

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE MÁSTER EN TERAPIA OCUPACIONAL
EN NEUROLOGÍA



Desarrollo del razonamiento clínico del método Perfetti o comparación entre acciones a través de un estudio de caso

AUTOR: CABANILLAS CAYERO, JORGE.

Nº expediente: 134.

TUTOR: JIMENEZ GIL, NATALIA.

Departamento y Área: Departamento de Patología y Cirugía.

Curso académico 2019 - 2020

Convocatoria de Junio



ÍNDICE:

1. Resumen:	1
2. Abstract:	2
3. Introducción:	3
4. Metodología.	6
4.1. Presentación del caso clínico.....	6
4.2. Evaluación inicial.....	6
4.3. Detección de problemas y necesidades.	7
4.4. Establecimiento de objetivos y prioridades.....	8
4.5 Modelos, abordajes, estrategias y técnicas seleccionadas para el caso.	8
4.6. Intervención llevada a cabo.....	8
5. Resultados	11
6. Discusión	11
7. Conclusión.....	12
8. Bibliografía:	13
9. Anexos.....	14

1. Resumen:

Teniendo en cuenta que la enfermedad del ictus es la causa más frecuente de incapacidad en nuestro país, debido a las alteraciones motoras y perceptivo-cognitivas que sufren las personas que la padecen se ha considerado la aplicación desde terapia ocupacional del método Perfetti o Comparación entre Acciones (CTA) al ser un abordaje que propone lograr una acción para la persona a partir de procesos cognitivos, la percepción y el movimiento. Para una adecuada explicación del razonamiento clínico que se debe llevar a cabo para conseguir un resultado correcto, realizamos un estudio de caso cuyo objetivo es plasmar el razonamiento clínico que se debe aplicar bajo el método establecido. Siendo primordial una adecuada evaluación inicial y elaboración del perfil cognitivo y motor del paciente para comprender cuales son los procesos patológicos actuales y saber qué modalidad es la adecuada para la activación de los procesos cognitivos, mediante los instrumentos del ejercicio terapéutico cognoscitivo. Los resultados obtenidos tras la aplicación del método fueron positivos, logrando la acción establecida con la paciente, además de cuantificar como mejoró su independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria durante el tratamiento. Concluyendo con lo importante y beneficioso que es el método Perfetti o CTA para la intervención desde terapia ocupacional, aportando una visión panorámica de los procesos patológicos del paciente, debido a una coherencia clara y organizada para recuperar la acción requerida gracias al correcto razonamiento clínico que se lleva a cabo aplicando dicho método.

Palabras claves:

Perfetti, ictus, acciones, percepción.

2. Abstract:

Taking into account that stroke disease is the most frequent cause of disability in our country, due to the motor and perceptual-cognitive alterations suffered by people suffering from it, the application of the Perfetti method or the Comparison between Actions has been considered from occupational therapy, being an approach that proposes to achieve an action for the person from cognitive processes, perception and movement. For an adequate explanation of the clinical reasoning that must be carried out to obtain a correct result, we carry out a case study whose objective is to capture the clinical reasoning that should be applied under the established method. An adequate initial evaluation and elaboration of the cognitive and motor profile of the patient is essential to understand which the current pathological processes are and to know which modality is suitable for the activation of the cognitive processes, through the instruments of the cognitive therapeutic exercise. The results obtained after applying the method were positive, achieving the action established with the patient, as well as quantifying how her independence improved in the basic and instrumental activities of daily life during the treatment. Concluding with the importance and benefits that the Perfetti method or CTA has for the intervention from occupational therapy, providing a panoramic vision of the pathological processes of the patient, due to a clear and organized coherence to recover the required action thanks to the correct clinical reasoning applying that method.

Keywords:

Perfetti, stroke, actions, perception

3. Introducción:

Los accidentes cerebro-vasculares o el término ictus son la principal causa de daño cerebral. Se originan al producirse una disminución del flujo sanguíneo al cerebro que puede ser por consecuencia de una interrupción del aporte sanguíneo a una parte del cerebro, por una rotura de un vaso sanguíneo (hemorragia cerebral) o taponamiento del mismo (isquemia cerebral).(1,3)

Hay que tener en cuenta que aparecen diversas alteraciones en el funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo y en las distintas áreas subcorticales por consecuencia de un trastorno en la circulación cerebral, produciendo los principales déficits que se pueden causar a través de los accidentes cerebro-vasculares, como alteraciones sensitivo motoras como la hemiparesia (debilitamiento) o hemiplejía (parálisis) de la mitad del cuerpo opuesta al foco de la lesión, alteraciones del tono muscular, control motor y coordinación y alteraciones de conductuales.(1)

Tras la observación de los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, se concurren diferentes variaciones para la tasa de mortalidad entre los diferentes países que conforman la Unión Europea.(1,2)

En nuestro país, los accidentes cerebro-vasculares constituyen la segunda causa de muerte con una tasa de mortalidad del 11% y considerándose la causa más frecuente de incapacidad.(3,4)

En España, la incidencia en ictus es muy elevada, se estima alrededor de 128 casos por 100.000 habitantes/año, incluyéndose un aumento en la población de mayor edad.(2,3)

Cabe destacar la relación entre coste-beneficio de las enfermedades cerebro-vasculares, al suponer un elevado costo de recursos necesarios para garantizar una eficiente rehabilitación, valorando la importancia del tratamiento en la fase aguda así como de los cuidados a largo plazo durante la etapa de cronicidad.(2,4)

Los principales factores de riesgo que pueden causar esta patología se encuentran la edad avanzada, estrés, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, diabetes, ateromatosis del cayado aórtico y dislipemia entre otros.(2)

Teniendo en cuenta las alteraciones mencionadas anteriormente que llegan a causar un ictus, debemos procurar conseguir el mayor nivel de autonomía e independencia en el día a día del paciente mediante el tratamiento desde Terapia Ocupacional, que atiende los aspectos físicos, cognitivo, psicosocial, sensorial y del desempeño en una variedad de contextos con el beneficio de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de sus pacientes.(5)

Desde terapia ocupacional nos centramos en diferentes modelos para tratar el aspecto motor de esta patología, tendremos en cuenta el modelo del Neurodesarrollo, basado en modelos en lo que existe relación entre todas las estructuras del sistema nervioso central de manera paralela, formado por varios

abordajes que controlan el movimiento a través de estímulos sensoriales originados en las estructuras básicas del sistema nervioso central, codificando los programas motores causados de las estructuras superiores.(6) Nos centramos en el enfoque del Método Perfetti o comparación entre acciones (CTA) por sus siglas en italiano Confronto Tra Azioni. El método se basa en que la calidad de la recuperación del movimiento, tanto espontánea como guiada por el rehabilitador, dependiendo directamente con la activación de procesos cognitivos que se activen y su modalidad de activación, a través de la recuperación sensorial-motora mediante la implicación directa del paciente, aprendiendo nuevo patrones de interacción con su entorno.(7)

Este método fue desarrollo aproximadamente durante la década de 1970 por el neurólogo italiano Carlo Perfetti y sus colaboradores. Se debe comentar que este método ha evolucionado paralelamente a las neurociencias y continúa evolucionando en la actividad. Por ello, a lo largo de la historia ha adquirido diversas formas y nombres según la esencia del trabajo de cada etapa de su desarrollo. Comenzó llamándose Facilitación Cortical Superior al estar muy ligado con la corteza cerebral y los procesos corticales. Después, se empezó a llamar Control Secuencial Progresivo, debido a potenciarlo un control de manera muy gradual, posteriormente Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo y en la actualidad tras los nuevos avances y estudios se ha pasado a llamarse Comparación entre acciones (CTA).(8)

Cabe destacar que C. Perfetti sostiene que debido a las lesiones neurológicas los pacientes pierden la capacidad de reconocer e interpretar el medio, además de encararlo a través de movimientos. Por tanto, considera que el cuerpo humano cuenta con una superficie receptora de estímulos con una capacidad que se modifica y adapta a la realidad del entorno en el que se encuentra, mediante una precisa organización de los procesos cognitivos que contribuyen al progreso de las nuevas habilidades motoras. Los principales procesos cognitivos que permiten al paciente relacionarse con el medio son la percepción, la atención, la memoria, la vista y el lenguaje, además de utilizar el movimiento como vehículo para interactuar con el entorno.(9,10)

Algunos de los aspectos en los que se apoya dicha intervención para el neurólogo italiano:

- El movimiento de la mano, como principal órgano táctil para la exploración e interacción con el entorno.
- La percepción táctil.
- La atención.

Se necesita la información de estos elementos para producir una respuesta motora adaptativa y adecuada que permita una eficaz interacción con el entorno.

Los principios básicos de intervención que propone Perfetti son:

- Realizar los ejercicios con los ojos tapados, para eliminar la información visual y así hacer consciente todas las fases del movimiento, o bien integrar la modalidad visual con otras modalidades como la cinestésica por ejemplo.

- Planteamiento de una hipótesis perceptiva, que el paciente debe resolver a través de la fragmentación de su cuerpo haciendo uso de los procesos cognitivos: atención, memoria, procesamiento sensorial mediante la información propioceptiva y táctil.

- Facilitar el proceso de recogida de información con “subsidiarios”, es decir, el empleo de diversos objetos para percibir texturas, trayectorias, formas, tamaños.

- Las manifestaciones clínicas se definen como “específico patológico” y se dividen en: específico sensitivo, específico cognitivo y específico motor, este último se entiende para Perfetti como un obstáculo al movimiento evolucionado.

- Tratar un conjunto de componentes patológicos cuando existe espasticidad como es el específico motor, considerándolo un obstáculo para la evolución del movimiento. Los cuatro síntomas a los que se rige la intervención son:

- La reacción o respuesta anormal al estiramiento, entendiéndola como una reacción fisiológica al estiramiento muscular adoptada como una respuesta inadecuada.

- Las irradiaciones anormales, que provoca una contracción muscular involuntaria por parte del paciente como respuesta a cualquier estímulo durante un movimiento voluntario o la realización de una actividad por parte del mismo.

- La construcción de esquemas elementales, que están caracterizados por movimientos en bloque, groseros, poco variables, estereotipados y poco selectivos.

- La presencia de un déficit de reclutamiento motor, existiendo una dificultad para contraer correctamente las unidades motoras tanto de manera cuantitativa (frecuencia de contracción) como cualitativa (el orden y forma de reclutamiento), este déficit repercute en la eficacia del movimiento intencionado y provoca alteraciones en la coordinación.(10,11)

Carlo Perfetti plantea 3 categorías de ejercicios para examinar de forma progresiva los elementos que componen el específico motor:

- 1) Ejercicios de primer grado: Se usan principalmente para mejorar y/o eliminar la respuesta anormal al estiramiento intenta equilibrar los problemas coligados a la respuesta desmedida del movimiento. Por tanto, el objetivo de este ejercicio es enseñar al paciente a controlar la espacialidad, temporalidad del movimiento y el terapeuta controla la intensidad. Se realiza con el paciente con los ojos tapados y se le pide al paciente que concentre su atención a la información sensorial que percibe mediante el movimiento para contestar a la hipótesis perceptiva, se puede llevar a cabo de diferentes modos, mediante el reconocimiento de objetos o identificando la naturaleza del mismo. La complejidad

informativa que se utiliza en este tipo de ejercicio para conseguir dicho objetivo es táctil, cinestésica, relaciones espaciales y relaciones temporales.

2) Ejercicios de segundo grado: El principal objetivo de este tipo de ejercicio es la regulación de las irradiaciones anormales. Por tanto, el terapeuta facilita el movimiento y el paciente empieza a realizar contracciones, empezando a controlar la intensidad, identificando las diferentes instrucciones proporcionadas por el terapeuta, que solo ofrece una mínima ayuda al paciente para impedir la irradiación anormal ayudando al paciente a construir la hipótesis perceptiva y a guiar los procesos cognitivos de manera adecuada, además de asistirle en el movimiento. La información utilizada en este tipo de ejercicio podrá ser elegida entre táctil, cenestésicas, ponderales, presorias y de roce.

3) Ejercicios de tercer grado: Este tipo de ejercicios presentan el control sobre los esquemas elementales. Son dirigidos hacia el perfeccionamiento y la automatización del movimiento debido a que el paciente adapta el movimiento a la hipótesis perceptiva propuesta por el terapeuta, por tanto, la atención del paciente puede dirigirse a valorar la diferencia entre el esquema ejecutado y el propuesto por el terapeuta, sin contribuir al desplazamiento de los segmentos corporales.(10) El objetivo que pretenden conseguir al paciente es aumentar el número en reclutamiento de unidades motoras efectuándolas en distintas combinaciones temporales y espaciales. El tipo de información utilizada es la misma que para los ejercicios de segundo grado salvo que se pretende la integración de las diferentes informaciones con una mayor capacidad de fragmentación del cuerpo.

4. Metodología.

4.1. Presentación del caso clínico.

R.A. de 58 años, jubilada. Sufre una enfermedad crónica por lupus eritematoso diseminado de etiología inmunológica. En Febrero de 2008 sufre una hemiparesia derecha por ACV agudo de etiología vascular. Tras varios años en rehabilitación en fisioterapia y terapia ocupacional obtiene grandes mejoras, como recuperar el habla, una correcta deambulación, buen control de tronco y articulación escapula humeral. Actualmente, recibe terapia ocupacional en la Asociación Cocemfe Alicante. (Anexo 1).

4.2. Evaluación inicial.

La evaluación se lleva a cabo en el domicilio de R.A. (mismo lugar donde se procede a realizar la intervención). La señora presenta una hemiparesia leve con mayor afectación a nivel distal del miembro superior derecho. Refiere su interés por recuperar la pinza fina para ser completamente autónoma a pesar de realizar la mayoría de las actividades manipulativas con el miembro superior

sano. A pesar de un largo periodo de evolución, conserva marcha autónoma. Presenta independencia en las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel: 90/100), aunque para esta escala requiere de ayuda para cortar el pan y la carne en el ítem de comer y leve en las actividades instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody: 7/8), presentando dificultad en el ítem de ir de compras, al solo realizar con independencia las pequeñas compras. En ambas realiza las actividades de manera autónoma con moderada dificultad para tareas bimanuales o requieren coordinación motora fina que no pueda realizar con el miembro superior sano durante la alimentación y vestido. Su principal actividad de ocio que realizaba antes de sufrir el ACV era tocar el piano y coser, se han visto reducidas a ver la tele, leer y pasear.

4.3. Detección de problemas y necesidades.

Tras la observación en tercera persona, además del testimonio de la paciente en primera persona y la utilización de ejercicios de valoración e interpretación del lenguaje de la paciente, obtuve las fortalezas y dificultades para la realización del perfil, que se desliza a continuación:

-Cómo se mueve: Conserva movilidad activa en todos los segmentos del miembro superior derecho presentando limitaciones acentuadas a nivel distal (déficits de reclutamiento cualitativo y cuantitativo en los músculos flexores de los dedos). Durante la movilización pasiva y movimiento activo presenta resistencia durante la extensión de los músculos flexores de los de dedos (reacción anormal al estiramiento), lo que se evidencia durante el alcance y prensión articulación de objetos aparecen grandes dificultades observando una irradiación anormal provocando flexión de las articulaciones interfalángica del primero y segundo dedo. En la aproximación aparecen ciertas dificultades para regular la apertura de los dedos, además de una escasa fragmentación provocando dificultades para seleccionar puntos de contactos, girar el objeto y explorarlo con la yema de los dedos.

-Cómo se representa/imagina su cuerpo: Representa su cuerpo de manera unido excepto a nivel distal de la extremidad superior del lado afecto que no siente ni percibe diversos estímulos, refiere que antes si notaba el otro hemicuerpo como “zona muerta”, pero no presenta grandes dificultades en el movimiento de ambos miembros superiores simultáneamente imaginando la realización de una actividad bimanual.

-Cómo usa el lenguaje: Utiliza un lenguaje característico para referirse de un hemicuerpo con respecto al otro, describe el lado derecho mediante adjetivos como “malo” o enfermo”, y se refiere al lado izquierdo como “bueno”. Además, utiliza el término de “arrollarse” cuando se produce la irradiación anormal en pulgar e índice.

-Cómo usa la atención: No presenta dificultad para estar atento al cuerpo en un tiempo prolongado aunque sí para realizar tareas bimanuales utilizando ambos hemicuerpos simultáneamente, confirmando una elevada dificultad la atención dividida. Sin embargo, selecciona la información

relevante para resolver el problema cognoscitivo que se le propone durante los ejercicios, confirmando una correcta atención selectiva.

-Cómo percibe e integra las informaciones: Presenta grandes dificultades a nivel táctil con la mano derecha en comparación con el lado sano (diferenciar texturas, relieves, formas). A nivel cinestésico, presenta una ligera dificultad de percibir la dirección y profundidad distancia del movimiento.

-Como aprende: Modifica notablemente diversos aspectos de la patología durante las sesiones, tales como conserva los aprendizajes obtenidos de las sesiones anteriores, cambia el lenguaje, mejora la percepción. Mantiene diversas modificaciones que normalmente las verifica la propia paciente antes de comenzar la sesiones. Además cambia el lenguaje, suele decir que gracias al tratamiento es consciente de cosas que antes no percibía y está aprendiendo a autocorregirse. Cabe resaltar que la comparación con el lado sano le ha resultado la más útil para un correcto aprendizaje.

4.4. Establecimiento de objetivos y prioridades.

Tras la valoración inicial y la entrevista clínica, se acuerda con el paciente abordar el miembro superior derecho afecto. Las actividades seleccionadas para la intervención y que son significativas para ella son: mantener la mano abierta y relajada durante las comidas, lavado de cara, tocar un timbre con el índice, reconocer su dispositivo móvil con la mano afectada, reconocer que tipo de cubierto. De las mencionadas anteriormente, trabajaremos la acción de mantener la mano abierta y relajada. El resto las descartaremos debido a que actualmente la paciente no presenta las habilidades que se requieren dentro de su desarrollo proximal para el logro de las mismas.

4.5 Modelos, abordajes, estrategias y técnicas seleccionadas para el caso.

El principal modelo que nos basamos es el modelo del Neurodesarrollo basado en varios abordajes enfocados en la relevancia de los estímulos sensoriales sobre la conducta motora, provocando repuestas motoras específicas, posicionamiento y manipulación del paciente para controlar el tono muscular principalmente.(6)

El principal abordaje utilizado para nuestro caso es el método Perfetti o Comparación entre acciones descrito anteriormente.

4.6. Intervención llevada a cabo

Se llevaron a cabo 10 sesiones durante los meses de Febrero y Marzo en el domicilio de la paciente, de los cuales explicaremos el razonamiento clínico de los más significativos para lograr la acción a recuperar. Cabe destacar que todos los ejercicios propuestos la paciente los realiza con los ojos tapados.

Se realizó la valoración inicial tras la evaluación mediante las escalas, también a través de la observación de la acción escogida y para la realización del perfil del paciente. A continuación explicaremos como se ha realizado el razonamiento clínico para conseguir la acción a recuperar con uno de los ejercicios propuestos:

-El problema: Al realizar la acción posiciona la mano cerrada encima de la mesa, presentado a reacción anormal del estiramiento en los flexores de muñeca, además de afectar a los flexores de la articulación metacarpo falángica del pulgar e interfalángica para el dedo índice.

-La hipótesis: Nos basamos en que existe una alteración en la atención dividida hombro-codo-mano responsable de la reacción anormal al estiramiento (RAE).

-El tema del ejercicio: Corresponde al hombro-codo para la mano. Además, el tipo de información a construir son las relaciones espaciales entre las partes anteriormente mencionadas.

-La modalidad: El subsidio utilizado fue un tablero subdividido en 9 casillas de aristas adecuadas al tablero, el paciente se encuentra sentado con los ojos tapados para la realización del ejercicio de modalidad de primer grado, tras explicarle el ejercicio se le plantea al paciente la siguiente pregunta: ¿En cuál cuadrado del tablero se encuentra tu mano?, tras la realización del ejercicio con la facilitación del terapeuta y observar que la paciente es capaz de controlar la RAE en los flexores de los dedos se le planteo la siguiente pregunta ¿Dónde estaría su mano si la tenemos que colocar en la casilla X? En este caso, la paciente debe colocar su mano en extensión con la facilitación del movimiento prestada por el terapeuta transformándose a un ejercicio de segundo grado. Se utilizó como imagen prelesional que recordara que estaba tocando la octava de su antiguo piano utilizando el elemento en común (extender la mano) con respecto la acción.

-La verificación del ejercicio: Se utilizó la verificación a través del lado sano pidiéndole que colocara su mano afecta en extensión en la misma posición que el terapeuta le colocaba su mano sana.

-Las conexiones entre la acción y el ejercicio: Tras la realización del ejercicio se le hizo notar a la paciente las conexiones de semejanzas que hay entre el ejercicio y la acción a recuperar, entre ellas la posición de la mano, se trabajó en el mismo plano de movimiento y la atención que tiene que prestar a las diferentes partes del cuerpo es la misma. Respecto a las conexiones de diferencia encontramos que la paciente durante el ejercicio encuentra su mano limitada en el espacio debido a las aristas de las casillas del tablero con respecto a la gran extensión de su mano sobre el mantel.

-La verificación final de la acción: Consiste en pedirle a la paciente que realice por sí sola la acción para observar si la ejecuta de manera correcta o realizar una ejecución mejorada respecto al inicio de la evaluación de la acción.

Tras la realización del ejercicio anterior, observamos que obtuvimos una modificación parcial al estar presentes las dificultades en la sensibilidad táctil de los dedos de la mano, refiriéndose la paciente que

era capaz de abrir y mantener la mano relajada pero en cambio no percibía con sus dedos que estaba tocando, por lo cual propusimos desarrollar otro ejercicio cuyo razonamiento clínico es el siguiente:

-El problema: La paciente nos indica que no percibe los diferentes tipos de manteles al tocarlos con sus dedos provocándole una reacción anormal al estiramiento en la muñeca y dedos índice y pulgar al realizar la acción a recuperar.

-Hipótesis: Nos basamos en que existe una alteración en la percepción táctil de la yema de los dedos de la mano afecta.

-El tema del ejercicio: La parte del cuerpo que se encuentra afecta son la yema de los dedos de la mano y el tipo de información que vamos a construir es a nivel táctil.

-La modalidad: Con este ejercicio vamos a realizar una transformación visual-somestésica, debido a que primero la paciente va a observar con los ojos abiertos cuales son las diferentes tablas y posteriormente deberá saber cuál es cada una al tocarlas con los ojos cerrados. El ejercicio propuesto es reconocer táctilmente superficies de diferente naturaleza con el dedo índice afecto. El subsidio utilizado son pequeñas tablas de madera sobre las que se han pegado diversos tipos de telas (papel de lija, papel de seda y algodón), la posición del paciente es sentado correctamente junto a una mesa de madera donde se encuentran los subsidios. La modalidad del ejercicio es de primer grado, tras explicarle el ejercicio se le plantea la siguiente pregunta, ¿Qué superficie es: la áspera, la suave o la rugosa?, el paciente debe reconocer con los ojos cerrados de cual se trata, como variante del ejercicio, se le plantea a la paciente la siguiente pregunta, ¿La tabla percibida es la misma o distinta a la anterior?, lo que estaría considerando una transformación somestésico-somestésica provocando que la paciente centre su atención fijamente en que está percibiendo con sus dedos y suprimir que aparezca una reacción anormal al estiramiento (RAE) en la muñeca y los dedos de la mano. La imagen prelesional utilizada durante el ejercicio fue que recordará cuando cosía y tocaba las diferentes telas.

-La verificación del ejercicio: Se utilizó la verificación a través del lado sano, pidiéndole que reconociera con los ojos cerrados y su mano afecta las diferentes tablas de diversas superficies y posteriormente comparar con su mano sana si es la tabla que suponía que era.

-Las conexiones entre la acción y el ejercicio: Tras la realización del ejercicio se le hizo notar a la paciente las conexiones de semejanzas que hay entre el ejercicio y la acción a recuperar, entre ellas que estábamos utilizando la misma parte del cuerpo donde se encuentra la dificultad y en el mismo plano de movimiento, como conexiones de diferencia encontramos que la dimensión de las diferentes tablas eran de un tamaño menor con respecto al mantel donde realiza la acción.

-La verificación final de la acción: Se le pide a la paciente que realice la acción de mantener la mano abierta y relajada encima de la mesa durante las comidas, y la ejecuta de manera correcta al conseguirse una modificación total, siendo capaz de mantener la mano abierta y relajada encima de la mesa percibiendo a la vez el mantel sobre el que está apoyado su mano afecta.

5. Resultados

Tras la intervención, se realizó una post- evaluación de las escalas al finalizar el tratamiento, y se observó cómo realiza tras la intervención las acciones propuestas a recuperar que se explicarán a continuación:

-Extender la mano afecta abierta y relajada en la mesa durante las comidas: Presenta la mano extendida con los dedos semiflexionados sin RAE, el antebrazo pronación con la alineación adecuada de la articulación escápula-humeral.

Para constatar la autonomía y la funcionalidad con respecto a la intervención llevada a cabo podemos observar las puntuaciones obtenidas en las siguientes escalas:

- Índice de Barthel: 90/100
- Escala de Lawton y Brody: 7/8

6. Discusión

Sintetizando los resultados obtenidos, hemos logrado la acción propuesta gracias a los ejercicios terapéuticos cognoscitivos planteados, dotando a la paciente de sus estrategias cognitivas necesarias para construir las relaciones espaciales hombro-codo-mano mejorando su atención dividida. Además, de conseguir una mayor percepción táctil de los dedos de la mano afecta, ambas alteraciones muy comunes para pacientes hemipléjicos, disminuyendo la aparición de RAE de muñeca y dedos utilizando dicha metodología. Por otra parte, podemos observar ciertas mejoras en la funcionalidad y la autonomía de la paciente teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en las escalas administradas.

Por otro lado, hemos conseguido dotar a la paciente de sus propias estrategias cognitivas para resolver el problema planteado mediante los instrumentos del ejercicio terapéutico cognoscitivo, siendo para nuestra paciente la comparación con el lado sano la estrategia de mayor resolución. Por otra parte, aprendió a apoyarse en la imagen o acción prelesional para facilitar los procesos cognitivos que debe ejecutar, activando dichas zonas del cerebro que se requieren para ejecutar la acción a través del elemento en común entre la acción y la imagen prelesional. Asimismo, le otorgamos a la paciente de información transcendental para la adecuada organización de la acción que en patologías como el daño cerebral adquirido se encuentran muy afectadas.

Cabe destacar la importancia de realizar una terapia individualizada para poder aportar y ejecutar un adecuado perfil del paciente, clave para conseguir las acciones que se encuentran dentro del desarrollo proximal del paciente.(11)

Se debe resaltar como principal fortaleza del estudio de caso, la importancia de aplicar un adecuado tratamiento en contextos naturales, como el domicilio de la paciente. Se pueden establecer como límites del trabajo, mi primera experiencia aplicando y desarrollando el método establecido, a pesar de adquirir grandes conocimientos y una nueva visión de trabajo, integrando además la fabricación a bajo coste de los subsidios utilizados para la intervención.

7. Conclusión

Debemos predominar el beneficio obtenido en breve plazo de tiempo para nuestra paciente, recuperando la confianza y potenciando los procesos cognitivos, la percepción y el movimiento al aplicar únicamente el método estudiado durante el presente trabajo, partiendo de la relación entre la percepción-cognición y la acción, consiguiendo de manera óptima la hipótesis propuesta al recuperar la acción significativa y dentro del desarrollo proximal de la paciente.

Para el correcto desarrollo del proceso terapéutico, ha sido vital comprender los conocimientos básicos de la teoría neurocognitiva para realizar un adecuado perfil del paciente, a partir del cual llegar a comprender cuales eran los procesos patológicos actuales y saber que modalidad era la adecuada para conseguir la activación de los procesos cognitivos como la atención y percepción. Pudiendo concluir de la importancia y lo beneficioso que es el método Perfetti o CTA para la intervención desde terapia ocupacional, aportando desde mi experiencia una visión panorámica de los procesos patológicos del paciente, debido a una coherencia clara y organizada en el perfil del paciente para recuperar la acción requerida gracias al correcto razonamiento clínico que se lleva a cabo aplicando dicho método.

8. Bibliografía:

1. Díez C, Zaplana P. Rehabilitación de los miembros inferiores tras un ictus: Intervención desde terapia ocupacional en caso único. 2017;13.
2. Moreno G. Evolución del daño cerebral en un paciente tras un ictus isquémico bilateral. 2017;14.
3. Sánchez-Larsen Á, García-García J, Ayo-Martín O, Hernández-Fernández F, Díaz-Maroto I, Fernández-Díaz E, et al. ¿Se ha producido un cambio en la etiología del ictus isquémico en las últimas décadas? Análisis y comparación de una base de datos de ictus actual frente a las históricas. *Neurología*. julio de 2018;33(6):369-77.
4. Santos Andrés JF, Gálvez Koslowski S, Álvarez Molinero M, Moracén Naranjo T, Escribano Stable D, Usabiaga Bernal T, et al. Resultados y eficiencia del tratamiento rehabilitador del hemipléjico. *Estudio evolutivo. Rehabilitación*. 1 de abril de 2010;44(2):110-5.
5. 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 la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [18-12-2017]; [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.).
6. Sanchez Cabeza A. *Terapia Ocupacional en disfunciones físicas*. ed. Síntesis, D. L.: Madrid; 2015
7. Sallés L, Martín-Casas P, Gironès X, Durà MJ, Lafuente JV, Perfetti C. A neurocognitive approach for recovering upper extremity movement following subacute stroke: a randomized controlled pilot study. *Journal of Physical Therapy Science*. 2017;29(4):665-72.
8. Dominguez-Ferraz D, da Silva-Ribeiro N.M, de Matos-Pinheiro I, Pedreira-da E. Eficacia del método Perfetti en el tratamiento de secuelas del accidente cerebrovascular: una revisión sistemática [Internet]. *Fisioter*. 2014 [citado 23 de enero de 2019]: 43(3): 196-205 .Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322243646_Eficacia_del_metodo_Perfetti_en_el_tratamiento_de_secuelas_del_accidente_cerebrovascular_una_revision_sistematica
9. Bisbe M. *Fisioterapia en Neurología* [Internet]. Buenos Aires; Madrid [etc]: Médica Panamericana, 2012 [citado 23 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.publicaciones.umh.es/VisorEbookV2/Ebook/9788498355758?token=cfe718ee-7e1c-4c9a-8c50-4bc30402e51b#{%22Pagina%22:%2211%22,%22Vista%22:%22Buscador%22,%22Busqueda%22:%22Perfetti%22}>
10. Polonio López B. *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas* [Internet]. Buenos Aires; Madrid [etc]: Médica Panamericana, 2012 [citado 23 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www-medicapanamericana-com.publicaciones.umh.es/VisorEbookV2/Ebook/9788498359350?token=7445c2df-917d-4327-b060-8c339ee6189b#{%22Pagina%22:%22Portada%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22}>

11. Gadella JCB, Fuentes JM, García RM. Therapeutic cognitive exercise: Perfetti concept. 2005;4:7.
12. Perfetti C. Ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico Adulto. Ed. Edikamed: Barcelona; 1999.

9. Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., con

DNI.....

He decidido dar información sobre mis datos personales,

He podido hacer preguntas sobre el estudio,

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria,

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

En Alicante ade de 2019.