

INTERACCIÓN SENSITIVA EN LA VIDA DIARIA

M^a Mercedes Fernández Doblado

Terapeuta Ocupacional

Unidad de Daño Cerebral, Centro Sociosanitario Ntra. Sra. del Carmen. Valencia. España.

mercefd1977@yahoo.es

Adaptación al castellano:

Texto original: “Gespürte Interaktion im Alltag” por F. Affolter, W. Bischofberger, p. 77 - 98; capítulo perteneciente al libro “Wege von Anfang an. Frührehabilitierung schwerst hirngeschädigter Patienten”, Neckar Verlag, 1996.

Fèlicie Affolter es pedagoga y ha trabajado durante muchos años con niños y jóvenes con trastornos de la percepción y con adultos con daño cerebral. Junto con su equipo de trabajo investigó las causas de los trastornos de la percepción, observó el comportamiento y las reacciones de niños y adultos con dicho trastorno, y formularon hipótesis basándose en las observaciones obtenidas. El concepto de Affolter nos ayuda a tener en cuenta las dificultades de nuestros pacientes y a organizar mejor el proceso de aprendizaje de los afectados. Es la fundadora del Sankt Gallen Zentrum, en Suiza, para el tratamiento de pacientes con trastornos de la percepción.

ÍNDICE

Introducción. Unas breves palabras sobre el concepto “percepción”.

1. Cuando falta información sensitiva.

- 1.1. Se produce un fallo en la ejecución de las AVDs.
- 1.2. Entonces no sé dónde está el entorno ni dónde estoy yo.
- 1.3. Entonces no puedo planificar una acción dirigida a una meta ni puedo comprender sus efectos.
- 1.4. La información visual por sí misma es insuficiente para identificar dónde están el entorno y el propio cuerpo, así como para obtener información a cerca de las causas y los efectos.
- 1.5. ¿Cómo puedo ayudar a un paciente para que obtenga una mejor información sensitiva? Lo visual / auditivo vendrá dado por sí solo.
 - 1.5.1. Entorno.
 - 1.5.2. La persona como agente actuante.
 - 1.5.3. La actividad cotidiana.

2. Cuando la organización se desintegra.

- 2.1. Contacto con el entorno. ¿Qué ocurre con mi percepción? Poder cambiar de un ámbito sensitivo a otro.
- 2.2. Cambiar de fuente de información dentro del sistema sensitivo táctil.

3. Conclusiones.

Introducción. Unas breves palabras sobre el concepto "percepción".

1. La percepción no es algo que se pueda estudiar directamente, sólo se puede hacer de forma INDIRECTA. Una de las posibilidades que tenemos para comprender la percepción de forma indirecta es la observación del comportamiento de una persona. De esta forma se pueden relacionar los cambios en su comportamiento, con los cambios que en ese momento se producen en su entorno. Para nuestras argumentaciones siempre vamos a basarnos en estas observaciones, hechas sobre registros de vídeo. En el siguiente texto hemos sustituido las imágenes registradas en los vídeos, por descripciones escritas.

2. La percepción es el proceso cognoscitivo que nos permite conocer el mundo, APREHENDER cómo es el entorno. La palabra "aprehender" (del lat. apprehendere) ya incluye el término "prender", que significa "asir", "agarrar", "sujetar algo". No puedo agarrar una cosa si no la toco. Y sólo puedo tocar cuando cambio las relaciones topológicas (relaciones espaciales) que hay entre yo y mi entorno: si estoy separada del libro, no lo puedo tocar. Ahora toco el libro, lo tomo, estoy en contacto con él. La información esencial a la hora de tocar el entorno es la sensación táctil-cinestésica.

Sentir y percibir están estrechamente relacionados. Por ello, en nuestra exposición, apenas utilizaremos la palabra "percepción", sino que siempre recurriremos a la palabra "sensación".

1. Cuando falta información sensitiva.

Falta de información sensitiva. ¿Qué significa una falta de información sensitiva para el paciente, y de qué forma afecta esta carencia a nuestro trabajo con él? Esta carencia va acompañada de una desorganización de los procesos de búsqueda de información. ¿Cómo se manifiesta esta desorganización y cómo puedo afrontarla?

1.1. Se produce un fracaso en la ejecución de las AVDs.

Aquí no vamos a referirnos a los fallos que puedan obtenerse en los test.

Podemos observar que los pacientes con daño cerebral, según la magnitud de su lesión, muestran actitudes "llamativas" en su vida cotidiana. ¿Tendrá esto algo que ver con la falta de información sensitiva?

Reflexionemos sobre ello.

La vida cotidiana exige una INTERACCIÓN. Cuando me levanto, cuando me lavo, cuando preparo el desayuno, etc. estoy activo (realizo una acción). En la segunda parte de la palabra "interacción" ya se da a entender el concepto de "acción". ¿Pero de dónde surge el concepto "inter-", "entre"?

Las AVDs, o en general los acontecimientos de la vida cotidiana, no sólo tienen que ver con la persona que realiza la acción, con uno mismo, sino que también incluyen el entorno ("entorno" entendido no sólo como superficie / objetos, sino también como personas). Esto significa que en el transcurso de las actividades cotidianas no sólo cambio yo, sino que también el entorno se modifica conmigo, de tal forma que ocurre algo *entre* yo y el entorno.

Con esto acabamos de señalar algo muy importante: la vida cotidiana, con sus interacciones, requiere CAMBIOS. Me pongo la ropa, preparo un café y me lo bebo, para ello tomo la vajilla del armario y luego la recojo; lo que está abierto lo cerraré, lo que está

desencajado lo acoplaré, lo que está separado lo juntaré, y viceversa. Hablamos de CAMBIOS EN LAS RELACIONES TOPOLÓGICAS. Piaget e Inhelder describieron sus extensas observaciones a cerca del desarrollo de las relaciones topológicas en el niño.

Para producir tales cambios y para valorar su realización, es necesario que la información fluya sin interrupción. Yo toco algo (lo agarro), lo muevo (lo llevo de un lugar a otro lugar), lo suelto ahí. Y nosotros sentimos -PERCIBIMOS- estos cambios. La información visual y/o auditiva por sí sola no es suficiente.

Llegados a este punto, entendemos que los problemas de nuestros pacientes con daño cerebral radican en la obtención de la información sensitiva necesaria. Estudios científicos subrayan que los pacientes con daño cerebral muestran un peor rendimiento que las personas sanas en aquellas tareas en las que la información táctil-cinestésica es imprescindible. En los pacientes con daño cerebral una mala recepción de información táctil-cinestésica conlleva una falta de información sensitiva.

Pero además necesitamos información para conseguir determinados CONOCIMIENTOS. Así, en cada momento necesito la información para saber dónde está mi entorno y dónde estoy yo. A lo largo del día se modifican constantemente las relaciones que existen entre yo y mi entorno: ahora estoy junto a la mesa, la puedo tocar, ahora estoy separado de la mesa, junto al armario. Esta información se obtiene básicamente a través de la sensibilidad táctil, la visión es, al principio, secundaria. Si se produce una falta de información sensitiva, el reconocimiento de las relaciones entorno-persona quedan fragmentadas. Por ello, otra consecuencia de la carencia de información sensitiva es que...

1.2. Entonces no sé dónde está el entorno ni dónde estoy yo.

En el centro terapéutico de Burgau (Alemania) se atiende a pacientes con daño cerebral adquirido severo. Cuando se les producen los más pequeños cambios en el entorno o cuando se les moviliza, sienten pánico, golpean y/o muerden p.ej. a la persona que en ese momento está junto a ellos. A menudo se dice de ellos que son "agresivos" y se corre el riesgo de que se les derive a un centro psiquiátrico.

Sr. R, 26 años, 11 meses tras el TCE.

Dos terapeutas le llevan en la silla de ruedas desde su habitación al cuarto de baño. Una terapeuta le mueve las piernas, la otra maneja la silla de ruedas desde atrás. Cuando atraviesan el umbral de la puerta, el Sr. R. comienza a maldecir con cara de horror, y da un puñetazo a la mesa de la silla de ruedas con tanta fuerza que la rompe.

Nosotros nos planteamos: ¿este paciente es agresivo?, ¿o es que el cambio de lugar le ha causado miedo porque con dicho cambio ya no sabía dónde estaba el entorno y dónde estaba él mismo?. ¿Se puede atribuir esta reacción a una falta de información sensitiva, y que con este comportamiento esté buscando más información sensitiva?.

La carencia de información sensitiva también se puede hacer notar en pacientes que se encuentran en fases más avanzadas de la rehabilitación. También ellos pueden tener dificultades al explorar dónde está el entorno y dónde se encuentran ellos mismos.

La Sra. A. se ha recuperado muy bien de un infarto cerebral. Para personas de su entorno que no la conocían antes, sus movimientos no resultan llamativos ni anómalos. Ha regresado a su vida cotidiana y lleva una vida independiente, aunque necesita más tiempo que antes para realizar las tareas domésticas. Sin embargo aún tiene miedo, según nos dice, a cruzar un espacio abierto como p.ej. la plaza del pueblo. Cuando se sienta, sólo después de mucho pensar es capaz de valorar si realmente está sentada o no.

En una valoración neuropsicológica basada en test se puede observar que la Sra. A. fracasa en tareas que requieren una elaboración compleja de información táctil-cinestésica. De ello inferimos lo siguiente: la Sra. A. tiene problemas para obtener información táctil-cinestésica adecuada. Los problemas de la Sra. A. en su vida diaria se pueden atribuir a la existencia de una carencia de información sensitiva.

Una tercera repercusión de la carencia de información sensitiva se refiere a las acciones que forman parte de una actividad cotidiana.

1.3. Entonces no puedo planificar una acción dirigida a una meta ni puedo comprender sus efectos.

La información sensitiva no la necesito tan sólo para saber dónde me encuentro yo y dónde se encuentra mi entorno en un determinado momento, sino también para comprender una cosa más: los acontecimientos de la vida diaria provocan cambios en las relaciones topológicas entre yo y el entorno. Junto al conocimiento de dónde se encuentra el entorno y yo mismo, debo saber cómo puedo cambiar esa relación de forma razonable, es decir, orientada a una meta. Debo planificar mi acción como una CAUSA, y poder comprender los EFECTOS de la acción tras ejecutarla.

En el centro terapéutico de Burgau nos encontramos siempre pacientes que se están moviendo casi sin parar, originando así constantes cambios topológicos; sin embargo no son capaces de organizar estos cambios topológicos ni sus efectos de forma que estén orientados a una meta. Con frecuencia se describe a estos pacientes como "hiperactivos", "agitados" o "con déficit de atención".

Sr. S., 25 años, 11 meses después de una encefalitis por herpes simple.

El Sr. S. se encuentra en la sala de estar con una cuidadora. Acaban de terminar un juego. De repente, se levanta y se dirige a los armarios. Abre las puertas y las vuelve a cerrar, va al siguiente armario, de nuevo abre las puertas y las cierra. Todo esto lo realiza muy rápidamente. Por último, se dirige a una cómoda y abre un cajón, lo cierra, lo abre y lo vuelve a cerrar.

Este comportamiento se puede observar innumerables veces a lo largo del día, tanto en una habitación desconocida como en su propia habitación.

Interpretamos: el comportamiento del Sr. S. es la manifestación de una capacidad muy limitada para conseguir una interacción sensitiva con su entorno.

Esta interpretación se basa en nuestros conocimientos sobre el DESARROLLO EN EL NIÑO DE LA INTERACCIÓN ENTRE "PERSONA - ENTORNO". Este desarrollo se puede describir como una sucesión de unidades de interacción cada vez más complejas: tocar – agarrar – separar / tomar – juntar – soltar – transportar – etc. hasta entender los acontecimientos cotidianos como un continuo "entregar". Estas unidades de interacción están organizadas de forma jerárquica, de modo que una incluye a la otra: agarrar implica siempre tocar, transportar implica siempre tocar, agarrar, quitar, llevar una distancia y dejarlo en otro sitio.

Podemos intentar analizar el comportamiento del Sr. S. según las unidades de interacción que dicho comportamiento comporta: el Sr. S. toca el pomo de la puerta del armario, lo agarra, tira de él, la puerta se separa del marco, la puerta se abre. Por último el Sr. S. lleva la puerta a su posición de partida, la puerta vuelve a estar junto a su marco. Tocar – agarrar – separar – juntar – soltar. Estos son los cambios topológicos característicos de las unidades de interacción de "quitar". El niño utiliza la unidad de interacción de "quitar" en innumerables

situaciones, y así aprende a diferenciar los objetos de las superficies sobre las que se encuentran y de otros objetos del entorno.

1.4. La información visual por sí misma es insuficiente para identificar dónde están el entorno y el propio cuerpo, así como para obtener información a cerca de las causas y los efectos.

Sr. G., 24 años, 4 meses tras el TCE.

El Sr. G. se encuentra en la cocina de terapia ocupacional para preparar un batido de plátano. Para ello debe transferirse desde la silla de ruedas en la que está sentado hasta un taburete que está junto a la mesa. El terapeuta coloca el taburete cerca de la silla de ruedas, de modo que el paciente lo vea. El paciente no se mueve. El terapeuta le explica entonces que debe sentarse en el taburete; el paciente sigue sin moverse.

Deducimos: parece que el paciente no es capaz de utilizar ni la información visual en el primero de los casos, ni la auditiva en el segundo de los casos. No entiende la meta "sentarse en el taburete".

Entonces el terapeuta dirige la mano del paciente hasta que esta contacta con el taburete, pero el paciente sigue sin moverse. El terapeuta acerca el taburete de forma que toque la pierna del paciente. Entonces el paciente se sienta en el taburete.

Interpretamos:

- a) El paciente no puede asociar la información visual y auditiva con las experiencias sensitivas almacenadas. ¿Y esto por qué, si nosotros, personas sanas, podemos hacerlo sin problema? Nos planteamos la cuestión a cerca de las habilidades que encierra ese "podemos": yo me he sentado infinidad de veces en un taburete. La información procedente de esa interacción sensitiva y la información visual y auditiva correspondientes se almacenan en la memoria. Si después veo un taburete, o alguien me dice que he de sentarme en un taburete, dicha información visual o auditiva puede evocar la correspondiente información sensitiva táctil de la memoria. Esto me permite sentarme en el taburete. Este acceso a las experiencias sensitivas almacenadas en el cerebro a través de la información visual o auditiva con frecuencia está alterada en nuestros pacientes. También lo estaba en el Sr.G. de nuestro ejemplo.
- b) La información sensitiva que le llega al paciente a través de la mano parece que tampoco le sirve de ayuda. Sólo cuando el paciente siente el taburete en su pierna es capaz de sentarse en él. Pensamos: tocar con la mano significa dar un rodeo. Para sentarme, debo mover la mitad inferior del cuerpo, incluidas las piernas, y no tanto las manos. Más adelante volveremos al problema de dar un rodeo.

A menudo podemos observar un comportamiento parecido en pacientes que se fatigan en la búsqueda de información táctil-cinestésica adecuada. Esta dificultad para conseguir suficiente información sensitiva puede observarse claramente en nuestros pacientes a la hora de subir escaleras.

El Sr. S. sube las escaleras sin mirar los escalones. Arrastra un pie por la superficie plana de cada escalón, hasta que siente una resistencia (el tope) del siguiente escalón. Arrastra el pie hacia arriba, contra esta resistencia, hasta que llega a la superficie plana del siguiente escalón. Ahí apoya el pie, y eleva su cuerpo hacia arriba, hasta que de la misma forma apoya el otro pie.

Podemos observar un comportamiento similar en los niños pequeños cuando suben una escalera que no les es familiar, o en nosotros mismos cuando subimos escaleras a oscuras.

Por desgracia, muchas personas no pueden explicarse el comportamiento de un paciente como el que se observa en el Sr. S. Un paciente tal puede ser considerado hiperactivo o apático, y corre el riesgo de ser trasladado a un centro de psiquiatría.

1.5. ¿Cómo puedo ayudar a un paciente para que obtenga una mejor información sensitiva? Lo visual / auditivo vendrá dado por sí solo.

El desarrollo del niño pequeño nos hace suponer los siguientes niveles respecto al almacenamiento de las experiencias sensitivas y su posterior evocación:

- las interacciones sensitivas se experimentan y se almacenan de forma separada de la información visual,
- después de una experiencia predominantemente sensitiva, a esta información sensitiva obtenida en la interacción se le añade la correspondiente información visual (se observa a menudo a partir de los 4 meses),
- con la recepción de la información visual de una situación, se deducen las correspondientes experiencias sensitivas almacenadas en la memoria (de los 8 meses en adelante).

Por ello, mi meta será ofrecerle al paciente la posibilidad de experimentar una interacción sensitiva. En todo momento he de ser consciente de que la interacción (como acontecimiento) transcurre entre la persona (paciente) y el entorno. Por tanto, si quiero ayudar al paciente debo tener en cuenta a la persona actuante, el entorno y el acontecimiento. En primer lugar vamos a reflexionar sobre el entorno, luego sobre la persona actuante, y por último sobre el acontecimiento, que unifica a los dos elementos anteriores.

1.5.1. Entorno.

Ya hemos indicado con anterioridad que los acontecimientos cotidianos exigen cambios en las relaciones topológicas que hay entre el entorno y yo. Esto requiere que en cada fase de la actividad yo tengo que saber dónde estoy y dónde está mi entorno. Para poder saberlo debo poder tocar el entorno, o bien debo poder evocar la correspondiente experiencia sensitiva táctil almacenada en base a una información visual (muchos pacientes con daño cerebral a penas pueden hacer esto).

La conclusión que podemos sacar de esta reflexión es la siguiente: durante la realización de las actividades cotidianas yo debo proporcionarle al paciente la mayor cantidad posible de contactos procedentes de un entorno estable. En lo posible evitaré que el paciente tenga que moverse por un espacio abierto. ¿Qué significa esto? Pongamos un ejemplo obtenido en una clínica geriátrica:

La Sra. M. es una paciente agitada. Mueve los brazos en el aire, no para de hablar y a penas se entiende lo que dice. Con frecuencia el contenido de su discurso trata sobre la muerte, que va a ser envenenada o asesinada... Al personal le resulta difícil soportar tal actitud.

Resulta que estamos impartiendo un curso sobre este tema en esta misma clínica. Dos alumnos del curso intentan aplicar con esta paciente lo que han aprendido sobre la organización del entorno.

Los alumnos se encuentran a la paciente sentada en el cuarto de baño. La auxiliar menciona que es agotador no poder dejar a la Sra. M. ni un segundo sola. La Sra. M. está sentada en mitad del cuarto de baño, sin poder tocar en absoluto el entorno. Los alumnos del curso intentan modificar la situación. Sientan a la Sra. M. en una esquina del cuarto; la Sra. M. se tranquiliza. La auxiliar queda asombrada y pregunta: "¿tienen más trucos como este?".

La Sra. M. tiene que comer. Otra auxiliar menciona nuevamente que la Sra. M. no puede comer ni beber sola debido a su agitación motora. ¿Cuál es su entorno para comer? La mesa está en mitad de la habitación. La Sra. M. está sentada en la silla de ruedas. Sus reposabrazos están tan altos, que la silla de ruedas no se puede meter por debajo de la mesa.

Los alumnos del curso modifican el entorno. Colocan la mesa de forma que el borde lateral esté en contacto con una pared y cercana a la otra pared; de esta forma a la Sra. M. se le ha sentado en el rincón. La silla de ruedas de la paciente se ha cambiado por otra silla cuyos reposabrazos son más bajos. Ahora sí que se puede acercarse a la Sra. M. a la mesa de modo que su cuerpo contacta con el borde de la mesa. Delante de ella está la mesa, a un lado está la pared. De pronto la Sra. M. se tranquiliza. Se puede guiar su mano hacia el vaso y bebe sola. Mira alrededor y dice: "¡Qué bonito día!".

Las siguientes reflexiones se refieren a la persona actuante en la interacción.

1.5.2. La persona como agente actuante.

En lugar de dirigirme al paciente de manera verbal o visual, yo GUÍO al paciente: coloco mis manos sobre sus manos, los dedos de mi mano derecha sobre los de su mano derecha, los dedos de mi mano izquierda sobre los de su mano izquierda, y así guío su cuerpo en las diferentes actividades.

De aquí surge una cuestión importante: ¿se puede transmitir a otra persona conocimiento sobre un acontecimiento a través de información sensitiva táctil-cinestésica? Una experiencia personal nos puede ayudar a dar respuesta a esta pregunta: vamos a imaginarnos una situación guiada, parecida a la del paciente guiado. Cierro los ojos. Alguien toma mi mano y comienza a realizar una actividad conmigo, sin que yo sepa de qué actividad se trata. De esta forma podemos experimentar cómo en nuestro cerebro se estimulan los PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.

Por tanto deducimos:

- a) Es posible adquirir un conocimiento sobre un acontecimiento a partir de la información táctil-cinestésica.
- b) El hecho de ser guiado en una actividad desencadena en la persona una valiosa estimulación de los procesos de resolución de problemas. Esto significa para nuestros pacientes la estimulación de una mayor autonomía.
- c) Guiar al paciente no significa tan sólo "tocar al paciente". Hay que guiar al paciente en una interacción cotidiana con el entorno, es decir, solucionando problemas. El contacto con el paciente está, por tanto, orientado a una meta.

Y con esto llegamos a la cuestión de la actividad.

1.5.3. La actividad cotidiana

El concepto "actividad", "acontecimiento" es complejo. Vamos a seleccionar 2 aspectos importantes:

- a) Los problemas que se plantean al comienzo de una actividad, durante la actividad, o cuando se ha terminado un paso del programa y debe comenzar el siguiente.
- b) Los problemas que surgen en relación con dar un rodeo.

a) Toda actividad tiene un COMIENZO. Nosotros, que somos personas sanas, en nuestra rutina cotidiana apenas pensamos en la cantidad de decisiones que debemos tomar antes de poder comenzar una actividad.

Y justamente ese momento en el que hay que elegir, en el que hay que destacar lo que es importante y descartar lo que no lo es, puede ser muy crítico para nuestros pacientes. Por ello aportamos aquí algunas ideas al respecto.

Se dice que una situación es rica o que es pobre de estímulos. Para nosotros ninguna de estas expresiones es necesaria, ni rica ni pobre. Lo importante es la situación cotidiana. En una situación cotidiana siempre existen objetos y personas en el entorno que son importantes o superfluos, relevantes o irrelevantes.

Sabemos que los procesos de selección (priorización) y juicio son componentes que pertenecen al PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS. Hay que clasificarlos dentro de los procesos de búsqueda de información, es decir, procesos que originan dificultades a nuestros pacientes. Justamente por ello, cuando estemos guiando a un paciente en una actividad, también se incluirán en el campo de trabajo p. ej. algunos objetos superfluos.

Sr. S., 36 años, 11 meses tras la lesión cerebral por TCE.

Hay que ponerle una funda limpia a la almohada. El paciente quita la funda sucia a la almohada. Delante del paciente hay una pila de fundas limpias. Se le guía de forma que toca la parte superior de la pila. Pero lo que toca no es una funda de almohada. Va levantando una tela tras otra hasta que toca una funda de almohada. El paciente toma (siempre de forma guiada) la funda de almohada y tira de ella para sacarla del montón.

Pensamos: en una actividad cotidiana como puede ser "tomar una funda para la almohada" nos encontramos con diferentes objetos que no guardan relación con la actividad en sí misma. Debemos elegir y decidir qué es importante y qué es irrelevante, qué es necesario y qué inútil.

La terapeuta actúa de la siguiente forma con el Sr. S. Busca con él la funda de almohada. Toca con él diferentes objetos en el campo de actuación, los toca y los aparta (irrelevantes), hasta que llega a la funda buscada (relevante).

Un factor primordial en el comienzo de la actividad es la INFORMACIÓN. ¿Qué información he de proporcionar al paciente para que comprenda la situación?

A menudo la información visual no es suficiente. El paciente necesita información sensitiva a cerca del comienzo de la actividad. Ya hemos mencionado el ejemplo del Sr. G., que debía sentarse en un taburete junto a la mesa. El Sr. G. miraba el taburete y no comprendía. Escuchaba la orden verbal, y no comprendía. Tocaba el taburete con la mano, y no comprendía. Sólo cuando sintió el taburete en su pierna, justo ahí donde ha de comenzar la transferencia al taburete, le resultó clara la actividad.

El Sr. F. tiene que cortar una manzana. La terapeuta le da la manzana en la mano; el Sr. F. no entiende. La terapeuta le da el cuchillo en la otra mano, y la cara del paciente se ilumina, se deja guiar en la actividad "cortar la manzana", y está atento en el transcurso de la misma.

Puede ser que darle al paciente en la mano un objeto relevante para la actividad sea insuficiente para comprenderla, por lo que además será necesario que se le guíe en el primer paso de la acción.

b) En el transcurso de la actividad puede aparecer otra dificultad: tener que dar un rodeo.

Sr. G., del ejemplo "sentarse en el taburete".

El Sr. G. está ahora sentado en un taburete a la mesa. Comienza la preparación del batido de plátano. La batidora está en la mesa a la izquierda del paciente, delante de ella hay una bolsa con plátanos. El terapeuta guía al Sr. G., toma un plátano de la bolsa, comienza a pelarlo. El Sr. G. asume la acción, se lleva el plátano pelado a la boca y se lo come.

El terapeuta piensa: tendría que haber triturado el plátano, luego mezclarlo con la leche, y sólo entonces habérselo tomado en forma de batido. ¡Menudo rodeo para tomarse un plátano!. Recordemos la transferencia al taburete. Sólo cuando el taburete estaba en contacto con la pierna del Sr. G., se sentó en él. Se trata de una acción directa, sin rodeos. Ahora el Sr. G. está sosteniendo un plátano en la mano. ¿Cuál es la acción directa? Comérselo.

El terapeuta sigue pensando al respecto: la próxima vez que coja un plátano, tendré que ser más rápido y guiar rápidamente al paciente para que lo ponga en el recipiente apropiado para batir.

El paciente pela otro plátano. El paciente lo sostiene con la mano derecha. Parte un trozo del plátano. El terapeuta dirige la mano izquierda del paciente, toma el trozo de plátano que ha partido y lo lleva al recipiente. En cuanto el Sr. G. toca la batidora con su mano izquierda, es capaz de soltar el trozo de plátano en el recipiente. El otro trozo del plátano, que es sostenido con la mano derecha, se lo lleva en ese momento a la boca y se lo come.

Resumimos:

Algunos pacientes con daño cerebral llaman la atención cuando realizan interacciones cotidianas. El día a día requiere cambios de las relaciones topológicas. Tales cambios exigen: tocar – agarrar – transportar – soltar. La información básica para estos cambios topológicos es la información sensitiva. Justo aquí es donde nuestros pacientes acusan un déficit. Esta situación implica que yo he de proporcionar al paciente un aumento de interacción en su día a día, y que tendrá lugar en un entorno estable. De este modo le facilito conseguir una mayor información sensitiva.

Por eso nuestra tarea es:

- a) proporcionar al paciente un contacto abundante y una organización del entorno (superficie estable, junto a la pared), para que con ello pueda volver a reconocer dónde está el entorno y dónde está su cuerpo;
- b) en lugar de dar al paciente instrucciones verbales al comienzo de una actividad cotidiana, yo le guiaré en la actividad, de forma que mediante la interacción orientada a una meta que le estoy proporcionando se activen los procesos de resolución de problemas.

2. Cuando la organización se desintegra.

La carencia de información sensitiva va acompañada de una desorganización en la búsqueda de información. Si queremos ayudar al paciente a largo plazo, debemos

ocuparnos entonces del concepto "organización de la búsqueda de información". ¿Qué significa?

En cada momento de mi existencia dispongo de innumerables fuentes de información (receptores) a través de los cuales yo puedo recibir información a cerca de mi entorno y de mi cuerpo. Si a todas estas fuentes de información les diera el mismo valor se desencadenaría un caos en mi cerebro.

Imaginemos que regresamos a casa agotados. Tenemos ganas de descansar, de tranquilidad. En lugar de eso, nos encontramos con toda la familia en casa, que está esperándonos porque cada uno quiere contarnos una cosa aparentemente muy urgente; además en la puerta de casa también tenemos visita de unos amigos... ¡el caos!

Para evitar eso, nuestro cerebro debe poder decidir en fracciones de segundo qué fuentes de información son importantes en cada momento y cuáles son irrelevantes. Esto es una habilidad enormemente compleja. No supone sólo tomar esa decisión sino también, y como consecuencia de ello, realizar un cambio de fuente de información, es decir, tener flexibilidad para cambiar el canal informativo.

2.1. Contacto con el entorno. ¿Qué ocurre con mi percepción? Poder cambiar de un ámbito sensitivo a otro.

Me dispongo a tocar la mesa con mi mano (hago un movimiento). Mi cerebro debe controlar ese movimiento (para ello son importantes las fuentes de información cinestésica). Toco la mesa con mi mano; mi cerebro debe ser capaz de cambiar de una fuente cinestésica, que era tan importante hasta ahora, y pasar a una fuente de información táctil, y no a cualquiera, sino a aquella que se hallan entre mi mano y la mesa.

En los pacientes con daño cerebral suele ser llamativo que cuando se les mueve. p.ej. durante los cuidados de enfermería, se ponen rígidos, y que esa rigidez persiste. Nosotros suponemos que lo que se pone aquí de manifiesto es la dificultad para pasar de una fuente de información cinestésica a una táctil.

Ya hemos mencionado lo importante que es ayudar al paciente, poder contactar lo más frecuentemente posible con él de forma orientada a una meta, para que así pueda volver a saber dónde está el entorno y dónde su cuerpo. Aquí tenemos una segunda meta del contacto: ayudar al paciente a cambiar de fuente sensitiva, y pasar de un marcado patrón aferente cinestésico a uno marcadamente táctil.

2.2. Cambiar de fuente de información dentro del sistema sensitivo táctil.

Durante los cuidados básicos, cuando una determinada acción ha finalizado (cambio topológico), debemos proporcionar al paciente un cambio de las fuentes de información dentro del sistema sensitivo táctil. Con ello se produce un nuevo contacto con el entorno estable. Esto lo llamamos "guía asistencial".

Junto a dicha guía asistencial, en la terapia utilizamos también otro modo de guiar al paciente, es la llamada "guía intensiva". Esta forma de guiar es muy complicada y requiere muchas habilidades por parte del terapeuta. Uno de los recursos que el terapeuta debe tener es, entre otros, el conocimiento de tres fases especiales que tienen lugar en el marco de la interacción de la vida diaria. Estas tres fases también se pueden observar en un cerebro sano. Estas fases son:

1. La acción orientada a una meta.
2. La búsqueda de información.
3. La iniciativa para pasar a la siguiente acción (y volvemos a la fase 1... etc.).

La segunda fase es especialmente importante para la cuestión del cambio de fuente de información dentro del ámbito sensitivo. En esta fase buscamos una información valorada para poder juzgar,

- a) si se ha conseguido el efecto que se buscaba,
- b) dónde está el entorno en cada momento y dónde estoy yo.

En b) se pone en juego la compleja organización del cambio de fuentes de información dentro del sistema sensitivo táctil.

Sra. M., hace 8 años de la lesión por TCE.

La Sra. M. se mueve de una forma muy tensa, a menudo su boca está ligeramente abierta y sus manos en movimiento. En cuanto alguien la lleva a otra habitación en la silla de ruedas, o si se encuentra con otras personas, pregunta repetidamente: "¿Eso qué significa? ¿Eso qué significa?". Si se le explica lo que está ocurriendo, enseguida vuelve a hacer la misma pregunta. En todo momento quiere saber lo que hacen sus familiares, que no están presentes, aunque se le acabe de explicar.

Nuestra interpretación: la búsqueda de información de la Sra. M. está marcada por el canal auditivo, ella habla y habla, y así obtiene información auditiva del entorno. Sin embargo, apenas puede sacar provecho de la información verbal que se le da, ya que sólo puede imaginarse su contenido de manera fragmentada. Su comprensión del lenguaje está muy limitada. Además de buscar información auditiva también está buscando información cinestésica. Esto lo expresa su estado de tensión, sus dedos agarrotados y un continuo y rápido movimiento de búsqueda.

Los cuidadores y familiares de la Sra. M. la guían de una forma muy "superficial". Esta forma de guiar estimula los procesos de resolución de problemas. Ya hemos hablado de esta posibilidad. Observamos a la Sra. M. en una de estas situaciones en las que era guiada, y lo filmamos en vídeo. La Sra. M. está atenta durante la acción (se ha conseguido la meta de la actividad guiada, la Sra. M. reflexiona sobre las "causas y consecuencias" en función de la información sensitiva). Pero si se considera su comportamiento partiendo de la organización de las fuentes de información, tal y como lo acabamos de plantear, se plantean entonces dos cuestiones importantes:

- a) ¿Es capaz de cambiar de una información principalmente cinestésica a una información principalmente táctil? Esto se tendría que manifestar con una relajación de su cuerpo, con una relajación de su expresión facial, con un cierre de la boca, con un contacto con el entorno realizando cambios topológicos. Pero sin embargo estas manifestaciones no están presentes.
- b) ¿Es capaz, al tocar, de cambiar de fuente de información dentro del sistema táctil? Esto se tendría que manifestar con una "búsqueda de información táctil" con diferentes partes del cuerpo, una vez ya se ha producido una acción (cambio topológico): ¿dónde están ahora mis manos? Sobre la mesa estable. ¿Dónde está mi cuerpo? Junto al borde de la mesa. ¿Dónde estoy sentada? En la silla. ¿Dónde están mis pies? Sobre un suelo firme, etc. De nuevo no observamos nada que indique tal cambio de fuente de información. El cuerpo de la Sra. M. no se mueve, no se produce ningún cambio en el contacto con su entorno, las piernas siguen igual de tensas, inmóviles como una tabla. De la misma forma apenas se reduce la tensión del cuello y ni la posición de la cabeza.

Nuestra interpretación: todas estos hechos llamativos nos hacen suponer que en este caso subyace un trastorno de la percepción: una imposibilidad de organizar la búsqueda de información. Esta imposibilidad tiene como consecuencia una gran carencia de información sensitiva. Por ello la Sra. M. no puede responder a las preguntas sobre "dónde está el entorno" y "dónde está su cuerpo". Le falta la capacidad para darse cuenta de los cambios en el entorno. Este es el porqué de su incansable pregunta "¿qué pasa?": la incapacidad para dar un significado a las formas verbales.

¿Qué hacer? Hemos guiado a la Sra. M. de forma intensiva. No sólo hemos intentado proporcionarle información sensitiva sobre las causas y las consecuencias en su búsqueda de información, que era a lo que aspiraba la guía asistencial. Además de eso hemos intentado buscar con ella la información sensitiva a través de la relación entre el entorno y su propio cuerpo. Esto requiere tocar el entorno y poder pasar del ámbito sensitivo cinestésico al táctil (condición a) de la organización de la búsqueda de información). También requiere poder cambiar de la fuente de información dentro del sistema táctil (condición b) de la organización de la búsqueda de información): ¿dónde está mi mano que acaba de moverse?, ¿dónde está tocando mi mano al entorno?, ¿dónde está mi brazo..., mi cadera, estoy sentado en una silla..., dónde están mis pies..., están tocando mis pies un suelo estable...? Y esto se hace de manera guiada, no hablada.

El análisis de los comportamientos grabados en los videos nos dieron una interpretación positiva: nuestra guía intensiva con la Sra. M. tuvo éxito y conseguimos desencadenar los cambios en el comportamiento antes mencionados. La conducta verbal se hizo más adecuada en las pausas de la actividad. Conclusión: la guía intensiva origina importantes cambios en el comportamiento de la Sra. M., en el sentido de una mejor organización de la búsqueda de información. Esto significa que la Sra. M. necesita una guía intensiva para reducir su grave trastorno de la percepción.

La guía intensiva también puede ser importante con pacientes a los que ya se les ha dado el alta en la rehabilitación por considerarse que ya pueden volver a su vida cotidiana. Pero si se observa con detenimiento su actuación en las AVDs, se ve que necesitan mucho más tiempo que antes para su ejecución, que evitan las actividades de programación compleja, y que actúan de una forma más tensa en relación con el entorno, hechos que, a menudo, ellos mismos notan. Con frecuencia, las personas cercanas a él hablan de "cambios de personalidad". Ya mencionamos al respecto las dificultades de la Sra. A., por poner un ejemplo, cuando debía juzgar si realmente estaba sentada, o su miedo a cruzar un espacio abierto. La Sra. A. nos pidió ayuda. Esta ayuda la obtuvo a través de la guía intensiva.

3. Conclusiones

- a) Como terapeuta, debo proporcionarle al paciente una interacción sensitiva en la vida diaria, en el sentido de resolución de problemas.
- b) Para ello debo ofrecerle un entorno estable con posibilidades para tocar.
- c) Debo guiar al paciente lo más frecuentemente posible en situaciones cotidianas de la vida diaria, y de esta forma ayudarle en la búsqueda de información sensitiva, ya sea con una guía intensiva o asistencial.