

Capítulo 11

PROBLEMAS MOTORES



MOVIMIENTO

Cuando hablamos de movimientos **estereotipados** incluimos en ellos los movimientos incontrolados característicos del SR. Los movimientos **automáticos**, en cambio, son aquellos aprendidos pero que han llegado a convertirse en un reflejo. Aquí dentro contemplamos, por ejemplo, meter la mano en la manga de la camisa y estirar el brazo. Una vez aprendidos, los utiliza para ejecutar tareas sin tener que pensar cada vez cómo hacerlo. Los movimientos **motivados** son los que proceden de una implicación emocional con la tarea a realizar -tanto si es un deseo, una necesidad, una molestia o compulsión-. Estos movimientos surgen de una excitación emocional sin que ella los controle conscientemente. Puede no ser capaz de ejecutarlo cuando se le pide, y sin embargo hacerlo automáticamente ante una fuerte motivación. Le pediremos que levante un vaso y no puede hacerlo; sin embargo, cuando esté muy sedienta puede ser capaz de levantar repentina y hábilmente el vaso y beber sin derramar una sola gota. La niña se sorprenderá tanto como nosotros, y si le pedimos que lo repita, será incapaz. Esto también puede suceder con el habla, cuando inesperadamente diga una palabra adecuada y nunca la repita. Una vez más habrá actuado sin pensar.

Leah tiene dificultades en la captación de los estímulos y en la preparación de los músculos para iniciar una acción, lo que contribuye a su falta de iniciativa para cualquier tarea. Si tiene una vía para informar a los músculos y las articulaciones y se expresa rechinando los dientes. Leah quizá haga esto para aumentar su estabilidad postural.

Mi hija nunca gateó ¿Forma eso parte del SR?

La mayoría de niñas con SR no desarrolla el gateo tradicional recíproco (es decir, cuando avanzan el brazo y la mano izquierda, lo hace también la pierna derecha, y viceversa). Esto es debido a la dificultad que tienen las niñas con el tipo específico de coordinación motora requerido para el gateo. La mayoría de niñas tienen un uso coordinado de las manos. La mayoría de ellas comienza este movimiento más tardíamente de lo normal. Las niñas que llegan a andar suelen dejar de gatear porque es más difícil.

¿Las niñas son capaces de sentarse sin apoyo?

La mayoría de niñas son capaces de llegar a sentarse por su cuenta, aunque al bajo tono muscular puede interferir en su capacidad para sentarse sin apoyo. En edades más tardías, el desarrollo de una escoliosis severa puede plantear problemas de equilibrio cuando están sentadas.

¿Aprenderá mi hija a andar?

Es difícil predecir que niñas andarán y cuáles no. En general, las que tienen un tono muscular más bajo tendrán una mayor dificultad para hacerlo. Sin embargo, se sabe de niñas que han aprendido a andar por primera vez después de los 16 años. ¡No hay que darse por vencidos fácilmente!. Regularmente deben hacerse ejercicios de cargar pesos, fisioterapia con una amplia gama de ejercicios motores y prácticas de deambulación. Con la motivación conveniente, apoyo y ánimo, algunas niñas serán capaces de continuar andando autónomamente durante decenios.

La mayoría de niñas no corren y casi todas tienen dificultad para subir y -especialmente- bajar escalos-

nes. Su deambulaci3n es desmañada y torpe, generalmente con las piernas muy separadas y rígidasy. El equilibrio es difícil.

Megan nunca anduvo cuando era un bebé, aunque se incorporaba en la cama. Poco después de hacerlo empezó la regresión y nunca caminó. Tampoco gateó nunca. Ella se desliza por el suelo rodando o deslizándose sobre su espalda. Adora estar sobre sus pies y he dado por sentado que es demasiado mayor para aprender a andar. Pero hay una chispa dentro de mí motivándome a continuar probando a que consiga andar. Cuando está de pie, la mayoría de las veces, no parece entender cómo debe levantar un pie para dar un paso. Luego, a veces, a sido capaz de llegar, en realidad, a dar más de uno o dos pasos con apoyo.

¿Qué problemas interfieren en la deambulaci3n?

Además de sus deficiencias motoras, las niñas con SR tienen apraxia, problemas sensoriales y perceptuales, así como dificultad para cambiar de un movimiento a otro y falta de coordinaci3n. Esta combinaci3n hace de la marcha una difícil tarea. Al hacerse mayores, otros problemas, como la escoliosis, el incremento del tono muscular y la disminuci3n de la percepci3n táctil en sus pies fríos e hinchados, hacen de la deambulaci3n algo aún más complicado.

¿Por qué es importante que se mantenga sobre sus pies?

El hecho de mantenerse sobre sus pies y caminar hasta cuando sea posible, aunque solo sea un ratito cada día, tiene una importancia significativa para preservar su salud. Una vez se pierde la marcha pueden empeorar numerosos problemas, como la escoliosis, la osteoporosis y las dificultades respiratorias y digestivas. Para mantener su cuerpo en una posici3n recta debe usar sus músculos hipotónicos del tronco. Estar en posici3n erecta le permite respirar profundamente, y soportar su peso la ayuda a mantener su densidad ósea. Podemos deducir que, si es capaz de caminar por su cuenta, será mejor darle el mínimo de ayuda. Cuando se les sostienen ambas manos, algunas niñas tienden a aumentar su dependencia de alguien inclinándose en lugar de caminar derechas. Así pues, a veces es mejor ponerle una mano sobre el hombro para estabilizarla o cogerla, si es posible, sólo de una mano.



¿Será capaz de usar un andador?

Hay andadores de varios tipos y medidas, con arreglo a las necesidades de cada cual. Algunos tienen asientos para "recogerlas" cuando necesitan sentarse. Otros no tienen asiento, pero cuentan con algo para apoyarse y mantenerse derechas. Esto puede ser difícil, pues significa exigirle que se mantenga agarrada tanto como sea capaz. En este caso, la creatividad deberá servirnos para encontrar algo que asegure las manos a los asideros -con guantes, manoplas, bandas elásticas o velcro-

Kayla solamente quería andar con un correpasillo aunque se negaba a caminar sola. Un día, su maestra le dio una escoba e hizo que Kayla la llevara y caminara mientras ella la sostenía levantada. Cuando Kayla se sintió segura, la maestra soltó la escoba y la niña empezó a caminar llevando la escoba recta en el aire. Después de esto, yo pensé que se aferraría a la escoba durante toda su vida, pero al cabo de una semana dejó la escoba y caminó sola.

Allison aprendió a andar a los 16 años después de un periodo de fisioterapia intensa en casa. Convertí una de las habitaciones en un gimnasio para su fisioterapia, e instalé unas paralelas caseras hechas a mano con travesaños de dos centímetros y medio que Allie usó para aprender los patrones cruzados. Con sus manos en los peldaños movíamos su mano izquierda, pie derecho, mano derecha, pie izquierdo, y así sucesivamente. Mamá cogía las manos y yo los pies, o viceversa. Hicimos de ello un juego varias veces al día. Actualmente Allie se divertía cada vez que hacíamos el juego. No recuerdo cuanto tiempo estuvimos, pero a los pocos meses Allie caminaba si alguien la llevaba de la mano. Ahora camina por toda la casa autónomamente.

¿Qué es la hipotonía y la hipertonía?

En un sistema nervioso sano los músculos reciben mensajes indicándoles si deben estar en tensión o relajación y en qué grado. Esto nos permite movernos libremente mientras al mismo tiempo mantenemos una posición erecta. **Hipotonía** es la disminución o “blandura” del tono muscular y es el resultado de un problema neurológico, no de falta de ejercicio. Para la niña hipotónica es difícil moverse con eficiencia, ya que es generalmente débil y de escasa resistencia.

A veces, sin embargo, sucede todo lo contrario y los músculos están demasiado tensos o **hipertónicos**. Estos músculos tienen dificultad para estirarse o alargarse y esto hace difícil el movimiento. Frecuentemente nos referimos a estos músculos hipertónicos como espásticos, y en casos severos, pueden llevar a contracturas. Si los músculos son demasiado “blandos” o demasiado tensos, se puede dificultar el movimiento y pueden aparecer patrones anormales de movimiento, los cuales pueden ser muy difíciles de corregir una vez se han establecido.

En muchos casos las niñas con SR empiezan siendo hipotónicas para convertirse en hipertónicas durante sus años de escolaridad. Es frecuente que tengan un tono mixto, es decir, algunos músculos están demasiado tensos, mientras otros están demasiado flojos. Esto lleva a problemas estructurales tales como la escoliosis, que se da cuando los músculos de un lado del tronco estiran más fuerte que los del otro.

¿Qué es la espasticidad?

Espasticidad es el tono muscular anormalmente alto y da lugar a una tensión muscular que puede dificultar los movimientos normales. La espasticidad no se ve generalmente hasta los años escolares. Puede ser solamente un ligero aumento del tono muscular que le lleva a caminar de puntillas, o un aumento severo que implique a la mayor parte del cuerpo, afectando incluso a la respiración y la deglución, y que lleve a la **escoliosis** o curvatura de la columna. También puede originar **contracturas** y acortamientos irreversibles de las fibras musculares que causan una disminución de la movilidad articular.

¿Qué se puede hacer para tratar la espasticidad?

A pesar de recibir un tratamiento de periodicidad semanal en casa y en la escuela pueden desarrollarse contracturas severas, particularmente en las articulaciones de tobillo y codo. Para reducir el tono muscular y ayudar, al menos temporalmente, se puede incluir en el tratamiento rotaciones y ejercicios de empujar o levantar pesos.

¿Qué es el sistema vestibular?

El **sistema vestibular** está implicado en el movimiento y es el responsable de informarnos sobre nuestro movimiento, si estamos sobre algo que se mueve o si se está moviendo algo cerca de nosotros. Con esta información coordinamos nuestro cuerpo para responder a ese movimiento percibido. La apraxia motora es el indicador de la disfunción vestibular. También es el responsable del miedo que experimentan muchas niñas al movimiento impuesto (a que las mueva).

¿Qué es la estimulación vestibular?

Los terapeutas utilizan la **estimulación vestibular** para ayudar a la niña a organizar su sistema vestibular, de manera que puedan dar respuestas coordinadas y adecuadas al movimiento. Sin embargo, por experiencia los adultos saben que demasiada estimulación vestibular no es buena. ¿Recuerda la última vez que subió en el “platillo volante” de la feria? Puede causar estragos en el sistema nervioso autónomo y las niñas con disfunción vestibular deberían recibir la estimulación con precaución. Mientras mecerse una y otra vez en una mecedora es beneficioso y divertido, no debería intentarse girarla colgada de un aparato sin consultar a un terapeuta.

¿Qué es la apraxia motora?

La **apraxia motora** es la incapacidad del cuerpo para llevar a cabo lo que indican las señales del cerebro, p.ej. la dificultad para ejecutar movimientos intencionales a pesar de tener una movilidad normal. En pocas palabras, apraxia: es la incapacidad de coordinar pensamiento y movimiento. Es el handicap más fundamental del SR y afecta a todos los movimientos corporales, incluyendo el habla y la mirada. Aunque la niña con SR no pierda la capacidad de mover el cuerpo, pierde la capacidad de decirle al cuerpo cómo y cuándo moverse. Ella puede tener el deseo y la voluntad de moverse, pero es incapaz de llevarlo a cabo.

¿Cuál es la diferencia entre apraxia y dispraxia?

La **apraxia** se refiere a la incapacidad para coordinar pensamiento y movimiento, mientras que la **dispraxia** es menos severa y se refiere a la dificultad para coordinar pensamiento y movimiento. Ambos términos se aplican para describir el SR.

¿Cómo afecta la apraxia a sus movimientos?

En su primer año de vida puede ser capaz de usar la pinza (usando el pulgar y el índice) para levantar con habilidad trocitos de cereal, y puede ser capaz de coger su biberón o jugar con juguetes. Con el paso del tiempo pierde la pinza y vuelve a agarrar con toda la mano (usando juntos la pala y los dedos en movimiento de rastrillo) empujando los objetos. Tiene dificultad para encontrar el movimiento correcto, pero también en la coordinación de la fuerza y la velocidad para llevarlo a cabo. La apraxia es más evidente cuando la niña está en situaciones extrañas y se agrava incluso, cuando se le pide que cumpla órdenes. Cuando más haya de pensar qué hacer, más dificultad tendrá en la ejecución. Puede ver algo que le apetece en cualquier lugar de la habitación, desea moverse hacia ese objeto, pero en su lugar termina caminando en círculos. Ella puede querer coger un juguete de la estantería, y, en su lugar, lo tira al suelo.

¿Se puede superar la apraxia?

La apraxia es imposible de superar, pero es posible minimizarla entendiendo y enfocando sus movimientos desde una adecuada perspectiva. Muchos de los que parecían ser movimientos absurdos o involuntarios pueden interpretarse como una acción intencionada incorrectamente ejecutada. Ella puede mirar intensamente un objeto, hiperventilar, balancearse hacia delante y atrás y retorcerse las manos -todo eso como preparativos para moverse-. A menudo mira el objeto y luego aparta la mirada antes de moverse. Cuando se mueve, puede fracasar rotundamente, o puede irse hacia el lugar equivocado. Esto es lo más frustrante para padres e hijas, aunque la atenta actitud hacia las señales corporales puede ser de gran ayuda para futuros intentos. Hay que detectar aquellas conductas que sean coherentes e intentar interpretarlas como señales. En raras ocasiones puede, momentáneamente, superar la apraxia, especialmente cuando está motivada emocionalmente. Esto sucede cuando se mueve automáticamente, es decir, sin pensárselo. Ejemplos de esto son rascarse, agarrar una galleta o pronunciar una palabra. Para ayudar a minimizar la apraxia hay que buscar actividades con incentivos emocionales que la satisfagan, de manera que pueda "hacer" antes que pensar.

Aportar un estímulo verbal es realmente útil para Lauren. Tiene una fisioterapeuta que viene a casa y trabaja combinando movimiento y música. Durante meses ha estado intentando que Lauren imitase sus movimientos de brazos. Por fin, la semana pasada le dijo a Lauren: "Haz lo mismo que yo", y ella la imitó. Otro día Lauren me llevó junto a su juguete favorito que estaba medio escondido en una de las estanterías bajas y en aquel momento le apetecía mucho sacarlo. Sujetaba mi mano y movía su otro brazo de aquí para allá mientras miraba el juguete. Por fin le dije "necesitas agacharte para cogerlo", e inmediatamente lo hizo. Con una pequeña ayuda física y recordándole tres o cuatro veces que debía agacharse, cogió su juguete. A menudo encuentro que hay que recordarle cada movimiento que necesita hacer, de lo contrario se queda totalmente bloqueada.

Serry puede rascarse, o coger mi mano y apartarla cuando estoy haciendo algo que no le gusta. El otro día tuvo un calambre en la pierna durante un baño y no lo supimos ¡hasta que me pellizcó muy fuerte para llamar mi atención!. Sin embargo, cuando intenta una acción consciente, como cuando está mirando fijamente un objeto que desea, parece ser incapaz de trasladar ese deseo a la acción.

¿Afecta la apraxia a su inteligencia?

La apraxia afecta a la mayoría de movimientos y conductas del SR. No afecta a la inteligencia. De hecho, enmascara la inteligencia, ya que nos dificulta determinar qué es lo que sabe si no puede usar gestos para señalar ni indicar su comprensión. Incluso si se les da un tiempo extra para completar una tarea, la apraxia puede impedir que actúe o indique lo que está entendiendo.

Creo que Amanda está haciendo progresos con el entrenamiento conductual, pues es apráxica y las niñas apráxicas lo hacen mejor en situaciones uno a uno, ya que son más reforzantes y repetitivas. Estamos con Amanda tanto tiempo como podemos, aunque después de tantos años es difícil mantener este ritmo.

¿Afecta el SR a su equilibrio?

Además de la falta de equilibrio de su marcha, tiene dificultad para mantener el peso de la parte superior de su cuerpo. Sus **respuestas de protección** (alargar sus brazos para protegerse en la caída) son generalmente escasas. Las respuestas de protección hacia atrás a menudo son lentas o inexistentes.

¿Cómo puedo ayudarla?

A medida que aprendemos a leer sus señales corporales o su lenguaje particular de movimiento hay que recompensarla con elogios por sus intenciones. Explíquele que sabe cuán duro es para ella hacer las cosas bien y, alábele cada pequeño paso hacia la meta. Parta de que ella entiende lo que usted le dice, advirtiéndola al mismo tiempo que tal vez no pueda tener éxito completo. El uso de aparatos de comunicación aumentativa e interruptores puede aumentar considerablemente su capacidad para comunicarse y hacerlo bien. "Aproveche el momento" ofreciéndole actividades que la motiven.

¿Qué es la desorientación espacial?

Hablamos de **desorientación espacial** cuando ella no puede percibir correctamente la posición "vertical" de su cuerpo. Para tener la sensación de verticalidad se inclina hacia delante, hacia atrás o hacia el lado. Hay menos interferencias en al marcha si se inclina hacia delante, pero esto puede, a la larga afectar a su postura y producirle cifosis. Puede llevarle a una pérdida de deambulación debido a su incapacidad para desplazar su peso para iniciar los pasos.

¿Qué se puede hacer para corregir la desorientación espacial?

El tratamiento que se ha utilizado es un procedimiento de sobre-corrección, llevando a la niña a los espacios que la asustan. Durante este procedimiento debe dársele apoyo emocional y físico. Empezaremos con ella en posición horizontal sobre un lado, la espalda o el estómago hasta un máximo de 30 minutos, e iremos progresando poco a poco hasta colocarla en posición parcialmente vertical en una cuña, pelota o regazo del terapeuta. Continuaremos avanzando poniendo sus pies en el suelo mientras se inclina en la posición corregida.

¿Qué es la ataxia?

La **ataxia** es una alteración del equilibrio. A menudo es el problema motor más precoz de los que se observan en el SR. Hace que las articulaciones se vuelvan temporalmente fijas o queden encajadas en una posición de estabilidad. Esto reduce la movilidad de la niña a la hora de pasar de una posición a otra. Debido a la ataxia, las piernas a menudo están muy separadas, tanto cuando está de pie como cuando está sentada, y le es difícil trasladar el peso de una pierna a otra. Moverla puede causarle mucha ansiedad y miedo a caerse, pero los movimientos que hace por su cuenta no le perturban. Sus **reacciones de enderezamiento** (la capacidad para volver a la verticalidad cuando se ha desequilibrado) y las respuestas de equilibrio pueden ser lentas e inefectivas. Los movimientos del SR a menudo se describen como ataxia truncal espasmódica -movimientos temblorosos que aparecen cuando intenta mantener su equilibrio-.

¿Qué se puede hacer para minimizar la ataxia?

Para disminuir la ataxia se usan chalecos y cinturones con peso. Se usa la rotación segmentaria haciéndolo rodar donde exista una torsión entre sus hombros y caderas. Esta actividad la ayuda a estabilizar el equilibrio. También se pueden utilizar la pelota terapéutica y las actividades de suelo para estimular su equilibrio. Son útiles la práctica repetitiva de aquellas actividades que fomenten el desplazamiento de peso y la rotación en habilidades funcionales motrices.

¿Qué entendemos por movimientos transicionales?

Habilidades transicionales son aquellos movimientos que nos permiten cambiar de posición tales como rodar, sentarnos, levantarnos, etc. Sentarse y levantarse en donde ha sido previamente instalada, son habilidades que se mantienen durante más tiempo. Una actividad fuerte de la musculatura extensora de las piernas y la espalda, la rigidez de la columna, la falta de capacidad de cargar peso en las extremidades superiores, los trastornos de la orientación espacial y la incapacidad para graduar el movimiento son factores que contribuyen a la pérdida de las habilidades transicionales.

¿Qué podemos hacer para ayudar a los movimientos transicionales?

Las transiciones son tan importantes como caminar. Las niñas que han mantenido la capacidad de caminar deberían tener la oportunidad de practicar diariamente estos movimientos de transición. Las que son incapaces de ejecutar estos movimientos por ellas mismas, deberían llevarlos a cabo con ayuda, bien sea verbal, bien física. Esto las ayudará a mantener la movilidad y reducirá la cantidad de esfuerzo exigido al cuidador. De nuevo la apraxia presenta su cara más fea, ya que el aprendizaje de movimientos transicionales es una de las mayores hazañas de planificación motora.

Con la niña sentada sobre la pelota terapéutica el terapeuta intentará obtener respuestas de equilibrio y enderezamiento. Durante esta actividad, el terapeuta controla la velocidad, dirección, duración y ejecución del movimiento para promover respuestas activas en flexión y rotación. La actividad debe estar cuidadosamente adaptada al nivel de tolerancia de las niñas. Se desarrollarán el rango de movimiento, la fuerza y la tolerancia a estas posturas.

El terapeuta debería poner en práctica actividades funcionales de transición mientras le da directrices verbales y le presta apoyo y asistencia física. Poner a la niña a gatas es posible, incluso cuando ella se niega fuertemente a colocarse boca abajo si tiene la seguridad de que el terapeuta le protegerá la cara en el caso de que sus movimientos de manos estorben su capacidad de mantener el peso sobre ellas.

Cuando la niña tema caerse hacia delante, inclinarse en esa dirección para levantarse puede ser muy difícil. Cuando el terapeuta la empuja hacia delante, ella insiste en empujar hacia atrás, para ayudar a aliviar este problema se puede sentar a la niña en un banco que se inclina hacia atrás para que fuerce reacciones de equilibrio, a fin de conseguir la flexión de caderas. Se debería ayudar a la niña a permanecer flexionada mientras el banco vuelve a la posición recta. Esta le ayuda a tolerar el movimiento hacia delante que teme debido a su desorientación espacial. Cuando aumente su tolerancia se moverá activamente hacia delante para ponerse de pie.

¿Qué es la propiocepción?

La **propiocepción** es el conocimiento de la posición de nuestro cuerpo en el espacio. Es uno de los sentidos y se origina en los músculos y en las cápsulas articulares. La propiocepción es el sentido que nos permite conocer correctamente dónde están nuestros brazos y piernas en un momento dado sin tener que mirar. Nos permite hacer los ajustes necesarios para permanecer sentados derechos o llevarnos una galleta a la boca sin perderla por el camino.

Brittany tiene un chaleco lastrado y he visto algunos resultados positivos tales como calmarse al aumentar su propiocepción. El de mi hija lleva todo el peso en la parte inferior. Le voy hacer uno nuevo distribuyendo el peso por todas partes. El terapeuta ocupacional recomienda empezar con un peso no superior al 5% del peso total de la niña, y aumentarlo, si lo tolera, gradualmente hasta el 25% de su peso cor-

poral, sin restringirle excesivamente su movilidad se debería pedir consejo al doctor y a la terapeuta ocupacional sobre sus condiciones físicas. No debería llevar el chaleco más de 10-15 minutos. He empezado a hacer una manta lastrada usando virutas de papel para el relleno. Esto pesa increíblemente. A Brittany le gusta envolverse en su manta como una salchicha. Me doy cuenta de que le encantará su manta lastrada.

Hice el chaleco lastrado de Amanda adaptando una chaqueta vaquera, cortándole las mangas y haciendo con ellas bolsillos interiores para los pesos que cosí alrededor del borde inferior. Fui a la ferretería compré anillas de diferentes tamaños. Hice unos bolsillos internos cerrados en un lado con velcro para poder así cambiar los pesos. Antes de hacerlo lo comenté con un par de terapeutas.

El chaleco lastrado le ofrece una experiencia sensorial llamada propiocepción de la que nuestras niñas generalmente carecen. Ya que nuestras niñas carecen de muchas experiencias sensoriales, hemos de dárselas. También reciben una pequeña sensación vestibular.

Amanda se fatiga al usar los pesos. Por mi no lo volvería a intentar, pero otros padres opinan que calman a sus hijas. Yo mismo pienso que es una carga para Amanda, pero antes de que lo hiciéramos, sentía que debíamos ayudarla a caminar mejor y estabilizar su temblor. No fue así. No lo intentaría de nuevo -creo que le tensa demasiado los músculos-, y, estructuralmente, ella no puede soportar peso añadido.

Me gusta la idea de envolver y comprimir las articulaciones, pienso que nuestras niñas están flojas y a veces no pueden llevar peso y que esto debería ayudarlas. Cuando le pusimos férulas en el calzado a Amanda, fue una gran ayuda para sus pies y la ayudó a caminar mejor -básicamente fue algo que le sirvió para sostener su cuerpo-.

OSTEOPOROSIS

A pesar de la absorción intestinal normal de calcio y vitamina D, las niñas con SR tienen un bajo contenido de mineral en los huesos y una densidad ósea disminuida (**osteoporosis**). Pueden producirse fracturas muy fácilmente al menor golpe. Los ejercicios de llevar pesos y mantenerse de pie ayudan a conservar la densidad de los huesos y la fuerza. Debe potenciarse la ingesta de calcio. Ya que hay una respuesta anormal al dolor, puede ser imposible percibir la fractura hasta que ya esté hinchada, magullada o coja.

Una vez, Michelle se fracturó la muñeca; tardamos una semana en descubrir de dónde venía el dolor. Nunca hubiéramos encontrado el problema de no ser por la magulladura en el punto de la fractura.

Jocelyn se rompió el brazo y tardamos varios días en darnos cuenta. Un lunes me di cuenta de que no se llevaba las manos a la boca y me entusiasmé tanto de que, por fin, hubiese abandonado esa costumbre, que la mandé al colegio sin sus férulas. Aquel día llegó una nota a casa diciendo que les preocupaba que algo fuese mal, lo que me enfadó, ¡pues no podían ver el lado positivo!. El día siguiente se estremeció al pasarle el brazo por la manga, aunque no le presté mucha atención en aquel momento. Pasó otro día sin llevarse las manos a la boca. Cuando aquella noche llegué a casa del trabajo, mi marido dijo que pensaba que algo no iba bien, ya que se dio cuenta de que no había gateado cuando la puso en el suelo. Solo se sentó sobre sus talones. Aquella noche me di cuenta de que su brazo estaba hinchado y rojo. La ingresamos para que la examinaran y, efectivamente, tenía roto el brazo, en el tercio superior del húmero cerca del hombro. El doctor dijo, a la vista del estado de consolidación, que aquello había sucedido hacía, más o menos, una semana y media. No recordábamos ninguna caída ni ninguna herida, y al fin llegamos a la conclusión de que lo más probable fuese que la hubiese tirado su hermanito pequeño cuando estaba de rodillas y luego botó sobre ella.

Hace tiempo le hicimos a Lauren una radiografía de la mano y la muñeca para ver su edad ósea. También encontraron una fractura consolidada en la muñeca. Lauren camina y se cae muchas veces cada año. Es bastante estoica en cuanto al dolor, respira fuerte y se queda inmóvil, cuando en la misma situación, su hermano hubiera llorado durante mucho tiempo. No tenemos ni idea de cuando ocurrió.

El autor quiere agradecer a los profesionales que han intervenido, con sus ideas e información, gracias a los cuales ha sido posible desarrollar este capítulo: Susan Hanks, PT; Barbro Lindberg; Linda Reece, OTR/L; Jan Townsley, OTR/L..