

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EL AMBIENTE PARA PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN RESIDENCIA GERIÁTRICA

ENVIRONMENTAL INTERVENTION FOR PATIENTS WITH ACQUIRED BRAIN DAMAGE IN A RESIDENTIAL CARE HOME FOR THE ELDERLY: A PROJECT PROPOSAL



Virginia Jurado Ruiz*
Terapeuta ocupacional. Máster en Neuroterapia Ocupacional. Servicio Andaluz de Salud. (Andalucía, España) ORCID 0000-0001-7042-4739.

E-mail de contacto:
Virxy_811@hotmail.com

*autora para la correspondencia



Luna Begines Fernández
Terapeuta ocupacional. Máster en Salud Internacional. Máster en Neuroterapia Ocupacional. Servicio Andaluz de Salud. (Andalucía, España)



Laura Cerón Lorente
Terapeuta ocupacional. Máster en Neurociencia y Dolor. Servicio Andaluz de Salud. (Andalucía, España) ORCID 0000-0003-4331-6497.

Introducción: analizar la bibliografía disponible para realizar una intervención idónea en el ambiente y conseguir una óptima recuperación de las actividades de la vida diaria en personas que han sufrido daño cerebral adquirido gracias a la adaptación del entorno, centrándonos en las áreas de ocupación básicas e instrumentales. **Método:** usaremos dos escalas: en la encuesta de impacto ambiental residencial, obtendremos información de personas residentes y trabajadoras sobre espacios cotidianos, objetos, relaciones facilitadoras y estructura de las actividades que se realizan, para adaptar el entorno a sus necesidades. En el perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana conoceremos el desempeño en la participación ocupacional de la persona. Posteriormente plantearemos la intervención. **Conclusiones:** el ambiente puede plantear múltiples problemas a personas con daño cerebral adquirido al encontrar barreras naturales, arquitectónicas y objetos interfiriendo en el desempeño de la ocupación. Modificándolo, podemos conseguir una correcta intervención y desempeño ocupacional.

Introduction: To analyze the available bibliography to carry out an ideal intervention in the environment and achieve an optimal recovery of the Activities of Daily Living (ADL) in people with acquired brain damage through environmental adaptation, focusing on the areas of basic and instrumental occupations. **Method:** We will use two scales: first, the residential environmental impact survey, which we will use to obtain information from residents and workers about everyday spaces, objects, facilitating relationships and the structure of the activities carried out in order to adapt the environment to their needs. The second scale which we will use is the initial occupational profile from the Model Of Human Occupation (MOHO) to assess the residents' occupational performance. Once we have the output from both scales, we will plan the intervention. **Conclusions:** Environment can pose multiple problems for people with acquired brain damage when encountering natural barriers, architectural and objects interfering with their occupational performance. By modifying it, we can achieve appropriate intervention and occupational performance.

DeCS Ambiente; Terapia Ocupacional; Residencia geriátrica; Daño cerebral adquirido **MeSH** Environment; Occupational Therapy; Nursing home; Acquired brain damage **Palabras clave** Geriátrica; Modelo Ocupación Humana **Key words** Geriatrics; Model Of Human Occupation

Texto recibido: 22/02/2021

Texto aceptado: 02/11/2021

Texto publicado: 30/11/2021

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

Diferentes autorías apoyan la necesidad de adaptar el entorno, López & Ayuso ⁽¹⁾ sostienen que, para que haya mayor rendimiento en las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD), se deben practicar las actividades significativas en contextos reales proporcionando las adaptaciones y entrenando su uso. Según Jarus ⁽²⁾, practicar actividades en contextos reales estimula el aprendizaje de las habilidades necesarias para su correcta ejecución, facilitando así la generalización de aprendizajes y asegurándonos la eficacia de nuestra intervención. En la teoría de control motor, el contexto facilita o interrumpe el aprendizaje ⁽³⁾. Fitts & Posner ⁽⁴⁾, proponen 3 etapas en el aprendizaje motor; cognitiva, asociativa y autónoma, siendo ésta la más importante al generalizarse las destrezas en diferentes ambientes.

Según Gómez et al. ⁽⁵⁾, tras sufrir daño cerebral adquirido (DCA) se pasan por varias fases: crítica, aguda, subaguda y de readaptación. Al tratarse de residencia geriátrica tomaremos como referencia dos fases. Subaguda, la persona está estable y comienza rehabilitación en régimen ambulatorio y residencial. Readaptación, tras el alta del tratamiento rehabilitador hospitalario se mantiene rehabilitación en residencia.

Schell et al. ⁽⁶⁾ en el modelo de ocupación humana (MOHO), nos indican que hay otros factores diferentes a las discapacidades motoras, cognitivas y sensoriales, que dificultan las actividades de la vida diaria (AVD), como el entorno físico y social, los impedimentos que se encuentran las personas para elegir o encontrar significancia en las ocupaciones, y la participación en roles y rutinas.

El entorno de las residencias se estructura en base a la normativa de centros de mayores de la Junta de Andalucía ⁽⁷⁾, donde se indica que deben estar dotados de unas condiciones físicas, urbanísticas, y arquitectónicas concretas para tener buena accesibilidad y seguridad. Dado que esto permite que se disponga de los recursos básicos generales para todas las personas, y no de las necesidades individuales, en este programa se adaptará el centro a las necesidades de cada persona de forma individual.

Según el estudio de Piba & Villemur ⁽⁸⁾, donde se ha modificado el ambiente y ha resultado satisfactorio para la persona usuaria, las intervenciones que adaptan o modifican el entorno deben ser tenidas en cuenta para maximizar el funcionamiento de la persona.

Esta propuesta surge tras las limitaciones ambientales y de desempeño ocupacional encontradas en las personas con DCA en ámbito residencial.

Hipótesis

Adaptando la intervención y modificando el ambiente, se pueden ofrecer oportunidades y recursos, beneficiando así el desempeño ocupacional, y favoreciendo la participación de las personas residentes en sus roles.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un programa que focalice la intervención en la modificación del entorno según las necesidades, obteniendo un correcto desempeño ocupacional en las AVD tras sufrir un DCA.

Objetivos específicos

- Proveer de pautas clave para trabajar mediante el MOHO.
- Valorar, adaptar y modificar el entorno del centro según las necesidades observadas.
- Facilitar los procesos de exploración de actividades significativas.
- Incentivar el reaprendizaje de ABVD y AIVD.

MÉTODO

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Personas \geq 60 años. Diagnóstico de DCA, fase subaguda o de readaptación. Predisposición a recibir tratamiento. Disponer de medios humanos: terapeuta ocupacional con la colaboración del resto de profesionales del equipo (fisioterapeuta, psicólogo, logopedas, trabajador social, auxiliares de enfermería, etc.) Disponer de materiales, como las escalas para la evaluación y productos de apoyo necesarios para la modificación del ambiente.

Criterios de exclusión

Residentes que no cumplan los criterios de inclusión o en estado de mínima conciencia.
Centros donde no se disponga de los medios humanos y materiales.

Duración

Durante tres meses se realizarán sesiones individuales y grupales de ABVD y AIVD, posteriormente se hará una nueva valoración de las personas participantes para adaptar el programa.



Procedimiento

Se toma como referencia la AOTA ⁽⁹⁾ y el MOHO ⁽¹⁰⁾ realizando la evaluación de 80 personas participantes, de la siguiente manera:

Evaluación inicial

(perfil ocupacional y análisis de la ejecución ocupacional)

1. Entrevista inicial con participante y familia, mediante una entrevista semiestructurada (tomando como guía la escala OPHI-II).
2. En el perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana (MOHOST) ⁽¹¹⁾, 1 o 2 semanas de observación de la persona en la participación de actividades, completándola aproximadamente en 40 minutos.
3. Encuesta de impacto ambiental residencial (REIS) ⁽¹²⁾, 1 semana tras el ingreso, se entrevista a la participante, al personal y se observan las actividades, completándola máximo en 3 horas.

A continuación, diseñaremos el plan de tratamiento junto a la persona destinataria. La intervención, irá enfocada a sus necesidades, adaptando el entorno o proveyéndolo de productos de apoyo. Modificaremos el espacio cotidiano, objetos cotidianos, relaciones facilitadoras y estructura de las actividades tomando como guía la escala REIS ⁽¹²⁾.

Realizaremos terapias grupales e individuales según las necesidades encontradas. Grupales, las realizaremos en el exterior o interior del centro y existirán objetivos comunes. Individuales, usaremos las instalaciones adecuadas para cada intervención. En ambas valoraremos el desempeño ocupacional, adaptaremos el entorno, y facilitaremos o entrenaremos habilidades para desempeñarse correctamente obteniendo una generalización del aprendizaje. Para el seguimiento usaremos la escala MOHOST con la que obtendremos resultados objetivos y valoraremos la necesidad de seguir el tratamiento, o cambiar de estrategia.

Análisis de datos

El tratamiento de los datos recopilados se analizará de forma descriptiva observacional. Se empleará la escala MOHOST para re-evaluar y valorar la participación ocupacional tras la intervención.

Aspectos éticos

Para implementar el proyecto se pedirá autorización a la dirección del centro. Los participantes deberán firmar un consentimiento informado tras explicarle toda la información necesaria, y en el caso de tener tutor legal, será necesario contar con el consentimiento informado del mismo. El tratamiento de los datos que se obtengan cumplirá con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

CONCLUSIÓN

Aplicaciones prácticas

Con esta metodología se obtendrá información del desempeño ocupacional, del entorno y las necesidades encontradas, facilitando la consecución de objetivos dada la alta significancia para la persona usuaria. Para ejecutarlo, es necesario que el o la terapeuta ocupacional conozca el MOHO y las escalas REIS y MOHOST. Aunque parezca una valoración amplia, una vez obtenidos los datos, podemos intervenir con mayor eficacia, conociendo con exactitud las necesidades de la persona usuaria y valorando a posteriori si ha mejorado la participación.

Gracias a la realización de este programa, se podrá intervenir en las áreas deficitarias de las personas participantes modificando el ambiente para que facilite la participación de las mismas.

Limitaciones

No disponer de tiempo suficiente para la valoración. No contar con respaldo directivo en el centro para adaptar el entorno o implementar esta propuesta. No disponer de materiales o personal suficiente para realizarlo con el total de participantes o una muestra representativa.

AGRADECIMIENTOS

No existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

VJ realizó el desarrollo, diseño de la propuesta de intervención y búsqueda bibliográfica. LB y LC participaron en la supervisión, revisión de la propuesta y diseño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López BP, Ayuso DMR. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2010 [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=581471>
2. Jarus T. Motor Learning and Occupational Therapy: The Organization of Practice. Am J Occup Ther, 1994;48(9):810-6.
3. Cano-de-la-Cuerda R, Molero-Sánchez A, Carratalá-Tejada M, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F, Miangolarra-Page JC, et al. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. Neurología, 2015;30(1):32-41.
4. Fitts PM, Posner MI. Human performance. Oxford, England: Brooks/Cole; 1967. (Human performance).
5. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza A. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [11 de febrero del 2021]; Vol 6, supl. 4: p 410-464. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>
6. Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, Cohn ES. Terapia ocupacional: Willard & Spackman [Internet]. Editorial Médica Panamericana; 2016 [citado 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=728993>
7. Consejería para la igualdad y bienestar social. ORDEN de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. España; 2007 [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Normativa_centros_mayores.pdf
8. Piva NN, Villemur ML. El entorno como obstaculizador del desempeño. Revista Argentina de Terapia Ocupacional [Internet]. 2015;1. Disponible en: <https://www.terapia-ocupacional.org.ar/revista/RATO/2015dic-res-art2.pdf>
9. Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 2nd Edition. Am J Occup Ther, 2008;62(6):625-83.
10. De las Heras de Pablo CG. Modelo de ocupación humana. Madrid: Editorial Síntesis; 2015.
11. Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. A user's manual for the Model of human occupation screening tool (MOHOST) Version 2.0. Chicago: University of Illinois; 2004.
12. Fisher G, Forsyth K, Harrison M, Angarola R, Kayhan E, Noga P, et al. Residential Environment Impact Scale (REIS) Version 4.0. Chicago: University of Illinois; 2014.

Derechos de autor

