

Memoria del III ciclo de sesiones clínicas

Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

Compiladores:

Gabriel Sanjurjo Castelao

José Ángel Gutiérrez Sevilla

DEPOSITO LEGAL:MA 2666-2012

ISBN:978-84-695-6733-3

EDITADO POR E-CRITICAL TRAINING. S.L.

© 2012.

III CICLO DE SESIONES CLÍNICAS

REVISTA ASTURIANA DE TERAPIA OCUPACIONAL

PONENTES:

María del Pilar Agüera Boves. Terapeuta ocupacional.

Isabelle Beaudry Bellefeuille. Terapeuta ocupacional.

Sibille Tönnissen Hoppe. Terapeuta ocupacional.

Saray De Paz Ranz. Terapeuta ocupacional.

Rubén Fernández Faes. Terapeuta ocupacional.

Gabriel Sanjurjo Castelao. Terapeuta ocupacional.

Víctor Manuel Cabal Carvajal. Terapeuta ocupacional.

Colaboradores:

Noemí Bello González.

Andrea Fernández Machado.

Ana Fernández Martínez.

Victoria García Pérez- Espinosa.

Loida Palacios Vega.

Coordinador del III Ciclo de Sesiones Clínicas:

Gabriel Sanjurjo Castelao.

ENTIDADES COLABORADORAS:



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA



Axencia Asturiana
pa la Discapacida



ÍNDICE:

ABREVIATURAS:	7
PRESENTACIÓN:	8
SESIÓN 1 “Accesibilidad invisible”	10
María del Pilar Agüera Boves. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 2 “Alimentación selectiva: evaluación y tratamiento de un niño de tres años”	22
Isabelle Beaudry Bellefeuille. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 3 “Programa de psicoeducación para psicóticos jóvenes desde Terapia Ocupacional”	36
Sibille Tönnissen Hoppe. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 4 “Intervención de Terapia Ocupacional en Ortopediatria”	54
Saray De Paz Ranz. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 5 “Malos tratos a personas mayores: puesta en común”	64
Rubén Fernández Faes. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 6 “Actualizaciones en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal”	80
Gabriel Sanjurjo Castela. Terapeuta ocupacional.	
SESIÓN 7 “Los criterios para la adaptación de la Actividad Física desde el enfoque de la Terapia Ocupacional”	96
Víctor Manuel Cabal Carvajal. Terapeuta ocupacional.	

ABREVIATURAS:

- APTOPA: Asociación profesional de terapeutas ocupacionales del Principado de Asturias.
- ATP: Ayuda a tercera persona.
- ATS/DUE: Ayudante técnico sanitario/diplomado universitario en enfermería.
- AVD: Actividades de la vida diaria.
- BOPA: Boletín oficial del Principado de Asturias.
- CAAT: Centro asesor de ayudas técnicas, sito en Oviedo.
- CAI: Centro de apoyo a la integración.
- CEAPAT: Centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas.
- CERMI: Comité español de representantes de personas con discapacidad.
- CIF: Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.
- CSM: Centro de salud mental.
- CTIC: Centro tecnológico sociedad de la información.
- DUE: Diplomado universitario en enfermería.
- EAST: Elder Abuse Screening Test.
- FEAFES: Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental.
- FM: Física máxima.
- FP: Física parcial.
- FP: Formación profesional.
- ISO: Organización internacional de normalización.
- OMS: Organización mundial de la salud.
- ONCE: Organización nacional de ciegos españoles.
- PP: Partido popular.
- RD: Real decreto.
- SAD: Servicio de ayuda a domicilio.
- SESPA: Servicio de salud del Principado de Asturias.
- SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- TIC: Tecnologías de la información y la comunicación.
- TO: Terapia Ocupacional/terapeuta ocupacional.
- TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.
- TPA: Televisión del Principado de Asturias.

PRESENTACIÓN:

Solemos centrarnos en la importancia que tiene el que estemos actualizados, en constante reciclaje, que trabajemos basándonos en la evidencia, en que seamos Terapeutas Ocupacionales con una actitud activa ante la búsqueda de formación y que deseemos mejorar en la comprensión y aplicación de los conocimientos en nuestro trabajo diario.

Sin lugar a duda, lo anteriormente citado nos capacitará para desempeñar un trabajo eficaz y de calidad, siendo parte de la ética que todo profesional de la Terapia Ocupacional debe tener. Sin embargo también debemos focalizar la importancia que tienen las personas e instituciones que proveen esa formación.

Para que se reciba una formación debe haber una o varias personas que la impartan. Esto que a primera vista resulta extremadamente obvio puede hacer que caiga en el olvido el trabajo, esfuerzo e ilusión que esas personas, junto con las instituciones pertinentes, ponen en juego para hacer que nuestra profesión crezca y que se lleven a cabo actividades como estas Sesiones Clínicas.

Desde la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales del Principado de Asturias queremos felicitar a la organización, a los ponentes y a los asistentes por poner una piedra más en el camino de la Terapia Ocupacional en Asturias. Deseamos profundamente poder colaborar en muchas iniciativas como esta.

Víctor M Cabal Carvajal

Presidente de APTOPA

La Revista Asturiana de Terapia Ocupacional quiere agradecer las facilidades prestadas por todos los ponentes para hacer posible el III Ciclo de Sesiones Clínicas. Su desinteresada colaboración, como la del resto de la organización, es un hecho que hay que destacar y felicitarnos por ello.

El documento que presentamos pretende guardar el máximo respeto a las indicaciones de los distintos ponentes. Sabemos que el formato es diferente en cada sesión. Es el resultado de seguir dichas indicaciones. Hemos preferido mantenerlas intentando conservar la frescura que una presentación oral tiene, aún a riesgo de perder la sobriedad de las presentaciones escritas. Esperamos que el lector sepa comprender las licencias que se puede encontrar en las páginas siguientes.

Gabriel Sanjurjo Castelao

Director de la Revista Asturiana de Terapia Ocupacional

SESIÓN 1 "Accesibilidad invisible"



María del Pilar Agüera Boves.

5 de Noviembre 2010.

Lugar: Salón de Actos del Hospital
Monte Naranco, Oviedo.

Moderadora: Carolina González
Suárez.

Transcripción: Andrea Fernández
Machado

ACCESIBILIDAD INVISIBLE. ¹

La *Agencia Asturiana para la discapacidad*, se crea en el año 2007 y depende de la Consejería de Bienestar Social, con el fin de elaborar y coordinar planes y programas de carácter transversal dirigidos a lograr la completa integración social de las personas con discapacidad.

La Agencia expuso que todos tengamos las mismas oportunidades, para lo que no debería trabajar solo la Consejería de Bienestar Social, sino todas las Consejerías para intentar integrar a la persona con discapacidad. Es decir, tendríamos que ir a donde fuera para trabajar la comunicación, a donde fuera para trabajar el transporte. Intentar ir metiendo campañas e ideas, sobre todo porque muchas veces es cuestión de ideas. Por ejemplo, una persona para atenderla tenga que aprender lengua de signos para comunicarse.

Las funciones de la Agencia:

La función principal de la Agencia es la creación y desarrollo de un plan de accesibilidad integral, aplicando medidas que avanza en la igualdad de oportunidades: Plan Autonómico de Accesibilidad y Atención integral a personas con discapacidad.

El CAAT (Centro Asesor de Ayudas Técnicas) empezó a depender de la Agencia. No directamente, pero funcionalmente sí. Es un centro que se desconoce totalmente. Comenzamos a hacer actividades con él, para que la gente lo conozca. El objetivo es que se convierta en un centro de referencia. Supongo que conocéis el CEAPAT en Madrid, el CAAT pretendía que fuera una mini casa adaptada, donde poder ir y preguntar sobre productos de apoyo y que te pudieran asesorar. Está trabajando un terapeuta (para mí escaso) tenemos productos de apoyo para que la gente pueda ver gran parte de todo lo que hay en el mercado. Si llamas al terapeuta que está allí en el CAAT por teléfono porque necesitas cambiar la bañera, gratuitamente acude a tu domicilio y te asesora. SERVICIO GRATUITO.

Se están haciendo unas charlas en los centros de día para asesorar a las familias de los productos de apoyo, estos servicios están a disposición del ciudadano. También se hacen visitas concertadas de colegios, desde la Agencia creemos que la sensibilización es un punto muy importante. Se está empezando

Este capítulo debe referenciarse como: Agüera Boves, M. *Accesibilidad invisible*. En: Sanjurjo Castelao, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) *Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional*. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(10-20)

a hacer un préstamo, un producto de apoyo hay que probarlo, (Juanjo, el TO del CAAT, hace una especie de préstamo durante 10 días mediante un contrato).

En un estudio de productos de apoyo con la Fundación Pro dintec, centro tecnológico para el diseño y producción industrial de Asturias que está en Gijón y que ahora está trabajando en *design for all* (diseño para todas las personas) pretendíamos diseñar y desarrollar nuevos productos de apoyo o rediseñar los ya existentes.

Otra Fundación, para nosotros bastante destacable, en relación a las páginas Web accesibles es CETIC, que está trabajando con el Principado para que todas las paginas sean accesibles. (Podemos ver la Accesibilidad de las Páginas Web)

Certamen importante en el que estamos participando es en el de INVENTA. (Certamen de diseño y discapacidad), todos los años con la escuela de ingeniera de Gijón, crea productos de apoyo, ellos se ponen en contacto con personas con discapacidad e inventan productos de apoyo.

En el estudio con la Fundación Pro dintec: Una de las ideas era para las personas en silla de ruedas que no tiene paraguas, otras era una tabla de transferencia para silla de ruedas. Se trataba de que llegaran a los empresarios para que lo crearan. Los criterios de funcionalidad, ergonomía, estética y coste y variedad. Ellos nos hacían una ficha de cada producto de apoyo: problemas, clasificación, propuesta de actuación, diseño del producto. Resumido, el trabajo concluyó que: *“Los productos de apoyo más demandados son los productos de la casa, la fregona, para hacer la limpieza...”*. Puede que la gente lo demande pero nos dimos cuenta que la mayoría de las personas que habían cubierto las encuestas eran mujeres y dejamos el estudio. Está un poco parado pero pretendemos seguir con él ya que nos parece interesante. Ver dónde está la demanda de los productos de apoyo. Resumen que nos dieron desde Pro dintec: *“Las Oportunidades para las personas, básicamente las podemos resumir en una sola: disfrute al máximo en todos los ámbitos de sus posibilidades, oportunidades. Para las empresas, existen mercados sin cubrir tanto para los productos adaptados como para los que no. Hay multitud de usuarios potenciales de productos que no existen. Tienen que comprar productos a fabricantes extranjeros porque no hay fabricantes nacionales. Los fabricantes son desconocidos por los usuarios. Era un poco encontrar los productos de apoyo que se fabricaran aquí, comprándolos fuera nos salen muy costosos”*.

Desde la Agencia hicimos un diagnóstico de la situación de las personas con discapacidad, vimos una necesidad que era el diagnóstico de las personas con discapacidad, es decir: “cuantas personas hay y el nivel de accesibilidad de Asturias”. Hicimos una actualización de la *guía de recursos para personas con discapacidad*. El balance de las personas con discapacidad no es un dato veraz,

desde mi punto de vista, ya que hay muchas personas con discapacidad que no tienen reconocido el grado de discapacidad. Los datos que registramos son personas que tienen reconocido el certificado de discapacidad, que no tiene porque ser todas las personas con discapacidad que hay en Asturias. La actualización del área de recursos para personas con discapacidad (la hicimos en el 2008) quizás queda anticuada, la tenemos en la página de www.asturias.es. Nos parece muy importante una guía que va desde nacimiento por todas las etapas evolutivas, tienes todos los recursos de una persona con discapacidad.

Otra de las cosas que hicimos fue un balance de actuaciones en discapacidad, es decir, nos pusimos en contacto con todas las Consejerías y se les pidió que nos mandaran información sobre el plan de actuación para personas con discapacidad. Miramos por toda España el balance que tenían de discapacidad, para hacernos una idea de cómo estábamos. Vimos que el punto fuerte de esta Agencia iba a ser la formación y la sensibilización.

En la Agencia está un terapeuta ocupacional, un trabajador social, una chica que es administrativo y un gestor. Cuando estábamos los tres terapeutas dentro de la Agencia, me sentía muy apoyada, nunca había trabajado con terapeutas realmente y fue muy gratificante. Lo primero que hicimos, ir por las Consejerías informando, la primera la nuestra (Consejería de Bienestar) no había nada de información. Hicimos un balance-valoración de la Consejería y la mandamos a la consejera, nosotros trabajando por la accesibilidad y esto es lo que nos encontramos.

Las barreras que nos encontramos en la calle, las gestionan los Ayuntamientos. Hicimos varios estudios, jornadas informativas y temas que iban surgiendo. Nos llegó una denuncia (no recogemos denuncias pero sí que las tramitamos o mejor dicho apoyamos) *“Es que el otro día para cruzar un semáforo madre mía!! Casi me pilla el coche, eso tiene que estar regulado en algún lado”*. La mayoría de semáforos no cumple el tiempo. Hicimos un informe a todos los ayuntamientos informando, primero por prevención, posibles accidentes. Hicimos también una reserva de taxis para los ayuntamientos como Oviedo y Gijón que tienen algún taxi adaptado, Ahora salió una normativa que cada cierto número de habitantes tiene que tener un número de taxis adaptados. Informamos de las ventajas a los ayuntamientos, esperando una contestación.

La colocación de las terrazas, están en medio de las calles y tienes que ir por los laterales. La ordenanza de terrazas está regulada por cada Ayuntamiento. Las terrazas tienen que estar colocadas en el lado contrario a la pared, pensando en las personas invidentes que no se encuentren con ningún obstáculo. Informamos a los Ayuntamientos de cómo debería ser una terraza.

Informamos de nuestros servicios que estamos abiertos a todos, es decir, a Ayuntamientos, Consejerías, a vosotros.

Metimos la formación en el Instituto Adolfo Posada que nos parecía más importante. Una fue el *plan autonómico de accesibilidad*, para formar un poco, acudió gente de Madrid. Otro curso fue de productos de apoyo, otro de propiedad horizontal, (el problema que tiene los edificios antiguos que no tienen ascensor). Las tres cuartas partes de los vecinos tienen que estar de acuerdo en poner o no poner ascensor. Hicimos un escrito en contra de esa ley, conocemos a mucha gente que vive en un 5 sin ascensor. Otra de la formación importante que se dio desde la Agencia fue de *deporte adaptado*, para profesores de educación física, una asociación de deportes de discapacidad en Asturias se puso en contacto con nosotros y nos decía, que en el colegio los profesores de educación física, no adaptan la actividad. Este curso, era para abrir un poco el campo a los profesores de educación física, no les va a servir para adaptar todas las actividades porque se necesita una formación especial, pero si les abre la mente a los “típicos” profesores de educación física.

Otra de las campañas que hicimos, fue el tema de subtítulos de televisión. Una normativa que apoya la lengua de signos y a la comunicación oral. Hicimos un estudio, y subtítulos en la Televisión Pública Asturiana, cero, no hay ninguna Televisión que tenga subtítulos, ni la TPA. Ahora hay una ley que lo regula y obliga, escribimos a la TPA. Desde la Agencia, hacemos un poco la cuestión de lo que harían las asociaciones que muchas veces no tienen el poder de hacer y somos nosotros los intermediarios, que venga firmado por el director de una Agencia es muy distinto a que lo haga una asociación.

La accesibilidad de las páginas Web. Decir cómo buscar las páginas que sean accesibles, hay una serie de criterios para que una página Web sea accesible. Hay muchos programas que conoceréis que leen las páginas accesibles. Normalmente tienen unos ítems que si eres una persona invidente puedes calcarlos y va leyendo. Las personas con discapacidad tienen medios lo que pasa es que no se aplican y no pueden acceder. Instalamos en la Agencia un sistema que se llama *teleshop*. Hay un sistema en Madrid, que es gratuito, mandas el mensaje hablado a un número de teléfono y se lo traducen a escrito, gratuitamente a su teléfono. Una persona sorda que te llama por teléfono y te comunicas con ella por el ordenador, es un servicio que para las personas sordas está muy bien. En la Agencia los tenemos y en los centros de los Ayuntamientos de Dinamización tecnológica se les dió a todos una charla del *teleshop* para que conocieran sus servicios

Se hicieron campañas con el tema de la hostelería, las barreras que encuentran una persona con discapacidad.

Sesiones de cine adaptado, todas la barreras que encuentra una persona discapacitada para ir al cine.

Trípticos y campañas informativas de distintas asociaciones de personas con discapacidad

La Agencia no cierra puertas a nadie, hay convocatorias públicas que las llevamos nosotros desde la Agencia.

Otra cosa que se hizo: un listado de centros especiales de empleo. No toda la Consejería de Bienestar trabaja con centros especiales de empleo, que son aquellos que un 70% de los que trabajan allí son personas con discapacidad. En Asturias hay muchísimos. Hicimos un listado y unos trípticos para informar a la gente.

La campaña de cine adaptado, *que no acudió ningún terapeuta*, fue en Gijón. Vino una empresa de Valencia que trabaja con chavales con discapacidad y hacen cine. Hicimos que la sala fuera accesible, no solo físicamente, hubo una película audio-escrita que fue preciosa. Una película audio-escrita, es para personas que no ven, te va comentando, todos los trozos de película que no se habla.

Otra cosa en la que participamos, desde que empezó la Agencia, las piraguas del Sella adaptadas. Lo hacen un fin de semana antes de la fiesta del Sella.

Algunos trípticos de accesibilidad de municipios, la normativa de accesibilidad quedo un poco anticuada, desde este año. Salió una nueva orden a nivel nacional, nuevas medidas para mejorarla. La orden lo que dice, es que exista accesibilidad en todas las áreas, intenta fomentar que todas las comunidades tengan la misma normativa de accesibilidad. Se hizo una campaña, en la que se involucró a estudiantes, a sacar fotos de barreras, hubo un concurso, una campaña por los colegios, jornadas informativas por los Ayuntamientos. Hablé con ingenieros sobre accesibilidad y hay mucha normativa que no se conoce y por lo tanto no se cumple.

Tenemos una ley en Asturias la 5/95 de accesibilidad y el decreto 37/2003 que especifica un poco los criterios. Nos quedamos con la 51/2003, a partir del 2003 al 2007 no se reguló más la accesibilidad. Salió un decreto en el 2007, la ley de signos y apoyo a la comunicación oral. Hay personas sordas, que entienden la lengua de signos pero personas que solo leen los labios, no todos los sordos quieren aprender lengua de signos, quieren que su niño desde pequeño aprenda a leer los labios, y a guiarse por la vista con todo. Esta ley nacional apoya las dos teorías.

Apareció una regulación de transporte también y una ley de sanción, porque como no empiecen a sancionar nadie cumple la normativa.

Hay una teoría que dice, *todos somos discapacitados dos años en nuestra vida*, cuando estás embarazada se considera que tienes una serie de limitaciones, cuando tienes un esguince en el pie, cuando vas con el carricoche, te encuentras con una serie de barreras...

La *ciudad sin barreras*, fue idea del Conceyu de la Moceda, se puso en contacto con la Agencia, para un catalogo de fotografías sobre barreras, se abrió los ojos a muchas gente para ver lo que se enfrenta una persona con discapacidad. Siempre vemos a la persona en silla de ruedas, estamos acostumbrados a esa visión. Se hizo aquí en Oviedo, con exposición de estas fotografías a tamaño grande, había productos de apoyo. Ahora, se pretende que esta iniciativa vaya por colegios, por salas y la pueda ver toda Asturias. *Hay barreras que no se ven, ejemplo el N°3 de un portal hay personas que no lo ven.* Hay una normativa que nos indica, que tiene que estar escrito en Braille, a una altura tangible al lado del edificio, hay plazas de aparcamiento reservadas para minusválidos que no están adaptadas, no tienen la anchura, no puede bajar la silla de ruedas con seguridad de que no le atropelle un coche, ponen la plaza en una cuesta.... Hay barreras que sino se profundizan, no las vemos porque para nosotros no son barreras. La barra del bar, tendría que estar rebajada para la persona con discapacidad, cartas que una persona ciega no puede leer, o una persona con discapacidad intelectual no la entiende, colgadores de polideportivos que están muy altos...

Colaboramos con el CERMI y otras asociaciones, no trabajamos solos.

Convocatorias que llevamos desde la Agencia:

La de Corporaciones Locales que es para Ayuntamientos, que no la inventamos nosotros (la Agencia) sino que ya existía, nos pasaron todo lo que podría ser de nuestro campo, barreras en general y productos de apoyo. La convocatoria de eliminación de barreras para entidades sin ánimo de lucro.

Las de programas y ayudas individuales para personas mayores y personas con discapacidad. Cosas que hayamos cambiado desde el punto de vista del terapeuta: el baremo más exhaustivo. Nosotros quisimos ser sinceros cien por cien, sale publicado en el BOPA y todos los criterios están analizados. No hay hueco ahí para meter mano de nada.

En la convocatoria de Corporaciones Locales, tuvimos en cuenta las personas con discapacidad que existen en ese municipio, y la población total. Para justificar por qué a ese le vas a dar más que al otro. Se tiene en cuenta también la accesibilidad universal, es decir, la que vale para todos. Se le dan más puntos al que contempla la accesibilidad universal. Para nosotros es muy importante que no sea una eliminación de barreras arquitectónicas como venía siendo.

Las de programas y ayudas individuales para personas mayores y personas con discapacidad. Convocatoria que solicitan las asociaciones, para la realización de un programa en su asociación. También le dimos un buen vuelco, porque era un campo muy amplio. Habían ganado siempre las más antiguas, las que venían haciéndolo años anteriores el mismo programa. Se hace una valoración exhaustiva del programa, se tiene en cuenta el programa en sí, los objetivos, y va desde una línea de fomento de la autonomía, prevención de la dependencia, hasta cultura, deporte y turismo. Para mí, es un punto a favor para las personas con discapacidad porque no se va dar una subvención hacia el ocio. Es una parte muy importante de la persona con discapacidad, que nosotros desde la agencia hemos intentado fomentar, hay cosas que son prioritarias, que tú puedas acceder a la educación, pero hay otras cosas que también te llenan como es el ocio.

En cuanto a las subvenciones, me encargo de la justificación que ellos presentan, es decir, para la eliminación de barreras me justifican con una fotografía. Miro la justificación que sea acorde con el proyecto inicial que me presentaron. Estuvimos un año entero trabajando con ingenieros y arquitectos, de los Ayuntamientos ya que muchas veces no estaba hecho de acuerdo a la normativa. Ahora hacemos las visitas *in situ*, no solo Ayuntamientos sino ayudas que se dan para asociaciones,

Ayudas individuales a personas con discapacidad y personas mayores; le dimos un vuelco y hemos incluido desde el punto de vista nuestro la ISO. Las ayudas individuales espero que todos sepan que son productos de apoyo que se dan a las personas mayores y personas con discapacidad. Hicimos un esfuerzo en buscar un precio medio en todos los productos de apoyo, primero lo pusimos por la ISO 9999.

Otra cosa que se detectó desde la Agencia, *en la ley de dependencia, de autonomía*, había un apartado que decía de las Consejerías, que apoyaran un poco el tema de productos de apoyo. Nosotros añadimos que la persona tiene que estar valorada. Es un ítem muy importante porque priorizan ante muchas personas.

También se dan subvenciones para la eliminación de barreras, hay un técnico que va a ver la obra antes de que la valoremos nosotros. Para ver si es acorde a su discapacidad. Nosotros nos tenemos que fiar de ese informe.

Más cosas que se hicieron desde la Agencia, fuimos a Vegadeo a una feria de accesibilidad, estuvimos repartiendo información.

En el *plan autonómico de accesibilidad* hay muchos recursos para personas con discapacidad, se crearon grupos de trabajo, se llamó a personas de todas las Consejerías, gente de asociaciones... el grupo que yo llevé fue cultura, deporte y turismo. Se intentaba que estuviera toda la sociedad.

En educación especial sólo había inscritas el año pasado 511 personas, el resto estaban en educación ordinaria. Hay un grupo en educación que trabaja un poco en diseño de TIC para las personas en la aulas. Hay centros destinados a personas con movilidad reducida y otros auditiva dentro de la educaron ordinaria.

En sanidad, un problema que hemos encontrado en su catálogo ortoprotésico, que está ya muy anticuado, habla de una serie de ayudas que le dan a las personas y hay muchos productos que ya no los demanda tanto la gente como antes. Estamos trabajando sobre ello y creemos que vamos a conseguir que sanidad lo cambie. Por ejemplo los audífonos, sanidad subvenciona hasta los 16 años a partir de ahí, la persona sorda tiene que buscarse la vida para comprarse un audífono. Hay un problema con la sanidad en salud mental, porque hay falta de recursos, falta de coordinación...

Llego a mi grupo (cultura, deporte y turismo) e intentamos hacer un diagnóstico en todos los campos, hicimos visitas por instalaciones deportivas, para saber cómo está la situación cuando vayamos con personas con discapacidad, para vivir *in situ* las demandas de una persona con discapacidad. En la Morgal, por ejemplo tienen la silla de piscina, que sirve para que la persona no moje su silla de ruedas, se mueve por la piscina con esa silla. La cafetería nunca es accesible. Grupo Covadonga, me quedé impresionada, bastante accesible, fue el único que vi con una camilla, hay personas que necesitan la camilla para cambiarse el pañal, ponía vestuario para personas con movilidad reducida. El polideportivo nuevo de Langreo, tuvimos una pequeña queja de una madre, no podía subir a la cafetería con el carricoche, el ascensor no llega hasta arriba, donde está la cafetería.

Conclusiones generales que se hicieron de las visitas a polideportivos y otro estudio que se hizo de visitas a museos, casas de cultura etc.. Se tiene en cuenta a la persona con discapacidad pero no a la persona con discapacidad participante. En todos los polideportivos que vas, tiene su plaza para ser espectador, pero no para entrar ahí, ir al vestuario y donde están adaptaciones por si tengo que pasar de una silla de ruedas a otra.

Se hizo otro estudio visitando playas de Asturias. Empezamos por aquellas playas que llevaba la Consejería por un convenio con Cruz Roja. Según ese convenio que tiene Cruz Roja con la Consejería, eran playas accesibles. Esas playas de accesibles tenían bien poco. Pero ese servicio se daba en esas playas. Una playa tiene que ser accesible, como una ciudad, tienes que tener tu itinerario para poder entrar en la playa, una rampa para poder acceder, una zona de sombras, una zona de estar para no andar por la arena ya que las personas en silla de ruedas o con bastón pueden quedar allí atrapadas. Tiene que tener unas pasarelas fijas, una zona de sombras, unos servicios, aseos adaptados, lava pies, los accesorios que ahora con la orden nueva se contemplan. La silla y la muleta anfibia, (muleta con un apoyo más grande en la parte inferior, para poder

ir caminando por la arena) y la boya de señalización (para invidentes) y va contando cuantas boyas estas de la playa para guiarte. La idea es que haya una pasarela desde que tú entras en la playa, hay que ponerlas bien, las ponen con distanciamientos e irregulares, con lo cual están puestas para que no nos manchemos los pies de arena en vez de para quien tienen que ser. El sur está maravilloso en cuanto a la accesibilidad. Puedo afirmarlo. Otra cosa que quiero comentar, a partir de que se empezó a hacer esto de las playas, nos pusimos en contacto con Demarcación de Costas, y resulta que todos los años da dinero para eliminación de barreras arquitectónicas en playas. Hicimos unas charlas por los Ayuntamientos, Demarcación de Costas y nosotros, comentando como tenía que ser una playa accesible, a los Ayuntamientos y técnicos. Diciéndoles aquí tenéis este hombre que os paga la adaptación de la playa.

La Agencia, no sabemos muy bien cuanto tiempo nos va durar, se creó para hacer el plan de accesibilidad, que hiciera una línea de adaptaciones para todos departamentos, educación, empleo etc. Nosotros ahí acabaríamos nuestra función.

Este es un eslogan que me gusta mucho que dice: *La discapacidad no es otra cosa que la incapacidad para entender que todos tenemos capacidades diferentes.*

Desde la Agencia, puse mi granito de arena, aunque no puedo hacer todo lo que me gustaría.

Conclusiones: La accesibilidad no cuesta dinero en muchos casos, es hacerlo bien desde el principio, es tener en cuenta la accesibilidad, integrar la accesibilidad como otro de los ítems a cumplir, información y formación.

SESIÓN 2 “Alimentación selectiva: evaluación y tratamiento de un niño de tres años”



Isabelle Beaudry Bellefeuille.

17 Diciembre 2010

Lugar: Salón de Actos del Hospital
Monte Naranco, Oviedo.

Moderador: Dr. Eduardo Ramos
Polo.

Transcripción: Noemí Bello
González.

ALIMENTACIÓN SELECTIVA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN NIÑO DE TRES AÑOS.²

Gracias por invitarme a participar en estas sesiones. Gracias a Eduardo Ramos por aceptar acompañarme, ya que como él decía, hemos trabajado juntos durante muchos años y con mucho éxito.

El motivo de pedirle a Eduardo Ramos que me acompañara en esta sesión clínica era para dejar patente que esto no es un trabajo que podamos hacer solos. Necesitamos absolutamente la colaboración del pediatra gastroenterólogo en todas las fases del tratamiento de estos problemas.

Lo que he querido hacer en esta introducción es mostraros el caso de un niño que he podido grabar desde las primeras veces que lo vimos hasta que logramos que comiera.

Es un niño que nació con un déficit de hierro debido a que durante el embarazo su madre tuvo déficit de hierro sin detectar. Nació delicado, bajo de peso y en un estado de salud precario; además, se tardó en identificar la causa de todo ello. No estuvo entubado, pero sí muy delicado de salud y acumuló un retraso en su desarrollo global. Ese fue el motivo de consulta, y no un problema de alimentación. La consulta se debió a ese retraso generalizado del desarrollo. Hasta se sospechaba que el niño tenía autismo, pero lo que tenía en realidad era un caso de hipersensibilidad táctil, muy evidente para mí, pero parece que para nadie más hasta ese momento.

Empezamos a trabajar sobre las primeras etapas del desarrollo. Vais a verlo ahora en este vídeo grabado en Abril, cuando el niño ya estaba funcionando mejor. En ese momento fue cuando la madre dijo: “Ahora, ataquemos el problema de la comida”, porque este niño se estaba alimentando básicamente de líquidos gordos y purés finos, pero ningún sólido, y lo tomaba todo en un vaso con boquilla.

Una vez que su estado de alerta estaba mejor, y el niño toleraba mejor los cambios, que lo tocáramos e interactuar con los demás, entonces nos pusimos a trabajar sobre su alimentación.

He sido fiel al título de las sesiones clínicas; voy a enseñaros lo que hago en mi práctica clínica. Evidentemente, vais a ver hacer una serie de técnicas y un tipo de material que no voy a poder explicar en detalle, pero mi propósito es que

² Este capítulo debe referenciarse como: *Beaudry Bellefeuille, I. "Alimentación selectiva: evaluación y tratamiento de un niño de tres años. En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(22-34)*

os quedéis con la idea que ha empezado a transmitir Eduardo, y es que el terapeuta ocupacional tiene mucho que hacer en este campo. Es una actividad de la vida diaria. Comer no es solamente llevar una cuchara a la boca. Todo lo que pasa después de la boca también es alimentación; sentarse a la mesa, disfrutar... Y con nuestro especial punto de vista, de asegurar una participación idónea en las actividades de la vida diaria, podemos hacer mucho. Debo decir también que mi intervención se basa en gran parte en el enfoque de la integración sensorial, en los enfoques de neurodesarrollo y, evidentemente, en la colaboración continua con los gastroenterólogos, con los pediatras. Si estos niños no comen, lo primero es, si no nos vienen derivados por un médico, derivarlos al médico porque es necesario saber si hay reflujo, si hay alergias, etc.; en definitiva, si hay algún problema médico. Porque a veces los padres dicen "bueno sí, tuvo un reflujo cuando era pequeño, pero ahora ya no". Por eso quiero que lo vea en médico, porque a lo mejor ahora ya no lo ven vomitar, pero a veces ese reflujo es silencioso, y eso sí irrita el esófago y la laringe; es decir, el niño puede tener un reflujo aunque no se vea externamente, y eso tengo que saberlo. No puedo hacer nada con un esófago irritado.

Entonces, empezamos con X, que tiene 3 años. En este momento se alimenta de líquidos y purés finos.

Vídeo 1. Aquí estoy haciendo unas técnicas de estiramiento de la musculatura facial. Y todo va bien mientras nos quedamos fuera de la boca, pero ahora veréis. Esta es una de las cosas que hay que hacer cuando hay un problema de alimentación: empezar por el resto del cuerpo, pues tenía una hipersensibilidad generalizada. Después me he acercado a la cara, y finalmente, como última frontera, los labios y el interior de la boca. Le pido que me enseñe los dientes y, de hecho, eso es un problema en la casa, con la familia: no se deja cepillar los dientes. Y aunque todavía tiene los dientes de leche, están dañados. Veis que no fuerzo mucho la cosa; estoy viendo hasta dónde puedo ir siempre manteniéndome dentro del nivel de aceptación del niño.

Ahora lo que le ofrezco es un objeto que vibra y al final tiene una parte de caucho que para muchos niños es muy agradable morder. A muchos niños hipersensibles la vibración les hace calmarse por la sensación que produce. Pero tampoco tenemos éxito con este niño.

Mirad, él me dice "no" y yo me paro. Como decía Eduardo: agarrando o forzando no conseguimos nada, no avanzamos en absoluto. Yo le digo al niño: "Hazlo tú; mete tu dedo en la boca si no me dejas a mí", porque es evidente que no se va a dejar.

Estoy muy contenta de que haya podido grabar esto, porque no se deja, y no solo conmigo, sino que no se deja tampoco con su madre. No se deja cepillar los dientes, ni evidentemente se deja explorar por su pediatra, salvo que sea a la

fuerza. Entonces, ¿qué hacemos con estos niños? Pues hay que ir con mucha paciencia.

Vídeo 2. Esta es de las técnicas más básicas. Empezamos por la cara. Está basada en neurodesarrollo: estamos estirando y relajando la musculatura facial y estamos utilizando objetos y juguetes que vibran, porque la vibración es otra de las sensaciones que ayudan a calmar esta hipersensibilidad. Le animo a morderlo. Se lo lleva a los labios, pero tampoco tiene mucho interés en llevárselo a la boca.

Son las primeras sesiones, y estoy trabajando la alimentación, pero no veis comida por ninguna parte. Tengo que entrar en la boca, pero si no tolera que lo toquen, si no podemos lograr ni que un dedo toque los dientes, entonces no podemos trabajar directamente con alimentos.

Esta es una técnica que se aplica más cerca de la boca, lo visteis en los vídeos anteriores.

Veis que el niño hace saber que no quiere. Él dice que no, y yo paro. Es un respeto continuo del ritmo del niño. No puedo trabajar con un niño que está llorando, que esta escapándose de mí, que está totalmente fuera de sí. También debéis saber que lo que estáis viendo aquí viene después de una sesión de media hora basada en el enfoque de la integración sensorial y orientada a regular el estado de alerta de modo general. Se trata de actividades propioceptivas, de tacto profundo, para que el niño llegue a este punto relajado y calmado. No llega de la sala de espera, lo pongo ahí y empiezo a tocar su cara; no. Esto va por partes.

Este otro objeto que tiene también vibra. Veis que estoy continuamente usando objetos que vibran porque a los niños hipersensibles es una de las cosas que más les gustan y que les ayudan. Ahora estamos haciendo una celebración la mamá y yo, porque ha abierto la boca, ha mordido esa pequeña estrella. Esto son los logros en los cuales tenemos que fijarnos.

Una cosa que nos ocurre mucho es que estás trabajando meses y la familia y los abuelitos dicen: “¿Y qué, funciona la terapeuta esta, come ya el niño?” Llevamos meses, pero el niño sigue sin comer. Pero, el niño que hace un mes no dejaba acercarse a su boca y que se la tocaran, ahora abre la boca para morder un juguete, y eso es un gran paso. Pero sí, sigue sin comer. Este juguete con el que está ahora no tiene ningún valor terapéutico; simplemente le gusta y lo entretiene un poco; así consigo que se quede sentado otro ratito para seguir con mi sesión. La madre está feliz, no se lo cree; me acaba de decir: “¡Lamió la tapa del yogur!” Para ella es un gran logro. Y así tenemos que medir los logros en la alimentación. Normalmente, una vez que descubren la vibración les encanta. Es cuestión de que la acepten en la boca.

Vídeo 3. Aquí estamos un mes después de haber empezado. Estos son palitos de pan duro y muy finos. Yo voy a la sección del supermercado de

aperitivos y estoy siempre buscando cosas que van en concordancia con lo que quiero. Esta vez quería algo pequeño, crujiente, ya que a este tipo de niños les gusta mucho lo crujiente y, con morderlo una vez, se va a deshacer fácilmente con la saliva. Entonces, tras este trabajo general de integración sensorial, llega el trabajo oral. Conseguimos terminar la sesión con el niño dando dos o tres mordisquitos a un palito de pan, de lo cual estoy muy contenta.

Vamos a ver su terapia en junio. **Vídeo 4.** Ahora vais a ver. He dicho que no forzamos. Pero si no forzamos nada de nada, no avanzamos. Entonces aquí se trata de hallar el equilibrio, el juguete, la motivación, lo que te puedas sacar del sombrero, para avanzar un poco más. Estoy con un niño hipersensible, entonces yo sé, por la teoría de la integración sensorial, que el tacto profundo le ayuda a estar más tranquilo. Entonces quiero ir un poco más adentro de la boca. Veo que me acepta el panecillo, y veo que estoy superando la parte de rechazo que es muy sensorial, pero estoy observando que este niño tiene un retraso motor, lo cual es normal porque nunca ha experimentado con comida sólida. Es normal que sus habilidades oromotoras no se estén desarrollando adecuadamente. Entonces él acepta meter el panecillo en la boca, lo muerde, pero no sabe hacer otra cosa que chuparlo, y con eso no vamos a ninguna parte. Entonces yo quiero ir un poco más dentro de la boca y así poder aplicar técnicas para estimular la lateralización de la lengua, pero tengo que entrar en la boca. Él todavía se muestra defensivo a que yo vaya directamente a hacer mis técnicas intraorales. Entonces, he decidido sentármelo encima; veis que lo estoy sujetando con mis piernas y brazos para ofrecerle esa sensación que le mantiene más calmado. Utilizo también un juguete que le guste, y ahora ya entro en la boca. Aquí usando una técnica de Debora Beckman, que es una técnica de presión sobre el exterior de las encías. Como en el resto del cuerpo, el tacto profundo ayuda a calmar la hipersensibilidad. Entonces con este niño tengo que seguir trabajando para reducir la hipersensibilidad intraoral para poder seguir el trabajo sobre las habilidades oromotoras. Sentado como lo tenía, no me dejaba, así que hice un pequeño apaño para poder aplicar estas técnicas.

Ahora estamos haciendo un trabajo directo de desarrollo de las habilidades oromotoras. Yo sé que ahora el niño me está permitiendo meter comida sólida en la boca, pero ahora mismo no es seguro hacerlo. He roto la barrera sensorial (“me lo meto en la boca”) pero lo deja en el centro de la boca y no sabe muy bien qué hacer con él.

¿Cómo se desarrolla la masticación? Pues con sólidos en la boca, pero él necesita una ayuda para dar este paso. No le puedo meter sólidos en la boca porque no sabe qué hacer con ellos: lo deja en el centro de la lengua y me temo un atragantamiento. Entonces, tengo que trabajar intensamente esa lateralización de la lengua y lo estoy haciendo con un mordedor. Lo animo. Y el tener algo entre los dientes, como él tenía el mordedor, lo anima a morder, y es un estímulo natural para la lateralización de la lengua. La masticación, después de todo, no es

tanto una cosa de dientes ni de mandíbula; es más de lengua: hay que saber llevar la comida a los dientes con la lengua. Todo esto lo cogemos con el centro de la boca, y muchas veces la limitación está en la lateralización de la lengua. También están los niños que se cansan de masticar, y esto es porque les falta resistencia; pero cuando se atragantan, muchas veces suele ser problema de la lateralización de la lengua para llevar la comida a los dientes. Entonces, esto es lo que estoy trabajando con él en este vídeo, animándole a morder sobre un objeto, y sé que la sencilla presencia de este objeto entre los dientes favorece que la lengua vaya moviéndose.

Vídeo 5. Ahora, me veis directamente con los alimentos. Pero antes, hemos hecho tres etapas: la etapa general del estado de alerta; la etapa de la boca, con la vibración y los masajes; y la tercera etapa, comer.

Estos aperitivos de maíz, de los que hay mil variedades, son muy útiles, porque en cuanto se mezclan con una gota de saliva se hace un puré; entonces no tengo miedo. Pero son sólidos, y entonces el niño tiene la sensación de morder un sólido y manejarlo con los dientes y con la lengua, pero sin el peligro de que se atragante.

Esto que hemos logrado después de tres meses es muy significativo. Veis que lo que estoy haciendo en este momento es metérselo yo en las muelas, porque aún no hemos desarrollado suficientemente el control de la lengua, pero si yo lo pongo en el buen sitio, él es capaz de continuar. Hay que tener en cuenta que es un sólido muy blando, que con morderlo una vez lo tiene prácticamente deshecho.

A veces, cuando estamos en la última fase, la de la alimentación con comida, volvemos a nuestros vibradores o a nuestros mordedores, porque esta actividad de comer lleva a un estado de alerta muy alto, y por eso necesitamos calmar al niño para poder seguir un poco más.

Quiero que apreciéis, también aquí, que no tengo un niño atado en una trona. Yo quiero que el niño coma, y quiero que el niño esté tranquilo, feliz, que sea agradable lo que estamos haciendo. Hay niños que han tenido tantas malas experiencias con la comida, que solo con ver la trona ya empiezan a llorar, y en este caso sucede algo así. El sentarse delante de un plato ya le provoca a este niño estar mal. Así que nosotros nos olvidamos de la silla, nos olvidamos del plato. Hay otros clínicos, que trabajan este ámbito más desde el punto de vista de la Psicología, que dicen: “Es importante que estén todos estos parámetros para que el niño se haga una idea de cómo tiene que ser”. Yo, como terapeuta ocupacional, digo: mi ocupación, comer. Si tengo que hacer cincuenta mil adaptaciones, las hago. Ya iremos restando adaptaciones para normalizar el proceso. **Primero, que coma. Lo otro, para mí, es secundario.** Y lo confirmo. Algunos dicen: “Esto es un mal hábito, porque ya se acostumbra a comer con el juguete en la mano o encima de ti...”. Ya, pero ahora está comiendo, y de la otra manera, no come.

Ahora come, que coma. Ya se sentará a la mesa. Ya quitaremos los juguetes del medio. ¿Lo importante? Que coma.

Vídeo 6. Podéis ver, por la fecha de los vídeos, que es un niño al que he estado viendo dos veces a la semana, en todo este tiempo. Lo que estáis viendo aquí, con esta boca de piñón, es todavía un patrón inmaduro. Él lo muerde, pero sigue todavía con un patrón oromotor de succión. Y como son sólidos blandos, pues acaba haciéndolos blandos y los traga, pero no es una verdadera masticación. Aprendemos también por imitación: yo abro la boca, paso los alimentos a los dientes, exagerando todos los movimientos para que me vea. Además de darle el estímulo propioceptivo, para facilitar la ideación motora a nivel oral, yo utilizo todas las estrategias: si le va a ayudar el hecho de que se lo explique, lo hago. Claro, y estoy comiendo con él, evidentemente; no le voy a dar algo de comer que no coma yo, porque también esto forma parte de ese respeto que tenemos con los niños: “Mira, está rico, mira cómo lo como yo, mira cómo lo hago”. Quería llamaros un poco la atención de que aquí el niño aún no está masticando de verdad; está chupando.

Vídeo 7. Ahora hemos pasado a un sólido un poco más consistente. Se va a deshacer con facilidad, pero es necesario morderlo más de una vez. Como os dije, me conozco bien la sección de lo aperitivos de los supermercados, y ahora es una buena época para mí, porque durante las Navidades sacan cosas nuevas que no hay el resto de año, así que me paseo por ahí a ver qué puedo encontrar.

Entonces, cuando doy los cursos de más duración, ponemos una mesa de aperitivos y analizamos la textura de cada cosa para que la gente interiorice de lo que estoy hablando. Pero aquí os lo explico brevemente. En este momento el niño tiene que masticar un poco más, pero, si al final no lo puede masticar, con tenerlo en la boca, se va a deshacer con la saliva. Algunos de los alimentos con los que se empieza a comer son el jamón York o la tortilla francesa. ¿Y qué pasa? Si no los masticas, te quedan ahí. Los niños acaban tragándolos enteros muchas veces. Por eso es mejor intentar ir con galletitas, tostaditas, biscotes, esa clase de alimentos a base de harina que con la saliva se acaban ablandando, con lo cual fomentan un poco más las habilidades de la masticación, más que los alimentos que son resbaladizos y dan menos estímulo a la boca, y que son más difíciles de detectar en la boca.

Y llegamos a agosto. Esta **serie de vídeos** la hice para un curso que daba a finales de agosto. En este vídeo no le vamos a ver comer lo que comía en su casa, pero por esta fecha ya estaba comiendo el menú familiar: el arroz, las legumbres, ese tipo de alimentos, ya un poco machacados; un poco caldoso para que fuera más fácil, pero ya lo estaba comiendo. A día de hoy no mastica un filete, pero digamos que ya es una situación un poco más normalizada.

Cuando inició la escolarización, tuvimos un paso atrás. Y esto es habitual: a un niño hipersensible, generalmente, todo lo que es la situación del colegio, el

cambio, el agobio que representa para él estar con otros niños, etc. le afecta. La escolarización hizo que estuviera en un estado de alerta muy alto cuando llegaba a casa para comer. Entonces, tuvimos unos meses de tener que volver a intensificar un poco esas técnicas, y le dije a la madre que al mediodía le pusiera algo que comiera bien; que descansara e hiciera su siesta para a la hora de la merienda volver a trabajar sobre las habilidades oromotoras. Veis aquí, que en comparación con la primera sesión de abril, el Z-vibe, que no lo quería ni ver, ahora lo está mordiendo sin ningún tipo de problema; además muerde de manera repetida, que es similar a lo que hacemos cuando masticamos.

Pero sigue teniendo la succión. No es normal que un niño de esa edad tenga todavía tan fuerte la tendencia de succión. En cuanto siente algo en la parte anterior de la boca o de los labios, ya lo vemos succionar, y normalmente en un niño de esa edad no lo solemos ver, pero claro, ha estado hasta los tres años alimentándose básicamente de succión.

Ahora estamos masticando unos picos de pan, y esto ya es duro; no están hechos a base de maíz y no se deshacen tan fácilmente. Esto es un logro para mí. Sigue siendo algo que finalmente podrá disolver con la saliva, pero requiere bastante masticación.

Él sigue teniendo la tendencia de morder dos o tres veces, y después terminar la faena chupando, mojando con la saliva y aplastando contra el paladar y la lengua. Pero aquí estamos haciendo el juego de *a ver si te oigo masticar*. “Quiero oír cómo haces crunch, crunch”. Estamos con un alimento que requiere unas habilidades de masticación más desarrolladas.

Él mira si lo puede deshacer con la saliva; se lo pasa a la lengua y ve que no puede. Entonces vuelve a intentar masticarlo. Pero es, más o menos, lo que va a ocurrir siempre; es la ley del mínimo esfuerzo: si es blando, no lo mastico. Ni nosotros lo haríamos.

Ahora, he pasado a esta pequeña secuencia: le digo: “Coge tú la comida”, porque esto a veces es un paso que requiere un trabajo; una cosa es ser alimentado, y otra alimentarse; es otra etapa. Estoy comiendo yo, él acerca su oreja; ahora come él y yo me acerco para oír como mastica fuerte.

Pongo esto para que veáis que él acepta ahora una variedad de cosas, mientras que al principio no estaba tan abierto. Ahora puedo sacar una cosa u otra. Y su madre en casa también tiene una variedad de cosas que el niño acepta.

Quería terminar haciéndoos ver la diferencia con otras técnicas que hay para trabajar la alimentación. Como habéis visto, no hubo ningún momento en que yo le forzara a comer, que llorara, etc. Tengo aquí unos videos que encontré en Youtube, que muestran que hay gente que hace unos informes de trabajo sobre niños que no comen, y lo hace de una manera, para mí, inadecuada. Pero también hay otras técnicas parecidas a las que hago yo aquí, porque usan algunas

técnicas sensoriales, de preparación muscular, pero que no tienen nada que ver. Que sepáis también que el ámbito de la alimentación está compartido entre logopedas y terapeutas ocupacionales. Y depende también de cada país el que sea un profesional u otro el que se ocupe de un aspecto determinado. Por ejemplo, en Estados Unidos son más los logopedas quienes se ocupan de los problemas de alimentación; en Canadá son más bien los terapeutas ocupacionales. Y aquí en España, creo que son los terapeutas ocupacionales también. Pero lo único que importa es que lo hagamos bien, y de que los niños coman.

Vais a ver muchos de los objetos que tengo yo: el tubito, el mordedor, etc. Como veis, la niña tiene un televisor delante con algo que le gusta. Yo no necesito vídeos. Estamos a lo que estamos, viendo lo que vamos a hacer, lo que voy a meter en la boca. (*Se escuchan lloros y gritos procedentes de los vídeos que está enseñando*). Esto lo ponen en Youtube, está contenta esta profesional con su trabajo. Yo prefiero trabajar con guantes, por razones obvias, pero un niño hipersensible te ve con los guantes y le causas rechazo. Así que yo prefiero lavarme bien las manos con un cepillo, y en cuanto termino con el niño hago lo mismo. Muchas veces el guante ya significa rechazo. Hay varios vídeos; esta profesional ha puesto toda su serie de vídeos, y si la buscáis en Google, la encontrareis. Lo que es lo más interesante es el vídeo de su éxito final, pero vais a ver en qué condiciones come. Y para mí, como terapeuta ocupacional, no me sirve. Es la misma niña, en el seguimiento, es decir, ya no está en terapia, es un vídeo que hace con la madre para decir *mira qué bien lo estamos haciendo*. Está viendo la televisión todo el rato, está la trona frente al televisor en todo momento, y la vista fijada en esa pantalla. Y eso para mí no es aprender a comer. Podemos en algunos casos utilizar distractores, pero no es un éxito que dependamos de un distractor.

“No te manches”, dice la madre. ¡Qué más da, no importa; mejor, así quizá tendría un poco menos de rechazo a la hora de tocar la comida. Aquí vemos esta reacción de *¿qué es esto que me está llegando encima?* Para mí, no está totalmente aceptada esta comida, y aquí sigue con puré, comida de bebé, lo cual no considero que sea un éxito. No está integrada la acción de comer.

Creo que el tratamiento conductual puede llegar a donde hemos visto con esta niña, es decir, no a la progresión de texturas, porque en ese vídeo las habilidades oromotoras no se trabajan. Lo único que se trabaja es la aceptación de la comida con un estímulo que motiva, como es el caso del televisor. Pero así no aprende realmente a comer, con todo lo que eso implica.

Dr. Ramos:

Nosotros en la consulta de Gastroenterología, donde estamos viendo niños con problemas de alimentación todos los días, pues nos encontramos en que llegan momentos en que tienes que poner sondas, que tienden a empeorar el problema, y creo que el terapeuta ocupacional debería estar integrado en los equipos de Pediatría, estar presente en los servicios de Oncología de prematuros, donde los niños están sometidos a sondaje, a filtración etc., donde no les puedes acercar nada a la boca porque lo rechazan inmediatamente, por esto que estamos comentando. Y luego está el reflujo gastroesofágico, que es una patología tan frecuente, que cada día se ve más, con unos problemas tremendos. En la consulta no hay un solo día donde no me encuentre un niño con rechazo a la alimentación por el tema del reflujo. Creo que tenéis ahí un papel muy importante, como lo tenéis también en los niños con estreñimiento, por ejemplo, que van al psicólogo, y vuelven, pero el tratamiento clave lo tiene que hacer el pediatra. Yo creo que cuando os enfrentéis a estos niños tenéis, como dijo Isabelle, que solicitar la valoración del pediatra para descartar que sea una causa orgánica, y a partir de ahí, ya la colaboración vuestra es muy importante.

Ruegos y preguntas

Respuesta 1: en los niños con autismo vamos a trabajar de manera parecida aunque tendremos que ser un poco más directos.

En los casos de parálisis cerebral, como hay un daño neurológico que afecta al aspecto motor, muchas veces nos quedamos enganchados a que es un problema motor, al hecho de que no coma, de que no mastique. Muchos se quedan en los purés, pero no debido tanto a un problema motor, sino tal vez a un problema de hipersensibilidad. Entonces, estas mismas técnicas, este tratamiento progresivo, puede funcionar con niños con parálisis cerebral.

Los niños con autismo son todo un reto por su rigidez: una galleta es una galleta, y no quieren comerla si está rota; los macarrones son los que salen de la bolsa roja, y no de otra.

Es muy importante que sepamos reconocer que hay límites; hay niños que nunca van a progresar, que tienen un problema neurológico grave y que nunca van a poder comer de manera segura por la boca. Y estos son los casos en los que necesitamos, sí o sí, la colaboración con los médicos. Por ejemplo, con los radiólogos podemos hacer estudios de deglución funcional, es decir, con texturas.

Respuesta 2: el doctor Ramos, en su presentación, habló un poco de esa neofobia que es normal entre los niños de uno y dos años. Sin embargo, los niños que nosotros tratamos no son los niños con neofobia; son niños que suelen tener un historial de problemas: reflujo gastroesofágico, entubación, dificultad en la transición de la comida (por ejemplo, del biberón al pecho o del pecho al biberón, porque hay niños que no quieren dejar el pecho y no aceptan biberón). Yo he

tenido el caso de dos niños, uno de ellos de un año, que solo tomaba pecho; todas las transiciones pecho-biberón-cuchara-puré-puré más texturado, etc. Esto es el signo de que el problema tiene una base fisiológica. Sin embargo, la típica neofobia, que es parte del desarrollo normal, puede verse agravado, como comentaba el doctor Ramos, por la insistencia de la familia en que coma lo que ellos quieren, cuando el niño está feliz comiendo las cosillas que le van bien en ese momento.

Una de las cosas que propongo y fomento es que, aunque respetemos el reloj biológico del niño en esta época neofóbica, los padres hagan horarios normales para que el niño coja el ritmo, porque no es bueno que la madre corra detrás del niño con el potito. Nos sentamos, y comemos. ¿No come esto? Vale, no pasa nada. También tiene que comer esto, de lo que yo le doy, pero le apetece más de lo otro. Negociamos. Claro, la galleta de chocolate es más rica que el plátano, pero un poco de lo suyo, un poco de lo mío. Pero nunca hay que convertir esto en un campo de batalla. Y cuando hemos recurrido a nuestros truquillos y el niño dice que ya no más, lo dejamos. Y si realmente estamos preocupados por el niño, su crecimiento, vamos al pediatra a que le haga un seguimiento cercano, a que le haga una exploración para ver si hay alguna cosa que pueda estar detrás de la falta de apetito.

Respuesta 3: se puede empezar a trabajar desde los primeros síntomas de que algo no va bien. He tratado niños de tres meses y de menos. Tengo en Neonatología una madre que me llamó por un niño prematuro, todavía hospitalizado. Así que, con mucha diplomacia, me presenté en la unidad de Neonatología y trabajamos allí. Este niño tenía un fuerte rechazo a acercarse a cualquier cosa a la boca.

Respuesta 4: los padres nunca van a poder hacer lo que yo hago en la clínica. Pero hay siempre ciertas recomendaciones que tienen que hacer, y con los padres que no colaboran no avanzamos. Les digo claramente que esto funciona, pero que hace falta ser un equipo; que solo con mi parte no va a funcionar o va a funcionar muy mal. Y no quiero que la gente piense que la Terapia Ocupacional no funciona; tenemos que estar ambas partes trabajando porque yo sola no puedo tirar del carro. De hecho, he tenido el caso de una mamá que ella misma tenía muchas dificultades de alimentación. Yo creo que no comía, porque unos días que le pedí que se quedara le daban arcadas al ver lo que estábamos haciendo. Entonces le pedí al resto de la familia que viniera, pero tuve muchas dificultades en ese caso. Lo que intentamos hacer es quitar los estereotipos que no están funcionando con el niño. Las técnicas específicas se las voy a enseñar; nunca voy a mandar para hacer en casa una técnica que no esté súper bien aceptada y asimilada en la clínica conmigo porque sé que el niño siempre va a aceptar menos con la madre que con una profesional. Por ejemplo, la técnica de la cara al principio solo la hago yo. Cuando veo que eso está bien, ya la mando para hacer a casa.

El trabajo con la alimentación ha ayudado a que el niño tome mejor conciencia de su boca y ha ayudado al desarrollo del lenguaje, pero con este niño lo primero que hice fue pedir que lo viera un logopeda. Es un niño hipersensible que tiene tendencia a desorganizarse fácilmente con los estímulos, por lo que hemos hecho una serie de recomendaciones al respecto. Al igual que no estamos en los equipos de Pediatría, pues tampoco estamos en los servicios de necesidades educativas especiales de los colegios. Entonces todo reposa sobre nuestro tacto, nuestra buena voluntad; lo que suelo hacer yo es ir de la mano de los padres a las reuniones de profesores a hablar con el tutor. La mayoría está muy abierta a que hablemos y después entienden mejor.

SESIÓN 3 “Programa de psicoeducación para psicóticos jóvenes desde Terapia Ocupacional”



Sibille Tönnissen Hoppe

21 de Enero de 2011.

Lugar: Salón de Actos del Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Moderadora: Loida Palacios Vega.

Transcripción: Loida Palacios Vega

PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA PSICÓTICOS JÓVENES DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.³

Buenas tardes. Muchas gracias por asistir a la sesión clínica sobre psicoeducación en personas jóvenes afectados por esquizofrenia. Voy a describir la puesta en marcha de un programa de psicoeducación en el área sanitaria de Arriondas desde Terapia Ocupacional. Surgió de mi experiencia personal y como respuesta a la inquietud de adaptarse a las nuevas demandas y necesidades en relación a la atención a los primeros brotes de psicosis.

Llevo trabajando casi 20 años trabajando como terapeuta ocupacional en los servicios de salud mental del SESPA y a mí siempre me preocupaban los pacientes que venían al dispositivo de rehabilitación con primeros brotes de esquizofrenia. Por un lado a veces enganchaban demasiado fácil y se cronificaron en los servicios o no enganchaban para nada en estos dispositivos con muchos pacientes de muy larga estancia, gran deterioro y discapacidad. Tampoco las actividades se ajustaban a las necesidades de este colectivo más bien joven.

Empecé a trabajar con psicóticos en los años 80, cuando la Terapia Ocupacional se limitaba muchas veces a hacer manualidades, en talleres con grupos grandes y poco específicos. La inserción comunitaria y la rehabilitación para una vida más autónoma y digna todavía se consideraba poco.

Ya en estos talleres salían muchas preguntas de los pacientes acerca del manejo de su enfermedad, tratamiento, pronóstico. Hace muchos años estaba, voy a decirlo así, casi “prohibido”, dar información sobre estos aspectos. Esto era el terreno del personal facultativo. Cuando había dudas respecto al tratamiento o a lo que pueden ser síntomas de la enfermedad, la técnica general era recomendar hablarlo con su terapeuta y desentenderse, seguir con la tarea, distraer. Para mí siempre fue una gran preocupación que respuestas dar y a la vez estar convencida que en la mayoría de los casos algo más de información facilitaría el manejo de la enfermedad. Por supuesto hay que saber y valorar en cada caso sobre qué y sobre todo cómo informar, centrándose especialmente en lo que interfiere en las áreas ocupacionales.

Como en todos los ámbitos hay que adaptarse a los nuevos tiempos para dar respuestas a las necesidades cambiantes. El perfil de las personas jóvenes con

Este capítulo debe referenciarse como: *Tönnissen Hoppe, S. Programa de psicoeducación para psicótico jóvenes desde la Terapia Ocupacional*. En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(36-53)

primeros episodios también cambió. Los pacientes de hoy en día no son tan “pacientes” como hace años, son más reivindicativos, mas formados y con inquietud para saber qué les pasa.

Hoy es práctica habitual informar de forma individual o grupal sobre el trastorno, sus posibles consecuencias, sus tratamientos facilitando así una mayor implicación en el proceso de rehabilitación o recuperación.

Voy a comentar un poco las características de mi trabajo. El Oriente de Asturias es un área rural muy dispersa y donde hay un centro de salud mental y un dispositivo de rehabilitación. Ambos centros distan unos 100m y se encuentran en Arriondas a lado del Hospital Comarcal. Al ser un área muy pequeña la comunicación es bastante fluida y se realizan reuniones conjuntas de forma semanal. El dispositivo de rehabilitación atiende a pacientes en régimen de 24h., a tiempo parcial o seguimiento, no cuenta con un médico propio y los pacientes siguen siendo atendidos por su psiquiatra del CSM.

Estoy adjudicada al área de Arriondas y no solo al centro de rehabilitación, que es el destino más habitual en los contratos de los terapeutas ocupacionales en Salud Mental. Me gustaría recalcarlo, es bien diferente trabajar con pacientes de un centro de salud mental con mucho peso en la prevención o con pacientes que están ingresados en un centro de rehabilitación que, desgraciadamente, lo digo yo, por falta de otros recursos muchas veces no tienen otro sitio a donde ir. La mayoría de mi jornada laboral la dedico a actividades en el centro de rehabilitación pero también desde el principio llevo actividades específicas de terapia ocupacional para pacientes del CSM sobre todo de inserción comunitaria y sociolaboral.

Para entrar en el tema os voy a comentar de qué personas estamos hablando como puede afectar una psicosis a la vida de una persona joven. Las personas con psicosis, no se determinan solo por su enfermedad sino, detrás de cada diagnóstico hay una persona con sus características individuales, su entorno, su familia, su apoyo o no apoyo. Cuando hablamos de psicosis, de verdad es un poco lo que antes se definía como locura. Con la locura hay mucho prejuicio, mucho estigma, una de las cosas que oí de mis pacientes era “la locura no se cura y si se cura no es locura” o sea es como una sentencia de por vida, cuando te cae con veinte años el diagnóstico de esquizofrenia es como si se te cae el mundo.

La psicosis es una enfermedad mental que se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad y unos síntomas poco comprensibles a veces. Hay otras enfermedades que podemos entender mejor, como estar muy deprimido, triste, ansioso pero si vemos cosas que no están, entonces esto ya es algo fuera de las experiencias normales si no andamos con drogas o nos metemos otros “viajes” que nos dan sensaciones de otro tipo.

La psicosis afecta a casi toda la personalidad no solo a un área, produce cambios en la personalidad, en el pensamiento, en los sentimientos y en concreto en el comportamiento, se inicia entre los 20 y 30 años. Este inicio temprano, en especial de la esquizofrenia, influye mucho sobre las perspectivas de una vida autónoma y plena porque cuanto antes se inicie una enfermedad mental menos formada está la persona, hay menos recursos de la vida "normalizada" vamos a decir de la experiencia de la vida. Justo en la fase de adolescencia es, cuando nos hacemos personas lo que vamos a ser de adultos. Ahí está justo la brecha, coincide con una fase de la vida muy complicada.

La psicosis en sí afecta igual a hombres y mujeres, incluye la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor grave, todos conllevan pérdida de la noción de la realidad. También hay psicosis inducidas por drogas, lo digo porque justo los chavales jóvenes que nos vienen a veces tienen un diagnóstico como "psicosis", no directamente como esquizofrenia porque hay que ver la evolución del trastorno. Para profundizar un poco en la esquizofrenia los síntomas más característicos son; alucinaciones, delirios, alteración en la forma del pensamiento (por ejemplo inventan palabras nuevas o presentan discursos con poca o nula coherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (síntomas positivos). A la vez se observan con mucha frecuencia síntomas como falta de atención, motivación, disfrute, interés, los llamados síntomas negativos. Son de suma importancia y a veces impiden más una vida autónoma que los síntomas positivos.

La esquizofrenia puede empezar, vamos a decir, paulatinamente o con un brote agudo y sobre todo el entorno se da cuenta que de un día a otro algo cambió.

Se estipula que hasta un 3% de la población puede experimentar síntomas psicóticos, la esquizofrenia afecta al 1% de la población. Cuando se oye esquizofrenia se piensa que esto es muy grave y se tiene esquizofrenia de por vida ¿no?

Bueno lo que vemos nosotros en los dispositivos de rehabilitación como Centros de Atención Integral, Comunidades Terapéuticas, Hospitales de día son sobre todo personas con mayor cronicidad. Un tercio de las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan grave deterioro, son más bien personas dependientes y pensionadas por minusvalía. Pero también hay un tercio de pacientes que tienen un episodio psicótico y desaparece, y otro tercio que están con un tratamiento de mantenimiento pero siguen trabajando y siguen con su vida.

Hoy en día se valora, la necesidad de priorizar la atención a los primeros brotes, que se haga una buena intervención temprana con la finalidad de que se evite mayor discapacidad, mayor deterioro y lo digo también mayor enganche en los servicios. En esta fase se puede trabajar, o se debería trabajar, con la familia,

con la persona misma, para que conozca su enfermedad, que sepa los síntomas que pueden desencadenar una recaída. Simplificando mucho se puede comparar un poco la esquizofrenia con la epilepsia, porque cada brote que has tenido facilita que tengas más deterioro, entonces conviene evitar recaídas, también con todo lo que conlleva, sea a nivel personal, familiar y comunitario. Hay mucho sufrimiento, experiencias negativas como ingresos forzosos en la unidad de agudos. Justo en las primeras fases suelen prevalecer los síntomas positivos, el delirio etc. y muchas veces no hay conciencia de enfermedad. Con los años y el tratamiento van aplacando un poco estas ideas y salen más a la luz los síntomas negativos. El tratamiento farmacológico de elección es el neuroléptico (antipsicótico), muchas veces asociado a otros psicofármacos. Los neurolépticos de nueva generación facilitan en muchos casos el mantenimiento en la comunidad, pero no dejan de tener efectos secundarios como pueden ser disminución de la atención, aguante físico, disfunción sexual, aumento considerable de peso, que llegan a mermar la calidad de vida. Estos cambios conjuntamente con la persistencia de ciertos síntomas negativos que a la vez se confunden con los efectos secundarios de la medicación, dificultan justo al principio la adherencia al tratamiento. En la mayoría de los casos actividades que facilitan el manejo de la enfermedad mejoran el pronóstico aunque hay que reconocer que incluso en personas con buena conciencia de enfermedad y estilo de vida saludable se presentan agudizaciones y crisis, aunque si, en menor medida.

No se puede reducir la esquizofrenia a una enfermedad solo biológica adjudicándola a un trastorno de los neurotransmisores del sistema dopaminérgico, entonces se podría decir que vale; tomamos el tratamiento y ya está. No es tan fácil en salud mental, todas las intervenciones que hacemos y también la rehabilitación dejan a más largo plazo huella en el cerebro. Cuando dejas de hacer cosas todos nos atrofiarnos en muchos sentidos. Quiero decir el conjunto de terapias, sean médicas, psicoterapéuticas y las específicas de la rehabilitación psicosocial fomentan la mejoría de los síntomas y reducen la vulnerabilidad de presentar un episodio psicótico. Especialmente en las primeras fases; un estilo de vida saludable, cuidándose, durmiendo lo suficiente, no tomando drogas, viviendo más bien un poco relajado es de suma importancia. También la red social influye mucho en el pronóstico, si hay una red social, una familia que apoya el pronóstico es mucho mejor.

Entramos ahora en el tema de la psicoeducación, que realmente no es nada novedoso en salud mental y desde hace décadas forma parte de las actividades terapéuticas y de la cartera de servicios, aunque apenas había y hay psicoeducación grupal para ciertos trastornos. Los enfoques psicoeducativos surgieron al final de los años 70 como una nueva forma de abordar el estudio de los problemas de salud mental. Se desarrolló el concepto de vulnerabilidad a presentar episodios esquizofrénicos y se empezó a dirigir el interés a los factores de riesgo y protección para la aparición de estos brotes. Especialmente se tiene en cuenta:

1. El análisis sobre el papel de los acontecimiento vitales en el curso de la enfermedad mental.
2. La influencia que tiene el estilo de vida sobre el pronóstico de una enfermedad.
3. El importante papel que juega la disponibilidad de una red social de apoyo a la hora de afrontar un trastorno psiquiátrico, que se prolonga en el tiempo.

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de uno mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno, así como de las técnicas de afrontamiento eficaz y desempeño del rol social. Es de gran utilidad porque supone la participación activa del paciente en el proceso terapéutico.

Objetivos de la Psicoeducación.

Los objetivos de la psicoeducación parten de la hipótesis de que el incremento del conocimiento y de la conciencia de enfermedad hacen a las personas más capaces para afrontar su enfermedad y así mejorar su pronóstico. Por lo que deben ir encaminados a:

- Fomentar la conciencia de enfermedad.
- Fomentar el reconocimiento precoz de síntomas.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Mejorar la adherencia terapéutica.
- Prevenir complicaciones de la enfermedad, mayor discapacidad.
- Prevenir recaídas.
- Manejar y prevenir el estrés.
- Adecuar el estilo de vida.

- Evitar sustancias tóxicas.

- Desestigmatización.

- Mejorar el apoyo familiar y social.

En los últimos años se empezó a dar más peso a la psicoeducación grupal de duración breve (8 a 15 sesiones) para afectados y, sobre todo, para familiares. Incluso se contempla su implantación en los indicadores de calidad de SESPA, aunque muchas veces por falta de tiempo u otras causas no se realizan de forma sistemática. En el caso de Arriendas no existía de forma reglada para este colectivo y mi idea se ajustaba a las expectativas del equipo. Si se llevan a cabo programas de psicoeducación, normalmente lo llevan otros profesionales y me gustaría recalcar que igual en otros dispositivos la puesta en marcha de un programa de psicoeducación para primeros brotes desde terapia ocupacional podría entrar en conflicto con otros profesionales, como psicólogos o enfermería, que lo consideran función suya. No estamos hablando de una psicoterapia grupal como grupos terapéuticos, de enfoque dinámico, cognitivo-conductual. Para mí sería un grupo socioterapéutico y de educación para la salud, aunque, lógicamente, hay que tener conocimientos profundos sobre dinámica de grupos y modificación de conducta.

No son grupos fáciles de llevar e incluso pueden provocar descompensaciones. Por eso, requisitos imprescindibles serían que el profesional tenga conocimientos profundos del trastorno, que sepa valorar las necesidades y posibilidades de cada miembro del grupo, y que tenga una experiencia larga en actividades grupales con psicóticos para poder actuar en situaciones difíciles.

Cuando se inició el programa de atención a los primeros episodios en Arriendas, coincidiendo con la llegada de un nuevo psiquiatra que había trabajado en este ámbito, pensé que sería una buena oportunidad de abrir algo de campo para mi trabajo en salud mental. La idea de ofertar un grupo de psicoeducación surgió por un lado de mis experiencias con psicóticos jóvenes y de la inquietud de dar algo de cobertura a sus necesidades desde Terapia Ocupacional. Por suerte conté con el pleno apoyo de mi coordinador que me facilitó programas con qué habían trabajado. Después de profundizar en el tema de psicoeducación grupal para primeros brotes de esquizofrenia, ninguna guía se ajustaba exactamente en tiempo y forma a la posible intervención. Existen bastante más guías o programas de psicoeducación para familias no solo desde los servicios sino sobre todo de asociaciones de familiares como FEAFES que se están llevando a cabo desde hace años con buenos resultados. Hay bastante menos guías y publicaciones actuales sobre psicoeducación grupal para esquizofrenia y apenas para la intervención temprana. Varios estudios sobre este tema con sus guías y programas correspondientes se están realizando y pendientes de publicación que

convalidan su eficacia. A continuación os voy a presentar una pequeña lista de guías que me sirvieron para elaborar el programa específico de Arriendas.

Guía psicoeducación familias personas diagnosticadas psicosis

Autor: Benedicto Crespo Facorro ; [et al.]

Año: 2010

Editor: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria

Este manual educativo surge a partir de la experiencia del Programa Asistencial de las Fases Iniciales de la Psicosis, desarrollado en Cantabria. El objetivo de la guía es mejorar la educación familiar y social en torno a los trastornos mentales. Describe los conceptos más importantes para entender la psicosis, la recaída, el tratamiento y recomendaciones ante los síntomas de la enfermedad.

Schizophrenia: The journey to Recovery, A Consumer and Family Guide to Assessment and Treatment,

Asociación canadiense de Psiquiatría, Sociedad canadiense de Esquizofrenia, Servicio Público de Salud de Canadá; 2007

Schizophrenia & Substance Use, Information for consumers

Asociación canadiense de Psiquiatría, Sociedad canadiense de Esquizofrenia, Servicio Público de Salud de Canadá; 2007

LA ESQUIZOFRENIA. De la incertidumbre a la esperanza

FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales); 2000

Un camino de vuelta: El tratamiento de la esquizofrenia y su cumplimiento

Autor: Alfonso Rodriguez, FEAFES, 2004

MITOS EN PSICOSIS

Autores: J.J de la Gándara Martín/ L. Garcia Carbonell, Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Burgos, 2007

Como afrontar la esquizofrenia

Autores: S. Rebolledo, MJ Lobato; 2005

A continuación os presento el programa del grupo de psicoeducación. Previamente había presentado una propuesta en una reunión de área de salud mental. Ahí se ofreció un psiquiatra para participar en este grupo y asumir la parte que sería la medicación, efectos secundarios y todas estas cosas y me parecía genial. En general fue muy bien acogido, porque hay mucha petición en las consultas que el médico les explique cómo va todo pero hay mucha demanda y presión asistencial en Salud Mental que el médico suele tener poco tiempo, entonces los médicos voy a decirlo así, vieron muy bien esa propuesta así al menos ciertos aspectos se tratan ahí.

Programa de Psicoeducación

- Perfil: Personas jóvenes con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento en el CSM de Ariondas,
 - Número de participantes: 8 a 9 personas
 - Imparten: Sibille Tönnissen Hoppe y Oscar Fernández Torre (Módulo 6)
 - Ubicación. Salón de Actos del Hospital Comarcal “ Grande Covian”
 - Temporalización: 4.5, 18.5, 1.6., 15.6., 29.6., 13.7., 27.7., 10.8., 2010
1. Horario: Martes de 12 a 13.00 horas.
 1. Presentación, normas del grupo, expectativas, temario y objetivos, el concepto de psicosis.
 2. Información acerca de la psicosis y sus síntomas.
 3. Información acerca de las causas y precipitantes.
 4. Factores de riesgo y de protección.
 5. Reconocimiento de señales de alarma, prevención de recaídas.

6. Información acerca de la medicación y sus efectos.
7. Autonomía, habilidades sociales, integración comunitaria.
8. Resumen, preguntas

Os cuento un poco sobre los factores que influyeron para escoger este formato. Una de las grandes cuestiones que había era donde lo hacemos. Como no enganchaban en hospital de día entonces pues ya desde el principio pensé nada, hay que buscar un sitio más neutro, un sitio en la comunidad donde se marca menos, porque desgraciadamente tenemos la fama del mini manicomio de Arriondas. Lo realizamos en el salón de actos Hospital Grande Covian de Arriondas. Entonces pusimos fechas cada 15 días y esto también tiene su porqué..., porque casi la mayoría de las personas con esquizofrenia tiene un tratamiento “depot”, que es un inyectable que se administra en ciertos intervalos y que libera paulatinamente el neuroléptico. Cada 15 días o 14 días les toca un inyectable que garantiza el tratamiento, como hablamos de que son pacientes que no tienen mucha adherencia al tratamiento es un poco la forma de asegurara el tratamiento. Para facilitar la asistencia hacíamos coincidir las fechas del grupo y de los “depots”, importante en una zona rural donde las distancias son largas y el transporte público es escaso. Otro factor era como evaluar los resultados del curso. Se pasa un cuestionario de conocimiento a cerca de los trastornos psicóticos al principio y al final del curso. Se llama **Cuestionario del Conocimiento Acerca de los Trastornos Psicóticos KASQ – Modificado**. Es de Canadá, y también un cuestionario de satisfacción o control de calidad. Lo digo un poco porque me parece muy importante poder valorar realmente si sirve de algo, o sea, si yo tengo luego la sensación que la actividad fue bien y me gustó pero no tengo nada palpable que demuestre la eficacia de lo que hice, al final no se puede demostrar. Creo que los terapeutas deberíamos ir un poco en ese camino no solo qué se hacen actividades que supuestamente van bien, si no que haya resultados que avalen el beneficio de la intervención.

Se realizó según la siguiente metodología:

- Derivación del CSM, persona de referencia- DUE del CSM
- Se establece contacto previo entre TO y participante, facilitando teléfono de contacto
- Se pasan:
- **Cuestionario del Conocimiento Acerca de los Trastornos Psicóticos KASQ - Modificado** y un cuestionario de control de calidad
- Exposición de los temas correspondiente, fomentando la participación activa y facilitando la discusión y la aclaración de dudas, a través de ejemplos y de experiencias propias.

- Entrega de documentación en papel
- Se pretende crear un ambiente acogedor y de empatía, abierto a sugerencias y modificaciones.

Ahora os voy a enseñar el KASQ que se pasó con algunas preguntas a modo de ejemplo.

Cuestionario del Conocimiento Acerca de los Trastornos Psicóticos KASQ - Modificado

- Este cuestionario evalúa lo que sabe el grupo en este momento acerca de los trastornos psicóticos. No se trata de un examen si no de una herramienta que nos ayuda a comprender hasta que punto el participar en el grupo de psicoeducación te ha ayudado a mejorar tu comprensión acerca de tu enfermedad, su tratamiento, su prevención y tus derechos.
- También nos será útil para perfeccionar futuras ediciones del grupo para ayudarte a ti y a otros pacientes.
- Te agradecemos tu colaboración y el tiempo que le has dedicado, que nos serán de gran ayuda.
- Para completarlo, sólo debes leer cada pregunta y rodear con un círculo la respuesta que consideras que es correcta. Recuerda, no temas equivocarte, ya que nadie te está examinando.

A continuación algunas preguntas de cuestionario :

¿Cuántas personas tienen esquizofrenia?

- uno de cada 1000
- uno de cada 100
- uno de cada 10
- 20 de cada 100

¿Cómo se sabe si una persona tiene un Trastorno Psicótico?

- Preguntando a la persona por ideas extrañas, delirios, alucinaciones, o si nota o siente las cosas como si no se fuesen reales.
- Haciendo rayos X, como un escáner o una resonancia.
- Determinando si la persona está trabajando o no.
- Mediante tests especiales de sangre.
- Todas las anteriores.

¿Qué áreas de la vida puede afectar a una persona un Trastorno Psicótico?

- a. El pensamiento
- b. Los sentimientos
- c. El comportamiento
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Todas las anteriores

Un delirio es:

- a. Ver cosas que no están realmente ahí.
- b. No es un síntoma de Trastorno Psicótico.
- c. Un sentimiento de tristeza.
- d. Una creencia que parece muy real, incluso aunque sea totalmente falsa y aunque no la comparta ninguna otra persona.

Una alucinación visual:

- a. No es un síntoma propio de los Trastornos Psicóticos.
- b. Es ver cosas que no están realmente ahí.
- c. Es un tipo de delirio.
- d. Es un síntoma que la psiquiatría no puede tratar.

¿Cuál de las siguientes es una posible causa de esquizofrenia y trastornos psicóticos?

- a. Ser maltratado por un padre en la infancia.
- b. Recibir escasa educación.
- c. Una alteración bioquímica cerebral combinada con estresantes de la vida.
- d. Ninguna de las anteriores

Una persona con un Trastorno Psicótico

- a. Puede ser curada rápidamente con hipnosis.
- b. Siempre experimenta un empeoramiento de su enfermedad a lo largo de la vida.
- c. Es muy probable que puede ser ayudado con las medicinas correctas.
- d. Finalmente, irá mejor sin ayuda.

¿Cuáles son las posibilidades de recuperación completa de la esquizofrenia?

- a. 100%
- b. 0%
- c. 33%
- d. 50%

¿ Qué síntomas de los Trastornos Psicóticos tienden a no mejorar con los antipsicóticos?

- a. Sentirse aburrido.
- b. Alucinaciones.
- c. Delirios.
- d. Problemas en el pensamiento.

Se pasó cuestionario de Control de Calidad, que era anónimo y tenía como objetivo recoger una valoración final de los participantes del curso.

1. **Contenido del curso** (interesante, conocido, útil).
2. **Formadores** (explicaciones claras, atención a los participantes, creación de un ambiente agradable, trato).
3. **Tiempo y espacio.**
4. **Impresión global** (utilidad para el manejo de la enfermedad, valoración general del curso puntuando de 0 a 10).
5. **Sugerencias para otros temas y profundización en algunos:**
 - Psicoeducación para otros colectivos y otros trastornos
 - Autonomía personal,
 - Medicación,
 - Alimentación,
 - Entrenamiento cognitivo y en habilidades sociales,
 - Información sobre derechos y leyes relacionadas con Salud Mental,
 - Información sobre integración comunitaria, asociaciones de autoayuda,..

El programa se realizó en las fechas previstas, con 9 participantes. Incluso pensamos al principio que igual eran pocos, como habitualmente hay bastante abandono o faltas de asistencia en este perfil. Eran todos varones entre 19 y 36 años, como veis no solo eran psicóticos de todo jóvenes, pero si les llamaría psicóticos con espíritu joven, que pensábamos que podrían beneficiarse de esta intervención. No había ninguna chica y eso tenía también sus porqués. Justamente en los servicios de salud mental, según mi experiencia, hay bastante más varones que mujeres. Los varones hasta hoy en día según su educación sus roles y eso, autonomía en la AVD`s y todo eso tienen muchas veces menos nivel adquirido ¿no? y las chicas voy a decirlo así, no todas, se da un perfil de menor deterioro, al menos saben hacer ciertas cosas que permiten la autonomía y en los chicos tenemos muchos retos, perfil de familia muy protectora y más bien cuando ya no son jóvenes a veces con 30 o 40 años y los padres tienen el miedo de que va a ser de mi hijo cuando yo ya no puedo y tal..., y nos toca hacer rehabilitación a partir de 40 que ya es más bien complicado. Entonces en este grupo como tenían solo una chica prevista para meterla al final decidimos que no, porque una sola chica entre los chicos igual no y fueron todo chicos.

La mayoría con diagnóstico de esquizofrenia, uno con un trastorno vamos a decir bipolar pero hay mezclas, hay trastornos que se llaman esquizoafectivos que tienen un poco de ambas partes y luego un chico con un trastorno obsesivo compulsivo que les dio mucha pena porque con este hay que hacer algo y como no sabían que hacer lo incluyeron, mejor que haga algo ¿no?... A mí me chocó un poco, porque al principio yo no lo sabía pero como en este grupo íbamos a hablar de los síntomas de psicosis bueno va a ser un experto en psicosis pero para el sólo ...bueno....

En relación a los años de contacto con los servicios de salud mental había mucha variación, la gran mayoría con más de 10 años en contacto, 1 persona con menos de 5 años y 2 con menos de 2 años..

El 60% ha sido ingresado en la unidad de agudos, y el mismo porcentaje estaba con un tratamiento "depot".

El 20% con estudios primarios, el resto con FP o bachillerato, la gran mayoría ha trabajado de forma renumerada menos de un año o nunca. Durante el curso había 2 personas que estaban trabajando el resto con una pensión mínima, con las consecuencias que tiene esto, de que mejor que "no te muevas así tienes la pensión de por vida" y perspectiva bien poca.

Convivencia: todos viven con la familia sea con los padres o con la madre cuando haya fallecido el padre o hubo divorcio, o con hermanos cuando ya no hay más familia. Solo uno del grupo tenía relación de pareja, los demás no o incluso nunca la han tenido. Ahora vamos a tratar el consumo de tóxicos, el 90% habían sido o eran fumadores, los que lo dejaron, lo dejaron por problemas físicos como

cardiopatías. El consumo actual de tóxicos sobre todo alcohol y cannabis era muy extendido (65%).

Entonces lo que tratamos en nuestro grupo eran psicosis, síntomas, causas precipitantes, riesgo de protección, reconocimiento de señales de alarma, prevención de recaídas, información acerca de la medicación y los efectos lo hizo mi compañero Oscar. No me limité solo a lo estrictamente relacionado con el trastorno, porque el diagnóstico no determina la discapacidad, sino más bien las capacidades conservadas y autonomía que tienes en la vida. Hablé bastante de autonomía e integración comunitaria y estas cosas. Era un grupo muy dinámico, no era como ahora aquí en la charla tal cual, sino con mucha participación de la gente. La mayoría de los pacientes que formaban parte del grupo eran pacientes con una esquizofrenia paranoide. Mi experiencia personal es también que hay muchos pacientes con esquizofrenia paranoide que son lo suficientemente listos para esconder su delirio o su paranoia porque de experiencia saben... si lo dicen en algunos ámbitos. Entonces más vale no decir nada, callarse, y controlan bastante bien, lógicamente se pueden agudizar a veces. En el contexto del grupo con un ambiente acogedor, de empatía de confidencialidad, fueron bastante sinceros con los síntomas que tienen.

Les hice así un pequeño cuaderno de papel algo casero y los temas estaban abiertos a sugerencias y modificaciones. Una de las modificaciones que se hizo era hacer una sesión más que la llamamos "Cineforum" vimos una película que se llama "Solo" de Vicente Rubio que trata de una experiencia de una persona afectada por esquizofrenia y luego lo comentamos y de verdad fue bastante bien. Muchos de los participantes entablaron contacto más estrecho, quedaron después a tomar café, intercambiaban sus números de teléfono e incluso surgió alguna amistad que perdura hasta hoy.

A continuación os presento algunas distorsiones que influyeron en la marcha del grupo.

- Adjudicación de la causa de la enfermedad a factores externos como familia, escuela, mili, pérdida de trabajo.
- Confusión entre síntomas de la enfermedad y efectos secundarios de la medicación.
- Manifestación de contenido delirante
- Facilidad para distraerse, disminución de la atención selectiva
- Creencias místicas, religiosas importantes
- Conocimientos específicos de los participantes adquiridos sobre todo por Internet, con informaciones erróneas.

- Beneficio secundario de la enfermedad.
- Estigmatización
- Distorsiones comunes con otras actividades grupales
-

Conclusiones

Respecto a usuarios:

- Alto grado de satisfacción (8,97 de 10) con el curso.
- Alto grado de satisfacción con la formadora (9,52 de 10) con el curso.
- Alto grado de compromiso con la actividad (87,6 %)
- Aumento de conocimiento sobre la enfermedad y su manejo
- (KASQ inicial 65%– KASQ final 80% de respuestas correctas)
- Facilitó el contacto fuera del grupo y el apoyo mutuo
- Mayor adherencia al tratamiento durante el curso

Respecto a Servicios:

- Potencialización de la psicoeducación grupal para trastornos específicos como: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, TOC, trastorno límite de la personalidad, adicciones.
- Formación de personal interdisciplinar
- Psicoeducación grupal para personas con menor capacidad de aprendizaje y de manejo de la enfermedad.
- Psicoeducación para familias
- Utilización de recursos comunitarios
- Mayor adherencia al tratamiento durante el curso
- Fomento de estudios sobre la eficacia de dichos programas, valorando a largo plazo recaídas, ingresos,....

SESIÓN 4“Intervención de Terapia Ocupacional en Orto geriatria”



Saray De Paz Ranz.

18 Febrero 2011.

Lugar: Salón de Actos del Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Moderadora: Victoria García Pérez-Espinosa.

Transcripción: Victoria García Pérez-Espinosa.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN ORTOGERIATRÍA.⁴

Muchas gracias por la presentación de Victoria daros las gracias a todos por vuestra presencia aquí y, por supuesto, también a todos los miembros de la organización por este ciclo de sesiones clínicas.

Os voy a exponer un caso clínico de una paciente de ortogeriatría, os contaré al final la importancia de todo este caso creo que radica en la elaboración de un protocolo específico de intervención de Terapia Ocupacional (TO) en el paciente de ortogeriatría. Sin más vamos a empezar a desarrollar el caso.

Se trata de una mujer de 75 años, diagnosticada de una fractura medial de cuello de fémur izquierda desplazada. Se la intervino el día 14 de enero con un sistema de artroplastia total. Su situación basal previa: padecía hipertensión arterial y asma crónico (a tratamiento y controladas), no tenía deterioro cognitivo y su índice de Barthel previo era de 95 únicamente por incontinencia de urgencia. Era independiente para actividades instrumentales de la vida diaria de hecho vivía en una casa unifamiliar en Llanes con terreno y ella se encargaba absolutamente de todo. Esta casa disponía de escaleras y bañera. Como observaciones relevantes, el médico rehabilitador, en este caso, nos indica que ha sufrido caídas de repetición en el domicilio y alrededores en los últimos años sin repercusión hasta la actual. La prescripción que nos hace el médico rehabilitador es “Protocolo de Intervención de Terapia Ocupacional en Geriatría” y, como observación importante, nos señala que está autorizada la carga parcial. Comenzamos el protocolo que consiste en:

Primero, valoración de TO. En este caso, utilizamos el índice de Barthel modificado de Granger ya que como sabéis discrimina mucho más los ítems y, en este caso, puesto que se va a realizar un entrenamiento bastante importante a nivel de tren inferior nos interesa más, distinguir las puntuaciones sobre todo en el vestido. La segunda parte es educación sanitaria, tanto al paciente como a la

⁴ Este capítulo debe referenciarse como: *De Paz Ranz, S. Intervención en Terapia Ocupacional en OrtoGeriatría.* En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(54-63)

familia, en tratamiento postural y transferencias. La tercera educación en actividades básicas de la vida diaria. La cuarta entrenamiento con productos de apoyo. Y como última parte, educación sanitaria al paciente y a la familia en seguridad, prevención de caídas y adaptación de entornos.

Su índice de Barthel modificado al ingreso fue de 48. Al tercer día de tratamiento comenzamos el tratamiento postural en cama. Empezaríamos a hacer 1) ejercicios activos de miembro superior (con ayuda de trapecio) para fortalecer ambos miembros superiores, 2) ejercicios activos de la extremidad contralateral, importantísimo puesto que va a tener una sobrecarga en el miembro inferior sano. En el caso de esta señora, se le prescribieron también ejercicios de fisioterapia respiratoria por el problema del asma. 3) En la cadera intervenida empezar con isométricos de cuádriceps. 4) A la vez que se trabajan los isométricos de cuádriceps, se le prescriben también ejercicios de Buerger de retorno circulatorio, algo fundamental también ya que el paciente de ortogeriatría es un paciente con altísimo riesgo de padecer una trombosis venosa profunda o una embolia pulmonar de hecho se les aplica prácticamente a todos la profilaxis, por lo que estos ejercicios son muy importantes. 5) Empezaríamos con movilización pasiva y activo-asistida fundamentalmente de flexo-extensión de la articulación intervenida (excepto rotaciones). Los ejercicios de isométricos de cuádriceps se pueden hacer poniendo una toalla o una cuña debajo pero yo prefiero hacerlo con la mano, con mi propio brazo, porque así noto si el paciente está ejerciendo presión. Estos ejercicios es importante que el paciente los automatice, se los aprenda y fundamental que la familia se implique y los haga con ellos. El paciente, sobre todo estos primeros días, va a pasar mucho tiempo en cama y estos ejercicios los debe repetir varias veces al día, sobre todo por la tarde que es cuando nosotros no vamos a estar. 6) Ejercicios de abducción y aducción de cadera. 7) Ejercicios previos a la sedestación: empezar a situarse sentado solo sobre la cama. Aquí tenemos que tener bastante cuidado. Esta fase es bastante importante y tenemos que estar atentos a varias alertas como son las constantes vitales, la disnea, sudor, frecuencia cardiaca, etcétera. Muchos de ellos están con anemia. Una intervención de cadera es una de las intervenciones donde más sangre se pierde y el paso de estar completamente tumbado a sedestación aparte de los nervios, miedo, etcétera, suele estar acompañado de reacciones vagales.

Es importante que lo hagamos despacio, que incorporemos antes el cabecero de la cama y cuando el paciente está bien iniciemos la sedestación.

Cuidados posturales en cama: una de las cosas más importantes es contar con un colchón firme (tipo material viscoelástico, espuma, etcétera) eso tiene un grado de recomendación A según la SIGN. Porque son pacientes con un altísimo riesgo de padecer úlceras por presión. Si no disponemos de ello, forma parte de nuestra labor prescribir a la unidad correspondiente que pongan este tipo de colchón.

Altura de la cama adecuada.

Dormir: importante en decúbito supino con almohada entre ambas piernas para evitar las rotaciones mientras duermen. Cuando puedan acostarse de lado que no tiene por qué pasar mucho tiempo, a lo mejor al tercer día pueden acostarse de lado, importante: sobre el lado intervenido.

Empezamos el entrenamiento en entrar y salir de la cama, entrar siempre lo vamos a hacer por el lado sano, con la pierna intervenida en la mayor extensión posible. Salimos por el lado afectado con la pierna intervenida en máxima extensión posible, en el caso de que no pueda la asistiríamos por el lado malo o si no nos ayudaríamos del trapecio.

Aquí estamos ya iniciando la sedestación. Podemos añadir muchos más ejercicios para empezar a preparar los miembros inferiores para la posterior bipedestación y marcha. Importante, ejercicios analíticos de cuádriceps, combinados de Buerger, ejercicios de circunducción a nivel de tobillo, y que lo repitan varias veces al día.

Inicio de bipedestación, solamente inicio, si tolera empezamos a indicarle también que puede hacer ejercicios leves de apoyo para fortalecer la musculatura de los gemelos.

Iniciamos bipedestación con descarga.

Transferencia de la cama a la silla.

Primeros desplazamientos transferencia cama-silla, lo haremos con ayuda de dos personas, lo ideal sería el familiar y el terapeuta, y luego posteriormente colocaríamos el andador.

Movimientos contraindicados: importantísimo recalárselo al paciente y a la familia: prohibida la flexión con rotación interna y aducción de cadera.

Empezamos el entrenamiento en sedestación-bipedestación, importante: asiento semirrígido altura media suelen ser 55 cm para una estatura estándar. A la hora de levantarse indicaremos al paciente que se siente primero lo mas al borde de la silla que pueda, la pierna intervenida con la máxima extensión posible y la buena, evidentemente es la que flexiona, posteriormente apoyaríamos en el reposabrazos y después en el andador. Es muy importante que estas secuencias les queden muy claras y que queden muy bien aprendidas. A la hora de sentarse, muy peligrosos los giros. Ambos miembros inferiores estarán tocando la silla, andador y posteriormente reposabrazos. Hay que insistir mucho en que vaya bajando con la pierna intervenida en máxima extensión posible, despacio y sin lanzarse a la silla. Es importante que la rodilla siempre este más baja que la cadera y los pies separados aproximadamente 15 cm. Se le dan ese tipo de pautas para que tengan una referencia porque si quedan con las piernas muy juntas, la cadera va a ir a rotación interna y aducción que es lo que no queremos.

Entrenamiento con el andador y deambulación, estaríamos hablando del tercer/cuarto día. Primero el andador, segundo la pierna intervenida y tercero la pierna sana. En cuanto lo autoriza el médico rápidamente se les quita el andador a parte de por ir dándoles más autonomía por el hecho de que el andador crea postura muy viciosa y tienden a la postura en flexo. Que no sobrepase la pierna la línea inferior del andador. Andadores siempre con rueda delantera y taco trasero. Aprovechando que ya empezamos la deambulación y que hace una bipedestación en bastante buenas condiciones, añadiríamos también ejercicios para fortalecer gemelos y ejercicios para fortalecer abductores y aductores de cadera. Esto con mínima ayuda o supervisión de la familia lo pueden hacer.

Empezaríamos la reeducación en actividades básicas como es el ir al baño. Es importante vigilar la sobrecarga articular fundamentalmente en los pacientes

intervenidos con sistema de osteosíntesis, importante evidentemente que el baño este lo más adaptado posible.

El vestido. Como siempre recomendar ropa cómoda, fácil de poner, que no sea demasiado apretada.

Entrenamiento con productos de apoyo como son el calzador de mango largo, calzamedias y la pinza de largo alcance. La secuencia, la misma, siempre empezaremos a vestirnos por la pierna intervenida en el caso de que sean pantalones e insistir mucho en evitar las posturas nocivas. A pesar de que les estas entrenando con productos de apoyo, tienden a flexionarse y agacharse.

El calzado: ajustado, horma ancha, plano... Vigilar movimientos contraindicados porque la tendencia es a flexionar.

Empezaríamos el entrenamiento en escaleras, sólo si la familia colabora, si no, se les dan las recomendaciones por escrito y se les asesora de la mejor manera. Se sube con la pierna buena y posteriormente subimos la mala y los bastones. Si se les enseña bien el patrón eso les da seguridad y rápidamente lo automatizan. Para bajar a la inversa, bajaríamos primero los bastones (que es sobre lo que nos vamos a apoyar), pierna mala, pierna buena.

Como norma general, van a utilizar los dos bastones durante las seis semanas después a la intervención quirúrgica. El paso del andador a los bastones es muy rápido, si tolera carga y el paciente va bien, rápidamente empezamos con bastones ingleses. Bastones durante seis semanas y a partir de ahí pasarían a un bastón inglés si puede ser de mano mejor y siempre al lado contrario de la cadera intervenida. Posteriormente, a partir de la octava semana, aproximadamente después de dos meses, que es cuando vienen a la revisión con el traumatólogo se les valora la posibilidad de quitar ese único bastón.

El automóvil. Evidentemente el entrenamiento en automóvil no lo hacemos. Se dan una serie de recomendaciones, es algo que, sobre todo si son hombres, tienen mucha gana de volver a coger el coche y se les insiste muchísimo en que no deben cogerlo antes de las ocho semanas, entre seis y ocho semanas, después de la intervención. De hecho la mayoría de pacientes que se van de aquí de alta, lo hacen en ambulancia en la camilla tumbados. Entraríamos por el lado

sano, les recomendaríamos que echaran el asiento lo más atrás posible y el respaldo lo más inclinado que puedan hacia atrás. Tienen que elevar el asiento porque ya sabéis que los coches suelen tener el asiento muy bajo. Como truco, colocar un plástico o una bolsa encima porque van a hacer el giro mucho más fácil. Entonces, entraríamos por el lado sano, el lado intervenido en máxima extensión posible. A la hora de salir al contrario, sacaríamos primero la pierna intervenida y luego el lado sano ayudándonos del asidero y con una ayuda de tercera persona o andador a la hora de salir del coche.

La última parte del protocolo de ortogeriatría sería la intervención en factores de riesgo modificables para la prevención de caídas. Esto tiene un grado de recomendación A. Entregamos un manual con aspectos relacionados con la seguridad del entorno, eliminación de barreras arquitectónicas, productos de apoyo, prevención de caídas y accidentes en domicilio. Damos en principio lo que son aspectos generales para todos los pacientes.

La estancia media son siete/diez días no son mas. Se va de alta con Índice de Barthel modificado de 72, precisando ayuda en: bañera (recordar que la señora tenía bañera y no ducha), transferencias y escaleras.

Os incluí aquí la clasificación de Garden, es la clasificación que se utiliza para las fracturas mediales de cuello de fémur. Tipos de fracturas hay muchas, tipos de clasificaciones hay muchas por su localización, por su desplazamiento que es esta, etcétera. La más utilizada y la más validada en las fracturas de cuello de fémur es la de Garden. Distingue cuatro tipos de fractura: los tipo I y II son fracturas no desplazadas, con lo cual, bueno luego lo veréis, precisarán sistema de osteosíntesis. En cambio, las tipo III y tipo IV son fracturas completas, una con desplazamiento parcial (que es el tipo III, es de las más frecuentes) y otra con desplazamiento total.

Los criterios en el caso de una fractura medial de cuello de fémur, en el caso de que no sea desplazada (Garden I y II) directamente sistemas de osteosíntesis: clavo tornillo, placa tornillo.... Sí que hay unos que son el tipo "Ender" que ahora mismo no se están utilizando porque consideran que están contraindicados, dieron muchos problemas hace años. Fractura desplazada, menor de 75 años el paciente, nos vamos también a osteosíntesis. Más de 75

años que tiene baja demanda funcional, no tiene una vida demasiado activa, con una esperanza de vida de tres años o menos se hace una hemiartroplastia. Si el paciente tiene más de 75, activo, buen estado general, esperanza de vida de más de cinco años: artroplastia total. Una artroplastia tiene una vida media de diez años, más o menos, aparte de que calculan más variables: el estado funcional previo, la edad, la comorbilidad previa, el estado mental...El cirujano antes de intervenir tiene en cuenta muchos factores.

Os incluí también la escala de Holden que es la escala que utiliza el médico rehabilitador cuando hace la primera valoración. Es una escala de valoración de la marcha, no tiene nada que ver con Tinetti que valora equilibrio y marcha. Es una escala para valorar la marcha, independientemente del tipo de ayuda o producto de apoyo que use el paciente. Marcha nula o ayuda física de dos personas que sería lo que tiene la mayoría, un tipo cero al ingreso. El médico rehabilitador va y hace la primera valoración "según la escala de Holden" independientemente que a la paciente le este valorando con ayuda del andador o de la hija y de él mismo. Es una escala que se utiliza fundamentalmente para este tipo de pacientes. Al alta la mayoría se suelen ir con un tres/.

Para finalizar simplemente os he querido recoger una serie de datos relevantes para que tengamos muy en cuenta. Las unidades de ortogeriatría según la SIGN, que sabéis que es la clasificación escocesa la más validada para valorar este tipo de estudios y ensayos, da un grado de recomendación A a las unidades de ortogeriatría. ¿Por qué? Porque disminuyen la morbilidad, disminuye la mortalidad dejándola por debajo de un 5%, disminuye la estancia hospitalaria pasando de 17'3 días a 10'3 días aproximadamente, tienen mayor precisión diagnóstica y cuentan, en la mayoría de los casos, con unidades con implicación multidisciplinar, grado de recomendación B, nivel de evidencia 2B. Esto quiere decir desde el anestesista hasta el terapeuta ocupacional, así tal cual viene en la bibliografía.

La sedestación y movilización precoz tienen un grado de recomendación A.

La educación sanitaria al paciente y a la familia tiene un grado de recomendación B, algo que nos compete directamente a nosotros.

La prevención de caídas y la intervención en factores de riesgo modificables formando parte de un equipo multidisciplinar, en el cual estamos incluidos los terapeutas ocupacionales, tiene un grado de recomendación A. Y por último, todos los paciente de más de 70 años que hayan sufrido una caída en el último año deben de estar sometidos a un programa de estrategia de prevención de caídas; esto tiene un grado de recomendación D porque de momento no hay metaanálisis ni ensayos que lo apoyen pero si ha habido estudios y un grupo de expertos que han recogido varias ponencias y varios trabajos por distintos hospitales han llegado a esta conclusión.

Insistir en la importancia de establecer un protocolo de intervención de Terapia Ocupacional y que ese protocolo esté basado en la evidencia científica que es lo más importante.

SESIÓN 5 “Malos tratos a personas mayores: puesta en común”



Rubén Fernández Faes.

18 Marzo 2011.

Lugar: Salón de Actos del Hospital Monte Naranco, Oviedo.

Moderadora: Ana Fernández Martínez.

Transcripción: Ana Fernández Martínez.

MALOS TRATOS A PERSONAS MAYORES: PUESTA EN COMÚN.⁵

Justificando el tema es porque en Asturias hay muchos terapeutas que trabajamos con personas mayores, hay otros que ya trabajaron alguna vez con personas mayores, y otros que trabajaréis el día de mañana seguramente también con personas mayores.

Aparte, no solamente en recursos específicos sino también, por ejemplo, valoradores de la ley de dependencia, que están con personas mayores de vez en cuando. Esta problemática existe no está quizás tan de moda o es tan obvia como el maltrato infantil o sobre todo de género pero es algo que debemos tener en cuenta.

Sé que es muy teórica la definición de la OMS pero hay que darla porque existe, tiene una definición propia. Ahí la veis: “Es el acto único o repetido, falta de acción apropiada que ocurre dentro de cualquier relación –que esto es lo importante- donde existe una expectativa de confianza. Causa daño o angustia a una persona mayor”. ¿Qué es lo que quiero recalcar de esta definición? Lo que no hay. Intención. En ningún momento se habla de que sea algo intencional. Es decir, el hecho de que queramos hacer daño a una persona mayor puede ser, pues un agravante o el hecho de que fue sin querer, pues un atenuante en un juicio, pero el maltrato está hecho, entonces la intención da igual.

La definición más utilizada en libros, suele ser siempre compararla con la metáfora del iceberg; en el cual todos sabemos que la parte visible es la parte más pequeña por encima de la superficie del agua, que es lo que vemos del maltrato, y, por debajo, está la mayor parte del iceberg en realidad y es la mayor bolsa de maltrato que se estima que hay y que no se detecta. Y que aunque no se detecte, hay indicios de que está ahí.

Entonces ¿qué es la punta de iceberg? La punta de iceberg es esto. Son noticias que salen de vez en cuando en periódicos o sobre todo en noticias en Internet, depende. Hay que fijarse que siguen un patrón, por ejemplo, este de aquí, dos muslos de pollo para 30 comensales en un hogar para ancianos. Un poco, poco. Detenidos dos hermanos por maltratar a sus abuelos, uno de ellos enfermo de Alzheimer. Es como un batiburrillo de... podemos ponerlo en Internet, y

⁵ Este capítulo debe referenciarse como: *Fernández Faes, R. Malos tratos a personas mayores: puesta en común.* En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(64-79)

sale esto, nos salen este tipo de noticias. Incluso las tenemos aquí. Un piloñés condenado por empujar a su madre, de 72 años, que sufrió contusiones.

En este recuadro azul pone maltrato a mayores y piensas que te va a hablar un poco de la problemática de los malos tratos a personas mayores, que realmente te va a dar una pequeña base teórica o alguna estadística. Todo lo contrario, nos habla de otro caso en el cual un nieto pegó a su abuela. ¿Qué es lo que pasa en todo esto? Que siempre alude al maltrato físico. Casi siempre alude al maltrato físico y es por una razón, porque es más morboso, es más llamativo. No veremos nunca una noticia en la que ponga un cuidador no lleva nunca a su madre a un médico de cabecera aunque lo necesite. No es una noticia que venda, pero sin embargo, también es maltrato.

Por eso hay que recalcar la tipología del maltrato. Hay muchos tipos de malos tratos. De hecho, el más común, es la negligencia o abandono. La diferencia entre uno y otro es que la negligencia es en instituciones y el abandono es en las familias. Luego también está el físico, el psicológico y luego el financiero. El financiero también es muy importante y es muy difícil de detectar. Eso sería más cosa de los bancos, llevar más control de quien firma, qué consentimientos hay, etc..

Situaciones de riesgo. Es decir, cuál es el caldo de cultivo que hay ya sea en las casas o ya sea en las instituciones que favorece una situación de malos tratos.

- Domicilio: estrés del cuidador. Este es el básico, es la base de la pirámide, realmente todo lo que vaya a decir después redundará en eso, en mayor estrés de cuidador y mayor probabilidad de que se acabe ejerciendo un maltrato sobre la persona mayor. Por ejemplo: deterioro funcional del paciente, aislamiento social o falta de recursos. Si nos damos cuenta, tanto la falta de recursos como el aislamiento, es decir la falta de apoyos o el deterioro funcional, los que repercuten siempre en el estrés del cuidador. Que no sabe manejar todo lo que se le viene encima con una persona mayor y cuanto más dependiente, peor.
- Y en las instituciones: personal poco preparado o formado, la sobrecarga de trabajo, los ratios de personal son muy importantes, y la falta de controles e inspecciones.

Factores de riesgo. Esto es la “espada de Damocles” que está sobre la cabeza de una persona mayor. Lo que a una persona mayor le hace más vulnerable, es decir, qué comparten las víctimas de malos tratos y qué nos hace pensar que estadísticamente tienen mayor probabilidad. Pues son personas que sufren: aislamiento social, alteración de las funciones cognitivas, dependencia emocional, trastornos de ánimo, como por ejemplo depresión o ansiedad, y deterioro funcional, es decir, dependencia para realizar las AVD’s.

Y llegados a este punto es, por ejemplo, en centros de día, ¿hay alguien que no reconozca toda esta serie de ítems, por decirlo de alguna manera, en alguien

del centro de día? Es muy común en los centros de día, es que realmente es el perfil general de las personas usuarias de un centro de día. Así que ojito.

Entonces llego a esto del *viejismo*. Que *viejismo* es un término que últimamente está más en boga, porque, a ver, *viejismo* es un poco todo. Estamos en una sociedad bastante viejista en el sentido de cremas antiarrugas, tratamiento antiedad, cirugía plástica... Una persona mayor ve la tele y supongo que se sentirá fuera, totalmente aislada de la sociedad. Una sociedad que realmente no le quiere, sea por su aspecto físico, sea por lo que sea.

Muchas veces también los profesionales hablan de las personas mayores como si fueran un subgrupo, es decir, un reducto de la población, una especie de etnia diferente; pero no, es que son personas, personas de mayor edad, con unas necesidades quizás diferentes, más dependientes, pero que son personas, y eso es una cosa que no podemos olvidar nunca. Y no se entiende desde la sociedad, desde ninguno de sus niveles. En el sentido de, hablando con el Inspector de policía del servicio de familia, tienen un registro de toda la violencia de género que hay, cada vez que atienden un caso de violencia de género se registra y va a una bolsa determinada. Cada vez que hay un caso de violencia infantil se registra y va a otro caso. Y, sin embargo, cuando hay un caso de maltrato a una persona mayor no. No se tiene constancia ni de cuanta gente hay, ni si tienen determinadas patologías a lo mejor, ni nada. Estamos hablando de que se mete todo en violencia doméstica, es decir, es lo mismo pegar a mi abuela de 89 años con Alzheimer que pegar a mi hermano. Entonces no se registra en ninguna parte, por tanto yo también lo considero un poco así. A lo que vamos hoy es a un par de ejemplos.

Primera situación que son casos reales. Todo lo que voy a decir hoy son casos de verdad. Va un familiar a su médico de familia para pedir por favor que a su madre la deriven a un neurólogo o algún especialista que la pueda atender algo mejor porque piensa que quizás su medicación no esté muy bien regulada. Y esto es lo que, pongo pauta médica un poco por cachondeo porque..., bueno... Y esto es lo que dice el médico a la familiar sobre su madre. Lo que su madre necesita es un pijama de madera. A ver, todos sabemos que se estaba refiriendo a un ataúd y, claro, la cuestión no es solo eso sino que además es que no la deriva realmente. O sea, no es que haga este comentario ciertamente ofensivo sino que además lo ignora completamente. ¿Por qué? Porque es mayor entonces... porque la voy a derivar ya a un especialista para gastar dinero, para pruebas y total, para dos telediaros que le quedan. Un poco es esa la situación que se ve.

Otra situación en la cual, pues lo mismo, una cuidadora va al médico de familia con la familiar y le pide por favor que le derive a psiquiatría para hacerle un análisis psiquiátrico ya que, desde niña presentó muchos problemas a nivel conductual, tuvo conductas disruptivas y no tiene ningún análisis psiquiátrico y si le gustaría tener uno, aunque sea mayor, por lo menos que alguien le vea, por

hacer algo. Y lo que le dice el médico es esto: que le dé Haloperidol. Cuando la familiar pregunta de qué forma se lo doy el médico dice: Ya vas midiendo tú. Ya vas midiendo tú, o sea, le metes tú las gotas que quieras y la vas controlando poco a poco.

Imaginando que esta persona hubiera accedido, o sin mala intención, porque lógicamente estás siguiendo el consejo de un médico, y hubiera hecho eso. Hubiera cogido este medicamento, se lo hubiera administrado más o menos como ella quiso, en caso de una sobredosis, ¿quién sería el responsable en este caso? ¿El médico o la familiar? Ese es el tema.

Hablando de médicos y de malos tratos, surge siempre la mala praxis. Siempre se habla, sobre todo en los médicos, y digo sobre todo en el gremio de los médicos, cuando matan a alguien o cualquier cosa, cuando cometen un error grave que afecta a alguien se dice, es que fue mala praxis, perdonar. Y parece que tenemos que decir, “ah vale, era mala praxis, no quería, fue un fallo técnico”. No. No es un fallo técnico, quiero decir, tienes tu parte de responsabilidad. Entonces hay una imagen de Quino, que a mí me gusta mucho, que desde mi punto de vista simplifica realmente la relación que hay entre mala praxis y maltrato. Y es esta. La enfermera realmente está haciendo una mala praxis, porque no es una forma de sujetar a un paciente, etc. Es decir, esta cosificando a este señor, pero, además está ejerciendo un maltrato. O sea, siempre está relacionada la mala praxis con el maltrato. Puede que a priori no, quizás pensemos que el hecho de desconocer la patología de un paciente que tenemos pues no le hace daño, pero a la larga o a la corta le va a hacer daño cuando tengamos que empezar a tratarle. Es básica, la mala praxis en el fondo es lo mismo. Es un tipo de maltrato.

Esto me parece importante porque somos todos terapeutas. Cogí de las pequeñas cosas que deben tener en cuenta los profesionales, para no caer en malos tratos. Las tres que me parecen muy importantes y específicas para la Terapia Ocupacionalson:

1. La falta de estimulación necesaria para la realización de las AVD's. Está probado que es un tipo de maltrato, lo que pasa es que yo considero que esto nos afecta directamente a nosotros como terapeutas ocupacionales.
2. Productos de apoyo innecesarios. Por ejemplo, cosas que fomenten más la dependencia que la autonomía del paciente. Como sillas de ruedas antes de tiempo, etc.
3. La obstinación terapéutica. Lo hablamos ya en el curso de bioética. Es un tipo de maltrato. La obstinación terapéutica es cuando yo digo que esta persona va a caminar. Pero si o si. Y la persona puede no querer, la persona puede estar sufriendo, la familia puede decir déjalo, tus compañeros pueden estar diciendo pero tío. Que yo te digo que camina. Y venga. Eso es obstinarse, pero a ver, al final estás haciendo sufrir a una persona, estás haciendo maltrato a una persona, sobre un paciente en este caso.

Entonces, la Terapia Ocupacional tiene mucho que decir dentro de los malos tratos a personas mayores. Tanto para valorar un caso como para intervenir directamente en otro. Detectarlo, por supuesto. Detectarlo, para eso estamos todos, pero también para meternos de lleno en los casos, tiene su justificación. Ciertamente nosotros valoramos el nivel de autonomía de un paciente, ciertamente nosotros valoramos en entorno de un paciente, y también podemos valorar las aptitudes del cuidador en cuestión. Valoramos la salud, en recursos como centros de día, que es un recurso intermedio. Nosotros somos el único técnico sanitario en la mayoría de los casos, entonces podemos valorar determinadas cosas que otra gente quizás no pueda.

Bajo este prisma que yo defiendo, pienso que tenemos un sitio ahí, que tenemos que hacernos valer. Podemos decir que estamos incluidos en la red IMPEA que es la, es en inglés, es la International Network of Prevention of Elder Abuse. Es la red internacional de prevención de maltrato al anciano. Tenéis la página Web, realmente ponéis IMPEA en Google y os sale, está muy bien, hay mucho material, lo que pasa que está en inglés.

Estamos en el Observatorio del Mayor, en el Comité de Bioética del Principado de Asturias, en los Servicios Sociales municipales del área de mayores, y sería bueno..., pero no. No estamos realmente en nada. No estamos en nada de esto, y de hecho no estamos contemplados en los centros de día como una figura importante cuando hay un caso de malos tratos.

Es decir, me oiréis hablar siempre de centros de día, como trabajo en uno siempre voy a referirme más a él, pero en casi todos los sitios cuando hay un caso de malos tratos a una persona mayor no se nos tiene en cuenta, de hecho se nos aparta. ¿Y quién lleva el caso generalmente? Suelen ser dirección, trabajo social y, de vez en cuando, psicología. Nosotros no, para qué, nosotros somos los que llevamos el gimnasio, y camina bien. No tiene problemas para caminar entonces qué problema hay. Claro pero nosotros también podemos entrar en ese tipo de cosas. Vamos, creo yo, y es lo que intento demostrar.

Después de todo esto, ya vemos lo que son los malos tratos, que tipos hay y...¿Cómo se previene?

Hay 4 áreas de prevención que son: primordial, primaria, secundaria y terciaria.

Primordial en evitar la aparición o consolidación de patrones de vida que aumenten los factores de riesgo. Es decir, el aislamiento social, la falta de recursos, la mayor dependencia para realizar las AVD's, etc.

¿Podemos entrar ahí? Yo creo que sí.

- Primaria, evitar incidentes, casos nuevos, control de causas y factores de riesgo. ¿Podemos? Yo creo que sí. Todo lo que estuve diciendo antes del aislamiento social, falta de aptitudes del cuidador, el estrés del cuidador...

En todo eso podemos entrar, realmente podemos entrar. En unos recursos más, en otros menos, yo creo que sí que podemos entrar.

- Secundaria, reducir la prevalencia. Es decir, los casos que hay. Detección e intervención precoz. Luego hablaremos de la detección de los casos. Es muy difícil detectar un caso realmente de decir, “ah mira, es que esto es maltrato”. Es muy difícil de hecho sospechar realmente. Decir, “oye, estoy sospechando un caso de maltrato”. Hay que ser muy prudente en este tema en concreto.
- Luego la terciaria, que es la última, sería una vez detectado el caso, sacado de la problemática, pues reducir el progreso y minimizar las secuelas. Por ejemplo, ¿qué secuelas puede haber en una persona mayor que padece malos tratos o que haya padecido en este caso malos tratos? Puede padecer fracturas, depresión, fobias... ¿Podemos entrar ahí nosotros a rehabilitar? Creo que sí.

Detección. Esto parece que gusta, porque es como que podemos decir “mira este tiene...”, pero luego no es tan fácil. Quiero decir, la realidad tiene muchos prismas. Y hay que darse cuenta de ello. Cada familia es un mundo totalmente diferente, por ello es complicado. Pero bueno, hay unos signos y hay determinadas cosas que nos tienen que hacer encender la bombillita encima de la cabeza y decir, “cuidadín aquí que, puede que algo pase...”. No para decir, “llama a la policía...”, no. Pero si para decir, vamos a coger y vamos a estar sobre ello.

Dos columnas. En verde puse más la esfera emocional de del paciente y en morado puse, un poco más, la esfera más bien física, funcional. Son signos, que nosotros podemos ver en una persona mayor y nos tiene que encender un poco la bombilla. Vamos a ver de cuantos trabajáis aquí con personas mayores cuantas reconocéis o veis casi a diario en vuestros centros. Se muestra temeroso ante su cuidador, se queja de que no es tratado de forma adecuada, no se atreve a responder por sí misma, baja autoestima o agitación. Bastante comunes, me parece a mí.

Y en la otra lesiones que no se justifican con la causa (no hace falta explicarlo), descuido en higiene y aspecto físico, úlceras por presión (es un signo), caídas de repetición, enfermedades no tratadas o mal cumplimiento terapéutico...

Yo no sé vosotros..., y no creo que en Nava sea algo diferente pero esto se ve casi a diario. En los centros de día se ve casi a diario úlceras por presión o baja autoestima o enfermedades no tratadas incluso, caídas de repetición en el domicilio. Se ve, se detecta.

En el cuidador. Los cuidadores depende que recurso sea los podemos conocer o no, incluso pues puede ser un profesional, ¿por qué no?. En residencias por ejemplo...

Entonces, descripción de la persona mayor como una carga, falta a varias citas médicas de la persona mayor. Pues que, oye avisas tiene un ojo que sangra o tal. Ya la llevaré yo al médico cuando pueda.

Culpabiliza al mayor, que esto también se puede ver bastante. No es que se cae pero por fastidiarme a mi o es que, se mea pero es por fastidiarme a mí. Es que tiene una mala leche. Y tú ya.

O cuenta historias incongruentes o contradictorias acerca de cómo ha ocurrido un determinado hecho.

Signos de alerta en instituciones.

- ✓ Utilización abusiva de medidas que aumenten o anticipen la dependencia. Lo que hablábamos antes, ya sean absorbentes, ya sean por ejemplo cinturones o sillas de ruedas o cosas que de repente tenemos a una persona que camina y a los dos meses tenemos a una persona que está encamada, atada y con un absorbente. Pues, a lo mejor, se anticipó.
- ✓ Infantilización en el trato. Vuelvo a decir, no lo digo yo, esto está escrito. Hay que tener cuidado como tratamos a las personas mayores, vuelvo a decir que son personas. Es muy popular la frase de es que son como niños. Ya, pero no son niños. Pueden parecer a veces que tienen cosas como “de guajes” pero no lo son. Merecen todo nuestro respeto. Lo merecen realmente y debemos de tratarles siempre acorde a su edad. A todo el mundo les tratamos acorde a su edad. Hay que tener mucho cuidado.
- ✓ Falta de respeto a la intimidad. Como por ejemplo decir a sus compañeros o delante de sus compañeros cosas que son de su intimidad. O ir al baño y las puertas abiertas. Sabemos lo que es la falta de respeto a la intimidad.
- ✓ Rigidez en las normas y horarios. Toda institución que se precie generalmente presume de ser muy flexible. Es decir que cuando llega una persona nueva al centro es como, no, nosotros nos adaptamos a ella. No suele ser así, realmente suele fallar bastante eso, se quedan en simples palabras. Al final las instituciones suelen forzar a la persona mayor a adaptarse a las necesidades bien del personal, o bien del centro en concreto. Por una razón de horarios, o de que no moleste tanto o tal. Realmente no se ve tanta flexibilidad después, por lo menos con la gente con la que hablo, por lo que dicen...
- ✓ Tendencia a la obstinación terapéutica.
- ✓ Limitación de asistencia por razones de edad o patología. A ver cómo explico esto... Estamos hablando de limitación de asistencia, es decir, no queremos tratar a alguien o no queremos pasar mucho tiempo con alguien. Un terapeuta ocupacional debe tratar a todos los pacientes por igual. Es decir, todo el mundo merece un tratamiento. Vale que los objetivos sean diferentes, vale que el tiempo sea diferente, porque a lo mejor la actividad es diferente. Pero si estamos hablando de personas con gran deterioro cognitivo, sabemos que quizá no sea tan grato trabajar con ellos como personas con poco deterioro cognitivo que te dicen: “Gracias me siento mucho mejor”. Y una persona con gran deterioro cognitivo no te lo va a decir pero aún así nosotros tenemos que trabajar sobre ello. Por eso nosotros no podemos nunca darle de lado.

Estábamos hablando de signos de alerta de cosas que nos tienen que hacer encender la bombilla y decir, puede que pase algo. Entonces el ejemplo es este:

Una señora se cae y su cuidadora llega a las 10 de la noche y dice que la encuentra tirada en su habitación más bien debajo de la cama, toda magullada. Cuando se le pregunta cuánto tiempo estuvo esta mujer sola en casa, nos responde que no estaba sola, estaba su hijo. La casa es así. En la parte roja vive la mujer de la que os estoy hablando que estaba en el suelo con su cuidadora contratada que vive con ella. Y en la planta de arriba vive su hijo. Pero arriba tiene una entrada independiente y no se comunica con el piso de abajo. De forma que aunque esté bajo el mismo techo, desde mi punto de vista, estaba sola.

Este es un protocolo, que es el protocolo Tomita, que supuestamente sirve para mejorar todo, porque es un protocolo entonces nos dice que hacer con un caso de malos tratos.

Cuestionario de despistaje de la Canadian Task Force. Es canadiense como podéis ver, y supuestamente está ideada para encuentros rutinarios con personas mayores. Las preguntas que se hacen en este cuestionario, alguna claro es: ¿le han tocado sin su consentimiento? o ¿tiene miedo a alguien en casa? Los estudios también dicen que en nuestra cultura quizá esta escala sea demasiado agresiva, demasiado intrusiva en la intimidad de la persona. Quizás nosotros nos sentimos un poco más vulnerables si nos preguntas este tipo de cosas. Quizá en nuestra cultura sí.

La de Hwalek- Sengstock, la EAST, que habla sobre todo de potenciales situaciones abusivas que es, por ejemplo, ¿confía en la mayor parte de su familia?, ¿alguien le ha dicho que da usted demasiados problemas? Y son solo de sí o no, son muy sencillas. Vuelvo a deciros, esto os sirve para el trabajo realmente pero no podemos decir: oye es que tiene un 10, es que seguro que está maltratado. No, no podemos decir ese tipo de cosas. Esto simplemente nos sirve como una guía, un apoyo, pero no es algo definitivo. Jamás lo es.

Y luego los indicadores del maltrato en cuidador y persona mayor. Claro, habla por la parte del cuidador, y por otra parte por la persona cuidada. Entonces habla de esa persona que si el cuidador potencialmente se puede convertir en la persona que ejerce malos tratos, y si la persona cuidada es una persona que potencialmente puede sufrir malos tratos.

¿Qué hacer?

Yo creo que esto sí es importante, porque yo suelto todo esto y decís, vale Rubén, y yo ahora llego a mi centro, tengo un caso y ¿qué hago?

- ✓ Informar a la persona de referencia en el centro. Trabajadora social, detección, jefe de área... Cada uno sabe que persona de referencia hay en su institución, en su trabajo. Tiene que haber alguien a quien tú puedas decir, "oye, es que estoy viendo esto".
- ✓ Avisar a las autoridades en casos de peligro inminente. Esto es raro pero sí se puede dar. Se puede dar sobre todo en hospitales, o en residencias...

Que lo ves, y que a lo mejor es agresividad física y entonces pues tienes que separar a la persona y tienes que llamar a la policía. Eso es algo que hay que hacer, pero vamos, no por ser terapeuta sino por ser ciudadano. Esto ya es una cosa más de decir, lo harías también en la calle, quiero decir, ves a dos personas peleándose o ves esto pues, algo hay que hacer ¿no? Son casos muy puntuales, es algo muy raro pero existe.

- ✓ Saber que están a nuestra disposición determinados servicios como el Letrado del Anciano o Servicios Sociales.
- ✓ Y por último denunciar. Aquí si quiero entrar porque parece que yo os voy a decir que llaméis a vuestro abogado y –“oye ten un abogado y cuando veas un caso de malos tratos te llevas tío a testificar y tal”- no. No os voy a decir eso porque sería absurdo. Lo que sí os animo es a denunciar la situación al Letrado del Anciano, Servicios Sociales... Pero hay que notificar. Por ejemplo, nosotros trabajamos en una residencia de personas mayores y vemos que es una institución que ejercen malos tratos sobre las personas que allí están y, cuando nosotros marchamos, aunque a nosotros nos quede mejor cuerpo porque ya no lo vemos, eso sigue estando ahí y algo tenemos que hacer. No nos vale con la tranquilidad que nos da el hecho de no verlo, o sea, tenemos que saber que eso sigue pasando aunque no estemos allí y algo tienes que poder hacer.

Y ahora, ya voy a pasar al caso en centro de día. Es un caso real. Ya lo dije antes, todo lo que expongo es real. Me parece más interesante.

Información previa al centro de día.

¿Qué se sabe?

-Pues que del paciente: es una mujer de 76 años. Es viuda. Consta como casada pero no cobra pensión de viudedad porque no lo notificaron. Es analfabeta. Jubilación por gran invalidez, y en Argentina hasta 2006. Esta es una fase bastante confusa en la cual el hijo dice que estuvo en Argentina unos dos años o así, con camisa de fuerza, que le pegaban, que tuvo un internamiento ahí un poco bestia y que la sacó de allí. Pero no se sabe muy bien ni cuánto tiempo, ni porqué, ni nada. Y además con bastantes contradicciones parece ser.

-Cuidador: Es su hijo, 48 años, casado y con hijos, estudios primarios, trabajador por cuenta ajena y escasas aptitudes domésticas. Parece una tontería que ponga escasas aptitudes domésticas pero el hecho de que sea su cuidador influye.

-Entorno: La vivienda no es fija, es un alquiler rotatorio, es decir, una familia que va cambiando cada poco su residencia, con tantas adaptaciones como cambios de vivienda hay, evidentemente. El núcleo familiar, es decir, con quién vive esta mujer es con el hijo, la mujer del hijo, la consuegra y la hija de ambos. También es una persona conocida por Servicios Sociales, tiene Ayuda a Domicilio. “Conocida por Servicios Sociales...”, que quiero decir con esto, que es una persona que desde siempre pues, no tuvo muchos apoyos. Entonces Servicios Sociales hizo un seguimiento de siempre, de esta persona.

El cuidador principal, que es el hijo como ya dije, no ofrece los cuidados óptimos por no encontrarse generalmente en casa, su trabajo le impide. De hecho tiene largos meses de ausencia por su trabajo, y deja a su madre sola.

Bueno, sola..., con su consuegra, con su tal..., que son los que realmente cuidan a la madre.

¿Por qué entra en el centro de día?

Porque hay un divorcio. Entonces los cuidados reales desaparecen. El hijo se queda pero los que realmente ejercían los cuidados no están. Hay una falta de recursos económicos, hay una negativa a la residencia ya que esta mujer había sido ingresada, como ya dije antes en un psiquiátrico, mal recuerdo, y entonces pues prefiere algo intermedio como es un centro de día.

¿Con quién convive esta mujer ahora?

Con su hijo, su nueva pareja y su hija adolescente.

Empezamos en el centro de día.

Primera entrevista en el centro de día: no hay informes médicos por tanto no hay un diagnóstico claro. Algún papel pone por ahí que tiene trastorno bipolar. Pero no hay un diagnóstico claro ni ningún informe. Acaba de sufrir un cambio de domicilio reciente, la usuaria ni opina, ni decide, ni se queja, es una usuaria totalmente pasiva. Es cuidador reitera la labor hacia su madre todo el rato en la entrevista y su deseo de cuidarla. Y desde Terapia Ocupacional, en ese momento se valora que ya en la primera entrevista, que lo que hay que hacer es mejorar el patrón de marcha, ya que tiene alto riesgo de caída pero en casa deambula sola así que se dan unas pautas ya para el domicilio.

A los dos meses hay un aumento de la dependencia de la usuaria a los dos meses de empezar en el centro de día. Y aquí comienzan a observarse cuidados deficitarios en higiene y ropa, ropa que no es su talla que le provoca heridas, le produce rozaduras en la piel. La usuaria comienza a realizar referencias negativas hacia su domicilio, es un signo de alerta, y la pauta en centro de día es ignorar esas quejas y tal, tratándolo como un delirio. Pero en todo momento con el ojo ahí, claro.

Y en la entrevista familiar se introduce el tema de la ropa, y se dice que el Servicio de Ayuda a Domicilio que depende un poco de la auxiliar que la atiende.

Pasan 6 meses. En esos 6 meses no hay ningún cambio en aseo y vestido, sigue igual. El hijo idealiza la situación diciendo que su madre puede caminar sola, que va al baño sola, que es una persona totalmente autónoma. Sin embargo, en el centro de día no se valora así. En casa pasa la mayoría del tiempo sola, la acuestan a las 7 de la tarde, se pasa el día sola viendo la televisión. Empezamos a ver más heridas, abrasiones en piernas, heridas sin tratar, y empiezan a haber

referencias negativas hacia el hogar, por tanto se comenta en la entrevista el vestido y aseo y Servicio de Ayuda a Domicilio.

Entonces Servicio a Domicilio supuestamente lo hace todo, es decir, 30 minutos que tiene la levanta de la cama, la ducha, la viste, prepara el desayuno, desayuna, baja y sale. Y bueno, la pareja que está sobrecargada, la pareja del cuidador.

Pasaron 6 meses, se repiten los temas en las entrevistas, pero el cuidador ya se da cuenta de que desde el centro de día se le está llamando la atención.

Misma situación, 6 meses igual, y entonces se decide que por contacto telefónico se le va a ir diciendo al hijo, vuelvo a insistir, el hijo no está con esta persona en casa generalmente, y se empieza a dar cuenta de todo lo que se va viendo en el centro de día. Como por ejemplo las piernas hinchadas por medias muy apretadas, erupciones en la piel, heridas varias por el cuerpo, falta de hidratación cutánea, ropa sucia, misma ropa durante una semana, falta de higiene, caídas de repetición o soledad.

Con todo este cuadro se plantea ya, se baraja la posibilidad de abandono. Se baraja, o sea, os parecerá muy evidente pero también os estoy poniendo, esta es una información a la que yo tuve acceso y que sesgada pero, que realmente puede parecer como muy evidente –es que a esta mujer la maltratan, es que- si no lo ves, pero aún así hay que seguir siendo siempre prudente. Bueno, con esto, vamos a decir que ahora sí, se sospecha el maltrato, los malos tratos.

Este caso, es un ejemplo de cómo un maltrato puede ser poco visible. Es decir, no siempre nos va a llegar una persona con la cabeza morada como un bote diciendo: “me pegan en casa”. Muchas veces vamos a ver cosas muy pequeñas pero, vamos a ir juntándolas, vamos haciendo el puzzle y de repente nos damos cuenta de que algo hay.

Preguntas:

1. *Esto sobre el caso que se hizo baja del centro de día, ¿fue por fallecimiento?*

No, hasta donde yo sé, se ingresa en residencia y ya está. Es baja del centro de día para cambiar a una residencia.

2. *V. Muchas veces usas de manera diferente la palabra maltrato de maltrato. ¿Es porque son diferentes?*

Es una diferencia. Maltrato si alude a intencionalidad, por ejemplo maltrato físico, maltrato psicológico. Pero malos tratos engloba mucho más. Malos tratos engloba por ejemplo la infantilización en el trato o la obstinación terapéutica. Malos tratos es más, es tratar mal, no solo es maltratar a esa persona. Pero si.

3. G. *Bueno pues ahora que parece que Víctor está más hablador..., yo creo que este tema entronca mucho con lo que es la Bioética. Creo que tenemos que hacer una reflexión y preguntarnos: ¿Nosotros estamos obligados a denunciar un maltrato? Automáticamente yo sí. ¿Sí? ¿Por qué?*

R: *A ver, denunciar yo no digo que cojas a tu abogado y digas...*

G.*No, no a poner en conocimiento, una notificación. Y aquí es donde digo que entronca con la bioética porque al no estar sujetos a un código deontológico, realmente ¿hasta qué punto estamos obligados o se nos puede exigir una responsabilidad sobre una no notificación? Yo lo desconozco alguien que lo sepa a ver si me puede responder a esa cuestión. ¿Por qué?*

V: *Bueno nosotros no estamos ligados a un código deontológico o médico “per se”, pero nosotros dentro de nuestra praxis profesional tenemos que tener en cuenta que hay unos principios que tenemos que respetar. Unos principios que todo usuario, paciente que pase por las manos de un terapeuta tiene que ver preservados. Si nosotros, por lo que está pasando esa persona vemos que uno de esos principios no está siendo respetado y estando “a nuestro cargo” esa persona yo creo que es responsabilidad nuestra.*

G: *Antes Rubén apuntó a una de las razones que puede ser. Dice: somos el único personal sanitario de los centros. Por eso nos llaman socio-sanitarios. No porque los terapeutas ocupacionales seamos socio-sanitarios. Sino que esos centros son socio-sanitarios porque cuentan con un terapeuta ocupacional. Pero, esos principios que dice Víctor, ¿dónde están? ¿Están escritos? ¿Los conocemos? ¿todos los principios? Pregunto. Por eso digo que entronca mucho con el tema de la bioética. Y echo mucho en falta una apuesta clara por parte de los profesionales hacia lo que es la bioética. Porque estamos sin código.*

R: *Ojalá te pudiésemos corregir pero no, no tenemos un código deontológico pero habrá que hacerlo. Eso es todo ponerse.*

G: *Yo creo que a parte de la detección, que está muy bien, que es donde quiero llevar todo esto, yo creo que la intervención sobre los malos tratos debería comenzar por el cuerpo profesional, que somos más o menos los que estamos aquí, los terapeutas. Y que tengamos unas herramientas para utilizar, por lo menos unas bases en las que sustentar futuros protocolos o actuaciones que yo creo que son necesarias. Por eso que estas comentando tú de que, bueno es que los que trabajan en centros de día lo ven. Y los valoradores, me parece muy bien que no te hayas centrado en eso porque yo estoy harto de verlo, y mis compañeras podrás decir lo mismo. O sea, tú entras en los domicilios y claro es que, sabes donde duerme el señor, sabes donde hace sus necesidades el señor, y entonces claro...Lo ves todo, lo palpas. Ese estado de negligencia, abandono. Bueno negligencia dices que es más para el tema institucional pero bueno...Nos falta eso, una base donde digas, pues esto voy a notificarlo porque estoy*

convencido y tengo argumentos perfectamente razonables para ello. No sé. ¿Cómo lo ves?

R: Quizá lo que haya que perder es un poco la subjetividad. Es decir, es como si en este tema todo fuese a mi me parece que es maltrato o, va yo creo que... Yo creo que tendríamos que buscar más la objetividad, es decir, mira, sé que es muy difícil buscarla ahí, por lo que hablábamos, cada familia es un mundo, es decir, quizás haya una forma que nosotros consideramos aceptable de tratar a una persona mayor pero sin embargo no todo el mundo lo considera. Entonces hay que mirar muchos prismas de la realidad. Pero si que habría que perder, pienso yo, un poco de subjetividad e ir un poco más al: si me encuentro esto, esto y esto lo que tengo que hacer. Y no otra cosa sino esto. Y no lo tenemos.

G: *Y no lo van a dar las escalas porque estas escalas hay algunas que no se pueden hacer. Una persona con deterioro cognitivo no te puede responder. Y ahí es donde entra el profesional. En esos especiales casos de vulnerabilidad. Pero yo sigo pensando que nos quedamos un poco huérfanos. Yo, como tú dices, encuentro alguno en mi trabajo pero el resto está pasando todo el día con ellos. Y bueno, la infantilización que yo veo a veces en los centros por los que paso es algo que empieza con el material que tiene el terapeuta para trabajar con el señor o el usuario, y acaba con el trato.*

R: Si vamos es que... ojalá te pudiera decir “no, estas equivocado” . Pero es que es así, es triste pero es así. Sí, la infantilización está ahí, muchas veces los profesionales, no digo terapeutas eh, digo en general, que trabajan con personas mayores sí que es como: -“bueno pero es cariño”-. ¿Qué tiene que ver? Vamos a ser profesionales. No es nuestra familia, no es nuestro abuelo, no tenemos porque llamarles abuelos. Hay ciertas cosas que sí, y claro que enlazan directamente con bioética, por supuesto que sí, está totalmente derivado de bioética. Pero ni tenemos un código deontológico. Y luego pues eso, la subjetividad a la que iba antes de que cada uno hace un poco lo que cree. Y claro a veces nos equivocamos.

SESIÓN

6“Actualizaciones en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal”



Gabriel Sanjurjo Castelao.

8 Abril de 2011.

Lugar: Salón de Actos del Hospital
Monte Naranco, Oviedo.

Moderadora: Noemí Bello González.

Transcripción: Noemí Bello
González.

ACTUALIZACIONES EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL.⁶

Una cosa a comentar antes de iniciar la sesión. Una “sesión clínica” no es formación. No hay que venir a escuchar lo que yo digo como si fuera un dogma de fe, no; todo lo contrario, es cuestionamiento. No es formación es información. Es transformación, es decir, cómo elaboráis vosotros lo que yo os cuento, porque todos lo vemos de una manera diferente, desde nuestra experiencia, y es también conformación, es decir, que al final de todo, en “ruegos y preguntas”, salgamos de aquí con dos, tres conclusiones que sean válidas para nosotros.

Antes de preparar el ciclo de sesiones tenía muy claro que tenía que haber una de la “ley de Dependencia”, y he ofrecido a varias de mis compañeras, que están aquí presentes, el que estuviesen hoy en mi lugar. No han querido. He intentado que gente de otras comunidades viniese también, pero por lo que pagamos, que son mil euros la hora, pues nadie quiso venir (*risas*). Y al final me toca hacerla a mí.

Cambié el título: creo que la primera vez lo llamé “actualizaciones de la Ley de Dependencia”. Yo creo que tenemos que cambiar la forma de pensar. ¿Y qué es lo que nos da la forma de pensar? Nuestro lenguaje. Estamos esclavizados por la manera en la que hablamos. ¿Qué pasaría si todos los que estamos aquí, en vez de llamarla “Ley de Dependencia” la decimos “Ley de Promoción de la Autonomía Personal”? ¿Cambiaría el concepto? ¿Qué pensáis? Si queréis luego, en ruegos y preguntas, hablamos sobre cómo influye el lenguaje en nuestra profesión.

Acerca de la Ley, hay que tener en cuenta su contextualización:

Fue una Ley que se aprobó hace cuatro años, es decir, a dos meses vista de unas elecciones autonómicas; que fue aprobada por unanimidad, cosa rara, de todos los grupos parlamentarios, pero que fue utilizada, desde el principio, como un arma política.

Pongo aquí a Laura González, porque fue mi primera consejera. Yo ya llevo cuatro, al igual que mis compañeras valoradoras. Todavía me acuerdo, las prisas

⁶ Este capítulo debe referenciarse como: Sanjurjo Castelao, G. Actualizaciones en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal. En: Sanjurjo Castelao, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(80-95)

que tenían por firmar la primera prestación de la “Ley de Dependencia”. No sé si pasaba en sus áreas, pero sí en el área de Oviedo, que es en el área que yo trabajo. Y así se hicieron las cosas, deprisa y mal. De aquello, estamos heredando ahora una serie de situaciones, que yo os la voy a plantear del modo más aséptico que pueda, ya sabéis que soy hipercrítico, rozando el sarcasmo en muchos asuntos.

Luego, tenemos a Caldera, el ministro, que salió en todos los telediarios respondiéndole a un señor en silla de ruedas, de la Comunidad de Madrid, que le preguntaba qué le daría a él la Ley de Dependencia; y el ministro, ni corto ni perezoso, le dijo “pues a usted, mil cuarenta euros”. No sé si os acordaréis, pero yo sí me acuerdo de aquello. Ese señor debía estar en una plaza concertada, que era lo que costaba, mil cuarenta euros, y la gente asoció “a mí me van a dar mil cuarenta y dos euros por mi padre enfermo”.

Algunos conocéis la anécdota del señor de El Berrón: voy a valorarlo, a él no, a sus padres; y sin ningún tipo de pudor, me dice el señor: “a mí es que la Ley de Dependencia me va a arreglar la vida, porque por mi padre me van a dar mil euros, y por mi madre me van a dar otros mil, y con esos dos mil euros, yo contrato una brasileña, y además me quedo con mil doscientos, y dejo de trabajar de camionero”. Y eso fue lo que se llevó la opinión pública: que la Ley de Dependencia era repartir dinero.

Recuerdo otra vez, perdonar si salpico todo esto de anécdotas, pero no puedo dejar de recordar alguna cosa, que me fui a un pueblo perdido, bueno, perdido no, había carretera por el monte. Llegando a Somiedo, girando a mano derecha, empiezo a subir una carretera de doce kilómetros. Llego, un sitio precioso, para valorar a una señora de 93 años. Llamo a la puerta y me sale la señora, me presento y me deja pasar, y me dice ¿“Eres tú al que le tengo que dar el número de cuenta para que me ingrese la paga?”. Eso es lo que se quedó. El ministro Caldera hizo mucho para que la gente se quedara con eso. Y en la última parte, hablaremos de todo lo que nos está suponiendo a los servicios.

Sabemos que en las Comunidades Autónomas donde gobierna el PP la Ley de Dependencia está parada. El Gobierno ha propuesto varias veces llevar a los tribunales a la Comunidad de Madrid, pero no lo ha cumplido. Para que os hagáis una idea, la Ley de Dependencia que pretendía permitir el acceso uniforme a todos los ciudadanos del estado español, en principio, no lo ha conseguido, y eso tenemos que tenerlo en cuenta; que Asturias, sino fue la primera, fue la segunda donde se empezó a valorar. Yo, la primera valoración la realicé el 11 de Mayo, mis compañeras nos podrán también ilustrar en ese sentido, y yo creo que no se había valorado en otro sitio anteriormente.

Nos tenemos que centrar en éste periodo: a partir del 2011 que es lo que estamos viviendo ahora. ¿Qué ocurre? Que entran a ser beneficiarios de las prestaciones o de los servicios, los “dependientes moderados”. Ya sabéis que la

ley, uno de los grandes aportes que tiene, es que define AVD, define dependencia, autonomía. Yo creo que esto es importante para los terapeutas ocupacionales porque es nuestra población más indicada para ofertar nuestros servicios. Igual no es del todo correcta la frase, pero sí es muy cercana a la realidad.

El devenir del Baremo.

Un terapeuta ocupacional tiene que saber en qué consiste la ley de la Dependencia y tiene que saber valorar. Porque esto es ley. Un Barthel no es ley, es indicativo. Pero esto es ley. Para decir que una persona es dependiente, no vale un Barthel, vale esto y la aplicación de un baremo. Un baremo sobre el que se hicieron varios estudios, se comenzó en el 2006, se acabó el 22 de Septiembre, me gusta esa fecha porque fue cuando abrimos la página de www.terapéutica.es. Fue una mezcla, un Barthel, con el añadido de que simulaban las tareas domésticas, desde el primer momento estuvo cuestionado. Se validó para personas mayores de 65 años, pero a partir de ahí, todo fue cuestionamiento: fuera de la propia institución (de la Consejería), y dentro de la Consejería.

Los primeros en cuestionarlo, la ONCE: su baremo no servía para los ciegos. Entonces añadieron supervisión, como veis, hay diferentes maneras de ayudar a una persona, así que añadieron supervisión.

Los siguientes en quejarse fueron los discapacitados intelectuales: “mi hijo es capaz de caminar, pero no sabe a dónde va”. Entonces se añadieron “toma de decisiones”, y se creó un nuevo baremo, el baremo específico (Anexo B, del Real decreto 504/2007), es por el que nos regimos ahora mismo.

Luego llegaron los enfermos mentales: dijeron que no registra todo el abanico de la patología, y se añadieron algunas cosas en el último apartado, en el anexo B, en el específico, en la “toma de decisiones”.

El objetivo del baremo, hay que tenerlo claro, no es una aplicación exacta. El objetivo es situar a una persona en un grado de dependencia. Los grados de dependencia supongo que los conocéis, y la puntuación que se extraen del baremo te sitúa en uno de ellos. Es dicotómico, y está basado en observación y en entrevista. Algunas cosas cambiaron con el nuevo baremo, ya os lo voy adelantando.

Hay una serie de criterios para aplicarlo, y que nos obligan a los valoradores. Aunque a veces veamos que no es justo o equitativo, y esto generó mucho inconvenientes.

- Nos tenemos que fiar de la observación y de la entrevista, sobre todo en casos de discapacidad intelectual y enfermedad mental o alteraciones de la capacidad perceptivo-cognitiva.

Cuando tienes que basar la valoración en la entrevista de la madre de un psicótico, hay que estar muy entrenado para saber manejar esa entrevista. Nosotros pasamos el baremo de una forma alejada a todos los cánones: la pasamos una vez, y a partir de ahí extraemos unas conclusiones, cuando deberíamos pasarlo varias veces. Bueno, a veces volvemos, en los mil doscientos casos que he valorado he ido dos veces a repetir porque algo no me quedaba claro. Nuestra valoración hay que “cogerla” con cuidado.

- Tiene que ser basado en un informe: si una patología no la incluye el informe de salud, yo no lo puedo codificar. Los valoradores estamos muy atados. En ese sentido los criterios de aplicación son claros: tiene que haber un informe de salud, y no solo de salud, sino del entorno social, que ahora mismo es inexistente (este último). Se tiene que hacer en el entorno habitual: hay excepciones.

Yo, por ejemplo, soy el encargado del área IV, que es el área de Oviedo, de hacer las valoraciones en los hospitales. Son aquellas personas ingresadas que no tienen un recurso a dónde ir y hay que gestionarle una plaza residencial. Se acelera mediante vía urgente.

- Juzgamos la necesidad de apoyo: no si lo hace o no, sino si lo necesita.
- Intenta ser integral: valorar capacidades físicas y mentales, aunque a veces no podemos poner la luz en un problema del informe
- Evaluación global que contempla el “Criterio 7”.

No sé si conocéis a fondo el baremo, si a vosotros os lo explican a fondo. ¿Os explican a fondo el baremo, la gente que está estudiando? No. Bueno, pues el “Criterio 7” es el que más quebraderos de cabeza nos da a los valoradores, y luego os voy a explicar el porqué.

El baremo, evalúa unas actividades que están divididas en tareas, y nosotros lo que hacemos es valorar el desempeño.

- Dicotómico: o “Sí” o “No”, no hay más. Si es “No”, ya vemos el tipo de problema que lo genera, que puede ser a nivel físico, cognitivo, de iniciativa; y nosotros que somos especializados en estas cosas, ¿qué diferencia hay entre iniciativa y si es un problema cognitivo?
- Brindar apoyo; si hay supervisión, hay que indicarlo o bien preparárselo y estar estimulándolo para que realice una actividad; física parcial, se colabora físicamente en algún momento, por ejemplo a la hora de caminar en un momento dado; física máxima, sustituye a la persona dependiente a la hora de realizar la tarea en su totalidad, y especial, donde se tienen en cuenta una serie de condiciones: se codifica normalmente en una persona agresiva o sordociega. Y luego, los anexos: los problemas que identificamos con el funcionamiento, cómo es el funcionamiento realmente, si existen productos de apoyo, etc..

Cómo se calcula.

Tenéis también un anexo, el anexo A, Tabla general de pesos y tareas del RD/504, donde vienen una serie de pesos, que si dice “actividad”, por ejemplo, en la primera, “Comer y beber”, un peso total. Así es cómo se calcula.

El baremo para los mayores de 3 años es sumatorio, va sumando puntuaciones. Por ejemplo, en el peso de la tarea: una persona que necesita que le ayuden en su aseo. En este caso, el lavado de manos es la tarea, y puntúa 0,15, como podéis ver en la tabla. Necesita que le ayuden; el grado de apoyo que le dan es una física parcial, que puntúa 0,90, por el peso de la actividad que es 8,8. Nos da esa puntuación total de 1,188. Todas las tareas se van sumando.

He traído una tabla Excel que usamos nosotros al principio, no sé si os acordáis, yo todavía sigo usándola de vez en cuando, cuando veo que las cosas no están muy claras, y luego si queréis hacemos una demostración en vivo de cómo usarla, se va sumando. El tope es 100. Mis compañeras valoradoras no sé con cuánta gente se han encontrado con 100, yo solo con un caso, porque 100 significa codificar todo como especial, y solo he visto un caso. Normalmente la gente está en 93-95, la gente muy dependiente. Codificar como 100, es codificar todo como especial, y eso es raro de encontrar.

Esto cambia en los niños, donde no es de carácter sumatorio, sino combinatorio: se combinan una serie de factores que tenéis ahí. Por ejemplo, de 0 a 6 meses se combina el grado de desarrollo con la necesidad de apoyo en salud, que viene a su vez determinado por otra combinación de factores. Solamente que lo conozcáis, y que sepáis que los niños menores de 3 años se les otorga automáticamente nivel 2, da igual el grado.

Inconvenientes del Baremo.

Desde el principio los valoradores vimos muchos, y muchos más los terapeutas ocupacionales, porque somos los grandes especialistas en esto. Nosotros somos los que podemos distinguir esa fina línea donde discurre la funcionalidad de una persona en su autonomía personal, o por lo menos, deberíamos estar entrenados para ello.

El primero, formato entrevista: está sin explicar. Unas compañeras mías, el segundo día que van a valorar, van a Belmonte; se encuentran con un señor hemipléjico, en un asiento, y una señora que no dejaba hablar, monopolizaba la conversación y la entrevista. Y mis compañeras preguntan:

-“¿camina?”

- “No, no camina”

-“¿Se pone de pie?”

-“Tú verás lo que haces. Como se caiga te voy a denunciar”.

Claro, te tienes que fiar de lo que dice la mujer, porque en este caso presentaba una afasia mixta según el informe de salud. Cuando se vuelven para Oviedo, pasan por Belmonte capital, paran en un paso de peatones y dicen “pero, ¿éste que está cruzando no es el hombre que hemos ido a valorar?”. Aparcaron, y vieron al hombre, que “no sabía hacer nada”, que había que asearlo, había que darle de comer, etc.. Entró, compró el periódico, se sentó en el banco, y con su brazo derecho a pasar las páginas. Es decir, la gente, cuando vas a casa de ellos a valorar, a veces te plantean una obra de teatro y si hay dinero por el medio, ya ni te cuento; y si es una “paga” para toda la vida, como el “Nescafé”, ya la cosa se dispara.

El Criterio 7.

El criterio 7 obliga, u obligaría, a si ves que tiene un problema en la toma de decisiones, por ejemplo, con el tema de la higiene, automáticamente todas las tareas derivadas de esa actividad las tienes que codificar como que nos las hace y tienes que poner “supervisión”. Yo pasé por cuatro Consejeros. La segunda Consejera que tuve, Pilar Rodríguez, nombró a un director general que quedó escandalizado de todos los grandes dependientes que sacábamos, y, sobre todo, aquellos que eran de salud mental. Es cierto, los valoradores, salvo excepciones, no tenían ninguna experiencia en valorar enfermos mentales, esto es una realidad que nos pasó. Ahora, evidentemente, ya no, pero antes era así. Entonces, las puntuaciones, según el criterio 7, se dispararon por arriba, y contaba con unas previsiones de grandes dependientes que se vieron multiplicadas casi por dos; y eso a la Consejería les asustó. De tal manera, (yo no sé si a mis compañeras de otras áreas les llegó), que el director general, llegó a indicarnos de una manera “entre comillas” a los valoradores que con los enfermos mentales no subiésemos tanto la puntuación. Esto ha sido así.

Se puntúan funciones, no tareas. Si veis, hay tres que son paradigmáticas, la primera, en comer y beber: sorber bebida; ¿es una tarea o es una función? En control/micción/defecación: continencia de micción y continencia de defecación, eso ¿es una tarea o es una función? Esos ítems se quitaron.

Nutrición e hidratación artificial: el primer punto que se valora en el baremo es si la persona requiere nutrición e hidratación artificial. Si lo requiere, el peso de esa actividad hay que anotarlo como el 25%, y el 25% de una actividad como “comer y beber” implica que una persona no puede llegar a un grado 3, nivel 2, y yo los he visto. Chavales de 19 años, tirados en cama, desconectados del medio, con nutrición enteral y no le puedo dar un 3-2. Necesita cambios posturales, con monitores de----- ¿Eso no es un 3-2, no es la máxima dependencia? Pues planteaba un problema.

La puntuación de supervisión que se metió por las quejas de discapacidad intelectual y de los enfermos mentales se pasó a FP, física parcial. Es decir, fue el peor error, y vemos que en el nuevo seguimos con él. Eso es un problema por cuanto aplicas un “Criterio 7” puntúa lo mismo que la FP. Un problema según una supervisión requería una puntuación menor que una FP, o mayor según el caso. Habría que hacer dos supervisiones, con dos puntuaciones diferentes, que fue la propuesta que se hizo desde Asturias. Si alguien quiere consultarlo, yo tengo aquí el borrador que mandamos al Consejo Territorial de la Dependencia, de las revisiones que queríamos que se hiciesen en el baremo.

Y luego la existencia de grados de apoyo en tomas de decisiones: una persona toma una decisión o no la toma. No la toma parcialmente. Pues allí podíamos ver “supervisión, FP, FM y especial”. Al final llegamos a un consenso de cómo aplicarlo entre los profesionales y los coordinadores, de que aplicábamos supervisión normalmente, en “toma de decisiones”, en caso de incapacidad legal aplicaríamos FM y en enfermos psiquiátricos aplicaríamos especial.

Existen puntuaciones dobles: por ejemplo, una persona que sea incapaz de acceder a la bañera hay que puntuarla como dependiente para “baño parte inferior”, “baño parte superior” y para “acceso a estancias comunes de un domicilio”; de una sentada se llevaba 3 puntos.

Ayuda a tercera persona (ATP): supongo que sabréis lo que es. Hablar de una sesión clínica es poco de información y mucho de transformación, pero requiere también de cierta interacción entre nosotros, porque sino yo no sé hasta dónde puedo llegar a informaros. Ayuda a tercera persona es una paga que se les da a las personas desde hace ya décadas que tiene un porcentaje de antigua “minusvalía” superior al 75%. Entonces se les pasa una escala que se llama “Escala de Ayuda a la Tercera Persona”. Como cuando necesitas que te ayude una tercera persona es lo mismo que dependencia, pues se hicieron unas pasarelas legales de tal manera que si tenía ATP de 15 puntos o más se le da, automáticamente, grado 1 nivel 2; si tenía más de 30 puntos se le da 2-2, y si tenía más de 45 era un 3-2. Si una persona tenía gran invalidez, como mínimo, había que darle un grado 1 nivel 1, es decir, un hecho inconveniente. Porque yo he visto personas con un 3-2 viniendo a donde yo trabajo, caminando, a firmar su Plan Individual de Atención (PIA); tan dependientes no deben ser.

Todo esto se replantea desde una normativa que se hizo a mediados del 2008, y al final, se desarrolla un nuevo baremo, que es el que se va a ver hoy aquí. Evidentemente no tengo experiencia sobre él todavía, os daré cuatro pinceladas. Es el que se aprueba este 18 de febrero, y que va a entrar en vigor a partir del 18 de febrero del próximo año 2012.

Cambios.

Nosotros estábamos diciendo “que nos hagan caso, que quiten la supervisión, la toma de decisiones que la cambien...”. Pues la verdad, que para lo que hicieron, mejor que no hubiesen hecho nada. Porque mantiene la ATP y la gran invalidez, eso sí, ahora es obligatorio revisarlas y antes no. Y si queréis luego me preguntáis las injusticias que se han dado en Asturias con el tema del ATP y luego os cuento un par de casos.

Se incide en la comprobación directa, esto está muy bien, las cosas hay que verlas, llegamos al empirismo, vamos a comprobar; ¿una persona come?, vamos a ver cómo come. Pero claro, nosotros valoramos tareas domésticas. Si una persona no lava la ropa, ¿Qué hago, que me ponga la lavadora y que me tienda ahí? Entonces, estamos muy limitados.

Los anexos del baremo son obligatorios, esto está bien, porque yo sé que en nuestra área siempre fue obligatorio, pero en otras áreas no.

El valorador, esto es importante, tiene que tener conocimiento de AVD. Bueno, como sabéis, el desarrollo irregular de esta ley debido a las políticas de las diferentes comunidades autónomas, hizo que de los valoradores en principio, seis perfiles profesionales. Yo me voy a quedar con cuatro, que son los que trabajan en Asturias: diplomados universitarios en enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales, ¿qué os parece esto? En otros sitios sólo valoran los trabajadores sociales. Si tenéis algo que decir lo dejamos para luego.

Ya no es dicotómico, y lo pongo entre interrogantes, porque en nuestra propuesta habíamos dicho que había mucha gente que no hacía las actividades no por un problema físico, cognitivo o por iniciativa, sino muchas veces por una cuestión social o cultural, personas sin hogar o personas de etnia gitana, ¿qué tenemos que valorar? La frecuencia adecuada de baño, ¿cuál es? ¿Alguien me lo puede decir? ¿La que deseamos nosotros para el que está al lado?. Entonces, el desempeño de divide en derivado de dependencia o cualquier otro motivo, y se creó negativo por dependencia o negativo por otras causas; pero negativo por otras causas no puntúa, ¿para qué me vale, para rellenar papeles? Pues parece que sí.

Hasta aquí cómo fue el baremo, esto con los datos hasta 25 de marzo del 2011. Hoy salieron, pero se retrasaron el área de Avilés y el área de Gijón en darme las estadísticas y no las pude traer esta semana actualizada. Esto son los datos de esta semana. Tengo los datos de toda Asturias. En el área IV, la de Oviedo, tenemos ahora mismo 11.059 solicitudes de dependientes. Es el área más fuerte, con más trabajo y muy compleja: mucho territorio urbano y rural.

Cómo van evolucionando las solicitudes, y esto es algo sorprendente, porque desde el 25 de Febrero al 25 de Marzo solo aumentaron 4.000, cuando pensábamos que se iba a ralentizar, y los que mandan, también. Pues no: en un mes, 4.000 más. De la siguiente tabla, de las personas que se han valorado en el

área de Oviedo, están clasificados por grados de dependencia, y lo que llama la atención es que 1.031 son no dependientes. Carbayín es una zona independiente, yo no me he encontrado a ningún dependiente. Los hay, seguro, pero a mí no me tocaron (risas). La primera vez que fui allí a valorar a un señor, pregunté por él, y me dijeron que estaba en la huerta, y estaba allí cultivando las berzas. Claro, ese es un error y es un signo de cómo se han hecho las cosas; es objetivo, se han hecho mal. ¿A cuántas personas no dependientes alguien les tenía que haber dicho en la unidad de trabajo social “usted podrá solicitar pero no va a obtener nada. Está en su derecho, si se empeña, pero, ¿no ve que viene aquí? Usted no es dependiente”

Lo siguiente que llama la atención son los menores de tres años, hay 23. A nosotros nos han llegado a decir, al equipo de valoradores de Oviedo, que a los padres les costaba reconocer que su hijo era dependiente. ¿Cómo? Yo soy padre, ¿me estás diciendo que me vas a dar 700 euros para que me gaste en un terapeuta ocupacional para rehabilitar a mi hijo y no lo voy a querer? No lo sé, a mí me cuesta creerlo.

ATP: seguiremos teniendo problemas con ello.

Aparece también el desempeño inaplicable: hablan de la permanencia y de la posibilidad de recuperación, como si nosotros cuando fuésemos allí tuviésemos una bola de cristal y dijésemos, bueno, esto va a ser 53 puntos el marzo próximo.

Hay revisado de oficio hasta los 18. Hay unos tramos de edad que tenéis puestos en las fotocopias. De 3 a 7 años, de 7 a 11 y de 11 a 18, y es cuando tenemos que hacer las revisiones de oficio, quiera la familia o no. Y esto es nuevo, porque antes no estaba claro cuándo de hacían, ahora tiene que ser bien al inicio o bien a la mitad del tamo de edad.

Los problemas de desempeño siguen siendo físicos y mentales, pero ahora en el físico añade una coetilla, que a mí me parece preocupante: y es que no percibe las informaciones externas necesarias para su desarrollo. “No percibe”. La percepción es un fenómeno, ¿de qué clase? ¿Mental, integrador? ¿Es una causa de funcionamiento físico y mental? Yo creo que esto va a generar problemas y no queda nada claro.

Los tipos de apoyo: se mantiene los mismos, no cambiaron ninguno. Nosotros habíamos hecho una propuesta, y es muy clara: supervisión en vez de puntuar 0,90, que puntuara 0,50, para que no se viesan “tan lanzados”, como decían los jefes que estaban saliendo en nuestras valoraciones.

Ahora la preparación también pasa a parcial a FP.

Cambios, ninguno. Los pesos se siguen manteniendo, es decir, el factor de tipo de apoyo por el que multiplicamos.

Según tareas, en comer y beber se elimina “nutrición e hidratación artificial”, realmente, no era justo. Ponen “sorber” como función, y se incluye reconocer. A la puntuación se le quita un punto a esta actividad, al baremo sobre 100, al final, se le resta 1.

- Queda igual “micción/defecación”, pero se quitan las continencias, porque no son tareas, son funciones.
- Queda igual el lavado: eso sí, quitamos lo de lavar la cara.
- Diferencias culturales, quedan igual
- Cuidados corporales: queda igual
- Vestido: queda igual. Pero si os fijáis en las tablas, en el tramo de edad de 3 a 7 años, en vez de no aplicarse el vestido, que era lo que pasaba antes, ahora se va a aplicar... yo no sé. ¿Conocéis a un niño de tres años que sea capaz de calzarse, abrocharse los pantalones, etc? Ahí va a haber mucha puntuación, pero no sólo en el vestido, sino que además le dan un peso de 16.3 puntos. Y ese si puede ser un factor cultural.
- Mantenimiento de la casa, queda igual, meten otro ítem.
Cuando digo que queda igual, estoy hablando de la puntuación, los cambios hechos los tenéis abajo.
- Transferencias corporales: creo que aquí se liaron un poco, seguramente no preguntaron a un terapeuta ocupacional, sino, esto lo hubiese dejado mucho más claro. Va por código de colores: “sentarse”, que era muy ambiguo, porque todo esto se refiere a clasificación CIF y ahí “tumbarse” y “levantarse” es lo mismo, “sentarse”, lo pone en “permanecer sentado”, y está muy bien, porque equilibrio al “permanecer sentado” es algo que los valoradores tenemos muy en cuenta a la hora de valorar las actividades, y en particular en la del vestido. Pero luego, ponen una al final, que es “cambiar el centro de gravedad mientras se está acostado”. La anterior es “transferir el cuerpo acostado”. Para transferir el cuerpo acostado, ¿no hay que cambiar en centro de gravedad estando acostado? Volvemos a una puntuación doble.
- Desplazarse dentro del hogar: queda igual. Simplemente que las que tiene que ver con el autocuidado se desglosan en tres.
- Fuera del hogar: se le quita un punto. Se elimina “utilizar medios de transporte”, porque implicaba el subirse a un vehículo, conocer los itinerarios, manejo de dinero.
- Tareas domésticas: hay un sesgo total. Un sesgo de género. Se ve todos los días. En principio, a los varones, que a partir de los 80 años ¿hasta qué punto se les puede exigir el asunto de las tareas domésticas cuando nunca lo hicieron? ¿Existe una posibilidad de que recuperen o adquieran ese hábito? Entonces, ¿estamos de acuerdo en que existe un sesgo de género relacionado con la cultura? La puntuación queda igual.
- Toma de decisiones: sorprendentemente, la que ocasionaba más problemas, queda absolutamente igual, en puntuación, por lo menos. Luego sí, puse ahí los cambios: actividades de auto cuidado se desglosa en dos, alimentación e

higiene; movilidad se queda como fuera del hogar; tareas domésticas, se añade “disponer de su tiempo”; en relaciones personales, se añade “con personas conocidas” y “con personas desconocidas”; “gestión de dinero”, queda igual.

¿Qué cambia de peso? “comer y beber” y “desplazarse fuera”. ¿Dónde se gana? En transferencias corporales. Esto es todo lo que hicieron. Pues esto nos va a marear a todos.

Añade una “frecuencia de apoyo”; nosotros al principio, en la propuesta que hicimos, queríamos que según fuese la cantidad de apoyo, realmente se codificase, porque FP ¿qué es? De un 1% a un 99% de ayuda, Física máxima sería 100%. De un 1% que ayudes a una persona a un 99% hay mucho, eso había que graduarlo de alguna manera, que fue nuestra indicación, pero ahí quedó. Lo incluyeron en el primer borrador, es cierto, pero luego dijeron “esto no sirve para puntuar, no sirve para nada”, no sé porqué lo hicieron.

Añaden el “criterio general de provisionalidad”, lo cual está muy bien, y ahí tenéis las características, es decir, si espera alguna mejoría o fueron productos de apoyo, o implantación de una mejora terapéutica. Porque claro, el estado permanente que marca la ley, hablando de dependencia, cuando es dinámica, es difícil de concretar.

La valoración en tramos de edad la obligan hacer ahora, antes no obligaban y las hospitalizaciones ya están registradas, es decir, se contempla la posibilidad de ir a valorar en situación aguda. Antes no, lo hacíamos, pero saltándonos un poco los criterios.

Bueno, llegado este punto, ahora que conocéis un poco de la ley, supongo que habéis oído hablar de las valoraciones, de los valoradores, cómo se aplica y todas estas cosas. ¿Cuántos estáis satisfechos aquí con la ley de Promoción de la Autonomía personal? Que levanten la mano. ¿Nadie?.

No, los terapeutas ocupacionales no estamos satisfechos con la ley.

¿Cuántos estáis contentos por cómo se está aplicando o qué exista la ley de Promoción de la Autonomía Personal? ¿Alguien levanta la mano? Un 25%. Y, ¿cuántos estáis ilusionados? Si, es una pregunta un poco abstracta, ¿por qué me voy a ilusionar? Pues porque no sabemos concretar las cosas, y por eso siempre vamos detrás del resto de los profesionales, por eso mismo. Por eso no tenemos ilusión, el 25% se puede denominar que está contento, y nadie se atreve a decir que está satisfecho. Yo, estoy satisfecho. Y luego si queréis, intentamos razonar un poco el porqué de las cosas.

Paralelamente a toda esta implantación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal, como me gusta decirlo así, y ahora sí lo puedo decir, había que acreditar los centros y el Principado sacó la acreditación de centros. Esto lo

conocéis todos. ¿Qué os parece todo esto? “Los centros de Día para personas mayores y los centros residenciales para personas mayores tienen que tener, al menos,”- y enumera,- “Fisioterapeutas, ATS/DUE, y luego ponen esto (terapeuta ocupacional o monitor ocupacional) ¿Qué os parece? Ah, por cierto, monitor ocupacional, sepas que es una categoría a extinguir. Centros para personas con discapacidades, CAI, luego si queréis hablamos de cómo os están incluyendo. En alojamientos tutelados, no contamos, lo cual, a mí, personalmente, me fastidia. Porque yo abrí los dos pisos que hay de salud mental en el área de Oviedo, y yo era el responsable de las actividades de la vida diaria y la reinserción socio laboral de los pacientes, y me fastidia. Y en Atención Temprana, lo cierran. Lo “blindan” a una serie de profesionales donde no estamos incluidos. Es cierto, es un decreto, se pueden ampliar las plantillas, ¿conocéis algún caso en el que se hayan ampliado? Bueno, pues eso...

El 18 de febrero, no solo se supone que se cambia el baremo, para aquellos que son valoradores, y los terapeutas ocupacionales que tienen que saber cómo evaluar a un paciente de la dependencia, para decir, “mira, yo estoy haciendo un tratamiento a nivel privado, pero viendo el baremo y lo que sé, podemos solicitar una prestación por lo que estás haciendo aquí, porque tu nivel de dependencia nos puede dar para ello”. Pero, aparte de ese interés, el BOE del 18 de febrero implica una serie de factores. Lo primero está relacionada con el calendario: entran los dependientes moderados. Lo que yo os decía, quizá nuestra población diana, donde tenemos que ir “a por ellos”. Y empiezan a articular las prestaciones. “Como tienen derecho desde el 1 de Enero de este año, vamos a ver que les damos” dice el gobierno. Lo aprueban en Febrero esto, cómo veis, la previsión es lo que caracteriza a nuestros gobiernos. Y ahí tenemos: Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): grado 1, nivel 1 y 2, las horas que le corresponden al mes mínimo. Centros de día: se recoge que pueden acoger a personas dependientes con un carácter moderado y que además tienen que tener un mínimo número de horas de atención. Es compatible esto con el SAD, y es porque la gente se quejó. ¿Quiénes se empezaron a quejar? Los padres de las personas con parálisis cerebral, que decía, “tu vienes a valorar a mi hijo, me das un grado 3 nivel 2, y ¿qué prestación me ofreces?”.”Es que su hijo ya está recibiendo una prestación que se llama CAI”. Y ellos dicen “¿cómo?”. Y si te apetecía, le empezabas a plantear: “mire, hay una madre en Belmonte, en la misma situación que usted, con un hijo pero que no tiene posibilidades de que vaya a un CAI. Para estas personas la Ley garantiza un mínimo”. La gente no lo entendía, y se quejaron. Así que, se les concedió que, además de su CAI, tuviesen ciertas horas de ayuda a domicilio. Esto en Asturias fue así, luego se generalizó, y ahora se contempla compatibilidad también para las personas mayores de 65 años que acuden a centros de día.

Prestaciones económicas.

Vinculada al servicio y para cuidados en el entorno familiar. Supongo que sabéis las diferencias que hay entre uno y otro. La segunda es la paga al cuidador,

y lo otro es cuando tú contratas un servicio, y hay un contrato y una factura, entonces viene la prestación económica que dan a los grado 1, es decir, a los dependientes moderados. Interesa lo que una persona cobre. El cálculo económico de una persona dependiente para tener derecho a una paga o a una prestación económica, se hace teniendo en cuenta sus ingresos, y sus rendimientos patrimoniales, pero la ley siempre garantiza un mínimo. Esto está congelado. La ley de estabilidad presupuestaria, como la llamó Zapatero, congeló todo esto. Estas son las cuantías del 2011 que son aplicadas al 2010, y las del 2012 como sigamos así se seguirán aplicando.

Las compatibilidades: se empiezan a estudiar, que sean compatibles diferentes servicios. En este caso, por ejemplo, la prestación y la paga al cuidador con SAD, uno que cuida a su madre todo el día, pero tiene un contrato a media jornada. Esa situación se ve, la típica hija que se quedó en el domicilio familiar. ¿Es compatible? Antes no, ahora sí, se estudia la posibilidad según las tablas anexas.

La prevención será prioritaria.

¿Qué pasa con las personas que están en las residencias? Pues la ley contempla que aquellos dependientes moderados que estén ingresados en la residencia antes del 28 de octubre 2010 se les va a seguir manteniendo allí hasta el 2013 siempre que los centros se adecuen, es decir, se acrediten.

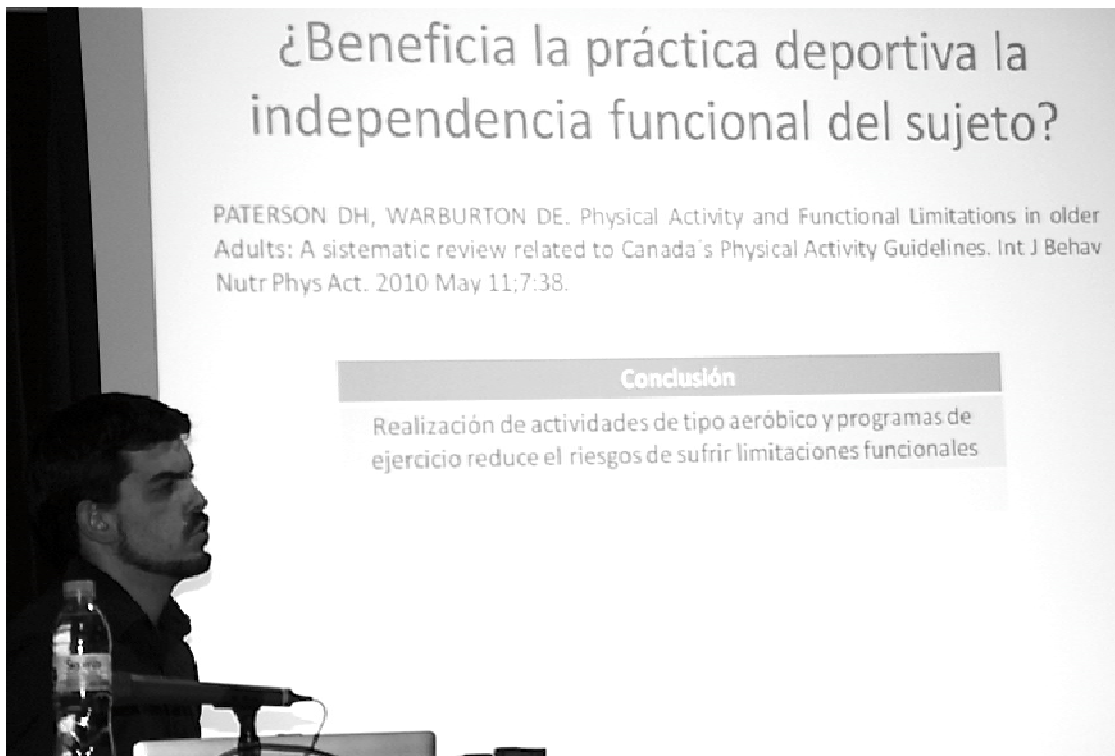
Servicios de la ley.

¿No os llamo la atención ese epígrafe de servicio de promoción de la autonomía personal? ¿A ver si va a tener algo que ver con lo que estudié? Pues aquí se explica. Para los grado 1 nivel 2, es decir, para los dependientes moderados, los que había, excepto los de asistencia económica por asistencia personal, se contemplan en residencia, y además incluye "Promoción de la autonomía personal". Y éste decreto lo desarrolla la ley, lo que es promoción de la autonomía personal. ¿Leísteis este decreto? Lo primero que aparece, "Habilitación y Terapia Ocupacional", lo siguiente Atención Temprana, estimulación cognitiva, promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional (yo pensaba que esto era Terapia Ocupacional), habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual, también creía que era Terapia Ocupacional, cuidados en alojamientos especiales, viviendas tuteladas. Se crea el Servicio de Promoción para la Autonomía Personal, donde contempla Terapia Ocupacional, recuperación cognitiva, Atención Temprana, y que ahora mismo, en la Consejería, se está debatiendo cómo se van a plantear los mínimos, y nos incluyen a nosotros.

Ya se han dejado pasar muchas veces carros donde nos podamos apuntar, esta es otra ocasión. Vamos a ver hasta qué punto la dejamos pasar. ¿Por qué? Porque aparte de que nos nombren explícitamente ahí, nombran el tema de

Atención Temprana, y yo creo que sí se podría abrir una brecha con los menores de tres y seis años. En principio los servicios estarían dispuestos para ello, alguno. Es de promoción de la autonomía personal. Está obligado a que los centros, por la acreditación, lo implanten y estos programas son nuestros, ¿o son de otro profesional? Yo creo que es una ocasión única y tenemos que aprovecharla.

SESIÓN 7“Los criterios para la adaptación de la Actividad Física desde el enfoque de la Terapia Ocupacional”



¿Beneficia la práctica deportiva la independencia funcional del sujeto?

PATERSON DH, WARBURTON DE. Physical Activity and Functional Limitations in older Adults: A systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010 May 11;7:38.

Conclusión

Realización de actividades de tipo aeróbico y programas de ejercicio reduce el riesgos de sufrir limitaciones funcionales

Víctor Manuel Cabal Carvajal.

8 Abril de 2011

Lugar: Salón de Actos del Hospital
Monte Naranco, Oviedo.

Moderador: Efrén Álvarez Acebal.

Transcripción: Andrea Fernández
Machado.

LOS CRITERIOS PARA LA ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DESDE EL ENFOQUE DE LA TERAPIA OCUPACIONAL.⁷

Buenas tardes, lo primero dar las gracias a todos por asistir. Dar las gracias a la organización que me da la oportunidad de estar aquí hoy y hablar de la actividad física. Quizás, es el tema más distante de la Terapia Ocupacional de todos los que se han tratado en este ciclo de sesiones clínicas. Gracias también a Efrén por moderar la sesión.

Cuando empecé a planear esta sesión clínica, dije: *“Voy a hacer una sesión en la que toda la gente cuando salga diga: “Me acaban de dar una información de cómo adaptar una actividad física”*. A medida que fueron pasando las sesiones, y veía a todos los compañeros, me fue cambiando la idea. Lo que me dejaban las otras personas, no era una idea, era una visión de un tema en particular. Entonces fui modificando esto para intentar ofrecer hoy una visión global. No va a ser el análisis que había pensado en un principio, porque el objetivo es simplemente que os vayáis con esas pinceladas de la visión que yo tengo del terapeuta ocupacional y la actividad física.

Voy a empezar con una especie de propuesta, una especie de juego. Me gustaría que todos os centréis en lo primero que se os viene a la cabeza cuando yo digo actividad física adaptada o deporte adaptado (que no es lo mismo, pero lo voy a utilizar indistintamente, ya que no creo que el matiz tenga mucha importancia hoy). Pensad la primera imagen que se os viene a la cabeza. Me gustaría ir uno por uno preguntando, que se os viene a la cabeza, pero voy a jugar a ser adivino. Muchos, habréis pensado en *baloncesto en silla de ruedas*, esto

⁷ Este capítulo debe referenciarse como: Cabal Carbajal, V. M. Los criterios para la adaptación de la Actividad Física desde el enfoque de la Terapia Ocupacional. En: Sanjurjo Castela, G. Gutiérrez Sevilla, J.A. (comp) Memoria del III ciclo de sesiones clínicas Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. Málaga. E-Critical Training. 2012. p(96-106)

tiene su lógica es el deporte que más se practica en España y a nivel mundial creo que también. Seguro que alguno ha pensado en la *boccia* es un deporte muy difundido en el colectivo de parálisis cerebral, alguno incluso habrá pensado en este hombre *Oscar Pistorius*, famoso porque quiso participar en las olimpiadas, y le dijeron que no, que él tenía que participar en la paraolimpiadas, porque tenía dos prótesis de fibra de carbono, que según los organizadores, decían que le daban ventaja. Recientemente y según estudios recientes demostraron, que no, que no era una ventaja, pero aun así, dudo mucho que le dejen participar en los Juegos Olímpicos. Seguro que nadie imagino esto (video) primera persona que consiguió hacer esta maniobra o truco con una silla de ruedas.

Cuando nos dicen Actividad Física Adaptada, a ninguno nos da por pensar en *Deportes de Riesgo Adaptados a Personas con Discapacidad*, cuando este tipo de deportes está teniendo un gran “boom” en nuestra sociedad. Entonces, tenemos una visión un poco enclaustrada de lo que es la Actividad Física. ¡Vamos a ver si conseguimos quitar esto de nuestras cabezas!. La Actividad Física, por definición, dice que abarca cuatro aspectos: El deporte de competición, el deporte de recreación, actividad física rehabilitadora, y la educación física.

Si pregunto dónde marcaríamos al terapeuta ocupacional todos diríamos en Actividad Física Rehabilitadora. “*Actividad física que nos permite mejorar o suplir alguna patología que tengan las personas, se hace en un momento dado y esta*”. Quizás, sea de primeras lo que más tiene que ver con nuestra profesión. El deporte de recreación: Es el deporte que nosotros hacemos porque nos gusta, porque nos produce placer, son actividades de ocio. ¡No sé si la TO tiene algo que ver con las actividades de ocio de las personas! Luego está el deporte de competición, es aquel que se realiza de forma profesional o semiprofesional, la persona a través de sus “sponsors” o equipos recibe una compensación económica por realizar una actividad física. Es su trabajo. Lo mismo ¡No sé si la TO tiene algo que ver con el trabajo de las personas! Y por ultimo esta la educación física, de mano, podemos pensar que es lo que nos mandaban hacer en el colegio cuando éramos pequeños, cuando salíamos a jugar al fútbol en el colegio, con el profesor. Realmente la educación física es un concepto más global.

Si preguntamos, si hacer deporte o actividad física es bueno yo creo que nadie duda que sí. *Hacer deporte es bueno*. Es muy fácil encontrar evidencia, de que la práctica deportiva nos ofrece beneficios físicos, psíquicos y sociales. Pero la pregunta es nosotros que como T.O. trabajamos para que las personas sean independientes, tengan la mayor independencia funcional posible. *¿Existe alguna relación entre la práctica deportiva y que las personas sean lo más independientes posibles?* De mano me contestáis... A ver Víctor, me estás diciendo que mejora el nivel físico, que mejora a nivel psicológico y social. Evidentemente, si tiene esas tres mejorías, la persona va a ser más independiente, pero la pregunta es *¿Alguien se ha parado a demostrar que eso es así?* ¿O damos por supuesto que mejorar esos tres niveles les va hacer más independientes?

Venir a un ciclo de sesiones, organizadas por una publicación científica y no traer algo de evidencia, pues me parecía poco adecuado. Entonces me puse a buscarlo y ver si practicar deporte, o hacer actividad física, hace a la gente más independiente. Os traigo varios ejemplos:

El primer estudio *“Realización de Actividades de tipo aeróbico y programas de ejercicios, reduce el riesgo de sufrir limitaciones funcionales”*

Conclusión: No sé, si le veis relación con nuestra profesión, quizás, sea uno de los aspectos un poco más olvidados, la *Prevención* (la realización de la Actividad Física, está directamente relacionada con la prevención), aunque también tiene una parte rehabilitadora que vamos a ver después. Los TO como profesionales de la salud que somos, tenemos mucho que decir en el proceso de prevención, no solo de rehabilitación.

Encontré otro estudio, *“Dos grupos de control en lesión medular”*. Concluía que *“Las personas que practicaban deporte activamente, tenían mejor integración en la comunidad, una mejor percepción de su situación., una menor duración en la rehabilitación, una menor necesidad de cuidados y un menor uso de la silla de ruedas eléctrica”*. Aparentemente, esta gente que practicaba deporte, era *más independiente* que la gente que no lo hacía. El tercer y último estudio que os comento demostró que, *“El deporte era un factor que potenciaba las capacidades funcionales y aceleraba la recuperación de la autonomía”*. Yo cuando leí esta última frase: *“Potencia las capacidades funcionales y acelera la recuperación de la*

autonomía". Pensé:"está diciendo algo, que se acerca mucho a lo que nosotros hacemos". Ninguno de los que hizo los anteriores estudios, era terapeuta ocupacional. Busqué en una base de datos de *Terapia Ocupacional*, me salieron 538 resultados .Son todos relacionados con la *Actividad Física*. ¿A lo mejor, hay algún punto entre una cosa y otra?. Vamos a suponer por un segundo, que sí, que estamos metidos en la actividad física adaptada y que somos los que vamos a adaptar la actividad física. La pregunta es *¿Cómo lo hacemos?* O mejor... *¿Qué nos dice cómo hacerlo?*. Todos conocemos marcos, modelos, abordajes pero....en la *Actividad Física* ¿hay algo o no hay algo?. Sí, hay algo, que ha hecho que este hombre que os pongo ahí, jugando con material adaptado (video).

Hutzle, es el presidente de International Federation of Adapted Physical Activity (IFAPA) Federación Internacional de Deporte Adaptado, ha escrito un modelo que, por así decirlo, es la Biblia de la adaptación de la actividad física. No voy a entrar si es porque no hay más, o porque realmente tiene calidad, eso lo vais a ver vosotros con los ejemplos que voy a poner después. Sea como fuere, cuando lees cualquier artículo, siempre citan este modelo que empezó a publicarse en 2005 y acabó en 2007. *Modelo Ecológico de Adaptación a la actividad Física*. Me pareció adecuado resaltarlo porque nos nombran. En la primera pagina de este modelo, habla de los terapeutas ocupacionales. *"El uso de las actividades adaptadas en rehabilitación, es bien conocido por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, pero se ha demostrado muy poco interés por parte de los especialistas de la actividad física adaptada, por las actividades a largo plazo que promueve el proceso de rehabilitación"*. Esto es una traducción literal y... no suena muy bien. El significado es que, los terapeutas y fisioterapeutas, utilizamos actividades adaptadas en rehabilitación, pero después, para realizar un proceso de adaptación, en el que una actividad se realiza durante la vida de la persona como medio para rehabilitar o prevenir la discapacidad, eso no nos interesa mucho. Ejemplo que él mismo pone diciendo: *"Funcionamos en el ahora pero nos cuesta mucho trabajar con una visión o largo plazo"*

Un ejemplo es el dolor de espalda. Si, suena un poco extraño. Todos hemos visto o hemos oído. Me duele la espalda - vete a nadar. Te lo dice un médico, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional..., esto tiene dos dimensiones que son dignas de analizar.

Caso: “Varón, 50 años, dolor de espalda. Este hombre, no ha cogido una gota de agua de una piscina, desde que tenía 9 años, pero, le ha dicho el médico que tiene que nadar. Lleva sin hacer actividad física mucho tiempo, a la mitad de la piscina, esta agarrado a la corchera a 200 pulsaciones por minuto, lo está pasando mal y no quiere pasar ese sufrimiento otra vez. Conclusión: Deja la actividad física y no se va a obtener la mejora que queríamos. ¿Por qué? Porque nadie adaptó esa actividad antes. La otra dimensión que tiene, no puedes pensar que, un dolor de espalda, viene dado porque no fuiste antes a nadar, porque no tienes unos hábitos deportivos que te facilite que no te duela la espalda. Entramos en un círculo, a una persona le duele la espalda, se decide a realizar una actividad, la realiza durante un tiempo, con mejores o peores resultados y cuando la patología mejora, lo deja porque ya no le duele. Tiempo después, vuelve a presentarse, vuelve a nadar, vuelve a mejorar. Y estamos, en una espiral en la que no nos lleva a ninguna parte. ¿Por qué? Porque, no hay nadie que haya hecho un plan, que pueda mantener y que le pueda llevar a realizar esa actividad de forma regular.

Hutzle, hizo un modelo para adaptar una actividad, basado en 5 dimensiones:

Modificación de los criterios de la tarea, modificar él cómo se practica, modificar la técnica. Ejemplo, *personas amputadas de una pierna jugando al fútbol* Imaginaros la diferencia de este fútbol al fútbol tradicional. Tienen las manos apoyadas en dos muletas solo tienen una pierna para manejar la pelota. Necesitan una técnica determinada para poder jugar (video), tienen que cambiar su técnica para adecuarse a las necesidades de la persona, diferente del fútbol en silla de ruedas, *Futman*, (video) no es exactamente fútbol, es una adaptación y le han cambiado el nombre, se necesita un aparato que se llama Futman, que es, un pie de plástico para golpear la pelota, una guía en la silla para poder llevar la pelota, un campo de fútbol sala y balón tipo voleibol. *Fútbol para ciegos* (video), completamente diferente la misma actividad. Se juega en un campo con dos guías, dando indicaciones a la persona que lleva el balón, con un cascabel o un elemento sonoro, el portero es una persona que tiene visión, hay unas vallas donde ellos controlan el campo. Llevar la pelota cerca del pie, con el tacto y la

percepción pueden controlarlo. En estos tres deportes, se ha modificado la técnica.

Modificación de criterios ambientales. Modificación del entorno donde se realiza la actividad, un ejemplo *voleibol sentado*. Deporte, que sigue las mismas reglas que el voleibol, pero el campo es una cuarta parte, porque no van a tener capacidad de desplazamiento tan rápido para llegar a la pelota. Criterio ambiental, se reduce el espacio donde se juega.

Modificación del Equipamiento, adaptar el material que se requiere para la práctica deportiva, modificar él con que se juega. Un ejemplo, el *Rugby en silla de ruedas*(video), las sillas que utiliza, son prácticamente a medida porque es un deporte que tiene mucho contacto, cambian las ruedas, cambian los apoyos, llevan unas ruedas muy pequeñas, que permiten girar muy rápido y con muy poco diámetro

Modificación de las reglas, el ejemplo más conocido *tenis en silla de ruedas*(video). A diferencia del tenis para gente no discapacitada, la pelota puede votar dos veces en la pista. ¿Por qué? Algo parecido a lo que vimos antes en el voleibol, si solo dieras un bote, los puntos se acabarían muy rápido y el juego no sería efectivo.

Y por último, Modificación en el aprendizaje de la disciplina, este punto está íntimamente relacionado con el primero, el de la técnica. Si cambias la técnica del deporte, cambias como adiestrar a esa persona para realizarla (video) *Persona que salta con una amputación*, se le tiene que cambiar la forma de correr, la forma de batir, la forma de caer. No es un deporte diferente, pero si la forma de aprender, la forma de impulsarse con los brazos, la forma de saltar. Estas adaptaciones, modificaciones, se combinan.

Deporte donde se adapta todo excepto el ambiente o los criterios ambientales, (video) el *Hockey sobre hielo*., los palos que llevan en las manos, se han utilizado tanto para propulsarse como para las acciones técnicas del deporte, tirar a puerta. Directamente hay otras actividades físicas, que se han modificado por completo, por ejemplo el *Hockey en silla de ruedas eléctrico* (video), deporte donde se ha modificado todo.

Deporte de personas con problemas visuales, balón mano en silla de ruedas, baloncesto en silla de ruedas y vela. (Video) A tenor de todo lo que vimos hasta ahora, de todas estas adaptaciones, desde el punto de vista que nosotros tenemos como Terapeutas Ocupacionales, alguien puede pensar que algo no encaja.

La vela, o vela adaptada es el único, de todos esos deportes, y de todos los que vimos anteriormente en el que están compitiendo personas discapacitadas con personas no discapacitadas. Donde está la inclusión ahí, como terapeutas, pensemos que es importante que la gente con discapacidad realice actividades con gente con no discapacidad. No juntarlos a todos para que realicen la actividad física entre ellos. Se pueden hacer actividades de tipo inclusivo.

Un ejemplo, parecido al dolor de espalda y la natación, que lo voy a sacar un poco del mundo de la discapacidad: *“Tengo una amiga que juega al baloncesto, estudio conmigo educación física, jugaba con mucho nivel, y después de clase nos quedábamos a jugar, ganaba un día uno y un día otro. Cuando ella me decía vamos a jugar una cerveza, pero, no vamos a jugar uno contra uno, voy a poner cinco posiciones y lanzar a canasta, luego lanzas tu, si metes tantas como yo pago yo y sino pagas tu.”* Me extrañaba, porque cuando jugábamos uno contra uno, las capacidades físicas compensaban, en el momento que eliminábamos el componente físico, era solo un componente técnico, no la veía. Este tipo de adaptaciones, está de moda en países escandinavos, deportes inclusivos hombres con mujeres. Básicamente baloncesto, pero compensando esas diferencias. *(Video)*. Están jugando hombres y mujeres juntos, equipos mixtos. El que hizo la ley hizo la trampa, ¿qué hacían?, ponían al jugador físicamente más potente, cerca de la chica, para que la superar físicamente. Pero adaptaron más, se juegan por parejas, que las chicas cubran a las chicas y los chicos a los chicos. Esto que, en un momento dado, pueda parecer sexista, se puede analizar desde otro punto de vista, que todas las personas tengan un rol importante en el equipo. Eliminar el componente físico, a favor del componente técnico y dar el mismo peso específico a todos los participantes del equipo. Si en cada uno de estos equipos, introdujéramos a una persona en una silla de ruedas, de forma que una persona en silla de ruedas cubriera a otra persona en silla de ruedas, ¿Podría ser un deporte inclusivo? ¿Podría haber inclusión ahí?

Todas estas pinceladas que llevo dando, estas preguntas que llevo soltando, en un primer momento, puede parecer que no tengan demasiada importancia. En una página de las más conocidas de la actividad física, busqué cómo están adaptando actividades, encontré un artículo que hablaba de una adaptación, unidad didáctica de baloncesto en silla de ruedas. “Una clase de 28 niños, con un niño en silla de ruedas, en segundo curso de primaria”. Literalmente decía: *“ La primera actividad que propone, es hacer unos relevos, en los que dice que el equipo que tenga el niño en silla de ruedas tiene menos participantes, para compensar la desventaja,”* me parece una atrocidad. Más adelante en este artículo dice: *“No se trata de dar un trato especial al niño discapacitado, sino lo que pretendemos con acciones como: Dejarlo tirar de más cerca y una cesta más baja es su motivación personal, que se dé cuenta que puede hacer deporte como cualquier niño de su edad, y que poco a poco vaya cogiendo confianza. Se ha contradicho tres veces, no queremos dar un trato especial al niño, pero vamos a poner a todos los compañeros a tirar a canasta y a él, le vamos a poner otra, para que se dé cuenta que puede jugar y hacer deporte como cualquier otro niño de su edad. Se dará cuenta que está en el equipo donde hay menos gente y que tiene la canasta más baja.*

No se nos ocurre como adaptar esta clase: La primera actividad, quiere hacer relevos, cuando trabajas con niños y aunque hay gente que piensa un poco diferente, las actividades competitivas tienen que estar ahí. Ejemplo: hacer dos equipos, los niños en círculo, el relevo es que muevan la pelota y que den tres vueltas con pases estáticos. El niño en silla de ruedas cogerá la pelota y se la pasará al compañero igual que hace el resto, no se sentirá en desventaja. El profesor de educación física, dirá que quiere trabajar los desplazamientos, para eso, haces una actividad no competitiva y en la que cada uno pueda hacerla a su ritmo, tranquilamente y sin ver la presión de los compañeros.

La siguiente actividad, todos van a tirar a la misma canasta, pero con cinco balones de diferentes pesos. El niño va a estar en la misma actividad, cuando le toque el balón que pese menos va a llevarlo a la canasta y estará haciendo la misma actividad que el resto de compañeros. Ejemplo de cómo se pueden hacer las cosas de forma inclusiva y se puede sesgar esa diferencia entre unos y otros para todos puedan participar de forma activa.

Si, la actividad física, necesita terapeutas ocupacionales, he puesto unos cuantos ejemplos. Cada uno, que saque sus propias conclusiones. Os animo a que observéis un patio de un colegio o una clase de educación física donde haya una persona con discapacidad, dónde está colocada y que está haciendo esa persona, con un poco de suerte, en algunos casos estará haciendo de árbitro, existe un problema. Soy terapeuta ocupacional pero también profesional de la educación física, creo que los profesores de educación física no llegan, y no por tema de capacidades sino por desconocimiento de la patología. Te enseñan a realizar actividad física en clases ideales, 28 niños que no tienen ningún problema, si metes un niño con una discapacidad, no saben qué hacer.