

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

El entrecruzamiento de enfoques en el abordaje de terapia ocupacional en un caso clínico de Guillain-Barré.

Cicchini, Aldana.

Cita:

Cicchini, Aldana (2021). *El entrecruzamiento de enfoques en el abordaje de terapia ocupacional en un caso clínico de Guillain-Barré. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/340>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/UEf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL ENTRECruzAMIENTO DE ENFOQUES EN EL ABORDAJE DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO CLÍNICO DE GUILLAIN-BARRÉ

Cicchini, Aldana
Hospital Dr Jose Maria Jorge. Burzaco, Argentina.

RESUMEN

El siguiente caso clínico, de un joven con Guillain-Barré, muestra el abordaje de Terapia Ocupacional en un Hospital de Rehabilitación del Conurbano Bonaerense. El paciente presenta parálisis de tipo periférico, parestesias e hipotonía, que interfiere en el desempeño autónomo de su vida cotidiana. Este trabajo analiza la posibilidad de implementar paralelamente dos enfoques terapéuticos con direccionalidad opuesta. La intervención se sustenta a partir de un enfoque con la mirada puesta en la ocupación, y en paralelo con un enfoque que busque potenciar la recuperación de funciones. Dentro del proceso de intervención, se realizaron entrevistas y evaluaciones (de desempeño, participación social, contextos y funciones), que permitieron la decisión conjunta de los objetivos de intervención más significativos. Para el logro de los mismos se utilizaron estrategias compensadoras para aumentar la autonomía, y estrategias biomecánicas para la restauración de funciones afectadas. La implementación paralela de dichos enfoques demostró el entrecruzamiento constante, permitiendo potenciar el desempeño funcional del paciente, incrementando su autonomía, favoreciendo la participación ocupacional en todos sus contextos y de esta manera restaurar su justicia ocupacional.

Palabras clave

Guillain Barré - Terapia Ocupacional - Enfoques de intervención

ABSTRACT

THE CROSS-LINKING APPROACHES IN THE INTERVENTION TO OCCUPATIONAL THERAPY IN A CLINICAL CASE IN GUILLAIN-BARRÉ
The following clinical case, of a young man with Guillain-Barré, shows the Occupational Therapy approach in a Rehabilitation Hospital of the Greater Buenos Aires. The patient presents peripheral paralysis, paresthesias and hypotonia, which interferes with the autonomous performance of his daily life. This work analyzes the possibility of implementing two therapeutic approaches with opposite directionality in parallel. The intervention is based on an approach with an eye on occupation, and in parallel with an approach that seeks to enhance the recovery of functions. Within the intervention process, interviews and evaluations were carried out (of performance, social participation, contexts and functions), which allowed the joint decision of the

most significant intervention objectives. To achieve these, compensatory strategies were used to increase autonomy, and biomechanical strategies to restore affected functions. The parallel implementation of these approaches demonstrated the constant crossover, allowing to enhance the functional performance of the patient, increasing his autonomy, favoring occupational participation in all contexts and thus restoring his occupational justice.

Keywords

Guillain Barré - Occupational Therapy - Intervention approaches

Objetivo:

Analizar el entrecruzamiento de enfoques de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo en un caso clínico de Terapia Ocupacional.

Marco teórico:

Guillain barre:

Según Fustinoni, O (2006), Guillain Barre, es una polineuropatía aguda de tipo desmielinizante y etiología aún incierta, probablemente autoinmune, que puede ser acompañada de infecciones virales o bacterianas. El líquido cefalorraquídeo muestra una disociación albúmina-citológica, con aumento de las proteínas y normalidad celular.

Justicia ocupacional:

Stadnyk, Townsend y Wilcock, (2010), afirman que las teóricas de la justicia ocupacional argumentan que los individuos cuentan con un conjunto particular de capacidades, necesidades y rutinas ocupacionales en el contexto de su entorno y que tienen el derecho de ejercitar estas capacidades para promover y mantener su salud y calidad de vida.

Según Wilcock, los valores que se le asignan a las ocupaciones dependen de factores culturales y sociopolíticos.

Ya que las ocupaciones son un aspecto central de la existencia humana, poner restricciones a la participación en una ocupación constituye una injusticia

Este término, surge a mediados de 1990 con dos terapeutas ocupacionales, Elizabeth Townsend y Ann Wilcock. Incluye reconocer y satisfacer las necesidades ocupacionales como parte de los derechos humanos y del empoderamiento de la sociedad.

Implica facilitar la igualdad de oportunidades y recursos para que puedan comprometerse con las comunidades para transformarlas y transformarse. La justicia ocupacional es complementaria de la justicia social.

La Injusticia ocupacional comienza cuando las sociedades toleran situaciones de marginación social y de disfunción ocupacional. Este un estado desviado de las expectativas y/o necesidades ocupacionales de una persona que impide que participen en los roles, relaciones y ocupaciones esperadas socialmente. Se pueden producir si un riesgo ocupacional es sostenido durante 3 meses o más ininterrumpidamente. Estos riesgos ocupacionales pueden generar otros problemas de salud y sociales. Como el *desequilibrio*: que es la falta de equilibrio entre las diferentes áreas de ocupación. Conflicto entre los requerimientos de los roles de las personas y la disponibilidad de tiempo; la *Deprivación*: que son circunstancias o limitaciones que impiden a una persona adquirir, usar o disfrutar una ocupación, como el aislamiento, el desempleo, la discapacidad, la pobreza, etc y la *alienación* que son experiencias prolongada de desconexión, aislamiento, vacío, falta de sentido de identidad, expresión limitada o reducida de la voluntad, o sensación de sin sentido.

Enfoques: De abajo hacia arriba y arriba hacia abajo.

El marco teórico correspondiente a estos enfoques fueron tomados desde los autores Willard & Spackman (2005) y Anne Fisher (2009).

Según ellos, *el enfoque de arriba hacia abajo*, comienza estableciendo discrepancias en el desempeño en su máximo nivel, es decir en el nivel de la CIF de restricción en la participación social. Pasa a las tareas necesarias para sostener los roles sociales valorados, o sea el nivel de la CIF, de actividades y limitaciones de la de las actividades, o al nivel del marco de trabajo de la práctica Terapia Ocupacional, de ocupaciones y habilidades a patrones relacionados. Y por último, el enfoque se transfiere a las capacidades genéricas que apoyan las actividades y el desempeño de los roles sociales, o a nivel de la CIF de funciones y estructuras corporales, deterioros, o a nivel del marco de trabajo de la práctica de Terapia Ocupacional, de factores intrínsecos de la persona.

La razón fundamental del enfoque de arriba hacia abajo es que aún cuando los déficit no siempre pueden ser resueltos, las actividades y la participación social pueden mejorarse mediante el desempeño adaptado de tareas y acciones asociadas con estas actividades y roles sociales.

La evaluación y la intervención comienzan con tareas que son valiosas para las personas; Los factores externos a las personas que contribuyen las discrepancias en el desempeño pueden ser identificados durante el desempeño de la tarea; Las interferencias acerca de las probables causas externas de las discrepancias en el desempeño, pueden ser verificadas modificando la actividad o la demanda ambiental durante el desempeño de las tareas, lo cual resuelve la discrepancia en el desempeño; Los

deterioros pueden ser observadas cuando interactúan sinérgicamente en el desempeño de las actividades y los roles sociales en la vida real; y por ultimo una evaluación más focalizada de los deterioros puede ocurrir en el contexto del desempeño de la tarea, para formular estrategias de intervención apropiadas al establecimiento, restablecimiento, o prevención de la pérdida de capacidades genéricas.

Por otro lado, en el *enfoque de abajo hacia arriba*, se observan como ventajas que la intervención es dirigida a establecer o restablecer las capacidades genéricas que pueden ser necesarias para muchas otras tareas. Por ejemplo: el aumento de la fuerza muscular o en rango de movimiento de las extremidades superiores facilita todas las tareas para las cuales estas capacidades sean necesarias. Al remediar los deterioros neuromusculares, mentales o psicológicos, se puede tratar al mismo tiempo múltiples tareas en la que la persona presente afectaciones. En este enfoque se destacan los factores de desempeño que son internos de las personas. La consideración de los factores ambientales externos, es extremadamente limitada. Por lo tanto es económico administrar el enfoque porque los terapeutas ocupacionales no necesitan evaluar o manejar las demandas de la actividad y el ambiente físico y social circundante o cómo actúan sobre la capacidad de la persona.

Los profesionales de Terapia Ocupacional cuando empiezan este enfoque, se centran en la evaluación y la intervención en las capacidades globales de la persona. Con la intención de restablecer funciones y estructuras corporales pérdidas secundariamente a una afectación.

El fundamento de este enfoque es que las estructuras y funciones corporales apoyan al desempeño de las tareas en todas las áreas ocupacionales, y que al restablecer estas capacidades a su estado normal, el desempeño de las tareas, que previamente eran disfuncionales, se tornan automáticamente funcionales, porque las habilidades y los hábitos necesarios para relacionarlas se encuentran de nuevo intactos. Sin embargo, es posible que la generalización no suceda por varias razones: Primero, porque las intervenciones orientadas a las capacidades se aplican a las funciones y estructuras corporales que son comunes a muchas actividades y tareas. Pero, el desempeño de las tareas requiere la aplicación de estas capacidades generales a las demandas específicas de la tarea individual. Segundo, cuando se ejercitan las capacidades separadas de las tareas, no son integradas con otras capacidades también necesarias para desempeñar esas tareas.

Finalmente, es posible que no ocurra la generalización porque si bien, las capacidades puede estar mejoradas, no lo están lo suficientemente como para cubrir las demandas de la tarea. El enfoque de abajo hacia arriba generalmente se inicia con la intención de pasar al enfoque de arriba hacia abajo, si la recuperación completa no ocurre o una vez obtenida, el cliente se beneficia al máximo en las intervenciones restauradas. El peligro de esta táctica es que pueden perder demasiado tiempo

en una intervención tratando los deterioros. Los clientes pueden ser privados del desempeño independiente, seguro y adecuado. Por otro lado, es probable que las personas no vean la conexión entre las intervenciones dirigidas a déficits aislados y la mejoría en su participación en actividades de la vida diaria y social. Por ende pueden estar menos motivados a participar en terapia ocupacional, sin embargo al educar a personas y su familia se lo vincula entre la reducción de los déficit la mejoría en actividades puede superar esta desventaja.

Caso Clínico:

Se presenta una experiencia de caso Clínico, de un joven de 15 años, con diagnóstico de Guillain Barre de un mes de evolución, al ingreso del Hospital.

En este caso, vamos a exponer cómo mediante la implementación de estrategias que combinaron enfoques de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo, se pudieron abordar los objetivos del cliente y restaurar su justicia ocupacional.

Desde T.O es importante iniciar la reeducación del cuerpo del cliente, ya que ha sufrido una afectación. Para esto es necesario poder realizar una evaluación exhaustiva del cliente teniendo en cuenta las posibles deficiencias musculares, la conducción de los nervios, la sensibilidad, la propiocepción, la alineación corporal, los rangos de movimiento, la coordinación del cuerpo, entre otras funciones. Pero también, como Terapeutas ocupacionales, debemos evaluar todas las áreas que atraviesan al cliente, tales como sus valores, intereses, creencias, hábitos, rutinas, roles y ocupaciones en la que se desvuelve como descansar, estudiar, trabajar, actividades básicas de la vida diaria, entre otras. Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, pasamos a describir la evolución del caso clínico.

El mismo, al momento de ingresar al tratamiento rehabilitador se encuentra en silla de ruedas con mínimo manejo de la misma. Clínicamente estaba hipersensible, con dolor constante proximal (8/10 Escala numérica del dolor), Debilidad muscular generalizada, realizaba movimiento activo sin vencer la gravedad, ni la resistencia (Valoración de fuerza muscular Daniels 2). Presentaba dificultad en alcances y agarres, debilidad de tronco y dependencia en actividades de la vida diaria según Escala de medida de independencia funcional (FIM 93 puntos).

Con respecto al desempeño, el cliente presenta alteraciones neurológicas, y musculo esqueléticas que interferían con su potencial desempeño. El Entorno físico, también interfería en este, por la presencia de barreras arquitectónicas como escaleras, y veredas rotas en su casa y en el barrio. El Entorno social se encontraba limitado, y acotado a la virtualidad, ya que por estas barreras arquitectónicas, el cliente no accedía al colegio, club, etc. limitando los vínculos sociales que suceden en el cotidiano en estos espacios, afectando de esta forma su participación social.

Sobre las ocupaciones, podemos observar cómo estas fueron afectadas, por el abandono actividades valoradas por limitacio-

nes funcionales y afectaciones volitivas. Estas fueron las actividades de cocina, dibujo, pintura, electricidad y dependencia de actividades básicas e instrumentales.

A su vez, sus patrones de ejecución también se vieron modificados. Presentó roles perdidos o alterados como el de estudiante, amigo, cuidador de sus hermanos, y jugador de futbol. En consecuencia se vieron alterados su sentido de identidad y valor propio. Los roles sociales se vieron restringidos y las rutinas eran percibidas como insatisfactorias por la necesidad de compensaciones y cambios de método, que ocupaban mayor tiempo para su desempeño habitual.

Teniendo en cuenta, la mejoría funcional que se esperan en este tipo de diagnóstico, se realizaron intervenciones biomecánicas para la ganancia de fuerza muscular, alineación corporal e indemnidad de rangos de movimiento, pero para poder restaurar la disfunción ocupacional que generó este diagnóstico, también se intervino directamente desde la ocupación.

Por lo tanto, el cliente abordó el desempeño de AVD, en la participación plena de dicha ocupación, por ejemplo en actividades como vestido de tren inferior, higiene personal y alimentación con cambios de métodos y adaptaciones compensatorias que incrementaron su autonomía. Por otro lado participo directamente en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), Preparando comidas significativas para él, cómo pizza, pan, bizcochitos y tortafritas, y utilizando también, estas estrategias como rehabilitadoras de función. A su vez, exploró y participo en ocupaciones de ocio y tiempo libre realizando un proyecto de electricidad, que le permitió manipular herramientas habituales para el cliente, ya que era estudiante de una escuela técnica de electromecánica, y a través de este proyecto aprendió técnicas de ahorro de energía para evitar la fatiga y lograr finalizar un proyecto. También manipulo objetos más finos, que gradualmente fueron modificados, hasta lograr que finalmente el cliente pueda dibujar y decorar en madera, como solía hacer, con los materiales sin ser adaptados. Estas intervenciones se vieron reflejadas, al momento del alta en Escala de medida de independencia funcional (FIM), en donde obtuvo un score de 123 puntos, demostrando una independencia en las actividades de la vida diaria.

A nivel funcional, el cliente al momento del alta logro disminuir significativamente la hipersensibilidad, la debilidad muscular, solo fue distal y logro ejecutar movimientos completos contra la fuerza de gravedad, y mantener una postura límite frente a una resistencia pequeña con el resto de los grupos musculares. (Valoración de fuerza muscular Daniels), su dolor en Escala numérica del dolor sólo tenía relevancia cuando realizaba descargas de peso distales (5/10)

Conclusiones:

El enfoque de abajo hacia arriba fue utilizado en intervenciones específicas, por el pronóstico de recuperación del diagnóstico. Sin embargo, continuamente fue acompañado con un enfoque

basado en la ocupación, en donde la persona se compromete en ella, incrementa la relación persona/ ambiente, mientras que se evalúan limitaciones y se buscan soluciones a las mismas. La ocupación fue brindada como potencial terapéutico, para restaurar la disfunción ocupacional que el cliente estaba atravesando por su nueva condición de salud.

Por ende, la implementación paralela de dichos enfoques demostró el entrecruzamiento constante, permitiendo potenciar el desempeño funcional del cliente, incrementando su autonomía, favoreciendo la participación ocupacional en todos sus contextos, y de esta manera restaurar la justicia ocupacional. Como explica Townsend y Wilcock, (2010), desde estas intervenciones, el cliente tuvo acceso al derecho de ejercer sus ocupaciones significativas, y esto aumentó al máximo su potencial y bienestar, incrementando a la vez, la independencia en las ocupaciones que consideraba importantes.

BIBLIOGRAFÍA

- AOA (2008) *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso*. 2da Edición. Adaptación al español del artículo American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. 2da edición. American Journal of Occupational Therapy. (62): 625-683.
- Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2015) Occupational justice: A conceptual review. *Journal of Occupational Science*, 21(4), 418-430.
- Durocher, E., Gibson B. E. & Rappolt, S. (2019) Justicia ocupacional: Una revisión de conceptos, *Journal of Occupational Science*, DOI: 10.1080/14427591.2019.1616359/
- Fustinoni, O. (2006) *Semiología del sistema nervioso de Fustinoni*. Capítulo 17. 14° edición. Buenos Aires: El ateneo.
- García, A., López, C., Sanz, E., Velasco, E. (2014) Crisis económica y disfunción ocupacional: efectos y propuestas de cambio en contexto de crisis. *TOG (A Coruña)* Vol. 11. n°20. (185-527).
- Kielhofner, G. (2006) *Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. 2, 6,10. 3°edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Parra-Esquivel, E. I. (2015) Análisis del concepto «justicia» en terapia ocupacional. *Rev. FAC. Med.* Vol 63 (3): 449-56. Colombia.
- Pellegrini, M. (2015) *Terapia ocupacional en comunidad*. Capítulo 3. 1 ed. Bernal; Universidad virtual de Quilmes.
- Polonio López, B., Romero Ayuso, D. (2010) *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. Capítulo 16. Madrid: Panamericana.
- Randy Yañez & Yanira Zúñiga (2018) Derecho y justicia ocupacional: Aportes a la comprensión de la discapacidad en Chile, *Journal of Occupational Science*, DOI: 10.1080/14427591.2018.1522946
- Riego, S. (2005) El ser humano como ser ocupacional. *Rehabilitación*. 39(5): 195-200.
- Willard & Spackman (2005) *Terapia Ocupacional*. 10a Edición. España: Ed Médica Panamericana. Capítulo 27.