

## INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL, A PROPOSITO DE UN CASO.

## STATEMENT FROM OCCUPATIONAL THERAPY IN INTELLECTUAL DISABILITY, A PROPOS OF A CASE.

**DECS:** Discapacidad Intelectual; Terapia Ocupacional.  
**Mesh:** Intellectual Disability; Occupational Therapy.



### **Autora:**

**Dña. María Dolores Martínez Abenza.**

*Terapeuta Ocupacional.*

*E-mail de contacto:* [lolaterapiaocupacional@gmail.com](mailto:lolaterapiaocupacional@gmail.com)

### **Como citar este documento:**

Martínez Abenza MD. Intervención desde terapia ocupacional en discapacidad intelectual, a propósito de un caso. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [13 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/caso2.pdf>

**Texto Recibido:** 16/01/2016

**Texto Aceptado:** 28/04/2016

**Texto Publicado:** 31/05/2016

## **I**ntroducción

A continuación se presenta el caso de un usuario de 50 años de edad, diagnosticado de parálisis cerebral infantil (en adelante PCI) y retraso mental moderado, que asiste diariamente a un Centro de día, el cual ha aceptado a través de un consentimiento informado la exposición del mismo (anexo 1). Se explicará la hipótesis de diagnóstico ocupacional basada en los datos obtenidos en la evaluación ocupacional y el plan de intervención.

La parálisis cerebral es una discapacidad producida por una lesión en el cerebro sobrevinida durante la gestación, el parto o durante los primeros años de vida. Generalmente conlleva una discapacidad física en mayor o menor grado, pero también puede ir acompañada de una discapacidad sensorial y/o intelectual. El grado en el que afecta a cada persona es diferente y viene determinado por el momento concreto en que se produce el daño; así podemos

## RESUMEN

**Introducción** el objetivo de este artículo es mostrar la efectividad de la práctica de la Terapia Ocupacional en Centros de Día y Residencias de Discapacidad Intelectual, a través de la presentación de un caso clínico de un sujeto diagnosticado con parálisis cerebral.

**Metodología** se explicará la hipótesis de diagnóstico ocupacional basada en los datos obtenidos en la evaluación ocupacional, a través de recogida de información de fuentes directas e indirectas, herramientas estandarizadas y no estandarizadas.

**Conclusiones** se expondrá el plan de intervención.

## SUMMARY

**Introduction** aim of this article is to show the effectiveness of the practice of occupational therapy in day centers and residences Intellectual Disability, through the presentation of a clinical case of a patient diagnosed with cerebral palsy.

**Methodology** in which the hypothesis is explained occupational diagnosis based on data from occupational assessment, through collection of information from direct and indirect, standardized and non-standardized tolos.

**Conclusion** intervention plan will be discussed sources.

encontrar personas que conviven con una parálisis cerebral que resulta apenas perceptible, frente a otras que necesitan del apoyo de terceras personas para realizar las actividades más básicas de su vida diaria (1).

La parálisis cerebral es una de las causas más frecuentes de discapacidad motora y la más frecuente en niños. Se estima que entre un 2 y un 2,5 por cada 1000

nacidos en España tiene parálisis cerebral, es decir, una de cada 500 personas. Dicho de otra manera, en España hay 120.000 personas con parálisis cerebral (2).

Es importante tener en cuenta, que la parálisis cerebral como tal, no tiene cura. Sin embargo, las disfunciones pueden ser abordadas desde cuatro áreas fundamentales: fisioterapia, Terapia Ocupacional, logopedia y apoyos educativos.

El proceso de Terapia Ocupacional incluye evaluación, intervención y resultados y requiere la colaboración (o trabajo conjunto) entre el terapeuta y el usuario.

Dentro del proceso de intervención, existen diferentes tipos de intervención, en los que destacamos:

- Intervención basada en ocupación: el usuario participa en aquellas ocupaciones que van de acuerdo a los objetivos de intervención identificados.

- Actividades con propósito: el usuario participa en actividades seleccionadas específicamente para permitirle desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional.
- Métodos preparatorios: el Terapeuta Ocupacional selecciona métodos y técnicas que preparen al usuario para su desempeño ocupacional. Se utiliza antes o concurrentemente con actividades con propósito y basadas en ocupación.

Este proceso se centra en el objetivo final de apoyar la salud y la participación en la vida a través de las ocupaciones, seleccionadas desde un punto de vista terapéutico, como medio y fin del proceso (3).

Por último, dentro de las terapias complementarias, destacar el papel de la hipoterapia como herramienta terapéutica y/o complemento al tratamiento de la parálisis cerebral.

La hipoterapia se define como la alternativa terapéutica basada en la utilización del movimiento del caballo para el tratamiento de diferentes afecciones físicas y/o mentales. Está dirigida a personas que por su grave discapacidad física y/o cognitiva no pueden ejercer prácticamente ninguna acción sobre el caballo.

La hipoterapia se basa en tres principios terapéuticos como son: 1) la transmisión del calor corporal, el cual favorece el estiramiento y relajación muscular; 2) la transmisión de impulsos rítmicos y simétricos; 3) la transmisión de un patrón de locomoción tridimensional, que equivale al patrón fisiológico de la marcha humana (4).

Con la realización de este tipo de terapias, se puede mejorar la calidad de vida de las personas que tienen algún tipo de discapacidad, ya sea física, psíquica, cognitiva y/o sensorial; favoreciendo su proceso integrador, aumentando la autoestima, las relaciones interpersonales, la independencia y autonomía.

Asimismo, mejorar aspectos físicos como el tono, fuerza y control muscular, el equilibrio, coordinación, etc.

## **METODOLOGÍA**

En la recogida de datos se parte de fuentes indirectas de información, que incluye la revisión del informe de derivación, historia clínica del usuario e información relevante aportada por los profesionales del equipo y cuidadores principales. También se recoge información directa a través de una entrevista no estructurada, observación directa, herramientas estandarizadas y no estandarizadas. Todo ello basado en el Marco de Trabajo para Terapeutas Ocupacionales de la AOTA (3)

Las herramientas estandarizadas empleadas son:

- Índice de Barthel: El Índice de Barthel fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las actividades de la vida diaria (en adelante AVD) incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El Índice de Barthel aporta información tanto a partir de la puntuación global como de

cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal (5).

- Índice de Lawton & Brody: Publicado en 1969, fue desarrollado en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante AIVD). Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8, siendo cero la máxima dependencia y ocho la independencia total. La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos (6).

Las herramientas no estandarizadas son:

- Valoración de las destrezas motora de la mano-muñeca: Este registro se lleva a cabo mediante observación, donde se le pide al usuario que realice diferentes pruebas. Valora el estado actual de la muñeca, movilidad de las manos, destrezas de ejecución motoras, motricidad fina, destrezas bimanuales y pinzas.
- Valoración de las destrezas funcionales AVD básicas: Registro que evalúa mediante observación las destrezas en las actividades y tareas básicas de la vida diaria (alimentación, comer, higiene y aseo personal, cuidado de vejiga e intestino, baño/ducha, vestido de la parte superior del cuerpo y parte inferior, cuidado de las ayudas técnicas personales, movilidad funcional en cama, transferencias y deambulación).

- Entrevista no estructurada: el Terapeuta Ocupacional recoge libremente la información proporcionada por el usuario, sin seguir una estructura predefinida, con preguntas abiertas. Permite profundizar en aspectos importantes para el individuo y las respuestas reflejadas en ella, pueden ser literales del usuario (7).

## EXPOSICIÓN DEL CASO

A continuación se exponen los resultados obtenidos a través de la recogida de datos, divididos en: áreas de ocupación, valoración física/funcional, ayudas técnicas/adaptaciones, y contexto y entorno personal. Además se establecen los objetivos y el plan de tratamiento/intervención.

- Diagnóstico médico (*Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE- 10)*): parálisis cerebral (G80) y retraso mental moderado (F71) (8)
- Diagnóstico funcional: diplejía
- Otros diagnósticos: sordo-mudez
- Medicación actual: Cidine (protector gastrointestinal)

### Contexto personal y entorno social

Varón de 50 años de edad. Actualmente vive en Murcia con su hermana menor, ya que su madre falleció recientemente (noviembre 2013), lo cual le afectó bastante hasta el punto de perder parte de su autonomía. Además mantiene una relación afectiva estable.

### Áreas de Ocupación

#### ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Alimentación: puede beber líquidos con pajita, es capaz de pinchar alimentos y llevarlos a la boca pero con mucha dificultad. Precisa que le corten y pelen los alimentos.

Bañarse/ducharse: depende de terceras personas, pero colabora en la actividad y es capaz de realizar algunas tareas.

Vestido: depende de terceras personas, pero colabora en la actividad.

Higiene y arreglo personal: precisa la ayuda de terceras personas pero colabora en la actividad, realizando tareas como el lavado de manos y cara.

Movilidad funcional: utiliza silla de ruedas estándar pero precisa de otra persona para desplazarse. Necesita apoyo de terceras personas para la realización de transferencias.

- Escalas estandarizadas empleadas: *Índice de Barthel (Anexo 2)*
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Destrezas Funcionales AVD (Anexo 5)*.

#### ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Depende de terceras personas para la realización de todas las actividades instrumentales.

- Escalas estandarizadas empleadas: *Lawton y Brody (Anexo 3)*
- Escalas no estandarizadas empleadas: --

#### SUEÑO / DESCANSO

No presenta ningún patrón alterado en el sueño

- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Entrevista no estructurada*

#### EDUCACIÓN

Durante su infancia asistió a varios centros de Educación Especial, donde adquirió conocimientos de lecto-escritura y lenguaje de signos. Actualmente continúa su formación en el lenguaje de signos dentro del programa de Comunicación SAAC del Centro de día.

- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Entrevista no estructurada*

## TRABAJO

No ha desempeñado nunca ningún oficio. Actualmente realiza tareas de envasado de ambientadores y colonias (adaptado a sus capacidades) en el Centro de día.

- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Entrevista no estructurada*

## OCIO Y TIEMPO LIBRE

Le gustan las actividades sociales, practicar hípica, pasar tiempo con su familia y pasear, ver la televisión y chatear con el ordenador.

- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Entrevista no estructurada*

## PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es muy sociable, pero se encuentra limitado por no disponer de código oral y limitación de movimiento a la hora de realizar el lenguaje de signos.

- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Entrevista no estructurada*

## VALORACIÓN FÍSICA / FUNCIONAL

Presenta tono muscular bajo (hipotonía), que aumenta con la intención y/o movimiento.

- MMSS: presenta rotación interna, flexión de codo, pronación y desviación
- MMII: presenta patrón de tijera, rotación interna, aducción y flexión de cadera, flexión de rodilla.
- Tronco: no presenta ninguna alteración.
- Escalas estandarizadas empleadas: --
- Escalas no estandarizadas empleadas: *Valoración Mano-Muñeca. (Anexo 4)*



## **AYUDAS TÉCNICAS Y ADAPTACIONES**

Silla de ruedas estándar.

## **OBSERVACIONES**

Presenta una actitud muy colaboradora. Tras analizar los resultados obtenidos en la recogida de información, y en función de las necesidades que presenta el usuario, se plantean los siguientes objetivos:

### **Objetivos generales**

1. Conseguir que el usuario se alimente de manera autónoma

Objetivos específicos:

- 1.1 Incluir el MMSS izquierdo en la actividad y crear un punto de estabilidad
- 1.2 Mejorar el control de tronco y equilibrio en sedestación
- 1.3 Mejorar la coordinación óculo-manual
- 1.4 Potenciar la motricidad fina
- 1.5 Mejorar la flexión de hombro y extensión de codo
- 1.6 Potenciar la utilización de los utensilios adaptados

2. Potenciar la comunicación a través de un sistema alternativo (SAAC)

Objetivos específicos:

- 2.1 Incorporar el manejo de los pictogramas como método de comunicación

## **PREGUNTA PARA EL LECTOR**

*¿El uso terapéutico de ocupaciones y métodos preparatorios contribuyen a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud?*

## RESPUESTA

*¿El uso terapéutico de ocupaciones y métodos preparatorios contribuyen a la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud?*

La intervención se basa en el uso terapéutico de las ocupaciones y las actividades (métodos preparatorios, actividades con propósito e intervenciones basadas en la ocupación). Los enfoques seleccionados para la intervención son de prevención, mantenimiento de la salud y modificación (2).

Para alcanzar los objetivos propuestos, la intervención se divide en:

### A. Métodos preparatorios:

- Se llevan a cabo diferentes ejercicios técnico terapéuticos (ETT) empleando diferentes recursos materiales tales como pegatinas, piezas de varios tamaños, entre otros. Estos ejercicios se llevan a cabo dos veces por semana (*figura 1*).
- Para poder intervenir posteriormente en el área de alimentación (ABVD), previamente se adaptan con material termoplástico los cubiertos, engrosando los mangos de la cuchara, cuchara de postre y tenedor (*figura 2*).



### B. Actividades con propósito

- MMSS y tronco: se realizan sesiones de hipoterapia una vez por semana, en las cuales se llevan a cabo diferentes ejercicios y

recorridos empleando principalmente conos, picas y aros de colores. Además para estas sesiones, el usuario utiliza una silla de montar adaptada (con sujeción a nivel de la cintura) debido a la inestabilidad de tronco que presenta. Esta silla, permite al usuario montar con mayor seguridad y realizarlo de manera autónoma y eficiente, ya que no limita el movimiento ni supe ninguna función.

- Comunicación: se realiza un cuaderno de comunicación alternativa mediante el uso de pictograma, adaptado a las necesidades del usuario. De este modo, el usuario señalará los diferentes pictogramas en función de lo que quiera transmitir. Para poder llevar a cabo esta intervención correctamente, no sólo se entrena al usuario en su uso, sino que es necesario un aprendizaje conjunto por parte de compañeros, maestros, cuidadores y familiares, de lo contrario, no se generalizaría y ni resultaría efectivo en su totalidad.

C. Intervenciones basadas en la ocupación: esta intervención se lleva a cabo en el comedor del Centro de día, siguiendo las premisas:

1. Empleo de los cubiertos adaptados.
2. Colocar material antideslizante bajo el plato.
3. Implementación del uso de una pajita a la hora de beber en vaso.
4. Colocar el MMSS izquierdo sobre de la mesa, a modo de apoyo.

Esta intervención tendrá una revisión trimestral, en la que se reevaluará al usuario (empleando principalmente en este caso la herramienta de Destrezas funcionales AVD básicas, en la cual se puede analizar en profundidad la evolución del usuario) y se revisarán todos los objetivos propuestos anteriormente.

---

## CONCLUSIONES

Para realizar una intervención adecuada debemos tener siempre en cuenta las necesidades y preferencias del usuario, y plantear las metas / objetivos en base a ello. Además, para que nuestra intervención tenga éxito es importante trabajar de manera conjunta con el resto de profesionales del equipo y familias, con el objetivo final de que nuestro usuario sea capaz de realizar sus actividades cotidianas de la manera autónoma y funcional, así como mejorar su calidad de vida.

## Referencias bibliográficas

1. Confederación Aspace [sede web]. Madrid: Aspace; [actualizada en el 2012; acceso 28 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.aspace.org>
2. Camacho Salas A, Pallas Alonso CR, de la Cruz Bértolo J, Simón de las Heras R, Mateos Beato F. Parálisis cerebral: concepto y registros de base poblacional. Rev Neurol. 2007; 45: 503-8.
3. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [20 de octubre, 2014]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
4. Valero Merlo E, San Juan Jiménez M. Manual teórico práctico de Terapia Ocupacional: intervención desde la infancia a la vejez. Barcelona: Monsa-Prayma; 2010.
5. Cid-Ruzafa J., Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. RESP [revista en internet] Marzo-Abril 1997 [26 de marzo de 2014]; 71 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113557271997000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271997000200004)
6. Junta de Andalucía. Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar: Índice para actividades Instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody. Andalucía: Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pacientes\\_pluripatologicos/08\\_a\\_nexos\\_pluri.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_a_nexos_pluri.pdf)
7. Polonio B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2003.
8. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. OMS. Libro de casos de la CIE- 10. Ginebra: Panamericana; 1999.