (10.000€ paciente año) (19), les clasifica como unos pacientes de difícil abordaje, debido en gran parte a la no existencia actual de un tratamiento curativo y posiblemente también al mal enfoque de las terapias necesarias para su enfermedad, lo que supone un suspenso para el sistema sanitario actual en el abordaje de esta enfermedad.

La mayoría de las personas que han participado en el estudio expresan una incompreensión social y de su entorno sobre la enfermedad; un 90% afirmaban que las personas de su entorno no se toman en serio su enfermedad, provocándolas dificultades en las relaciones con su contexto social más cercano. Estas personas tienen una vivencia de la enfermedad muy difícil, incomprendidas socialmente y no bien amparadas por el sistema sanitario, sienten la vivencia de su enfermedad, la historia humana de esta enfermedad como un conjunto de síntomas físicos, aunque lo que a ellas realmente les termina de completar el cuadro es la vivencia psicológica de incompreensión.

Encuentran problemas al llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria y de las actividades instrumentales de la vida diaria, y esto puede darse por el dolor, la rigidez y la fatiga (18) que estas personas presentan.

Desde este estudio se han utilizado la escala de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria y la escala de Lawton y Brody para valorar las actividades instrumentales de la vida diaria antes y después de la intervención de Terapia Ocupacional, dando como resultado una mejora significativa tanto en las básicas como en las instrumentales.

Estas personas pueden adquirir conocimientos de economía articular a través de técnicas cognitivo-conductuales desde la Terapia Ocupacional, como se dió en esta intervención facilitando así las realización de las actividades afectadas.

Una de la actividad más afectada en personas con fibromialgia es el sueño y el descanso (20), insomnio durante la noche que da lugar a cansancio al levantarse por la mañana.

Las actividades básicas que se objetivaron más incapacitadas fueron subir y bajar escaleras. Dentro de las instrumentales más afectada en personas con fibromialgia es hacer compras, lo cual afirma esta situación de dependencia y sus limitaciones en la vida diaria, inherente a su enfermedad.

En la intervención se dió a conocer una serie de pautas desde la Terapia Ocupacional y la psicomotricidad

para ejercitar a la mente (por las pérdidas de memoria) (18) a la vez que se hace ejercicio físico moderado, demostrado como beneficioso en esta enfermedad (7, 19).

Tras este estudio se ha demostrado que la intervención desde Terapia Ocupacional mejora significativamente la realización de las AVD de las personas afectadas de fibromialgia y su eficacia. Esto no se tiene en cuenta en el sistema sanitario actual, ya que no se contempla en la mayoría de los casos la figura del terapeuta ocupacional.

El tratamiento farmacológico no ha logrado ser el tratamiento de elección para tratar la fibromialgia (un 90% dudan de que el sistema sanitario se tome en serio su enfermedad) aunque muchos han sido probados (19) y es el único que se contempla hoy día desde el sistema sanitario, por ello los afectados de fibromialgia están descontentos con el tratamiento recibido ya que según responden en la pregunta de que si los médicos creen en su enfermedad, la mayoría han respondido que "a veces" o "casi nunca". Estos pacientes a menudo cambian de tratamiento buscando una mejoría, que en el caso de darse, no permanece durante mucho tiempo. Sólo los antidepresivos tienen una evidencia más fuerte (6).

Está demostrada la eficacia del tratamiento no farmacológico (7) como el ejercicio físico, psicoterapia, retroalimentación (8) y Terapia Ocupacional (9). El problema que existe en el tratamiento de la fibromialgia es que aun demostrándose la mayor eficacia del tratamiento no farmacológico frente al tratamiento farmacológico, no se tienen en cuenta otras terapias que no utilizan la farmacología para el tratamiento de estas personas. Por este motivo las personas con fibromialgia no se encuentran completamente tratadas por el sistema sanitario (19) Como se ha demostrado en este estudio la Terapia Ocupacional mejora significativamente las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales de las personas afectadas de fibromialgia. Por ello, debería incluirse como tratamiento principal de la fibromialgia el tratamiento no farmacológico; e incluir la Terapia Ocupacional dentro del tratamiento que se proporciona, estando contemplado en Atención Primaria donde los enfermos de fibromialgia demandan consultas.

Por este motivo el tratamiento de la fibromialgia debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar como ha sido expuesto a través de múltiples estudios (21-25) utilizando no sólo el tratamiento médico farmacológico, el cual debe ser coadyuvante en la enfermedad, sino incluyendo también otros tipos de tratamiento del ámbito psicológico, psiquiátrico, Terapia Ocupacional, fisioterapia... (20). El tratamiento de la fibromialgia debe ser abordado desde varios enfoques como:

- Social, personal, familiar ayudando tanto al enfermo como a su entorno, realizando un abordaje biopsicosocial de la enfermedad y no reducirlo a un abordaje medico-científico del enfermo (19).
- Farmacológico, mediante terapias demostradas eficaces y no incurriendo en un abuso de psicofármacos que



muchas veces simplemente suman efectos secundarios y restan credibilidad al tratamiento farmacológico (19).

- No farmacológico: rehabilitación e integración, desde estadios iniciales y más agudos desde la fisioterapia hasta estadios prolongados con Terapia Ocupacional y haciendo del ejercicio (7) diario y tutelado, un pilar de su tratamiento.
- Psicológico. Abordando al paciente en todos sus aspectos, desde el ámbito personal, social y de relación con familia y amistades al sexual y de pareja, conociendo esta como una de las limitaciones más importantes (16) de la enfermedad y de la historia natural del enfermar de fibromialgia

Desde la Terapia Ocupacional, junto con otros profesionales como sería el caso de psicólogos, fisioterapeutas..., se pueden aportar numerosos beneficios para el bienestar y la calidad de vida de estas personas (12). No dejar el testigo al x farmacológico si no que se deben aunar esfuerzos con otros profesionales y ser los terapeutas ocupacionales parte de los equipos multidisciplinares que se encargan de tratar la fibromialgia. Estos equipos cercanos y asequibles al paciente, sin esperas ni desplazamientos prolongados, como es el ámbito de la Atención Primaria. En los cuales, utilizando por ejemplo el abordaje cognitivo-conductual, pautando sus AVD para que le suponga un menor esfuerzo, o utilizando el medio acuático para moverse y realizar ejercicio físico

como se utilizó en la intervención realizada, innovando así en las actividades para que no se convierta en una monotonía para ellos, generando programas y grupos de trabajo como los que se ha demostrado en este estudio pueden hacer que el tratamiento de esta enfermedad sea cada día un poco mejor para los pacientes.

CONCLUSIÓN

- 1- Los pacientes con fibromialgia no encuentran en el sistema sanitario actual un abordaje integral de su enfermedad.
- 2- La intervención mediante Terapia Ocupacional (asociada al tratamiento médico que tenían de base las pacientes) hizo que la independencia en las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales de la vida diaria mejorase estadísticamente de forma significativa.
- 3- El abordaje de pacientes con fibromialgia precisa de terapias multidisciplinares para tratar todos los ámbitos de su enfermedad.

DIFICULTADES y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para evitar un posible sesgo de selección, en el grupo de estudio se ha realizado una muestra única del Área de Salud de Talavera de la Reina (Toledo), y posteriormente hacer la asignación aleatoria.

Los pacientes fueron citados a través de llamadas telefónicas para que acudieran a la presentación de la intervención desde Terapia Ocupacional, siendo dificultosa la obtención total de la muestra para llevar a cabo la intervención. Dificultad en la adherencia al tratamiento, como se ha comentado con anterioridad, habiendo perdido una paciente en el transcurso del estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

A todos los usuarios que participaron en el estudio se les pidió consentimiento informado verbal.

Se respetará la ley de protección de datos mediante la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43088-43099). Se respetará el anonimato y la privacidad de los sujetos que participan en este proyecto.



BIBLIOGRAFÍA

1. López Espino Manuel, Mingote Adán José Carlos. Fibromialgia. Clínica y Salud [revista en la Internet]. 2008 Ene [citado 2011 Nov 25]; 19(3): 343-358. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300005&lng=es.
2. Asociación de fibromialgia de Talavera de la Reina. [Internet] 2008 [acceso 25/11/2011] Disponible en: <http://www.afibrotar.es/portal/>
3. Devi E. Nampiamparmpil Md, Robert H. Shmerling. A Review of Fibromyalgia. Am. J manag care. 2004; 10: 794-800
4. Ubago Linares María del Carmen, Ruiz Pérez Isabel, Bermejo Pérez María José, Labry Lima Antonio Olry de, Plazaola Castaño Juncal. Características clínicas y psicosociales de personas con fibromialgia: Repercusión del diagnóstico sobre sus actividades. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2011 Dic. 12] ; 79(6): 683-695. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600008&lng=es.
5. Belenguer R, Siso A, Ramos-Casals M. Clasificación de la fibromialgia: ¿Existen distintos tipos de pacientes? Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2009;66(4):146-57.
6. Rivera J. Tratamiento farmacológico en la fibromialgia, Semin Fund Esp Reumatol. 2011, 12 (1): 21-26
7. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: pathogenic, diagnostic and therapeutic concerns. Pol Arch Med Wewn. 2009; 119 (3):157-61.
8. Alegre C, García J, Flórez M.T, Gómez J.M, Blanco E, Gobbo M, Pérez A, Martínez A, Vidal J, Altarriba E, Gómez A. Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Esp Psiquiatr. 2010; 38(2): 108-120
9. Romero DM, Cenjor V, Cabello A, Urueña L. Impacto de la Fibromialgia en las Actividades de la Vida Diaria. Rev Ast TO. 2006; (3): 4-10
10. Fisher GS, Emerson L, Firpo C, Ptak J, Wonn J, & Bartolacci G. Chronic Pain and Occupation: An Exploration of the Lived Experience. Am J Occup Ther. 2007; 61:290-302.
11. Gelman SM, Lerab S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. Rev Esp Reumatol. 2005; 32 (3):99-105
12. La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2012 Feb 15] ; 16(7): 417-418. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000700009&lng=es.
13. Solitar MD. Fibromyalgia: Knowns, Unknowns, and Current Treatment. Bull NYU Hosp Jt Dis. 2010;68(3):157-61.
14. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. 1º ed. Barcelona: Masson; 2006
15. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed).
16. Arroyo Naranjo A, González González J. ¿Qué AVD son las más afectadas en pacientes con fibromialgia?. Visión de la enfermedad y abordaje integral apoyado en Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011; 8 (14): [40p.]. Disponible en: <http://www.revista-tog.com/num14/pdfs/original8.pdf>
17. Buzzini M, Secundino R, Gazzotti A, Lía Giraldes R, Arbildo R. A, Druetta S, Sequeiros S, Rodríguez A, Li Mau L. Validación de Índice de Barthel. Bol depart doc invest IREP. 2002; 1(6): 9-12.
18. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta Española. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2001.
19. Gonzalez Gonzalez J. Abordaje de la Fibromialgia desde Atención Primaria. [Tesis Doctoral] Alemania: Lap Lambert Academic Publishing GmbH & Co. KG; 2012
20. Lempp HK, Hatch SL, Carville SF, Choy EH. Patients experiences of living with and receiving treatment for fibromyalgia syndrome: a qualitative study. BMC musculoskelet disord. 2009; 10:124.
21. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis. 2008;67:536-41.
22. Campbell, S.M. Group treatment of fibromyalgia: A 6-month outpatient program. Journal of Rheumatology 1996;23:521-528.
23. Collado et Al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. Medicina Clínica. 2001 ;117:401-5.
24. Nielson, WR, Merskey, H. Psychosocial aspects of fibromyalgia. Current Pain Headache Reports, 5:330-7.
25. Worrel et al. treating fibromyalgia with brief interdisciplinary program: Initial outcomes and predictors of response. Mayo clinical procedures 2001;76:384-390.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO DE ISABELLE BEAUDRY



El pasado 27 de febrero en el Club Prensa Asturiana tuvo lugar la presentación del nuevo libro de nuestra compañera Isabelle Beaudry, "Hago lo que veo, soy lo que hago: Cómo fomentar el desarrollo del niño desde la concepción hasta los doce años de vida". La presentación estuvo moderada por el periodista Carlos Rodríguez y contó con la participación del Dr. Ramos Polo (pediatra) y de la editora Ana de la Calle (ediciones Nobel). Desde el Consejo de Redacción queremos felicitar a la autora por este nuevo éxito y por su labor en la divulgación de la Terapia Ocupacional particularmente en el ámbito pediátrico.

Celebramos este tipo de publicaciones convencidos de que revierte en beneficio no sólo de la autora si no de todos aquellos que compartimos profesión. La aportación de bibliografía y de evidencia en Terapia Ocupacional es el camino principal para darnos a conocer y abrir camino para la presencia de terapeutas ocupacionales en los diferentes campo de actuación profesional.

PRESENCIA EN REDES SOCIALES

La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional se ha unido a las redes sociales. Ahora puedes seguirnos en Facebook y Twitter.



**Therapeutica Terapia
Ocupacional**



@therapeutica12

PRESENTACIÓN EN OVIEDO DEL IV CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

El pasado 8 de marzo se presentó en Oviedo, el IV Ciclo de Sesiones Clínicas, organizado por la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional en colaboración con APTOPA, FORSALUS y el hospital Monte Naranco.



El calendario será el siguiente:

8 de marzo. **Intervención en enfermedad pulmonar obstructiva crónica desde un centro de día.** Víctor Manuel Cabal Carvajal.

22 de marzo. **iSensación de vivir!: conceptos básicos de la teoría de la integración sensorial a tener en cuenta con el paciente adulto.** Isabelle Beaudry Bellefeuille.

19 de abril. **Lesión tendinosa traumática en la mano: evaluación y tratamiento rehabilitador en Terapia Ocupacional.** Bárbara Mallada Gutiérrez.

26 de abril. **hipoterapia y rehabilitación de las actividades de la vida diaria en el contexto ecuestre.** José Martínez Serrano y Ángela Nicolás Muñiz.

3 de mayo. **Intervención de Terapia Ocupacional en Daño Cerebral en el medio rural.** Efrén Álvarez Acebal.

Aprovechamos la ocasión para informar que en www.therapeutica.es están disponibles las memorias del III Ciclo de Sesiones Clínicas.

X BECA PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO O INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL SUSANA RODRÍGUEZ

La Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias, con objeto de fomentar el estudio e investigación de la Terapia Ocupacional, y de cualquier aspecto que la rodea, además de rendir un cálido y sincero homenaje a nuestra compañera desaparecida Susana Rodríguez, convoca esta Beca bajo las siguientes bases:

1. Podrán participar Terapeutas Ocupacionales y estudiantes de 3º curso de Terapia Ocupacional de cualquier nacionalidad, con obra u obras inéditas escritas en castellano o asturiano. Los autores que presenten más de una obra deberán cumplir de forma independientemente y separada para cada uno de los proyectos las formalidades que las bases establecen.

2. El objetivo de los trabajos versará sobre la Terapia Ocupacional y cualquier aspecto relacionado con esta disciplina.

3. La modalidad será la de Proyecto de Investigación, Estudio y/o Intervención. Dicho proyecto no superará los veinte folios mecanografiados a doble espacio por una sola cara y debe ser presentado por duplicado, formato papel y formato digital.

4. Los proyectos que se presentarán en sobre cerrado, incluyendo en el interior los datos del autor/es; nombre y apellido, dirección, teléfono de contacto y breve curriculum vitae. A fin de asegurar el anonimato no se incluirán dichos datos en el proyecto.

5. Los proyectos se enviarán antes del 31 de Julio de 2013 a

la siguiente dirección: Asociación profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias. Apdo. de correos 1834. C.P. 33008 Oviedo. Indicando en el sobre "X BECA SUSANA RODRIGUEZ". Los proyectos no seleccionados serán destruidos inmediatamente después del fallo del jurado.

6. EL jurado estará compuesto por tres Terapeutas Ocupacionales, designados por la Junta Directiva de la APTOPA y un secretario con voz pero sin voto. Sus nombres se harán públicos no antes de la semana anterior al fallo de la Beca. El jurado fijará en su primera reunión los procedimientos para la sucesiva selección de proyectos, siendo sólo uno el proyecto seleccionado.

7. El Jurado se reserva el derecho de designar la Beca desierta en el caso de que los proyectos presentados no tengan la calidad requerida para ser ganadores de esta beca.

8. Se establece una Beca de 500€ para el proyecto premiado. Se entregarán 400€ cuando sea público el fallo. El resto, se entregará tras la creación de la Licencia Creative Commons oportuna, entre el autor del trabajo y la APTOPA:

9. EL fallo del jurado, que será inapelable, se hará público en la primera semana del mes de Septiembre.

10. El trabajo ya finalizado será propiedad del autor que podrá decidir bajo que tipo de licencia Creative Commons permitirá distribuir su trabajo a la APTOPA, organizadora de la beca. APTOPA se reserva el derecho de la primera publicación en la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional y el derecho de cita de esta versión original.

*«La ciencia se compone de errores, que a su vez,
son los pasos hacia la verdad»*

Julio Verne (1828-1905). Escritor francés.

