

# Enfoque sociosanitario de la situación de dependencia y estudio centrado en discapacidad por lesión medular (II)

Pilar Garzón Bergua

Primer Premio del XX Certamen de Investigación de FAE

Es fundamental trabajar informando sobre **inteligencia emocional** en su doble vertiente, **la inteligencia Interpersonal** en relación a las **habilidades sociales** en las interacciones/relaciones con los demás que favorecen la motivación, facilitan identificar el estado de ánimo o temperamento, por ejemplo y, **la inteligencia Intrapersonal o Autocontrol emocional** en situaciones que así lo requieran favoreciendo ahora el saber identificar las propias emociones (con la dificultad de que la mayoría de ellas son combinaciones de varias, por ejemplo, impotencia e ira) a través de distintas actuaciones para identificarlas en otros favoreciendo, además, la empatía, comunicación (escucha activa), asertividad o autocrítica o, ser conscientes de los puntos fuertes/débiles o capacidad de reflexión y autocrítica entre otros, pudiéndose trabajar este último tipo de inteligencia emocional a través del "Análisis DAFO" en base a las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades como el apoyo familiar, valorando las cosas internas y externas que benefician o perjudican así como las que dependen de uno mismo o no.

## Habilidades Sociales

Dentro del "Modelo de Competencia Social" y en base a un "entrenamiento mixto de habilidades" a través de técnicas individuales para la autoestima, para la toma de decisiones y grupales, sobre todo para la comunicación y asertividad, atendemos efectivamente a las habilidades sociales relacionadas con la **capacidad de comunicación** para una comunicación eficaz, que implica:

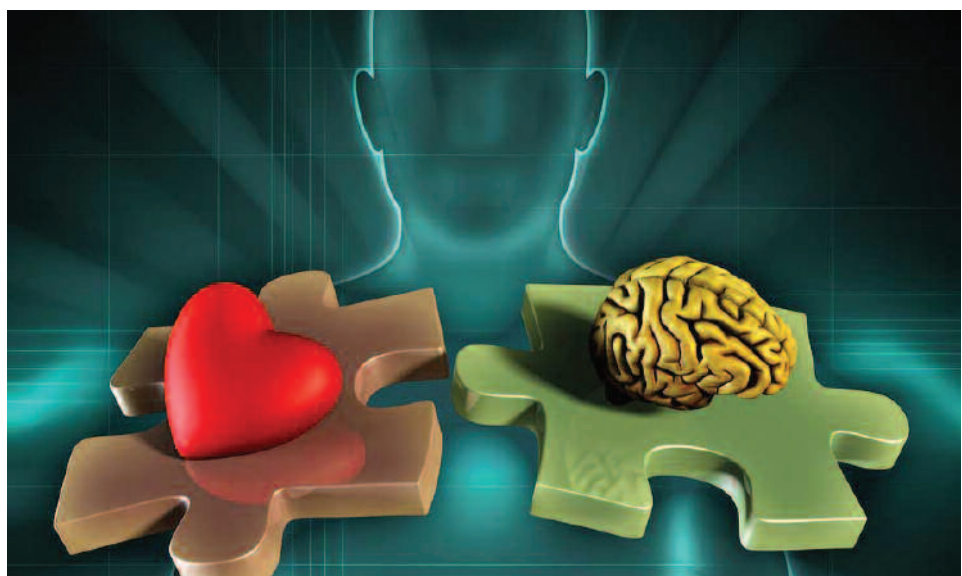
► Capacidad de expresarse adecuadamente así como la capacidad de escucha activa o saber escuchar lo que se dice y lo que subyace a lo que se dice.

"Técnicas para una comunicación eficaz". Para la adquisición de estas habilidades necesarias para ello y técnicas que **la mejoran** como seguir el tono afectivo o elegir momento y espacio adecuado, entre otras.

"Escuchar requiere más esfuerzo que hablar". Para aprender a escuchar, antes emitir/defender el propio punto de vista ("**comunicación asertiva**"), también necesaria para esa comunicación eficaz, en cuanto a que es la capacidad para una expresión equilibrada entre la agresiva

y la pasiva dotándoles de estrategias como la "Técnica de los 3 pasos" para comunicar una crítica (entendiendo que tu pienses..., pero yo creo que..., por tanto...).

"Autoconocimiento y control emocional". Para ser conscientes e iden-





## 6 Certamen FAE

tificar las emociones que influyen en el comportamiento para su manejo eficaz a la hora de la resolución de conflictos y efectos nocivos en la salud (autocontrol para una comunicación eficaz).

► Asimismo, se trabajarán con todo ello habilidades cognitivas relacionadas con la autoestima para la toma de decisiones y habilidades afectivas (al sentirse identificados en mayor o menor medida los individuos del grupo pues, en mayor o menor medida compartirán característica o aspectos de vida comunes), estas últimas en relación al conocimiento y autocontrol emocional que veremos a continuación.

► A través de diversas actividades, junto con la información, orientación y asesoramiento de acuerdo a los contenidos.

### Autocontrol emocional

**"Dos tipos de mentes distintas":** Existe la mente racional/reflexiva y lógica que, si bien es lenta, permite pensar la mejor reacción con la "mente fría" (estrategia de contar 1,2,3... hasta diez o técnicas de respiración/relajación) y la mente más emocional/visceral, es más rápida, pero no tan reflexiva y conlleva "actuar en caliente" ya que no utiliza la lógica y es la parte más primitiva del cerebro.

Es importante el autocontrol equilibrando ambos aspectos de la mente para evitar situaciones de **"Secuestro Emocional"** entendido como enajenación emocional transitoria (se recuerda lo que pasa), donde la última parte, la emocional, manda, sustituye y domina a la mente racional.

Para evaluar este autocontrol usaremos **Técnicas como Dinámicas de Grupo** que simulen situaciones estresantes reales de la vida diaria.



### Autoconocimiento y actitud frente a la tarea

**Tres tipos de emociones a evitar:** Cuando la persona se siente atacada o siente frustración/impotencia surgen emociones de ira y enfado que llevan a comportamientos agresivos y enérgicos porque hacen sentir fuerte y disminuyen el "umbral de aguante" aumentando la irascibilidad y las situaciones susceptibles de provocarla. Si la persona está preocupada o nerviosa por solucionar un problema, surge estrés y ansiedad haciendo que esté nervioso o inquieto y se presenten pensamientos obsesivos que siguen aumentando los niveles. Y por último, si la persona presenta tristeza o baja autoestima pudiendo llegar a la depresión, cursa con comportamientos antisociales, aislamiento, apático o decaído, así como falta de concentración y memoria y pensamientos obsesivos recurrentes que no permiten pensar en más.

### ¿Qué podemos hacer? *Mens sana in corpore sano*

En el primer y segundo caso, técnicas de relajación, es decir, reflexionar

sobre el origen del enfado (racionalizar y tranquilizarse), no "actuar en caliente", desde la parte emocional (pueden tomarse decisiones que no son buenas). Podemos desahogar la energía con actividad (no con deporte necesariamente, pero algo que ayude a desconectar y relajar, por ejemplo, un paseo). En el tercer caso, se utilizarán técnicas estimulantes del tipo pensar en positivo, realizar actividades como cuidarse o, esta vez sí, actividad física más activa (no relajación).

Asimismo, en los dos primeros casos surge el riesgo a adicción a drogas depresoras del SN, sobre todo en caso de ansiedad, como tranquilizantes, opiáceos u alcohol y, en el tercer caso, la adicción a drogas estimulantes como la cafeína o nicotina.

### ¿Son tan malos los conflictos? Teorías sobre conflictos

De acuerdo al enfoque de Elton Mayo en su **"Teoría sobre relaciones humanas"**, es cuestión de aceptar el conflicto como algo natural y beneficioso ya que permite mejorarnos y, de acuerdo al **Enfoque Interaccionista de H. Blumer**,





estimula la productividad de modo que, finalmente, vemos la utilidad del conflicto en cuanto a que disminuye la probabilidad de aparición de nuevos al estimular la creatividad y superación, la comunicación, autoestima o motivación entre otros.

### Higiene y aseo del paciente en relación a la vigilancia del estado y cuidado de la piel: Lesiones, patologías o medicación, técnicas y beneficios para el paciente.

Es fundamental conservar en condiciones adecuadas la piel porque cumple una función de barrera por su manto ácido ya que evita la contaminación por cualquier microorganismo no habitual, además de favorecer la eliminación de sustancias de desecho a través de la sudoración, por ejemplo.

También es recomendable aprovechar el momento del aseo para valorar su estado físico (como coloración o turgencia/elasticidad, por ejemplo), la aparición de indi-

cio de úlcera o detección precoz de otras lesiones cutáneas como veremos a continuación, o evaluación de las ya existentes para evitar su empeoramiento y seguimiento en los cuidados.

Asimismo, existen actividades que mejoran el estado de salud del paciente como técnicas de masaje durante la higiene, por ejemplo, en la aplicación de la hidratante corporal para favorecer la circulación y drenar el acúmulo de líquidos en la piel (por ejemplo, Edema) o, movilizar las articulaciones para evitar rigidez.

Efectivamente, en el momento de la valoración de su estado y atendiendo en todo momento a la aparición o modificación de lesiones, pueden aparecer lesiones primarias como **eritemas** (enrojecimiento de la piel por vasodilatación capilar que desaparece con la vitropresión, sino puede ser indicio de UPP), o lesiones secundarias generadas a partir de una alteración patológica previa, bien por pérdida superficial de sustancia como pueden ser una erosión o, como la **úlcer**a.

## Certamen

Además de lesiones en la piel, hay que atender a la presencia de patologías como la **Dermatitis** o la inflamación de la piel por el uso de productos de aseo irritantes (con pH neutro se recomienda aceite o crema nutritiva de almendras para favorecer la hidratación).

Lesiones en pacientes con medicación anticoagulante como "**sintrón**", supone el riesgo de que en cualquier erosión o pérdida superficial de piel con sangrado, éste no pare, de modo que debe ser atendido por profesionales.

Asimismo, se recomienda atender a aspectos fundamentales en la higiene como el uso de una **esponja jabonosa**, realizar el **secado a toques** (no raspado o frote que irrita y daña/lesiona) e **insistiendo en el secado** (sobre todo a nivel de los pliegues interdigitales, a nivel del espacio que queda entre los dedos, sobre todo de los pies, y zonas que permanecen tapadas como los genitales; la humedad macera la piel, la reblandece y propicia lesiones). Es importante también cuidar la







## 8 Certamen FAE

temperatura del agua, generalmente y salvo contraindicación médica, a uno o dos grados por encima de la temperatura corporal (la temperatura del agua nos servirá también para regular la temperatura del paciente, subirla o bajarla), mantener una temperatura adecuada de la habitación en torno a los 22-24 °C, evitando las corrientes de aire y no aplicar ningún tipo de alcoholes, como colonias, sobre la piel ya que la resecan y empeoran su estado, pero sí la hidratación como se dijo.

Todo esto genera, además, beneficios psicológicos en el paciente en cuanto a que mejora la autoestima y sensación de bienestar, favorece la comunicación y relación con el cuidador, quien, incluso, le puede transmitir técnicas de autocuidado permitiendo que el paciente participe en su autocuidado e higiene en la medida de lo posible, fomentando su autonomía y autoestima como se dijo. Es fundamental para el cuidador, ser consciente y favorecer la higiene postural en cuanto a la adopción de posturas adecuadas para evitar lesiones respetando la "ergonomía postural tanto en el aseo como en las movilizaciones, apoyo en los desplazamientos y traslados.

### Úlceras por presión (UPP) e indicadores

Se definirían como Heridas Crónicas de la piel y los tejidos blandos/tejido en el tejido conjuntivo/conectivo de la piel, venas, músculos, ligamentos, tendones, articulaciones e, incluso, llegando a ciertos órganos internos ya en los últimos estadios de su desarrollo.

Se produce al encontrarse esta piel y tejidos blandos sometida a presión/comprimiéndose durante tiempo prolongado contra la parte ósea (dura) del esqueleto y una superficie externa también dura (camas, silla, pliegues en la cama o silla, por ejemplo), generando "Is-

## Certamen

quemia celular" o muerte tisular (de los tejidos) por aporte insuficiente de sangre rica en nutrientes y oxígeno necesarios para la subsistencia de las células que constituyen esos tejidos, no llega oxígeno suficiente a las células de los tejidos y mueren (tejido necrótico).

Dentro de los grados de UPP, que son cuatro, nos interesa profundizar de todos su detección precoz. Grado I/ Pre-úlceras, donde la epidermis permanece intacta pero aparece en la zona sometida a presión un enrojecimiento (eritema) que desaparece al aliviar la presión y, la UPP Grado II, donde la epidermis sigue intacta pero existe como **primer signo de alarma** de desarrollo de UPP un eritema/enrojecimiento de la piel de más de 15 mm de diámetro que, esta vez, no desaparece al aliviar la presión pudiendo cursar con otros signos como proceso inflamatorio, se endurece la piel, dolor local y calor.

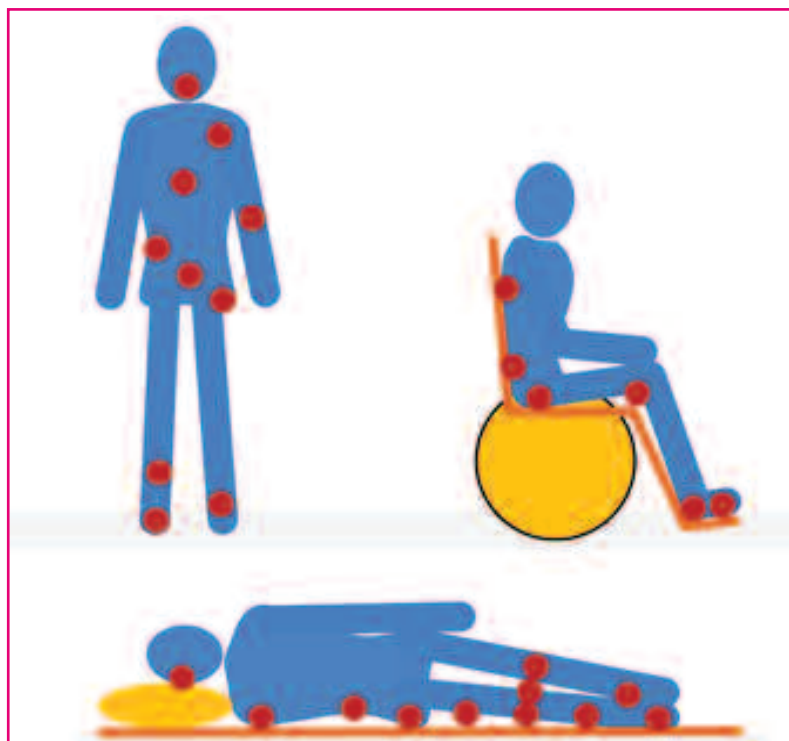
Las localizaciones más frecuentes en función de los principales puntos de apoyo y prominencias óseas que debemos tener vigiladas

según el *Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de UPP (GNEAUPP) de 2005*, son, sobre todo, sacro (encima y en rabadilla) con un 32,6% o talones con un 24,7%, entre otros.

Los **agentes causales** para su aparición, además de la presencia de presión prolongada en los puntos de apoyo (porque la piel sí aguanta grandes presiones durante cortos intervalos de tiempo), son la fricción en cuanto a cualquier pliegue o rozamiento prolongado en la movilización de la cama a la silla si se le arrastra, por presencia de arrugas, objetos o restos de comida en la cama o silla.

En cuanto a los **agentes predisponentes/favorecedores** de ello, cabe resaltar la humedad que produce maceración favoreciendo las UPP bien por incontinencia o exceso de hidratante o, exceso de calor/sudoración, deficiente secado, entre otras.

Además, según el origen de la situación de dependencia/grado de movilidad, por ejemplo, en **parálisis por lesión nerviosa**, se presenta el fenómeno de "espasticidad" en





cuanto a que la presión actúa con especial intensidad sobre las articulaciones deformadas y existe "pérdida de sensibilidad" que no permite la percepción real de dolor y presión, favoreciendo la aparición de UPP. En situaciones de **edad avanzada**, con mayor medida de "sedestación", con una disminución del ejercicio físico, y tendencia a permanecer sentado. Otro perfil de riesgo de sufrir UPP son los enfermos con **trastornos en el aparato locomotor** que requieren de **tracciones o férulas**, por el rozamiento y presión de estas en los tejidos.

Para evaluar el estado de riesgo, prevención y tratamiento, el primer paso es evaluar los factores de riesgo a través de escalas de valoración de riesgo de UPP (EVRUPP) que habrían de realizarse de forma periódica si el paciente tiene dificultades en la movilidad como es el caso ya que, por lo general, el paciente con dificultades de movilización es susceptible de sufrir UPP. Destacamos escalas de uso nacional como Escala de Arnell, Nova 5, Waterlow, Norton y Braden, estas dos últimas son las más utilizadas.

Para su prevención, teniendo en cuenta que la situación de problemas de movilidad como es el caso son más susceptibles a la aparición de UPP, además de los cuidados e higiene de la piel o evitar la fricción, debemos realizar movilizaciones para mantener el nivel de actividad para favorecer la deambulación y circulación sanguínea lo antes posible y en la medida de sus posibilidades, buscando su colaboración (si no puede moverse por sí mismo, movilizaciones pasivas de las articulaciones). Se aconsejan además cambios posturales si está encamado, con duraciones de 2/3 horas siempre vigilando el estado del paciente y su agotamiento (no necesariamente hay que completar las horas, aunque se intente) y el del cuidador; cada 4h máximo siempre que las necesidades del paciente lo

Puntuación	1	2	3	4
Indicador 1: Percepción sensorial	Limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la Humedad	Humedad	A menudo	Ocasionalmente	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	Silla	Deambula ocasional	Deambula frecuente
Movilidad	Inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Pobre	Inadecuada	Adecuada	Excelente
Roce y peligro de lesiones cutáneas	Problema	Problema potencial	No problema aparente	No problema aparente

**Escala de Braden.** Alto riesgo si la puntuación es 12 o menor, moderado si está entre 13-14, y resto bajo.

permitan para facilitar el descanso nocturno de ambos. Asimismo, si hay riesgo de UPP, no deberían estar sentados más de 2h en la misma posición.

#### Movilización, Deambulación-Traslado y Ergonomía postural para evitar lesiones

En cuanto al área de movilización, traslado y deambulación, se diferenciará entre los términos y profundizaremos en los aspectos fundamentales a tener en cuenta a la hora de ejecutarlos.

En cuanto a la "Movilización" y, según el grado de dependencia, puede ser que el paciente pueda colaborar o no y, en este último caso, sería recomendable la asistencia por parte de un CF, sobre todo por la importancia y dificultad de los

cambios posturales para evitar lesiones en el cuidador o paciente.

Así, se tendrán que tener en cuenta aspectos generales como antes de movilizar, despejar el espacio de posibles obstáculos, ponerse en el lado del paciente de modo que el movimiento de éste sea de tracción hacia nosotros, sincronizando los movimientos, antes de realizar la maniobra asegurarse de que el estado del paciente lo permite, es decir, si está mareado o notamos cualquier alteración no continuar con la movilización.

En cuanto al "traslado" o transporte en silla de ruedas, además de cuidar la seguridad del paciente vigilando que su estado permite el traslado, abrigarle si sale de la habitación ya que los pasillos suelen estar más fríos; en cuanto a la silla de ruedas, que el paciente lleve los

Eº Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntuación
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso/comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria o fecal	1

**Escala de Norton** (Modificada por el INSALUD). Riesgo muy alto con puntuaciones de 5 a 9; Riesgo alto si 10-12; Medio de 13 a 4; y resto, riesgo mínimo o sin riesgo).





## 10 Certamen FAE



brazos en el regazo, estar atentos al freno, al llevarle en llano o subir rampas se empuja desde atrás extremando precauciones para no resbalar y al bajar nos posicionamos por delante suyo viajando este de espaldas a la dirección de la marcha para que nuestro cuerpo sirva de freno y el paciente no se caiga hacia delante, cuidado en los giros y con las puertas, al subir en un ascensor nosotros entramos primero introduciendo después al paciente y la silla de espaldas y al salir, si se puede se gira dentro del ascensor, que no es lo más habitual, se hace también y saldremos también por delante con la silla y paciente detrás, entre otras.

Finalmente, para la ayuda a la **deambulación**, cuando el paciente presenta la estabilidad o fuerza reducida pero no anulada, por lo que es capaz de caminar por sí solo con ayuda de andadores, muletas o un cuidador, éste debe tener claras dos técnicas de ayuda a la deambulación en función de la altura del paciente o existencia de lesiones/fracturas, por ejemplo, y en ambas, le indicaremos el camino a seguir vigilando que esté despejado;

se realizan descansos intermedios o parones si fuese necesario, nos sincronizamos en el movimiento con él indicándole cuando comenzamos a caminar y nos adaptamos al ritmo de su marcha vigilando que los movimientos del sistema osteo-muscular sean los adecuados para una buena utilización y ejercitación.

Como regla general, si el paciente tiene un lado por el que se maneja mejor (por ejemplo, Casos de fracturas o procesos de recuperación con parálisis lateral del cuerpo por un ictus o derrame), ese

será el lado en que nos situaremos para ejercer de apoyo y suplir esta carencia; si realmente solo es una cuestión de inestabilidad o equilibrio, da igual en qué lado nos situemos.

Si el paciente es más alto que nosotros, nos situamos a su lado y él pasa su brazo más próximo a nosotros por encima de nuestro hombro y nosotros el más próximo a él rodeándole la cintura, las manos laterales de ambos más alejadas se cogen por delante. Si es más bajo, nuestro brazo más cercano pasa por debajo del suyo más cercano cruzándolo a nivel de abdomen para sujetarla con su mano alejada y, nuestro brazo alejado sujeta el suyo próximo que se cruzará sobre nuestro abdomen.

Es fundamental, como se dijo en la realización de los cuidados, mantener una buena **ergonomía postural** a modo preventivo de lesiones físicas en el cuidador (y paciente por caída en las movilizaciones, por ejemplo); el problema surge cuando nos damos cuenta que siendo los cuidados prolongados e incluso de años, pequeños esfuerzos o malas posiciones gota a gota acaban sobrecargando, por ejemplo, los músculos de la espalda, dando juego a la aparición, sobre todo, de lesiones, como veremos en el siguiente apartado de higiene postural.







### Higiene Postural: normas básicas de mecánica corporal para movilización de cargas

Se trata de la rama de la medicina encargada del estudio de la prevención y corrección de posturas incorrectas adoptadas y mantenidas durante largos periodos de tiempo en las actividades, dictando una serie de pautas a adoptar para que la postura no genere ni fatiga ni lesiones.

► Un riesgo a tratar es el levantamiento o movilización de cargas, frecuente en los cuidadores, por ejemplo, en la movilización del paciente. Estas cargas suponen un riesgo de aparición de **lesiones dorsolumbares** muy elevado sino se realizan correctamente; de hecho, es el índice de baja laboral más frecuente. Incluso una aparente pequeña carga (no menos de 3kg) puede suponer un riesgo si se manipula en malas condiciones ergonómicas, como demasiado alejada del cuerpo con giros de tronco, un centro de gravedad desplazado o poco estable, entre otros.

A continuación, se exponen las **"normas básicas de mecánica corporal para la movilización de cargas"**, partiendo de la idea de que **mecánica corporal** sería el uso adecuado del sistema músculo esquelético a fin de evitar y prevenir lesiones en la realización de actividades, una serie de recomendaciones a fin de evitar la fatiga y lesiones a corto y largo plazo.

► Además de despejar el camino de posibles obstáculos y prever puntos intermedios de descanso por si fuese necesario, colocar los pies ligeramente separados para aumentar la base de sustentación o centro de gravedad para el equilibrio y más alejado el pie en dirección al movimiento, el movimiento debe acordarse con el paciente y durante la movilización nos mantenemos lo más cerca de su cuerpo



para facilitar el levantamiento y tener mayor control, para evitar lesiones o tropezos también se recomienda dirigir nuestro pie en la dirección en la que se va a mover antes de empezar, flexionar piernas manteniendo espalda recta para que los discos intervertebrales puedan cumplir su función amortiguándose sin lesionarse, usar la fuerza de los músculos de los muslos antes que los de la espalda, no realizar movimiento o levantarse de forma brusca y, si la carga es muy pesada, no dudar en pedir y recurrir a la ayuda de otra persona o igual es necesario el uso de medios mecánicos como grúas, sillas de ruedas o agarradores, entre otros.

► Asimismo, si un paciente pierde el equilibrio o empieza a caerse, no se debe tratar de agarrarle ya que el peso del paciente por lo general es suficientemente grande como para que al intentar evitar su caída, los movimientos repentinos y bruscos causen grandes lesiones. Sí se debe intentar amortiguar la caída sujetándole en

cuanto a ayudarlo a que caiga en nuestra pierna delantera mientras flexionamos esta para que baje al suelo lo más suave y lentamente posible, poniendo especial interés en la protección de su cabeza.

Es interesante comentar que en los paciente de edad avanzada el riesgo de caídas supone una elevada morbilidad con todas las consecuencias negativas que ello conlleva (desde traumatismos craneoencefálicos como roturas de cadera o rótula, aunque estas últimas menos frecuentes que las primeras. No obstante, aunque la rotura de cadera también puede aparecer como causa y no como consecuencia de la caída) y por ello es fundamental dotarles de medidas en la vivienda que minimicen los riesgos, como suelos antideslizantes, inodoros adaptados o duchas con sistemas de sujeción, entre otros.

Asimismo, existen **escalas** para la valoración del riesgo de caídas, como la de Tinetti, que valora la





# 12 Certamen FAE

marcha y equilibrio, o escalas de valoración de los estados depresivos, como la de Yessavage, entre otras ya conocidas, como escalas de valoración de ABVD, como el Índice de Katz o escala de Barthel o escalas de valoración de AIVD, como el cuestionario de actividades funcionales de Pfeiffer o Índice de Lawton y Brody.

## IV. "Cada persona es un mundo"

### Perfil de la lesión medular

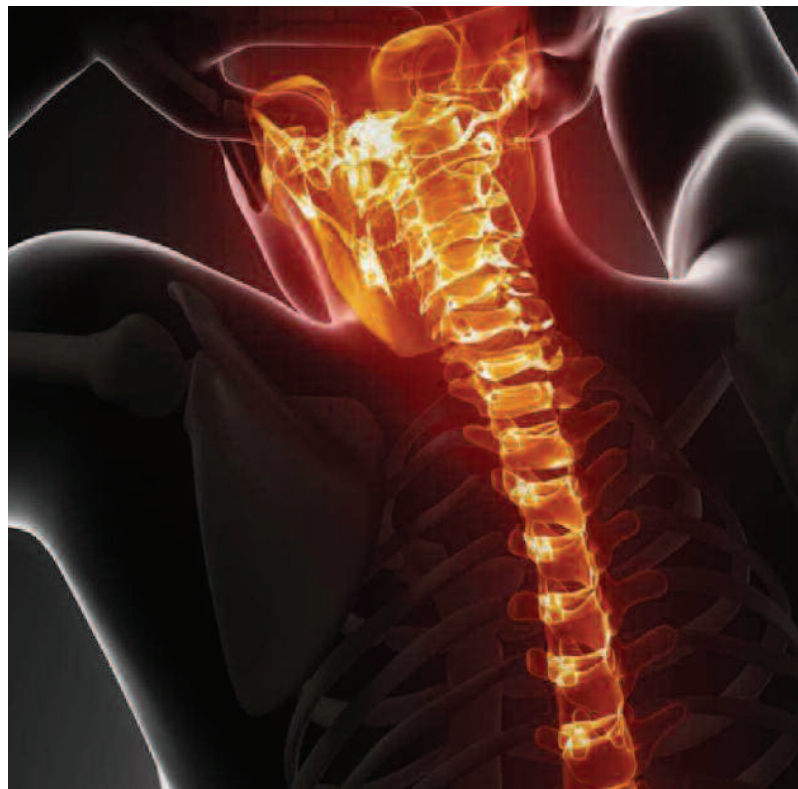
#### Población destinataria de los cuidados

El colectivo con el que se trabaja en el centro es el de discapacidad física. Concretamente, los usuarios o pacientes presentan **lesión medular** por accidente o enfermedad que se traduce en una paraplejía o tetraplejía.

Entendiendo tetraplejía cuando quedan afectados los miembros superiores e inferiores y paraplejía cuando no se ven afectados los superiores, se estima que una tercera parte de las lesiones medulares son debidas a enfermedades tales como aracnoiditis, esclerosis múltiple, mielitis/poliomielitis o tumores, por ejemplo, cerebrales tal y como se pudo observar en el centro, o bien por causas congénitas, entre las que destaca la Espina Bífida cuando el bebé nace con una malformación concretamente en el canal raquídeo.

Pero es la lesión medular traumática la causa más frecuente, por trauma o accidente (laboral, tráfico, zambullidas o caídas, sobre todo), que generó una fractura o luxación de la columna vertebral en una o más vertebra dejando comprometida la medula espinal que en ella se alberga, que se lesiona.

La zona superior a la lesión funcionará con normalidad, la médula espinal se conserva y mantiene su función de vía de paso de la información entre los Centros Nerviosos Superiores (*interior huesos del cráneo*) y el Sistema Nervioso Perifé-



rico (*del cráneo a la pelvis alojado en columna vertebral y formado por dos tipos de fibras nerviosas sensitivas y motoras*), de este modo sigue recibiendo estímulos conducidos a través de ella hasta centros nerviosos superiores que dan estos dos tipos de orden o respuesta. Por debajo de ella, las vías de comunicación se ven interrumpidas.

Y así, según la altura de la lesión, será su grado y tipo de afectación, siendo las consecuencias que más problemas plantean las relacionadas con la parálisis muscular y la alteración de la sensibilidad y esfínteres, observándose casos en los que la lesión medular se presenta con patologías añadidas como hipertensión o diabetes.

**Además de fisiológicos, existen problemas psicosociales, educativos y socioeconómicos.**

#### Perfil psicosocial

Hay que tener en cuenta que muchos de los pacientes de nuevo ingreso, bien sea primer ingreso o

revisión, se enfrentan, él y su entorno inmediato, a una situación y circunstancias totalmente desconocidas que afectan en mayor o menor medida en su forma de vida, siendo frecuente que presenten miedo por la incertidumbre de un futuro, sus relaciones familiares, de amigos o de pareja y vida sexual, siendo la disfunción sexual por lesión medular el factor más importante de perturbación psicológica o frustración. De este miedo o frustración, las reacciones a resaltar y que se pueden observar de acuerdo a la personalidad en el afrontamiento de la realidad de la patología o lesión, son depresión, agresividad verbal ante la imposibilidad de motriz y, sobre todo, conductas regresivas donde se presenta una necesidad de sobreprotección por parte del entorno, buscando apoyo continuo combinado con conductas despóticas hacia ellos.

#### Sexualidad

En hombres y mujeres el comportamiento sexual queda alterado; en el







hombre, generalmente, se pierde la erección y eyaculación, algo especialmente delicado que lógicamente les preocupa y que afecta al comportamiento sexual. El instinto sexual permanece, aunque no experimentará un orgasmo como con anterioridad. En el caso de las mujeres, su preocupación no es el mantener relaciones sexuales, sino la pérdida de sensibilidad y el hecho de que, posiblemente después de la lesión, desaparezca la menstruación, que se recobrarán en unos meses con normalidad. De este modo si ellos suelen caer en la falsa creencia de no poder mantener relaciones sexuales, ellas tienden a creer que tenerlas no tiene sentido. En ambos casos, no es así como veremos en el próximo punto sobre la intervención psicológica frente a la disfunción sexual y, potenciando las dimensiones de la sexualidad conscientes de las limitaciones, lo que ayuda a la aceptación y afrontamiento de realidad.

### A nivel educativo, las diferencias educativas generan desigualdad

En contraposición al modelo del déficit que ha quedado superado, hoy se habla de necesidades educativas especiales que generan desigualdad y de una corriente cada vez más fuerte de integración escolar en centros ordinarios y normalización siempre que sea viable, no en cuadros severos donde se aconseje el ingreso en centros especiales donde serán mejor atendidos. En cualquier caso, la valoración individual de cada paciente determinará la fórmula o sistema de integración más conveniente, pero la continuidad de la escolarización es fundamental como foco para generar experiencias en comunidad, tal y como lo es la ocupación del ocio y tiempo libre.

Las Adaptaciones Curriculares como secuencia de acciones o modificaciones sobre el currículo escolar se presenta como instrumento que posibilita la individualización didáctica en el contexto más nor-

malizado posible para alumnos con necesidades, dando prioridad a aprendizajes prácticos e instrumentales que sirvan de "llave" para aprendizajes posteriores.

### A nivel socioeconómico, su situación socioeconómica puede verse afectada.

Su situación socioeconómica puede verse modificada sustancialmente por las modificaciones que probablemente deben realizarse en la vivienda (fundamentalmente en el baño), que suponen muchas veces un elevado coste siempre que no tenga que cambiar de domicilio por la imposibilidad de acceso, tal y como hemos observado, por ejemplo, en casos de edificios antiguos sin ascensor, con escaleras que no permiten la instalación de un elevador, más si se trata de plantas altas. A esto además habrá que añadir los gastos que se derivarán del posterior tratamiento rehabilitador, recomendado tras el alta hospitalaria, consistente en fármacos, sondas, gimnasio o fisio e, incluso, la adquisición de un vehículo adaptado que le permita la mayor independencia posible.

Además, en ocasiones no se podrá seguir con el ejercicio de la actividad profesional que venía reali-

zando, lo que se suma al hecho de que la mayoría del empresariado es reaccionario a incluir en sus plantillas a personas discapacitadas a pesar de que existan ventajas e incentivos fiscales que lo fomentan, entienden que si no estos, generan otros costes, por ejemplo, a nivel de productividad.

Los temores frente a alta hospitalaria son visibles, no en todos pero sí en muchos casos, sobre todo en las primeras salidas de fin de semana al domicilio de nuevos pacientes en periodo de adaptación personal y de la vivienda, encontrándose con los primeros obstáculos físicos, psicológicos y sociales del periodo de habituamiento. Otros, sobre todo si la situación y red social y familiar es fuerte o su historia clínica se remite a constantes revisiones y siempre de acuerdo a la personalidad, están deseando volver a su hogar.

**Al ser una institución hospitalaria de estancia temporal, el número y perfil de pacientes está en constante cambio, pero se aprecian dos grandes grupos de ingreso según el motivo: media estancia o revisión con estancia temporal hasta resolución de los resultados de las valoraciones o pruebas clínicas precisas, y vuelta a casas. Existen, asimismo, grupos de edad y distintos niveles socioeconómicos.**





# 14 Certamen FAE

La mayoría son pacientes jóvenes que, tras una adecuada rehabilitación, pueden reincorporarse a las actividades sociales, educativas y laborales que realizaban con anterioridad. De hecho, en los programas de actividades que se desarrollan por parte del Servicio de Rehabilitación Social se observa que los destinatarios de sus programas son cada vez más jóvenes y poseen un nivel cultural más alto al del momento de la inauguración del centro.

El origen socioeconómico diverso con niveles profesionales y culturales variados, hace que surjan diferencias que a la larga generan enriquecimiento de los individuos del grupo.

## Síntesis de necesidades conforme a la guía

Desde el Enfoque Holístico, teniendo en cuenta todos los ámbitos de la persona y dentro de la especificidad de cada uno, estos son algunos de los aspectos que necesitamos conocer para entender la realidad de la persona (empatía):

### 1. A nivel Clínico: Problemas fisiológicos y sanitarios

- ▶ SN (parálisis faciales con limitación visual, espasmos...).
- ▶ Normotermia (cambios bruscos de temperatura y zonas localizadas, sofocos...).
- ▶ Piel (riesgo, prevención, detección y tratamiento de UPP).
- ▶ SME (pie equino y prevención).
- ▶ Infecciones Nosocomiales (¿qué es?, prevención e índices de incidencia).
- ▶ SR (Respirador, aspiración, traqueotomía y no ingesta...).
- ▶ SU (Bolsa colostomía, Sondaje...).

### 2. A nivel Psicosocial: Problemas psicosociales, educativos y socioeconómicos

Perfil psicosocial: Afrontamiento de realidad según personalidad y entorno (miedo por la incertidumbre,

- Hª Clínica (cronificada, hecho puntual...)
- Diagnostico y Evolucion de la Rehabilitacion y pruebas.
- Perfil de personalidad y posibles conductas de afrontamiento (algunas citadas antes).
- **Motivacion**  
Tolerancia a la Frustracion y Riesgos derivados de ella.  
Tecnicas y estrategias de Motivacion y actitud frente a la tarea.  
Autores y Tª relevantes para nuestro enfoque, entre otros.
- **Motivacion e Inteligencia Emocional**  
Inteligencia Interpersonal y HH.SS  
Modelo de Competencia social y Entrenamiento mixto de habilidades.  
Inteligencia Intrapersonal y Autocontrol emocional  
Autoconocimiento, Control emocional y Alteracion de Conducta.  
Pensamiento positivo\_productivo, Tecnicas de Relajacion y/o Estimulantes.  
Teorias sobre los "Conflictos necesarios".

por ejemplo, en las relaciones de pareja o la frustración entre otros, junto con posibles alteraciones de conducta/pensamiento pueden derivar en depresión, agresividad o conductas regresivas o infantiles que hay que saber detectar y paliar, dotándoles de recursos y estrategias).

### 3. A nivel Educativo:

- ▶ "Modelo del déficit" vs "Modelo de las necesidades especiales".
- ▶ Sistemas de Integración y CEE (Centros Educativos especiales).
- ▶ Adaptaciones curriculares.
- ▶ Ley de dependencia, valoración, problemática y recursos.

### 4. A nivel Socioeconómico: Modificaciones y costes monetarios y sociales:

- ▶ Vivienda accesible, tratamientos rehabilitadores y vehículo adaptado.
- ▶ Continuidad ejercicio profesional y percepción del empresario vs realidad del colectivo.

### Rehabilitación integral

La intervención pretende el logro de una Rehabilitación Integral que contemple y atienda más allá de los aspectos clínicos de la persona (fisiológicos o relativos al organismo), aspectos no clínicos.

La rehabilitación, como especialidad médica, efectivamente no solo

incluye aspectos clínicos como se puede llegar a pensar, sino que también se presenta como una especialidad de la Medicina Social. Esto es y se entiende que para el logro de una Rehabilitación real y eficaz que se traduce en una Rehabilitación Integral, ésta debe efectivamente contemplar estos dos aspectos o dimensiones de la persona.

**Lo que hace el centro partiendo de esta premisa y de acuerdo a ella para el logro de esta Rehabilitación Integral, es una labor que comprende una Rehabilitación Médico Funcional (RMF), sumada a una Rehabilitación Complementaria (RC).**

Una RMF dirigida a atender los aspectos clínicos de la Rehabilitación para el logro de la máxima funcionalidad del Sistema Nervioso y Locomotor que se ha visto dañado o ha sufrido pérdida, sumada a la RC que es el área desde donde nos ubicamos, fundamental dentro del Programa de Rehabilitación Integral que se lleva a cabo dentro del centro y que efectivamente complementa y completa la anterior atendiendo en este caso aspectos no clínicos de la Rehabilitación (sociales, lúdicos, de formación no reglada...) para el logro de un aumento de la independencia, participación social y mejora de la calidad de vida, siendo objetivo general fundamental para ello generar





y prepararles para la Integración + Normalización efectiva a situaciones y entornos.

Para lograr esta capacidad de adaptación el objetivo práctico es el desarrollo y uso óptimo de las capacidades propias de cada paciente vs compensando posibles pérdidas a través de la elaboración y realización de **actividades normalizadoras** no clínicas o médicas (Formación no Reglada, Deportes, Animación...) que de acuerdo al principio de normalización, serán acciones directas desde RC efectivamente reflejo de los ambientes comunitarios más significativos en los que se desarrolla y transcurre la vida de cualquier ciudadano con autonomía. Iniciadas en la fase de tratamiento clínico- médico y desarrolladas paralelo a él durante el periodo de hospitalización hasta el momento del alta hospitalaria a modo de apoyo, siempre bajo pauta y supervisión médica del Médico Rehabilitador.

**Su Plan o Programa de Intervención de Rehabilitación Integral comporta finalmente una rehabilitación física, social y psicológica buscando actuar en todos los campos de la actividad y personalidad humana de acuerdo a los problemas fisiológicos, psico-emocionales, educativos y socioeconómicos a los que se enfrenta el colectivo y, a través de equipos interdisciplinarios compuestos de distintos profesionales dedicados a ello, tal y como veremos a continuación.**

En el campo de la **rehabilitación física** para la recuperación total o parcial de capacidades, trabajan fundamentalmente médicos rehabilitadores junto con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Mientras el fisioterapeuta se presenta como el responsable de la rehabilitación física dirigida a corregir para lograr unos patrones motores adecuados, inhibición de reflejos y posturas inadecuadas o de la prevención y tratamiento de contracturas y úlceras



por presión (UPP), el terapeuta ocupacional, encargado de la restauración de las funciones físicas, busca desde el logro de un aumento de la amplitud del movimiento articular hasta el entrenamiento en a.v.d desde el vestirse, aseo y transferencias a la cama o coche hasta el manejo de todo tipo de ayudas o prótesis.

En el ámbito de la **rehabilitación psicológica** dirigida a ayudar en la superación de aquellos problemas psicológicos y/o emocionales como los citados, el equipo de profesionales de psicólogos y psiquiatras frente a casos como depresión instaura tratamientos que van desde la prescripción de psicofármacos (pautado por médico, el psiquiatra) hasta psicoterapia tanto individual como grupal a modo de grupos de apoyo.

El campo de la **rehabilitación social** está orientado a ayudar a la reincorporación normalizada en sociedad, incidiendo sobre aspectos educativos, económicos o laborales entre otros y gracias a un equipo de profesionales de la pedagogía, educación y trabajo social o monitores de deporte.

De este modo, los programas que se desarrollan desde Animación Sociocultural donde nos ubicamos (dentro del Servicio de Rehabilita-

ción Complementaria a la Rehabilitación Médico Funcional para esa Rehabilitación Integral que trabaja aspectos médicos, psicológicos y sociales), pretenden actividades dirigidas a la ocupación del ocio y sociabilización, lo que viene efectivamente a reforzar la labor del equipo de Rehabilitación física y psicológica ya que los logros en un campo repercutirán positivamente en el resto, en este caso, fomentando la motivación y favoreciendo en forma de complemento la Rehabilitación física.

Desde 1985, los objetivos planteados inicialmente por el Servicio de Rehabilitación Social dentro del marco de la Rehabilitación Integral se mantienen.







# 2OCIO

NOSOCOMIO 70

2013





# Certamen FAE15



84

