

TERAPIA OCUPACIONAL

ADAPTACIONES BLANDAS
Y OTRAS ADAPTACIONES
DE BAJO COSTO

T.O. GRACIELA PETROLINI



TERAPIA OCUPACIONAL

**ADAPTACIONES BLANDAS
Y OTRAS ADAPTACIONES
DE BAJO COSTO**

T.O. GRACIELA PETROLINI



Graciela Petrolini
Terapista Ocupacional

graciela petrolini@yahoo.com.ar
(+5411) 155.564.2712

Diseño Grafico. Lucas Haedo



Este es un libro que tiene como fin transmitir mi experiencia profesional. Las adaptaciones blandas descritas fueron probadas en mis pacientes con buenos resultados. Mi objetivo es que puedan ser replicadas por terapeutas ocupacionales y optimizar los resultados.

Debo aclarar que las mismas producen el efecto publicado mientras están puestas, provocando un efecto residual al quitarlas.

La indicación de uso es durante una actividad o en reposo en el caso de paciente severo.

No se deben usar en forma permanente, ya que el paciente se acostumbraría a la adaptación la cual perdería su efecto.

El primer desafío con las adaptaciones blandas, fue este paciente, con severa encefalopatía, que trabaje con el equipo de parálisis cerebral del IREP. Y en especial con la Lic.Kga.Nora Gufanti que me acompañó durante todo el proceso de tratamiento de Ricky, para llegar al resultado final, de la última postura, tarea que duro aproximadamente un año, de consulta de 2 veces por semana.

El desarrollo profesional de las adaptaciones blandas fue realizado en su totalidad en el Servicio de Terapia Ocupacional de niños, del Instituto de Rehabilitación Psicofísica, (I.R.E.P.). desde la década del 90 hasta el 2013 que me jubile.

Mi reconocimiento a la Terapeuta Ocupacional Helvia LLambi que me enseñó a apasionarme con la profesión, y a aprender a mirar la dificultad y como solucionarla.

Al Dr.Luis Li Mau que redactó conmigo el texto de este libro

A mis compañeras y amigas Lic. En Terapia Ocupacional Viviana Michienzi , Lic. En Terapia Ocupacional Mariana Mello, Lic. Terapia Ocupacional Margarita Lofrano, que me acompañaron en este desafío.

ADAPTACIONES BLANDAS

INTRODUCCION, DESARROLLO Y CONFECCIÓN

El trabajo con niños con problemas neurológicos, lleva a probar diferentes estrategias, el abordaje tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, la cual emplea más recursos por costumbre, que por solucionar la dificultad.

En la evaluación, cuando se le pide a la mamá, que maneje al niño como lo hace en su casa, aparecen conductas que tienen que ver muchas veces, con que el paciente esté entretenido, y pocas para modificar sus hábitos.

Es necesario hacer el señalamiento correspondiente, imitando lo realizado por el familiar y estimularlo a que encuentre la diferencia, por Ej. entre cantarle y que el niño escuche la radio.

Un objetivo importante, es llevar a la familia al cambio de hábitos, y acompañarlos a abandonar esas costumbres, que interfieren en el tratamiento.

La posibilidad de que el niño capte los estímulos externos y los procese adecuadamente para generar una respuesta motora satisfactoria, dependerá, entre otras variables del control que pueda ejercer sobre sus movimientos.

Cuando realizamos un movimiento, los músculos que favorecen la acción llamados, agonista, se contraen, mientras que aquellos que producen la acción contraria a los que se los denomina antagonista, se relajan, para favorecer el movimiento. Esta armonía de funciones, esta alterada en el niño con parálisis cerebral.

.Estos niños no tienen una buena información con respecto a la ubicación de su cuerpo en el espacio, esta mala información es consecuencia entre otras variables, de las alteraciones del movimiento .Cuando se fuerza a una corrección al patrón anormal, en lugar de lograr la postura esperada, se refuerza la actitud patológica, por ejemplo un niño con reflejo tónico nuczal asimétrico derecho presente, si se lo fuerza a llevar su cabeza hacia la izquierda, ofrecerá mayor resistencia hacia este movimiento, este niño no tiene un tono normal, no puede recibir la imagen adecuada ni adecuar sus movimientos, a los estímulos externos

Cuando se modifica el movimiento con la mano de un familiar o terapeuta en forma lenta y ofreciendo poca resistencia, los músculos involucrados pueden relajarse.

Si se puede tener información diferente, inhibiendo las posturas patológicas, y si el tono muscular cambia y logra normalizarse algo, el movimiento será mas puro y gratificante y el paciente intentará repetirlo. Al utilizar adaptaciones blandas, que ofrecen una resistencia maleable, se puede llegar beneficiosamente a este resultado. El sistema del tacto tiene el órgano más grande de todo el cuerpo, qué es la piel, las adaptaciones blandas ingresan propioceptiva mente.

Un niño para desarrollarse normalmente, necesita recibir sensaciones de tocar, de que lo toquen, de mirar, etc.

El tacto hace posible el ordenamiento de los estímulos, tocar es la base de una imagen de la realidad., dando información al cerebro sobre el estado del cuerpo y su alrededor.

La piel, en toda su extensión, discrimina los estímulos buenos o incómodos.

Si hay un estímulo durante mucho tiempo, nos acostumbramos a él y solo nos damos cuenta cuando falta, la única forma de estímulo sin acostumbramiento es el dolor.

La propiocepción, es el sentido del mismo cuerpo, la sensación de la postura en el espacio.

Las alteraciones de este sistema en los niños con parálisis cerebral, hace que se busquen alternativas para que su piel reciba la información necesaria y la respuesta al estímulo sea más ordenada

Considero que, al ofrecer una resistencia blanda al movimiento, existe la posibilidad de que éste sea más productivo, ya que no es una mano que se opone groseramente, sino que es un elemento flexible que le ofrece resistencia blanda y contención a todo el cuerpo o a parte de él. Las características del material, y la influencia, aportada por la tracción que ejercen las tiras de abrojo, producen el resultado que se ve en las ilustraciones.

Este resultado aparece mientras se use la adaptación.

Las sensaciones dicen al cerebro lo que el cuerpo está haciendo

La integración sensorial es la organización de estas sensaciones, convirtiéndolas en información. En el niño sano esta integración es automática, en el niño con parálisis cerebral, debemos estimularla para que se pueda desarrollar.

El uso de elementos duros, tablas que se colocan en los asientos, coderas con varillas, etc., hace que el paciente tarde mas tiempo en adecuarse y no reciba una sensación agradable, ni funcional.

La familia, sabe facilitar el desempeño de estos niños, pero no siempre en forma correcta, esta modalidad implica muchas veces que la actividad no este preservando las capacidades que el niño puede desarrollar, si no, aumentando sus dificultades, deshaciendo lo que se hace en el tratamiento.

En los niños con parálisis cerebral siempre los movimientos dirigidos hacia un objeto, implican un gran esfuerzo de coordinación y equilibrio por eso prefiero realizar algunas actividades con un buen asiento contenedor, para que el niño no tenga que preocuparse por mantener el equilibrio, sino por lograr su objetivo, y siempre con los pies apoyados, nunca en el aire.

Las adaptaciones blandas están diseñadas terapéuticamente para pacientes con daños neurológicos, apuntan a la modificación de la postura, a la modificación del movimiento involuntario, y a la relajación, por medio de elementos que actúan sobre el cuerpo y fuera de él. Las adaptaciones están confeccionadas con goma espuma de preferentemente de alta densidad, según el objetivo, y recubiertas con materiales específicos, telas blandas, suaves y cálidas, las cuales también satisfacen las necesidades que la indicación requiera.

Dentro de la práctica profesional de la terapia ocupacional, se trata de lograr la mejor función y otorgar por medio de adaptaciones puntos de apoyo para optimizar el movimiento y la postura. Estas adaptaciones me han dado buen resultado en pacientes con parálisis cerebral, sobre todo en aquellos tan severos, donde, el posicionamiento es lo que se puede hacer por ellos.

Las adaptaciones blandas no deben ajustar, en el caso de las bandas se debe poder pasar un dedo cómodamente entre el cuerpo y la adaptación, si el paciente tuviera alguna reacción de piel, con respecto al material que esta recubierta la gomaespuma no se debe poner sola, sino sobre una prenda finita.

Es mejor ocultarlas debajo de la ropa, para que la información propioceptiva táctil, sea más productiva.

Las adaptaciones blandas deben estar fabricadas con goma espuma, la que no puede ser reemplazada por otro material, el cual no daría el mismo resultado.

Los efectos de las adaptaciones blandas se producen mientras se usen y desaparecen segundos después de sacarlas.

Las adaptaciones al principio molestan y puede ser que el niño haga resistencia a las mismas, por eso es importante que se les de tiempo, que puedan jugar con ellas, que el niño sienta que no lastiman, y que solo las utilizará cuando este realizando una actividad, necesitando entrenamiento para su uso. Se aconseja hacerlas con diseños infantiles.

Las adaptaciones que van sobre el cuerpo, no deben ponerse siempre, ya que el paciente se acostumbrará y perderá la información. Si hay un estímulo durante mucho tiempo nos acostumbramos y solo cuando falta nos damos cuenta.

Es aconsejable el uso de las adaptaciones durante las actividades para que facilite las mismas, con intervalos de no uso, que se mantengan durante el mismo tiempo. Esta aplicación hace que el paciente no se abandone a la facilitación de la adaptación, si no que busque poder realizar la función sin ella.

Las adaptaciones blandas proveen una sensación agradable, ya que no contienen ningún elemento duro.

Haciéndolas de mayor tamaño se usan en pacientes adultos.

Cuando la goma espuma pierde la densidad hay que reemplazarla.

A continuación, pasare a describir cada una de las adaptaciones, su aplicación en el paciente y los beneficios obtenidos.

CODERA

Se coloca sobre la articulación del codo, enrollándola en oposición a la postura patológica, si el miembro superior, está en pronación, la información de la codera debe ser hacia la supinación y viceversa, la codera al ser totalmente blanda, permite que el codo se flexione, la goma espuma tiene la posibilidad de expandirse produce un efecto rebote, asistiendo a la extensión del codo.

La mano al estar mas abierta, a consecuencia de la relajación del codo, se prepara mejor para la prehensión y ayuda a que el pulgar salga de adentro de la palma.

Proporciona un espacio, entre la orden y la ejecución de la acción, lentificando el movimiento, lo que beneficia a la coordinación en pacientes con movimientos anormales, en los cuales también aporta un trazo mas suave en la escritura

Impide que el codo choque con la superficie dura de la mesa

En el caso de pacientes con hemiparesia, estabiliza el codo durante la marcha.

En la imagen podemos observar que la codera se ha colocado en el miembro superior derecho, para inhibir el movimiento involuntario que interfiere en la actividad.



En este caso la codera tiene abrojo en forma vertical lo que asiste a la extensión, mejora el apoyo y estabiliza la postura.

El uso de la codera en la acción de alcance de un juguete, permite una mayor apertura de la mano, en este caso los velcros están puesto en forma horizontal para no darle al codo una información rígida. Siempre el abrojo se lo lleva a la postura opuesta, en este caso la información es hacia la supinación.

Asiste a que el pulgar salga de adentro de la mano.

RODILLERA

Se colocan sobre la articulación de la rodilla con el objetivo de relajar una postura, al ser la adaptación blanda se puede colocar con la rodilla flexionada, doblando la adaptación y puede ser utilizada para favorecer una extensión programada.

En este caso los abrojos se colocarán en forma horizontal permitiendo que la articulación de la rodilla sea más fácil. y siempre orientados hacia la postura opuesta.

Se usan para dormir, y es un paso previo para las valvas rígidas.

Evitan que el paciente se lastime por roce.

Pueden ser utilizadas también en la bipedestación estabilizando la extensión de rodillas, en este caso el abrojo ira en forma vertical, para asistir a la extensión.



BANDA PARA CINTURA PÉLVICA

La banda se coloca en forma de ocho en la articulación de la cadera. Si se coloca de adelante hacia atrás, doblando por la mitad la banda apoyándola sobre el ombligo, llevándola hacia atrás, envolviendo cada una de las piernas a nivel de la articulación de la cadera y sujetándolas atrás con abrojo haciendo una suave tracción abduce los MMII

Siempre pasar un dedo entre la banda y el paciente para controlar que no ajuste, si se sienta al niño con la adaptación no olvidar hacerlo.

Es útil usarla para sentar al paciente ya que informa a la flexión de cadera y evita que se deslice hacia delante. En una marcha asistida con andador favorece el desplazamiento.

Cuando las usan de noche, las mamás refieren que por la mañana pueden cambiar mejor los pañales. Las bandas por lo general, para niños, son de 7 cm de ancho por el largo necesario, y de 2 cm de espesor que se debe respetar en todas las adaptaciones que van sobre el cuerpo, De 27 de densidad.



Postura de aducción de miembros inferiores y rotación Interna de miembro inferior derecho



Mejora la postura a nivel de la articulación de la cadera Modificando la rotación interna del miembro inferior derecho

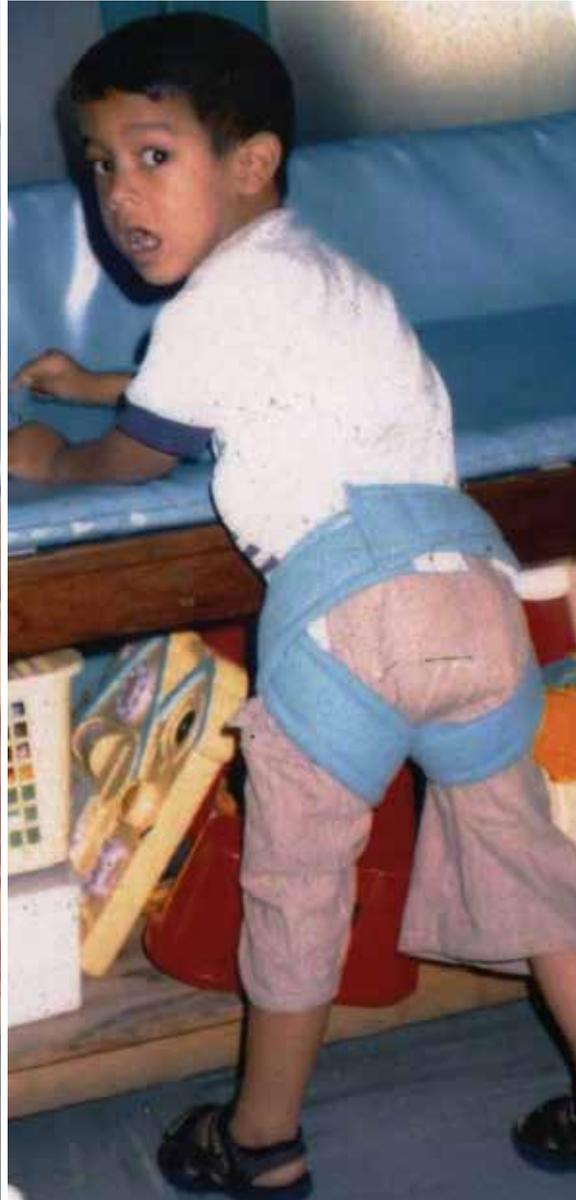


Es importante valorar la relajación de los dedos del pie, siempre es un signo interesante, al colocar la adaptación y al sentar al paciente tienen que estar relajados para que la postura sea más beneficiosa.

BANDA PARA CINTURA PÉLVICA



La postura de pie puede ser modificada en algo con la banda abductora.



Mejor apoyo de los miembros superiores e inferiores, al ser un elemento contenedor de la postura también modifica la cabeza y la apertura de la boca, porque el niño al tener la banda que lo sostiene, ya no está tan preocupado por mantener la postura.

BANDA PARA CINTURA PÉLVICA ADUCCIÓN



En el caso apuesto que queramos aducir los mmii, se coloca en forma inversa, se empieza por la espalda, se envuelven los mmii por adelante hacia atrás y se prenden sobre las rodillas, siempre que permita pasar un dedo entre la adaptación para evitar que ajuste

Niño con MMC. Donde la abducción excesiva de miembros inferiores interferirá



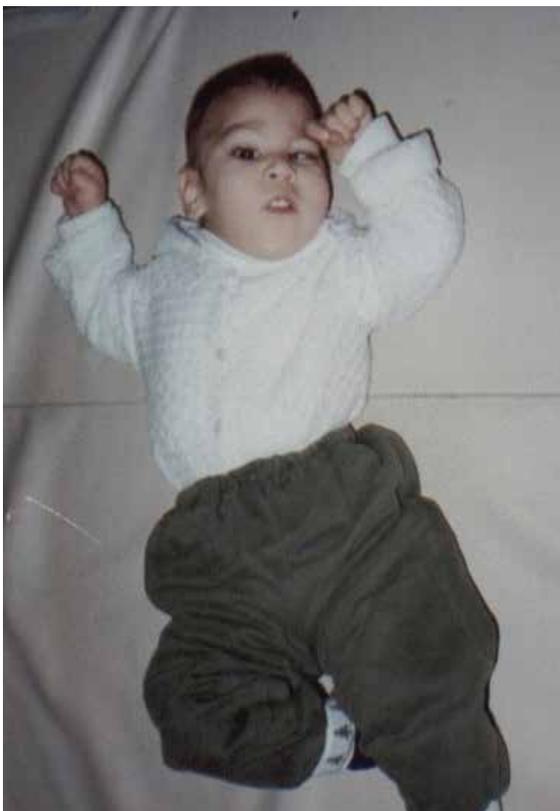
BUZO

Al colocar el buzo, con los abrojos vamos dando la información que necesitamos, oponiéndonos a las posturas que dificultan las actividades, se imprime una función pareja de sostén a todo el tronco, que causa un efecto protector, al cubrir gran superficie de su cuerpo. Podemos dar distinta información según se coloquen los abrojos.

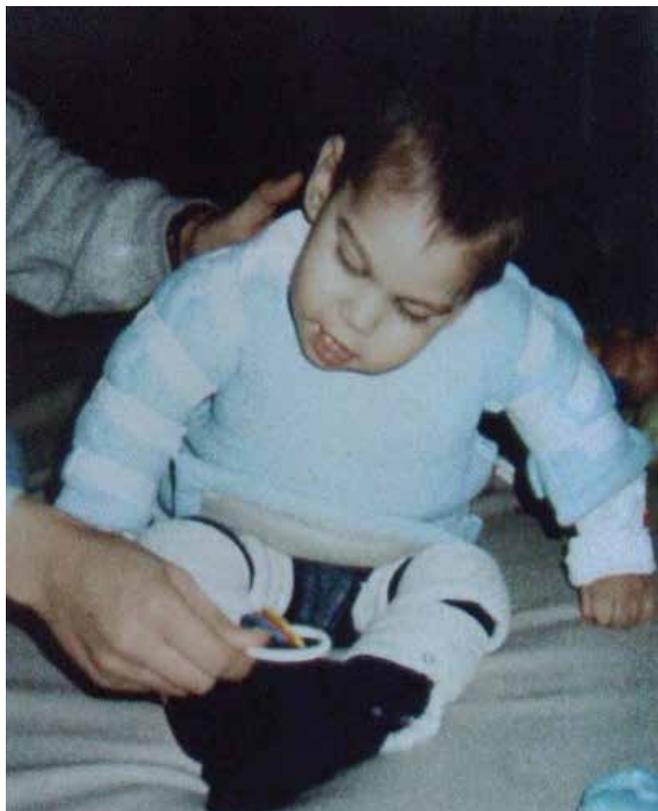
En este ejemplo vemos, que el niño puede bajar los brazos e intentar un apoyo, ordenar la mirada, dirigirla hacia el objeto el cual es presentado en la línea media, inhibiendo la postura refleja de la primera foto.

En el caso de la ilustración el buzo está confeccionado en dos tapas de gomaespuma de 27 de densidad, de 2 cm de espesor, forradas de los 2 lados, siempre tiene que quedar justo al cuerpo, es interesante colocarlo entre dos personas a la vez, empezando por los hombros, prestando atención cual es la información que le queremos dar, con el niño acostado, siempre, la parte del tronco debe estar por debajo de la cadera, para dar mayor información.

Debemos sentar al niño para colocarle los abrojos en esta zona, para que no le ajuste, porque puede provocar náuseas. En la ilustración también se ve un desrotador de los mmii, que facilita la sedestación



Niño con postura refleja



Postura que es modificada por la adaptación

BUZO Y PANTALÓN

Ante la derivación de pacientes severos, fue necesario crear un traje para evitar poner muchas adaptaciones por separado.

En niños grandes, hay que hacer un entrenamiento lento al uso de los trajes, no intentar ponérselos inmediatamente, hay que respetar la postura en que este paciente ha vivido hasta el momento y sería contraproducente querer cambiarla rápidamente.

En estos casos, no es terapéutico que la adaptación lleve por Ej. a la extensión del codo que está flexionado, lo mejor es acompañar, con la adaptación a la flexión, hasta que se pueda ir modificando con el tratamiento.

Los trajes se fabrican con gomaespuma forrada de adelante y atrás, se pueden confeccionar con ropa del niño forrándola por dentro con gomaespuma y otra tela que proteja la gomaespuma.

LA POSTURA SE MODIFICA MIENTRAS LA ADAPTACION ESTE PUESTA, EXISTIENDO UN EFECTO RESIDUAL POR SEGUNDOS AL QUITARLA.



BUZO Y PANTALÓN POSTURA SEVERA



Paciente sin ninguna actividad voluntaria, se le indica el traje, que confecciona la mamá para "aliviar" la postura.



En pacientes muy severos se nota el alivio, al colocar la adaptación que rellena todos los huecos que produce la postura patológica, pudiendo tener información de contención en las partes de su cuerpo que no apoyan en la silla.

TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

SILLÓN SALVAVIDA

Este asiento es utilizado especialmente en aquellos pacientes que presentan grupo extensor fuerte que hace difícil posicionarlos.

El asiento lo contiene y le da buena información de sostén, aportando relajación a la postura ya que logra flexionar su cadera.

El niño se puede conectar mejor con su entorno, porque de esta forma ubica mejor la mirada, se pueden poner los juguetes en la línea media.

Es ventajoso en pacientes con movimientos involuntarios, favorece el uso de los pies,

Se puede regular la profundidad del agujero rellenándolo con un almohadón.

Los asientos se confeccionan con gomaespuma de alta densidad. (30).

Medida de la ilustración es un cuadrado de 60 x 60 cm con 20 cm de alto, se corta con cuchillo eléctrico de la cocina, y el centro se marca con un plato y se saca la pieza entera (torta) la cual se puede cortar en rodajas para regular el apoyo de la cadera



También se puede usar como mesa, resultando muy agradable, poniéndole soportes atrás para evitar que se incline.

PUENTE

Puede reemplazar el rollo en una postura prono ya que ofrece control lateral, debe tener la altura que el paciente necesita para la cuadrupedia, si se le hace un agujero redondo, a medida, donde el niño apoya, se puede trabajar con un paciente que tiene botón gástrico.



Con el puente se asiste a la descarga de miembros superiores y favorece el alcance al juguete.

SILLÓN ESQUINERO

Este asiento es muy contenedor ya que el paciente tiene todo su cuerpo apoyado e informado y esto le da confianza para actuar.

El separador facilita la abducción de los MMII y al ser blando no ofrece resistencia

Es necesario que los pies queden apoyados como siempre que el niño esté sentado ya que al sentir el piso aumenta su seguridad.

Se considera importante que, al posicionar pacientes con movimientos muy bruscos, se coloque el asiento en una esquina de la pared, y se eleve la altura del respaldo abarcando también cabeza

Se construye con un cubo de alta densidad (30) de 50 x 50 cm como la ilustración, luego con un cartón de 50 x 50 cm .se apoya sobre el cubo y se va deslizando en diagonal marcando el espacio donde va sentado el paciente el cual no debe ser muy grande, ya que lo debe contener.



En las caras laterales del cubo se marca la mitad para saber la profundidad de donde vamos a calar. Se mide el alto del separador, siempre es conveniente que la altura sea alta ya que será más fácil modificarla.

Se cala con mucho cuidado con el cuchillo eléctrico, si se consigue cortar el trozo entero este se va a poder apoyar sobre el respaldo, sujetándolo con abrojo, para elevarlo.

ASIENTO FIACA

Puede sostener a un niño difícil de sentar, la tela con la que está confeccionado lo hace antideslizante y el relleno de perlas de telgopor, sin ningún otro agregado, lo hace maleable y permite adecuarlo a cualquier postura, utilizando abrojos que se adhieren a la misma tela. Medidas según la ilustración, base círculo de 80 cm. de diámetro, otro círculo superior de 20 cm de diámetro y 4 gajos de 60 cm de alto.



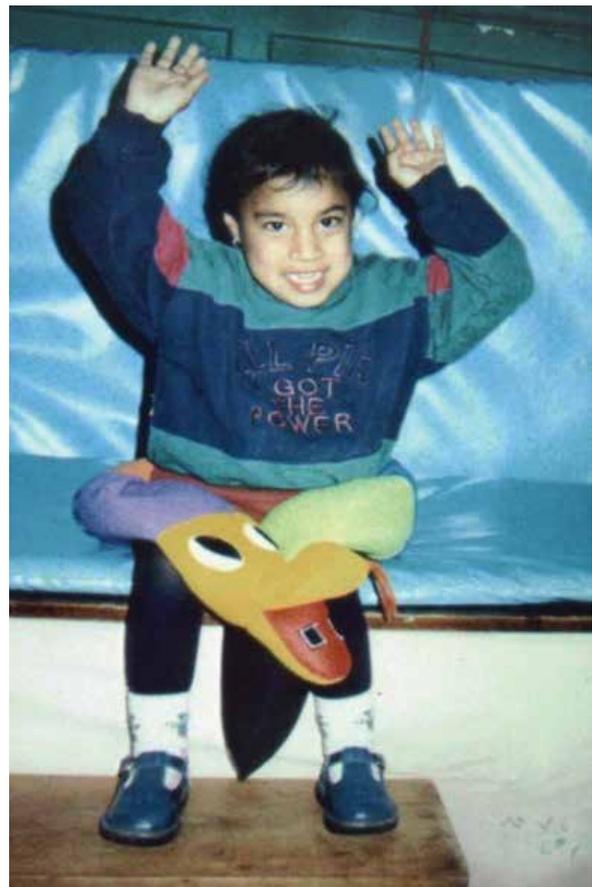
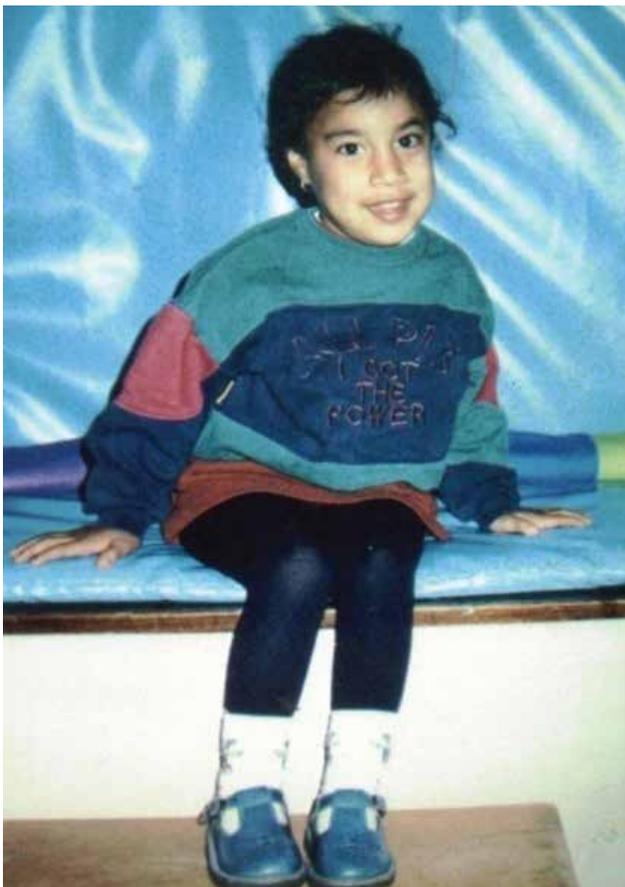
En pacientes severos contiene la posición de sentados dándole otra participación con el ambiente.

JUGUETES CON PESO

Estas adaptaciones, no son de uso permanente, como todas las adaptaciones acá descritas, llevan a que el paciente pueda experimentar una postura mas correcta o realizar una actividad más satisfactoriamente, y recuerde esta información cuando no use la adaptación.

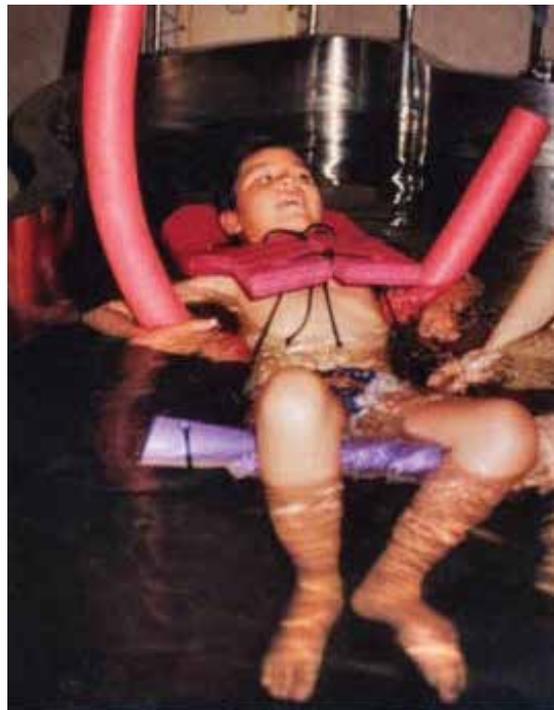
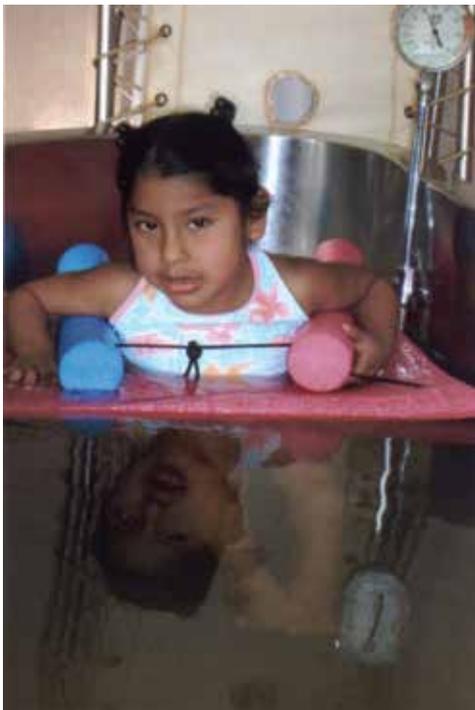
Son Juguetes, blandos, tipo peluche, a los cuales se les cambia el relleno, para que sea pesado. Se pueden utilizar, medibachas, calzas, pantalones, no de jean y rellenarlas con porotos de soja. El relleno, se tiene que poder deslizar por el interior del mismo. El juguete con peso actúa también por información propioceptiva de sostén.

En la ilustración vemos que, beneficia el control de tronco y la abducción de los MMII. Protección, al ponerlo encima, en el caso de niños con poca visión cuando se les saca la ropa. El paciente con distonía lo siente muy agradable.



ADAPTACIONES PARA EL AGUA

Son adaptaciones que no cumplen la función de un salvavidas, si no de flotadores, están destinados a trabajos terapéuticos en el agua, y diseñados de acuerdo a las necesidades del paciente. Están confeccionadas con material FLOTA FLOTA



TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

MEDIAS POSTURALES

Son medibachas, calzas, pantalones, siempre en tela blanda, rellenas con perlas de telgopor que nunca deben quedar apretadas. Se le pueden agregar cintas para buscar las posturas necesarias en pacientes severos.



Comienzo esta experiencia en el año 1989. Las adaptaciones blandas fueron diseñadas en un principio, para pacientes con movimientos involuntarios, donde se ven los mejores resultados, luego fueron instrumentadas en pacientes con otras características, espasticidad, rigidez, etc.



Estas adaptaciones son herramientas de trabajo que ayudan al desempeño profesional de la Terapeuta ocupacional, buscando distintas formas de contención. Quiero agradecer a todos los que colaboraron para realizar esta trayectoria y en especial a mis pacientes y sus familias.

T.O.GRACIELA PETROLINI

ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

LINEA MEDIA



Adaptación confeccionada en tela blanda, algodón, mangas que continúan en tela plana por la espalda se regulan con cordón llevando los miembros superiores a la línea media.

CONTROL DE MOVIMIENTOS



Adaptación de gomaespuma de alta densidad, para colocar sobre la mesa con escotadura de la silla de ruedas, las medidas de la adaptación serán las de la mesa con escotadura y la altura de los laterales será hasta superar la cabeza del niño, el ancho de los laterales es de 15 cm.

Esta adaptación controla movimientos anormales de los miembros superiores, llevándolos a la línea media.

RELAJACIÓN



Media esfera de telgopor, banda abductora, soporte de cabeza relleno con perlas de telgopor.

Paciente con grupo extensor muy fuerte, esta adaptación asiste a la relajación.

BEBE SIT



Es conveniente en esta adaptación, usar flota flota con agujero en el centro, por el cual se pasará una manguera acrílica para que el cordón no rompa la flota flota. En el centro lleva un rectángulo de gomaespuma enrollado para apoyacabeza.



Bebesit, tela de lycra para que se hunda cuando se apoya al niño, para trabajar de frente o para alimentación.

BIPEDESTADOR



Bipedestador fabricado con caja de telgopor de medicamentos, calado con elemento caliente al aire libre, porque es tóxico.



Con parte de la caja, se pone por dentro traba para rodillas y si es necesario un separador entre los pies

JUEGO FÁCIL



Bowling realizado con caños de PVC, pelota inflable y botellas de plástico, es altamente gratificante porque siempre la pelota se dirige a las botellas

ENHEBRADO



Enhebrado de rulos con textura y cable.

PILETA RECICLADA



Aunque la pileta esté pinchada la podemos utilizar con otros elementos estimulantes.

ADAPTACIÓN PARA LÁPIZ



Realización de adaptación con toma en puño perpendicular al lápiz, aconsejada entre otras a mano distónica.

CAJÓN INVERTIDO



Cajón invertido, sujeto con las patas de la silla, evita que los pies se deslicen hacia adelante.

Aporte T.O. Alejandra Molins

DEPENDENCIA EN VESTIDO



Campera colocada de frente fácilmente, y se le agrega un cierre en la espalda. Adelante queda prendida

POSTURA DE MANOS



Media postural rellena con semillas es agradable al tacto, relaja.

ESQUINERO RECICLADO



Esquinero realizado con caja de telgopor, no tiene fondo, la paciente está sentada en la colchoneta
El borde actúa como marco contenedor de miembros inferiores, se le agregó mesa con escotadura, de flota flota

JUEGO LIVIANO



Juego liviano realizado con matamoscas y toma engrosada con manguera de aire acondicionado, se juega con globos para pacientes con fuerza disminuida

PERCHA ADAPTABLE



Percha utilizada como adaptación larga para bajarse las medias.

PERCHA ADAPTABLE



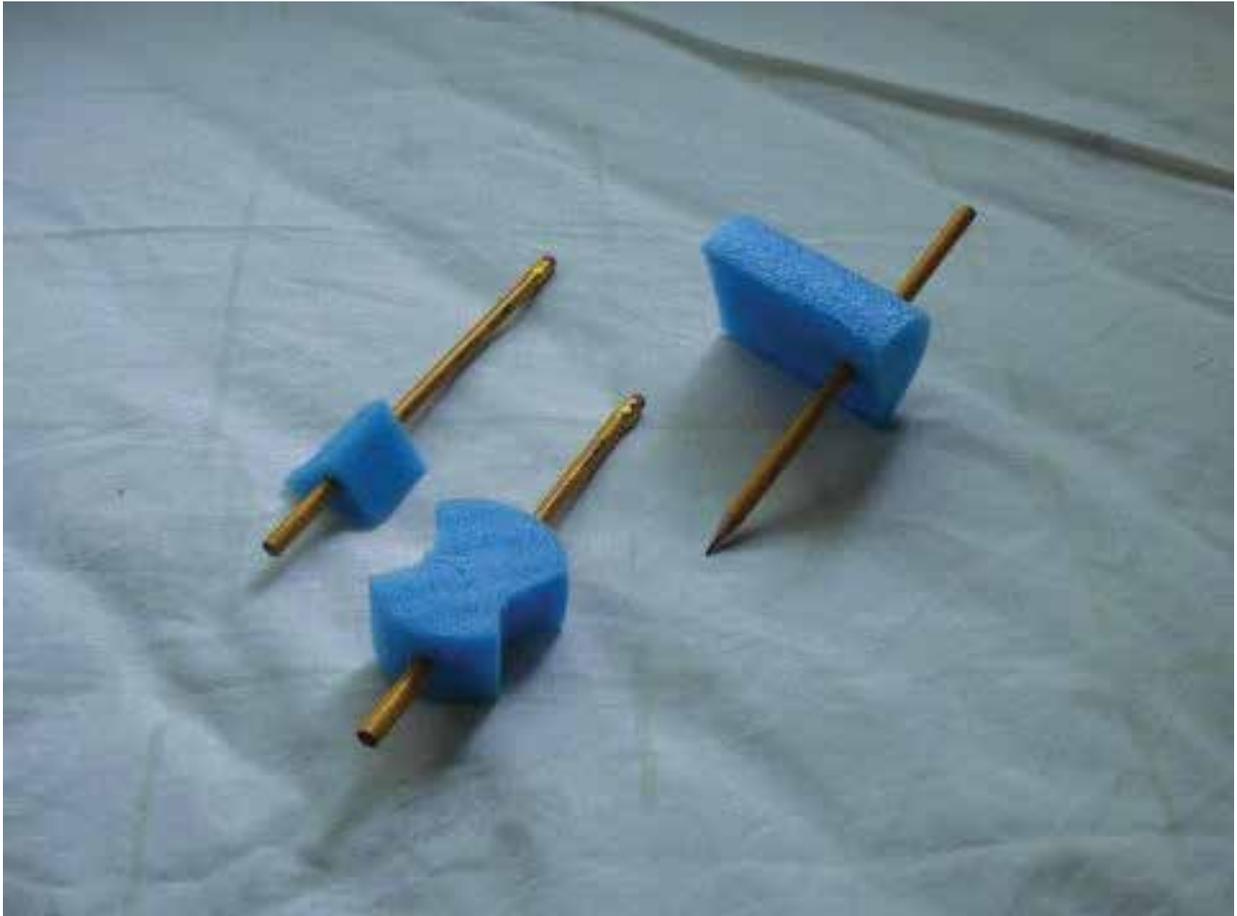
Percha para ayuda en vestido

INDEPENDENCIA EN JUEGO



Adaptación para jugar a las cartas con una mano, fabricada con flota flota en plancha.

TOMAS DE LÁPICES



Adaptaciones para lápices, caño de flota

INDEPENDENCIA EN PEINADO



Adaptación larga con peine regulable

INDEPENDENCIA EN HIGIENE



Adaptaciones de mango largo realizadas con perchas.

INDEPENDENCIA EN VESTIDO



Nos permite arrojar el pantalón al suelo, y de sentado colocar las piernas y tirar hacia arriba para ponerlo, en el caso de pacientes con poca movilidad en la articulación de la cadera.

TOMA PARA LÁPIZ



Rodajas de flota flota para adaptaciones para lápices

INDEPENDENCIA EN BEBIDA



Adaptacion para toma en supino,
con manijas y tapa
Siempre usando la misma marca.

PACIENTE SEVERO



El pantalón con cierre que facilita el cambio de pañales en pacientes severos

TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

FÁCIL VESTIDO



La adaptación de prendas comunes facilita el vestido.

TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

ESPONJA MANGO LARGO



TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

MIEMBROS INFERIORES

BASE DE MACETA



Base de maceta con ruedas para asistir a los desplazamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1-BERTHA y KAREL BOBATH , DESRROLLO MOTOR EN DISTINTOS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL, ABRIL 1996, BUENOS AIRES, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA,

2-JUERICO, SAMARAO BRANDAO-DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DA MAO, 1984, RIO DE JANEIRO, BRASIL, EDITORIAL ENELIVROS,

3-A. JEAN AYRES, LA INTEGRACION SENSORIAL Y EL NIÑO,, EDICION 1998, EDITORIAL TRILLAS, MEXICO

4-ORGANIZADORES.
A. M. COSTA DE SOUZA. I. FERRARATO.
PARALISIS CEREBRAL. ASPECTOS PRACTICOS. SAO PAULO Editorial MEMMON . 1998,

5-L. BARRAQUER BORDA, NEUROLOGIA FUNDAMENTAL, FISIOPATOLOGIA, SEMIOLOGIA, SINDROMES, EXPLORACIONES, EDICIONES TORAY. S.A., BARCELONA, SEPTIEMBRE DE 1968

1988

7 EL NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO DAVID WERNER (SE BAJA INTEGRAMENTE POR INTERNET)

8
'VIVIR CON DISTONIA. MICHELI, SCORTICATI, CERSOSIMO, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA. 2002

9 REVISTA CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN VOLUMEN 1, MAYO DE 2006

CURRICULUM VITAE

Graciela Carmen Petrolini

Terapista Ocupacional

M.N.127

Dirección

Río de Janeiro 930 8° A, C.A.B.A Buenos Aires, Argentina
(capital) C.P.: 1405

Teléfono

4862 0680 / 1555642712

E-mail

.graciela petrolini@yahoo.com.ar

Facebook

terapia ocupacional adaptaciones blandas

TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO

Estudios Cursados

1971

Terapeuta Ocupacional Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, Servicio Nacional de Rehabilitación.

1997

“Modelo Lúdico” Dictado por Francine Ferland. Organizado Universidad Nacional de Quilmes
Secretaría De Post-Grado Carrera de Terapia Ocupacional

2001

“Neurodesarrollo. Concepto Bobath.” Dictado por Lic. Kga. Lidia Muzaber Instructora Bobath

Experiencia Profesional

1972 - 2013

Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) GCBA. Terapeuta Ocupacional de Planta, dedicándome los últimos 20 años a pediatría y a la fabricación de adaptaciones para pacientes niños y adultos con movimientos anormales.
Echeverría 955, Capital Federal.

2000/2006

Capacitación Hospital de Clínicas, “José de San Martín”, en el consultorio de parkinson y movimientos anormales, a cargo del Dr. Prof. Federico Micheli, evaluando pacientes de dicho consultorio en las adaptaciones de la vida diaria, Colaborando con el Equipo de calidad de vida,
en charlas, notas en los boletines virtuales que son enviados a todos los pacientes.
En la creación de talleres, donde se plantea la dificultad, por ej. “Tomar café” y se enseñan estrategias para que estas actividades sean posibles.

Docencia y Publicaciones Clínicas

“Adaptaciones Blandas”

Boletín de Docencia e Investigación Del Instituto De Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P.), número monotemático dedicado a la parálisis cerebral infantil (diciembre 2007)

“IV Jornadas científicas interdisciplinarias de AAODI ”

Disertante en tema Adaptaciones blandas en el sillón del odontólogo para un mejor comportamiento de niños con discapacidades. Realizadas en San Pedro (Mayo 2006)

“Adaptaciones blandas en pacientes neurológicos niños y adultos”

Auditorio Fleni, Escobar y Capital (2005)

“Jornadas de Adaptaciones blandas teórico-prácticas en pediatría”

Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Mar del Plata (Octubre del 2004).

“Confección y Uso de Adaptaciones”

GCBA Secretaría de Salud Dirección de Capacitación docente (septiembre 2001.)

“XI Jornadas Científicas del Instituto de Rehabilitación”

Disertante Recreación Asistida GCBA Secretaría de Salud Dirección de Capacitación docente (enero 2000)

“Congreso Latinoamericano de Discapacidad en Pediatría”

Disertante, Adaptaciones Blandas y Recursos para niños con patologías severas

“Charlando con expertos”

Organizado por Asociación Latinoamericana de Pediatría, Comité Nacional de Discapacidad (junio 2001)

Instructora Residencia Terapia Ocupacional Secretaría de Salud Dirección Capacitación GCBA (agosto 1999)

Supervisora de concurrentes egresadas de la U.M.S.A.M.

U.B.A. 2010, 2012, 2013, en terapia ocupacional sección niños

“Adaptaciones y férulas blandas en pacientes con Parálisis cerebral ”

Resultado de una beca de investigación realizada entre los años 1991-1996. (Diciembre 1998)

Seminarios y Cursos de Formación

“Integración Sensorial”

Programa HILTON PERKINS, PERKINNS SCHOOL FOR THE BLIND Instituto de Rehabilitación Psicofísica (noviembre 2008)

“Jornadas de actualización en Parkinson y movimientos anormales.”

Coordinación Federico Micheli. Organizado por Laboratorios Ivax. (septiembre 2008)

“Congreso de Neurología de la asistencia a la docencia”

(Junio 2006) Organizado por Asociación Argentina de Odontología para personas con discapacidad.

“Seminario Introductorio en Ética e Investigación con seres humanos”

Fundación Roca. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Octubre del 2005)

“VI Congreso Argentino de Neuropsicología”

Organizado SONEPSA (Noviembre del 2004)

Curso de T.A.C.A (Tratamiento Asistido Con Animales)

U.B.A, Universidad de Buenos Aires, predio veterinaria, cursada durante el 2011



Acá comienza esta historia, recibiendo mi título de Terapeuta Ocupacional en el año 1971, emitido por el Servicio Nacional de Rehabilitación como título terciario, no universitario.

Dedico este libro a todos los que me acompañaron en esta hermosa profesión. Seguramente habrá cosas fuera de época, no por eso menos valiosas, ya que de alguien habrán aprendido las nuevas generaciones.

Si lees mi libro y lo pones en práctica muchas gracias. Te dejo mi mail para que me cuentes

T.O. Graciela Petrolini
M.N. 127
gracielapetrolini@yahoo.com.ar

TERAPIA OCUPACIONAL ADAPTACIONES BLANDAS Y OTRAS ADAPTACIONES DE BAJO COSTO