

“Neurorehabilitación funcional en enfermedades neurológicas. Valoración e intervención desde Terapia Ocupacional”

“I Jornadas de promoción para la autonomía personal en Enfermedades Raras”



María González Sobrinos

Terapeuta Ocupacional

Terapeuta Bobath

Formada en ETC, Integración Sensorial, Affolter, Basale, INN, Biotensegridad, Estimulación Orofacial, Taping Neuromuscular

Psicomotricista

- Los trastornos del SNC pueden debutar con alteraciones sensitivo-motoras, visuales, perceptuales, cognitivas, de la comunicación y el lenguaje, emocionales y/o conductuales que repercuten en la capacidad de la persona para desempeñar las AVD, mermando su calidad de vida y la de sus familiares.
- Por ello, cuando nos planteamos la intervención sobre un paciente que ha sufrido un daño en su SNC no podemos centrarla en el abordaje de una sola función, sino que debemos enfocarla desde una perspectiva **global e integradora**, entendiendo a la persona como un conjunto de sistemas que se han reorganizado para poder continuar **funcionando** en su entorno.

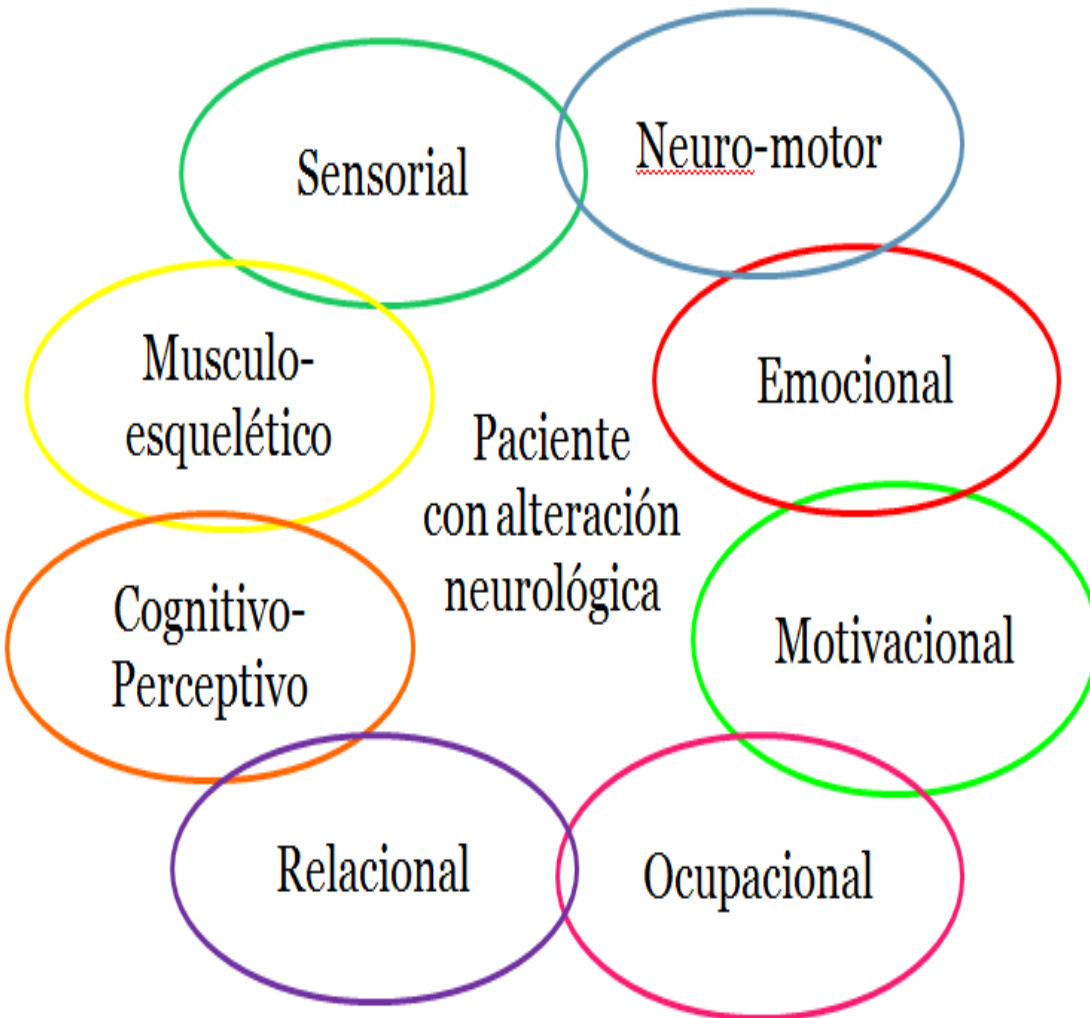
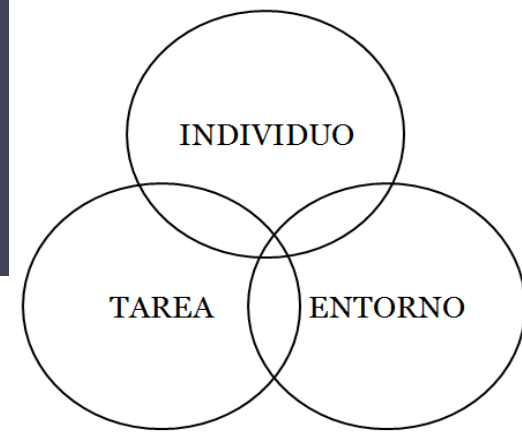
- Esta visión **holística** nos invita a manejar varios modelos, conceptos y técnicas a la hora de
 - ✓ entender la patología,
 - ✓ observar y analizar el funcionamiento del paciente en sus diferentes contextos de participación, y
 - ✓ planificar la intervención más adecuada para la recuperación de las áreas ocupacionales afectadas.

Bobath, INN, Affolter, Basale Stimulation, Integración Sensorial, Perfetti, Terapia orientada a la tarea, Imaginería Motora, Psicomotricidad Vivenciada, Hidroterapia, Terapia Asistida con animales, Terapia Miofuncional....

- Se trata de un paciente complejo cuyo tratamiento requiere
 - ✓ un trabajo en **equipo transdisciplinar**,
 - ✓ una **formación especializada** para poder responder a sus necesidades y a las modificaciones que va experimentando su SNC (de forma espontánea o en respuesta a nuestras intervenciones), y
 - ✓ una adecuada **sensibilidad** y **capacidad empática** para poderle tratar y apoyar durante mucho tiempo.

- Como terapeutas guiamos estas modificaciones persiguiendo la *normalidad* en términos de **calidad** y **eficiencia** en el funcionamiento de nuestros pacientes.
- Para ello tendremos presente
 - ✓ el **POTENCIAL** de cada uno de ellos,
 - ✓ trabajando en el **máximo nivel** de calidad y función, y
 - ✓ teniendo en cuenta que todas las intervenciones terapéuticas, cuales quiera que sea su enfoque, exigen que nuestros pacientes **aprendan**.

Neurorehabilitación funcional



PROCESO

- ✓ Global , individual, funcional e integrador
- ✓ Centrado en el paciente
- ✓ Participante activo
- ✓ POTENCIAL + limitaciones
- ✓ Entorno físico y social

- Emprenderemos un **proceso**
 - ✓ de observación y ajuste continuo y dinámico a las necesidades cambiantes que manifiestan cada uno de nuestros pacientes,
 - ✓ valorando y revaluando cada vez que intervengamos sobre ellos, y
 - ✓ aplicando diferentes enfoques, conceptos y técnicas de tal manera que podamos adaptarnos de manera **flexible y adecuada** a los diferentes momentos por los que atraviesa el proceso evolutivo de su sintomatología y su situación personal.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Será necesario adecuar el ambiente, así como nuestra relación y comunicación, ajustarnos a sus tiempos, para que sea el paciente el **verdadero protagonista**; para que se sientan **directores**, no dirigidos.





Neurorehabilitación funcional

- La meta de nuestras intervenciones como TO:
“Promocionar la **participación** de la persona con disfunción neurológica”.

Es mucho más profunda que la actividad y la función, es la que posibilita a la persona el poder explorar el mundo y es un factor fundamental de satisfacción y calidad de vida.



Recuperación funcional

Aprender a optimizar las estrategias de control motor:

Dominar los grados de libertad disponibles de tal manera que el conjunto corporal funcione como una unidad coordinada en las actividades funcionales, con objetos muy diversos y en los contextos reales donde se desenvuelve la persona.

(Carr, 2004)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



- *Todo lo que se hace en el tratamiento debe servir como preparación directa par un uso funcional específico.*

(Bobath, 1977)





GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

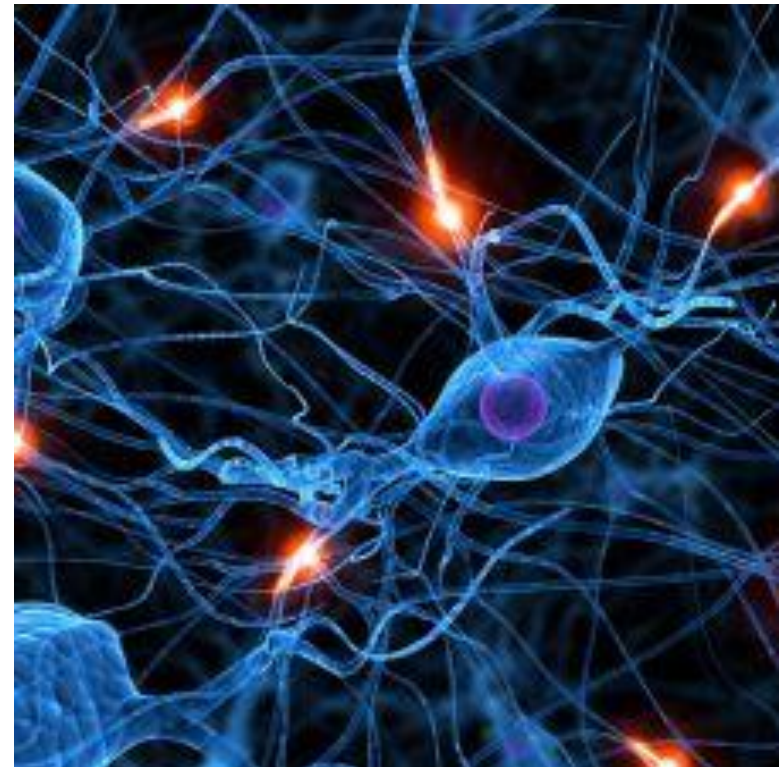


- *Solo la repetición de buenos programas da buenos resultados, la repetición de malos programas lleva a malos resultados y a la necesidad de “desaprenderlos” .*

(Brooks, 1986)

- *Los cambios neuroanatómicos, neuroquímicos y funcionales que acontecen durante la reorganización por plasticidad facilitarán la recuperación-adquisición de funciones afectadas (plasticidad adaptativa) y podrán dificultar el desarrollo de otras (plasticidad mal-adaptativa).*

(Hernández, Mulas, Mattos, 2004)



Plasticidad Cerebral

Comportamiento compensatorio

Mal adaptativo - Negativo



Aprendizaje del desuso

Taub 1980

Recuperación funcional

Adaptativo - Positivo



Uso- Dependiente

“La plasticidad es la base para la recuperación del SNC pero, al mismo tiempo, es una parte del problema”.

(M. Lynch)

NO buscar solo la independencia ...

Intentar que esa independencia no favorezca la patología.

Que cualquier actividad pueda convertirse en un medio terapéutico; de forma que cuando nuestros pacientes se asean, vistan o coman en su casa ***lo hagan de tal forma que contribuya activamente a su recuperación.***

Proceso de neurorehabilitación funcional

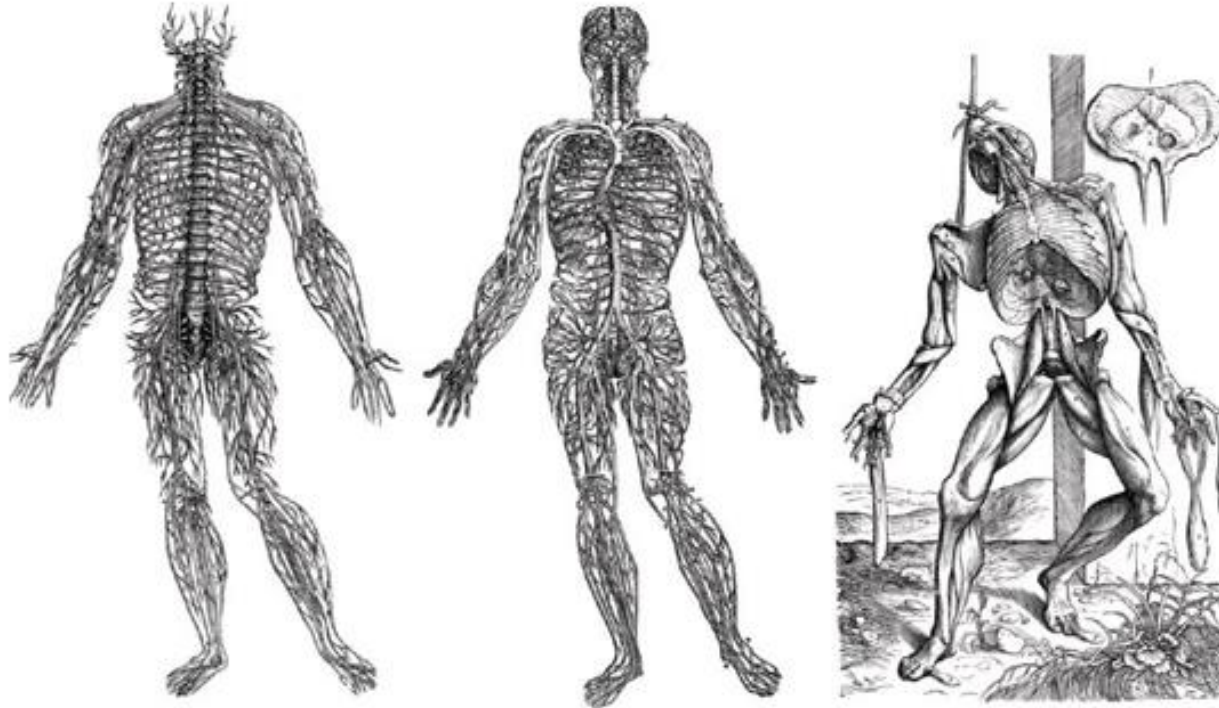
- Qué ocurre en el sistema – paciente como resultado de un trauma/enfermedad
- Cuales son las funciones relacionadas con el fenómeno bajo estudio
- Cómo se producen los cambios dinámicos en los tejidos conectivo y neuromuscular
- Qué impacto tienen en la vida diaria del paciente
- ✓ Cómo diferentes procesos se vinculan entre sí y con la evolución histórica de la problemática del paciente, y cuales son los efectos de nuestra intervención.

VALORAR Y REVALUAR



Continuidad ... → Globalidad

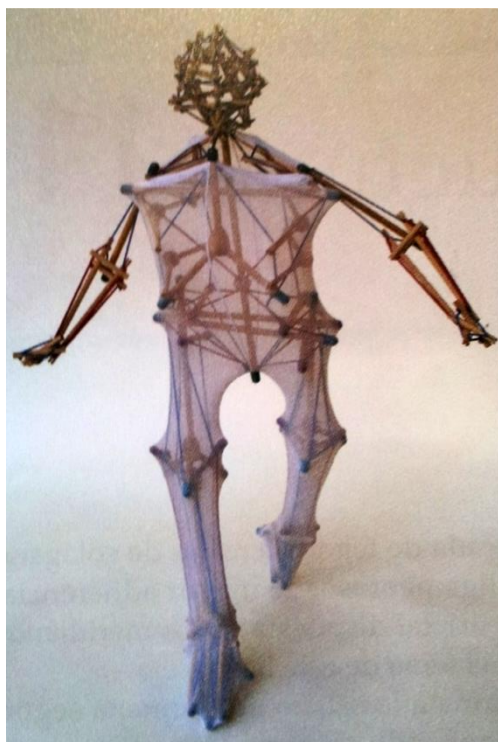
Todas las partes corporales están relacionadas entre sí y, en este sentido, la piel, la fascia, la red vascular y nerviosa, como conjuntos tisulares de una sola pieza, nos conducen a la noción de GLOBALIDAD.



Las tres redes que ocupan el cuerpo perfiladas por Vesalius en 1548

Fascia → “órgano de la forma”

Importante elemento integrador en la postura y organización del movimiento. ... *frecuentemente se la menciona como el “órgano de la forma”, es decir, como el “sistema de la estabilidad y la mecano-regulación” (Valera & Frenk, 1987).*



Modelo de Torn Flemons



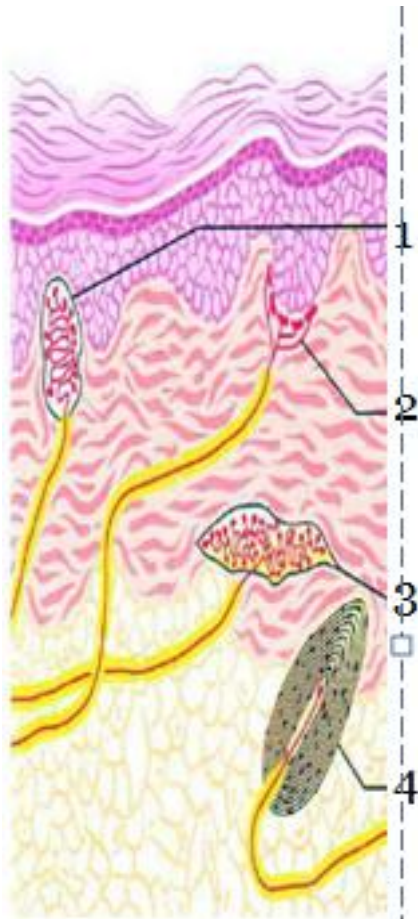
Disección de la capa de tejido conjuntivo laxo de la fascia superficial de una sola pieza (Hedley, 2005).



... Sensibilidad y fascia

Schleip (2007) describe la fascia como nuestro órgano sensorial más rico y extenso, integrado por cuatro tipo de receptores sensoriales:

*Posee **10 veces** más terminaciones sensoriales que los músculos: por cada HNM existen 10 OTG, corpúsculos de Paccini, órganos de Ruffini y terminaciones nerviosas intersticiales ...*



1. Meissner
2. Merkel
3. Ruffini
4. Pacini

Nosotros podemos pensar que estamos prestando atención a los músculos, pero nuestro cerebro está prestando mucha más atención a la fascia.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

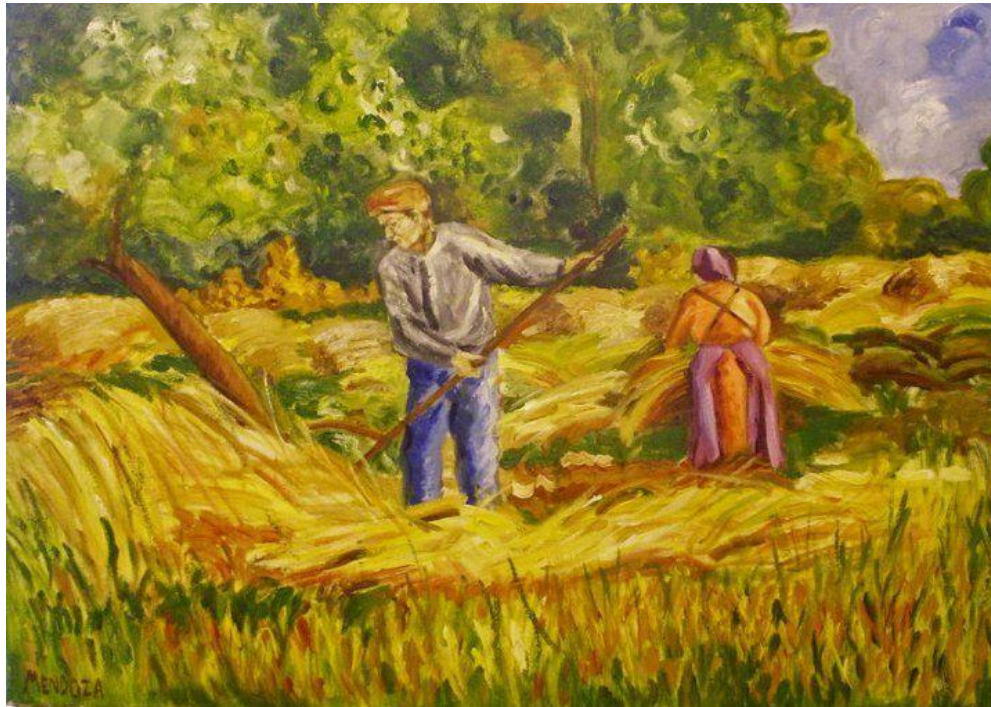
MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

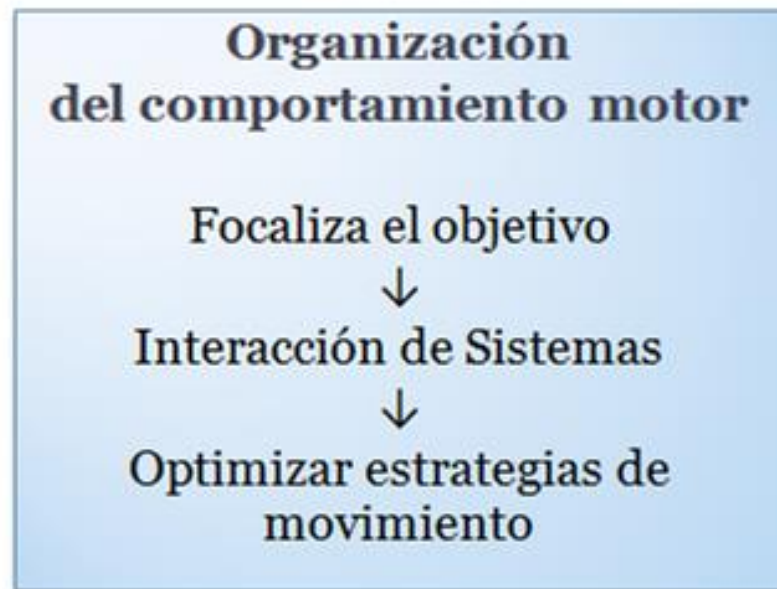
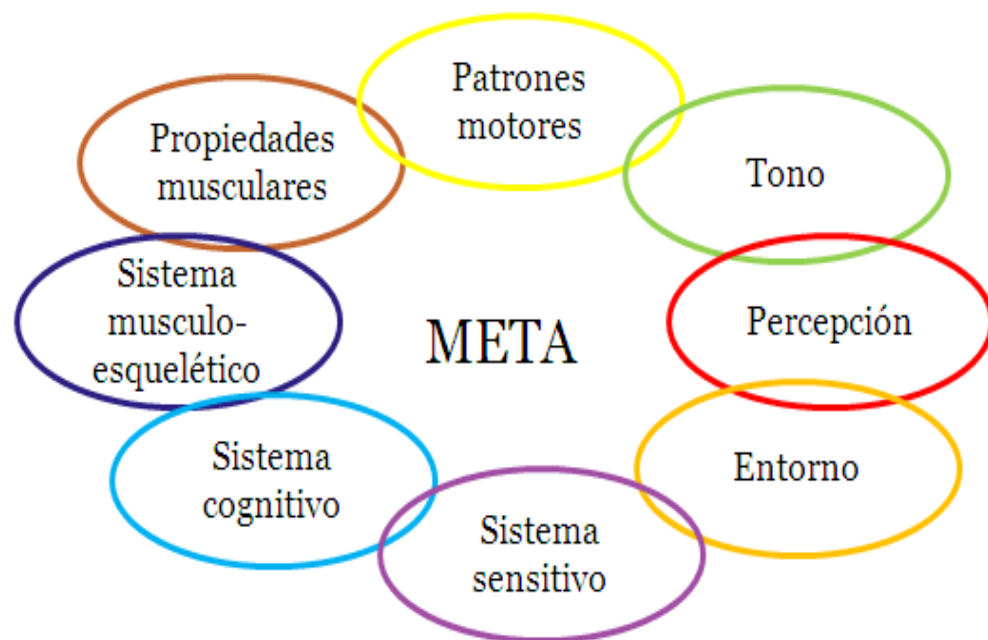


Las terminaciones nerviosas se disponen de acuerdo a las fuerzas que comúnmente se aplican en esa ubicación y en ese individuo, y no de acuerdo a un plan genético ni a la división anatómica reconocida como músculo, cápsula o ligamento (Alegri, C.).



Teoría de Sistemas (*Bernstein, 1966*)

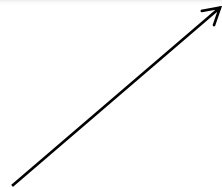
El SNC está organizado en sistemas y subsistemas. El control no sucede de arriba hacia abajo, sino que está relacionado con aquello que tengo que hacer en ese momento, con la TAREA (tareas – metas – conductas).



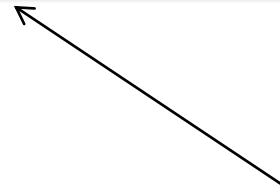
Disfunción en el SNC



Alteración de la coordinación del repertorio de postura y movimiento



Déficits en el control motor



Cambios en el comportamiento, emocionales y cognitivos



Cambios en la sensación y percepción



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Regla de Magnus

“El SNC refleja fielmente y en todo momento el estado de la musculatura.”

(Magnus, 1924)



“El paciente a través de su postura y movimiento nos está mostrando el estado de su SNC.”

(Bobath, B.)



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



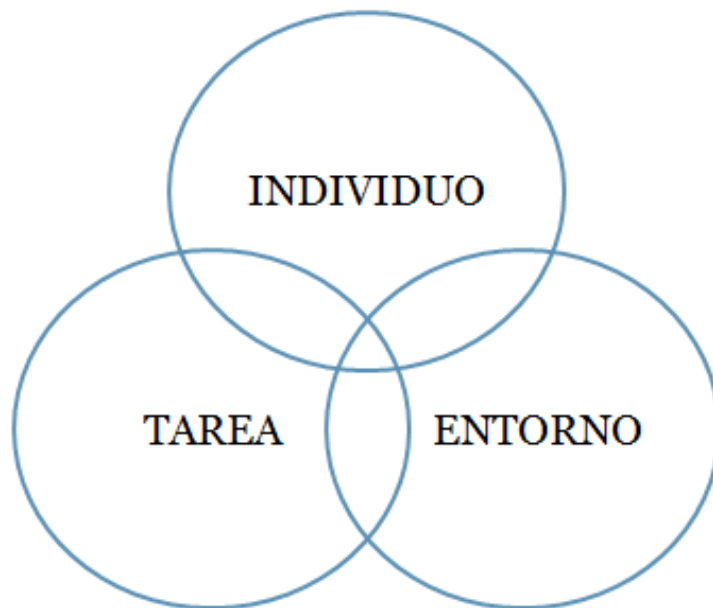
Concepto Bobath

- *El concepto Bobath es una aproximación para la resolución de problemas, la exploración y el tratamiento de personas con trastornos del tono, movimiento y función por causa de una lesión en el SNC. El objetivo del tratamiento es la optimización de todas las funciones mediante la mejora del control postural y del movimiento selectivo mediante facilitación.*

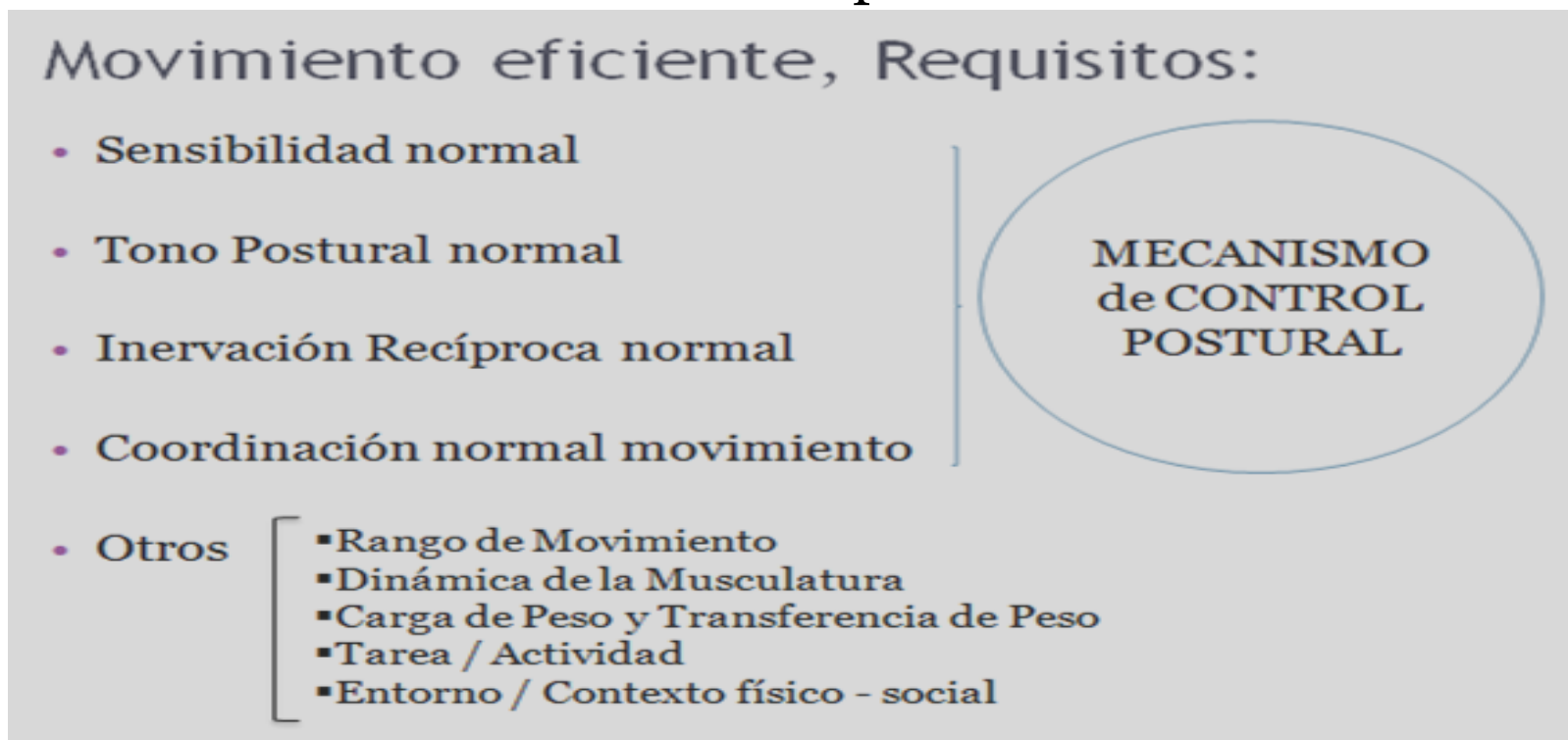


(IBITA, 2000)

- Proceso interactivo entre **individuo, terapeuta y medio ambiente**; una herramienta que nos permite investigar y descubrir los **potenciales funcionales** de **cada paciente** y desarrollarlos al máximo, mediante su **activación significativa y organizada**.



- El Concepto Bobath proporciona una sólida base de experiencias y conocimientos acerca del **análisis de la postura y el movimiento normal** como base para entender las desviaciones.



- Parte de la premisa de que *“el aprendizaje de movimientos normales y la corrección de la postura es imposible si existe un tono postural anormal.”*

Proceso de Valoración

- Valoración global, individual, funcional y continua.
- Observar al PACIENTE como:
 - Un TODO.
 - Persona ÚNICA.
 - Con múltiples CAPACIDADES y con limitaciones.
 - Con intereses personales, preferencias, valores y objetivos.
 - Perteneciente a un entorno social (FAMILIA) y físico. Importancia del entorno real.
 - En un momento de su ciclo vital; con una historia ocupacional pasada y proyectos futuros.

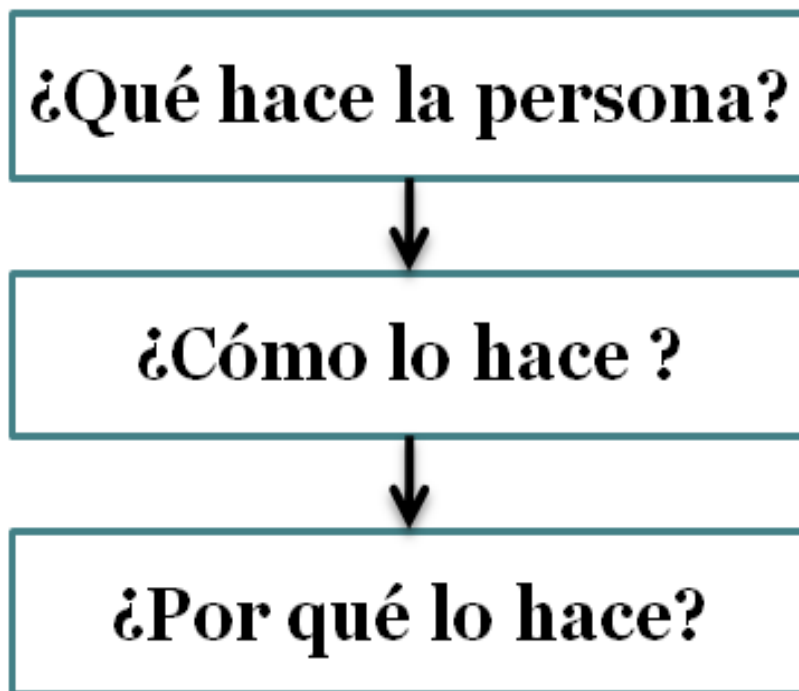
VALORAR Y REVALUAR

Valorar  Tratar.

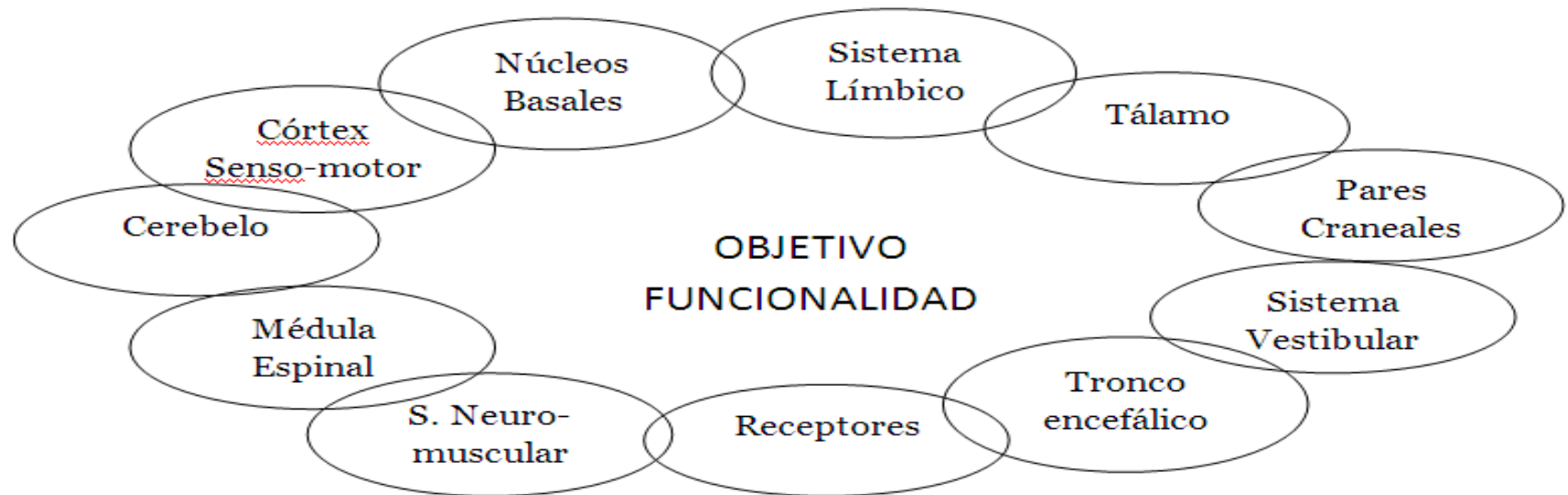
- Importancia del equipo transdisciplinar, que incluye y respeta al paciente y su familia como participantes **primarios** y **activos** en la toma de decisiones. Comunicación/información fluida.



- Buscamos **recursos** de la persona en el nivel de **actividad y participación**. Analiza los **problemas** en el nivel de **estructura y función**:



- Tras el análisis de **cuánto** y **cómo** la persona afectada difiere de *lo normal*, y según la **hipótesis** que hacemos sobre los **sistemas más afectados** y los **menos afectados**, que pueden compensar adecuadamente (cooperar) o exageradamente, junto con el paciente y su familia, planteamos los **objetivos**.



Pasos de la intervención (Bobath)

Identificar los puntos fuertes (**Habilidades**).

Participación – Actividades – Sistema corporal



Identificar una (s) **Limitación Funcional**.



Seleccionar un **objetivo funcional**.



Priorizar los **impedimentos** que interfieren con la adquisición del objetivo funcional.



Establecer las **estrategias de intervención** para disminuir el efecto de los impedimentos hipotéticos.



Valorar la **efectividad de cada estrategia** y modificarla o adaptarla según sea necesario.

Valoración AVD

- 1. Habilidades**, qué puede hacer el paciente y cómo lo hace. Cantidad de ayuda.
- 2. Patrones de postura y movimiento** utilizados.
 - ✓ Qué patrones de movimiento utiliza → Componentes → Actividad NM.
 - ✓ Cuáles son las secuencias de movimiento que resultan más difíciles, y qué asistencia o tipo de apoyo requieren.
 - ✓ Patrones ausentes.
 - ✓ Cómo es la postura que adopta durante la realización de las AVD. Qué componentes/alineaciones la favorecen y cuales se deben evitar.
- 3. Problema clave** que impide la función y que, por tanto, la AVD no se lleve a cabo correctamente → Proceso de RAZONAMIENTO CLÍNICO.

4. **Tono postural de base** y cuando **se realiza la actividad**.

- ✓ Distribución, calidad y adaptabilidad.

5. **Relación con la gravedad**.

- ✓ **Base de apoyo / Área de apoyo**. Si es capaz de crear base.
- ✓ **Postural set**. Alineación de los puntos claves.

6. **Componentes del movimiento alterado**.

- ✓ **Actividad neuromuscular** que los define.

7. **Movimientos anormales**. Presencia de suplencias, compensaciones, fijaciones, reacciones asociadas que dificultan el desempeño de la AVD.

8. Equilibrio – seguridad.

- ✓ Presencia/ausencia de reacciones posturales durante el desempeño de la actividad.
- ✓ Cómo son.
- ✓ Qué componentes se deben facilitar.

9. Velocidad. Su distribución a lo largo de la actividad.

10. Tiempo empleado en la ejecución de las AVD.

11. Frecuencia. N^o de veces que realiza la actividad y distribución durante el día.

- 12. Problemas de procesamiento sensorial:**
propioceptivos, táctiles, vestibulares, visuales, auditivos, etc.
- 13. Problemas perceptivo-cognoscitivos:**
percepción del cuerpo, de objetos y personas, memoria, lenguaje y comunicación, atención, funciones ejecutivas, orientación, gnosias, praxias, etc.
- 14. Problemas afectivos-relacionales.**
- 15. Férulas, productos de apoyo y adaptaciones.**

MMSS-mano. Alcance y manipulación

- a. Control postural** necesario para permitir la función de la cadena cinética de los MMSS.
- b. Patrones de movimiento** utilizados para
- ✓ el alcance
 - ✓ prensión
 - ✓ manipulación
 - ✓ suelta
 - ✓ coordinación entre cuerpo y mano
 - ✓ soporte del peso del cuerpo y las transferencias de éste. Orientación
 - ✓ Balanceo, relaciones de equilibrio.

 - ✓ Presencia de movimientos no funcionales.

c. **Prensión.**

- ✓ Cómo se adecua la mano al objeto: diferentes formas, tamaños, texturas, etc.
- ✓ La prensión voluntaria, toma de objeto, coordinación ojo-mano, transporte del objeto por el espacio y suelta voluntaria.
- ✓ Presencia de mecanismos de feedback y feedforward; adecuación del tono y la sensibilidad al manejo de objetos.
- ✓ Tipo de **agarre** y **pinzas**.

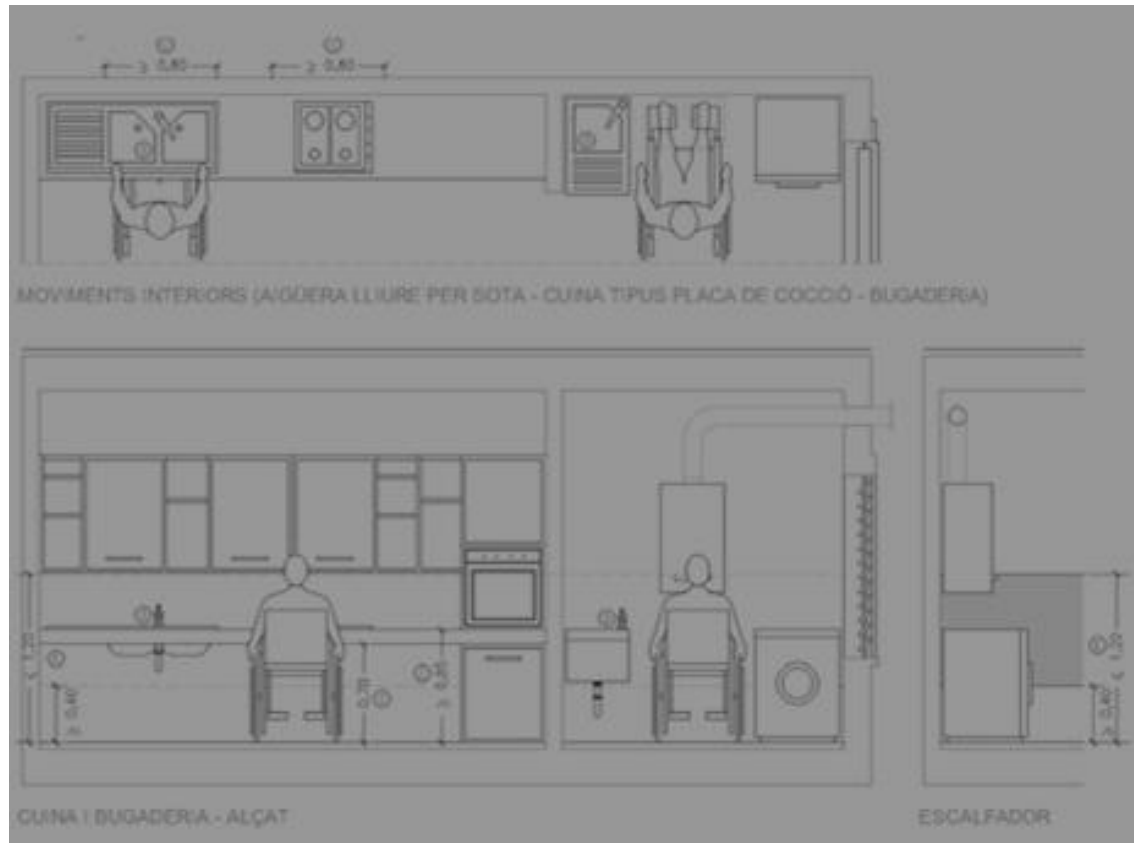
d. **Manipulación de objetos con finalidad y la coordinación perceptivo-motriz.** El manejo de instrumentos y coordinación de las praxias.

e. Presencia de **alteraciones** a nivel

- ✓ articular
- ✓ tejidos muscular
- ✓ fascia
- ✓ tejido nervioso

f. Estudio de **adaptaciones funcionales** para una manipulación eficaz.

Estado de la vivienda y del entorno donde se desenvuelve.





GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



AVD

Lavarse, vestirse,..., son actividades familiares, pero aun así, con frecuencia, son problemáticas para el paciente.

No se debe a déficit motor, el problema es que se trata de **actividades muy complejas!!!!!!**



Es importante que consideremos las AVD como actividades:

- ✓ Suponen un gran número de patrones de postura y movimiento.
- ✓ Involucran a todo el cuerpo.
- ✓ Nos distinguen a unos de otros, no solo por la forma de ejecutarlas, sino también por el orden, planificación y revisión mental de nuestros actos.



Globalidad e individualidad

- ✓ Resultado de un buen procesamiento sensorial, cognitivo, perceptivo y emocional.

Recordar

- Toda actividad que el paciente hace a lo largo del día, puede ser beneficiosa o perjudicial.



- La actividad debe ser atractiva, segura, novedosa, variable, encaminada al restablecimiento y/o mantenimiento de los componentes alterados.
 - ✓ Motivada intrínsecamente y organizada por el propio paciente.
 - ✓ Reto atractivo y ajustado a sus capacidades.

- Debe suponer planificación, pensamiento, resolución de problemas.

✓ Debe tener la capacidad de variar el ambiente con las acciones.



- Necesitamos un **buen nivel de alerta** para *despertar* la implicación de la persona en la actividad propuesta.
- ✓ La preparación previa a través de **input sensoriales**, principalmente propioceptivos, puede servirnos de ayuda.



- El paciente y su familia deben:
 - ✓ Creer que pueden y deben hacer algo para mejorar su situación.
 - ✓ Entender que necesitan asistencia y entrenamiento profesional → NO variar los roles.
 - ✓ Debe establecerse un compromiso con uno mismo y con el plan terapéutico.

- Como terapeutas debemos entender que el paciente y sus familiares van a hacer algo queramos o no.
 - ✓ Redireccionar su ansiedad
 - ✓ Prevenir el sobre-uso e hiper-compensación

- Todos los miembros del equipo interdisciplinar deben trabajar siguiendo los mismos principios, la misma *comunicación* para no confundir más al paciente.

¡Debe existir un **fluido intercambio de información!**

- Aumentar el nivel de dificultad mediante:
 - ✓ Tiempo
 - ✓ Cantidad/tipo de ayuda
 - ✓ Introducir variantes en la actividad
 - Repetir sin repetir.
 - Nivel óptimo de desempeño

- El paciente debe realizar todo lo que pueda por si mismo. Dar ayuda, tanta como sea necesaria:
Hacer con → Facilitación



!!!Permitir que salga bien!!!

- *Todo movimiento comienza con una sensación y termina con otra sensación. El paciente aprende a moverse a través experimentar la sensación del movimiento.*

(B, Bobath).

- ✓ A través de la facilitación se envían aferencias sensoriales para invitar a los grupos musculares al movimiento fisiológico. Con nuestras manos damos información sensorial con la organización necesaria para influir en la calidad del tono y la organización del movimiento, en función de un objetivo y en un contexto apropiado. El paciente con su respuesta guía nuestras manos, dirección, tiempo, grado de estimulación.

Hazlo posible → Hazlo necesario → Permite que pase

Facilitación.

Niveles de actuación

- ✓ Indicación verbal.
- ✓ Demostración (modelaje).
- ✓ Guiar el movimiento.
- ✓ Parte pasiva (transitorio).
- ✓ Movimiento activo/ Estabilidad pasiva
- ✓ Guiar o dirigir una parte del cuerpo una vez el paciente inicia el movimiento.
- ✓ Activar la musculatura mediante informaciones específicas.

INDIVIDUO



TAREA

- Significado al movimiento
- Aprendizaje motor

ENTORNO

- A favor o contra la gravedad
- Contexto visual
- Contexto táctil

- Comenzar tan pronto como sea posible.
- Siempre tendremos en cuenta el nivel previo y sus costumbres personales.
- Hacerlo en el momento adecuado.
- Establecer un límite de tiempo.
- Descompondremos cada actividad en tantos pasos como sea necesario.
- Proceder de forma sistemática.

- Hablar poco. No sólo mostrar como se hace → **Hacer con.**



Hacer con ...

Basándose en la idea de que el aprendizaje es una **tarea orientada** y dependiente de la **manipulación** y **sensibilidad** para poder afrontar un problema, Affolter y Bischofberger (1996) nos dicen:

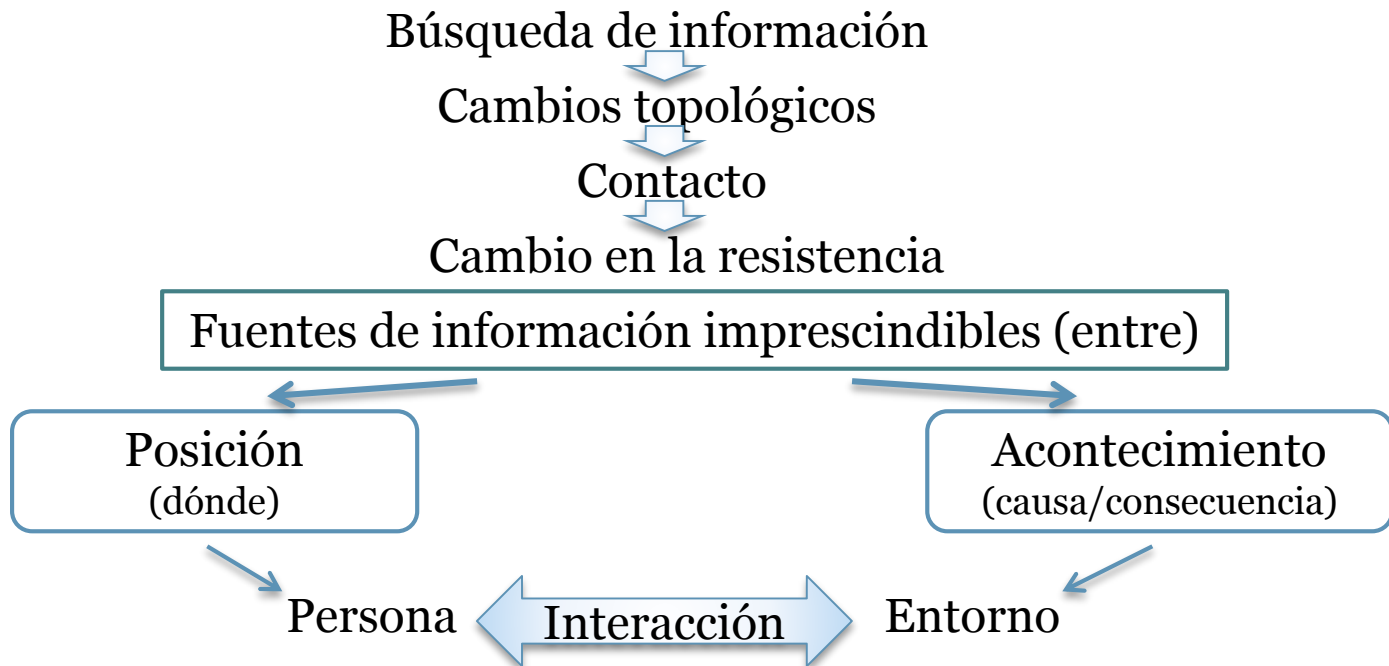


el tratamiento debería consistir en orientar las manos y el cuerpo del paciente durante el entrenamiento de la vida diaria, de las tareas problema-resolución. Tal concepto ayuda al paciente a interactuar con el mundo que le rodea, con los objetos necesarios para llevar a cabo una determinada tarea y a buscar la información necesaria sobre su cuerpo en relación con el entorno.

“Modelo de raíces”



INTERACCIÓN TACTIL-CINESTÉSICA



- Debemos prestar importancia al **tono postural**. Escuchar a nuestras manos, sentir las partes que tocamos y la respuesta del paciente.
- Aprovecharlas para ir contra el patrón establecido y favorecer los componentes biomecánicos deseados → ***alineación***.
- Estrategias de autocuidado previas y/o durante → elementos a la vista. Buscar **ajuste postural anticipatorio** y **mecanismos de feedback**.
- Estabilidad proximal para movilidad distal → **core-extensión selectiva**.
- Inclusión/integración de todos los segmentos y sistemas dentro de la actividad.

Autocuidado. Prevención y mantenimiento

- Prevenir las complicaciones propias de cada patología:
 - ✓ Características adaptativas → frenar / prevenir el avance de acortamientos de rango articular, muscular, tejido conectivo y nervioso.
 - ✓ Patologías/problemas asociados.
- Aumentar la fuerza y/o resistencia en grupos musculares débiles (estabilizadores de tronco, pelvis, cintura escapular, mano).
- Normalizar el tono y la sensibilidad.
- Búsqueda de la sensación de movimiento y postura eficientes.

Manejo 24 horas

- Plan de manejo 24 horas enfocado en relación al rol que el paciente debe mantener y adaptado a las diferentes etapas por las que atraviesa la enfermedad.
- Las AVD ayudan a mejorar la movilidad voluntaria, el nivel perceptivo-cognoscitivo y su consiguiente uso funcional. Ayudan a mantener el nivel de realización adquirido en la terapia.
- Actividad diaria no significa tratamiento diario → Los pacientes pueden aprender estrategias de autocuidado y actividades propias integradas en el transcurso del día



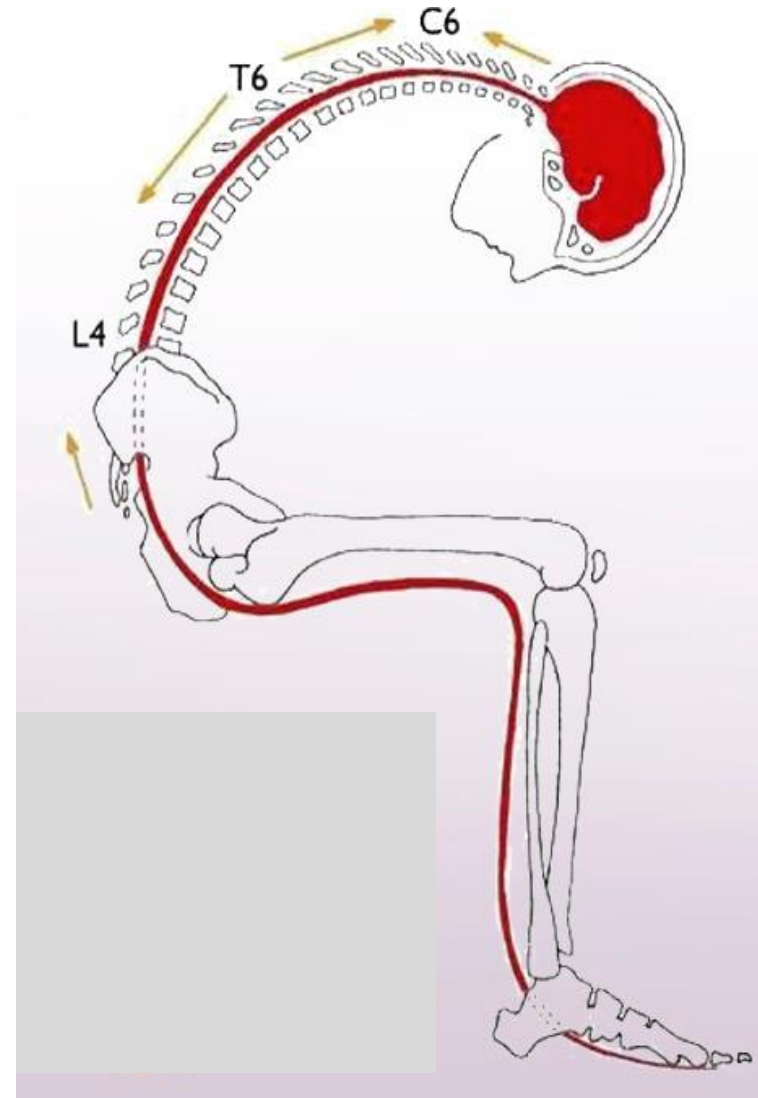
GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



- Hay movimientos que no acontecen en la vida diaria, de modo que el paciente deberá realizar actividades específicas de forma regular para evitar la pérdida de amplitud de movimiento/ flexibilidad/ tensegridad en las articulaciones, músculos, fascia y tejido nerviosos, o que aumente la hipertonía/ espasticidad/ rigidez, previniendo el desarrollo del dolor y contracturas.



- El secreto del éxito consiste en hacer que las actividades sean posibles para el paciente mediante su **elección, enseñanza y práctica adecuada**, y en convencerle en la necesidad de llevarlas a cabo.



Por qué son importantes las AVD

- Eran conocidas previamente por los pacientes.
- Tienen significado para el paciente.
- Permiten trabajar las capacidades sensorio-motrices, perceptivas, cognitivas, emocionales y sociales.
- Permiten “repetir sin repetir”.

- La *forma* en la que el paciente las *hace* puede influir de forma decisiva en su recuperación .
- Podemos usarlas como medio para que el paciente practique determinados componentes en casa sin que tenga la sensación de “ejercicio extra”.
- Ayudan a estar CONECTADO { Consigo mismo
Con su entorno
- Cuantas más *actividades* realice , más seguirá siendo él mismo.

Trabajo con la familia

- Recogeremos sus dudas, inquietudes y miedos.
- Trabajaremos la importancia de saber y reconocer donde están. Estar y tomar conciencia del “NO SE” permite:
 - ✓ Orientarse hacia el saber.
 - ✓ No da nada por supuesto.
 - ✓ Genera estrategias.
 - ✓ La apertura al cambio es mayor.
 - ✓ En definitiva, genera COMPETENCIA.
- El RESPETO, la ACEPTACIÓN y la CONFIANZA son pautas imprescindibles que hay que transmitir a los familiares. Todo ello configura el clima familiar que nuestros pacientes necesitan para continuar creciendo.

Observar, escuchar y acompañar

- Dice ***Empinet*** en “La práctica psicomotriz. Reeducción y terapia” que para estar en la escucha son necesarias:
 - ✓ ***Aceptar al otro con sus dificultades***, tal como es, no tal y como nos gustaría que fuese.
 - ✓ Tan solo en un ***ambiente de seguridad y de confianza*** el otro puede entrar en una dinámica de evolución, de crecimiento, de aprendizaje. Pues se siente querido, importante para el otro.

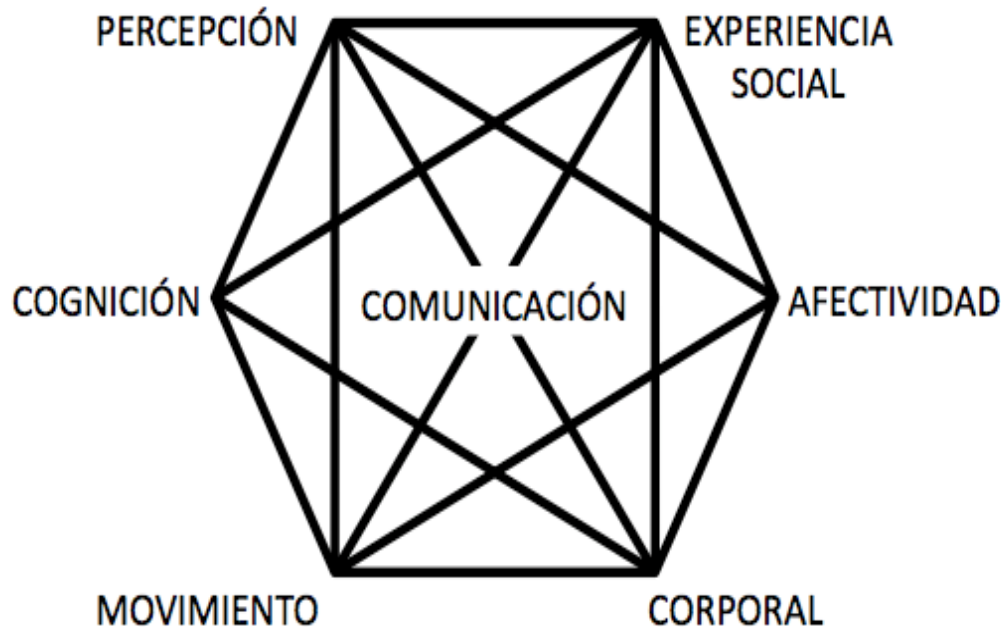
- Para poder acompañar y sentirse acompañado es preciso llegar a ***un acuerdo***. A este acuerdo llegamos cuando establecemos un ***vínculo*** con el otro *que le favorece, posibilita, capacita y da libertad.*
- Es entonces, cuando hay ***libertad*** por ambas partes para decidir si yo quiero estar contigo y viceversa, cuando surge una ***confianza mutua***. Cada uno reconoce la capacidad del otro.

- Acompañar:

- ✓ Recorrer juntos el camino y no llevar al otro por donde yo quiero.
- ✓ Estar a su lado.
- ✓ Reconocer la capacidad del otro.
- ✓ Respetar su tiempo.

Red de la globalidad de Fröhlich y Haupt

(Schürenberg 2004, p.75)



*Cada actividad
es vivida
de forma global.*

El modelo pretende hacer presente que los elementos de percepción, cognición, emoción, comunicación, experiencia social, movimiento y experiencia corporal están **siempre relacionados** los unos con los otros y que se **influyen recíprocamente**.

En cada situación el paciente vive estos elementos que tienen todos el mismo valor, se dan al mismo tiempo y son reales por igual.

Comunicación. Importancia:

- Contacto corporal - relación tónico-emocional
- Contacto visual
- Timbre y tono de voz
- Adaptación al ritmo propio de la persona
- Vivenciar al otro como parte activa
- Lectura de todos los signos comunicativos

Signos comunicativos

- Señales corporales vegetativas
- Señales corporales tónicas
- Ojos
- Mímica facial
- Movimientos
- Gestos y mímica
- Voz y lenguaje

Basale Stimulation

- Estimulación Basal® es un concepto para el desarrollo de personas gravemente discapacitadas creado por A. Fröhlich en los años 70 en Alemania.
- Su iniciador la define como *“una forma de potenciación de la comunicación, la interacción y el desarrollo orientada en todas sus áreas a las necesidades básicas del ser humano”*.
- Parte de la idea que desde el nacimiento hasta la muerte, a pesar de las graves limitaciones que pueda tener una persona, son posibles y tienen sentido nuevos procesos de desarrollo. A partir de esta premisa, la Estimulación Basal pretende hacer **ofertas** sin pedir condiciones previas al otro, sin requerir “de unos mínimos” de respuesta o actividad.

- Es un concepto para estimular a personas en situaciones vitales críticas, en las cuales sus competencias de intercambio y regulación están claramente disminuidas, reducidas o permanentemente dificultadas. En el centro del concepto están las capacidades de **percepción, comunicación y movimiento**.
- A partir de ofertas y ayudas de intercambio sencillas y básicas se pretende mantener, asegurar y construir **competencias**.
- Es una forma de **comunicación global**, centrada en el **cuerpo**.

Factores que influyen en el aprendizaje motor

- ***El aprendizaje es una tarea orientada, y necesita del movimiento y de la sensación.***

*El aprendizaje acontece mediante repetidas interacciones con el entorno ... El tratamiento reviste más eficacia **percibiendo hechos**, no únicamente estímulos sensoriales independientes aplicados de manera aislada (Davies, P).*

- ***El sistema nervioso aprende actuando.***

El compromiso activo ha demostrado en repetidas ocasiones ser superior a la participación pasiva para que el SN aprenda, madure y sea viable (Moore, 1980).

La visión puede desvirtuar la realización de un gran número de habilidades aprendidas, ya que un control visual que distrae la atención interfiere interrumpiendo los movimientos practicados que normalmente corrige la sensación músculo-articular (Bernstein, 1996).

Damasio (1994) explica que nuevos hechos que se presentan verbalmente o mediante confrontación visual directa se olvidan rápidamente.

- **La propiocepción es esencial para el movimiento y el aprendizaje.** Propioceptivo: “Sentirse a sí mismo” . Tener un sentido de su propio cuerpo.
 - ✓ Sachs (1985) recoge la descripción de un paciente con pérdida total de la propiocepción por un tipo de poliomielitis: “incorpóreo”, “siento que mi cuerpo es ciego y mudo de sí mismo ... no se siente él mismo”.
 - ✓ Bannister (1974) describe la pérdida del sentido de la propiocepción como *“posiblemente el mayor problema y experiencia desorganizativa que un hombre puede sufrir”* ya que *“vivir en un mundo inexplicable ya es bastante aterrador, pero ser inexplicable para sí mismo todavía debe ser más espantoso”*.
 - ✓ *Los pacientes que han perdido la propiocepción y, por tanto el sentido de su propio cuerpo y su interacción con el mundo que les rodea, experimentan un profundo desorden de los procesos mentales (Damasio, 1994).*

- ***La repetición y la práctica.*** *Repetir sin repetir.*
- ***El entorno y motivación.*** *Implicación del sistema límbico.*
- ***Finalidad específica:*** *Los movimientos se organizan en función de una meta o una tarea (T^a de los Sistemas) → Proponer actividades funcionales que tengan sentido para el paciente.*
- ***Experiencia previa:*** *Influencia de los mecanismos de feedback y feed-forward.*

- **Procesos cognitivos-perceptivos.** *La habilidad del ser humano para aprender y adaptarse continuamente al siempre fluctuante entorno depende de la integridad de los procesos perceptuales (Davies, P).*
- **Sistema sensitivo:** el proceso sensitivo genera una representación interna del mundo que nos rodea y del estado de nuestro cuerpo. Una alteración de las aferencias sensitivas creará una imagen interna de nosotros mismos y de nuestro entorno erróneas, influyendo en el proceso de neuroplasticidad.
- **El sueño:** Una de las funciones del sueño REM es la de reforzar la memoria de procedimientos (aprendizaje implícito).
- **Hacerlo posible y necesario.**

Abordaje sensorio-motor

- Entrenamiento orientado a la AVD/actividad funcional.
- Emoción. Intención y Motivación → Atención.
- Ajustarnos a cada paciente (Preferencias, tiempo, ritmo, estilos de aprendizaje, modos de comunicación, momento de su ciclo vital).
- Procesamiento sensorial adecuado. Integración sensorial táctil, cinestésica, vestibular y visual → Buen registro, modulación y discriminación.
- Aspectos perceptivos y cognitivos.

- Alineación biomecánica y neuromuscular → Integración.
- Base de soporte estable → Crear base.
- Estabilidad estática – dinámica ↔ Movilidad → Patrones de movimiento selectivo.
- Control antigravitatorio antes, durante y después de la actividad. Sobreponerse a la inercia e incrementar la iniciación de movimiento → Mecanismos anticipatorios y reactivos.
- Repetir sin repetir.
- Manejo 24 horas { Autocuidado: Posicionamiento y estiramientos. Ejercicios activos.
Estrategias para la ejecución AVD.

Lo importante no son las habilidades del paciente durante la sesión de terapia, sino la generalización del nuevo aprendizaje a la vida diaria.

(Dr. M. Runge)

“I Jornadas de promoción para la autonomía personal en Enfermedades Raras”

21 de octubre de 2016

Muchas Gracias

mariagonzalezsobrinos@gmail.com



Escuela La Travesía
www.escuelalatravesia.es