



TRABAJO FIN DE GRADO

Año 2017



Evaluación y adaptación de la actividad doméstica y el entorno con enfermos reumáticos

*Evaluation and adaptation of the domestic activity and the
environment with rheumatic patients*

Autor

Daniel Borge Martínez

Directores

D. Fernando Gimeno Marco

Dpto. Psicología y Sociología – Universidad de Zaragoza

D. Héctor Gutiérrez Pablo

Dpto. Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad San Jorge

D. Ricardo Ros Mar

Dpto. Fisiatría y Enfermería – Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

Grado de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte

Fecha de presentación – 21/09/2017

"No existen dos enfermedades idénticas, cada persona tiene por lo menos una característica peculiar e inexistente en las demás. Las enfermedades son tan diferentes como las personas."

Paul Cutler

ÍNDICE

1.	RESUMEN	4
2.	INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	5
2.1.	Características de las enfermedades reumáticas.....	5
2.2.	Calidad de vida y entorno doméstico estudiado	7
3.	JUSTIFICACIÓN	10
4.	OBJETIVOS	11
5.	METODOLOGÍA	11
5.1.	Participantes	11
5.2.	Instrumentos	12
5.3.	Procedimiento.....	12
6.	RESULTADOS	13
6.1.	Análisis comparativo de las guías.....	13
6.2.	Feedback aportado por los enfermos reumáticos sobre los contenidos de la guía B ..	20
7.	DISCUSIÓN Y VALORACIÓN FINAL.....	23
8.	CONCLUSIONES	27
8.1.	Conclusiones Generales	27
8.2.	General Conclusions.....	28
9.	AGRADECIMIENTOS	29
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	30
11.	ANEXOS	34

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La actividad física en el ámbito de la rehabilitación no farmacológica de enfermedades reumáticas se centra principalmente en la realización de ejercicios y programas de entrenamiento para la mejora de los síntomas de estas enfermedades. Sin embargo, las actividades domésticas como una herramienta de trabajo más es algo que se ha tenido poco en cuenta y la cual se podría obtener bastantes beneficios si se estudiara lo suficiente.

OBJETIVOS: En el presente estudio se pretende: (1) Elaborar un conjunto de pautas dirigidas a personas afectadas de patologías reumáticas y reflejarlas en una guía; (2) Fomentar la autonomía en la realización de las tareas domésticas por parte de las personas afectadas por patologías reumáticas; y (3) Ofrecer el entorno doméstico como un recurso y alternativa en el programa de rehabilitación de enfermos reumáticos ARPER.

MÉTODO: Participaron en el proyecto de investigación un total de 30 participantes pertenecientes a la asociación ARPER, los cuales se les ofrecieron una serie de talleres y charlas complementarias durante las sesiones con el fin de elaborar una guía definitiva con las adaptaciones relacionadas con las tareas domésticas y su entorno.

RESULTADOS: A consecuencia de la realización del proyecto, se elabora una guía en la que se incluyen las anotaciones tomadas por el alumno en cuestión durante su periodo de prácticas, el feedback recogido por los pacientes durante tales talleres y diferente información extraída de la guía base sobre la que se fundamentó.

CONCLUSIONES: Tras la elaboración del TFG se concluye: (1) Es necesario la colaboración de los pacientes para elaborar cualquier manual-guía y no limitarse simplemente a la observación de patrones; (2) La consecución de una guía supone el primer paso hacia una nueva herramienta de trabajo en el programa de rehabilitación

PALABRAS CLAVE: Ergonomía, control de la postura, rehabilitación, higiene postural y educación postural.

2. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

2.1. Características de las enfermedades reumáticas

Según la CONFEPAR (Confederación Española de Persona Afectadas por Reumatismos), el término “enfermedades reumáticas” engloba un conjunto de enfermedades muy diversas y complejas, de origen no traumático, que afectan principalmente al aparato locomotor o musculoesquelético (articulaciones, huesos, músculos, tendones y ligamentos), pero que también pueden afectar a otros sistemas u órganos como el corazón, los pulmones, los ojos, la piel, los vasos sanguíneos y a otros tejidos conectivos que se encuentran en todo el organismo, de ahí su diversidad y complejidad. Es por esto por lo que podemos encontrar más de doscientas enfermedades reumáticas (3 y 4), que simplificándolas mucho podemos clasificarlas en: Artritis inflamatorias; Artrosis, enfermedad degenerativa u osteoartritis; Reumatismos de partes blandas o trastornos que afectan a las partes blandas en distintas regiones; Enfermedades óseas y Enfermedades del tejido conectivo.

En el pasado se definía como “reumatismo” pero poco a poco se ha ido convirtiendo en un término desfasado pues cubría una serie de problemas diferentes a los de la actualidad. A continuación, se describen las 3 patologías reumáticas que afectan a las personas con las que se ha realizado este trabajo (6):

1. Artritis reumatoide

Es la enfermedad caracterizada por un proceso inflamatorio crónico que repercute sobre las articulaciones y, principalmente sobre el tejido sinovial de estas. Su origen y causa es hasta ahora desconocido y su naturaleza es autoinmunitaria, es decir causada por el propio sistema inmunológico (ataca las células del propio organismo) (10). Según The International Association for the Study of Pain (2016), la artrosis, como enfermedad reumática más común, afecta generalmente entre un 10-15% de la población mundial (8).

2. Fibromialgia

Se trata de un síndrome o patología crónica caracterizada por un dolor muscular y tejido fibroso, producida por una alteración en la percepción del dolor y en la esfera psíquica de las personas que lo padecen.

Sobre estos pacientes (y en general sobre todos los que padecen este tipo de enfermedades) es interesante actuar de forma explícita en factores como la conducta, así como eliminar otros como el dolor, estrés y las sensaciones térmicas molestas. Para ello, y dejando a un lado el tratamiento farmacológico, se utilizan técnicas como el ejercicio físico, valoración psiquiátrica y terapias cognitivo conductual entre otras (10 y 11).

3. Espondiloartropatías

Las espondiloartropatías son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas, incluidas dentro del grupo de enfermedades reumáticas, que comparten características clínicas, patogénicas, genéticas, radiológicas, epidemiológicas y de respuesta terapéutica, lo que permite que se distingan claramente de otras enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, especialmente de la artritis reumatoide.

Las más comunes son la espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, artritis asociada con la enfermedad inflamatoria intestinal y las espondiloartropatías diferenciadas. Como dato curioso, es posible identificar si el paciente padece este tipo de enfermedades o no, gracias a una serie de criterios, los cuales, si se diagnostican más del 50%, el proceso de sensibilización es del 90% siendo un 86 de la especificidad (12). La espondilitis anquilosante, evoluciona produciendo brotes o ataques de inflamación de las articulaciones de la columna vertebral, o de otras articulaciones como los hombros, las caderas, las rodillas o los tobillos. Entre ataque y ataque, generalmente, el paciente se queda sin síntomas de dolor y mantiene una actividad cotidiana normal.

La presencia de enfermedades reumáticas se ha visto incrementada de forma exponencial en lo que se refiere a nivel mundial. Aunque existen numerosas causas por las que padecer una patología reumática (Por infección bacterial o viral; Por deposición de cristales en estructuras del sistema musculoesquelético; Por agresión al sistema como esfuerzos físicos prolongados ya sean deportivos, laborales o domésticos; Por desgaste de estructuras...) (1), la causa más relevante de este fenómeno puede ser debida al aumento de la esperanza de vida y en consecuencia a la duración de esta (2). Propiamente, cada enfermedad obedece a ciertas causas como las “degenerativas” (Artrosis), “metabólicas” (Gota), “genéticas” (Síndrome de Hiperlaxitud Articular) ... (3).

También, puede haber una combinación de factores que causen las enfermedades reumáticas. Una persona puede nacer con el riesgo de desarrollar la enfermedad, pero suele suceder algo para que la enfermedad aparezca (resfriado, gripe, desgaste natural de articulaciones, lesiones articulares). Las mujeres son más propensas que los hombres a padecer ciertas enfermedades (lupus, artritis reumatoide y fibromialgia). Esto se podría achacar a que las hormonas u otras diferencias entre los hombres y las mujeres juegan un papel en el desarrollo de estas enfermedades (13).

Este tipo de patologías, se ubican entre las de mayor relevancia en el grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (4). Así, de entre todas las afecciones que provocan dolor crónico, las enfermedades reumáticas son las más frecuentes en Europa y sobre todo en la población adulta con un 27% con respecto a la población europea total (5).

Centrándonos en el estado español, según la Sociedad Española de Reumatología (SER) (9), existe una evidencia clara de un mayor número de personas con patologías reumáticas, actualmente hay más de 8 millones (18% aproximadamente) y se estima que para el año 2025 ese número se vea incrementado al menos un millón más, siendo este tipo de patologías la primera causa de incapacidad permanente (1, 3 y 7).

Es evidente que existe información creciente sobre las enfermedades reumáticas, la que las establece como un problema presente y futuro para la humanidad. Por esa razón es imperativo que el médico general conozca las posibilidades de tratamiento de que dispone para estos pacientes, porque detectar y tratar apropiadamente la enfermedad a tiempo incide directamente en el bienestar de los pacientes y en la disminución de costos para la Sociedad.

Las enfermedades reumáticas tienen un impacto adverso significativo en el individuo desde el punto de vista físico, mental y sociales, lo que resulta en una baja calidad de vida relacionada con la salud. Como ya se ha comentado antes, existen diferentes tratamientos para intentar paliar este tipo de enfermedades o reducir su impacto al menos. Estos son, realizar ejercicio de baja intensidad (moderado), tener una buena estructura del sueño y de trabajo (14).

2.2. Calidad de vida y entorno doméstico estudiado

Es bien sabido que cualquier persona que padece cierta enfermedad la cual afecta a su sistema locomotor directa o indirectamente (a causa de una enfermedad), presenta dificultades a la hora de realizar cualquier tipo de labor, por lo que se ve afectada su calidad de vida. En concreto, las enfermedades reumáticas, están relacionadas con el 50% de las discapacidades laborales permanentes, suponiendo así un gran problema sanitario, con impacto social y económico (1). Además, ocupan el tercer puesto en las causas de incapacidad laboral temporal, principalmente afectando al sector terciario y a trabajadores en edades comprendidas de 25-50 años, aunque también puede llegar a afectar a edades tempranas acarreando sus correspondientes dilemas.

Pero las enfermedades reumáticas no sólo afectan al ámbito laboral-social debido a sus limitaciones físicas sino también en lo personal-psicológico (limitación psíquica). Por ello se ha estudiado que un programa centrado en lo físico y psicológico, el paciente con este tipo de enfermedades evoluciona de forma positiva gradualmente, en lo que viene siendo el entorno laboral (15). Para el ámbito social, es evidente que representa también ciertas flaquesas cuyo principal remedio radica en el apoyo incondicional e interacción social de sus familiares y amigos más relevantes para los pacientes (16). Este grupo de personas pueden llegar a desarrollar “desesperanza aprendida” e “incapacidad funcional” debido a que su fortaleza mental se ha visto mermada (17 y 18).

Es por esto por lo que podemos decir que se trata de un problema actual social, y que incrementa con el tiempo. No es reciente que se han llevado a implementar programas específicos para el tratamiento de este tipo de enfermedades por todo el mundo, en especial en los países sudamericanos dado su bajo nivel socioeconómico (19 y 20).

Uno de los apartados de la CONFEPAR trata sobre la prevención este tipo de enfermedades y que dice así: “En general, la mayoría de las enfermedades reumáticas, hoy por hoy, no se pueden prevenir, pero sí se pueden evitar muchos de los problemas asociados. Proteger las articulaciones de los esfuerzos excesivos es importante, así como evitar los movimientos repetitivos y controlar el peso corporal. Además, practicar hábitos de vida saludable (dieta mediterránea y ejercicio físico moderado) tiene un beneficio

significativo en todas las enfermedades reumáticas. Por otro lado, en las enfermedades reumáticas, el diagnóstico precoz puede evitar un empeoramiento de los síntomas, incluso puede conducir a su remisión (disminución o desaparición de los síntomas). Para ello, es imprescindible la información adecuada de todas las partes implicadas tanto profesionales como afectados.” (3). Sin embargo, el reconocimiento de la enfermedad puede representar un problema, pues muchos de los pacientes que sufren patologías de este tipo, en numerosas ocasiones no tienen una definición objetivamente clara sobre la patología que padecen y de cómo actuar contra ella, es por esto, que uno de los factores determinantes es el educacional, es decir, el enseñar al paciente habilidades y estrategias para afrontar y tratar la enfermedad. Pero una vez este tema está zanjado, se puede empezar con el susodicho tratamiento (21).

Tal como dice Giuseppe Musumeci (2015), “La actividad física moderada, favorece el tratamiento de las enfermedades reumáticas en la optimización tanto física como mental. De hecho, en pacientes con enfermedades reumáticas, la actividad física supone un método para mejorar: dolor, sueño, una gama de movimiento, coordinación corporal, equilibrio, motivación, articulación funcional, estabilidad; También es capaz de reducir los puntos blandos, mejorar la energía, disminuir la fatiga y es una excelente estrategia antiestrés. Además, la actividad física es una buena manera de socializar” (22). Entre la actividad moderada más frecuentada por la población se encuentran las tareas domésticas, la marcha lenta y el caminar. La mayoría es actividad aeróbica, pero ha de adaptarse al paciente para que obtener así los resultados esperados (22).

Es indiscutible que la actividad física moderada es beneficiosa para el procedimiento de estas enfermedades, sin embargo, no todos los afectados disponen de la habilidad suficiente para realizar correctamente tal tratamiento. Es por ello que la educación supone un punto primordial y a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el tratamiento. La Universidad de Columbia realizó un estudio internacional entre latinos y europeos sobre cómo llegaba a afectar la vida laboral, doméstica y el estado de salud a las personas que presentaban este tipo de enfermedades con limitaciones para realizar cualquier tipo de trabajo, en el cual se obtuvo un resultado más favorable a aquellas personas que se les había inculcado cierto tipo de enseñanza a como realizar las tareas que a las que no lo habían hecho (23).

Anteriormente se han realizado estudios sobre programas de tratamiento e intervención a enfermos reumáticos con un asesoramiento completo y sistemático (físico y psicológico) como el programa “Walk with Ease” de la Fundación Artritis o el programa Acuático de la Fundación PACE. En estos programas no sólo está involucrada la relación entre paciente y profesional (médico, fisioterapeuta, preparador físico...) sino que también está implicada la familia del enfermo pues, aunque no padecan tal desdicha, concienciar a los miembros de la situación en la que se encuentran, es un apoyo fundamental que favorece en gran medida a la moral del afectado, amparándole así una adecuada rehabilitación (24).

En estos planes vienen incluidos una serie de ejercicios que pueden ser practicados tanto en los centros de rehabilitación como en el propio hogar o en los alrededores (a excepción de algunos en los que se necesite un material específico). Son programas que contemplan tanto la parte aeróbica (caminar a distintas velocidades, subir escaleras...)

como anaeróbica (abdominales hipopresivos, sentadillas...), pero siendo siempre a baja intensidad pues no se persigue el rendimiento sino la recuperación. Pero, poco se habla sobre utilizar el propio entorno doméstico como herramienta de ejercicio. Es decir, dado que estas personas una gran parte del tiempo van a estar en su hogar, bien por unas circunstancias (no trabajan, se encuentran mal, metereología...) o por otras (recaídas, empeoramiento...) y que estas les impidan acudir a sus respectivos centros o hacer una determinada actividad (andar, ejercicios del programa...), pueden aprovechar ese periodo en el que no pueden salir de casa, para realizar sus labores domésticas al mismo tiempo que “entrenan”.

Hoy en día, las personas que van a sus centros de rehabilitación, fisioterapeutas correspondientes..., además de realizar los ejercicios convenientes, los profesionales encargados de ellos le reorientan y educan en torno a cómo tratar su enfermedad (postura, intensidad...), por lo que se aseguran de que están llevando a cabo un trabajo adecuado dentro de su centro. Sin embargo, cuando los pacientes abandonan estos, nadie les asegura que estos afectados realicen correctamente sus tareas encomendadas por ejemplo mientras realizan sus actividades del hogar.

Ya hay estudios sobre ejercicios de todo tipo (aérobicos, fuerza, flexibilidad...) que son aplicables en estos centros e incluso en el propio hogar si se dispone del material adecuado (22). No obstante, siendo que como se ha comentado antes, las tareas domésticas representan un área interesante para tratar y que ha sido poco investigado en este tipo de población en concreto. No es desconocido que las personas con cualquier adversidad (en este caso enfermedad reumática) presentan problemas a la hora de realizar su vida cotidiana y es necesario realizar adaptaciones para llevarlas a cabo adecuadamente sin que se les presente ningún inconveniente ni impedimento, así como poner en peligro su estado de bienestar.

Indagando en fuentes bibliográficas de ámbito internacional se descubrió que las tareas domésticas habían sido tratadas en esta población en concreto. Algunos hablaban sobre cómo los factores de la salud afectaban a la vida en el hogar (25); otros sobre si podían ser capaces de llevar a cabo su vida doméstica tras su periodo de rehabilitación (26) ..., que son investigaciones que, a pesar de estar relacionados con nuestro tema de investigación, no eran lo suficientemente relevante como para aportar la información necesaria. Sin embargo, en el estudio realizado por Pamela Semanik (2004), se concluyó que “Las mujeres mayores con artritis reumatoide que realizaban una gama de actividades domésticas bastante extensa del total de su actividad diaria, podrían beneficiarse de aumentar la proporción de actividad moderada o vigorosa incorporada en sus rutinas diarias.” (27). Es cierto que sólo estudia un sector (femenino) y con una enfermedad reumática en concreto, pero esto nos otorga una base científica sobre como la actividad doméstica puede incluirse en los programas de rehabilitación obteniendo resultados favorables en consecución de su autogestión y autonomía de vida.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Gobierno de España ha elaborado una guía para las personas con situación de dependencia, llamada “guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de apoyo para la Autonomía Personal” (28), la cual servirá de punto de partida para nuestra fundamentación y

sustentación en la elaboración de una guía específica para personas afectadas de patologías reumáticas (con sus categorías, ejercicios y pautas correspondientes) destinada específicamente para la población afectada por enfermedades reumáticas en su adaptación a las actividades domésticas y su entorno. En esta guía se hace referencia muy a menudo a la utilización de materiales técnicos de apoyo con la intención de cubrir la carencia en la ejecución de una tarea (algo a lo que no nos vamos a centrar en este proyecto). Además, a pesar de contar con actividades domésticas básicas, es conveniente ampliar el abanico de tal forma que se lleguen a satisfacer la mayoría de tareas del hogar, así como las acciones necesarias para llevarlas a cabo.

Nuestra guía toma información de la anterior, realizando las correcciones y modificaciones pertinentes de tal manera que sean adaptables de la mejor forma posible a una población en concreto (y no de manera general), teniendo en cuenta todas las cuestiones que pudieran resultar problemáticas a la hora de realizar tales tareas.

3. JUSTIFICACIÓN

Es necesario realizar numerosas modificaciones, acomodaciones, ajustes a cualquier aspecto de la vida que concierne a las personas con cualquier tipo de discapacidad ya sea física o mental para que lleven a cabo su vida en las mejores condiciones posibles, teniendo las mismas oportunidades que los que no padecen esos impedimentos y cumpliendo así con la equidad en la sociedad.

En concreto, para las personas afectadas con una enfermedad reumática, es cierto que se han creado adaptaciones “mecánicas” reprogramables, prótesis de sujeción y demás utensilios con el fin de poder desarrollar sus labores, favoreciendo su rehabilitación, obteniendo así una vida más llevadera y facilitadora de cara a poder realizar cualquier tarea como lo haría una persona que no estuviera afligida por estas afecciones (29). Sin embargo, no todos disponen de los recursos económicos necesarios para adquirir este tipo de artíluguos y que resulta imperioso implementar en sus vidas otro tipo de adaptaciones más asequibles y que estén a disposición de todo el mundo sin necesidad de gastar.

La vida doméstica y su contexto ha sido un tema poco explorado en lo que respecta a las adaptaciones en este grupo de población en concreto. En la página web del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, dentro del apartado de “Autonomía Personal y Dependencia”, nos encontramos con la plataforma digital denominada como “Ceapat” (30) (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas), en la cual podemos encontrar multitud de documentos, guías, proyectos y publicaciones relacionadas con las personas que se encuentran en situación de dependencia.

4. OBJETIVOS

En cuanto a los objetivos que se persiguen en el presente trabajo, se exponen a continuación:

Objetivos:

- Elaborar un conjunto de pautas dirigidas a personas afectadas de patologías reumáticas, en particular artritis reumatoide, espondiloartritis y fibromialgia, para la realización de manera adecuada de tareas domésticas y en su entorno habitual.
- Reflejar las anteriores pautas en una guía (para facilitar la comprensión y puesta en práctica) considerando la situación de dependencia con enfermos reumáticos en el entorno doméstico sobre la base ofrecida por el Gobierno de Aragón y el conjunto de pautas elaboradas (Anexo 1).
- Fomentar la autonomía en la realización de las tareas domésticas y todo lo relacionado con ellas de una manera adecuada en un grupo de personas afectadas por patologías reumáticas.
- Ofrecer el entorno doméstico como un recurso y alternativa en el programa de rehabilitación de enfermos reumáticos ARPER.

5. METODOLOGÍA

5.1. Participantes

Los participantes de este estudio fueron los pacientes que pertenecen al programa de rehabilitación de ARPER (Asociación de Rehabilitación Permanente de Enfermedades Reumáticas) de las ciudades de Huesca y Zaragoza (30 pacientes en total entre ambas ubicaciones, 6 hombres y 24 mujeres de edades diversas).

La "Asociación para la Rehabilitación Permanente de Enfermedades Reumáticas" (ARPER) es una asociación sin ánimo de lucro creada para ayudar a las personas afectadas por patologías reumáticas en su proceso de rehabilitación. Siendo un programa interdisciplinar basado fundamentalmente en un seguimiento constante y una formación permanente sobre el tratamiento de enfermedades reumáticas a personas con dichas patologías. Estructurado en diferentes áreas (Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Preparación Física y Entrenamiento Personal y Psicología) que se confinan en el beneficio de sus pacientes.

5.2. Instrumentos

Entre los instrumentos utilizados para la consecución de los objetivos del proyecto y por ende de la guía definitiva, destacan:

- “Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal” ofrecida por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales, Gobierno de España. Caracterizada por el aporte de materiales apoyo y recomendaciones para personas con algún tipo de dependencia. Utilizada como base para la elaboración de la propia guía.
- Anotaciones del feedback aportado por los sujetos, registrado en un diario de campo en formato papel de las diferentes tareas durante los talleres de exposición de la guía.
- Anotaciones registradas en cuaderno formato papel a través de la observación de los sujetos durante las sesiones de ARPER.

5.3. Procedimiento

En primer lugar, se llevó a cabo la recopilación de información anotada durante las sesiones del programa ARPER (un total de aproximadamente 40 sesiones de 2 horas cada una, divididas en un periodo total de 20 semanas de tiempo) y revisión bibliográfica tanto de carácter científico como la aportada por los tutores académicos que dirigen este proyecto (Guía del Ministerio).

Esa revisión consistió en una búsqueda exhaustiva a través de las diferentes plataformas y bibliotecas online entre ellas la que ofrecía la Universidad de Zaragoza ofrecía (Alcorze) la cual se priorizaba que tuviera relación los “programas de prevención” con las “enfermedades reumáticas” y las “tareas domésticas”, pero no se pudo rescatar nada que pudiera ser de valor. Sin embargo, la base de datos de “PubMed” fue la más contribuyente y de la que más se consiguió extraer datos, quizás debido a que la internacionalidad en el lenguaje de los artículos da pie a un acceso mayor de información. Además, dado el reconocimiento de la plataforma, si la extracción de datos se llevaba a cabo en ese lugar, daría un aumento de calidad y veracidad al presente estudio. A pesar de que la búsqueda no contara con la suficiente información se consiguieron extraer diferentes estudios (25, 26 y 27) en los que se relacionaban las “tareas domésticas” con las “enfermedades reumáticas” y constatar una base científica sobre la que apoyar nuestra investigación. En base a toda esta información (revisión bibliográfica, guía base y anotaciones del alumno) se diseñó una primera versión de la guía.

El siguiente paso fue la presentación de este manual a los pacientes de la asociación ARPER mediante talleres (6 en su totalidad) de carácter interactivo abierto

a un diálogo formal en todo momento, en los que los pacientes ponían en práctica “*in situ*” cada contenido de la guía, formulando preguntas y, de manera especial, aspectos positivos, dificultades percibidas y propuestas relacionadas con su propia experiencia.

Seguidamente se procedió a transferir toda la información de carácter cualitativo (feedback aportado) anotada del diario de campo en la primera versión de la guía, terminando por formar una guía definitiva en el que se incluían todos los aspectos anteriormente declarados por los pacientes.

De esta manera se llevó un proceso de estructuración de una primera versión de la guía para dar paso a su exposición a los sujetos seleccionados y con su feedback remodificar la guía y tener una versión con mayor validez.

6. RESULTADOS

En este capítulo se van a describir los contenidos de la guía “Guía de Orientación: Evaluación y Adaptación de las actividades domésticas y su entorno para enfermos reumáticos”, en el que se analizarán las semejanzas, diferencia y nuevos contenidos con la guía del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad del Gobierno de España “Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia” y, muy en particular el feedback aportado por el grupo de personas afectadas por patologías reumáticas del programa ARPER que han determinado el contenido definitivo de la misma.

6.1. Análisis comparativo de las guías

En este apartado se va a reflejar lo que se ha conservado, eliminado e incorporado en nuestra guía con respecto a la guía oficial, explicando brevemente las razones. La mejor manera que se ha querido transmitir esto ha sido mediante recuadros con diferentes colores de las diferentes partes en la guía definitiva (Anexo 1) con el fin de comparar la estructura de ambas guías.

Nos referiremos a la “guía A” como la ofrecida por el Ministerio (“Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia”) y la “guía B” como a la elaborada propia (“Guía de Orientación: Evaluación y Adaptación de las actividades domésticas y su entorno para enfermos reumáticos”).

El contenido de la “guía A” estará remarcado con recuadros de color “rojo”, mientras que la información añadida por los pacientes y que constituiría en su totalidad como la “guía B”, estará remarcada con recuadros de color “azul” a fin de tener una distinción clara. Además, dado que el alumno ha participado en sus prácticas, es necesario incluir los conocimientos aprendidos durante su estancia e incorporarlos a dicha guía (estas remarcadas en un color “marrón”). A excepción de los esquemas gráficos que pertenecen a la “guía A”, las fotografías e imágenes fueron tomadas por el propio alumno y fueron incluidas para formas la “guía B”. A continuación, se expondrá el ejemplo visual más claro de lo que representaría dicho contraste y que se puede encontrar a lo largo de toda la guía definitiva (Anexo 1):

ÍNDICE “GUÍA A”



ÍNDICE

Introducción

- Presentación de la Guía 6
- Productos de Apoyo 11

Productos de apoyo en relación a la tabla de aplicación de actividades y tareas 14

- ▶ 1- Comer y beber 15
 - ▶ 2- Higiene personal relacionada con la micción y defecación.... 20
 - ▶ 3- Lavarse 23
 - ▶ 4- Realizar otros cuidados corporales 31
 - ▶ 5- Vestirse 35
 - ▶ 6- Mantenimiento de la salud 42
 - ▶ 7- Cambiar y mantener la posición del cuerpo 49
 - ▶ 8- Desplazarse dentro del hogar 59
 - ▶ 9- Desplazarse fuera del hogar 66
 - ▶ 10- Realizar tareas domésticas 73
 - ▶ 11- Tomar decisiones 83
- Bibliografía 89
- Páginas de Internet 91

ÍNDICE “GUÍA B”

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 6

EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMÉSTICA Y EL ENTORNO CON ENFERMOS REUMÁTICOS 7

POSICIÓN CORPORAL 8

- 1. POSICIÓN: TUMBADO 8
 - 1.1. TRANSICIÓN TUMBADO - SENTADO 8
 - 1.2. TRANSICIÓN TUMBADO - BIPEDESTACIÓN 9
- 2. POSICIÓN: SENTADO 10
 - 2.1. TRANSICIÓN SENTADO - BIPEDESTACIÓN 11
- 3. POSICIÓN: BIPEDESTACIÓN 12

DESPLAZAMIENTO 13

- 1. DENTRO DEL HOGAR 13
- 2. FUERA DEL HOGAR 14

ACCIONES PRIMARIAS 15

- 1. COMER 15
- 2. BEBER 16

HIGIENE PERSONAL 17

- 1. MICCIÓN Y DEFECACIÓN 17
- 2. LAVARSE 18
- 3. ACCEDER A LA BAÑERA, DUCHA O SIMILAR 19
- 4. LAVARSE LA PARTE SUPERIOR E INFERIOR DEL CUERPO 19
- 5. REALIZAR OTROS CUIDADOS PERSONALES 21
 - 5.1. PEINARSE 21
 - 5.2. CORTARSE LAS UÑAS 21
 - 5.3. LAVARSE LOS DIENTES 23
 - 5.4. APLICAR DESODORANTE 24
 - 5.5. AFEITARSE 24

VESTIMENTA 26

- 1. PRENDAS DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO 27
- 2. PRENDAS DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO 28

TAREAS DOMÉSTICAS 29

- 1. PREPARAR COMIDAS 29
- 2. HACER LA COMPRA 30
- 3. LIMPIAR Y CUIDAR DE LA VIVIENDA 31
 - 3.1. FREGAR Y BARRER 31
 - 3.2. PASAR LA ASPIRADORA 32
 - 3.3. LIMPIAR CRISTALES 32
 - 3.4. LIMPIAR EL POLVO 33
 - 3.5. LIMPIAR LA BAÑERA 33
 - 3.6. LIMPIAR BAÑOS (Ducha, retrete...) 33
 - 3.7. FREGAR LOS PLATOS Y UTENSILIOS DE COCINA 34
- 4. LAVAR Y CUIDAR LA ROPA 34
 - 4.1. LAVAR LA ROPA 34
 - 4.2. TENDER LA ROPA 35
 - 4.3. PLANCHAR 35
- 5. OTRAS ACTIVIDADES 36
 - 5.1. COSER 36
 - 5.2. HACER LA CAMA 36
 - 5.3. AGACHARSE A RECOGER OBJETOS 37
 - 5.4. COGER PESOS 38

TAREAS DE COORDINACIÓN 39

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS DE INTERNET 41

Como se puede apreciar el índice es totalmente distinto entre ambas guías debido a que fue necesaria una reestructuración del mismo para que tenga cierta lógica de aplicación, así como una inclusión de “Tareas domésticas” y “Tareas de coordinación” que no venían integradas en la guía base (A).

La guía se estructuró en base a unas razones evidentes de orden. Es decir, la razón por la que se puso el apartado de “Posición Corporal” por delante del de “Desplazamiento” fue porque necesariamente es necesario saber cómo colocarnos en una determinada postura (en este caso bipedestación), para poder realizar la acción de desplazamiento. Lo mismo ocurre con las “Acciones Primarias” en las que es necesario saber sentarse (sedestación) y con “Higiene Personal” y “Vestimenta”, en el que se implica una combinación de ambas (bipedestación y sedestación), en función de la tarea.

En concreto, los subapartados de cada apartado también siguen cierto orden. En el “Desplazamiento” primero es necesario saber desplazarnos dentro del hogar, para más adelante llevarlo a cabo en el exterior. Por el contrario, las “Acciones Primarias” (comer y beber) no cumple con este requisito pues es indiferente. Respecto a la “Higiene Personal” su orden viene determinado desde lo más básico y general como es la micción y la defecación hasta lo más particular y específico como lo es el afeitarse. Finalmente, la “Vestimenta” sigue el orden que se pactó con los pacientes pues ellos consideraban más imprescindible colocarse antes las prendas del tren inferior que las del superior.

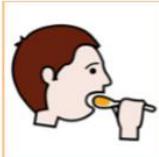
Las “Tareas domésticas” consisten en la gestión de las tareas involucradas en el funcionamiento de un hogar, tales como cocinar, poner y servir la mesa, limpiar, ordenar, realizar la compra, realizar el mantenimiento del equipamiento doméstico... La inclusión de “Tareas domésticas” tan tardía viene en consecuencia de que primero es necesario satisfacer unas necesidades básicas que se hallan en el entorno doméstico (“Posición Corporal”, “Higiene Personal” ...), antes de hablar propiamente de las tareas implicadas en el mismo.

Las “Tareas de coordinación” consisten en el acto de gestionar las interdependencias entre las actividades. La razón de su inclusión en el último punto fue porque dependiendo la severidad del paciente, estos pasos se colocaron posteriormente ya que la prioridad son las tareas domésticas y estas tareas son acciones de la vida cotidiana.

Exceptuando esta singularidad, la “guía B” (guía definitiva, Anexo 1) está formada por una amalgama de información proveniente de su anterior guía (recuadros rojos) y la información aportada por los pacientes durante las exposiciones (recuadros azules). De esta forma podemos distinguir claramente cuáles han sido las aportaciones de cada fuente.

- En los recuadros rojos, se incluyen sobre todo información proveniente de “Recomendaciones previas” y “Explicaciones y preindicaciones” de lo que se requiere a nivel corporal para realizar cierta acción o tarea. Dado que es información íntegramente teórica, no es posible su interpretación y aportación de nueva información relevante, es por eso que se mantuvo en la guía definitiva, considerándose como aspectos explicativos y de advertencia. Por ejemplo:

1. COMER



Comer, consiste en llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, etc.

Para realizar esta actividad, es preciso tener buen control cefálico y de tronco, amplitud articular y fuerza suficiente en los miembros superiores, capacidad de hacer presión con los dedos para coger los cubiertos, alimentos, además de control de la deglución.

Recomendaciones

- Postura correcta en sedestación para facilitar la deglución y el tránsito del alimento.
- Apoyar los codos en la mesa para mejorar la coordinación y reducir el peso del brazo.
- Poner la comida dentro del campo visual y al alcance del usuario.

En el caso especial de las acciones “Desplazamiento” (dentro y fuera del hogar) e “Higiene corporal” (Micción y Defecación; Lavarse; Acceder a la bañera/ducha y Peinarse), fue integrada completamente desde la guía base a la definitiva por varias razones. Bien porque no se había hablado sobre ese tema debido a una falta de tiempo durante las sesiones o porque no había ninguna información relevante que se pudiera aportar por parte de los sujetos.

- En los recuadros azules, podemos distinguir las “especificaciones informacionales” para realizar una determinada tarea por parte de los afectados, pero sobre todo una gran cantidad de “Tareas domésticas” que no vienen incluidas en la guía base. Estos son los casos de: Hacer la compra; Fregar; Barrer; Pasar la aspiradora; Limpiar cristales, polvo, baños; Fregar platos y utensilios de cocina; Tender; Planchar; Hacer la cama; Agacharte y Coger pesos, que, a pesar de incluirse en la guía base no fue posible rescatar nada de esta e incluirla en la definitiva dada su mala adaptación a este grupo específico.

3.1. FREGAR Y BARRER

CONSEJOS

- Agarraremos el instrumento de modo que estemos lo más vertical posible sin llegar a doblar la espalda en ningún momento. Un palo más largo para el cepillo hace que la espalda esté en una postura más erguida.
- El agarre de manos en el caso de la fregona y la escoba se realizará entre los hombros y el ombligo, de tal modo que estos agarres sean completos (apoyamos todos los dedos).
- Colocación de los pies paralelos (uno adelante y otro atrás) y el ombligo adentro.
- Estas acciones serán realizadas lo más cercano a los pies como sea posible de forma que no se arquee la espalda en ningún momento. Hacerlo con tan solo por el movimiento de los brazos, sin seguirlos con la cintura, asegurándose de que su columna vertebral se mantiene constantemente vertical y no inclinada.
- No volcar el peso sobre la fregona sino apretarla en dirección vertical.
- En la acción específica de escurrir la fregona, la colocación del palo será vertical y la colocación de los hombros será retrasada. Se realizará con la ayuda del cuerpo hacia un lado (ejercitando así la musculatura abdominal) sin llegar a doblar las muñecas (gira la cadera, no las muñecas).
- Para barrer o fregar debajo de las mesas o bien sentarse en una silla o bien colocarse en la posición de "**Lunge**". En el momento de no llegar a un determinado lugar, ir cambiando de posición (levantarse), pero siempre manteniendo la posición de arrodillarse cuando se vaya a hacer la acción de fregar o barrer.



A pesar de ello, algunas “Tareas domésticas” comparten información tanto de la guía base como de la aportada por los pacientes, dado que había algunas pequeñas excepciones personal en las que se podían realizar de la manera en la que la guía base decía. Es por eso que en estas tareas (“Lavado de dientes” y “Cortado de uñas”) hay colaboración de información entre ambas fuentes y que ayudan a enriquecer la guía definitiva sin discernir ningún tipo de aporte.

5.3. LAVARSE LOS DIENTES

Esta actividad requiere destreza en las manos y ligera movilidad de hombro, codo y cuello. Hay que tener en cuenta la aplicación de la pasta de dientes y el grosor y longitud del mango del cepillo. Puede que exista alguna dificultad para la aplicación de la pasta o agarre del cepillo, para ello consultar el apartado de “Tareas de coordinación”. Es recomendable utilizar tubos de pasta de dientes con tapa en lugar de con rosca.

Existen diferentes formas y posturas para realizar esta tarea:

1. La propuesta por la guía de referencia es la siguiente: En bipedestación y elevando el codo hasta la línea del hombro, proceder al cepillado. Como propuesta para movilizar el cuello, en lugar de ser la mano y muñeca la que trabaja moviendo el cepillo por la boca, girar la cabeza de uno a otro sentido manteniendo el cepillo en la misma posición. Así estiraremos el cuello al mismo tiempo que nos cepillamos.



No es necesario mantener el codo en esa posición, pues se puede llegar a provocar una lesión por permanecer así durante largo tiempo. En esta posición, en bipedestación, colocar un taburete delante del lavabo y subir una pierna e ir cambiando de pie cada cierto tiempo (con esto evitaremos la posición del “síndrome de escaparate”), será explicada en el apartado de “Tareas domésticas”.

2. La propuesta de una de las pacientes consiste en lo siguiente: Apoyar ambos miembros superiores sobre el lavabo, agarrar el cepillo en disposición para la limpieza, el tren inferior colocarlo en posición de “estiramiento del puas” con una pierna arrodillada y la otra adelantada y en flexión, inclinar el tronco y mantenerlo en consecución con la cabeza.

Independientemente de la forma, se cepillará el lado contrario utilizando la mano contraria (es decir, lado izquierdo con mano derecha y viceversa).



- En los recuadros de color “marrón” viene implícita la información que el alumno ha aprendido durante su estancia en ARPER y se cree necesario extrapolarla a tal guía para dar constancia de su aprendizaje y manera a aplicarlo. La mayoría de esta información corresponde a aspectos posturales pues es el elemento esencial y en el que se ha hecho hincapié en la mayoría de las sesiones prácticas. Por ejemplo:

5.3. AGACHARSE A RECOGER OBJETOS

CONSEJOS

- Primero de todo, adelantaremos una pierna (con la cual realizaremos la mayor parte de la fuerza), y atrasaremos la otra de forma similar a la imagen que aparece la mujer fregando.
- La espalda lo mantendremos lo más vertical posible.
- Si tenemos dificultades para equilibrarnos, nos apoyaremos en la pared o en el mocho en el caso de estar fregando o pasar la escoba.
- Sin darse cuenta estará realizando un “Lunge”.

6.2. Feedback aportado por los enfermos reumáticos sobre los contenidos de la guía B

En este apartado se refleja los contenidos fundamentales concretos que han completado y mejorado la guía.

Como ya se ha comentado en el anterior apartado (6.1), toda la información aportada por los pacientes en la guía se ve reflejada en los recuadros de color azul (Anexo 1). Se puede apreciar la inclusión de la mayoría de ellas con el sobrenombre de “Consejos o “Problemas/Soluciones aportadas por los pacientes”. A pesar de que hay mucha cantidad de información “en recuadro azul”, alguna de ella era simplemente para encuadrarla dentro del contexto de la guía (Nuevo índice e introducción) y hay otra cantidad que se corresponde con esos “Consejos y Soluciones” que vienen incluidos en ciertas acciones ajenas a las “Tareas domésticas”, tales como los siguientes apartados: Posición Corporal (Tumbado, Sentado y Bipedestación); Acciones Primarias (Comer y Beber); Cuidado Personal (Afeitarse, Cortar Uñas y Lavar los dientes) y Vestimenta de la parte superior corporal. Por ejemplo:

5.5. AFEITARSE

Esta actividad, complicada por el riesgo que entraña, requiere alcance, buena visión, tacto, coordinación, también buena capacidad de agarre, así como ligera movilidad de hombro y codo y destreza con ambas manos. Existen dos tareas: la aplicación de la crema de afeitar y el rasurado.

CONSEJOS

- Si el alcance está limitado, se puede alargar el mango de la maquinilla de afeitar manual. Si engrosamos el mango será más fácil sujetarlo.
- La aplicación de espuma de afeitar o gel en spray, requiere el uso de las dos manos y mayor destreza para sacar la espuma y extenderla por la cara.
- Las maquinillas de afeitar eléctricas eliminan el riesgo de corte de la piel y la necesidad de aplicar crema de afeitar.
- Si existe dificultad en el agarre y en la coordinación consultar el apartado de “Tareas de coordinación”.



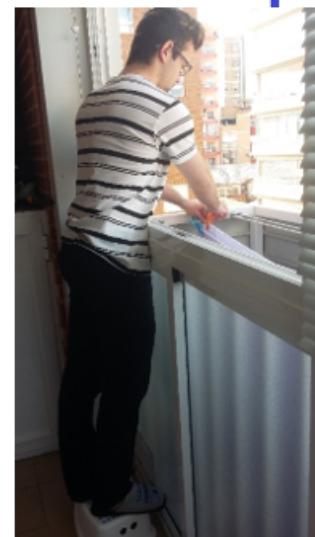
Sin embargo, como nuestra misión era sobre todo concienciar sobre las adaptaciones adecuadas que debían de realizar cuando ejercían alguna “Tarea doméstica”, nos centramos una gran parte de los talleres en las mismas, de tal forma que recibimos gran parte del feedback y por lo tanto nueva información que gracias a ello enriqueció la guía específicamente en las siguientes tareas: Hacer la compra; Fregar; Barrer; Pasar la aspiradora; Limpiar cristales, polvo, baños; Fregar platos y utensilios de cocina; Tender; Planchar; Hacer la cama; y Agacharse para realizar cualquier tarea a nivel del suelo y Coger pesos. Estas tareas, a pesar de ser nombradas en la guía base, la información que

se ofrecía no era relevante de cara a transmitir cómo debían de adaptar el cuerpo para su realización, por lo que cualquier tipo de feedback que se recibiera era de suma importancia de cara a complementar la guía. Ejemplo:

4.2. TENDER LA ROPA

CONSEJOS

- Para evitar la caída y pérdida de las pinzas, estas deben de ser lo más anchas posibles a fin de garantizar su agarre. El agarre de las mismas ha de ser con 3 dedos mejor que con 2. En el mercado existen pinzas que necesitan menos fuerza y destreza que las tradicionales.
- A la hora de tender, realizarlo en la cuerda más cercana.
- El ombligo se apoyará en la ventana y la cadera en el alfeizar.
- Colocaremos un pie adelantado y el otro retrasado (no mucho), con ello se relajará la zona lumbar.
- Nunca se tenderá toda la ropa de golpe. Realizar pequeños descansos (sentarse) y estiramientos cada cierto periodo de tiempo. Con ello evitaremos problemas de cervicalgias.
- La ropa de mayor tamaño (sábanas, manteles...) deberá ser tendida al final, en las últimas cuerdas; mientras que las de menor tamaño (calzoncillos, calcetines...) al principio, en las primeras cuerdas.
- Tender las prendas lo más estiradas posible.
- Tender siempre hacia abajo y nunca en tendedores en los que haya que levantar los brazos más de lo debido o mantener esa posición durante mucho tiempo forzando el hombro.
- Para tender pueden encontrarse en el mercado diferentes tendederos: extensibles, giratorios, que disponen de un mecanismo que puede bajar cada una de las cuerdas a la altura necesaria y luego volver a subirlas, normalmente junto al techo, para dejar espacio libre, etc.



De esta forma, conforme se iban dando los talleres, la ampliación de la información de las tareas era evidente. Se pueden encontrar numerosos ejemplos a lo largo de la guía y es por ello por lo que resulta reiterativo volverlos a redactar en este punto para evitar la repetición de contenido. No obstante, sí que es indispensable remarcar algunas observaciones y aspectos que se han realizado tras la redacción de las anotaciones y que es preciso tener en cuenta.

El primer aspecto es la aportación de información en algunas tareas específicas y de interés. Mientras que algunas de las tareas eran aceptadas tal como la guía base decía sin mostrar ningún signo de objeción, en otras la información que esta relataba era a veces incongruente de cara a la población a la que estaba dirigida a pesar de haber sido redactada con ese propósito. Es por ello por lo que se puede decir que la información dada en la guía A, era flexible aludiendo al hecho de que un ejercicio o tarea concreta se adapte a las necesidades de los pacientes. Los Esto se ve reflejado en lo anteriormente dicho de

incluir en la guía un apartado específico (“Consejos” o “Problemas / Soluciones aportadas por los pacientes”) para cada tarea en la que se exponían las opiniones.

Al hilo con la anterior, había tareas en las que se presentaba algún problema de cara a la posición y no tanto a la ejecución. Un ejemplo de ello es la tarea de “Cortar las uñas”, todo el aforo conocía la manera de cómo se debían de cortarse, sin embargo, había discrepancia entre la forma de colocarse o posicionarse. De esta forma tras contrastar el número de posibilidades y opciones que aportaba cada uno se llegó a la conclusión de incorporar a la guía B de esas posibilidades además de la aportada por la guía de referencia en el caso de aquellos que sí podían llegar a lograrlo (Anexo 1).

Otro aspecto importante que analizar es la aportación mutua entre los asistentes de los talleres. Es decir, aun cuando a un individuo no le supone ningún esfuerzo, impedimento, dificultad aporta soluciones a los que, si le repercuten o interesan a pesar de no obtener un beneficio propio, por lo que se busca siempre un provecho mutuo. El problema de uno es el problema de todos. La diversidad de opiniones enriquecía mucho la vivencia durante los talleres y eso repercutía directamente en una mejora de la guía. Como ejemplo cuando se mencionó la acción primaria “Micción y defecación”. La cual a pesar de utilizar posturas distintas en su ejecución el interés por parte del género contrario cuando se habla de uno no disminuía, e incluso se aportaban puntos de vista cautivadores.

Centrándonos en el grupo de pacientes, la diferencia de género no representa un problema a la hora de realizar las tareas domésticas. A pesar de que las tareas domésticas ha sido un tema de controversia, no había rechazo por parte del género masculino (a pesar de ser minoritario durante los talleres) a aportar información o su punto de vista a cerca de ciertas tareas tales como “Fregar el suelo”, “Tender la ropa” ..., viendo, así como los problemas y soluciones que se plantean son uniformes sin distinción de su aplicación en cuanto al género. Esto se ve representado en la tarea de “Planchar” pues se pudo apreciar en el género masculino una implicación mayor tanto de interés para ser capaces de llevar a cabo esta tarea satisfactoriamente (quizá porque lo hacían mal en un principio o querían aprender una nueva habilidad) como de su aportación de información y punto de vista.

Para finalizar, mencionar la evolución conductual percibida en lo que respecta a la motivación e implicación del grupo con forme se avanzaba en las sesiones. En una primera impresión se observaba cierto retraimiento a la hora de dar su punto de vista acerca de lo que se estaba hablando (quizá fuese porque las pautas del principio no suponían gran problema) a pesar de la voluntad del alumno a que aportaran. Sin embargo, conforme se iba ahondando en tareas de mayor complejidad como “Vestirse” o “Cepillarse los dientes”, la participación iba en aumento aportando conceptos interesantes y útiles de cara a ampliar la guía. El punto álgido se alcanzó cuando se llegó a las tareas domésticas de “Fregar y Barrer el suelo” y “Tender la ropa” en las que se dedicó una sesión entera para tan solo esas dos acciones.

7. DISCUSIÓN Y VALORACIÓN FINAL

DISCUSIÓN

Para la elaboración de una guía de carácter didáctico no sirve solamente con la observación de los sujetos a la que va a ser destinada, sus comportamientos, límites en su rango de movilidad y fuerza..., sino que hace falta el contraste y opinión de los que verdaderamente lo padecen para determinar si el conjunto de pautas elaboradas es la adecuada.

El feedback aportado por el grupo de participantes afectados de patologías reumáticas durante las sesiones ha sido determinante de cara a la elaboración de la guía definitiva (objetivo del proyecto). Sin el feedback aportado por personas que padecen realmente una enfermedad crónica reumática, no se sabría a ciencia cierta si las pautas y consejos que se dan en la guía son realmente apropiadas.

Los objetivos planteados consideramos que se ven conseguidos.

- El primer objetivo general que consistía en la elaboración de unas pautas.
- El segundo objetivo general planteado consistía en la elaboración de una guía gracias al precedente de la “Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de apoyo para la Autonomía Personal” y la aportación de información relevante por parte de los sujetos, teniendo así una implicación más notoria para el estudio.
- Ofrecer el entorno doméstico como un recurso y alternativa en el programa de rehabilitación de los enfermos reumáticos. Gracias a la elaboración de la guía, se abre una puerta más del universo de la rehabilitación de personas con enfermedades reumáticas. El periodo de observación y estancia durante las prácticas fue el suficiente como para comprender las características de las enfermedades reumáticas y el método para ayudarles como para tener el criterio conveniente y pensar en una opción viable, como es el entorno doméstico, como sector para tener en cuenta en la rehabilitación de este grupo de personas. El feedback recibido por el grupo de personas con patologías reumáticas (materializado en el punto 6.2) que han colaborado en este trabajo refleja que los ejercicios y tareas planteadas en la guía son asequibles, pudiendo practicarlas sin ningún riesgo de lesión, sin embargo, todavía no se ha puesto en marcha una programación específica de tareas e integrarlas en su entrenamiento personalizado.
- El fomento de la autonomía en este grupo de personas es algo que siempre se ha perseguido, debido a las dificultades que representan en la realización de determinadas tareas. La elaboración de una guía directamente no implica una consecución de este objetivo, no obstante, si es una herramienta muy útil.

Este trabajo representa una aportación en el ámbito de la rehabilitación. Pues si que es cierto que, aunque ha habido programas de entrenamiento para la rehabilitación de distintas enfermedades reumáticas en el que se incluían esquemas sobre la manera de realizar ciertos ejercicios, ninguno se ha parado a plantearse el ámbito doméstico como una herramienta más de trabajo (31). Algunos de estos planes son específicos para el tratamiento una determinada enfermedad, sin embargo, a pesar de que nuestra guía no viene incluida un programa de entrenamiento, es la única hasta el momento en la que se han tenido en cuenta las adaptaciones de 3 enfermedades distintas pero pertenecientes a la misma rama. Además, se puede decir que nuestro trabajo es el único hasta la fecha en el que se habla más sobre las adaptaciones y el control postural para la ejecución de tareas, que la propia práctica en sí. Y eso es algo que la inmensa mayoría de investigaciones no tiene en cuenta en sus proyectos pues, aunque se expongan los programas de intervención y los ejercicios que se realizan, no se habla en ningún momento de si la manera en que lo realizan es la correcta o no (independientemente de ser tareas ajena al mundo doméstico) (32 y 33).

Dicho de otro modo, hasta la fecha ningún programa de los que aparecen en la bibliografía científica médica incluye la participación de las tareas domésticas como una variable más de entrenamiento, siendo nuestro proyecto uno de los primeros (además del estudio realizado por Pamela (27)) en estar a favor de la inclusión de las mismas por sus múltiples beneficios, dando un primer paso con las adaptaciones que este tipo de sector de personas debe realizar para llevarlas a cabo.

Limitaciones y Perspectivas de futuro

Como en cualquier proyecto, suelen surgir una serie de limitaciones o dificultades durante su planteamiento y desarrollo, lo cual se remite para tener en cuenta para futuros estudios.

Sobre las limitaciones, para un estudio preliminar de estas características se contó con la participación de 30 pacientes (6 hombres y 24 mujeres) de edades fluctuantes, afectados por alguna de las tres enfermedades reumáticas ya comentadas anteriormente en el apartado de la introducción (artritis reumatoide, fibromialgia y espondilitis anquilosante). Por ello, se evidencia un número reducido de participantes para declarar un documento oficial.

Sin embargo, la principal limitación en este estudio haya sido la codicia y ambición de intentar crear un programa de entrenamiento completo utilizando únicamente las tareas domésticas como herramienta para tal fin. Pues este trabajo únicamente se considera valioso y eficaz por su manera adecuada de ejecución de las tareas que se incluyen en la guía y no en la secuenciación de tales para encuadrarlas dentro de un programa completo de ejercicios domésticos. Es por eso por lo que podría ser un sesgo por el que continuar esta investigación, elaborar un plan de entrenamiento coherente (siguiendo las mismas líneas teóricas que sigue cualquier programa de entrenamiento) comprendido por tareas domésticas en los períodos que el afectado no pueda salir de su hogar por las diferentes razones (meteorológicas, compromisos personales...).

Otra limitación que se ha de destacar fue la dificultad de dar continuidad al estudio tras finalizar mi intervención durante el periodo de prácticas en la Asociación de Rehabilitación Permanente de Enfermedades Reumáticas (ARPER). Dada esa falta de tiempo, sería interesante elaborar un tipo de encuesta respecto a la utilidad a posteriori de la guía en el que se incluyeran aspectos como las recomendaciones recordadas, dificultades a la hora de llevar a cabo las distintas acciones... y al abanico de tareas que se ofrece, dando así una visión de ampliación de la misma. En la guía elaborada en este proyecto no se contemplan todas las tareas domésticas completamente detalladas, algunas simplemente son nombradas por su semejanza y otras porque no se han tenido muy en cuenta y no se han considerado como básicas o esenciales para el buen funcionamiento del hogar. Por esa razón, se alienta a seguir desarrollando y ampliando la guía aportando sugerencias y tareas teniendo siempre en cuenta la población hacia quien va dirigida.

Algo que se podría tener en cuenta para futuras investigaciones y proyectos es la medición de la tasa cardíaca durante la ejecución de los ejercicios y tareas domésticas para tener un mayor control de la actividad que se realiza y tener así un registro más exacto del trabajo que se efectúa en el día.

Como propuesta final, sería interesante que se realizaran varios estudios con el mismo objetivo (beneficios de incluir tareas domésticas dentro del plan de entrenamiento de rehabilitación) en distintos lugares y que se coordinasen para obtener conclusiones más fiables y validadas.

VALORACIÓN FINAL

Con la redacción de este trabajo, he intentado aportar mi granito de arena en el ámbito de la salud, contribuyendo en lo que es el inicio de la elaboración de una guía especializada en el medio doméstico y su entorno para un grupo de población en concreto (enfermos reumáticos), en el intento de solucionar uno de muchos de los problemas que les atañen, favoreciendo así en su propia autonomía, autogestión e independencia.

Tengo que decir que, el hecho de preparar algo tan importante y relevante como son unas pautas guía sobre cómo realizar determinadas tareas me supuso todo un reto en una primera impresión. Pero gracias a que se me encomendó tal tarea, pude mejorar mi sentido y habilidad de empatía, lo cual supone una destreza significativa en este mundo ya que en la mayoría de casos los profesionales no padecen las enfermedades de los pacientes que tratan (aunque si deben conocerlas y saber tratarlas) y deben ponerse en su lugar para identificar ciertos rasgos y comportamientos que pueden llegar a aparecer.

En concreto a la hora de pensar en cómo realizar determinadas tareas, me supuso todo un desafío. No sólo debía ponerme en la situación de los sujetos, sino que además debía adaptarlas de tal manera que fueran realizadas teniendo en cuenta el punto de vista de los mismos. Igualmente, esta experiencia tuvo su utilidad en mi persona por tener que aprender a realizar tareas concretas que me eran desconocidas. Cuando fueron expuestas a los sujetos se plantearon muchas cuestiones sobre algunas de ellas, las cuales me sirvieron de feedback para replantearlas y acondicionarlas adecuadamente a las exigencias que verdaderamente se me sugerían de la mano de los enfermos. Sin embargo,

esto me hizo reconfortarme, superar el obstáculo que se me había planteado y mejorar mi habilidad de comprensión y autodeterminación.

A pesar de todos estos hándicaps, la realización de este proyecto me ha supuesto una gran satisfacción personal y profesional al ver como mi esfuerzo e implicación iban dirigidos a la asistencia y apoyo hacia un colectivo con el cual he estado realizando mis prácticas y trabajando con ellos en su rehabilitación. Siempre me ha enorgullecido y complacido el hecho de que cualquier cosa que hiciera pudiera ser beneficioso para los demás, pues me cautiva el ayudar a los demás, darles apoyo y asistir en lo que se necesite, y es algo que he puesto en práctica en este trabajo.

Esta experiencia también me ha permitido vivenciar de primera mano el trabajo dentro un equipo multidisciplinar (fisioterapeutas, psicólogo, preparador físico, nutricionistas), algo siempre me ha llamado la atención. Cuando se toma una decisión es importante conocer todos los puntos de vista del grupo con el que se trabaja pues ninguno tiene la total veracidad sobre algo. Es muy peliagudo llevar a cabo una acción o algo parecido si no se tiene en cuenta la opinión de los demás y sobre todo en este campo en concreto en el que todos tienen el objetivo común de ayudar a las personas desde sus respectivas áreas. Es algo que he valorado mucho pues siempre me ha interesado trabajar en un futuro dentro de un grupo de personas trabajando en equipo con el objetivo de diseñar y planificar un plan de entrenamiento en el que se abordan todas las áreas de la salud.

Asimismo, gracias al trabajo multidisciplinar vivenciado, no sólo me ha permitido desarrollar el mejor uso de mi experiencia en el ámbito, sino que también ha permitido florecer en mí la capacidad de usar cualquier experiencia con los que me he relacionado en beneficio propio y crecimiento profesional.

Además, con la reflexión de la experiencia adquirida durante este trabajo de fin de grado he desarrollado un razonamiento crítico, analizando y valorando la acción de las tareas descritas en la guía, intentando ponerme en la piel de un “enfermo” y adaptarlas a sus necesidades, teniendo así una actitud positiva y un espíritu emprendedor.

Finalmente, decir que me gustaría tener la oportunidad de darle una continuidad a este proyecto en un futuro trabajo fin de master, perfeccionando la intervención y pudiendo redactar un programa de entrenamiento completo doméstico ya que lo considero de gran trascendencia en la vida diaria de cualquier persona y más en esta población en concreto por los impedimentos que pueden llegar a presentar.

8. CONCLUSIONES

8.1. Conclusiones Generales

- La primera conclusión, y sin embargo la más relevante o significativa, de este trabajo es que no se puede elaborar cualquier documento y especialmente una guía destinada a un sector poblacional en concreto simplemente mediante la observación de sus patrones, sino que es necesaria su comprobación mediante la interacción con ellos para sacar una conclusión acertada.

Llegamos a esta conclusión en base a las exposiciones que se realizaron en los talleres. A pesar de que se estuvo observando, analizando y tomando notas a cerca de las especificaciones de los enfermos reumáticos durante la estancia en la asociación ARPER mientras se estaba realizando el “Prácticum” por parte del alumno, no fue suficiente para recopilar todo ello y elaborar una “guía” lo suficientemente consistente y válida para ser aceptada en su primera versión. Es por ello por lo que se realizaron esos talleres, para validar de fuentes de mayor “calidad” (puesto que son los mismos los que padecen la enfermedad y no los que los estudian) y aun así pueden presentarse ciertas dudas, no siendo completamente fiable el método por diferentes razones: falta de muestra, opiniones, gama de tareas...

- La segunda conclusión de este estudio consiste en que gracias a la consecución de una guía se ha dado el primer paso y se ha hecho consciente de que las tareas domésticas y su entorno pueden ser muy beneficiosas tanto para los afectados como para los profesionales encargados de los mismos.

Se llegó a esta conclusión porque gracias a la actuación de un equipo multidisciplinar en el que se tenga en cuenta todos los puntos posibles (psicológicos, físicos, nutricionales...), es posible la consecución de tal guía para el beneficio común.

- Como tercera conclusión, decir que el nivel de implicación fue tal que no dio tiempo a explicar más tareas, pero el grado de información que se obtuvo de esa sesión se ve reflejada al detalle en la guía. Lo cual quiere decir que, aunque algunas tareas que a simple vista parecen sencillas para cualquier persona “normal”, puede suponer toda una odisea para gente con enfermedades y en especial las que les impiden llevar a cabo ciertas tareas.

8.2. General Conclusions

- *The first conclusion, however most of the importance of this work is that it isn't possible to elaborate any document and especially a guide for a specific population sector simply by observing their patterns, but also it's necessary, to test by interacting with them to draw a successful conclusion.*

We came to this conclusion based on the exposures that were made in the workshops. Although it was observing, analyzing and taking notes of the specifications of the rheumatic patients during the stay in the association ARPER while the "Practicum" was performed by the student, there was not enough to compile everything and to elaborate a "guide" sufficiently consistent and valid to be accepted in its first version. This is why the workshops were held to validate "quality" sources of mayor (since they are the same ones that suffer from the disease and not those who study). and even so may have certain doubts, not being completely reliable method for different reasons: lack of sample, opinions, range of tasks ...

- *The second conclusion of this study is that, thanks to the achievement of a guide, the first step has been taken and it has become aware that domestic tasks and their environment can be very beneficial for both the affected and the professionals in charge of the same.*

This conclusion has been reached because thanks to the performance of a multidisciplinary team in which all possible points (psychological, physical, nutritional ...) are taken into account, it's possible to achieve such a guide for the common benefit.

- *As a third conclusion, it was such a level of involvement that there wasn't time to explain more tasks, but the degree of information that was obtained from that session was reflected in the detail in the guide. Although some tasks that at a simple sight seem simple for any "normal" person, can be quite an odyssey for people with diseases and especially those who carry out certain tasks.*

9. AGRADECIMIENTOS

Al tratarse de un trabajo de final de un grado, antes de nada, me gustaría dar las gracias a todas aquellas personas que me han apoyado y dado ánimo a seguir adelante durante este largo proceso de aprendizaje en estos 4 años de formación.

Me gustaría agradecer la colaboración y el apoyo para la elaboración de este trabajo a todos los profesionales de la asociación ARPER (fisioterapeutas, preparadores físicos, nutricionistas...) que se han implicado en este estudio, así como en el seguimiento, en la aportación de ideas y comentarios al respecto.

Por otra parte, también quiero agradecer a todos los pacientes implicados en esta asociación (tanto los pertenecientes a la ciudad de Zaragoza como de Huesca), que durante las sesiones y voluntariamente han hecho posible la realización de este estudio preliminar y su gran implicación y participación.

Por su puesto, agradecer a mi tutor académico, D. Fernando Gimeno Marco, por su gran profesionalidad, ayuda en la dirección e implicación en este trabajo, tanto en la corrección, como en la aportación de información e ideas.

No olvidar la gran implicación en este trabajo de mi tutor, D. Héctor Gutiérrez Pablo, de la entidad dentro del área de la preparación física por su paciencia y confianza que ha mostrado en cada momento, y por su profesionalidad, siendo una figura y referente importante en el área de la rehabilitación dentro de la entidad.

También quiero dar las gracias a mis amigos, familia y compañeros de la facultad por su apoyo incondicional y su confianza ciega, transmitiéndome siempre un mensaje de ánimo.

Y, por último, agradecer a la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte por haberme aportado la base necesaria para llevar a cabo este proyecto y lo más importante, haberme transmitido el verdadero espíritu del deporte y su aplicación a una sociedad actual, que ve como necesita de la innovación deportiva para su pleno desarrollo.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ballina FJ, Tornero J, Rosas J, Alonso A, Urruticoechea A, Álvarez C, et al. Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes. 2011; Pfizer (ISBN 97884-694-1919-9).
2. Cardiel MH. Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? *Reumatol Clin* 2011; 07: 279-80.
3. CONFEPAR (2006). Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos. Enfermedades Reumáticas. Extraído de:
<http://confepar.org/enf.htm>
4. Citera G, Martínez-Ozuna P, Cuellar ML, Espinosa LR. Clasificación y epidemiología de las enfermedades reumáticas. Bases y Principios en Reumatología. 1993; 23-33.
5. Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompart A, Brugulat P, et al. Importance of chronic musculoskeletal problems in the population of Catalonia (Spain): prevalence and effect on self-perceived health, activity restriction and use of health services. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(1): 30-36.
6. Sociedad Española de Reumatología. Campaña Informativa sobre enfermedades reumáticas promovida por la Sociedad Española de Reumatología bajo el lema “Párate ahora y podrás disfrutar siempre”. *Rev Elec de portales med* (24 de marzo de 2007, En prensa).
7. Carmona L. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Rev Esp Reumatol*. 2001; 28(1): 18-25.
8. Neogi T. *Joint Pain Epidemiology*. 2016.
9. ser.es [Portal de Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de Reumatología [citado el 1 ago. de 2017]. Disponible en: <http://www.ser.es/>
10. Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes. YOU & US, S.A. 201. ISBN: 978-84-694-1919-9. DL:M-41152-2011.
11. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ y Andrés JD. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004; 11(7): 50-63.
12. Casas, N. Espondiloartropatías. Utilidad de los criterios de clasificación. *Rev cubana med* v.46 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2007.

13. Arthritis and Rheumatic Diseases. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and skin diseases (Oct 2014). Disponible en: www.niams.nih.gov
14. Arvidsson S., Arvidsson B., Fridlund B. & Bergman, S. Factors promoting health-related quality of life in people with rheumatic diseases: a 12 month longitudinal study. BMC Muculokeletal Disorders. 20 may 2011.
15. Herrero V., Teófila M., Terradillos-García MJ., Capdevilla-García LM., Ramírez-Iñiguez de la Torre MV. y López-González AA. Fibromialgia y trabajo. Valoración en la legislación española. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 49, núm. 5, 2011, pp. 511-516.
16. Vinaccia S., Tobón S., Moreno Sanpedro E., Cadena J. & Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, vol. 5, núm. 1, april, 2005, pp. 45-59.
17. Vinaccia S., Conteras F., Restrepo LM., Cadena J. y Anaya JM. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 5, núm. 1, enero, 2005, pp. 129-142.
18. González E., Elorza J. y Failde I. Comorbilidad psiquiátrica y fibromialgia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. Actas Esp Psiquiatr 2010;38(5):295-300.
19. Pelaez-Ballestas I., Granados Y., Silvestre A., Nemegyei JA., Valls E., Quintana R et al. Culture-sensitive adaptation and validation of the Community-Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases methodology for rheumatic disease in Latin American indigenous populations. *Rheumatol Int* (2014) 34:1299–1309.
20. Sánchez AL., Richardson J., Pelaez-Ballestas I., Lavis JN., Wilkins S., Wilson MG. et al. Developing Community-Based Rehabilitation Programs for Musculoskeletal Diseases in Low-Income Areas of Mexico: The Community-Based Rehabilitation for Low-Income Communities Living With Rheumatic Diseases (CONCORD) Protocol. *Journal of Medical Internet Research* (Nov 2014) Vol. 16 (11).
21. Reyes A, Penedo A, Guibert M, López G, Puerto I, Stevens A, et al. Conducta de enfrentamiento y demanda de ayuda ante las enfermedades reumáticas en la comunidad. Evidencias de los estudios preliminares COPCORD. *Rev Cub Reumatol*. 2003; V: 3-4.
22. Musimeli Giuseppe. Effects of exercise on physical limitations and fatigue in rheumatic diseases. *World J Orthop* 2015 November 18; 6(10): 762-769.

23. Abraido-Lanza AF., White K., Armbrister AN. & Link BG. Health Status, Activity Limitations, and Disability in Work and Housework Among Latinos and Non-Latinos With Arthritis: An Analysis of National Data. *Arthritis Rheum.* 2006 June 15; 55(3): 442–450.
24. Reisine, ST. *Arthritis and the family Arthritis Care and Research Dic* 1995, Vol. 8 (4), p265-p271.
25. Allaire SH, Meenan RF & Anderson JJ. The impact of rheumatoid arthritis on the household work performance of women. *Arthritis Rheum* (1991) Jun; Vol 34(6): p669-p78.
26. Lofgren M, ¿Broma L, Ekholm J. Does rehabilitation decrease shoulder muscle activity in fibromyalgia in work or housework tasks? An electromyographical study. *Work.* (2008) Vol 31(2)195-p208.
27. Semanik P, Wilbur J, Sinacore J & Chang RW. Physical activity behavior in older women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* (15 Abril 2004) Vol 51 (2) p246-p252.
28. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia.
29. Castañeda Galván A., Aguilar Casas M. y Elías Viñas D. Mecanismo programable para la ayuda en la rehabilitación de la artrosis en cadera y rodilla. Extraído de: <http://www.iberchip.net/iberchip2006/ponencias/110.pdf>
30. Ceapat [Portal de Internet] Madrid, España: Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [citado el 1 ago. de 2017]. Disponible en: <http://www.ceapat.es>
31. Brady TJ., Kruger J., Helmick CG., Callahan LF. & Boutaugh ML. Intervention Programs for Arthritis and Other Rheumatic Diseases. *Health Education & Behavior,* (Febr 2003) Vol. 30 (1): 44-63.
32. Mattukt K., Rennert D., Brandes I., Ehlebracht-Koing I., Kluge K. & Mau W. Short- and long-term effects of intensive training and motivational programme for continued physical activity in patients with inflammatory rheumatic diseases. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine.* (Ago 2014), Vol 50 (4), p395-p409.
33. Kjeken I., Berdal G., Bo I., Dager T., Dingsor A., Hagfors J., Hamnes B. et al. Evaluation of a structured goal planning and tailored follow-up programme in rehabilitation for patients with rheumatic diseases: protocol for a pragmatic,

stepped-wedge cluster randomized trial. BMC Musculoskeletal Disorders, (May 2014), vol.15.

11. ANEXOS

ANEXO 1. Guía de Orientación: Evaluación y Adaptación de las actividades domésticas y su entorno para enfermos reumáticos.



GUÍA DE ORIENTACIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA VALORACIÓN REGLAMENTARIA DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Y EL ENTORNO CON ENFERMOS REUMÁTICOS

ASOCIACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN PERMANENTE DE
ENFERMEDADES REUMÁTICAS



AUTOR

Daniel Borge Martínez

Graduado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

COLABORADORES

Fernando Gimeno Marco

Licenciado y Doctor en Psicología de la Actividad Física y el Deporte

Presidente de ARPER

Héctor Gutiérrez Pablo

Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

Responsable del Área de Preparación Física y de Entrenamiento Personal en APRER

FOTOGRAFÍAS Y PICTOGRAMAS

Daniel Borge Martínez

Graduado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

AGRADECIMIENTOS

Adrián Najarro López

Diplomado en Fisioterapia

Marta Pie Villacampa

Diplomada en Fisioterapia

Pacientes de la Asociación de los centros de Huesca y Zaragoza

OBJETO DE LA GUÍA

Lo que se conoce sobre la adaptación de las Actividades Domésticas (reflejadas en la “Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia” ofrecida Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España) en términos generales, se persigue aplicarlo a la situación con personas con patologías con enfermedades reumáticas.

Así pues, el objeto de la guía es servir de adenda a este documento anterior citado, además de ofrecer información sobre la promoción de la autonomía personal relacionada con la realización de las actividades de la vida diaria, facilitar la labor de valoración y orientación de las situaciones de las personas con enfermedades reumáticas, y contribuir a la mejora del sistema de protección de la autonomía y atención a estas personas con estas patologías. Trata de trasmitir conocimientos útiles para la evaluación de las barreras y factores facilitadores del entorno físico en el que la persona realiza regularmente las actividades básicas de su vida diaria. La tarea se desarrollará adecuadamente si se realiza con iniciativa, coherencia, orientación y control físico suficiente para la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo para la salud.

La estructuración de la guía ha sido ligeramente modificada de la original a fin de facilitar la comprensión de la misma y la búsqueda de los apartados que resulten más interesantes para el usuario. De tal manera que cada capítulo tiene como finalidad facilitar información cualitativa y orientativa en el desempeño de cada actividad, que mejoran o pueden mejorar la autonomía personal en cada caso, y en algunos casos la identificación de factores y productos facilitadores en el desempeño de las tareas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	39
EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMÉSTICA Y EL ENTORNO CON ENFERMOS REUMÁTICOS.....	40
POSICIÓN CORPORAL	41
1. POSICIÓN: TUMBADO	41
1.1. TRANSICIÓN TUMBADO - SENTADO.....	41
1.2. TRANSICIÓN TUMBADO - BIPEDESTACIÓN	42
2. POSICIÓN: SENTADO.....	43
2.1. TRANSICIÓN SENTADO - BIPEDESTACIÓN.....	44
3. POSICIÓN: BIPEDESTACIÓN	45
DESPLAZAMIENTO	46
1. DENTRO DEL HOGAR.....	46
2. FUERA DEL HOGAR.....	47
ACCIONES PRIMARIAS	48
1. COMER.....	48
2. BEBER.....	49
HIGIENE PERSONAL	50
1. MICCIÓN Y DEFECACIÓN	50
2. LAVARSE	51
3. ACCEDER A LA BAÑERA, DUCHA O SIMILAR	52
4. LAVARSE LA PARTE SUPERIOR E INFERIOR DEL CUERPO	52
5. REALIZAR OTROS CUIDADOS PERSONALES	54
5.1. PEINARSE	54
5.2. CORTARSE LAS UÑAS.....	54
5.3. LAVARSE LOS DIENTES	56
5.4. APLICAR DESODORANTE	57
5.5. AFEITARSE	57

VESTIMENTA	58
1. PRENDAS DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO.....	59
2. PRENDAS DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO.....	60
 TAREAS DOMÉSTICAS	61
1. PREPARAR COMIDAS.....	61
2. HACER LA COMPRA	62
3. LIMPIAR Y CUIDAR DE LA VIVIENDA	63
3.1. FREGAR Y BARRER	63
3.2. PASAR LA ASPIRADORA	64
3.3. LIMPIAR CRISTALES	64
3.4. LIMPIAR EL POLVO	65
3.5. LIMPIAR LA BAÑERA.....	65
3.6. LIMPIAR BAÑOS (Ducha, retrete...).....	65
3.7. FREGAR LOS PLATOS Y UTENSILIOS DE COCINA	66
4. LAVAR Y CUIDAR LA ROPA.....	66
4.1. LAVAR LA ROPA	66
4.2. TENDER LA ROPA	67
4.3. PLANCHAR	67
5. OTRAS ACTIVIDADES	68
5.1. COSER	68
5.2. HACER LA CAMA	68
5.3. AGACHARSE A RECOGER OBJETOS	69
5.4. COGER PESOS	70
 TAREAS DE COORDINACIÓN	71
 BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS DE INTERNET.....	73

INTRODUCCIÓN

La siguiente guía recoge la información acerca de diferentes situaciones que se dan en el contexto del hogar de igual forma actividades domésticas de la vida cotidiana, así como las soluciones aportadas por los enfermos reumáticos en algunas de ellas. Las propuestas que se dan han sido aportadas por propios pacientes y es cierto que no serán correctas en lo que anatómicamente se refiere, pero sí que será la mejor solución para resolverla dadas las circunstancias que preceden de este tipo de personas.

A continuación, se desarrollarán los diferentes apartados de la guía, así como sus correspondientes actividades domésticas o situaciones cotidianas que vienen integradas. Estos son: “Posición Corporal” (diferentes posiciones corporales así como la transición entre ellas); “Desplazamiento” (dentro y fuera del hogar); “Acciones Primarias” (acciones de ingesta y bebida); “Higiene Personal” (acciones de auto limpieza de diferentes partes del cuerpo); “Vestimenta”; “Tareas Domésticas” (Planchar, Limpieza cristales...) y finalmente “Tareas de Coordinación”, que bien es cierto que no está incluida en la guía de referencia pero que se considera fundamental referirse a ella, ya que está implicada en el desempeño de todas y cada una de las anteriores acciones cotidianas citadas y es por ello que tiene una especial mención.

Los primeros apartados vienen a referirse a las situaciones y el entorno más cotidiano y fundamental de cualquier persona, a modo de introducción para luego más adelante centrarse en las tareas domésticas propiamente dichas.

A lo largo de la guía se van a dar una serie de consejos a la hora de realizar ciertas actividades a fin de implantar en el interesado una correcta postura y posición, más que una sucesión de qué hacer en determinados momentos (ya están las imágenes para mostrarlo).

Estas adaptaciones que se proponen durante esa guía son acciones específicas que se han desarrollado a lo largo de las sesiones de ARPES y es por ello que no hay ninguna novedad en lo que respecta a cómo realizarlas y no presenta dificultad en su ejecución pues ya es conocido por los pacientes, así como algunos términos técnicos específicos y propios de los ejercicios que se realizan dentro de la actividad física.

Hay que decir que existen muchas más de las situaciones y acciones domésticas relacionadas en el ámbito del hogar, pero se han seleccionado las que más se consideraban importantes y podrían resultar de más dificultad a la hora de realizarlas por parte de las personas que presentan cierto tipo de patologías reumáticas y que están en mayor proporción con respecto a otras (Artritis reumatoide, Espondilitis anquilosante, Osteoporosis, Artrosis y Fibromialgia), pero esto no quiere decir que no puedan ser de igual aplicación para las demás.

Como ya se ha comentado, este formato está reestructurado a fin de facilitar la comprensión de cualquier interesado en leer este itinerario.



EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOMÉSTICA Y EL ENTORNO CON ENFERMOS REUMÁTICOS



POSICIÓN CORPORAL



Implica adoptar o abandonar una postura, pasar de un lugar a otro, como levantarse de una silla para tumbarse en la cama y adoptar o abandonar posiciones determinadas, así como permanecer en una postura.

Todas las transiciones de las posiciones son desarrolladas en un solo sentido, pero esto no implica que no puedan deshacerse realizando la misma secuencia en sentido contrario (con o sin apoyo o ayuda).

1. POSICIÓN: TUMBADO

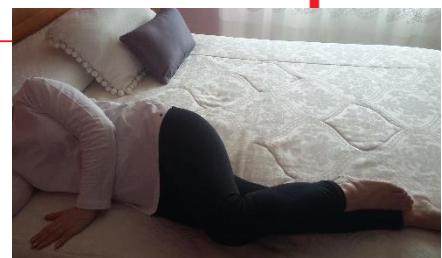
Generalmente cuando estamos tumbados, nos encontramos en posición de decúbito supino (bien cuando hacemos algún ejercicio sobre esterillas) o en decúbito lateral (en el caso de cuando estamos durmiendo).

En la posición de decúbito supino, lo más importante es que las rodillas permanezcan lo más juntas posibles, así como que el cuello este en una correcta posición (un poco elevada) ajustando la almohada sobre la que se reposa a fin aumentar el espacio intervertebral.



1.1. TRANSICIÓN TUMBADO - SENTADO

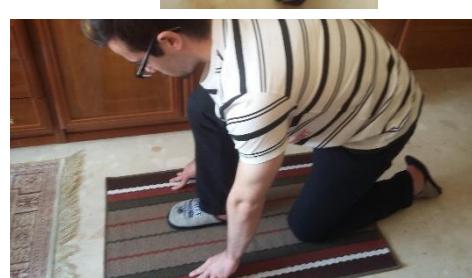
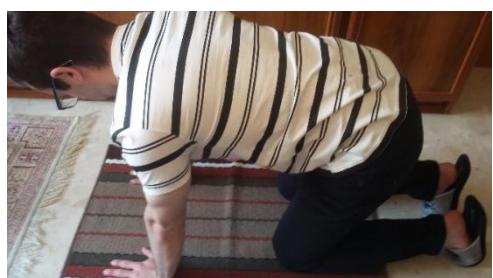
Cambiar de posición en la cama es una actividad que requiere fuerza y equilibrio de tronco y en algunos casos ayuda de los miembros superiores. La transición esta secuenciada en las siguientes imágenes:



CONSEJOS

- Para evitar excesiva presión en algunas zonas de riesgo (cadera, rodillas), es necesario cambiar el centro de gravedad de nuestro cuerpo por lo que es muy importante desarrollar la capacidad de hacer volteos correctamente (Ver secuencia de las imágenes).
- Si se permanece durante mucho tiempo en una de las dos posiciones (Decúbito Lateral o Supino), es recomendable cambiar de posición cada cierto tiempo a fin de evitar empeorar las zonas de riesgo antes citadas.
- No sólo hay que moverse en el plano horizontal (derecha o izquierda), sino también en plano Vertical (arriba y abajo) aunque sea ligeramente.
- Con el balanceo de las piernas al descolgarlas a la hora de colocarse en la posición de “sentado”, puede facilitar el movimiento a fin de hacer menor fuerza con el tren superior.
- No realizar pequeños rebotes, saltitos o torsión sólo de la parte superior, sino que, a la hora de girar, se tiene que hacer “en bloque” con todo el cuerpo.
- Si partimos de la posición de decúbito lateral la secuencia será la siguiente: Protegemos el cuello con una mano (a fin de evitar lesiones ya desde la mañana), rotamos a posición de decúbito supino (mediante el “giro en bloque”), y con un dedo, buscamos bascular nuestro cuerpo agarrando este a la parte de atrás de nuestra rodilla (ambas estarán flexionadas) para finalmente impulsarnos hasta colocarnos en una posición parecida a “sentarse en la cama”

1.2. TRANSICIÓN TUMBADO - BIPEDESTACIÓN



CONSEJOS

- Transición de decúbito supino a decúbito lateral y apoyamos los brazos para impulsarnos y colocar el tren inferior correctamente. Al flexionar las rodillas, nuestra zona lumbar queda aplanada (retroversión de cadera) y estiramos la columna.
- Nos colocamos en cuadrupedia y adelantamos una pierna para llegar a una “posición de Lunge”.
- Incorporamos nuestro tronco y nos impulsamos hacia arriba. Nos podemos ayudar o bien apoyándonos en la rodilla o bien cerca de algún mueble u objeto con que nos sirva de apoyo y permita equilibrarnos.

2. POSICIÓN: SENTADO

Para permanecer sentado sin apoyo es necesario buen equilibrio de tronco. Si se va a permanecer largo rato en esa posición, es necesario un buen apoyo de los pies (apoyo plantar completo) para evitar dolores de espalda y cuello, así como un buen tono muscular en cadera y tronco. Permanecer mucho tiempo puede originar un deslizamiento de la persona, lo que puede provocar úlceras por fricción.

Recomendaciones

- Asiento con la altura y profundidad que permitan apoyar correctamente los pies en el suelo.
- Reposabrazos adecuados para ayudar a mantener el equilibrio del tronco.
- Anchura y profundidad de asiento y respaldo que se corresponda con las características antropométricas de la persona.



CONSEJOS

- Las personas con los músculos isquiotibiales cortos tienen dificultad para mantener la cadera flexionada y las rodillas en extensión, y tienden a relajar la postura (“se despatarra”) para intentar llegar a tocar el suelo. Es por ello que un trabajo específico de estiramiento de los isquiotibiales beneficiaría al usuario.
- La posición correcta se puede apreciar en la imagen y consistiría en: Espalda recta en continuo con el cuello; hombros atrás y sacando pecho; y apoyo plantar completo paralelo con rodillas juntas.

2.1. TRANSICIÓN SENTADO - BIPEDESTACIÓN

Esta posición requiere de potencia en los miembros inferiores, equilibrio y en ocasiones ayuda de los miembros superiores. Si nos fijamos en la secuencia de imágenes de a continuación sería algo parecido a realizar una “sentadilla”.



CONSEJOS

- El borde anterior del asiento debe estar en contacto con la parte posterior de las piernas para facilitar la acción de sentarse y localizar los reposabrazos.
- La posición correcta consistiría en un apoyo plantar completo con rodillas juntas, hombros atrás y sacando pecho, además de tener la cabeza en consecución con la espalda recta.
- Llevaremos la cabeza hacia delante como si fuéramos a aguantar una puerta o cuadro que está delante nuestro. Nos ayudaremos del apoyo con las manos para aguantar el equilibrio.
- A la hora de levantarnos, pasaremos el apoyo de manos a las rodillas para ayudarnos a impulsarnos y nos iremos incorporando poco a poco, sin descuidar la postura inicial del tren superior.

3. POSICIÓN: BIPEDESTACIÓN

Permanecer en pie requiere potencia en la musculatura de los miembros inferiores y la pelvis y equilibrio de tronco. Esta actividad favorece la función respiratoria, excretora y circulatoria del organismo y la interacción social.

Si la persona puede caminar, en ocasiones es necesario algún tipo de ayuda para conseguir este objetivo, tales como bastones, muletas o andadores.

La posición correcta consiste en una correcta colocación de la pelvis, tronco, hombros, cabeza y tren inferior. A continuación, se va a desarrollar cada una de ellas.

COLOCAR LA PELVIS

Para tener una correcta colocación de la pelvis se deberán de realizar ejercicios específicos en los que se implique la activación tónica de los abdominales (abdominales hipopresivos) además de una contracción del suelo pélvico.

COLOCAR EL TRONCO

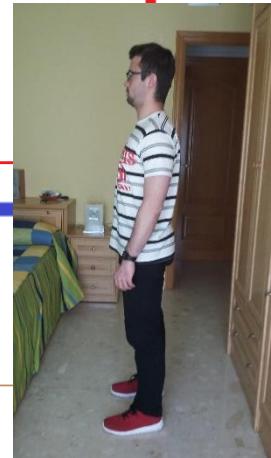
La columna vertebral y los elementos relacionados (costillas y abdomen) que forman el tronco son el punto de partida de todos los movimientos segmentarios del cuerpo.

Para llegar a tener una buena colocación de nuestro tronco hay que empezar por tener una colocación correcta de la pelvis, la cual se encontrará en una ligera y pequeña retroversión a fin de “estirar la columna”.

COLOCAR CABEZA Y HOMBROS

No es posible mantener una buena alineación de la cabeza y libertad en sus movimientos si los músculos que van de cabeza a cintura escapular están tensos o su tono muscular está alterado. Por esa razón, cuando la musculatura de la cintura escapular está equilibrada, la posición de los hombros permite a la cabeza enderezarse sobre la columna y conservar plenamente su funcionalidad (horizontalidad de la mirada y activador del movimiento).

Los pectorales acortados se adelantan y elevan el hombro provocando rotación interna de la cabeza humeral, los trapecios se verán sometidos a una tensión constante al intentar llevar los hombros a su posición neutral, pero es un esfuerzo que sobrecarga por lo que la cabeza se adelantará para aliviar la tensión. Por esa razón es necesaria una tonificación de los músculos de los trapecios, así como un estiramiento de la zona del pectoral para liberar esa tensión acumulada creada por la mala postura de la cabeza.



DESPLAZAMIENTO

Dentro de este apartado nos encontramos con dos secciones bastante parejas y tienen bastante en común, con muchas similitudes entre ellas en el que tan sólo cambia el entorno de realización.

1. DENTRO DEL HOGAR



Comprende andar y moverse dentro de la propia casa, dentro de una habitación y alrededor de toda la casa o zona de residencia.

Este apartado comprende los siguientes desplazamientos para vestirse; comer; lavarse; no vinculados al autocuidado; entre estancias no comunes; acceder a todas las estancias comunes del hogar.

La postura para desplazarse debe ser la correspondiente a mantener la postura de bipedestación adecuada (además de lo mencionado en el anterior apartado, implica equilibrio, fuerza y movilidad en miembros inferiores) durante el mayor tiempo posible, con periodos de descanso en la postura de sedestación correcta (sentado en sillas, sofás...).

Para desplazarse dentro de la vivienda es necesario orientarse adecuadamente, abrir y cerrar puertas, desplazarse horizontalmente con o sin productos de apoyo para movilidad y si la vivienda tiene diferentes alturas, desplazarse verticalmente (la mejor manera es subir y bajar escaleras, y en caso de imposibilidad, utilizar rampas o ascensor).

Con el uso de apoyos para el desplazamiento será necesario una buena capacidad manipulativa y fuerza en el tren superior (estos aspectos serán tratados en el apartado de “Tareas de coordinación”).

2. FUERA DEL HOGAR



Incluye caminar y/o moverse, cerca o lejos de la propia vivienda, y/o utilización de medios de transporte, públicos o privados.

Este apartado comprende los siguientes desplazamientos para acceder al exterior; alrededor del edificio; cercanos en entornos conocidos y desconocidos; lejanos en entornos conocidos y desconocidos.

Para desplazarse en el exterior de la vivienda es necesario orientarse adecuadamente, abrir y cerrar la puerta de la vivienda, desplazarse verticalmente (subir y bajar escaleras o rampas o utilizar el ascensor) y desplazarse horizontalmente.

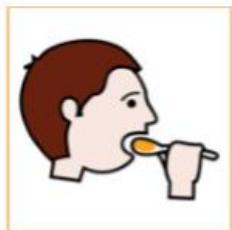
La postura para desplazarse debe ser la correspondiente a mantener la postura de bipedestación adecuada (además de lo mencionado en el anterior apartado, implica equilibrio, fuerza y movilidad en miembros inferiores) durante el mayor tiempo posible, con periodos de descanso en la postura de sedestación correcta (sentado en bancos, asientos).

Al igual que en el interior de la vivienda, con el uso de apoyos para el desplazamiento será necesario una buena capacidad manipulativa y fuerza en el tren superior (estos aspectos serán tratados en el apartado de “Tareas de coordinación”).

A la hora de subir a un vehículo utilizar las transiciones (bipedestación-sentado en el caso de tratarse de un coche, taxi o cualquier automóvil privado) o mantenerse en bipedestación con apoyo para reposar (en el caso de tratarse de un móvil público tales como tranvía, autobuses, trenes, en el caso de no haber sitio para sentarse).

ACCIONES PRIMARIAS

1. COMER



Comer, consiste en llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, etc.

Para realizar esta actividad, es preciso tener buen control cefálico y de tronco, amplitud articular y fuerza suficiente en los miembros superiores, capacidad de hacer presión con los dedos para coger los cubiertos, alimentos, además de control de la deglución.

Recomendaciones

- Postura correcta en sedestación para facilitar la deglución y el tránsito del alimento.
- Apoyar los codos en la mesa para mejorar la coordinación y reducir el peso del brazo.
- Poner la comida dentro del campo visual y al alcance del usuario.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES PLANTEADAS POR LOS PACIENTES

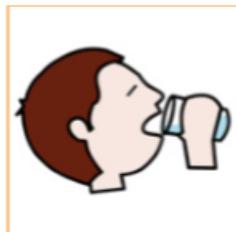
- La silla sobre la que nos sentaremos deberá tener el respaldo acolchado.
- En el caso de no haber respaldo, acercarse más a la mesa, intentando asemejar la postura adecuada de sedestación.
- Cambiar la posición de sedestación. Esto se denomina “sedestación activa”, si vamos cambiando la postura de sedestación, además de trabajar diferentes zonas, relajaremos otras.
- Durante la postura de sedestación las rodillas no deben de superar la altura de la cadera. Esto ocurre cuando por ejemplo estamos en el cine o en cualquier automóvil de desplazamiento, la gente tiene a subir una pierna sobre otra. Esa postura es la que se debe evitar.
- Las mesas circulares, además de facilitar la interacción social, favorecerá el evitar lastimarse con las esquinas en algunas zonas delicadas tales como las manos o los brazos.



La acción de “cortar los alimentos” implica un trabajo coordinado de las 2 manos, fuerza en el agarre y movimientos de los brazos para llevar la comida a la boca.

Las limitaciones articulares, deformaciones en las manos y otros aspectos negativos relacionados con las enfermedades reumáticas pueden llegar a dificultar esta acción específica. Para solucionarlo simplemente habría que realizar trabajo de fuerza en el tren superior además de acciones específicas de coordinación que serán tratados en el correspondiente apartado.

2. BEBER



Beber, consiste en sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de un producto de apoyo.

Al igual que para “comer”, para realizar esta actividad es preciso tener buen control cefálico y de tronco, amplitud articular y fuerza suficiente en los miembros superiores, capacidad de hacer presión con los dedos para coger los vasos, además de control de la deglución.

CONSEJOS Y SOLUCIONES

- Evitar la extensión del cuello hacia atrás a la hora de beber, pues se favorecería el solapamiento de vértebras. Para solucionar esto o bien se puede volcar más el vaso (tal como se puede apreciar en la imagen) (este sólo se cumplirá si no apuramos del todo el vaso) o utilizar una “pajita” para beber.



HIGIENE PERSONAL

A lo largo de este apartado se van a desarrollar diferentes tareas relacionadas con la “Higiene Personal” (Micción y Defecación, Lavarse, Cepillarse los dientes...) y que se irán desarrollando sección por sección.

1. MICCIÓN Y DEFECACIÓN

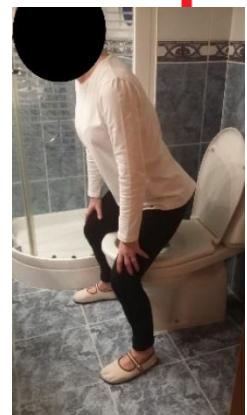


Las tareas personales relacionadas con la micción y la defecación incluyen indicar la necesidad, en caso de necesitar ayuda, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar/defecar, manipular la ropa antes y después y limpiarse.

Esta labor implica 3 procesos en su ejecución:

1. Manipular la ropa antes y después: Es una actividad que requiere de capacidad manipulativa, equilibrio y control del tronco en bipedestación, fuerza y movilidad en tren superior e inferior para bajar y subir la ropa, sujetarla, colocarla y abrochar o desabrochar cremalleras y botones.
2. Adoptar, mantener o abandonar la postura adecuada: Esta actividad requiere buena potencia en la musculatura de los miembros inferiores y equilibrio de tronco.

Vemos como la postura es ligeramente diferente en función del sexo, el hombre realiza una posición de sedestación correcta (ver apartado correspondiente) mientras que la mujer realiza una especie de “sentadilla” a fin de realizar ambos sus necesidades fisiológicas.



Para mantener la postura en el inodoro, es necesario que el usuario pueda mantener el tronco en equilibrio y los pies bien apoyados (apoyo plantar completo y rodillas a 90° aproximadamente para después levantarse, aunque bien es cierto que cuanto menos ángulo tienen las rodillas más cuesta, pero más impulso realizamos a incorporarnos). Podemos apreciar también como el apoyo por parte de ambos, resulta importante a la hora de realizar esta actividad. Este puede ser o bien en el propio cuerpo o bien utilizando algún objeto externo (asideros o barras) a los lados del inodoro tanto al sentarse como al incorporarse.

3. Limpiarse: Esta actividad requiere buena movilidad de hombro y destreza en las manos a la vez que alcance y equilibrio.

2. LAVARSE



Comprende el lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua, materiales y métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse.

Acciones tales como “Abrir y cerrar grifos” y “Lavarse las manos y secarse” son acciones que implican tanto alcance como destreza manipulativa (agarrar la empuñadura del grifo, enjabonar y frotar) y por eso serán tratados en el apartado de “tareas de coordinación”.

A especial mención nos encontramos con el dispensador de jabón que bien estos pueden ser portátiles o de pared y es recomendable presionar la palanca con la palma de la mano para evitar lesiones en las articulaciones de los dedos. También existen dispensadores de jabón por infrarrojos que se accionan al situar las manos bajo la salida del jabón (también pueden ser portátiles o de pared). En el caso del secado de manos, en el que requiere sujetar la toalla y efectuar el secado, es recomendable situar la toalla junto al lavabo.

Es cierto que hay que destacar que la altura del lavabo es un factor a tener en cuenta a la hora de hablar de estas acciones que se realizan en este lugar en concreto. Es importante tener en cuenta su altura, profundidad y si tiene o no tiene pie. Cuando el aseo no pueda realizarse de pie por falta de equilibrio, fatiga, contraindicaciones, etc. el lavabo debe tener suficiente altura libre inferior para facilitar el acercamiento frontal sentado. Los lavabos muy hondos dificultan el acercamiento. Existen lavabos regulables en altura que permiten ajustarlos de forma individualizada a las dimensiones de los usuarios y a las de las personas con las que conviven.



3. ACCEDER A LA BAÑERA, DUCHA O SIMILAR

Acceder a la bañera o plato de ducha requiere flexión de rodillas y caderas para pasar las piernas por encima del borde. No siempre la ducha es la opción más cómoda, aunque generalmente la transferencia es más sencilla. Con el asiento adecuado, dentro de la bañera o de la ducha, la persona puede estar igualmente segura.

Recomendaciones

- Bordes y esquinas de las superficies (muebles, asientos, sanitarios...) redondeados, sin partes salientes o cortantes y fáciles de limpiar.
- Barras de apoyo adecuadas.
- Suelo de la bañera o ducha antideslizante.
- Material antideslizante bajo la alfombra del baño.
- Utilizar colores contrastados para diferenciar los elementos que componen el entorno de la bañera o ducha (mamparas, apoyos, repisas, grifería, etc.).

Para acceder a la bañera o ducha deben estar implicados los siguientes factores a tener en cuenta el equilibrio, fuerza y limitaciones articulares de la persona. Aunque la persona pueda mantenerse de pie, si ésta tiene alteraciones del equilibrio, es más seguro que se duche o bañe sentada. En muchas situaciones el asiento debe usarse conjuntamente con una barra o asidero sujetos firmemente con los tornillos adecuados. Agarrarse a un toallero, mueble u otro elemento que no está diseñado para esa función, puede provocar una caída o una lesión. La forma y posición de las barras de apoyo dependerá de las capacidades de la persona y de la forma en que se realice la transferencia.

4. LAVARSE LA PARTE SUPERIOR E INFERIOR DEL CUERPO

Para lavarse tanto la parte superior como la parte inferior del cuerpo, es necesario abrir y cerrar los grifos, poder asir una esponja o un guante de baño, utilizar el jabón, alcanzar a las distintas zonas corporales y secarse. En personas con limitaciones o alteraciones del esquema corporal puede resultar útil colocar un panel con pictogramas indicando toda la secuencia a realizar para realizar un lavado y secado adecuados.

Es indispensable que tanto los útiles de aseo (esponja, gel, toalla para secarse etc.) como los grifos estén al alcance de la persona cuando está sentada para que no tenga que desplazarse o inclinarse, pues puede perder el equilibrio. Si la persona tiene alteraciones del equilibrio, es más seguro que realice el lavado sentada.

Si hay dificultad al usar la toalla, puede ser más cómodo utilizar un albornoz o una banda con asas en los extremos para facilitar el agarre. También puede ser útil fijar la toalla por un extremo, en el caso de personas con una sola mano funcional.

Para la limpieza de la parte inferior del cuerpo, puede realizarse en la bañera, ducha o en un bidé. Si se utiliza un bidé, es muy frecuente que éste quede demasiado bajo. Para elevarlo, puede sustituirse por uno mural o colocarlo sobre un pedestal, porque si se

coloca un alza no será posible llegar a los grifos (también puede sustituirse por un inodoro bidé).

Existen diferentes esponjas y cepillos de baño, con mango grueso cuando hay dificultades de prensión, y otros de mango largo para imitaciones de alcance, terminados en una esponja delgada para limpiar entre los dedos de los pies.

En el caso de tener dificultad en la tarea de lavarse los pies en bipedestación, realizarlo sentado en un taburete o silla dentro de la ducha o bañera, o bien utilizar agarres con ventosas para evitar resbalarse.

Para la limpieza de la parte superior del cuerpo, cuando hay limitaciones articulares en el hombro, los cepillos y esponjas de baño con mango largo deben poder curvarse para llegar a la espalda.

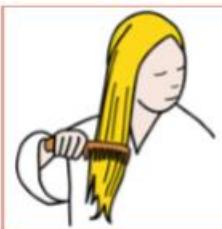


Respecto a la colocación de la alcachofa de la ducha, es recomendable que esté colocada ya desde su posición superior (predefinida en la compra), pues así solo se tendrá que regular la temperatura del agua y colocarnos debajo de la misma (sentado o en bipedestación) para realizar la labor de limpieza. En el caso de disponer de un equilibrio y capacidad manipulativa sin que pueda incapacitarnos de hacer esto, podremos realizar el aseo acompañando la alcachofa por todo el cuerpo, teniendo en cuenta las limitaciones articulares personales.



En el caso de lavarse el pelo, es una actividad que requiere buena movilidad de la articulación de los hombros, codos y manos. Cuando hay limitaciones articulares, falta de fuerza o dolor en las articulaciones de los hombros, codo o muñeca, se pueden utilizar cepillos de mango largo especiales para frotar la cabeza. Es aconsejable realizar el lavado de cabeza sentado, aprovechando el momento de la ducha.

5. REALIZAR OTROS CUIDADOS PERSONALES



El cuidado de las partes del cuerpo, incluye las acciones y tareas que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse.

5.1. PEINARSE

La realización de esta tarea requiere movilidad en la articulación del hombro, codo y capacidad de agarre en la mano.

Si existen limitaciones en la articulación del hombro, los peines o cepillos con mango largo curvado o angulado, permiten peinarse flexionando el codo, pero sin elevar el hombro. En muchos casos es más fácil si se apoya el codo en una superficie que esté a una altura que no obligue a flexionar el tronco.



5.2. CORTARSE LAS UÑAS

Tarea que requiere buena coordinación de ambas manos, buena visión, y en el caso de las uñas de los pies, alcance suficiente.

En el caso de las uñas de las manos no habría ningún problema más que el apoyo de estas en una superficie en la que se puedan cortar al mismo tiempo que la persona se encuentra en sedestación.

Sin embargo, quizá a la hora de cortar las uñas de los pies resulta más complicada esa labor. Para facilitar el alcance a los pies, la tarea debe hacerse sentado, colocando el pie en una superficie más alta y utilizar cortaúñas o, en algunos casos, tijeras de mango largo; éstas no deben utilizarse cuando no hay buena coordinación o buena visión, por el peligro de cortar la piel al hacerlo a mucha distancia.



Una de las formas de cortarse las uñas en las que se proponen en la guía de referencia consiste en adoptar una posición similar a la que se representa en la imagen. Esta postura requiere capacidad manipulativa, equilibrio y control del tronco, fuerza y movilidad en tren superior e inferior.



Ocurre una flexión tanto de cadera como de pierna (rodilla), una colocación del pie que sea accesible a la vista sin necesidad de realizar una flexión excesiva del tronco (la zona lumbar quedará hacia afuera). La cabeza se posicionaría como si se metiera le mentón estando la nuca en consecución con la espalda. Los miembros superiores nos servirán de apoyo y manipulación de los miembros inferiores.

Hay muchos casos en los que esta postura les resulta incómoda e incluso dolorosa. En tal caso, las soluciones aportadas por los pacientes reumáticos son las siguientes:

1. Sentados (postura de sedestación adecuada) en la cama y haciendo la postura del “estiramiento del piramidal” se manipula con los miembros superiores uno de los pies para cortar las uñas.



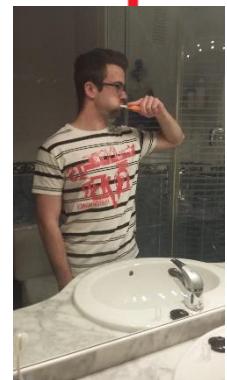
2. En bipedestación, nos colocamos enfrente de un retrete, silla..., apoyamos un pie (flexionando la pierna 90°) y nos inclinamos (tronco y cabeza simétricos) y nos apoyamos con el brazo que no vayamos a utilizar para cortar las uñas sobre la pierna que está flexionada para descansar y no aguantar tanto peso durante tanto tiempo y evitar así tener una mala postura.



5.3. LAVARSE LOS DIENTES

Esta actividad requiere destreza en las manos y ligera movilidad de hombro, codo y cuello. Hay que tener en cuenta la aplicación de la pasta de dientes y el grosor y longitud del mango del cepillo. Puede que exista alguna dificultad para la aplicación de la pasta o agarre del cepillo, para ello consultar el apartado de “Tareas de coordinación”. Es recomendable utilizar tubos de pasta de dientes con tape en lugar de con rosca.

Existen diferentes formas y posturas para realizar esta tarea:



1. La propuesta por la guía de referencia es la siguiente: En bipedestación y elevando el codo hasta la línea del hombro, proceder al cepillado. Como propuesta para movilizar el cuello, en lugar de ser la mano y muñeca la que trabaje moviendo el cepillo por la boca, girar la cabeza de uno a otro sentido manteniendo el cepillo en la misma posición. Así estiraremos el cuello al mismo tiempo que nos cepillamos.

No es necesario mantener el codo en esa posición, pues se puede llegar a provocar una lesión por permanecer así durante largo tiempo. En esta posición, en bipedestación, colocar un taburete delante del lavabo y subir una pierna e ir cambiando de pie cada cierto tiempo (con esto evitaremos la posición del “síndrome de escaparate”, será explicada en el apartado de “Tareas domésticas”).



2. La propuesta de una de las pacientes consiste en lo siguiente: Apoyar ambos miembros superiores sobre el lavabo, agarrar el cepillo en disposición para la limpieza, el tren inferior colocarlo en posición de “estiramiento del psoas” con una pierna atrasada y la otra adelantada y en flexión, inclinar el tronco y mantenerlo en consecución con la cabeza.

Independientemente de la forma, se cepillará el lado contrario utilizando la mano contraria (es decir, lado izquierdo con mano derecha y viceversa).



5.4. APlicar desodorante

La aplicación en las axilas requiere separación del hombro donde se aplica el desodorante y flexión de codo, movilidad de muñeca y buen agarre del miembro superior contrario.

El apoyo del codo es simplemente facilitador de la tarea. No hace falta subir el codo más de la línea horizontal que sigue el hombro.

Productos facilitadores

- Los desodorantes con aplicador de bola, facilitan el agarre del producto y su reparto por la zona. Los aplicadores en spray o crema requieren mayor destreza de las manos.



5.5. AFEITARSE

Esta actividad, complicada por el riesgo que entraña, requiere alcance, buena visión, tacto, coordinación, también buena capacidad de agarre, así como ligera movilidad de hombro y codo y destreza con ambas manos. Existen dos tareas: la aplicación de la crema de afeitar y el rasurado.

CONSEJOS

- Si el alcance está limitado, se puede alargar el mango de la maquinilla de afeitar manual. Si engrosamos el mango será más fácil sujetarlo.
- La aplicación de espuma de afeitar o gel en spray, requiere el uso de las dos manos y mayor destreza para sacar la espuma y extenderla por la cara.
- Las maquinillas de afeitar eléctricas eliminan el riesgo de corte de la piel y la necesidad de aplicar crema de afeitar.
- Si existe dificultad en el agarre y en la coordinación consultar el apartado de “Tareas de coordinación”.



VESTIMENTA



Consiste en llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse la ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas y sociales.

Para realizar de forma adecuada la tarea de vestimenta de cualquier persona, se precisa de movilidad articular y fuerza en ambos trenes, alcance, destreza manual y capacidad de decisión para seleccionar las prendas de acuerdo a las condiciones climáticas, sociales y saludables, así como la secuencia de colocación.

RECOMENDACIONES Y CONSEJOS INICIALES

- Preparar la ropa en orden de puesta → Ropa interior, calcetines, pantalones (con los calcetines la fricción y esfuerzo será menor), camiseta y por último los zapatos.
- Las tareas de vestido y calzado realizarlas en posición de sedestación es preferiblemente recomendable siempre que se pueda.
- Para colocarnos la ropa interior tales como los calzoncillos o las bragas, la forma más cómoda sería colocarla en el suelo, colocárnosla en el cuerpo pasando primero los pies mientras estamos realizando una “sentadilla”.
- Para alcanzar los cajones más bajos donde se encuentra la ropa, realizar un “Lunge”.
- Para desvestirse simplemente invertir los pasos realizados durante la acción de vestirse.

1. PRENDAS DE LA PARTE INFERIOR DEL CUERPO

Incluye quitar y poner zapatos, calcetines/medias, ropa interior, falda/pantalón, cinturón y abrochar/desabrochar los botones o cremalleras correspondientes.

CONSEJOS



- Si hay dificultad de alcance para poner las medias o calcetines, ayudará colocar el pie en un taburete (en el caso de poder realizar la acción de la imagen correspondiente). Si no es posible subir la pierna o agacharse, se puede utilizar un calzamedias, calzazapatos o pinzas con la suficiente anchura todos ellos.

- Para colocar los pantalones, realizarlo a ser posible desde la posición de sentado y mediante una transición a bipedestación, hacer los últimos detalles (abrochar cremallera, botón).

- Para calzarse los zapatos, se puede realizar tanto de pie como sentado (preferiblemente), y además de lo propio de las acciones de vestir, es necesario también contar con la colaboración de los miembros superiores, una buena coordinación y destreza manual.

- El zapato además deberá ser de la talla adecuada (en función de las patologías de cada uno será un poco más grande para evitar molestias y dolor en las zonas del pie más delicadas y afectadas) y reunir una serie de condiciones de confort necesarias, además de ser el idóneo para cada actividad que se realice. Además, si la persona presenta alguna deformidad en esas extremidades inferiores, utilizar zapatos elásticos o de piel suave siempre serán más beneficiosos que los tradicionales.

- Una forma de poder colocarse los zapatos puede ser llegar a la posición del “Lunge” y desde allí, apoyarnos y calzarnos ayudándonos de nuestros miembros superiores. Otra forma sería utilizar calzazapatos como se ha comentado con anterioridad desde la posición de bipedestación.

2. PRENDAS DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO

Incluye poner y quitar ropa interior (camisetas y sujetador) y abrochar y desabrochar los botones o cremalleras correspondientes.

CONSEJOS

- La utilización de ganchos ayuda a acercar la prenda cuando hay limitación en la articulación del hombro.
- Vestir primero el peor lado corporal y al desvestirse será el último.
- En referencia a los sujetadores, es preferible y más fácil de utilizar los de cierre anterior o con cierre posterior por delante, para evitar mantener posturas que pueden ser perjudiciales si se alargan durante mucho tiempo que pueden llegar a lesionar.
- Para colocarnos las prendas para la parte superior tales como camisetas, abrigos... la secuencia que debemos de seguir y que nos será de ayuda para evitar las cervicalgias es:
 1. Pasar el miembro más afectado o el lado “malo”.
 2. Colocarse el cuello de la camisa cerca de la cabeza con los miembros superiores para que con el mínimo movimiento posible ser capaz de pasarl.
 3. Pasar el miembro restante y extender la camiseta con los últimos detalles.



TAREAS DOMÉSTICAS



Consiste en llevar a cabo tareas y acciones domésticas y cotidianas.

A continuación, se presenta una lista con las tareas domésticas recopiladas hasta el momento, por lo que no quiere decir que se pueda dar cabida a más.

1. PREPARAR COMIDAS

Esta actividad requiere planificación, movilidad y destreza manipulativa.

Preparar la comida supone:

- Planificar con antelación el menú que se va a cocinar.
- Preparar todos los ingredientes y los utensilios necesarios.
- Limpiar y trocear algunos ingredientes y meterlos en el recipiente para cocinar.
- Poner en funcionamiento, regular la intensidad del calor y apagar la cocina o el aparato en el que se cocine (horno, microondas, robot...).
- Cocinar el tiempo necesario.
- Servir los alimentos cocinados.
- Fregar todos los elementos utilizados.



Recomendaciones para facilitar la orientación

- Utilizar una receta con la lista de ingredientes y la secuencia de la tarea.
- Colocar los utensilios de cocina siempre en la misma disposición.
- Almacenar los utensilios de mayor uso en estantes fáciles de alcanzar.
- Usar cocinas con testigo de calor residual.
- Trasladar elementos pesados mediante arrastre por superficies que estén a la misma altura. Disponer en forma de L los muebles bajos de la cocina facilita esta tarea.
- Usar robots de cocina para preparar la comida.
- Utilizar guantes aislantes del calor para trasladar o arrastrar recipientes calientes.
- Realizar sentado o apoyado en una silla alta aquellas tareas de la cocina que lo permitan.

NOTA: Según algunos estudios las cocinas de inducción pueden estar contraindicadas para personas que portan marcapasos o audífonos.



Utensilios para trocear, pelar o partir los alimentos:

- Para estabilizar la muñeca y prevenir lesiones o el agravamiento de las mismas, existen cuchillos con mango perpendicular a la hoja.
- Para fijar los alimentos al pelarlos o trocearlos, principalmente si se utiliza una sola mano, se pueden utilizar tablas de cocina antideslizantes y con adaptaciones que fijen los alimentos.
- Si existe dificultad para hacer pinza con los dedos o se dispone de una sola mano funcional, se pueden utilizar peladores con forma de cilindro hueco. Se introducen los alimentos en él y se hace rodar con la palma de la mano.
- Para prevenir lesiones en manos y muñecas es conveniente que los mangos de los utensilios sean gruesos.
- Para coger objetos ligeros que no se encuentren al alcance de la mano, existen pinzas de largo alcance con diferentes tipos de agarre.
- Si existe falta de destreza, dolor o contraindicación para manipular los mandos de la cocina del modo habitual, existen dispositivos con diferentes tipos de mangos que se adaptan a muchos mandos diferentes.
- Cuando existe riesgo o dificultad para elaborar la comida, se pueden utilizar robots de cocina, parlantes en algunos casos, que facilitan la secuenciación de la tarea. También hay programas de cocina para consolas de videojuegos que explican paso a paso cómo elaborar muchas recetas.

Recomendaciones en el mobiliario de cocina

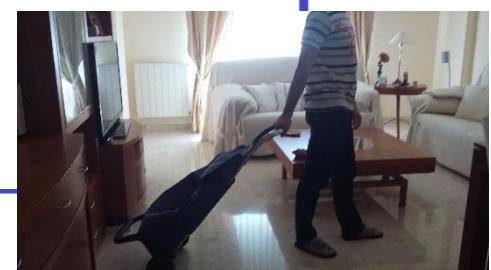
- Adaptar el mobiliario para facilitar el acercamiento frontal al cocinar y fregar, en caso de utilizar silla de ruedas o cuando es necesario realizar sentado estas tareas.
- Utilizar cajones o gavetas en los muebles bajos, en vez de puertas, para facilitar el alcance a los objetos del interior.
- Instalar un fregadero de poca profundidad.
- Utilizar grifos con manguera para facilitar el alcance, o grifos de caño y palanca largos.
- Instalar muebles con mecanismo eléctrico para regular la altura en caso de problemas de alcance.



2. HACER LA COMPRA

CONSEJOS

- Intentar evitar tener que transportar lo comprado. Es mejor hacerlo dos veces por semana y que le traigan la compra a casa que cargar y transportar varios kilos de peso.
- Si debe transportar la compra, use un carro.
- Si no tiene más remedio que transportar personalmente la compra, sin carro, use una mochila o reparta el peso por igual entre ambos brazos, manteniéndolo lo más cerca posible de su cuerpo evitando transportar más de dos kilos en cada brazo.
- En el caso de usar mochila, se cargará el peso sobre la cadera y no sobre los hombros.



3. LIMPIAR Y CUIDAR DE LA VIVIENDA

El limpiar y cuidar de la vivienda incluye tareas como ordenar, quitar el polvo, barrer y fregar los suelos, limpiar ventanas, limpiar cuartos de baño, limpiar muebles; así como lavar los platos y utensilios de cocina.

3.1. FREGAR Y BARRER

CONSEJOS

- Agarraremos el instrumento de modo que estemos lo más vertical posible sin llegar a doblar la espalda en ningún momento. Un palo más largo para el cepillo hace que la espalda esté en una postura más erguida.
- El agarre de manos en el caso de la fregona y la escoba se realizará entre los hombros y el ombligo, de tal modo que estos agarres sean completos (apoyamos todos los dedos).
- Colocación de los pies paralelos (uno adelante y otro atrás) y el ombligo adentro.
- Estas acciones serán realizadas lo más cercano a los pies como sea posible de forma que no se arquee la espalda en ningún momento. Hacerlo con tan solo por el movimiento de los brazos, sin seguirlos con la cintura, asegurándose de que su columna vertebral se mantiene constantemente vertical y no inclinada.
- No volcar el peso sobre la fregona sino apretar en dirección vertical.
- En la acción específica de escurrir la fregona, la colocación del palo será vertical y la colocación de los hombros será retrasada. Se realizará con la ayuda del cuerpo hacia un lado (ejercitando así la musculatura abdominal) sin llegar a doblar las muñecas (gira la cadera, no las muñecas).
- Para barrer o fregar debajo de las mesas o bien sentarse en una silla o bien colocarse en la posición de “Lunge”. En el momento de no llegar a un determinado lugar, ir cambiando de posición (levantarse), pero siempre manteniendo la posición de arrodillarse cuando se vaya a hacer la acción de fregar o barrer.



3.2. PASAR LA ASPIRADORA

CONSEJOS

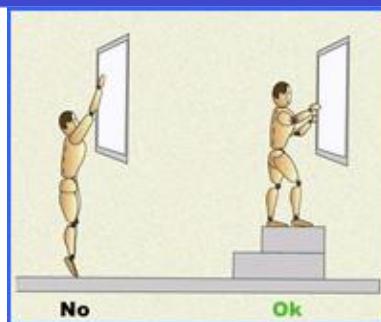
- Al pasar la aspiradora, se adopta la misma postura que para fregar el suelo, pero se flexiona algo más la rodilla avanzada.
- Si tiene que agacharse para pasar la aspiradora por debajo de un mueble, agáchese doblando y apoyando una de las rodillas en el suelo.
- Vigile que su columna permanece recta y, si debe inclinarla, apoye la mano que tiene libre sobre la rodilla o en el suelo.



3.3. LIMPIAR CRISTALES

CONSEJOS

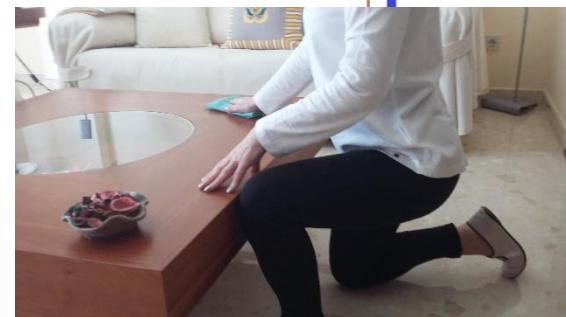
- Al limpiar los cristales y alicatados, cuando use su mano derecha adelante el pie derecho y retrase el izquierdo, apoye la mano izquierda sobre el marco de la ventana a la altura de su hombro y utilice la derecha para limpiar.
- Al cabo de cierto tiempo, invierta la postura y utilice la izquierda. Asegúrese de que el brazo que limpие tenga el codo flexionado y límpie desde el nivel de su pecho al de sus ojos. Para limpiar por encima de ese nivel, súbase a una escalera u objeto y mantenga una de las manos apoyadas. Vigile que su columna está recta y el peso se reparte entre sus pies y la mano que tenga apoyada.



3.4. LIMPIAR EL POLVO

CONSEJOS

- Para los lugares más cercanos al suelo, agacharse en forma de “Lunge”.
- Para los lugares más altos utilizar o bien pequeños cajones o una escalera (a nivel entre el pecho y los ojos).
- La utilización del trapo puede ser difícil si existen limitaciones en el agarre. Para facilitar esta tarea, se pueden utilizar manoplas especiales para esa función.
- En el mercado pueden encontrarse diferentes plumeros que pueden tener el mango grueso extensible y articulado o mango largo también articulado.



3.5. LIMPIAR LA BAÑERA

CONSEJOS

- Apoyaremos la cadera de forma que podamos estar “colgados”; y las rodillas en el suelo.
- Utilizar una fregona específica para la ducha / bañera.
- Si se desea limpiar la bañera desde su interior, arrodillarse de forma como se lleva diciendo durante todo el documento (mujer fregando).
- Tener los productos de limpieza (paños, líquidos...) dentro de la misma a fin de ahorrar tiempo y esfuerzo.

3.6. LIMPIAR BAÑOS (Ducha, retrete...)

CONSEJOS

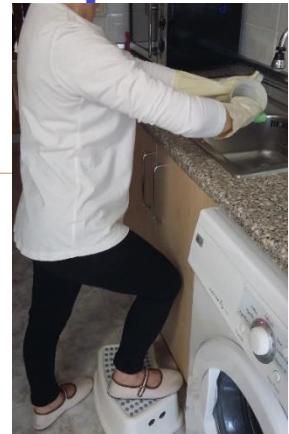
- Tener los productos de limpieza (paños, líquidos...) dentro del mismo a fin de ahorrar tiempo y esfuerzo.
- Para la ducha, utilizar taburete si es necesario y de la misma forma que los cristales.
- Para el retrete, posicionarnos en “Lunge” y apoyar el brazo en la pierna para descansar.



3.7. FREGAR LOS PLATOS Y UTENSILIOS DE COCINA

CONSEJOS

- Asegurarse de que el fregadero está aproximadamente a la altura de su ombligo, de forma que pueda sostener un plato en él con la columna recta y los codos formando ángulo de 90°.
- Mantener un pie en alto apoyado sobre un objeto o reposapiés y alternar un pie tras otro, vigilando que su columna se mantiene recta (se evitará así el “Síndrome de escaparate”).
- Al pasar los platos de un seno del fregadero a otro, hágalo sólo con los brazos, sin mover la cintura.



4. LAVAR Y CUIDAR LA ROPA

Lavar y cuidar la ropa comprende el lavar la ropa a mano o a máquina, secarla, al aire o a máquina, plancharla y, guardarla en el armario o similar. Las principales limitaciones surgen como consecuencia del déficit de la destreza manipulativa, movilidad funcional y la planificación cognitiva.

4.1. LAVAR LA ROPA

CONSEJOS

- Utilizar cestas o bolsas para la ropa sucia con diferentes departamentos para clasificar la ropa o cestas diferenciadas según el tipo de ropa o color.
- Para introducir la ropa en la lavadora, dependiendo de la altura de la puerta de la lavadora, realizar “sentadilla” o “Lunge”.
- Para ayudar a sacar la ropa si no hay alcance suficiente pueden utilizarse pinzas de largo alcance.



4.2. TENDER LA ROPA

CONSEJOS

- Para evitar la caída y pérdida de las pinzas, estas deben de ser lo más anchas posibles a fin de garantizar su agarre. El agarre de las mismas ha de ser con 3 dedos mejor que con 2. En el mercado existen pinzas que necesitan menos fuerza y destreza que las tradicionales.
- A la hora de tender, realizarlo en la cuerda más cercana.
- El ombligo se apoyará en la ventana y la cadera en el alfeizar.
- Colocaremos un pie adelantado y el otro retrasado (no mucho), con ello se relajará la zona lumbar.
- Nunca se tenderá toda la ropa de golpe. Realizar pequeños descansos (sentarse) y estiramientos cada cierto periodo de tiempo. Con ello evitaremos problemas de cervicalgias.
- La ropa de mayor tamaño (sábanas, manteles...) deberá ser tendida al final, en las últimas cuerdas; mientras que las de menor tamaño (calzoncillos, calcetines...) al principio, en las primeras cuerdas.
- Tender las prendas lo más estiradas posible.
- Tender siempre hacia abajo y nunca en tendedores en los que haya que levantar los brazos más de lo debido o mantener esa posición durante mucho tiempo forzando el hombro.
- Para tender pueden encontrarse en el mercado diferentes tendederos: extensibles, giratorios, que disponen de un mecanismo que puede bajar cada una de las cuerdas a la altura necesaria y luego volver a subirlas, normalmente junto al techo, para dejar espacio libre, etc.



4.3. PLANCHAR

CONSEJOS

- La tabla debe estar relativamente alta, llegando hasta la altura del ombligo o ligeramente por encima. La posición del cuerpo debe de ser lo más cercana a la tabla posible. Esta altura permite doblar el codo a 90° y tener el hombro no muy elevado.
- Si se encuentra de pie, mantenga un pie en alto y apoyado sobre un objeto o reposapiés y alterne un pie tras otro. Si en algún momento debe hacer fuerza sobre la superficie, baje el pie del reposapiés, retráselo en relación al otro pie y apoye la mano con la que no sujetla la plancha en la mesa. De esta forma su peso será mantenido por la mano con la que se apoya y sus dos pies, y no lo soportará su columna.
- En esa postura, utilice el brazo, y no su peso, para presionar la plancha contra la tabla.

- Para evitar ladear la cadera cuando realizamos esta acción (Síndrome de escaparate), retrasaremos las rodillas.
- Nunca se planchará toda la ropa de golpe. Realizar pequeños descansos (sentarse o subir más la tabla si es preciso) y estiramientos cada cierto periodo de tiempo.



5. OTRAS ACTIVIDADES

En esta sección se comprenden el resto de actividades domésticas que se diferencian con las anteriores tales como coser, hacer la cama, agacharse a recoger objetos del suelo, coger pesos...

5.1. COSER

CONSEJOS

- La dificultad para coser puede deberse a limitaciones para sujetar la prenda, cortar o enhebrar la aguja.
- Al tratarse de una tarea en la que se necesita la destreza manipulativa, esta se verá incrementada con los consejos aportados en el apartado de “Tareas de coordinación”.
- Preferiblemente realizar esta tarea en posición de sedestación.

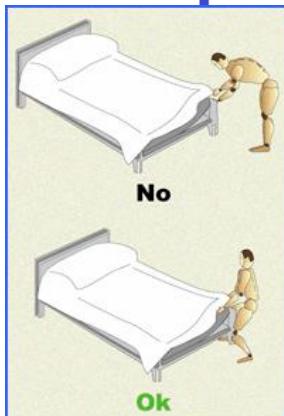


5.2. HACER LA CAMA

CONSEJOS

- Si la cama está pegada a la pared de alguno de sus extremos, sepárela antes de hacerla de forma que la pueda rodear completamente. Tener un acceso mínimo a la cama por 3 lados.
- En posición vertical, deposité la sábana sobre la cama y fije sus extremos por debajo de las esquinas del colchón de la siguiente forma: Sitúese frente a la esquina de la cama, con la punta de un pie frente al borde y el otro paralelo al borde que forma la esquina. En esa postura, flexione las rodillas, levante la esquina del colchón con la mano del lado cuyo pie está frente al borde de la cama -si es necesario, estirando las rodillas para ayudarse- y con la otra mano pase la sábana por debajo.

- Si le está doliendo la espalda, en vez de esa forma puede arrodillarse frente a la esquina y fijar los extremos de la sábana bajo el colchón en esa postura. En ese caso, apóyese en la cama con los brazos para arrodillarse y levantarse.
- Mantener la espalda recta durante toda la acción.
- Para reincorporarse utilizar ambas manos juntas.
- La postura que se habrá adoptado durante estas acciones anteriores será muy parecida a realizar una “sentadilla”.
- Si desea evitar hacer todo lo anterior, hacer la cama sentado en un taburete o instrumento parecido, manteniendo la espalda recta en todo momento.



5.3. AGACHARSE A RECOGER OBJETOS

CONSEJOS

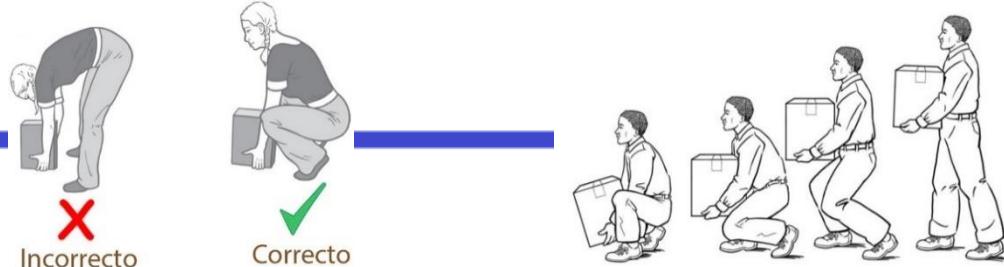
- Primero de todo, adelantaremos una pierna (con la cual realizaremos la mayor parte de la fuerza), y atrasaremos la otra de forma similar a la imagen que aparece la mujer fregando.
- La espalda lo mantendremos lo más vertical posible.
- Si tenemos dificultades para equilibrarnos, nos apoyaremos en la pared o en el mocho en el caso de estar fregando o pasar la escoba.
- Sin darse cuenta estará realizando un “Lunge”.



5.4. COGER PESOS

DIRECTRICES Y CONSEJOS

- **Asegurarse de que el peso de la carga es manejable.** Máximo 15 Kilos a soportar por las mujeres y 25 Kilos para los hombres. Levantar un peso excesivo puede poner en riesgo nuestro suelo pélvico y trasladarse a la espalda.
- **Evita levantar peso por encima de tus hombros o por debajo de tus rodillas.** Cuando levantamos peso desde el suelo debemos realizar una inclinación hacia adelante que provoca una presión sobre el abdomen y éste a su vez, de manera perjudicial, hacia abajo contra el suelo pélvico. Así mismo, cuando levantamos peso por encima de los hombros puede producirse una desestabilización de la espalda, que probablemente se arquee en exceso hacia atrás para compensar e intentar estabilizar el cuerpo, lo cual puede llegar a provocar una lesión. Siempre que tengas que elevar un peso por encima de los hombros intenta proteger la espalda echando un pie hacia atrás. El riesgo de lesión aumenta proporcionalmente a la distancia a la que alejemos la carga de nuestro cuerpo, es decir, cuanto más lejos más riesgo de lesión.
- **Acerca la carga al cuerpo.** Con ello evitaremos cualquier desequilibrio en los ligamentos, los discos intervertebrales o los hombros, que pueda originar una falta de fuerza en los brazos para mantener tal peso.
- **Realizar la técnica del Lunge.** agarraremos con las dos manos la carga, manteniendo la espalda recta, y comenzaremos a elevarnos, apoyando la carga en la rodilla si fuera necesario. También se puede realizar una “sentadilla” pero prestando especial atención a que los pies no se abran hacia el exterior.
- **Mantén la carga frente a ti y evita posturas incómodas y forzadas.** No gires la cintura al mismo tiempo que elevas la carga pues se incrementa considerablemente el riesgo de lesión y separa los pies a la distancia del ancho de tus hombros.
- **Contraer el transverso y activar el suelo pélvico.**
- **No agantes la respiración durante el esfuerzo.** Permite que el diafragma se eleve hacia arriba exhalando el aire de los pulmones y libera cualquier presión abdominal el suelo pélvico.
- **Flexionar las rodillas.** Para que el peso se reparta entre la piernas, brazos y resto del cuerpo adecuadamente.
- **Reducir la frecuencia de cargas y repartir el peso en varios paquetes.** Cuando cargamos peso de manera repetida durante un largo periodo de tiempo, nuestro suelo pélvico acaba agotándose y lo sobrecargamos. Intentar espaciar las veces que debes cargar peso y variar la carga para dar descanso a tus músculos.



TAREAS DE COORDINACIÓN

Antes de entrar de lleno a hablar sobre las tareas de coordinación, es necesario incidir que toda aquella tarea o actividad que suponga cierta “repetición”, ya sea planchar, tender la ropa..., en la que implique un tiempo inmensurable, en conveniente no alargarlas en exceso en el tiempo, hay que “saber cortarlas” realizando pequeños descansos pues sin que nos demos cuenta estas pueden llegar a “estropear” e incluso provocar lesiones y puede dar la diferencia entre que el día vaya bien o se torne a mal.

La mayoría por no decir todas las actividades domésticas requieren cierta capacidad manipulativa (agarre) y coordinación que lamentablemente no se ha trabajado de forma explícita durante las sesiones de ARPER, aunque si de forma implícita como veremos. Es por ello que tiene un apartado aparte de trabajo.

A lo largo de este documento, se ha hecho referencia a que ciertas tareas implicaban la capacidad manipulativa para su desarrollo, pero no se ha llegado a concretar más. Tareas como: Afeitarse; peinarse, abrir y cerrar grifos y puertas; cortar alimentos, abrochar botones, hacer nudo a los zapatos... que no han sido nombrados como tareas específicas durante esta presentación, pero aun así forman parte del ámbito doméstico o de la vida cotidiana requieren de cierto grado de coordinación y habilidad con los miembros superiores (capacidad y destreza manipulativa entre otros) y se considera por ello esencial trabajarlas.

A continuación, se presentan ciertas actividades y ejercicios para ayudar a mejorar estas acciones, que no mejoran directamente la coordinación, pero si la sensibilidad que está ampliamente relacionado. Por ende, al realizar este tipo de tareas implicará un aumento de nuestra sensibilidad, control motor, habilidad, rapidez y coordinación. Estas son algunas de ellas:

- A lo largo de una cuerda (bien en la propia de tender o cualquier otra), ir colocando pinzas lo más rápido posible. No solo la cuerda puede estar en horizontal, sino también en vertical.
- En un caldero lleno de agua (a diferentes temperaturas el agua incluso), ir cogiendo garbanzos o lentejas uno a uno.
- Con los ojos cerrados, reconocer mediante el tacto diferentes objetos metidos en una bolsa.

Estas son algunas de las tareas que desde el ámbito de la “Fisioterapia” han sido recomendadas, pero hay que decir que el realizar acciones cotidianas como las que vamos a ver a continuación pueden ser también producentes de esta mejora de la coordinación:

- Hacer la lista de la compra.
- Lanzar pelota de papel a la papelera.
- Hacer bolillos, manualidades de todo tipo, pintar.
- Escribir (en ordenador o a papel), leer, hacer operaciones matemáticas, crucigramas.

- Acciones lúdicas que impliquen movimiento corporal completo tales como el baile.
- Sesiones de entrenamiento cortas y de poca intensidad (en el momento que aparezca dolor, parar).

Como especial mención, el hecho de hacer cada una de las tareas mencionadas (cortar las uñas, coser, cortar y pelar fruta, abrir y cerrar frascos...) en todos los apartados anteriores, mejorará la coordinación y la fluidez en la manera de realizarlas.

Vemos como estas tareas están dirigidas a la implicación de los miembros superiores (en su mayoría) y cómo ya hemos dicho al incremento de nuestra coordinación. Hay que decir que, como todo en la vida, en el momento que una determinada labor se deja de realizar, esta “involuciona” y es común que al principio el esfuerzo para realizarlo sea abundante pero conforme se va realizando, este va disminuyendo y la facilidad en la ejecución va incrementando.

Por último, a modo de cerrar esta guía, resulta inapelable decir que resultaría corriente y pesado el estar “pensando” en todo momento en la manera de ejecutar correctamente todas y cada una de las acciones de este documento, pero como todo, el “acostumbrarse” hace que el esfuerzo implicado disminuya. Además, ya se ha comentado con anterioridad que ni muchos menos esta guía está “completa” pues aún faltan muchas cuestiones que bien puedan resultar minuciosas, pero al mismo tiempo imprescindibles para la próspera vida de este tipo de personas.

Por eso, como último consejo, sería fructífero e interesante centrarse cada día en asimilar una de las tareas o apartados que se proponen a fin de mejorar su ejecución y aportar ideas u otras soluciones que puedan ser beneficiosas para el perfeccionamiento y progreso del desarrollo de esta guía.

BIBLIOGRAFÍA Y PÁGINAS DE INTERNET

Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas del IMSERSO
(CEAPAT) <http://www.ceapat.es/>

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia.

Portal Ser Cuidador/a <http://www.sercuidador.org/>