

daño cerebral adquirido: guía práctica para familiares

M^a Dolores Navarro Pérez
Belén Martínez Campos
Joan Ferri Campos

con la colaboración de:



A los que estáis ahí...

Desde el Servicio de Daño Cerebral de Hospitales NISA surgió la idea de crear esta guía. Como profesionales en este campo trabajamos en estrecha colaboración con cuidadores, familiares y amigos, que nos acercan a la realidad diaria no sólo del paciente sino a la suya propia. Este libro nace como respuesta a las preocupaciones, dudas e inquietudes que aparecen en el entorno del paciente con daño cerebral adquirido.

El principal objetivo de esta guía es informar de forma fácil y gráfica, de la situación en la que se encuentra el enfermo dándole a su vez pautas muy concretas de actuación para que pueda colaborar diariamente en el tratamiento neurorrehabilitador. La estructura del libro está pensada para facilitar la comprensión del lector, dividiendo la información no sólo por áreas (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) sino también por grupos según el estado en el que se encuentra el paciente.

Iniciamos la guía con un apartado general sobre el Sistema Nervioso, el cerebro y su funcionamiento; las posibles patologías que pueden ocasionar el daño cerebral adquirido y una breve explicación del trabajo que realiza el equipo multidisciplinar y el papel del familiar/cuidador. A continuación la guía se divide en diferentes áreas y cada una de ellas tiene una estructura similar:

- Presentación del profesional: donde se indica qué hace, cómo lleva a cabo sus funciones y en qué momento de la rehabilitación interviene.
- Grupos: Cada área se ha dividido en grupos que pueden acercarnos más a la realidad del paciente marcando las posibles diferencias que encontramos dentro de una misma patología, si bien es posible que la evolución del paciente le lleve a cambiar de un grupo a otro. (Por ejemplo: una persona inicialmente puede ser valorada como un gran dependiente a nivel funcional, pero con el tiempo puede evolucionar hacia los diferentes grados de independencia).
- Recuerdas: son temas sobre los que el profesional quiere dar una información adicional que puede resultar necesaria para el familiar.

· Normas: se presentan dos actuaciones posibles ante una misma situación, una de ellas nos muestra lo correcto y la otra lo incorrecto. Aquí mostramos las pautas más importantes que deben ser seguidas de modo estricto.

· Consejos: se presentan igualmente dos actuaciones gráficas ante una misma situación. En este caso el profesional aconseja al familiar qué hacer en cada una de ellas.

· Pasos a seguir: son actuaciones que podemos dividir en diferentes partes, ofreciéndonos una visión más clara de la secuencia.

Para utilizar la guía de forma correcta debemos entender que no está pensada como un libro para leer, sino como un recurso para consultar, entender y aprender. Para hacer un buen uso de este texto hay que tener el asesoramiento continuado de los diferentes profesionales, quienes nos indicarán qué parte del libro debemos leer. Al inicio de cada área existe un índice en el que nos señalarán aquello que la familia debe consultar. Por último, para poner en práctica todo lo que se aconseja, debemos acudir al equipo terapéutico ante cualquier duda, ya que esta guía no pretende reemplazar la labor de ningún especialista sino ser un recurso donde tanto el profesional como el familiar puedan apoyarse.

Sabemos que nadie está preparado para vivir una situación como ésta, por ello nuestro mayor deseo es que este libro pueda ayudar a las personas que rodean al paciente con daño cerebral. Facilitar en la medida de lo posible la comprensión de esta nueva etapa y, sobre todo, ofrecer herramientas y estrategias para poder enfrentarse a esta nueva vida. Finalmente, queremos agradecer a todos los enfermos de daño cerebral y a sus familiares todo lo que nos han enseñado, ya que esta guía está hecha por y para ellos.

Loles, Belén y Joan

1.- INTRODUCCIÓN	21
· Sistema Nervioso	22
· Cerebro	24
· Daño cerebral adquirido	26
2.- PATOLOGÍA	29
· Ictus	30
· Traumatismo craneoencefálico (TCE)	36
· Anoxia	40
· Otras causas de Daño Cerebral Adquirido (DCA)	42
· Etapas del Daño Cerebral Adquirido (DCA)	44
· Principales deficiencias	48
3.- TRATAMIENTO NEURORREHABILITADOR Y FAMILIA	51
· Equipo Multidisciplinar	52
· La familia	55
· Síndrome del cuidador	57
· Diario del Familiar	60
4.- MEDICINA Y ENFERMERÍA	65
· Presentación del profesional:	
· El Médico Neurólogo	66
· El Médico Rehabilitador	68
· El Médico Internista	70
· La Enfermera	72
· Recuerda:	
· Cuidados del paciente agudo	74
· Consejos generales	76
· Epilepsia	77
· Espasticidad	80
· Úlceras por presión	82
· Incontinencias	84
5.- NEUROPSICOLOGIA	89
· Presentación del profesional:	
· El Neuropsicólogo	90
· El Terapeuta Cognitivo	92

· Grupos:	
· Psicopatología:	
· Alteraciones emocionales	94
· Alteraciones conductuales	95
· Alteraciones de la conciencia	97
· Neuropsicología:	
· Trastorno Cognitivo Severo	98
· Trastorno Cognitivo Moderado	100
· Trastorno Cognitivo Leve	102
· Recuerda:	
· Psicopatología:	
· Tristeza	104
· Apatía	104
· Conciencia de enfermedad	105
· Fabulaciones	106
· Incumplimiento tareas	106
· Impulsividad y/o Irritabilidad	107
· Agitación	107
· Modificación de conducta	108
· Neuropsicología:	
· Atención básica	110
· Atención compleja	110
· Orientación	111
· Memoria remota	112
· Aprendizaje	113
· Normas (Incorrecto / Correcto):	
· Sobreestimar	114
· Tiempo de descanso	116
· Tiempo de respuesta	118
· Labilidad emocional	120
· Desinhibición	122
· Apatía	124
· Impaciencia	126
· Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos):	
· Atención	128
· Incomprensión	130
· Incapacitar	132
· Sobreproteger	134

· Pasos a seguir:	
· La habitación	136
· Agenda	136
· Situaciones conflictivas	137
6.- LOGOPEDIA	139
· Presentación del profesional:	
· El Logopeda	140
· Grupos:	
· Trastornos del lenguaje	142
· Trastornos en el uso del lenguaje	144
· Trastornos motores de la expresión	145
· Recuerda:	
· Afasia global	146
· Anomia	148
· Agramatismo	149
· Ecolalia	150
· Esterotipia	152
· Rehabilitación de las musculatura orofonatoria	153
· Mutismo	156
· La comunicación	158
· Verborrea	160
· Normas (Incorrecto / Correcto):	
· Línea de visión	162
· Incluir en la conversación	164
· Nuevas palabras	166
· Preguntas concretas	168
· Gestos concretos	170
· Libro de comunicación	172
Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos):	
· Simplificar información	174
· Preguntas concretas	176
· Resúmenes	178
· Turnos de conversación	180
· Ser sincero	182
· Alargar tiempo de respuesta	184
· Ambiente ruidoso	186

· Marcadores de frase	188
· Paciencia	190
7.- NUTRICIÓN	193
· Presentación del profesional:	
· La nutricionista	194
· Grupos:	
· Pacientes con sonda	196
· Pacientes con dieta adaptada	197
· Pacientes con dieta mixta	198
· Recuerda:	
· Consejos generales	199
· Cuidados de la PEG	200
· Dietas	201
· Normas (Incorrecto / Correcto)	
· Posición durante la ingesta	202
· Ambiente tranquilo	204
· Consistencia adecuada	206
8.- FISIOTERAPIA	209
· Presentación del profesional:	
· El Fisioterapeuta	210
· Grupos:	
· Daño Motor Severo	212
· Hemiplejia	214
· Síndrome Cerebeloso	216
· Recuerda:	
· Pacientes con daño motor severo	218
· Postural en cama	220
· Brazo hemipléjico	224
· La bipedestación	226
· La marcha	228
· Pacientes con síndrome cerebeloso	230

· Normas (Incorrecto / Correcto):	
· Sedestación en silla	232
· Ducha	234
· Mano	236
· Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos):	
· Ortesis	238
· Seguimiento de pautas	240
· Traslados	242
· Vestuario adecuado	244
· Pasos a seguir:	246
· Transferencias	248
9.- TERAPIA OCUPACIONAL	251
· Presentación del profesional:	
· El Terapeuta Ocupacional	252
· Grupos:	
· Grandes dependientes	254
· Dependientes en ABVD	255
· Dependientes en AIVD	256
· Recuerda:	
· Adaptación del entorno	256
· Consejos (Intenta evitar / Te aconsejamos):	
· Ropa adecuada	266
· Lado del material	268
· Refuerzos positivos	270
· Prácticas incorrectas	272
· Pasos a seguir:	
· Introducción	274
· Ponerse chaqueta	275
· Quitarse chaqueta	276
· Ponerse jersey	277
· Quitar jersey	278
· Zapatillas	279
· Vestido de MMII	280

10.- ORTOPEDIA	283
· Presentación del profesional:	
· El Ortopeda	284
· Recuerda:	
· Silla de ruedas	286
· Ayudas Técnicas ABVD-AIVD	290
· Ayudas Técnicas-Ortesis	296
11.- TRABAJO SOCIAL	301
· Presentación del profesional:	
· El Trabajador Social	302
· Recuerda:	
· Secuencia de Trabajo Social	304
· Consejos generales	306
· Ayudas derivadas del certificado de Minusvalía	307
· Diagrama de Minusvalía	309
· Diagrama de Invalidez	310
· Ayudas y prestaciones para la Integración Laboral	311
· Prestaciones de los Servicios Sociales	312
12.- GLOSARIO	315

1 introducción al sistema nervioso

- ☐ Sistema Nervioso
- ☐ Cerebro
- ☐ Daño cerebral adquirido



SISTEMA NERVIOSO



Podemos definir el Sistema Nervioso como nuestro sistema de relación con el mundo exterior. Está formado por una red de estructuras unidas entre sí y perfectamente sincronizadas que, a modo de ordenador central, se encargan de mantener las condiciones ideales para conservar la salud y la vida.

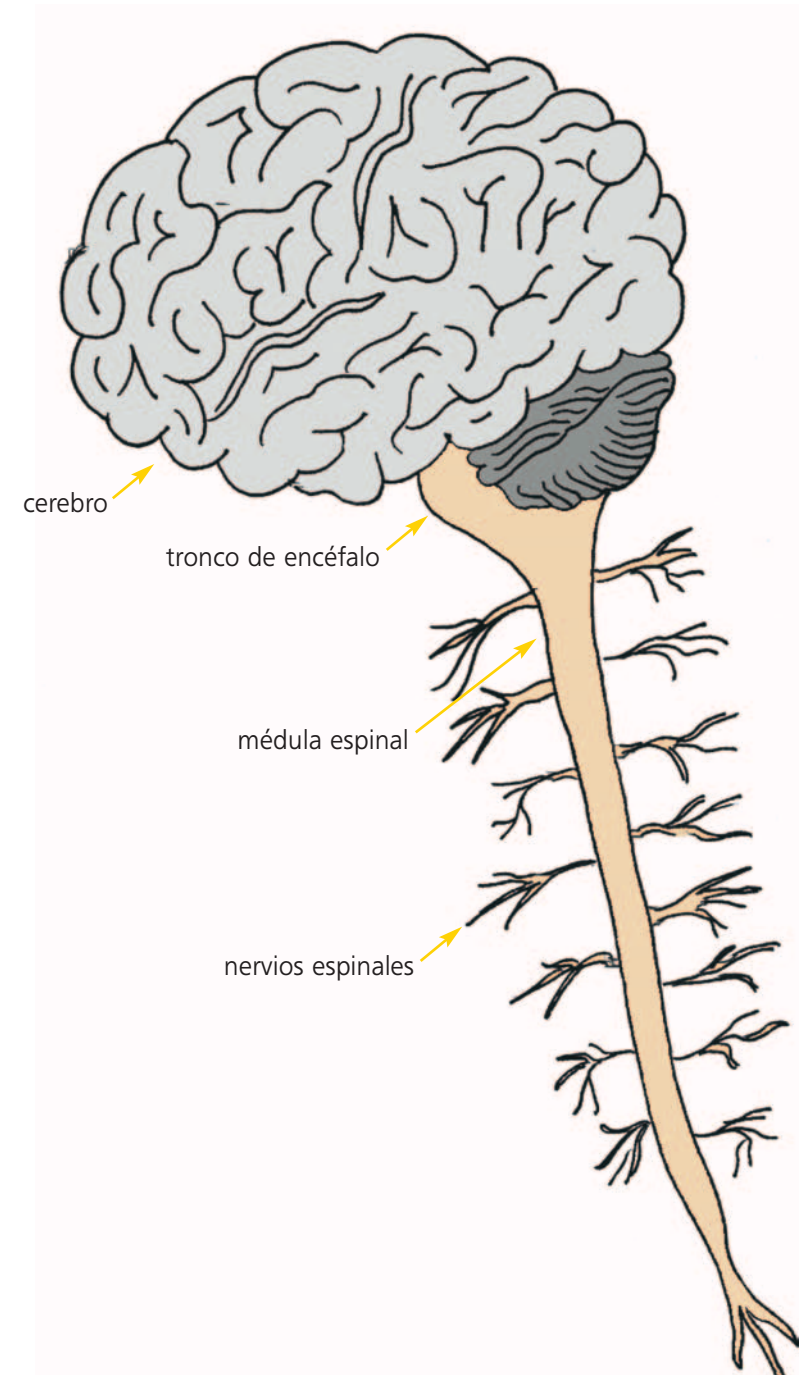
Así, dentro del Sistema Nervioso, diferenciamos tres estructuras básicas:

- **Cerebro o encéfalo:** se encuentra dentro del cráneo y se encarga de procesar la información que recibe tanto del exterior como del propio organismo.
- **Médula espinal:** está situada en el interior de la columna vertebral.
- **Nervios periféricos:** se encargan de recoger información a través de la piel y los órganos de los sentidos, la transportan hasta el cerebro y llevan las respuestas motoras desde el cerebro hacia los músculos.

El Sistema Nervioso tiene tres funciones básicas:

1. **Sensación:** es capaz de percibir, es decir, sentir los cambios internos y externos al cuerpo.
2. **Integración:** procesa la información sensorial que recibe, la guarda y toma decisiones al respecto.
3. **Motora:** responde con movimiento o acciones a las decisiones tomadas.

La totalidad de las funciones vitales del organismo, se llevan a cabo bajo la coordinada y perfecta supervisión del Sistema Nervioso. Nuestro cerebro elabora el pensamiento, planifica y razona, almacena nuestros recuerdos, controla las actividades físicas como caminar, oír, hablar, ver, comer, dormir y respirar, etc.



EL CEREBRO

El **cerebro**, como ya hemos dicho, es el órgano responsable de la supervivencia del organismo, por eso se encuentra especialmente protegido por una estructura ósea, que es el cráneo, y recubierto por unas membranas denominadas *meninges*. Está formado por billones de células nerviosas llamadas *neuronas* que dependen de la sangre del corazón, que les aporta los nutrientes y el oxígeno necesario para su supervivencia.

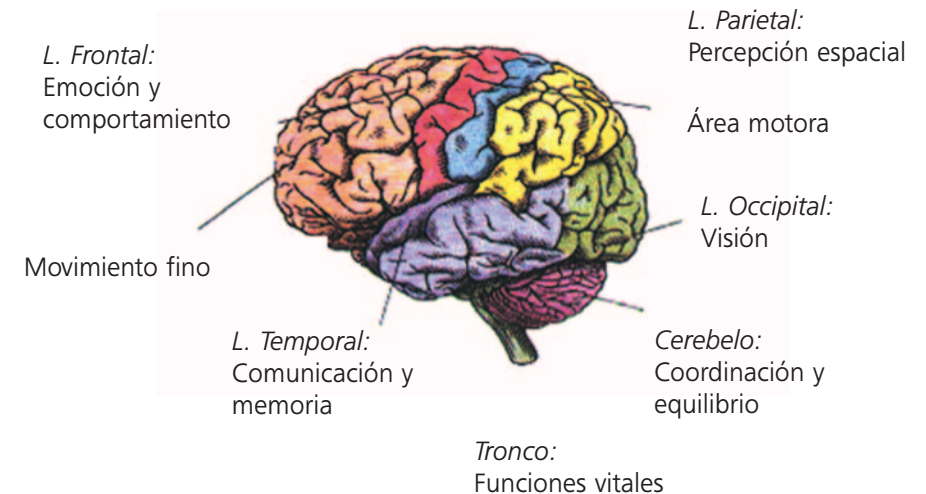
El cerebro se divide en dos compartimentos o mitades denominados *hemisferios cerebrales* derecho e izquierdo, de modo que la mitad derecha del cerebro controla la parte izquierda del cuerpo y el lado izquierdo del cerebro la parte derecha.

Estas dos mitades o hemisferios se dividen a su vez en cuatro grandes porciones denominadas *lóbulos*, cada una de las cuales se encarga de unas funciones específicas. Sin embargo, aunque cada parte del cerebro tiene una función, todas ellas están interconectadas de manera que cuando una se ve dañada es muy posible que otras no puedan funcionar bien.

Los principales lóbulos cerebrales y sus funciones correspondientes son:

- **Lóbulo frontal:** es el área que encontramos detrás de la frente y se encarga de las funciones intelectuales como la atención, el pensamiento, la planificación y la organización; también está implicado en la personalidad y en el control de las emociones y la conducta.
- **Lóbulos temporales:** situados justo detrás de los frontales, desempeñan un papel importante en nuestra capacidad de comprender las cosas y hablar, y controlan la memoria.
- **Lóbulos parietales:** situado por encima de las orejas, es el responsable de nuestra capacidad de comprender las relaciones espaciales y leer y escribir. Entre los lóbulos frontales y parietales existen unas zonas que controlan el movimiento y la sensibilidad.
- **Lóbulos occipitales:** se encuentran en la parte más posterior de la cabeza y se encargan de la visión.

Además existe un área denominada *Tronco de Encéfalo*, que es una zona de transición que conecta el cerebro y la médula espinal. Se encarga de controlar funciones del cuerpo como el sueño y la vigilia, la conciencia, los latidos del corazón, la presión sanguínea, etc. Justo por detrás del tronco de encéfalo se encuentra una estructura denominada *cerebelo*, responsable de nuestra coordinación y equilibrio.



EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

El **daño cerebral adquirido** es el daño o lesiones repentinas que se producen en el cerebro debido a causas externas mecánicas (traumatismos, agresiones, etc.) o internas (ictus, tumores, enfermedades, etc.).

CAUSAS MÁS COMUNES:

- Accidentes de tráfico.
- Accidentes domésticos.
- Lesiones en la práctica deportiva.
- Agresiones.
- Accidentes cerebrovasculares: ictus isquémicos y hemorragias.
- Tumores.
- Anoxias (interrupción del suministro de oxígeno al cerebro) por parada cardíaca.
- Enfermedades metabólicas, etc.

Con independencia del origen del daño cerebral cualquier lesión cerebral produce una alteración de las funciones cerebrales que pueden provocar déficit físicos, cognitivos y emocionales. Así cuando cualquier porción del cerebro se daña, no solamente se ven afectadas las funciones de la región implicada, sino que todo el cerebro se ve perjudicado por la pérdida de comunicación con el área dañada. Es decir, las áreas no dañadas del cerebro se ven privadas de la entrada de información de la zona afectada, de modo que también están expuestas a los mensajes anormales y a la desinformación generada como consecuencia de la lesión.

Es difícil determinar el nivel de recuperación que va a alcanzar un paciente porque existe multitud de factores que intervienen en este proceso. Entre ellos destacamos la gravedad de la lesión, el tiempo de permanencia en coma, la duración de la amnesia post-traumática (APT), entre otros. Además también influye en la recuperación el estado de salud previo a la lesión y los hábitos de vida.

Actualmente existe multitud de pruebas diagnósticas que nos van a ayudar a determinar la gravedad de la lesión permitiendo a los profesionales médicos tener una visión más exacta del pronóstico de recuperación y de las posibles secuelas del daño sufrido.

Entre las principales pruebas de imagen diagnósticas tenemos la TAC (tomografía axial computerizada), la Resonancia Magnética, el PET (tomografía por emisión de positrones), etc. Todas ellas nos ofrecen una imagen del cerebro que nos ayuda a evaluar el tipo de lesión, su gravedad, función, localización y dimensiones.

2 patología

- ☐ Ictus
- ☐ Traumatismo craneoencefálico (TCE)
- ☐ Anoxia
- ☐ Otras causas de Daño Cerebral Adquirido (DCA)
- ☐ Etapas del Daño Cerebral Adquirido (DCA)
- ☐ Principales deficiencias

ICTUS

DEFINICIÓN



El ictus según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como “signos clínicos de perturbación de la función cerebral de rápido desarrollo que dura más de 24 horas, sin más causa aparente que un trastorno vascular”.

Como hemos visto el ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral, que altera la función de una determinada región del cerebro. También se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV), embolia, trombosis, apoplejía, derrame cerebral y hemorragia cerebral, entre otras.

Puede deberse a una reducción brusca del flujo sanguíneo por un taponamiento o a una ruptura de la pared de un vaso sanguíneo, dejando una parte del cerebro sin el flujo de sangre necesario. Como consecuencia las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben ni oxígeno ni nutrientes, dejan de funcionar y mueren rápidamente, quedando afectadas funciones orgánicas como el habla, el movimiento, la vista, la memoria, etc.

FACTORES DE RIESGO



El riesgo de sufrir un ictus aumenta con:

- La hipertensión arterial.
- Los antecedentes de enfermedad vascular cerebral o coronaria.
- La diabetes.
- La obesidad.
- Los antecedentes familiares de ictus.
- El tabaquismo o alcoholismo importantes.
- El estilo de vida sedentario.



FACTORES DE RIESGO

CLASIFICACIÓN



Los problemas de los vasos sanguíneos cerebrales pueden ser de dos tipos:

ICTUS ISQUÉMICO

Son los más frecuentes y se producen cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a este bloqueo, parte del cerebro se ve privada del flujo de sangre que necesita y las células nerviosas, llamadas neuronas, quedan sin oxígeno y mueren transcurridos unos minutos.

Este problema se suele producir por el desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso, lo que se denomina arteroesclerosis. Los depósitos de grasa provocan dos tipos de obstrucciones:

- **Trombosis:** El responsable es un coágulo que se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.
- **Embolia:** El coágulo se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del pecho y el cuello o el corazón. Una porción del coágulo se desprende y viaja por el flujo sanguíneo hasta que encuentra un vaso que es más pequeño y lo bloquea.

En ocasiones puede presentarse un síndrome parecido al ictus isquémico que dura un pequeño periodo de tiempo, y se resuelve por sí solo a través de mecanismos normales; es lo que denominamos Accidente Isquémico Transitorio. Es un indicativo importante de ictus, por lo que cuando se produce, hay que tomar medidas para evitar un ataque más serio.

ICTUS HEMORRÁGICO

La pared del vaso sanguíneo se rompe, permitiendo que la sangre irrumpe en el cerebro y comprima el tejido cerebral. Existen dos tipos de vasos “débiles” que provocan ictus hemorrágicos: los aneurismas y las malformaciones arteriovenosas.

- Un “aneurisma” es una región inflada o debilitada de un vaso sanguíneo. Si no se trata el problema crece hasta que el vaso se rompe.
- “Malformación arteriovenosa”: son un grupo de vasos sanguíneos formados de manera anormal de modo que cualquiera de éstos se puede romper.

Otras causas de ictus hemorrágicos pueden ser la hipertensión arterial, tumores o el consumo de tóxicos como la cocaína, entre otros.

SÍNTOMAS DE ALARMA



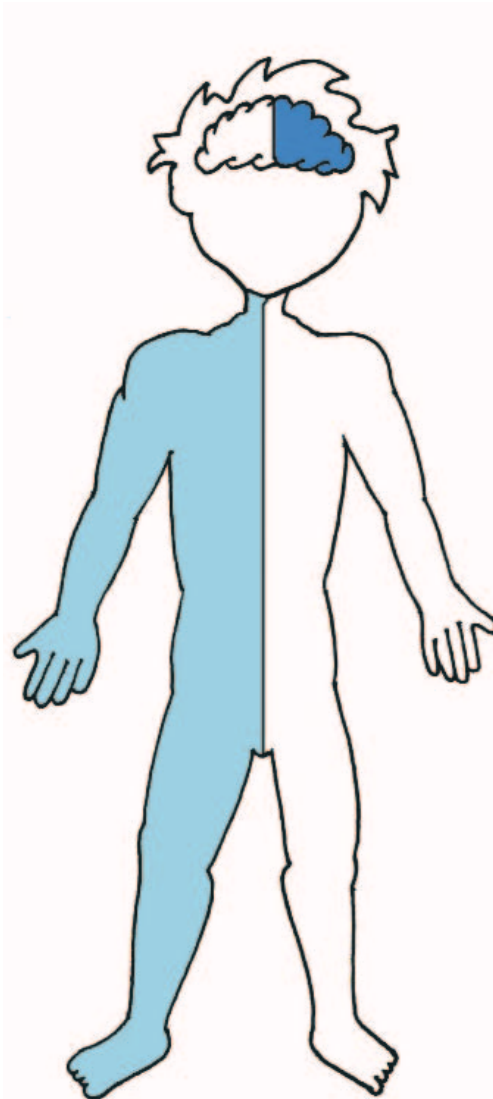
Los principales síntomas de un ictus son:

- Adormecimiento o pérdida de fuerza repentina en la cara, el brazo o pierna, especialmente en uno de los lados del cuerpo.
- Confusión repentina, dificultad para hablar o para entender.
- Dificultad para andar, mareo, pérdida de equilibrio o coordinación que aparece de repente.
- Problemas súbitos de visión en uno o los dos ojos.
- Dolor de cabeza brusco sin causa conocida.
- Vómitos.

Cuando el ictus afecta a la región izquierda del cerebro, la parte afectada será la derecha del cuerpo y se podrán dar alguno o todos los síntomas siguientes:

- Parálisis del lado derecho del cuerpo.
- Alteración sensitiva.
- Problemas del habla o del lenguaje.
- Estilo de comportamiento cauto, enlentecido.
- Pérdida de memoria.

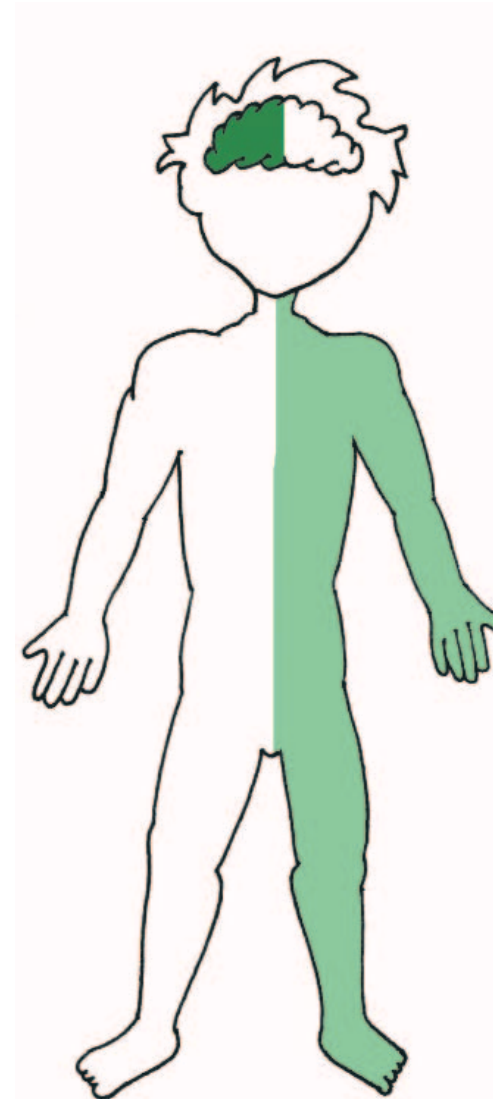
LESIÓN DE HEMISFERIO IZQUIERDO



Si por el contrario, la parte afectada es la región derecha del cerebro, será la parte izquierda del cuerpo la que tendrá problemas:

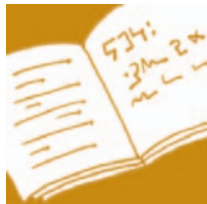
- Parálisis del lado izquierdo del cuerpo.
- Heminegligencia izquierda.
- Alteraciones sensitivas.
- Comportamiento inquisitivo, acelerado.
- Pérdida de memoria.

LESIÓN DE HEMISFERIO DERECHO



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

DEFINICIÓN



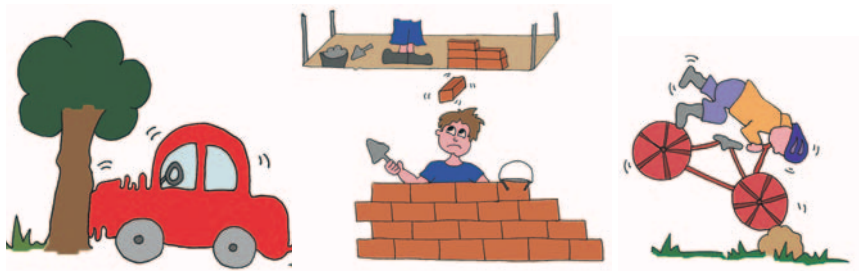
El daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) se define como la afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o disfunción del nivel de conciencia y que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas, físicas y/o emocionales del individuo.

CAUSAS



Las principales causas son:

- Accidentes de tráfico.
- Accidentes laborales o domésticos.
- Prácticas deportivas de riesgo.
- Atropellos.
- Agresiones.
- Precipitaciones.
- Maltrato infantil, etc.



TIPOS DE LESIONES TRAS UN TCE



Existen dos procesos diferentes involucrados en la mayoría de los TCE: una lesión primaria, que es causada directamente por el propio impacto y un conjunto de lesiones secundarias, que son el resultado de las complicaciones locales y de otros sistemas corporales.

La **lesión primaria** causa daño al tejido cerebral debido a un impacto directo. Dentro de las lesiones primarias podemos distinguir:

· **lesiones abiertas o penetrantes** en las que algún objeto fractura el cráneo, penetra en el cerebro y lesiona el tejido cerebral a su paso.

· **lesiones cerradas** que se producen cuando el cerebro debido al impacto se ve sometido a fuerzas de aceleración y desaceleración, que dañan las conexiones nerviosas. En este tipo de lesiones el cerebro es sacudido violentamente hacia delante y hacia detrás, chocando con la parte anterior y posterior del cráneo, así como con el resto de relieves óseos que encuentra a su paso. Este movimiento genera normalmente lesiones en los lóbulos frontales, en el lóbulo occipital y en los temporales.

Las **lesiones secundarias** son aquellas que tiene lugar minutos, horas o días después del accidente. Es por esto que las medidas médicas deben dirigirse directamente a prevenir, diagnosticar y tratar estos efectos desencadenados por la lesión inicial. Entre ellas destacamos:

- Hemorragias.
- Edema cerebral.
- Hipoxias (falta de oxígeno en el tejido cerebral).
- Infecciones.
- Aumento de la presión intracraneal.
- Hidrocefalias, etc.

CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE SU GRAVEDAD



Existen varios instrumentos que nos ayudan a determinar la gravedad de la lesión, entre ellos destacamos:

- **La Escala de Glasgow:** que determina el nivel de conciencia en función de la apertura ocular, la respuesta motora y la respuesta verbal.

- **La duración del coma.**

- El tiempo que el paciente permanece en **Amnesia postraumática** (APT).
- **Tipo de lesión.**

Atendiendo a estos factores podemos distinguir los siguientes tipos de lesiones:

LEVES:

- Suelen deberse a caídas o a pequeñas colisiones en las que el paciente no pierde la conciencia o lo hace sólo momentáneamente (Glasgow 13-15) y el tiempo de amnesia postraumática suele ser menor de una hora.
- El paciente no tiene síntomas en el momento de la evaluación por su médico o presenta síntomas menores como son dolor de cabeza, mareos, vértigos, algunos problemas de concentración y memoria, irritabilidad, hipersensibilidad al ruido y a la luz, fatiga, etc. Todos estos síntomas se conocen con el nombre de síndrome post-conmocional y suelen desaparecer antes de los 3 ó 6 meses.

MODERADAS:

Tras una lesión moderada el paciente suele presentar una pérdida de conciencia que oscila entre los 15 minutos y las 6 horas (Glasgow 9-12). El periodo de APT puede durar hasta 24 horas y suelen requerir hospitalización para mantenerlos en observación al menos durante la fase aguda.

Además puede presentar como en el caso anterior, otros síntomas como:

- Vértigos, mareos, dolores de cabeza.
- Problemas de atención y concentración.
- Alteraciones de memoria.
- Dificultades de aprendizaje.
- Problemas de planificación y organización.

- Desórdenes en la comunicación.
- Alteraciones conductuales y de la personalidad como irritabilidad, desinhibición, apatía, etc.

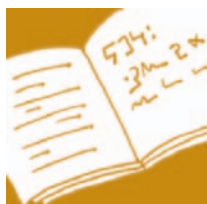
GRAVES:

Este tipo de pacientes presenta una pérdida de conciencia de más de 6 horas, una puntuación en la Escala Glasgow que oscila entre 3 y 8 puntos y un periodo de amnesia postraumática que supera las 24 horas.

Tras un TCE grave, pocas personas se incorporan a sus actividades habituales, siendo muchas de ellas incapaces de volver a una vida plenamente independiente. La mayoría de estas personas sufren una afectación generalizada de las funciones cognitivas. La naturaleza y el grado de los déficits dependerá, en gran parte, de la localización y la extensión del daño cerebral.

ANOXIA

DEFINICIÓN



Anoxia es la ausencia del aporte sanguíneo a los tejidos. En este apartado vamos a referirnos a una serie de términos como son encefalopatía anóxica/hipóxica o anoxia/hipoxia cerebral. Todos estos términos hacen referencia a una afectación del tejido cerebral debido a una falta de oxígeno, bien sea por un paro cardio-circulatorio, bien sea porque se produzca un fallo respiratorio súbito, aunque en general coexisten ambas situaciones.

El cerebro es un órgano especialmente vulnerable a la falta de oxígeno, de modo que una disminución del flujo sanguíneo de unos 5-6 minutos produce un daño en el tejido cerebral irreversible.

La gravedad de las lesiones provocadas por la anoxia va a depender del tiempo que el cerebro permanezca privado de oxígeno y de que la reducción del volumen del flujo sanguíneo cerebral sea total o parcial. Además existen una serie de circunstancias como son la edad, la existencia de complicaciones clínicas y estar asociado a un TCE, entre otras, que van a condicionar el grado de las posibles secuelas o lesiones.

Por ello el daño neurológico y sus secuelas dependerá de que se pueda conseguir rápidamente una perfusión adecuada, es decir, que se restablezca rápidamente el aporte de oxígeno a la zona afectada. Sabemos que si la isquemia es breve, de segundos o 1-2 minutos, se conseguirá una recuperación íntegra. Pero presumiblemente si la duración es cercana o superior a 5 minutos el paciente quedará con secuelas neurológicas.

CAUSAS



Las principales causas responsables de una hipoxia/anoxia cerebral son:

- Infarto de miocardio, arritmia ventricular, situación de shock (traumático o séptico), y hemorragia interna o externa.
- Asfixia u obstrucción de la vía aérea: ahorcamiento, estrangulación, aspiración (de vómito, comida o sangre), compresión de la tráquea (tumoración o hemorragia).
- Enfermedades que paralizan la musculatura respiratoria, tanto de origen periférico (síndrome Guillain-Barré, Esclerosis Lateral Amiotrófica, y en el pasado la poliomielitis), como de origen central (ciertas encefalopatías de la infancia, epilepsia o traumatismos cerebrales).
- Accidentes anestésicos (durante los cuales el paciente es expuesto a inspirar un gas con deficiencia de oxígeno).



De los síntomas post-anóxicos destacamos por su frecuencia:

- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones cognitivas: memoria, atención, agnosia, apraxia, etc.
- Alteraciones de la movilidad y del movimiento: corea, ataxias, mioclonías, síndrome rígido-acinético, etc.
- Otras causa DCA

OTRAS CAUSAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)

DEFINICIÓN



El daño cerebral adquirido es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales en personas, que han nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro y sufren en un momento determinado de su vida lesiones cerebrales como consecuencia de un accidente o una enfermedad. Las patologías más frecuentes que provocan daño cerebral son los traumatismos craneoencefálicos y los ictus, aunque existen otras patologías que de forma directa o indirecta también pueden causar lesiones cerebrales.

En general, en este tipo de daño cerebral poco frecuente pueden producir lesiones focales (afasia, amnesia, agnosia, síndrome frontal, etc) donde sólo se lesiona una zona o estructura cerebral. Asimismo también pueden producirse lesiones difusas provocando múltiples deficiencias y afectando a varias áreas cerebrales.

La gravedad de las lesiones provocadas, en algunas patologías, en gran medida dependerá del diagnóstico precoz y de la rapidez en la aplicación del tratamiento. Además existen una serie de circunstancias como son la edad, la existencia de complicaciones clínicas entre otras, que van a condicionar el grado de las posibles secuelas o lesiones.

CAUSAS



Entre las patologías que pueden causar lesiones cerebrales se encuentran las encefalopatías por:

- Tumores cerebrales
- Infecciosas: (Herpes, Toxoplasmosis, Neurosífilis, ...)
- Toxico-Metabólicas (encefalopatía hipoglucémica, Wernicke-Korsakoff, consumo de tóxicos, ...)

De los síntomas más frecuentes destacamos :

- alteraciones del nivel de conciencia
- alteraciones cognitivas (afasia, apraxia, agnosia, amnesia, síndrome frontal, etc).
- alteraciones de la movilidad y del movimiento: corea, ataxias, mioclonías, síndrome rígido-acinético, hemiparesias.....)

ETAPAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO (DCA)



·El efecto inmediato de una lesión cerebral es la **PÉRDIDA DE CONCIENCIA** que puede durar desde unos segundos a un tiempo indefinido. Diremos que el paciente se encuentra consciente cuando es capaz de realizar alguna de las siguientes funciones: abrir los ojos y orientar la mirada, responder con palabras, obedecer órdenes o defenderse del dolor.

·El **COMA** puede ser definido como “un estado de disminución de la conciencia, en el que la persona es indiferente al mundo exterior”. Hay distintos niveles de coma, desde el más profundo donde el paciente no muestra respuesta al dolor, a niveles más superficiales donde el paciente responde al dolor con un movimiento o abriendo los ojos, hasta niveles mucho más superficiales donde el paciente responde hablando. La duración y el grado de coma son uno de los indicadores de la severidad del daño así como de sus posibles secuelas.

En caso de que el coma se prolongue en el tiempo, el paciente puede pasar a lo que denominamos **ESTADO VEGETATIVO**, que es un estado más estable que el coma y del que se diferencia principalmente porque el paciente ha adquirido un ritmo vigilia-sueño.

·El estado de consciencia disminuida es en ocasiones un proceso largo que termina cuando la persona recupera sus funciones neurológicas y puede interactuar con el medio que le rodea. La **RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA** es un proceso lento, “a persona no despierta de repente un día y vuelve a su vida normal”. Es en este momento cuando se deben evaluar las secuelas del paciente.

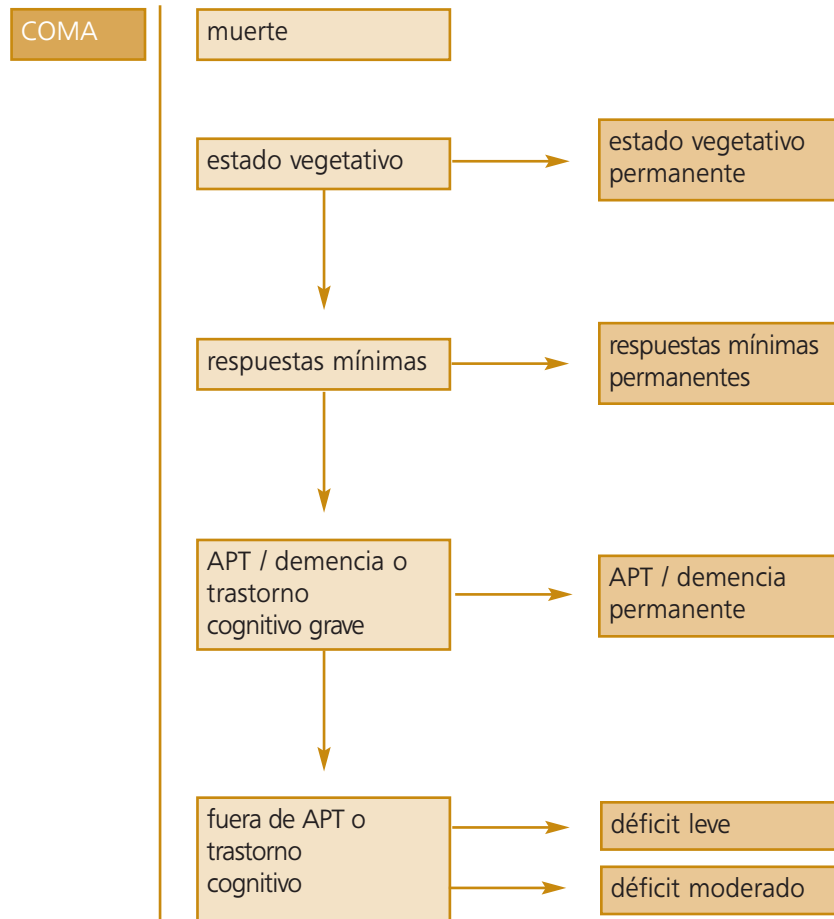
·Una etapa intermedia entre el coma y la recuperación de las funciones cognitivas es lo que denominamos **ESTADO DE RESPUESTAS MÍNIMAS**, donde el paciente ya es capaz de sonreír o llorar ante estímulos externos, localiza la procedencia de los sonidos y es capaz de seguir visualmente un objeto. Así mismo localiza los estímulos dolorosos, intenta alcanzar objetos y realiza movimientos automáticos como rascarse. En ocasiones también puede ser capaz de realizar gestos o vocalizaciones.

·Una vez recuperada la conciencia en el *daño cerebral no traumático* (ictus, anoxias, etc.) el paciente puede no recuperar el estado cognitivo previo a la lesión cerebral, pudiendo presentar alteraciones de las funciones intelectuales como la atención, la memoria, la planificación, desorientación, lenguaje, negligencia, así como alteraciones neuromotoras (hemiplejias, coreas, espasticidad, etc.). El grado de recuperación de todos estos problemas es variable y depende tanto de factores personales como de la gravedad de la causa que generó el daño cerebral inicial. En función del grado de recuperación neuropsicológica hablaremos de “trastorno cognitivo leve, moderado o grave”, de manera que a mayor deterioro cognitivo mayor será el grado de dependencia funcional. En los casos de trastorno cognitivo grave en los que el paciente precisa ayuda para todas sus actividades cotidianas hablamos de “Demencia”.

·En los *traumatismos craneoencefálicos* (TCE), un paso más hacia la recuperación de las funciones cognitivas supone el periodo de **AMNESIA POST-TRAUMÁTICA** (APT). Es un periodo de confusión en el que el paciente está consciente, aparentemente lúcido y parece estar en contacto con todo lo que le rodea, sin embargo es incapaz de recordar el día a día. El paciente está desorientado en espacio y en tiempo, tiene problemas atencionales y su capacidad de aprendizaje está severamente alterada. A menudo suelen estar agitados, inquietos, desinhibidos y presentar comportamientos poco apropiados. Asimismo pueden mostrar diversos déficit neuromotores (paresia, síndrome cerebeloso, etc.).

El periodo de amnesia postraumática suele ser transitorio, dando paso de forma progresiva y paulatina a la recuperación de las funciones cognitivas. En ocasiones el paciente no recupera el nivel cognitivo previo al traumatismo, quedando secuelas intelectuales y conductuales que marcarán los objetivos del plan terapéutico de cada individuo.

CUADRO DE EVOLUCIÓN EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



PRINCIPALES DEFICIENCIAS



Tras sufrir un daño cerebral adquirido un paciente puede presentar muchas y muy variadas secuelas, de hecho podemos afirmar que cada caso es diferente y presenta unas características particulares. El tipo de secuelas y su gravedad va a depender de varios factores como son: la zona cerebral lesionada, la gravedad de la lesión primaria, la aparición y gravedad de lesiones secundarias, lesiones asociadas al accidente (fracturas, lesiones de órganos vitales, etc.), las complicaciones surgidas durante el proceso, la duración y el grado de coma, etc.

El daño cerebral va a afectar al individuo en su totalidad, es decir, todas las facetas de la persona se van a ver alteradas. Así podemos esperar trastornos o alteraciones en las siguientes áreas:

TRASTORNOS COGNITIVOS:

- Alteración de las funciones cerebrales superiores
- Desorientación en espacio y tiempo.
- Problemas de atención y memoria.
- Reducción de la velocidad del pensamiento.
- Dificultades al resolver problemas, planificar y organizar.
- Falta de flexibilidad mental y de razonamiento.
- Deficiencias perceptivas y visioespaciales

TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO:

Muchas veces son las dificultades del comportamiento las que persisten más tiempo después de la lesión cerebral, incluso después de que las secuelas físicas se hayan recuperado. Destacamos:

- Dificultad para controlar sus emociones.
- Agresividad.
- Impulsividad.
- Agitación.
- Apatía.
- Desinhibición.
- Depresión.
- Ideas delirantes, etc.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN:

- Problemas en la comprensión de órdenes sencillas y en la expresión.
- Dificultades en la articulación de palabras, etc.

ALTERACIONES DE LA FUNCIONALIDAD Y PÉRDIDA DE AUTONOMÍA:

El paciente puede no ser capaz de realizar con normalidad actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse o asearse, requiriendo asistencia o supervisión para las mismas.

TRASTORNOS FÍSICOS:

- Alteraciones de la movilidad (hemiplejia) y de la sensibilidad.
- Problemas de coordinación y equilibrio.
- Alteraciones del tono muscular.
- Deformidades producidas por la inmovilidad, etc.

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN:

El paciente puede presentar dificultades a la hora de ingerir determinados tipos de alimentos o líquidos, por lo que en ocasiones será necesario una adaptación de la dieta o el uso de dispositivos que faciliten la ingesta (sondas, PEG, etc.).

3 tratamiento neurorrehabilitador y familia

- ☐ Equipo Multidisciplinar
- ☐ La familia
- ☐ Síndrome del cuidador
- ☐ Diario del Familiar



EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:



Como hemos podido observar el paciente va a presentar alteraciones en diversas áreas. De ahí la necesidad de un equipo multidisciplinar que coordine el proceso de rehabilitación. Son muchos los profesionales que se necesitan para la adecuada recuperación de las personas con un daño cerebral adquirido: no hay persona que pueda poseer los conocimientos ni las habilidades necesarias para hacer frente a la variedad de problemas que suelen acompañar a este tipo de lesiones.

Algunos de los profesionales más importantes en este proceso son:

- Los neurólogos.
- Los médicos rehabilitadores.
- Los médicos internistas.
- El personal de enfermería.
- Los neuropsicólogos.
- Los psicólogos.
- Los logopedas.
- Los nutricionistas.
- Los fisioterapeutas.
- Los terapeutas cognitivos.
- Los terapeutas ocupacionales.
- Los trabajadores sociales, etc.

En ocasiones, los familiares pueden tener una visión equivocada de los distintos profesionales del equipo, etc.



Una vez el paciente se encuentra estabilizado clínicamente, empieza el largo camino hacia la recuperación parcial o total. Debemos comenzar lo más precozmente posible el proceso de rehabilitación. Los objetivos del tratamiento son diferentes según la fase de la enfermedad en la que se encuentre, y según las necesidades individuales de cada uno. Siempre se pretende desarrollar el máximo nivel de autonomía física, cognitiva y emocional, favoreciendo en la medida de lo posible la independencia para las actividades de la vida diaria y, finalmente, intentar la reintegración familiar, social y laboral.

EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

A su llegada al Servicio de Daño Cerebral el paciente es valorado analizando las capacidades y las funciones alteradas como consecuencia del daño cerebral. Una vez concluida la valoración, se planifican cuidadosamente objetivos realistas y se desarrolla un plan de tratamiento adaptado a las necesidades de cada paciente. El tratamiento es constantemente revisado en colaboración con el equipo médico teniendo en cuenta la progresión de su estado y las posibles complicaciones que hayan surgido durante la puesta en práctica del plan de terapéutico.

LA FAMILIA



SU PAPEL EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Las familias son una parte esencial del proceso de recuperación. Una familia bien informada, bien organizada, trabajando en colaboración con su equipo de rehabilitación, podrá esperar obtener mejores resultados que si el paciente actúa por sí solo.

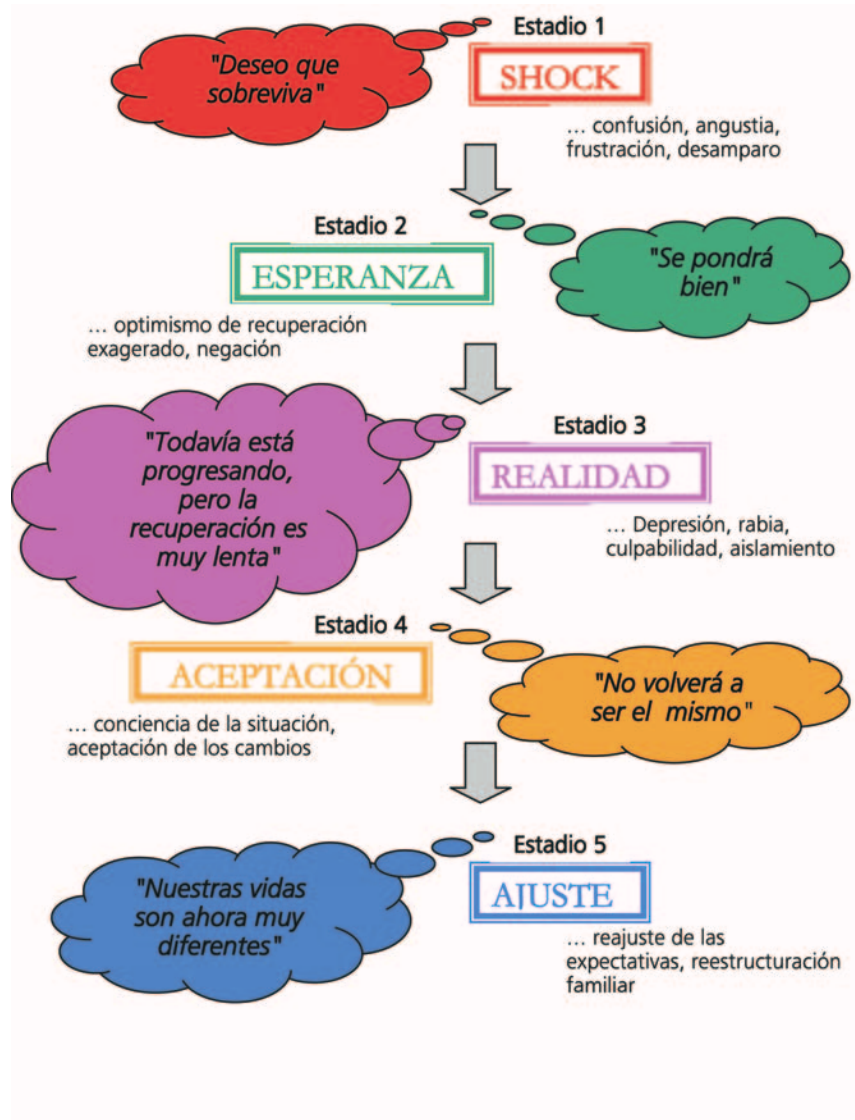
Lo más importante en el proceso de rehabilitación es la acción conjunta de todos, tanto profesionales como familiares. Los familiares facilitan al resto del equipo la información más precisa sobre los síntomas y las dificultades con las que la persona se encuentra en su vida diaria; trabajan para mantener y afianzar día a día las mejorías conseguidas por los profesionales sanitarios y son de vital importancia para motivar y animar al paciente en su esfuerzo diario por recuperarse.

“su ayuda es imprescindible”.

Los familiares de las personas que han sufrido daño cerebral se ven afectados por la necesidad de afrontar un trauma inicial y los cambios (físicos, cognitivos y conductuales) que se producen como consecuencia de la lesión cerebral. El impacto del daño cerebral puede ser tan importante para los familiares como para la persona afectada. Se podría considerar a las familias como las verdaderas víctimas, puesto que con frecuencia sufren más que el propio paciente al tener mayor conciencia de la situación. Debido a que todo el conjunto familiar se ve afectado, podríamos afirmar que:

“no son sólo individuos que sufren daño cerebral sino familias afectadas por daño cerebral”.

DIFERENTES ESTADIOS DE LA REACCIÓN EMOCIONAL FAMILIAR



"SÍNDROME DEL CUIDADOR"

Un fenómeno habitual es la acumulación de estresores (tensión, fatiga, agotamiento) sobre el cuidador, que con frecuencia culmina con la sensación de carga o de consecuencias psicológicas negativas. La carga representa un conjunto de emociones en conflicto.

PRINCIPALES SÍNTOMAS NEGATIVOS

- Agotamiento físico y mental.
- Labilidad emocional.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Conductas de consumo abusivas.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones del apetito y el peso.
- Aislamiento social.
- Dificultades cognitivas.
- Problemas laborales.



LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DEL CUIDADOR

Como en otras enfermedades y situaciones vitales, cuando una persona sufre un daño cerebral y necesita cuidados y atención de los demás suele haber una persona que se vuelca especialmente y sobre la que acaba recayendo la responsabilidad del cuidado del familiar.

Dependiendo del grado de dependencia del familiar, el cuidador principal puede estar tan volcado en su atención que deje de "cuidarse a sí mismo". Puede dejar de disfrutar de su tiempo libre, o carecer de él, dejar de cuidar su aspecto físico, dejar de tener vida social fuera de la que implica cuidar de su familiar, dejar sus ocupaciones previas. Esto, en un principio puede verse como un pequeño sacrificio necesario para bien de todos, pero con el paso del tiempo y la prolongación a veces indefinida de la situación, aparecen problemas que es importante prevenir.

Aunque la dedicación del cuidador sea realizada con gusto, voluntariamente, hacia un familiar que se quiere mucho... los cambios que se han producido en su vida son tan grandes que es inevitable que aparezca el estrés, las tensiones con otras personas, la desesperanza. Todo esto inevitablemente repercute en el familiar que ha sufrido daño cerebral y sobre la calidad del cuidado recibido. Por eso es importante el cuidado del cuidador, para mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de la persona que le cuida.

CONSEJOS BÁSICOS PARA EVITAR EL "SÍNDROME DEL CUIDADOR"

- Es importante que la tarea de cuidar a la persona con daño cerebral se reparta entre varias personas y no recaiga siempre sobre la misma.
- La recuperación y la rehabilitación en general tiene una evolución larga y lenta, por lo que debemos mantener la calma, tomarlo con tranquilidad y transmitir serenidad a nuestro familiar.
- Es importante que el cuidador tenga momentos de respiro en los que disfrute tiempo libre para dedicarlo a actividades de ocio, sociales, ocupaciones anteriores, cuidado de sí mismo... Es necesario que descanse adecuadamente.
- Puede ser conveniente contar con alguien a quien hablarle de cómo se siente, poder expresar sus emociones, asumir lo que ha pasado, etc.
- También es importante, con la ayuda de los profesionales, aprender cómo tratar al familiar que tiene daño cerebral. Esto nos ayudará a entender las nuevas situaciones que se producen en la convivencia y reducirá los problemas, preocupaciones y fuentes de estrés.
- Y sobre todo tener en cuenta que el cuidado no debe asumirse como responsabilidad exclusiva de una persona, sino como responsabilidad compartida por aquellos que están cerca del paciente y que de alguna manera "cuidan" de él.

DIARIO DEL FAMILIAR



El propósito de este diario para familiares es registrar los datos más importantes y los hechos más significativos que van ocurriendo a lo largo del proceso reabilitador de nuestro familiar.

Proponemos una serie de cuestiones que sería aconsejable que se fueran rellenando a medida que va avanzando el proceso. Esto nos va a servir para registrar todas nuestras dudas e inquietudes acerca del mismo, así como las dificultades que hayan podido surgir. De manera que en las reuniones con los distintos miembros del equipo "las tendremos a mano", y no se nos olvidará comentar ningún hecho o duda que en su momento nos pareció importante.

1.- Sucesos (con sus fechas) que le parezcan relevantes en la evolución de su familiar.

¿Con qué dificultades o imprevistos se ha encontrado en el último mes?

¿Qué mejoría ha encontrado respecto al último mes?

[illegible]

Otras observaciones o preguntas que quiera hacer al equipo.

[illegible]

4 medicina y enfermería

Presentación del profesional:

- ☐ · El Neurólogo
- ☐ · El Médico Rehabilitador
- ☐ · El Médico Internista
- ☐ · El personal de enfermería

Recuerda:

- ☐ · Cuidados del paciente agudo
- ☐ · Consejos generales
- ☐ · Epilepsia
- ☐ · Espasticidad
- ☐ · Úlceras por presión
- ☐ · Incontinencias



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO NEURÓLOGO



La “neurología” es la disciplina médica encargada del estudio del sistema nervioso Central y Periférico en estado normal y patológico, con el uso de todas las técnicas de estudio, diagnóstico y terapéutico actualmente en uso o en desarrollo futuro.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA NEUROLOGÍA?

En pacientes con daño cerebral el neurólogo tiene como función:

- Evaluar y diagnosticar las diferentes alteraciones tras el daño cerebral, interpretando signos y síntomas de la enfermedad mediante pruebas complementarias.
- Tratar y controlar los posibles síntomas que se presenten durante su ingreso hospitalario, secundarias o derivadas del daño cerebral (epilepsia, cefaleas, alteraciones conductuales, etc.)
- Investigar y pronosticar la evolución, así como derivar información al resto de profesionales.
- Informar a los familiares del curso y pronóstico de la enfermedad.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El neurólogo consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica de todas sus enfermedades para descubrir la causa y sus síntomas.
- Explorando cómo funciona su sistema nervioso, necesita observar su nivel cognitivo (inteligencia, su memoria, etc.) sus sentidos, su sistema motor (fuerza, movimiento, etc.) y sensorial y finalmente sus reflejos. Además de conocer su tensión arterial, el ritmo de sus pulsaciones y auscultar los sonidos del corazón y los pulmones.
- Solicitando las pruebas complementarias necesarias: PET, RMN, TAC, EEG, EMG, Doopler, radiografías, analíticas, etc.
- Siguiendo la evolución clínica y modificando los tratamientos dentro del

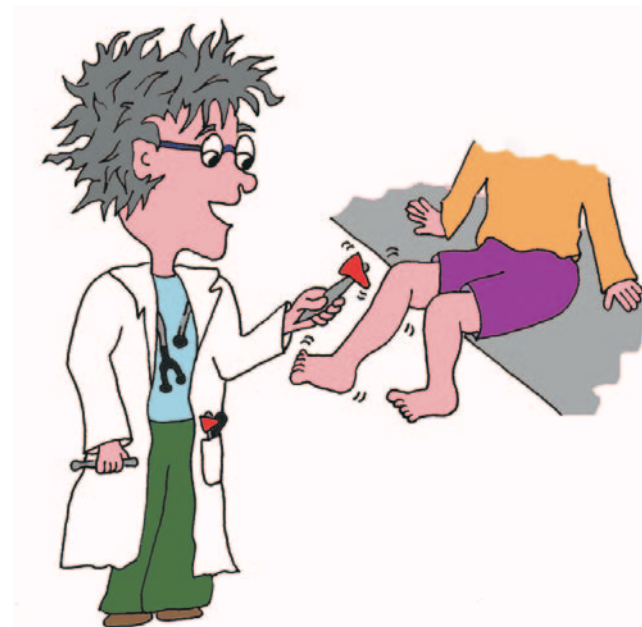
ámbito neurológico (epilepsia, cefaleas) y cognitivo-conductual (agitación, agresividad, insomnio, etc.).

- Elaborando una estrategia y diagnóstico común a partir de la información recogida por el equipo multidisciplinar y especialistas médicos (neurorurugía, neurofisiología, etc.).

¿CUÁNDO INTERVIENE EL NEURÓLOGO?

El neurólogo interviene:

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno y su situación actual. Además supervisa y controla tratamiento farmacológico neurocomportamental.
- Durante el proceso de rehabilitación: siguiendo a través de los profesionales del equipo, enfermería y familiares la evolución clínica del paciente y revisando los objetivos terapéuticos y las pautas de tratamiento.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando las secuelas y eligiendo estrategias para la mejor adaptación posible del paciente a su entorno, buscando siempre su máxima independencia.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO REHABILITADOR



La “Rehabilitación y la Medicina física” como especialidad médica comprende el diagnóstico, valoración, prevención y tratamiento del paciente discapacitado dirigido a facilitar, mantener o devolver la máxima capacidad funcional resultante.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA MÉDICA FÍSICA?

Los objetivos del médico rehabilitador son:

- Realizar una valoración minuciosa de la situación física y funcional del paciente a su llegada.
- Establecer pautas de tratamiento adecuadas y específicas para cada paciente según la patología de base y evolución.
- Prever posibles complicaciones características de la patología que presente el paciente y establecer las medidas oportunas.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El médico rehabilitador colabora con otros profesionales:

- Valorando de modo integral al paciente y su entorno.
- Evaluando los déficit a nivel osteoarticular (fracturas, luxaciones, calcificaciones, etc.) y las alteraciones del movimiento mediante la exploración clínica y la aplicación de escalas.
- Estableciendo objetivos para la planificación de tratamiento y prevención de complicaciones ortopédicas (calcificaciones, rigideces, espasticidad, síndromes dolorosos, etc.).
- Valorando la necesidad de ayudas técnicas (ortesis, sillas de ruedas, etc.).
- Siguiendo la evolución clínica y modificando los tratamientos dentro del ámbito de la fisioterapia.
- Describiendo y evaluando, tras el periodo de recuperación máxima, las posibles secuelas y limitaciones funcionales con el objetivo de establecer medios para lograr la máxima autonomía posible.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL MÉDICO REHABILITADOR?

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno y su situación actual a nivel neuromuscular. Además supervisa las medidas posturales y las movilizaciones, así como la colocación de férulas y la necesidad de fisioterapia respiratoria.
- Durante el proceso de rehabilitación: siguiendo a través de los fisioterapeutas la evolución clínica y funcional del paciente y revisando los objetivos terapéuticos y las pautas de tratamiento.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando las secuelas y eligiendo estrategias para la mejor adaptación posible del paciente a su entorno, buscando siempre su máxima independencia.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL MÉDICO INTERNISTA



El “médico internista” se puede definir como el profesional de la medicina que se dedica al diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA MEDICINA INTERNA?

En pacientes con daño cerebral, el médico de planta tiene como función:

- Diagnosticar y determinar la causa de los diversos procesos patológicos relacionados con el paciente, mediante la interpretación de signos y síntomas de la enfermedad y mediante pruebas complementarias.
- Tratar las patologías que se presenten durante su ingreso hospitalario, secundarias o derivadas del daño cerebral.
- Profilaxis o prevención de las patologías: evitar, en la medida de lo posible, la aparición de otras enfermedades y controlar los posibles factores de riesgo (control de la tensión arterial, de la hiperglucemia, del colesterol, etc.).
- Informar a los familiares del curso y pronóstico de la enfermedad.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

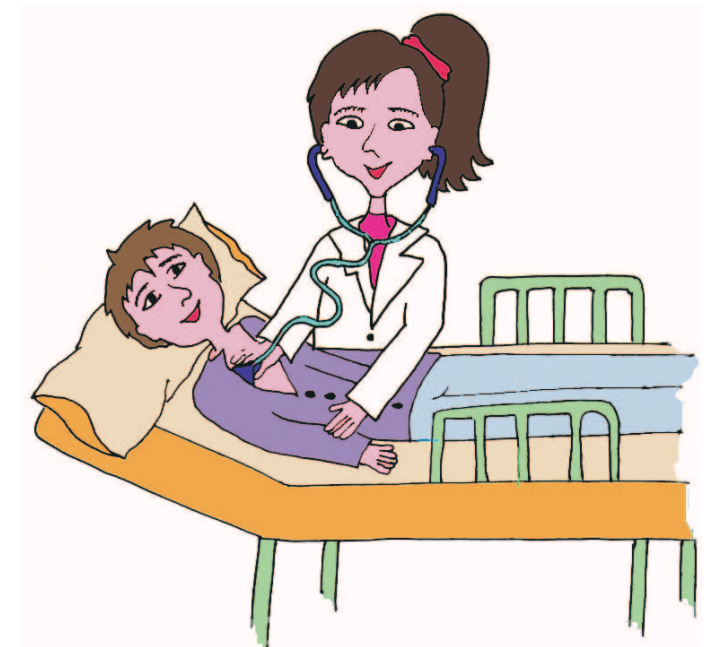
El médico internista consigue estos objetivos:

- Realizando una buena historia clínica, determinando los diversos signos y síntomas de la enfermedad.
- Llevando a cabo una buena exploración física del paciente: auscultación, palpación abdominal, exploración neurológica, etc.
- Solicitando las pruebas complementarias necesarias: radiografías, analíticas, TAC, PET, RMN, etc.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL MEDICO INTERNISTA?

El médico internista interviene en:

- Fase aguda: aplicando el tratamiento adecuado durante el periodo de encamamiento y evitando la aparición de procesos secundarios al mismo.
- Fase subaguda y crónica: controlando mediante la historia previa del paciente, la exploración física y las pruebas complementarias la enfermedad del paciente y las posibles patologías asociadas.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: LA ENFERMERA



La "enfermería" tiene como misión prestar atención de salud a los individuos, en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Fomentando la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA ENFERMERÍA?

En pacientes con daño cerebral, enfermería tiene como función:

- Estudiar la situación de salud-enfermedad y recopilar información.
- Valorar el estado de las necesidades del paciente.
- Analizar e interpretar datos.
- Emitir juicio / diagnóstico de enfermería.
- Planificar los cuidados, priorizar según las necesidades.
- Evaluar los resultados.
- Vigilar el estado de salud de forma periódica.
- Informar a familiares en el manejo y cuidado del enfermo.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

La enfermera consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica de todas sus enfermedades para atender la causa y sus síntomas.
- Aplicando y supervisando las pautas de tratamiento de forma conjunta con el equipo médico.
- Controlando y reduciendo las posibles complicaciones o necesidades del paciente.
- Estableciendo planes para resolver las necesidades y actuando de forma específica para resolverlas.

¿CUÁNDO INTERVIENE LA ENFERMERA?

La enfermera interviene:

- Al ingreso: valorando las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del paciente.
- Fase hospitalaria: planificando y estableciendo objetivos de actuación, así como las posteriores evaluaciones de cuidado de enfermería.



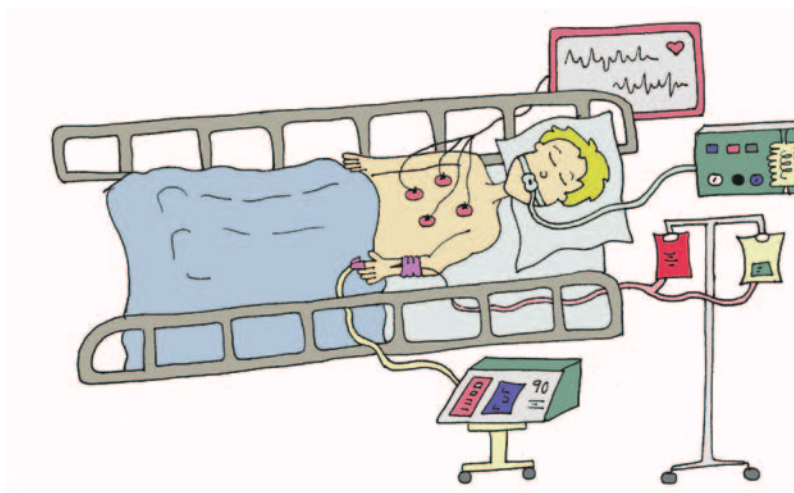


RECUERDA QUE: CUIDADOS DEL PACIENTE AGUDO

"En función de las características de la enfermedad del paciente, puede estar ingresado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o en una planta normal. En cualquier caso, se estará al cuidado de su estado general y de su nutrición. En caso de presentar deficiencias se tiene que empezar el tratamiento rehabilitador en cuanto lo permita su estado de salud".

El ingreso de un enfermo en la UCI es una experiencia difícil, ya que el tener un ser querido enfermo es una situación delicada para la familia. Los médicos le informarán diariamente de la situación y evolución de su familiar. Es deseable que sean siempre las mismas personas quienes reciban información.

Se realizarán varias pruebas para realizar un diagnóstico certero. Tiene que estar informado de cuándo se realizan y de su resultado. Las exploraciones pueden orientar sobre la causa de la enfermedad, aunque en algunos casos pueda continuar sin conocerse. El tratamiento de su enfermedad se lleva a cabo con todos los medios de que se dispone actualmente



(farmacológicos, quirúrgicos, etc.). Desgraciadamente, puede que las actuaciones sanitarias no consigan la mejoría de todos sus síntomas.

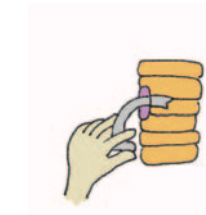
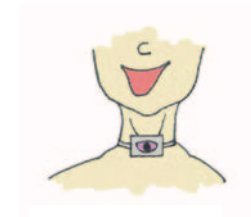
Las intervenciones del paciente agudo van dirigidas al suministro de soporte vital en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente también requieren supervisión y monitorización intensivas.

Procedimientos empleados generalmente en UCI, según los órganos afectados:

- Intubación.
- Ventilación mecánica.
- Traqueostomía.
- PIC (Presión Intracraneal).
- Carro de monitorización (ECG, Pulsioxímetro, Tensiómetro, etc.).
- Sonda vesical.
- Nutrición parenteral o sonda nasogástrica.



TRAQUEOSTOMÍA





RECUERDA QUE: CONSEJOS GENERALES

A continuación citamos una serie de recomendaciones o pautas que aconsejamos tener en cuenta para el cuidado del paciente:

CUIDADOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE EN COMA AGUDO:

- Controles analíticos completos y otras pruebas diagnósticas según indicación médica.
- Vigilar y mantener los conocimientos vitales (Tª, PA, Sat de O2, etc.)
- Controlar y prevenir convulsiones, trombosis neuronales profundas y otras posibles complicaciones.
- Mantener una hidratación adecuada a través de sueros o líquidos, suplementos nutritivos y de vitaminas a través de la sangre.
- Evitar la aparición de úlceras corneales tapando los ojos con esparadrapo y aplicar un gel protector ocular.
- Prevenir la aparición de úlceras de decúbito indicando los cambios posturales necesarios.
- Administración de la medicación indicada.

"El paciente con daño cerebral necesita de ciertos cuidados que van a depender directamente del familiar o cuidador".

PACIENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE:

- Evitar episodios de deshidratación, intentando que el paciente ingiera de 1.5 a 2 litros de líquido diarios: agua, zumo, etc.
- Mantener una buena higiene bucal: cepillado dental y enjuagues tras las ingestas.
- Realizar una buena higiene corporal diaria, incidiendo en una buena hidratación corporal.
- Usar espesantes en los líquidos (según la pauta médica) para evitar aspiraciones en pacientes con disfagia.
- Aspirar las secreciones traqueales de carácter ocasional para evitar posibles obstrucciones de la vía aérea.
- Lavar a diario la cánula del traqueostoma para evitar su obstrucción.
- Respetar las horas pautadas por el personal médico para la administración de medicamentos.

RECUERDA QUE: EPILEPSIA

"La epilepsia puede aparecer tras el daño cerebral adquirido, por eso es importante saber cómo actuar ante una crisis epiléptica".

Una crisis epiléptica es un trastorno del cerebro en el cual sus células, que se llaman neuronas, transmiten a veces las señales de forma anormal. Las crisis epilépticas suelen aparecer de forma brusca, inesperada y durar un periodo de tiempo limitado, finalizando de forma rápida.

Dependiendo del área cerebral afectada la crisis epiléptica puede tener manifestaciones clínicas diversas, las más típicas incluyen síntomas motores (convulsiones, posturas anómalas, etc.), síntomas sensitivos (hormigueos, calambres, etc.) o síntomas psíquicos (estímulos olorosos, auditivos, visuales, emociones, etc.).

El término "epilepsia" se refiere a un conjunto de enfermedades que se manifiestan por crisis epilépticas causadas por un problema en el cerebro. Para padecer "epilepsia" hay que haber tenido más de una crisis epiléptica.

¿CÓMO PUEDE APARECER?

Las crisis epilépticas y los síndromes pueden ser parciales, generalizadas o indeterminados.

Las crisis parciales son aquellas que se originan en un lugar concreto del cerebro. Hay dos tipos de crisis parciales: simples, si no se asocian a pérdida de contacto con el medio externo, o complejas, si hay una alteración de la conciencia con pérdida de la capacidad de respuesta durante la crisis.

Las crisis parciales simples consisten en sensaciones o percepciones anormales de tipo visual, sensitivo, psíquico u olfatorio, o en una actividad motora (convulsiones o posturas anormales). Las crisis parciales complejas



se caracterizan por mirada ausente y la realización de actos más o menos complejos (movimientos manuales desorganizados u organizados, movimientos de deglución o chupeteo, etc.) y amnesia de lo sucedido durante el período que dura la crisis y el inmediato período posterior.

Las crisis generalizadas ocurren por una descarga afectando a toda la superficie del cerebro y pueden ser convulsivas o no convulsivas, como las ausencias, en las que la persona se queda inmóvil, con el conocimiento perdido y con la mirada fija durante unos pocos segundos.

¿QUÉ PUEDO ESPERAR DEL TRATAMIENTO?

Alrededor del 30-50% de los pacientes con una primera crisis suelen sufrir una segunda crisis. Tras una segunda crisis el riesgo de una tercera es superior al 65% por lo que el tratamiento está, en general, indicado. Los pacientes que han tenido una lesión cerebral, presentan un riesgo de sufrir una segunda crisis mucho mayor. Otros factores que aumentan el riesgo de sufrir una segunda crisis son: saltarse una dosis de medicación, falta de sueño, estar enfermo y tener fiebre, beber demasiado alcohol o tomar drogas.

El tratamiento médico va encaminado a suprimir o disminuir el número de crisis epilépticas, disminuyendo la irritabilidad de las neuronas que las provocan. El tratamiento comienza con la toma de un solo fármaco (monoterapia) a dosis progresivamente más altas y tomadas de forma regular y a las horas prescritas. En aquellos pacientes que continúan con crisis se incrementa la dosis hasta conseguir el control de las crisis o llegar a la dosis máxima tolerable.

Pero si persisten las crisis o aparecen efectos secundarios se cambia a otro tratamiento en monoterapia o a la combinación de 2 ó más medicamentos.

Nunca suspenda el tratamiento de forma brusca, el abandono de la medicación o el olvido de tomas es la causa más frecuente de reaparición de crisis.

Además del tratamiento médico deberá llevar una vida sana, evitar el consumo de alcohol y drogas y dormir las horas apropiadas con un ritmo regular.

¿QUÉ DEBEMOS HACER ANTE UNA CRISIS?

DEBEMOS HACER	NO DEBEMOS HACER	PORQUE
Mantenernos tranquilos	Asustarnos	Por lo general recuperará la conciencia en pocos minutos.
Evite que se golpee alejándolo de objetos y colocando una almohada debajo de la cabeza. Tumbelo de lado.	Sujetar a la persona con fuerza para evitar los movimientos. Tumbarlo boca arriba. Sacudirlo o golpearlo.	Solo conseguirá dañarle a usted y a él mismo. La mordedura de lengua es un daño menor al que le ocasionaría al intentar abrirle la boca.
Afloje el cuello de la camisa, corbata u otra prenda ajustada al cuello. Evite aglomeraciones alrededor.	Tratar de reanimarla o hacerle respiración artificial. Abrirle la boca a la fuerza. Introducirle objetos en su boca. Frotarle con alcohol, echarle agua, etc.	Aunque aparentemente no respire, no necesita respiración artificial. Los cambios de coloración de la piel no son signos de asfixia y los ruidos son por problemas de coordinación de la respiración y el aumento de secreciones. Una vez pasada la crisis, recuperará su ritmo respiratorio.
Observar atentamente todo lo que ocurre. Espere pacientemente.	Correr a buscar ayuda y abandonarle.	El elemento más útil para el diagnóstico de la crisis es un relato lo más detallado posible.
Después de la crisis déjele descansar tumbado sobre un costado hasta que se recupere totalmente.	Después de la crisis no necesita ningún sedante ni por supuesto trate de alterar su descanso.	



RECUERDA QUE: **ESPASTICIDAD**

“La espasticidad puede aparecer debido a una lesión cerebral, dificultando el movimiento de los miembros, entorpeciendo su función e incluso pudiendo llegar a deformarlos cuando es muy severa”.

La espasticidad es un síntoma motor en el que aumenta el tono muscular de algunas partes del cuerpo. Esto significa que ciertos músculos están permanentemente contraídos y cuesta estirarlos. Según sea mayor o menor el grado de espasticidad será más o menos difícil mover ese miembro. La espasticidad puede aparecer en los brazos, las piernas, el cuello o el tronco. Provoca que la parte afectada se mantenga rígida en una postura determinada (por ejemplo: la muñeca doblada con la mano cerrada, el codo doblado o estirado, el pie apuntando hacia abajo, etc.). La espasticidad puede aparecer tanto en el caso de daño cerebral como cuando existe una lesión a nivel de la médula espinal. Hay ocasiones en que además aparecen espasmos musculares. Los espasmos son sacudidas bruscas de la extremidad en flexión o extensión, que el paciente no controla y pueden ser dolorosas.

LA ESPASTICIDAD PUEDE PROVOCAR PROBLEMAS COMO:

- Si el paciente es capaz de mover la parte del cuerpo afectada, la espasticidad dificultará ese movimiento y puede entorpecer la función del miembro. Por ejemplo, un pie que tienda a mantenerse estirado (pie equino), hará que sea más difícil ponerse de pie o caminar.
- Si la espasticidad es severa y el miembro se mantiene siempre en la misma postura, las articulaciones pueden deformarse.
- La espasticidad puede provocar dolor, sobretodo, al intentar mover la parte del cuerpo afectada.
- Las actividades básicas de la vida diaria como la higiene y el vestido resultan más difíciles porque cuesta más mover los miembros. Por ejemplo, si la mano se mantiene con los dedos doblados y cerrados sobre la palma (en garra) resultará más complicado lavarla.

El tratamiento va encaminado a disminuir el grado de espasticidad y a prevenir las complicaciones que puedan aparecer. Existen diversas opciones de tratamiento:

- Evitar o corregir factores que aumenten el grado de espasticidad. Por ejemplo: el frío, la ansiedad, las infecciones, los puntos de presión, el dolor, el estreñimiento, etc.
- Ejercicios específicos, movilizaciones y algunos tipos de corrientes, que se aplican en el gimnasio de fisioterapia.
- Aparatos ortopédicos (férulas y ortesis) que se colocan para corregir la posición del miembro.
- Medicamentos que se administran por vía oral como el Lioresal © (baclofeno) o el Sirdalud © (tizanidina).
- Inyección de fármacos en los músculos espásticos (Toxina Botulínica).
- Colocación de una Bomba de Baclofeno. Se trata de un depósito pequeño (reservorio) que se coloca bajo la piel del abdomen, conectado a un tubo (catéter) que se mete dentro de la columna, en el espacio subaracnoideo. El reservorio contiene un medicamento antiespástico (baclofeno) y manda la dosis que indique el médico hacia el líquido que hay en el espacio subaracnoideo.



RECUERDA QUE: ÚLCERA POR PRESIÓN

"Una úlcera por presión es una lesión que se desarrolla en la piel y en los tejidos más profundos debido a la presión, generalmente, sobre una prominencia de hueso. La piel y los tejidos dependen de un suplemento sanguíneo adecuado para recibir oxígeno y nutrientes. Cuando los tejidos se comprimen por un período prolongado, (incluso dos horas), la circulación sanguínea se puede interrumpir, provocando una úlcera".

FACTORES DE RIESGO

- Inmovilidad, como estar postrado en una cama o silla
- Pérdida de sensibilidad
- Desnutrición
- Delgadez extrema/Obesidad
- Incontinencia o fuga de orina o heces
- Problemas médicos como: anemia, infección, mala circulación, diabetes, etc.
- Fractura ósea
- Edema o retención de líquidos
- Piel reseca

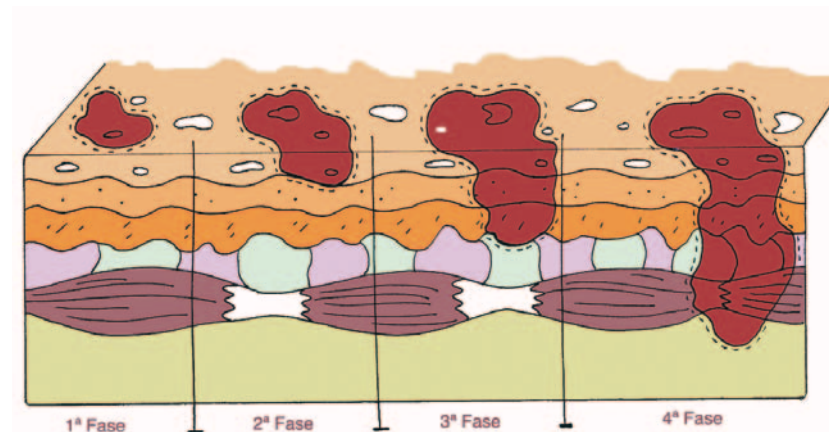
CLASIFICACIÓN EN FASES

1- Enrojecimiento de la piel que no se corrige con masaje ni eliminando la presión. La piel está intacta. A veces se nota la piel más caliente o más fría que la de alrededor, o con edema o induración. Si el paciente tiene sensibilidad puede notar picor, dolor o escozor.

2- Lesión dérmica superficial que se manifiesta por grietas y/o ampollas cutáneas. Se limita a epidermis o dermis superficial (las primeras capas de la piel).

3- Herida bien diferenciada que afecta a todas las capas de la piel y al tejido celular subcutáneo, pero no llega a los músculos.

4- Lesión ulcerativa extensa que afecta a estructuras profundas incluyendo el músculo, tendones y a veces el hueso.



PREVENCIÓN

- Examinar el estado de la piel al menos una vez al día.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Valorar y tratar la incontinencia.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Corregir el déficit nutricional.
- Cambios posturales a las horas protocolarizadas.
- Fomentar la movilidad y actividad del paciente.
- Instaurar medidas o dispositivos de alivio de presión. Colchón antiescaras.
- Fomentar la educación sanitaria.
- No masajear prominencias óseas.
- No elevar cabecera de la cama más de 30°.
- No utilizar flotadores.
- Vigilar zona de inserción de sondas, mascarilla y gafas de oxígeno y sujeciones mecánicas.
- Protección de prominencias óseas.



RECUERDA QUE: **INCONTINENCIAS**

Los pacientes en algunas ocasiones ven mermadas su capacidad de eliminación; para ello disponemos de dispositivos, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios que nos ayudarán a contener tanto la diuresis como las deposiciones de nuestros pacientes.

INCONTINENCIA URINARIA

Se pueden utilizar dispositivos como los **colectores urinarios**, tanto femeninos como masculinos. Nosotros los que más utilizamos son los masculinos.

Contamos con gran variedad de clases, algunos antialérgicos para aquellas personas sensibles.

Los colectores se colocan como un preservativo, disponiendo en su parte posterior de una zona en tubular en la que se conecta la bolsa urinaria. Es un método no invasivo para tener controlada la diuresis del paciente, evitando el sondaje vesical y sus complicaciones. Mantienen la zona del pañal aislada de humedad porque la orina se deposita directamente en la bolsa y es muy sencillo de cambiar.

Se suele cambiar mínimo una vez al día (según necesidades concretas del paciente).

Procedimiento:

- 1.- Retirada del colector del día anterior.
- 2.- Se realizará limpieza del pene, recordando que se debe descapullar.
- 3.- Se realizará una inspección visual de posibles lesiones tanto en el propio pene como en las zonas cercanas.
- 4.- Si es necesario, se hará un repaso del rasurado para mejorar su adherencia.
- 5.- Se procederá a la colocación del nuevo colector, según el procedimiento

Consideraciones:

- La piel debe estar bien seca.
- Debe quedar un espacio de al menos 2 cm. entre el glande y el final del colector.
- El área correspondiente al adhesivo es de 2-3 cm. por detrás del glande.
- Si el colector es demasiado largo, deberá recortarse el material sobrante a nivel de la base del pene para que no quede anillado, ya que podría causar lesiones por presión en el ángulo penoescrotal.
- Si se utiliza adhesivo de pasta o spray, deberán retirarse previamente los restos con un disolvente

Sondas vesicales o urinarias

Debemos tener mucha precaución en los pacientes que lleven este dispositivo. Es de uso sanitario, de manera que no se puede cambiar en domicilio, a no ser que lo haga un enfermero o médico.

Debemos siempre cuidar que la bolsa a la que va conectada la sonda se encuentre siempre situada por debajo del nivel de la vejiga para evitar que la orina de la bolsa refluya de nuevo y suba a vejiga, provocando infecciones importantes de orina.

Es por ello, y, aunque actualmente las bolsas de orina cuentan, en su gran mayoría con sistemas antirreflujo, que debemos tener precaución, sobre todo al realizar cambios de pañal en la cama o posturales que la bolsa se encuentre pinzada para evitar dicho reflujo inverso.

Deberemos mimar dicha sonda para evitar tirones o traumatismos que podrían ocasionar lesiones en la vejiga y provocar hematuria (orina mezclada con sangre por un sangrado).

Estas sondas, como ya hemos dicho sólo pueden ser cambiadas por un médico o una enfermera siendo la duración de las mismas diferente según su composición.

Pañales

Utilizados tanto cuando la incontinencia es urinaria como fecal. Cambiar el pañal cuando sea preciso, para eso los pañales están provistos de un indicador de humedad en la parte exterior (bandas que cambian de claro a oscuro, a medida que se van saturando de orina).

Mantener el paciente limpio y seco. Realizar una higiene adecuada de la zona del pañal. El contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infecciones y favorece la irritación y la aparición de lesiones y úlceras.

Utilizar un vestuario cómodo con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar. Vigile el color y el olor de la orina. Si nota cambios, consulte con los servicios médicos.

Gráfico de cómo realizar los cambios de pañal:

El paciente en posición de pie:



El paciente acostado:



INCONTINENCIA FECAL:

Aunque hay en el mercado colectores fecales, existe todavía bastante controversia a la hora de su utilización, por eso el método más utilizado es el pañal.

Existen pañales de diferentes tallas, así como materiales de composición. Suelen ir diferenciados por colores y deberán ser cambiados según precisen. Siempre, en cada cambio de pañal se deberá realizar la higiene de la zona; siendo esta siempre de delante hacia atrás tanto en hombre como mujeres para evitar infecciones por arrastre de material fecal a vías urinarias.

5 neuropsicología

Presentación del profesional:

- ☐ · El Neuropsicólogo
- ☐ · El Terapeuta Cognitivo

Grupos:

- Psicopatología:
 - ☐ · Alteraciones emocionales
 - ☐ · Alteraciones conductuales
 - ☐ · Alteraciones de la conciencia
- Neuropsicología:
 - ☐ · Trastorno Cognitivo Severo
 - ☐ · Trastorno Cognitivo Moderado
 - ☐ · Trastorno Cognitivo Leve

Recuerda:

- Psicopatología:
 - ☐ · Tristeza
 - ☐ · Apatía
 - ☐ · Conciencia
 - ☐ · Fabulaciones
 - ☐ · Incumplimiento tareas
 - ☐ · Irritabilidad
 - ☐ · Agitación
 - ☐ · Modificación conducta
- Neuropsicología:
 - ☐ · Atención básica
 - ☐ · Atención compleja
 - ☐ · Orientación
 - ☐ · Memoria remota
 - ☐ · Aprendizaje

Normas:
(Incorrecto / Correcto)

- ☐ · Sobreestimar
- ☐ · Tiempo de descanso
- ☐ · Tiempo de respuesta
- ☐ · Labilidad emocional
- ☐ · Desinhibición
- ☐ · Apatía
- ☐ · Impaciencia

Consejos:
(Intenta evitar / Te aconsejamos)

- ☐ · Atención
- ☐ · Incomprensión
- ☐ · Incapacitar
- ☐ · Sobreproteger

Pasos a seguir:

- ☐ · La habitación
- ☐ · Agenda
- ☐ · Situaciones conflictivas



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL NEUROPSICÓLOGO



La “neuropsicología” es una disciplina que estudia las relaciones cerebro-conducta. Se interesa por la relación entre estructuras cerebrales (hemisferios, lóbulos, regiones, etc.) y funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.). También estudia las alteraciones afectivas, del humor y de la conducta derivadas de las lesiones o disfunciones cerebrales.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA NEUROPSICOLOGÍA?

En pacientes con daño cerebral el neuropsicólogo tiene como función:

- Identificar, evaluar, y describir déficits cognitivos y alteraciones conductuales derivadas de distintas lesiones cerebrales.
- Establecer pautas de tratamiento encaminadas a la restitución o compensación del daño.
- Orientar y controlar el tratamiento cognitivo y conductual en el proceso de recuperación.
- Concienciar a pacientes y familiares de las consecuencias del daño cerebral favoreciendo la implicación de ambos en el proceso de rehabilitación.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El neuropsicólogo consigue estos objetivos:

- Conociendo con precisión la historia clínica y precisando su capacidad intelectual y estado conductual previo a la lesión cerebral.
- Valorando las distintas funciones cognitivas (atención, memoria, funciones ejecutivas).
- Estudiando con profundidad el estado emocional y los posibles cambios conductuales.
- Orientando y supervisando la rehabilitación en función de las necesidades de cada paciente.

- Integrando a los paciente en grupos de terapia cognitiva y de conciencia de enfermedad.
- Asesorando e informando a pacientes y familiares con el objetivo de favorecer la comprensión y asimilación del daño cerebral.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL NEUROPSICÓLOGO?

El neuropsicólogo interviene:

- Al ingreso: evaluando inicialmente al paciente, sus antecedentes, entorno, su situación actual y familiar. Planteando objetivos de trabajo y orientando a familiares.
- Durante el proceso de rehabilitación: supervisando y planificando el tratamiento, además de confirmar y cuantificar su recuperación.
- En el momento del alta hospitalaria: evaluando y estableciendo la capacidad del paciente para su reintegración socio-laboral.



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TERAPEUTA COGNITIVO



La "rehabilitación cognitiva" se define como un "proceso a través del cual las personas con daño cerebral trabajan junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica".

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA?

En las personas con daño cerebral la rehabilitación va encaminada a:

- Restituir las funciones cognitivas que se han visto alteradas a consecuencia de la lesión cerebral como la atención, la memoria, etc.
- Reducir al máximo la repercusión de las deficiencias derivadas del daño cerebral en diferentes actividades.
- Compensar la desventaja causada por la discapacidad, que limita o impide el desarrollo normal, en función de la edad, sexo y otros factores sociales y culturales.
- Alcanzar el máximo grado de autonomía e independencia del paciente, con el fin de facilitar su adaptación e integración social, académica y/o laboral.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

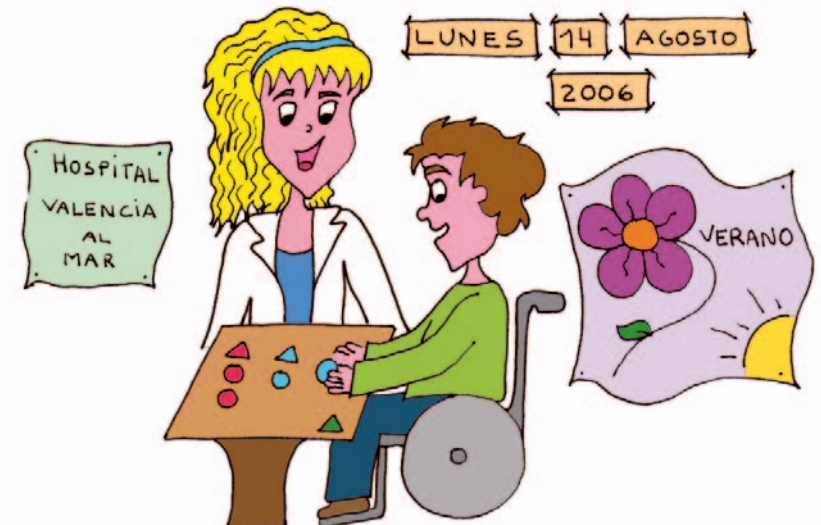
- Planificando el tratamiento: valoración inicial, plantear objetivos, iniciar la rehabilitación, revisar periódicamente la evolución, introducir cambios si son necesarios y establecer nuevos objetivos.
- Ayudando al paciente a adquirir técnicas que tienen como objetivo alcanzar el máximo rendimiento intelectual, la mejor adaptación social laboral y social en sujetos que sufren o sufrieron una lesión cerebral:
 - Restauración: se estimulan y mejoran las funciones cognitivas alteradas actuando directamente sobre ellas.
 - Compensación: potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas que asimilen la función deteriorada.
 - Sustitución: enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas.

- Asistiendo y guiando al paciente en la realización de ejercicios y actividades para mejorar la capacidad cognitiva.
- Comunicando, informando y educando sobre el tratamiento de la rehabilitación cognitiva a los otros participantes del proceso rehabilitador (familiares, cuidadores y amigos), ya que su colaboración es esencial para el proceso rehabilitación.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TERAPEUTA COGNITIVO?

La actuación del terapeuta cognitivo puede darse durante:

- Trastorno Cognitivo Severo: el paciente se encuentra clínicamente estable pero está desorientado. Puede estar agitado y/o presentar problemas de conducta.
- Trastorno Cognitivo Moderado: pacientes orientados. Se identifican las capacidades cognitivas específicas que están dañadas, para trabajar una posible restauración de las mismas.
- Trastorno Cognitivo Leve: continuar trabajando las funciones cognitivas alteradas incorporando técnicas de compensación, sustitución e integración.



GRUPOS: PSICOPATOLOGÍA



ALTERACIONES EMOCIONALES

En éste grupo se incluyen pacientes con alteraciones emocionales de tipo ansioso, depresivo o mixto. Estas alteraciones emocionales suponen algún tipo de malestar psíquico, social y ocupacional. En general las alteraciones son producidas por su dificultad para asumir el daño cerebral y adaptarse a la nueva situación.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:

Se caracteriza por una visión pesimista sobre uno mismo y su futuro, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Pueden presentarse cambios en el apetito y el sueño, dificultad para concentrarse o tomar decisiones y llanto. El paciente suele referir estar triste, desesperanzado y cansado.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

Es la más común y universal de las emociones, se produce una reacción de tensión sin causa aparente. Es una reacción emocional ante un peligro o amenaza que se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

El paciente tiene sensaciones fisiológicas desagradables (dolor de estómago, rigidez, taquicardia etc.). Puede manifestarse en forma de miedos exagerados a situaciones concretas u objetos, mostrar invasión de pensamientos o imágenes repetitivas que causan mucho malestar, así como pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).

ALTERACIONES CONDUCTUALES

En este grupo se incluyen a aquellos pacientes que presentan algún cambio de su personalidad o algún tipo de trastorno psicótico debido al daño cerebral.

CAMBIO DE LA PERSONALIDAD DEBIDO AL DAÑO CEREBRAL:

La personalidad es un patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida, a través de diferentes situaciones. Cuando ocurre el daño cerebral, en muchas ocasiones se produce una alteración significativa de las formas habituales de comportamiento, y supone un desajuste importante del funcionamiento psíquico, social y ocupacional. En general, y teniendo en cuenta que sus manifestaciones están graduadas de menor a mayor intensidad, podemos clasificar estos trastornos en:

- **LÁBIL:** Su *principal característica* es la inestabilidad afectiva. El paciente se suele mostrar impaciente, irritable, inestable emocionalmente, mostrando oposicionismo, etc.
- **DEINHIBIDO:** Su *principal característica* es la incapacidad para controlar sus impulsos. Necesidad de expresar sus necesidades sin tomar en consideración sus consecuencias. El paciente puede mostrarse infantil, eufórico, tener comportamientos sociales o sexuales poco adecuados, hablar o comer en exceso, etc.
- **APÁTICO:** Su *característica principal* es la disminución de la motivación en cualquier comportamiento que suponga dirigir la conducta hacia un fin. El paciente se muestra aplanado, indiferente, sin espontaneidad y con impersistencia.
- **PARANOIDE:** Su *característica principal* es un comportamiento suspicaz. El paciente se muestra desconfiado, suspicaz, sospecha y duda de su entorno.
- **AGRESIVO:** Su *característica principal* es la agresividad. El paciente puede mostrar hacia los demás agresividad verbal o física, e incluso puede agredirse a sí mismo.

TRASTORNO PSICÓTICO O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO DEBIDO AL DAÑO CEREBRAL:

En éste grupo se incluyen pacientes con alteraciones de la percepción y/o pensamiento sin conciencia de que las mismas son patológicas. Los pacientes pueden tener alucinaciones y/o delirios, su pensamiento es desorganizado, sin coherencia en sus ideas y comportamientos, perdiendo el contacto con la realidad.

ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD:

Este tipo de alteraciones son propias de pacientes que hace poco que han sufrido daño cerebral o en aquellos con una mayor afectación cognitiva. Se caracterizan por presentar fatiga física o mental, importante lentitud psicomotora, tener tendencia a la inmovilidad o, por el contrario, presentar agitación psicomotora.

ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

Se adscriben a grupos de conciencia de enfermedad aquellos pacientes que presentan algún tipo de dificultad para percibir de forma adecuada las consecuencias producidas por el daño cerebral sufrido. Las dificultades se pueden presentar a la hora de percibir limitaciones físicas, cognitivas y/o conductuales.

DÉFICITS EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES FÍSICAS.

Aunque la mayoría de los pacientes perciben de forma ajustada a la realidad las limitaciones físicas, algunos de ellos con daño cerebral grave o extremadamente grave pueden negar la evidencia. Otros, aún percibiendo las limitaciones, no son capaces de hacer una previsión ajustada de su evolución y repercusiones funcionales.

DÉFICIT EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES COGNITIVAS.

Los déficits cognitivos (memoria, atención, lenguaje, razonamiento, etc.) requieren un mayor esfuerzo para percibirlos con precisión. El proceso de rehabilitación mediante la información y confrontación ayuda a los pacientes a conectar con sus limitaciones. Sin embargo muchos niegan o minimizan sus déficits, siendo incapaces de predecir su impacto en la vida diaria.

DÉFICITS EN LA PERCEPCIÓN DE LIMITACIONES CONDUCTUALES.

Las alteraciones emocionales o conductuales (irritabilidad, apatía, desinhibición, etc.) son las más difíciles de reconocer ya que en muchos casos implican un cambio importante en la forma de sentir y de comportarse. Estas deficiencias suponen una gran sobrecarga en la familia, encontrándose en situaciones de difícil manejo. La percepción de estas alteraciones supone para el entorno del enfermo un gran esfuerzo, ya que tendrán que ejercer como un espejo en el que se reflejen sus problemas. Estas limitaciones conductuales producen un gran impacto en el entorno del enfermo a nivel social, laboral y familiar.

GRUPOS: NEUROPSICOLOGÍA



TRASTORNO COGNITIVO SEVERO

En este grupo se encuentran aquellas personas que tras haber sufrido una lesión cerebral, ya no se teme por su vida. Han comenzado a estabilizarse sus funciones vitales, se les suprime la respiración asistida, recuperan un ritmo alterno de sueño / vigilia y abren los ojos de forma espontánea. Empieza la fase de recuperación de la conciencia, es decir, de toma de contacto con la realidad.

Podemos encontrar diversos tipos de personas con las siguientes características principales:

En coma:

- Aquellas personas que sus funciones vitales se encuentran estables.
- Estado de conciencia aperceptiva.
- El ciclo sueño / vigilia está ausente.
- Respuestas reflejas subcorticales (retirada al dolor, flexión, extensión, etc.).
- La duración de este periodo se establece en un mes aproximadamente.
- Es uno de los indicadores más significativos en la gravedad del TCE.

En Estado Vegetativo:

- Personas que tienen presente el ciclo sueño / vigilia.
- Aparece la apertura ocular espontánea.
- No existe respuesta psicológica o emotiva. Sonrisa o llanto reflejos.
- Comienzan a aparecer respuestas automáticas ante determinados estímulos como por ejemplo:
 - Ante estímulos dolorosos presentan respuestas como retirada, mímica o gestos de desagrado como fruncir el ceño.
 - Ante estímulos auditivos (un ruido fuerte, la voz...) comienza una breve orientación hacia ellos.
 - Breve fijación ante estímulos visuales.

En respuestas mínimas:

- Son aquellas personas cuyas respuestas tanto sensoriales como emocionales, comienzan a ser apropiadas a los diferentes estímulos externos o ambientales.
- Grado de conciencia parcial.
- Localiza estímulos dolorosos. Aparecen movimientos automáticos como rascarse e intentos de alcanzar objetos.
- Localiza la procedencia del sonido y empieza a comprender órdenes sencillas.
- Comienzan a fijar la vista y aparece el seguimiento visual sostenido.
- Aparece la emisión de verbalizaciones, primero ininteligibles, es decir, que no llegamos a entender y luego inteligibles, aunque de forma inconsistente.
- La sonrisa y el llanto comienzan a ser apropiados, están relacionados con una situación concreta.

Trastorno Cognitivo Severo:

- En general son pacientes que pueden presentar un nivel de conciencia fluctuante, siendo capaces de prestar atención en un tiempo muy limitado y sólo a un estímulo determinado.
- Suelen presentar alteraciones de la actividad (fatiga, lentitud / agitación psicomotora).
- Se encuentran desorientados en el tiempo (año, mes, día de la semana), espacio (ciudad, Hospital, servicio) y en persona (no reconoce a personas cercanas o conocidas).
- Su memoria está muy dañada, tanto para recordar hechos recientes (memoria anterograda), como para recordar situaciones pasadas (memoria retrograda).
- Tienen muy dañado el funcionamiento ejecutivo, siendo incapaces de iniciar, planificar tareas hacia un objetivo, así como de mostrar un pensamiento flexible, y coherente ante las demandas del medio.
- Muchos pacientes presentan también alteraciones en el lenguaje, en la capacidad visoperceptivas, o para realizar habilidades motoras adquiridas (cepillarse los dientes, afeitarse, etc.).
- La mayoría de pacientes presentan importantes alteraciones de la personalidad (apatía, labilidad, desinhibición, agresividad).

TRASTORNO COGNITIVO MODERADO

Las personas afectadas por un trastorno cognitivo moderado, son aquellas que presentan dificultades en:

Orientación: En general estos pacientes suelen estar orientados. A nivel temporal pueden tener fallos en el día del mes y ocasionalmente en el día de la semana, pero se sitúan correctamente en el mes y en el año. En cuanto a la orientación espacial saben ubicarse de forma adecuada en la ciudad, hospital, etc., así como reconocer a las personas cercanas y/o conocidas.

Atención: Su nivel de conciencia es adecuado, mantiene un buen nivel de alerta, siendo capaces de percibir y atender a todo lo que acontece a su alrededor. Son capaces de mantener la atención y concentrarse ante las tareas, aunque su rendimiento es bajo, ya que se distraen con facilidad siendo incapaces de inhibir distractores (música de fondo, alguien que habla mientras realizan una tarea, etc.). Son incapaces de alternar dos tareas o de realizarlas a la vez. Muchos pacientes con lesiones en hemisferio derecho pueden mostrar deficiencias en prestar atención a todo lo que se ubique en su parte izquierda (Heminegligencia).

Memoria: En general son capaces de recordar o acceder a las cosas que han aprendido antes del daño cerebral (memoria retrograda), aunque en ocasiones pueden confundir hechos, sobretodo si son cercanos en el tiempo al daño cerebral). Donde mayores dificultades presentan es en la capacidad para aprender o recordar situaciones o hechos recientes (memoria anterograda). Son capaces de retener nueva información aunque muy por debajo de lo que sería esperable.

Funcionamiento ejecutivo: Organizar y planificar cualquier actividad para después llevarla a la práctica de forma eficiente, rápida y satisfactoria, son las Funciones Ejecutivas. Estas sufren un detrimento importante resultando difícil la toma de decisiones y la resolución de problemas. Asimismo les resulta difícil considerar alternativas, establecer pasos a seguir adecuados en cada situación, mostrar un razonamiento flexible, no insistente y persistente en una misma idea. También suelen presentar dificultades en la capacidad de adaptación a los cambios con agilidad mental y en la velocidad de razonamiento.

Percepción Visual: En general distinguir, reconocer y manejar los estímulos visuales de manera correcta (colores, formas, objetos, caras) son áreas que suelen encontrarse preservadas, aunque dependerá de la focalidad de la lesión.

Capacidades visuoespaciales: Una adecuada capacidad para reconocer las partes de un todo para su posterior reconstrucción, realizando una integración lógica y coherente suele verse disminuida con mayor frecuencia en este grupo de pacientes.

Otro aspecto a destacar, son las alteraciones de la conducta, principalmente los cambios de personalidad (impulsividad, irritabilidad, desinhibición, apatía..) y la falta de conciencia de enfermedad, ya que tienden a ignorar o minimizar las deficiencias cognitivas y conductuales.

En general, la gente que forma este grupo, en función de las limitaciones físicas que pueden presentar, tienen capacidad para ser autónomos dentro de casa (actividades básicas de la vida diaria), aunque son muy dependientes en aquellas tareas que debe realizar en su entorno habitual - barrio, ciudad- (actividades instrumentales).

TRASTORNO COGNITIVO LEVE

Se incluyen en éste grupo pacientes que por el tipo de lesión o por el tipo de evolución presentan una discapacidad de menor impacto físico, cognitivo y/o conductual que el de los pacientes pertenecientes al grupo cognitivo severo y moderado. Los déficits cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, etc.) en estos enfermos son de menor grado. En general, muchos pacientes presenta más de una función cognitiva dañada, aunque también podemos encontrarnos con personas con un déficit focal. Uno de los objetivos prioritarios de la rehabilitación neuropsicológica, es la compensación de las deficiencias donde buscamos estrategias alternativas que reduzcan la exigencia cognitiva.

• **Orientación:** Se encuentran totalmente orientados en el tiempo (día, mes, año), en el espacio (ciudad, hospital) y en persona (familia, amigos, personajes conocidos, etc).

• **Atención:** Pueden seguir presentando ligeras dificultades en procesos atencionales básicos (atención sostenida) aunque sus mayores dificultades se manifiestan en actividades que implican procesos atencionales complejos (atención selectiva, alternante y dividida). Aquellos paciente con lesiones en hemisferio derecho han sido capaces de compensar la heminegligencia izquierda.

• **Memoria:** Asimismo muchos de los pacientes pertenecientes a éste grupo continúan teniendo problemas de memoria pero el impacto en sus vida es menor gracias al trabajo de compensación, utilización de estrategias y uso sistemático de ayudas externas (agenda, móvil etc...).

• **Funcionamiento Ejecutivo:** Presentan limitaciones en capacidades necesarias para formular metas, les cuesta planificar etapas y desarrollar estrategias para conseguir sus objetivos. En algunos casos siguen necesitando ayuda externa para iniciar, proseguir o detener secuencias complejas de conducta de forma ordenada e integrada. Persiste en muchos de los afectados lentitud en el procesamiento y en la búsqueda de información.

• **Percepción visual:** Los pacientes son capaces de percibir y reconocer las formas, colores, objetos y caras, y no presentan limitaciones en la vida diaria.

• **Capacidades visuoespaciales:** La capacidad para construir, puede verse disminuida en pacientes principalmente con lesiones en el hemisferio derecho.

Otro factor a destacar son las alteraciones comportamentales que, aunque suelen reducir en frecuencia e intensidad, persisten las dificultades de control y autorregulación (impulsividad, irritabilidad, rigidez mental etc..).

En la mayoría de los casos en éste grupo los pacientes llegan al final de su proceso de rehabilitación por ello es el momento de búsqueda por parte del equipo de daño cerebral de la mejor vía de reinserción sociolaboral. Tarea muchas veces complicada porque es posible que todavía algunos de ellos sigan sin ser totalmente conscientes de sus limitaciones y sus repercusiones futuras.



RECUERDA QUE: PSICOPATOLOGÍA

TRISTEZA

“Debido al cambio que ha experimentado, es normal que en algunos momentos se sienta triste al percibir la pérdida de capacidades. Para compensar estos síntomas depresivos y evitar sentimientos de inutilidad debemos”:

- Centrar su atención en las cosas positivas que conserva.
- Hacerle ver lo importante que es para vosotros el tenerle cerca.
- Proponerle actividades atractivas, que le gusten y que le resulten fáciles de realizar .
- Pedirle que haga solo las cosas que sabemos que puede hacer, evitando las situaciones que puedan suponer un “compromiso” para sus capacidades.

APATÍA

“La apatía puede llegar a convertirse en un problema importante para la vida de cualquier persona”. En el caso de tu familiar, la falta de iniciativa para comenzar actividades, se debe a que el daño que ha sufrido su cerebro le impide motivarse internamente para comenzar actividades. Por esto es importante que intentemos que la motivación y la iniciativa venga desde fuera, por lo menos al principio. Te damos algunos consejos:

· Para conseguir esto es importante que hagamos un pequeño trabajo de investigación, que no nos será muy difícil. Pensaremos en aquellas actividades que gustaban especialmente a nuestro familiar antes de sufrir el daño cerebral. Estas actividades resultarán más motivadoras para él y podrán ayudarnos a movilizarlo. Después de tener reunidas bastantes actividades piensa y selecciona de todas ellas, aquellas que ahora pueda realizar y aquellas que le resulten más fácil finalizar con éxito. Piensa que puede realizarlas solo o con la ayuda de alguien.

· Otra cosa que debemos hacer es procurar que nuestro familiar tenga las actividades diarias lo más estructuradas posible. Esto le ayudará a vencer la apatía y la desgana, porque siempre es más fácil emprender actividades

que están estructuradas que aquellas que cada vez son a una hora, o en un momento distinto. Por ejemplo, no dejes que coma sólo cuando tenga hambre, sino que coma todos los días a la misma hora, que se acueste y se levante también normalmente a la misma hora cada día, que se arregle cuando se levante, que tenga unas “obligaciones” por la mañana y otras por la tarde (por ejemplo, arreglar la habitación, ir a terapia, regar las plantas, etc.).

· No culpabilices a tu familiar por no querer hacer nada, intenta comprender que forma parte de lo que le ha pasado. Sin embargo, esto no quiere decir que le dejemos que no haga nada, por el contrario intenta motivarlo proponiéndole tú cosas que sepas que le gustan, sin presionarlo ni discutir, y poco a poco irá mejorando su nivel de actividad.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

“Es necesaria una adecuada conciencia de enfermedad para que los pacientes se comprometan y participen de forma activa en el proceso de rehabilitación”. Sin una ajustada percepción de los déficits físicos, cognitivos y/o comportamentales los pacientes tienden a infravalorar o incluso negar la necesidad de seguir un proceso de rehabilitación. Los pacientes tienen que ser conscientes de que tipo de lesión han sufrido (déficits), y de cómo esos déficits han cambiado la forma habitual de relacionarse con su entorno.

Ejemplos:

1. “Yo no tengo ningún problema, etc.”.
2. “Parece que voy al cole, etc.”.
3. “Antes ya tenía problemas de memoria, etc.”.
4. “Yo no entiendo porque no me dejan conducir, etc.”.
5. “En un mes estaré completamente recuperada, volveré a trabajar”.

Es una labor conjunta de profesionales y familiares el mostrar las consecuencias del Daño Cerebral:

1. De los problemas físicos (problemas de movilidad) , cognitivos (atención, memoria etc...) y/o psicológicos (problemas emocionales y cambios evidentes en su comportamiento).
2. De las limitaciones funcionales en sus actividades cotidianas (actividades básicas, trabajo/estudio, conducción, ocio etc...).
3. Y cuando proceda ayudar a planificar las actividades futuras de forma realista, realizando las modificaciones o adaptaciones necesarias (estudio, trabajo etc..).

¿Qué podemos hacer?:

- Ayudarle a entender su situación de una forma positiva dándole feed-back sobre su comportamiento e informándole sobre la forma de mejorarlo.
- Aprovechar las situaciones en las que de forma espontánea refiera alguna dificultad para hablar sobre el tema tranquilamente, evitando sermones y recriminaciones.
- Al abordar el tema, es conveniente evitar las situaciones en las que él o nosotros estemos enfadados para no provocar discusiones.
- La toma de conciencia es un proceso largo, no podemos “obligarle” a ser consciente de sus dificultades de forma súbita puesto que provocaríamos enojo y reacciones negativas.

FABULACIONES

“Aparecen cuando existen problemas de memoria, consiste en completar los espacios vacíos en la memoria con recuerdos falsos o inexactos”. En estos casos podemos tener la impresión de que el paciente cuenta mentiras e inventa historias de forma voluntaria, pero en realidad lo que sucede es que ante las preguntas que le realizamos se ve forzado a buscar coherencia entre los pocos e imprecisos recuerdos que tiene creando una respuesta que parezca real. Para manejar estos problemas debemos:

- Intentar no comprometer sus capacidades ni ponerle a prueba. En situaciones en las que sea probable que no recuerde debemos evitar hacerle preguntas y seremos nosotros quienes le demos directamente la información exacta para que no tenga intrusiones y aprenda sin error.
- No enfadarse. El paciente no controla voluntariamente las confabulaciones y no es su deseo contar mentiras.
- Cuando se produzca una confabulación hemos de reaccionar con tranquilidad y nuestra actitud a de ser empática y positiva: le ayudaremos a recordar de forma exacta sin hacerle sentir mal por no haber sido capaz de acordarse.

INCUMPLIMIENTO DE TAREAS

- Elegir las tareas que ha de realizar en función de la dificultad de la actividad y las capacidades del paciente.
- Simplificar la tarea dividiéndola en partes sucesivas.
- Asegurarnos de que es capaz de realizar todos los pasos que requiere.
- Motivarle para que inicie la actividad y si es necesario iniciarla con él.
- Animarle durante la ejecución.
- Felicitarle al finalizar la tarea.

IMPULSIVIDAD Y/O IRRITABILIDAD

“Son síntomas más del daño cerebral que el paciente no puede controlar voluntariamente y que le provocan malestar”. A continuación te presentamos una serie de pautas a seguir:

- Pedir que demore la respuesta para controlar la impulsividad.
- Tratar de comprender que este tipo de comportamientos es consecuencia de la lesión cerebral. No atribuir a una mala intención o deseo de perjudicar a los demás.
- Reconducir la conducta del paciente hacia conductas apropiadas, y cambiar de tema de conversación cuando comienza con comentarios poco oportunos.
- Planificar al máximo las actividades diarias. Si éstas son fáciles de realizar, el paciente se encontrará más tranquilo.
- Identificar situaciones de riesgo. Registrar cuándo, dónde y con quién se siente el paciente enfadado y pierde el control.
- Reaccionar ante los primeros síntomas de una incipiente explosión de ira cambiando hacia otra situación que implique algún tipo de distracción.
- Evitar el enfrentamiento en los momentos de tensión. Cuando sea posible saque a la persona de la situación o abandone usted su lugar.
- En ningún caso reaccionar gritando o enfadándose más, pues lo único que se consigue es producir más tensión y agresividad en el paciente.

AGITACIÓN

“La agitación es un síntoma más del daño cerebral que el paciente no puede controlar voluntariamente y que le provoca malestar”. No debemos luchar contra ella por que si nos enfadamos por esta conducta solo conseguiremos aumentar su aparición.

En algunos casos no existe ningún motivo externo que la provoque, responde únicamente a causas fisiológicas y solo se puede controlar farmacológicamente. Por eso debemos informar al médico sobre sus cambios para que ajuste la medicación. Otras veces, si podemos identificar situaciones que la incrementan y es conveniente observar en que momentos se produce para anticiparse y evitar su aparición. En todos los casos la fatiga incrementa la intensidad y la probabilidad de aparición, por lo que debemos evitarla, para ello:

- Crearemos rutinas diarias con horarios fijos.
- Procurar un ambiente muy tranquilo: Dosificar las visitas, evitar ruidos y distractores y no saturarle con demandas continuas.
- Favorecer los periodos de descanso.

MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

MÉTODOS PARA ELIMINAR O DISMINUIR COMPORTAMIENTOS

El daño cerebral provoca en la persona que lo padece problemas de comportamiento que resultan inadecuados o difíciles de manejar para el entorno y que pueden ser incluso perjudiciales para sí mismo y para los demás. Estas conductas no dependen de la voluntad del paciente e incluso a él le resultan difíciles de evitar por lo que se hacen necesarios cambios que nos ayuden a controlarlas. Generalmente para modificar una conducta debemos realizar varios “pasos” y utilizar una combinación de estrategias. Los recursos que se utilizan con más frecuencia son:

EXTINCIÓN:

Consiste en no prestar atención al comportamiento, ignorar la conducta, actuar como si no estuviese realizándola. En ocasiones esto es difícil lo mejor será “salir” de la situación hasta que el paciente se tranquilice. Es normal que al principio, al no obtener la atención a la que está acostumbrado, se enfade y que incluso aumente la conducta: nosotros hemos de aguantar el “tirón” sin ceder lo más mínimo. La extinción no es un castigo: evitaremos sermones, reprimendas, etc. Nuestra conducta ha de ser neutral, sin inmutarnos, intentando no prestarle ningún tipo de atención. No es adecuado utilizar este método cuando la conducta suponga un peligro para el paciente o para el entorno.

CONTROL DE ESTÍMULOS:

En ocasiones la conducta que queremos eliminar aparece, se “dispara”, en determinadas situaciones que podemos identificar claramente, es en esos momentos cuando es útil utilizar esta estrategia. La técnica consiste en realizar las modificaciones necesarias en el ambiente para que no aparezca la conducta. Los registros en los que anotemos que es lo que ha pasado antes o durante la aparición de la conducta nos ayudaran a encontrar las situaciones que tenemos que modificar. Una vez que tengamos claro que es lo que provoca la reacción inadecuada podremos prevenir su aparición: o evitando la situación, o cambiando aquellas cosas que directamente son las responsables de que aparezca. Otras veces simplemente tendremos que manipular el ambiente para que el paciente no pueda tener acceso a las cosas que queremos que evite (Ej: cerrar la cocina si no para de comer). Anotar como es la situación cuando aparece la conducta que queremos eliminar (en que momento del día aparece, con quien está, si hay mucha gente, si hay mucho jaleo, etc.).

REFUERZO

Reforzar es sinónimo de motivar y lo utilizamos cuando la conducta es adecuada y queremos que se repita. Consiste en proporcionar algo agradable para el paciente justo después de haber realizado lo que queremos aumentar. No necesariamente ha de ser algo material, simplemente un elogio o una felicitación nos pueden servir en muchas ocasiones. También podemos utilizar el refuerzo cuando queremos reducir una conducta inapropiada: En esos casos reforzaremos el comportamiento que sea incompatible con esa conducta.

DISTRACCIÓN

En muchas ocasiones, ante actitudes oposicionistas o ilógicas del paciente, es conveniente no discutir, porque al insistir en el tema solo conseguimos recordarle que estamos en desacuerdo y aumentar su negativa hacia lo que proponemos. En esos momentos nuestro objetivo será reducir la tensión, conseguir que esté tranquilo. Para conseguirlo suele ser útil desviar su atención hacia otras cosas que puedan interesarle o incluso salir de la situación para zanjar la disputa y si es necesario volver a abordar el tema, con actitud positiva, en otro momento, cuando esté relajado.

CASTIGO

Solo sirve para eliminar conductas inapropiadas, nunca para conseguir que haga algo que no hace o para que aprenda una nueva forma de comportamiento. Aunque en algunas ocasiones puede ser útil (Sobre todo cuando la conducta que queremos eliminar es peligrosa y tenemos que reducirla rápidamente) suele provocar distanciamiento o malestar emocional por lo que conviene evitarlo en la medida de lo posible.



RECUERDA QUE: **NEUROPSICOLOGÍA**

ATENCIÓN BÁSICA

Para ayudar al apaciente a que nos preste o mantenga la atención:

- Pedir que atienda y repita órdenes (instrucciones).
- Hablar de uno en uno o dos personas alternando el turno.
- Asegurarnos de que nos mira.
- Frases breves.
- Eliminar distractores (radio, TV, etc.)
- Se benefician de actividades estructuradas y guiadas y de ejercicios que mantengan su atención. Tareas de focalizar la atención, así como de atención sostenida (respuesta continua).
- Conviene actividades sencillas de tipo manipulativo (puzzles, encajables, etc.) porque favorecen el mantenimiento de la atención.
- Las instrucciones debe recibirlas de manera breve y sencillas, recordándole lo que tiene que hacer.

ATENCIÓN COMPLEJA

"Existen estrategias compensatorias que permiten paliar los efectos de un déficit atencional":

- Ser consciente de las limitaciones atencionales y programar descansos regulares ante los primeros indicios de que su atención falla.
- Determinar en qué momento del día está más preservada y procurar realizar en esos momentos aquellas tareas que exigen más esfuerzos cognitivos.
- Procurar preservar su horario nocturno y las horas de sueño. La fatiga disminuye el nivel atencional individual.
- Se pueden colocar notas a su vista que le recuerden que tiene que concentrarse, tipo: "¿En qué estás pensando?" "¿Estás concentrado?"
- Si lo precisa puede usar cascos o tapones en ambientes ruidosos.
- Organiza su ambiente de trabajo para evitar distractores auditivos o visuales.

- Si durante una tarea se distrae, puede escribir los pensamientos que le distraigan para comentarlos en un momento más adecuado.
- Cada vez que cambie de tarea tomarse un tiempo para prepararte para la siguiente y verbalizar qué es lo que estaba haciendo y qué es lo que va a hacer.

Puede estimular su atención diciéndose a sí mismo "PRESTA ATENCIÓN" por ejemplo mientras lees o escuchas y nota que su atención se dispersa.

ORIENTACIÓN

"Es frecuente que la persona presente dificultades de orientación tanto a nivel personal, espacial y/o temporal". Pautas y actividades recomendables:

Orientación personal

- Decir al paciente el nombre antes de hablar con él (personas no muy frecuentes).
- Es importante que tenga los nombres y fotos, en un corcho o pizarra, de las personas con las que convive así como de familiares y amigos más cercanos.
- Revisar el "libro de la memoria" a fin de mantener y / o reforzar la capacidad de orientación personal y biográfica.

Orientación espacial

- Despertarle diciéndole dónde está así como a lo largo de todo el día y ante cualquier salida al exterior.
- Indicar recorridos de manera lógica.
- Mediante preguntas sobre el barrio, la calle donde vive etc puedes ayudar a orientar al paciente. También puede facilitársele esta información sin necesidad de preguntarle.
- Trabajar las características del entorno a partir de preguntas orientativas mediante fotografías.

Orientación temporal

- Calendarios y relojes visibles en todas las habitaciones de la casa.
- Que lleve reloj, con la hora y fecha correctos.
- Agenda, cuyo objetivo es que sea capaz de recurrir a ésta, con el fin de saber la fecha y en qué momento y la hora del día en que se encuentra.

- Apuntar la información más relevante de las tareas más importantes que realiza durante el día.
- Es muy importante que tenga un horario muy estructurado, organizado y con horarios fijos (ej: 8.00 desayuno, 14.00 comida, 20.00 cena).
- Al final del día es conveniente que lea sólo o con alguien las cosas que ha hecho durante el día.
- Conversar sobre aspectos relacionados con el tiempo y los acontecimientos anuales tradicionales. Es muy importante trabajar específicamente el tema de las estaciones (ej: ¿el verano es la estación más fría del año?, ¿la fiesta de todos los santos es en noviembre?, ¿un día tiene ocho o veinticuatro horas?, etc.).
- Rellenar las hojas del calendario con las fiestas específicas del lugar donde vive el paciente. Añadir las fiestas personales (cumpleaños, santo, etc.) y las fiestas familiares.
- Actualizar el calendario cada día con el paciente. Despertarle diciendo el día de la semana, el mes, el día del mes, la estación y el año actual y recordárselo o repetírselo como a lo largo de todo el día. Si utiliza agenda, puede recordarle que lo mire en ella.

MEMORIA REMOTA

Sería conveniente elaborar o colaborar con el paciente que presenta dificultades en la memoria remota, en la creación del libro de la memoria o historia de vida fijando en especial los aspectos más actuales.

Apartados fundamentales:

- Nombre completo (nombre y apellidos).
- Residencia actual.
- Fecha de nacimiento lugar de nacimiento.
- Nombre de los padres, hermanos, etc. (árbol genealógico).
- Población donde vivió de pequeño / joven.
- Juegos / aficiones de la infancia.
- Escuela, facultad donde estudió.
- Nombres de compañeros de estudios.
- Su primer trabajo.
- El servicio militar.
- Fecha de su boda.
- Nombre de su pareja.
- Número y nombres de sus hijos.
- Dirección actual.
- Lugar/es donde trabajó.

- Nombre de compañeros del trabajo.
- Hobbies y aficiones.

APRENDIZAJE

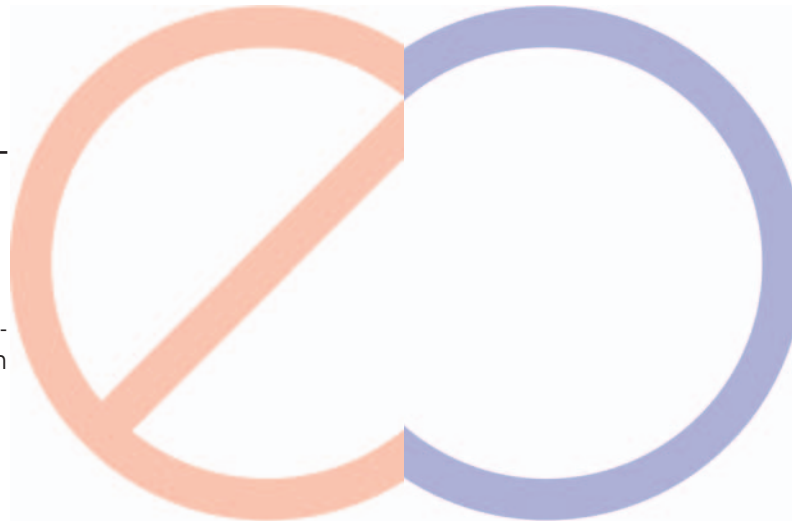
Recomendaciones en personas que presenta dificultades en la memoria reciente o en la capacidad de aprendizaje:

- Reducir la cantidad de información que hay que recordar.
- Crear una rutina diaria que englobe las principales actividades del día.
- Dividir las tareas complejas en pasos sencillos.
- Iniciar la conducta con órdenes repetidas.
- Ser explicativos (ej: vamos a cenar porque son las diez de la noche).
- Ser directivos dividiendo actividades en pasos.
- Aprendizaje sin error.
- Uso de agenda: Registrando las actividades las actividades diarias, que en función de la severidad del déficit el terapeuta indicará la forma de usarla.
- Colocar un corcho o pizarra donde ponga las fotos o fichas de las actividades que va realizando.
- Al final del día es conveniente que lea sólo o con alguien las cosas que ha hecho durante el día y se le puede formular preguntas (¿qué has comido?, ¿dónde hemos estado?, etc.)

NORMAS: SOBREESTIMULAR

INCORRECTO

Sobrecargar a la persona con demasiada información o pretendiendo que mantenga la atención durante un periodo de tiempo prolongado.



CORRECTO

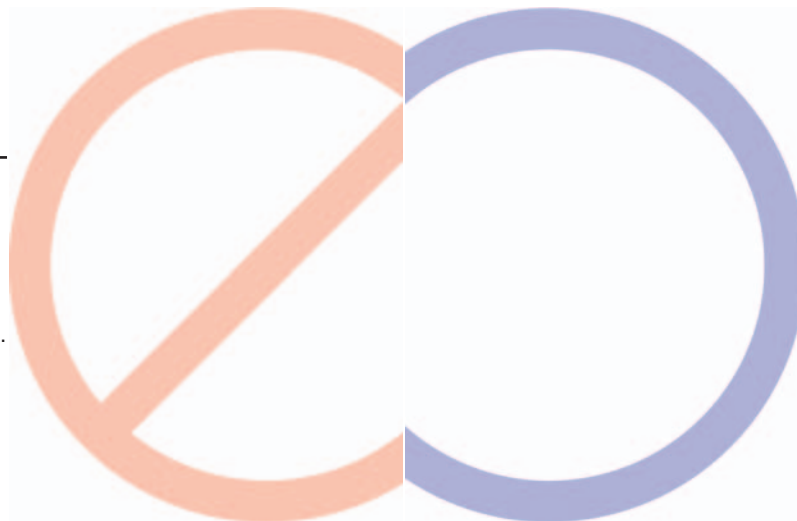
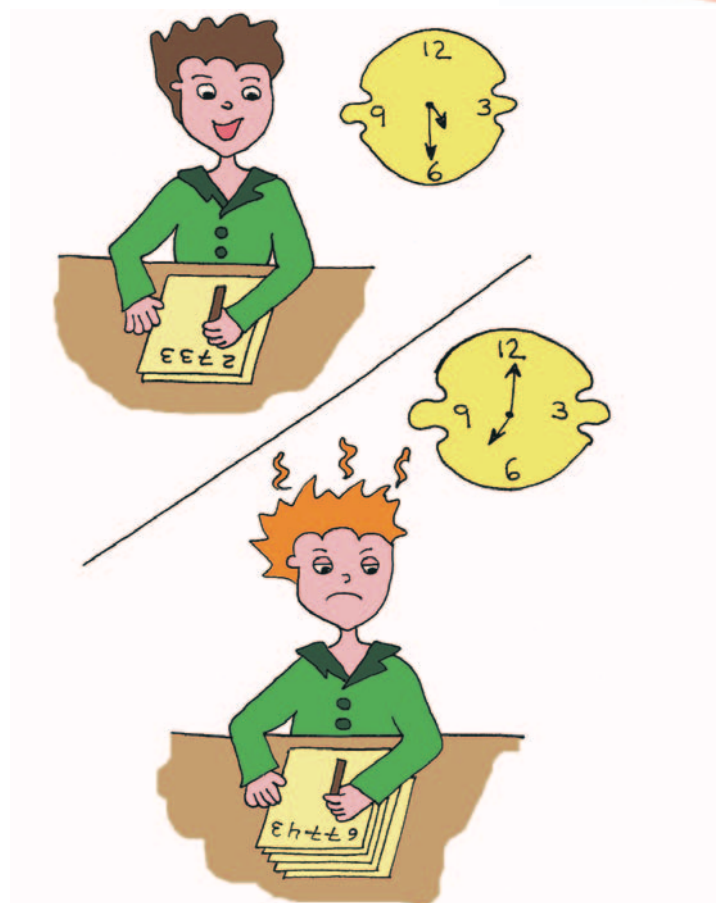
Proporcionar la información tanto visual como verbal, adaptada a la capacidad de asimilación de cada persona.



NORMAS: TIEMPO DE DESCANSO

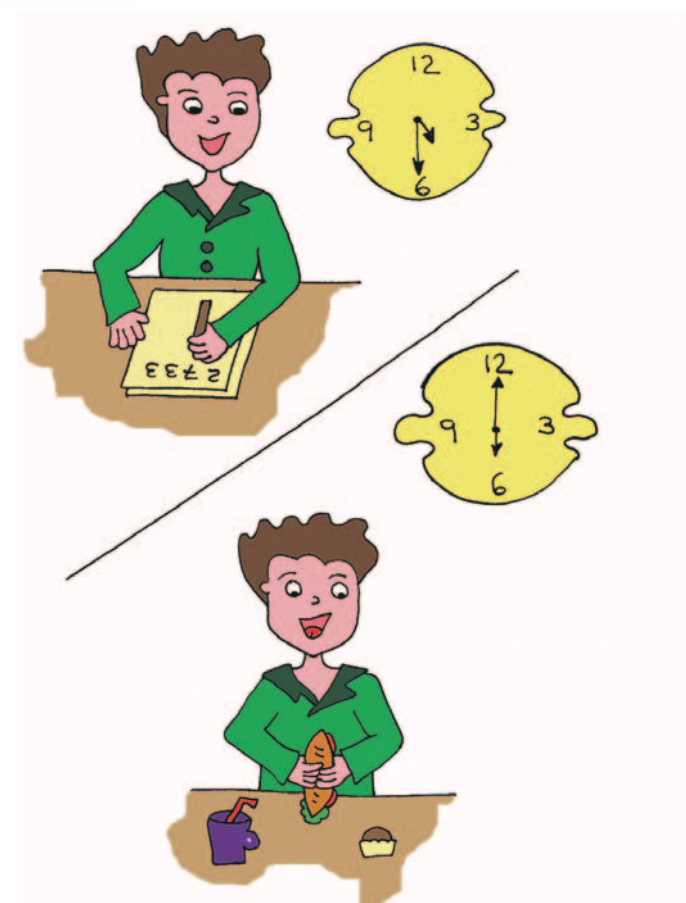
INCORRECTO

Insistir en que siga trabajando aunque esté cansado.



CORRECTO

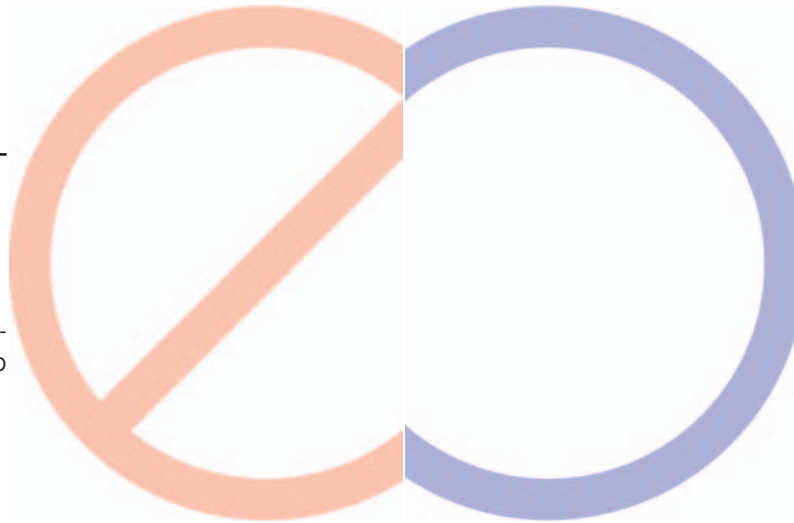
Conocer y respetar el tiempo de descanso que cada persona necesita. Durante la realización de la actividad alternar trabajo y descanso.



NORMAS: **TIEMPO DE RESPUESTA**

INCORRECTO

Hablar deprisa, hacer preguntas sucesivas o anticipar la respuesta, sin dejar el suficiente tiempo para pensar.



CORRECTO

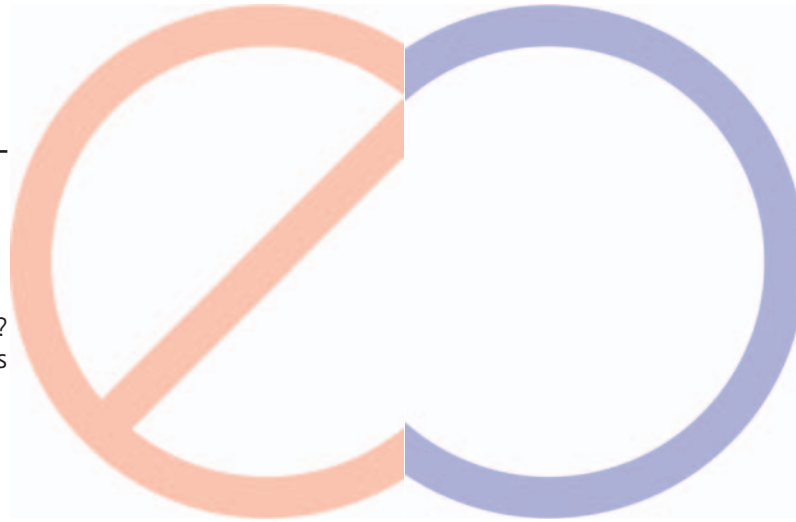
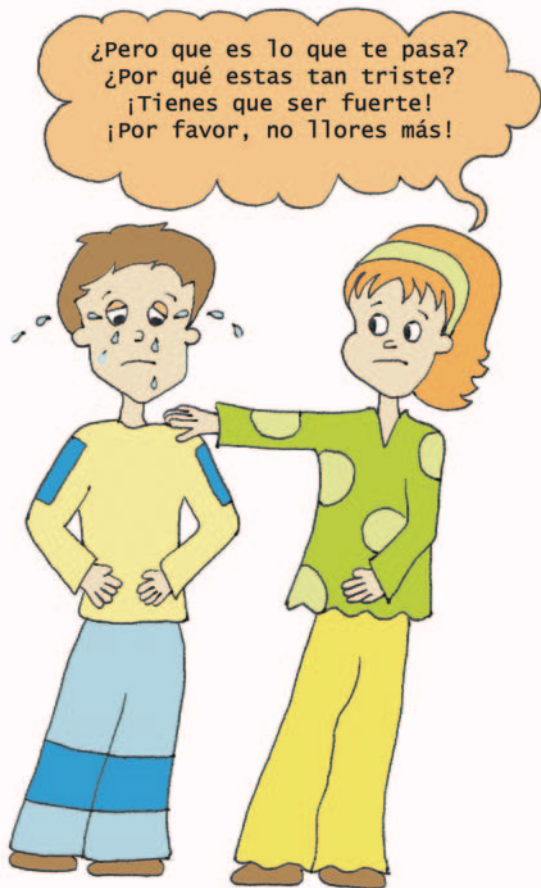
Dejar el tiempo necesario para que la persona piense y conteste sosegadamente a cada pregunta.



NORMAS: **LABILIDAD EMOCIONAL**

INCORRECTO

Preguntar o insistir en que explique ¿por qué llora? o ¿cómo se siente? ante reacciones emocionales desproporcionadas.



CORRECTO

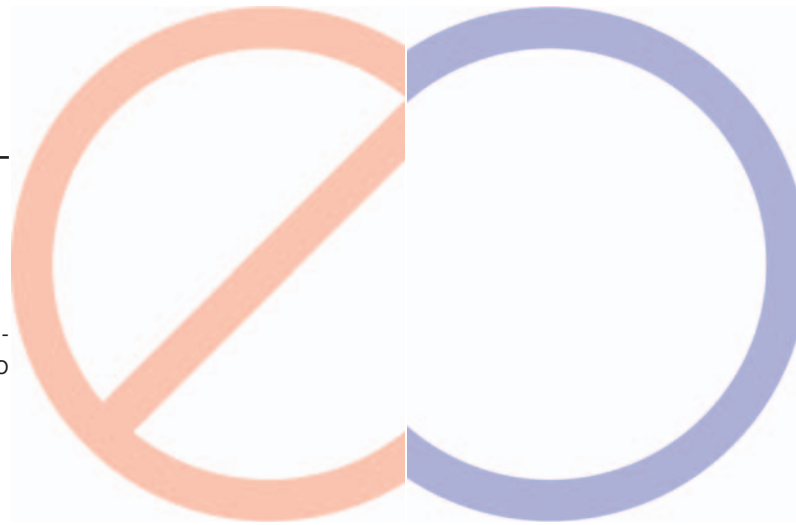
No darle demasiada importancia o desviar la atención, cuando el control de las emociones (risa/llanto) no sea adecuado.



NORMAS: DESINHIBICIÓN

INCORRECTO

Prestar excesiva atención a comentarios inapropiados (aunque resulten graciosos), ya que con esto incitaremos a su reaparición.



CORRECTO

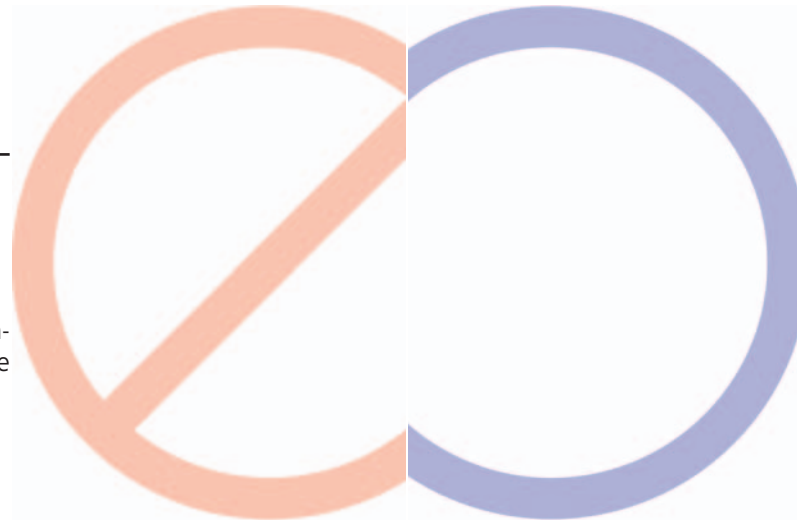
Si el paciente hace comentarios poco apropiados en público, debemos extinguir su comportamiento para que no vuelva a aparecer. Si tiene suficiente capacidad cognitiva, después de la situación le explicaremos brevemente lo ocurrido.



NORMAS: APATÍA

INCORRECTO

Culpabilizar al paciente por su actitud, sin comprender que forma parte de su enfermedad. Esperar que la iniciativa aparezca espontáneamente.



CORRECTO

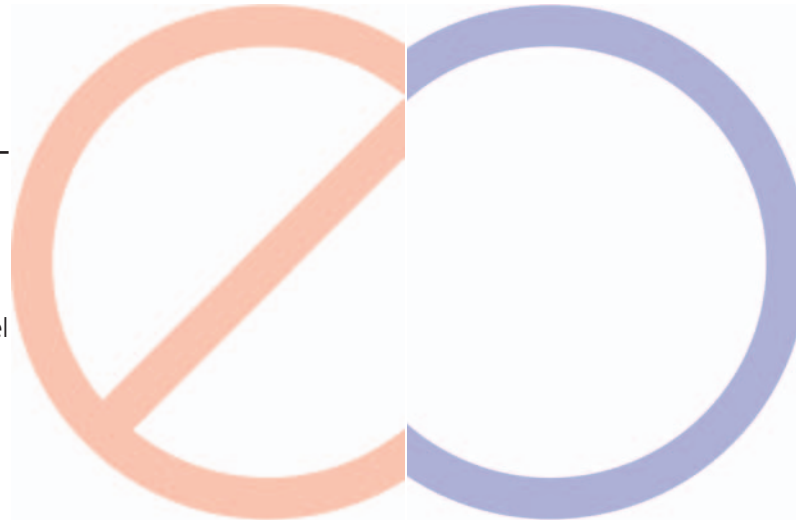
Tener actividades estructuradas, ya que esto ayudará a vencer la apatía.



NORMAS: IMPACIENCIA

INCORRECTO

Discutir, argumentar e intentar razonar con el paciente para hacerle cambiar de opinión.



CORRECTO

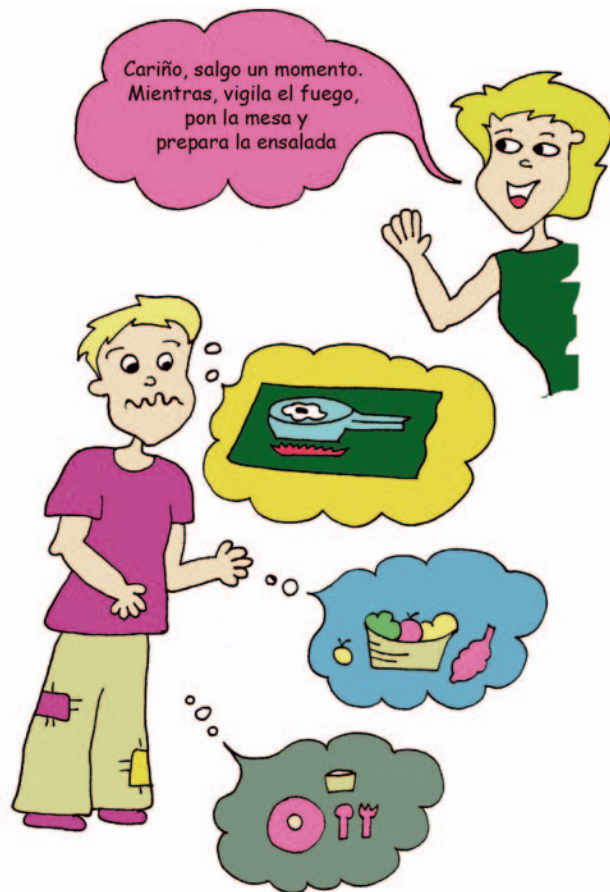
Mostrarnos tranquilos y no ceder ante las continuas demandas del paciente, intentando desviar su atención.



CONSEJOS: ATENCIÓN

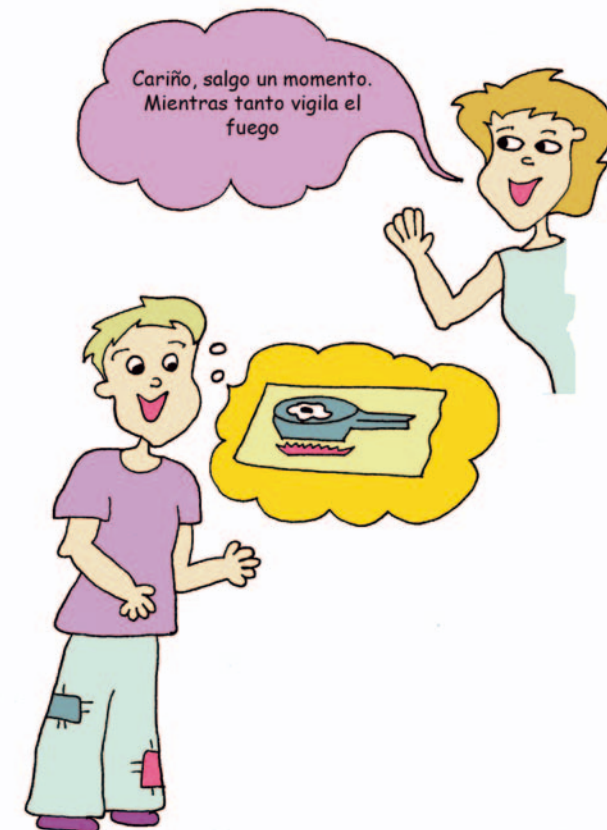
INTENTA EVITAR

Forzar la realización de varias actividades de forma alterna o simultánea.



TE ACONSEJAMOS

Aumentar paulatinamente el número de actividades según logros (cuando la persona es capaz de realizar actividades sin errores).



CONSEJOS: **INCOMPRESIÓN**

INTENTA EVITAR

Insistir en una idea o actividad ante la incomprensión o realización incorrecta de manera reiterada, creando situaciones estresantes para la persona.



TE ACONSEJAMOS

No insistir si la persona no comprende, se aturde o se satura al realizar actividades. Cambiar de asunto hacia otra tarea más relajada o entretenida.



CONSEJOS: *INCAPACITAR*

INTENTA EVITAR

Sobrevalorar a la persona pidiéndole más de lo que puede hacer o por el contrario, infravalorarla no dándole la oportunidad de ejecutar la tarea.



TE ACONSEJAMOS

Adaptar las actividades a su capacidad e ir aumentando paulatinamente el grado de dificultad de las mismas en función de cómo vaya evolucionando la persona.



CONSEJOS: **SOBREPROTEGER**

INTENTA EVITAR

Sobreproteger, anulando la autonomía del paciente.
Realizar parcial o totalmente la tarea por la persona.



TE ACONSEJAMOS

Dar los pasos a seguir para que la persona pueda realizar la tarea.



PASOS A SEGUIR:

LA HABITACIÓN

En un primer momento, la habitación es uno de los lugares donde más tiempo va a permanecer el paciente, así que es fundamental cuidar su distribución.

- Debemos colocar el mobiliario de la habitación de modo que todos los estímulos (personas, televisión, música...) los reciba por el lado afecto. De este modo favoreceremos que el paciente atienda a su lado más afecto (pléjico).
- La cama es aconsejable que sea regulable en altura y articulada, esto hará más fácil la tarea del cuidador o familiar a la hora de las transferencias, higiene, alimentación, etc... y que está provista de barandillas para evitar caídas. Las sábanas deben permanecer secas y sin pliegues para evitar roces en la piel.
- En pacientes con escasa movilidad es aconsejable el uso de colchones antiescaras para prevenir la aparición de úlceras.
- Debemos colocar una mesa regulable en altura para facilitar las comidas, la escritura y otras actividades.
- Para ayudar al paciente a orientarse temporalmente colocaremos calendarios y relojes en u habitación.
- Es importante que tengan en un corcho o pizarra de personas con las que conviven, así como de familiares y amigos más cercanos.



LA AGENDA

“La agenda es una ayuda que favorece y refuerza la orientación, memoria y capacidad de planificar de la persona, por eso, su uso sistemático (todos los días) es necesario para que sea una ayuda eficaz”.

PASOS A SEGUIR PARA USAR CORRECTAMENTE LA AGENDA:

- Se anotan todas las actividades realizadas a lo largo del día de manera concreta y completa.
- Se sitúan las actividades en el tiempo: ¿A qué hora?
- En el espacio: ¿Dónde estoy?
- En relación a las personas: ¿Con quien estoy?
- Por último se anota la actividad realizada: ¿qué he hecho?
- A la hora de anotar el paciente no debe intentar adivinar cuando no lo recuerde, debe preguntar a otro si fuera necesario para poder escribir datos fiables y verdaderos.
- Debe anotarse tanto entre semana como los fines de semana.

EJEMPLO:

- 8.00 Me levanto, aseo personal
- 8.30 Desayuno: café con leche y tostadas
- 9.00 Leo el periódico
- 10.00 Ambulancia: me voy al Hospital Valencia al Mar
- 11.30 Fisioterapia con Belén: ejercicios en paralelas
- 12.30 Terapia Ocupacional con Marta: práctica de calzado y atado de cordones
- 13.30 Ambulancia, me voy a casa.
- 14.30 Comida: ensalada, merluza y melocotón
- 16.00 Siesta
- 17.00 Visita de amigos. Francisco y Teresa. Tomamos café
- 19.00 Voy al supermercado con Amparo (esposa). Compras varias.
- 21.00 Veo las noticias de TV
- 21.30 Cena: hervido, ternera plancha y manzana
- 22.00 TV película “Vacaciones en Roma”
- 23.30 Dormir

PASOS A SEGUIR FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS:

- Controlar el ambiente creando un ambiente tranquilo (evitar distractores y sobreestimulación).
- Evitar sermones y razonar con el paciente.
- Hablar cuando este tranquilo.
- Ordenes sencillas y claras (información limitada).
- Reforzar todas sus iniciativas.
- Pensar en aficiones que tenía previamente y plantear actividades agradables.
- Instaurar un programa de actividades estructurado para realizar.

6logopedia

Presentación del profesional:

☐ · El Logopeda

Grupos:

- ☐ · Trastornos del lenguaje
- ☐ · Trastornos en el uso del lenguaje
- ☐ · Trastornos motores de la expresión

Recuerda:

- ☐ · Afasia global
- ☐ · Anomia
- ☐ · Agramatismo
- ☐ · Ecolalia
- ☐ · Esterotipia
- ☐ · Ejercicios de praxias
- ☐ · Mutismo
- ☐ · La comunicación
- ☐ · Verborrea

Normas:

(Incorrecto / Correcto)

- ☐ · Línea de visión
- ☐ · Incluir en la conversación
- ☐ · Nuevas palabras
- ☐ · Preguntas concretas
- ☐ · Gestos concretos
- ☐ · Libro de comunicación

Consejos:

(Intenta evitar / Te aconsejamos)

- ☐ · Simplificar información
- ☐ · Preguntas directas
- ☐ · Resúmenes
- ☐ · Turnos de conversación
- ☐ · Sea sincero
- ☐ · Alargar tiempo de respuesta
- ☐ · Ambiente ruidoso
- ☐ · Marcadores de frase
- ☐ · Paciencia

PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL LOGOPEDA



La "logopedia" tiene como finalidad la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento integral de los trastornos de la deglución y de la comunicación humana, ya sean éstos trastornos de voz, habla o lenguaje.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA LOGOPEDIA?

En pacientes con daño cerebral el logopeda tiene como función:

- Restablecer las funciones que han resultado afectadas tras la lesión como la incapacidad de habla, la dificultad para comprender el lenguaje, la inteligibilidad de los mensajes, etc.
- Facilitar al paciente procedimientos para la expresión de su pensamiento evitando el aislamiento comunicativo.
- Proporcionar el empleo de sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación que suplan la imposibilidad de un lenguaje oral.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El logopeda consigue estos objetivos:

- Facilitando estrategias compensadoras que permitan al paciente comunicarse aún en presencia de los déficit.
- Promoviendo la comunicación efectiva incorporando aspectos de la conversación natural al tratamiento.
- Empleando métodos de tratamiento que faciliten la generalización, es decir, que la persona haga uso de lo aprendido en su entorno natural.
- Guiando la realización de ejercicios y actividades para mejorar su capacidad de comprender el lenguaje, expresar ideas, leer, escribir, conversar...
- Comunicando, informando y educando sobre el tratamiento de logopedia al resto de integrantes (profesionales, familiares, cuidadores) del proceso de rehabilitación ya que su conocimiento y colaboración son esenciales en el proceso de recuperación.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL LOGOPEDA?

Desde un primer momento y tras una valoración de las habilidades comunicativas, el logopeda se dispone a iniciar la rehabilitación de las funciones alteradas teniendo en cuenta:

- La estabilidad clínica del paciente.
- Cuando el profesional considere que el paciente posee un grado de atención suficiente como para colaborar en el tratamiento.
- Cuando, aún en ausencia de lenguaje oral, el logopeda valora cierto grado de intencionalidad comunicativa y, en ese momento, inicia la recuperación de las funciones dañadas.



GRUPOS: TRASTORNOS DEL LENGUAJE



Los problemas del lenguaje pueden referirse a uno o a varios de sus componentes como sería la adecuada percepción del sonido y su adecuada interpretación (comprender el lenguaje y dotarlo de significado), la elección y ordenación adecuada de las letras para producir palabras y mensajes, la capacidad de poder leer en voz alta y comprender el material escrito, la capacidad de transmitir ideas a través de la escritura, la habilidad para poder entablar una conversación, etc.

Cuando la manifestación de este déficit lingüístico implica a más de uno de los componentes del lenguaje y aparece como consecuencia de una lesión cerebral más focal, nos encontramos frente a algún tipo de los diferentes cuadros afásicos.

• **Afasia global:** Esta afasia se caracteriza por una producción verbal prácticamente inexistente y una comprensión oral muy pobre. La lectura y la escritura también suelen estar severamente afectadas. En ocasiones, en sus intentos de verbalización la persona produce emisiones estereotipadas.

• **Afasia de Broca:** Se caracteriza por un lenguaje expresivo no fluido, compuesto por expresiones cortas producidas con gran esfuerzo y, generalmente, limitadas a la suma de nombres (agramatismo). Su nivel de comprensión suele ser bueno. Cada vez que la persona quiere iniciar un mensaje parece verse imposibilitada para colocar los órganos bucofaciales. En los procesos de lectura y escritura aparecen alteraciones muy similares a las encontradas en su producción oral.

• **Afasia motora transcortical:** Este síndrome es muy similar al anterior, aunque el esfuerzo articulatorio es menos marcado. En este síndrome aparece el fenómeno de la ecolalia, en que se repiten de forma involuntaria palabras o frases al escucharlas. La lectura en voz alta está bastante preservada y la escritura suele aparecer alterada.

• **Afasia no-fluida mixta:** Se encuentra a medio camino entre la afasia global y la afasia de Broca. Su habla, a pesar de ser escasa, suele estar provista de significado. No aparece la estereotipia como en la afasia global. Dificultad importante para nombrar las cosas. La comprensión de lo que escuchan es bastante deficiente. Los procesos de lectura y escritura están alterados.

• **Afasia de Wernicke:** Su lenguaje expresivo goza de una fluidez normal. Sin embargo nos puede resultar difícil comprender lo que realmente quieren decir (habla vacía). Su producción puede ser tan excesiva (verborrea), que no deja de hablar hasta que no sea interrumpida por el interlocutor. La alteración más importante de esta afasia es la dificultad para comprender el lenguaje oral. La lectura puede estar o no alterada y la escritura es muy similar al lenguaje oral, fluida pero muy distorsionada y poco inteligible para la persona que lo está leyendo. Su discurso escrito contiene un gran número de paragrafías y neologismos.

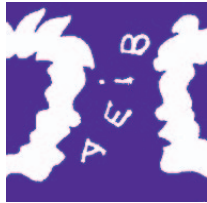
• **Afasia sensorial transcortical:** Presentan un habla fluida aunque también manifiestan, como en el síndrome anterior, un discurso vacío con parafasias. La comprensión auditiva de los mensajes orales también es pobre y manifiestan una importante dificultad para nombrar las cosas. La principal diferencia con la afasia de Wernicke es la capacidad, relativamente preservada, para repetir lo que oyen. La lectura y la escritura están alteradas.

• **Afasia mixta transcortical:** Caracterizada por una producción verbal no fluente y una alteración de la comprensión auditiva, pero con una capacidad de repetición relativamente conservada, con tendencia a la ecolalia. La capacidad de nombrar, la lectura y la escritura también están alteradas.

• **Afasia de conducción:** Trastorno del lenguaje caracterizado por un habla fluente pero plagada de transformaciones parafásicas, hasta el punto de volverse poco inteligible. La persona reconoce esos errores y trata de corregirlos realizando múltiples intentos de aproximación a la producción correcta de la palabra. La comprensión oral suele ser completamente normal. La repetición es una de las tareas más difíciles de realizar. Alteraciones muy similares a la producción oral en su lectura alta, sin embargo, suelen comprender bien el material escrito. La escritura siempre está alterada.

• **Afasia anómica:** La alteración más característica de esta afasia es la dificultad en encontrar palabras en tareas donde es necesaria su recuperación. Como consecuencia de ello, su discurso es lento y con interrupciones, ya que no encuentra las palabras. Con frecuencia, y en un intento por recuperar la palabra, la persona elabora circunloquios en torno a la palabra perdida, para tratar de aclarar, como sea, aquello que quiere decir.

GRUPOS: **TRASTORNOS EN EL USO DEL LENGUAJE**



Nos vamos a centrar en aquellas alteraciones que afectan al uso del lenguaje en un contexto determinado, a través de la conversación. Hablaremos de las alteraciones en esta dimensión del lenguaje que determinan por qué una persona dice algo, cuándo, a quién y cómo.

Las principales alteraciones en este nivel pueden incluirse en dos clases:

Aspectos “lingüísticos” del lenguaje.

- Dificultades para hablar de un tema en concreto, pasando con mucha facilidad de un tema a otro sin ningún criterio.
- Dificultad para tomar un turno, respetar el del interlocutor.
- Problemas para poder entablar una conversación. En muchos casos pueden hacer comentarios que no están relacionados con el tema de conversación. No dan la información suficiente o apropiada para que el interlocutor capte lo que pretende decir.
- Dificultades para entender el lenguaje figurativo (metáforas, proverbios, frases hechas, ironía) y el humorístico.
- Problemas para expresar algo de manera concisa. Ofrecen múltiples detalles sobre una cuestión repitiéndolos (redundancia) y olvidan lo más significativo.
- Dificultades para ponerse en el lugar del interlocutor.
- Poseen un bajo nivel de competencia comunicativa.

Aspectos “no lingüísticos” o de “comunicación no verbal”

- En una conversación “normal”, no son exclusivamente las palabras las que transmiten aquello que pretendemos decir. Tras una lesión cerebral alguno/s de estos elementos pueden emplearse de manera inapropiada.
- Alteraciones en la proximidad física al interlocutor. Empleo de gestos inapropiados.
- Dificultades para interpretar y usar expresiones faciales. (Pueden ver a una persona con la cara triste y no preguntar porque no están captando el significado de esa expresión).
- Dificultades para adecuar el tono de voz al contexto. Pueden hablar muy alto en lugares en los que se debe respetar más silencio.
- Uso inapropiado de los elementos no verbales como la sonrisa exagerada.
- Uso inadecuado del contacto ocular (la mirada perdida, evitar el contacto ocular, etc.).

GRUPOS: **TRASTORNOS MOTORES DE LA EXPRESIÓN**



Como consecuencia de una lesión neurológica, la musculatura implicada en la elaboración del habla puede resultar dañada. Los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación suelen ser utilizados con frecuencia por este grupo de pacientes. Presentamos a continuación los diferentes tipos de trastornos:

- La forma más severa de reducción del habla la encontramos en la anartria. Se manifiesta a través de la pérdida total de lenguaje oral acompañada de la integridad de lenguaje escrito y de una buena comprensión de los que le decimos o de lo que lee.
- Otra de las alteraciones motoras que afectan a la expresión es la disartria. Los problemas más frecuentes son: una habla demasiado rápida o demasiado lenta, pérdida de fuerza, precisión y coordinación muscular, alteraciones del tono de la voz voz forzada, ronca, dificultades para iniciar cualquier vocalización, problemas de articulación, así como para movilizar los órganos bucales en otras actividades, como masticar, tragar, soplar.
- Disfemia adquirida o tartamudez adquirida: Alteración del habla caracterizada por un marcado deterioro en la fluidez verbal. La persona suele repetir y/o alargar elementos del habla como sonidos, sílabas, palabras y frases, provocando continuas interrupciones en su discurso.
- La hemiparesia se refiere a una falta de movimiento de un lado del cuerpo. La existencia de una hemiparesia facial implica que los órganos implicados en el acto de hablar (la lengua, los labios, las mejillas...) se encuentran más vagos y con menos fuerza. Puede interferir en los procesos de habla y de locución.
- Otra de las alteraciones motoras de la expresión, es la apraxia del habla. La persona con apraxia del habla sabe lo que quiere decir, pero no sabe como colocar los músculos de la manera correcta cometiendo errores articulatorios de diferente tipo que deforman la palabra.
- Trastornos de voz de diversa índole.



RECUERDA QUE:

AFASIA GLOBAL

“La afasia global comporta una reducción muy severa del lenguaje, asociada a síndromes expresivos (capacidad muy limitada o incapacidad para hablar) y a trastornos de la comprensión oral y escrita”. En estos casos, ningún proceso (lectura, escritura, lenguaje oral, repetición...) se halla preservado. En los primeros momentos, la sensación de desasosiego es grande ya que el paciente no tiene medios (no habla, no entiende nada de lo que se le dice) para intervenir en su entorno como lo hacía antes.

A continuación, ofreceremos una serie de recomendaciones que consideramos útiles para acercarnos y ayudar a una persona con afasia global:

- Debemos fomentar en el paciente el deseo de escuchar lo que le decimos y comprenderlo. Por ello, aunque nos puedan parecer cosas muy obvias, es útil traducir con palabras actividades básicas que la persona solía hacer. De ese modo, se van asociando expresiones orales a acontecimientos que la persona está viviendo.

- Que la persona entienda las palabras, no les adjudique un significado, no significa que no sea consciente de lo que ocurre a su alrededor. En un primer momento no podrá seguir el hilo de una película ni contar lo que le apetecería comer; sin embargo, sí que percibe como está la gente a su alrededor, si están alegres o están enfadados, si están hablando de él como si no estuviese delante... Muchas veces esa indefensión provoca reacciones erróneas como la tendencia a hablarles como si fueran niños. Hay que tener muy claro que la persona con afasia global tiene una dificultad enorme para comunicarse como lo hacía antes, pero sigue siendo un adulto que pronto empieza a darse cuenta de lo que ocurre.

- Otra forma de iniciar un mayor contacto con la persona con afasia es entablar conversación acerca de las cosas que le interesaban antes. Podemos ayudarnos con álbumes de fotos, documentos personales, libros, música, etc. Verlos juntos y hacer comentarios breves sobre ello nos será de gran ayuda.

- Numerosas veces la lesión que provoca la afasia ocasiona la pérdida de movilidad del brazo derecho (hemiplejía o hemiparesia derecha), para un gran porcentaje, la mano dominante con la que escribían y dirigían muchos movimientos. Aunque en un primer momento la gestualidad con la mano izquierda no es muy buena, se debe fomentar su uso, pues puede llegar a mejorarse. Podemos empezar señalando cosas (o fotos, imágenes de revistas) con esa mano. Es favorable que acompañemos las actividades que realizamos con un incremento de la expresión gestual (saludar no sólo con la palabras sino con el gesto...). Si la persona está dispuesta también puede realizar ejercicios de copia sencillos. Las palabras que mayor acogida tienen en un primer momento son su nombre propio y el de sus familiares, ciudad donde vive, etc.



RECUERDA QUE:

LA ANOMIA: TENER UNA PALABRA “EN LA PUNTA DE LA LENGUA”

“La riqueza y la soltura del lenguaje está relacionada con la habilidad para acceder al vocabulario. Para hacernos una idea de lo que implica esta dificultad de acceder al léxico, o anomia, basta recordar el fenómeno de “tener constantemente la palabra en la punta de la lengua”.

Las personas responden con signos con los que habremos de familiarizarnos, las mas frecuentes son:

- Los circunloquios. Son rodeos en torno a la palabra inaccesible, asociaciones verbales, y debemos tomarlos como muestra de la búsqueda activa que el paciente está realizando.
- Las aproximaciones fonológicas. Son las sustituciones de la palabra “perdida” por otras de sonido parecido, son síntomas de la dificultad que se experimenta para expresar la palabra con sonidos correctos.

Existen medios para facilitar la aparición del vocabulario perdido que, en un primer momento, nos serán de gran ayuda para evitar frustraciones en el paciente.

- Citaremos entre otros la presentación de la primera sílaba de la palabra buscada (empieza por pe...peine).
- Los primeros movimientos orales de articulación de la misma (por así decir, ayudar con mímica a que la persona sepa como “poner la boca” para emitir la palabra).
- Escribir la primera letra escrita o la primera sílaba.
- Ofrecer una frase en la que falta el último término (por ejemplo, “para protegernos de la lluvia usamos un...”).
- Definir el objeto por su utilidad (por ejemplo, “sirve para barrer”), incluso apoyándonos en una mímica de su uso cotidiano (en este caso, el gesto mismo de barrer el suelo).

Es importante comenzar por un vocabulario básico, de uso muy frecuente y reclamado, que el paciente sienta como indispensable para que su lenguaje vuelva a serle útil, una herramienta en sus manos, e ir, a través de esta “zona asegurada”, accediendo a más y más palabras relacionadas (ya sea por su significado o por la forma oral o escrita).

RECUERDA QUE:

AGRAMATISMO: EL HABLA INDIA

“Este síndrome suele observarse en el transcurso evolutivo inicial de la afasia no fluente. Cuando este fenómeno se produce, el paciente, aunque conozca el significado de una palabra, encontrará dificultades en el momento de ubicarla en una frase”.

La producción agramática se caracteriza por la emisión de palabras de contenido (generalmente nombres, verbos en infinitivo) en los que las palabras función (artículos, preposiciones o pronombres personales) se omiten. Lo veremos con mayor claridad en el siguiente ejemplo:

- Estar mal, si trabajar: A la persona le resulta muy difícil conectar ambas frases para que el resultado (me encuentro mal, pero iré a trabajar) sea comprensible a los oídos de otra persona.

Los pacientes tienen un modo de hablar “telegráfico”, que asociamos al tópico del habla de los indios (por ejemplo: comer manzana, agua: para referir que está lloviendo). A continuación os mostramos una serie de consejos para la reeducación del habla:

- No limitarse a recordar cómo se dicen las cosas y las acciones (una sucesión de sustantivos o verbos en infinitivo: pan, mesa, comer, dormir...), ya que no es eso lo que consideramos como un lenguaje normal.
- La construcción de frases (muy sencillas al principio, pero ya no meramente un solo término) será el objetivo prioritario, ya que es justamente este “lenguaje a pedazos” lo que quiere ser corregido.
- Es muy útil apoyar nuestro trato con el paciente con láminas, de las que hay que pedir descripciones sencillas pero bien acotadas (una fotografía que de pie a una respuesta inequívoca: “Un niño come una manzana”, por ejemplo).
- Es importante no limitarse a ese uso descriptivo del lenguaje, por más que busque la frase completa; especialmente necesario se hace la reeducación en otros usos del lenguaje, como la charla cotidiana (diálogos sencillos que alcancen progresivamente complejidad). La mejor manera de reestructurar este “lenguaje telegráfico” es apelando a las formas lingüísticas más usuales y significativas para el paciente.





RECUERDA QUE:

ECOLALIA

“La ecolalia es la tendencia casi “compulsiva” a repetir lo que se oye o a finalizar de manera automática palabras o frases pronunciadas por el interlocutor, sin poder evitarlo”. Este síndrome puede manifestarse bajo la ausencia de comprensión o intención de repetir, o bien, con la presencia de estos dos factores. La

ecolalia no funcional de la que hablamos constituye un obstáculo para el desarrollo de la competencia lingüística y, en ese sentido, el trabajo de la intervención se centra en su extinción. Es común que, frente a la imposibilidad del paciente por iniciar una interacción (hay una disminución de la intención de comunicar), el familiar fomente la ecolalia reforzando todo aquello que le sale “de carrilla”, y que en realidad está entorpeciendo la auténtica elaboración de lenguaje.

Presentamos una serie de consejos que pueden ayudar al cuidador:

- Se debe evitar introducir en las interacciones lingüísticas formas de lenguaje automático, ya que favorecen esta conducta (cantar, refranes, series automáticas como los días de la semana, frases hechas, etc.).
- En un primer momento, es importante que las situaciones a las que se enfrente el paciente se encuentren muy estructuradas. Situaciones como mantener una conversación con varias personas a la vez, o estar hablando escuchando la televisión de fondo o tratar asuntos complejos de interés para la persona pueden favorecer la ecolalia.
- Se debe emplear preguntas simples que no permitan el efecto completamiento.
- Cuando la persona de repente está repitiendo nuestra pregunta y no encuentra la palabra que busca es preferible decírsela y no intentar que la persona la halle sola ofreciéndole la primera sílaba (p.ej: empieza por pe, empieza por pe). Lo más probable si se hace eso es que en ese momento la persona empieza a repetir compulsivamente la sílaba que nosotros le ofrecemos y olvide cuál es realmente la respuesta que busca.
- Realizar preguntas muy abiertas y/o abstractas tampoco facilita la extinción de la ecolalia, más bien todo lo contrario. Es una tarea difícil para el paciente (sobre todo en los primeros momentos) tratar de frenar una producción incontrolable y además elaborar una respuesta que requiere un mayor dominio por estar poco o nada contextualizada.
- Es muy útil transmitir a la persona mensajes tranquilizadores que trasladen

su acción compulsiva de repetir a un segundo plano, haciéndole saber que se le está escuchando. Puede ofrecérsele alguna alternativa a la verbalización cuando ésta es muy invalidante, como ayudarle a señalar lo que está buscando.

- Es importante que la persona nos perciba tranquilos y dispuestos a intentarlo de nuevo.



RECUERDA QUE:

LA ESTEREOTIPIA

“Consiste en una drástica reducción del vocabulario de la persona afectada, que le deja con una palabra o un sólo enunciado, con o sin significado”. Aunque en principio, esta palabra sale con esfuerzo, pronto el paciente la emplea con total espontaneidad, hasta llegar a un punto en que toda pregunta, respuesta, petición, expresión de deseo (con los cambios de entonación y sentido expresivo que esto supone) son contestadas y planteadas con esa palabra.

El paciente es usualmente consciente de que no está diciendo la palabra adecuada, pero se ve impedido para evitar volver a ese término (como si, pese a los esfuerzos por pensar en otras palabras, el paciente se sorprendiera escuchando impotente una y otra vez la llamada estereotipia). Ello produce usualmente gran frustración en la persona, ya que hasta las palabras más arraigadas o comunes (por ejemplo, el nombre de un ser querido, o los días de la semana, etc) quedan obstaculizadas, como si ésta se tratara de una auténtica mordaza. La estereotipia exige una rápida intervención:

- Debe eliminarse, lo más tajantemente posible, esa palabra “comodín”. Pero no siempre es fácil, ya que hay que contar con que la estereotipia funciona como sustituto de todo un vocabulario temporalmente perdido.
- Hay que intentar, desde el primer día, que se abandone esa palabra “viciada”, o su uso puede hacerse irreversible.
- Esta sustitución por gestos (o el mismo forzar el silencio, si el caso lo requiere) no debe ser considerada como fin en sí mismo, sino que tanto el logopeda como el familiar debe mantener vivo el interés por un lenguaje oral pleno (si éste es posible).
- En el momento en que el paciente sea capaz de utilizar, poco a poco, formas usuales del lenguaje, se considerará como una salida de la estereotipia y, por tanto, un problema diferente con distinto tratamiento.



RECUERDA QUE:

REHABILITACIÓN DE LA MUSCULATURA OROFONATORIA

“Muchos de los pacientes, como consecuencia de la lesión cerebral, sufren alteraciones que comprometen a la musculatura orofonatoria. Estas dificultades motrices no sólo van a dificultar la capacidad de producir sonidos, sino que ocasionarán problemas a la hora de movilizar los órganos bucales en otras actividades como masticar, tragar, soplar, entonar, cantar”. Aunque dichas alteraciones reciben un tratamiento específico logopédico, los familiares pueden contribuir en su evolución realizando una serie de ejercicios sencillos para desarrollar esa sensibilidad muscular afectada. Presentamos una serie de recomendaciones generales para el cuidador:

- Realizar los ejercicios frente a un espejo, de manera que durante el aprendizaje el paciente pueda rectificar sus movimientos y aproximarlos a los de la persona que está realizándolos con él.
- Los ejercicios deben ser repetitivos y continuos. Para lograr el ritmo adecuado en los movimientos realizaremos con cada uno de ellos series de 8-10 intentando conseguir la máxima amplitud posible sin que ello ocasione la participación de musculatura compensatoria
- El objetivo de realizar estos ejercicios de los músculos es adquirir fuerza y coordinación muscular, velocidad, grado de amplitud, precisión en el movimiento y estabilidad motriz.

EJERCICIOS DE PRAXIAS FACIALES

- Intentar poner cara de alegría, utilizando para ello toda la musculatura de la cara: arquear las cejas, abrir los ojos, sonreír de oreja a oreja, etc. Aguantar en esa posición durante unos segundos y aflojar permitiendo que la musculatura vuelva a su posición inicial.
- Poner cara de enfado frunciendo toda la cara: la frente, los labios, los ojos, etc. Aguantar durante unos segundos en esa posición y luego aflojar permitiendo que la musculatura vuelva a su posición inicial.
- Inflar de aire las dos mejillas a la vez.
- Apretar los dientes y las muelas y notar como se mueven las mejillas.

EJERCICIOS DE PRAXIAS LINGUALES

- Sacar y meter la lengua de la boca a distintos ritmos.
- Tocar los labios con la lengua mediante movimientos verticales.
- Sacar la punta de la lengua alternativamente por las comisuras de los labios.
- Mover la lengua de una comisura de los labios hasta otra.
- Realizar movimientos de la lengua alrededor de los labios.
- Movimientos giratorios de la lengua en el interior de la boca.
- Hacer fuerza con la lengua sobre ambas mejillas.
- "Barrer» el paladar con la punta de la lengua de delante hacia atrás.
- Afinar la lengua haciendo presión con los labios.
- Poner la lengua ancha tocando ambas comisuras.

EJERCICIOS DE PRAXIAS LABIALES

- Sonreír sin abrir la boca de oreja a oreja procurando en todo momento mantener los labios cerrados.
- Proyectar los labios hacia fuera y volver a la posición inicial finalizando con una sonrisa.
- Colocar un lápiz o una pajita sobre el labio superior a modo de bigote e intentar sostenerlo.
- Dar besos procurando explosionar los labios. Los besos pueden darse en diferentes direcciones: hacia delante, hacia arriba, hacia abajo, hacia la izquierda, hacia la derecha.
- Esconder los labios como si los fuéramos a succionar.
- Sonreír y producir las vocales /i/, /a/* .
- Intentar reproducir el movimiento que se realiza cuando se mastica procurando en todo momento mantener los labios juntos.
- Mantener los labios cerrados mientras la lengua ejerce presión por dentro contra la zona superior e inferior de los labios.
- Abrir y cerrar la boca como si se bostezara.
- Hinchar pompas de jabón.

*Si el paciente no es capaz de emitir voz, estos ejercicios se realizarán intentando colocar la boca como si se quisiesen producir esos sonidos.

PRAXIAS VELARES

- Bostezar. A través de este ejercicio se percibe y se estimula la zona velar.
- Emisiones áfonas (sin voz), cogiendo primero el aire por la nariz, de sonidos posteriores combinados con vocales.

AK, AK, AK	EEEEEEK
KA, KA, KA	QUEEEEEK
AJ, AJ, AJ	EEEEEEJ
JA, JA, JA	
AG, AG, AG	
GA, GA, GA	GUEEEEEK

- Toser. Es importante que cuando tosa se haga sin forzar.
- Hacer papada empujando la lengua contra la base de la cavidad bucal.
- Emitir ronquidos, silbar.
- Articular las vocales /i/, /u/, /o/, /e/, /a/.

PRAXIAS MANDIBULARES

- Abrir y cerrar la boca.
- Imitar los movimientos de la masticación en sentido vertical.
- Mover la mandíbula hacia delante y hacia detrás como si fuera un cajón que se abre y se cierra.
- Mover la mandíbula de izquierda a derecha (se debe interrumpir el ejercicio si se percibe algún dolor).
- Hacer como si masticáramos un gran chicle alternando lados. Los labios deben permanecer cerrados.



RECUERDA QUE:

MUTISMO AFÁSICO

“El mutismo implica una ausencia total de toda producción lingüística. En numerosas ocasiones, la primera fase de la evolución de las afasias se caracteriza por la presencia de un mutismo por inhibición lingüística”. La alteración del lenguaje escrito (leer o escribir) es tan evidente como el déficit de expresión oral. El grado de comprensión oral suele ser más variable. Presentamos a continuación una serie de consejos útiles para el cuidador:

- Orienta sus intentos de comunicarse con el paciente a sus intereses, a temas que a éste le resulten queridos, que le motiven a romper su silencio, o a series de palabras muy interiorizadas (días de la semana, números naturales, meses del año, poemas, tan usuales que podría decirse de ellas que están “grabadas” en su lenguaje). Para lograr arrancar las primeras palabras o los primeros enunciados recurriremos a situaciones que inciten respuestas automáticas exagerando (sin caricaturizar) nuestra expresión, haciendo uso de la mímica o el gesto como refuerzo, presentando el contexto que provocaría esa respuesta, etc.

- Un logro aislado (que el paciente rompa su silencio con una palabra) no debe hacerse objeto de repetición. Lo que supone inicialmente un estímulo (y la lógica alegría de los que vuelven a escuchar una voz temporalmente extraviada) puede terminar en un problema: sin ir más lejos, en una estereotipia.

- Recuperar el lenguaje necesita, además de un retorno a las palabras, un retorno a la situación en la que las palabras tenían lugar, eran naturales. Por eso, resulta útil una pequeña exageración a la hora de representar situaciones y contextos en los que las palabras deben volver a aflorar (por ejemplo, cuando el familiar trate de reeducar en el saludo, será útil una pequeña simulación de encuentro, como llamar a un timbre, entrar por la puerta y proferir el saludo, etc.).

- Nos será valioso también exagerar la entonación de la palabra que deseamos que el paciente recupere, presentársela escrita, e incluso, ayudarle con la primera sílaba o letra. Canciones o poemas que el paciente conozca serán, por lo que de familiar tienen para éste, además de por su propia estructura rítmica, buenos vehículos para que el paciente recupere su capacidad oral. Es necesario, estar siempre atento a las respuestas dadas a estos estímulos, pues éstas son en última instancia las que nos indican el modo adecuado de comunicarse con el paciente. Hay que permanecer receptivo a qué métodos entre los mencionados obtienen mejores resultados para tratar de potenciarlos frente a los que parezcan dar peores frutos.



RECUERDA QUE:

LA COMUNICACIÓN

“La comunicación es el proceso exitoso de intercambio de información y comprensión (p.ej: puede solicitarse lo que se necesita, relatar vivencias, aprender, preguntar, se puede expresar sentimientos y se puede pensar...)”. Para conversar debe existir una iniciativa, se debe tener algo que decir y un medio de comunicación

comprensible para las personas que intervienen en ello. Los SISTEMAS AUMENTATIVOS se emplean cuando el habla no es suficientemente clara (p.ej: producción de un habla ininteligible, ausencia de habla, etc), es un apoyo, para ser entendidos. Sin embargo, los SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN se centran en métodos que sustituyen el canal de comunicación oral cuando éste no es posible (p.ej: un deficitario desarrollo del lenguaje, etc). A continuación pasamos a describir, teniendo en cuenta la clasificación que sigue, los principales sistemas de comunicación.

Sistemas sin ayuda

Son aquellos que no requieren ningún instrumento ni ayuda técnica, sólo el propio cuerpo de la persona que se comunica. Algunos de éstos son el habla, los gestos, la mímica y los gestos manuales. Los gestos de uso común pertenecientes a la propia cultura como el saludo, la afirmación o negación con la cabeza, etc. Aparte de éstos, existen otro tipo de gestos (gestos idiosincrásicos) que desarrollan para interactuar con los suyos. También tenemos los códigos gestuales compuestos por acciones y que pretenden reproducir la realidad representada.

Sistemas con ayuda

Son aquellos en que la indicación del signo requiere algún soporte físico o ayuda técnica. Puede tratarse de objetos tangibles (objetos, fichas, etc.) o de signos gráficos (letras, palabras escritas, dibujos, pictogramas, etc.) dispuestos en tarjetas, tableros de comunicación, comunicadores electrónicos u ordenadores. Un sistema muy empleado es el de la escritura ortográfica; en personas que conservan la escritura pero que no pueden hablar, el empleo de la señalización de letras puede ser muy útil.

El uso de ayudas técnicas para la comunicación

Se define como una ayuda técnica para la comunicación todo instrumento mecánico o electrónico diseñado para que la persona pueda comunicarse mejor. Los tableros de comunicación constituyen ayudas técnicas sencillas sobre las cuáles se sitúan los signos gráficos. La persona puede indicar los signos o el interlocutor va señalando los signos hasta que el usuario elige uno. Los comunicadores electrónicos de baja tecnología en los que la persona que los utiliza puede activar una o varias teclas para producir mensajes en voz digitalizada (p.ej: el empleo de un silbato, para indicar que se quiere ir al baño), bien a través de la señalización directa o mediante el empleo de un conmutador. Entre las ayudas de alta tecnología para el acceso a la comunicación y a la escritura encontramos los comunicadores electrónicos y los sistemas de acceso al ordenador. No siempre su uso está indicado a las características de una persona, por lo que el asesoramiento y la valoración debe ser realizada por el terapeuta ocupacional y el logopeda.



RECUERDA QUE:

LA VERBORREA: CUANDO LAS PALABRAS CORREN MÁS QUE LAS IDEAS

“En esta peculiaridad del lenguaje, nos encontramos con personas que, aunque en un primer momento nos puedan parecer hábiles comunicacionalmente, no son capaces de mantener una conversación. Una buena conversación” requiere, principal-

mente, del respeto de unos turnos de participación, ese “ahora escucho, ahora hablo”. Generalmente el paciente no tiene conciencia de lo que le ocurre y cree que la relación de ideas que elabora es totalmente razonable. Suele hablar rápido y en muchas ocasiones con una habla distorsionada (no abre bien la boca, coloca mal la lengua, no separa los dientes, coordina mal la respiración con el acto de hablar), hasta el punto de no llegar a hacerse entender. Presentamos una serie de consejos para el familiar:

- Lo más importante es limitar esa charla imparable, impedir que divague de un tema a otro sin reflexión (que no se vaya por las ramas), intentar centrar su atención en cuestiones concretas y menos abiertas.

- Se debe tratar que el paciente escuche (incluso aunque la comprensión de la información no sea completa) y que la respuesta se ciña al tema propuesto.

- Nos será muy útil potenciar y facilitar, sobretodo en los primeros momentos, la respuesta gestual, sin olvidar que nuestras indicaciones deben seguir siendo verbales (no se pretende que el paciente sustituya su habla por una comunicación con gestos, sino que, poco a poco, recupere su habla normal).

- Una conversación normal supone unos turnos de palabra (habla una persona y otra escucha, y luego al revés). De igual manera, que una pregunta concreta (por ejemplo: “¿Qué has comido?”) obtenga una respuesta igualmente concreta (“Paella”, y no, por poner el caso, que la persona con verborrea comience contando dónde compró el arroz, eso le recuerde un reportaje que vio sobre China, y así, un larguísimo etc). La práctica de juegos de mesa hará que la persona vaya reconociendo el papel de la otra persona en la conversación (el hecho de respetar turnos puede ser muy útil en este sentido).

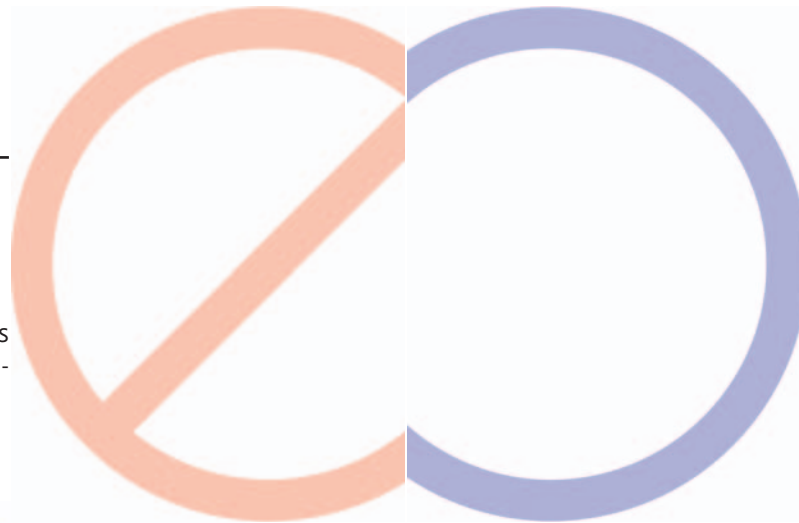
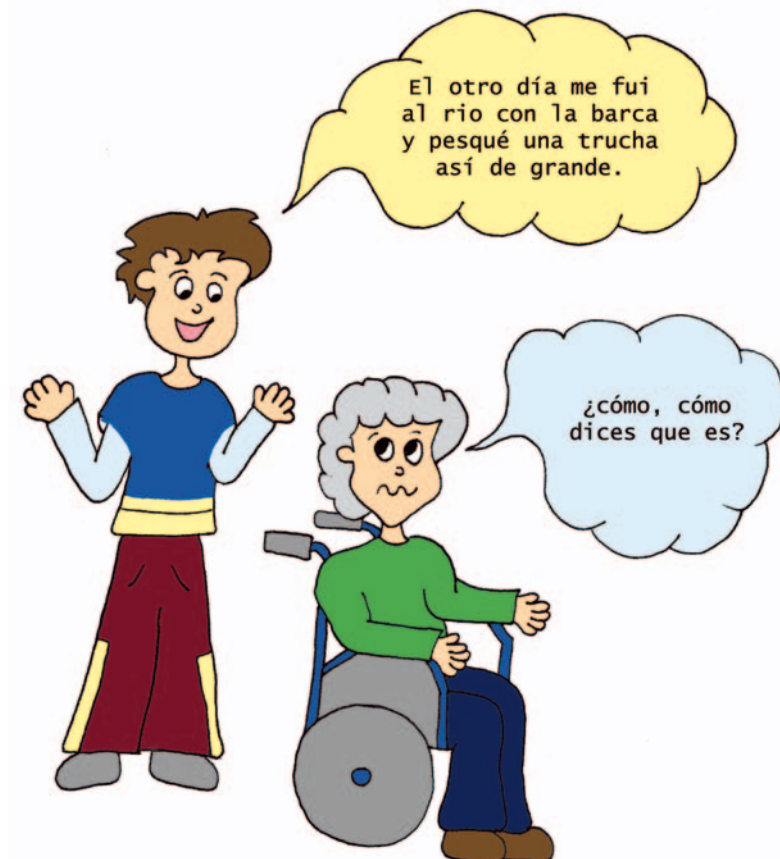
- Las frases que empleemos para conversar con el paciente deben ser poco complejas y no muy largas, ya que la mayoría de las veces, y en mayor o menor grado, la comprensión del lenguaje está alterada.

- Cortar los intentos espontáneos de expresión del paciente, aunque nos resulte costoso es necesario para la restauración de un habla normal y un lenguaje reflexionado.

NORMAS: LÍNEA DE VISIÓN

INCORRECTO

Colocarse detrás o en un lado del paciente mientras habla con él, sobre todo si hay problemas de comprensión.



CORRECTO

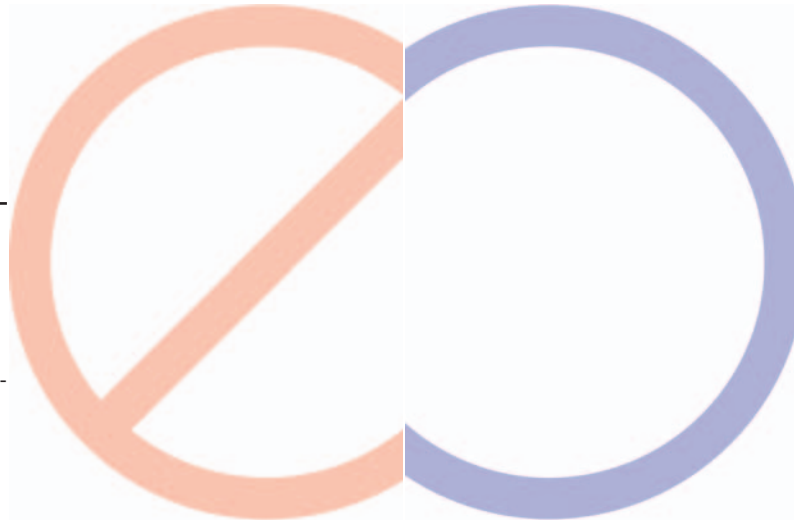
Quando hable al paciente intente colocarse en su línea de visión, puesto que le comprenderá mejor si le puede ver la expresión facial.



NORMAS: INCLUIR EN LA CONVERSACIÓN

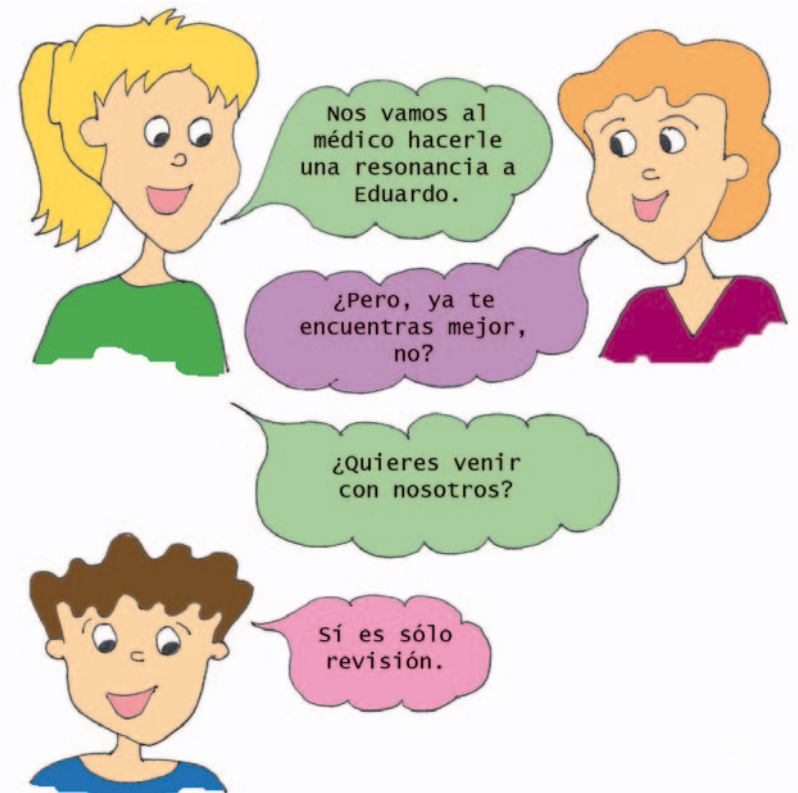
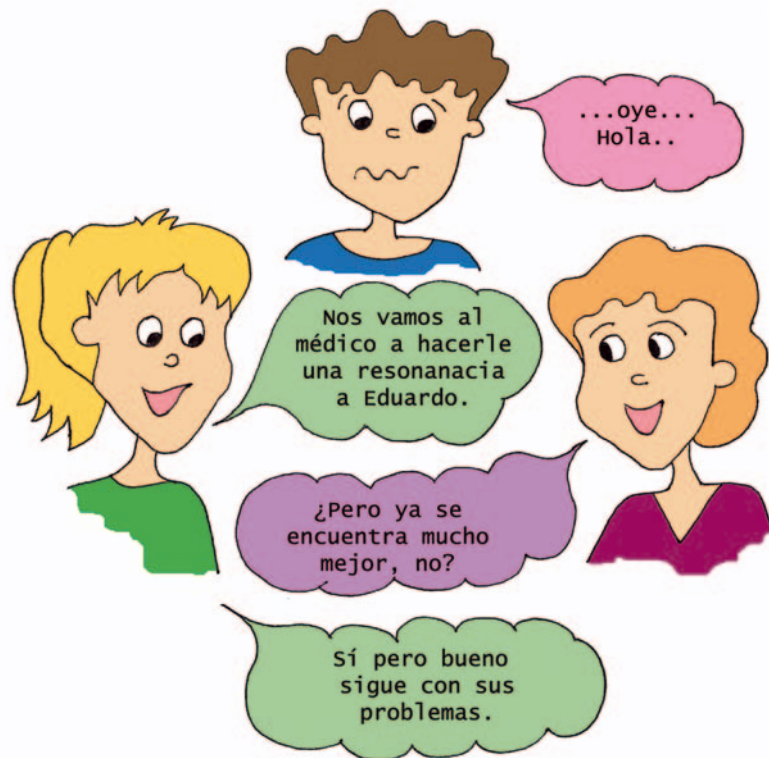
INCORRECTO

Hablar de la persona delante de ella como si no estuviera, a pesar de sus problemas de comprensión.



CORRECTO

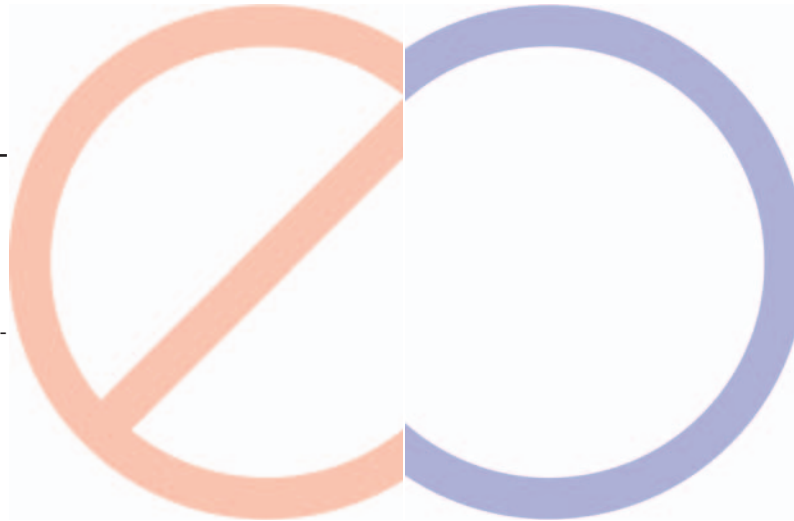
Inclúyale en la conversación, teniendo en cuenta que, a pesar de que exista una alteración del lenguaje la persona es muy consciente de su entorno.



NORMAS: NUEVAS PALABRAS

INCORRECTO

Insistir en la repetición de palabras “comodín” en contextos no adecuados.



CORRECTO

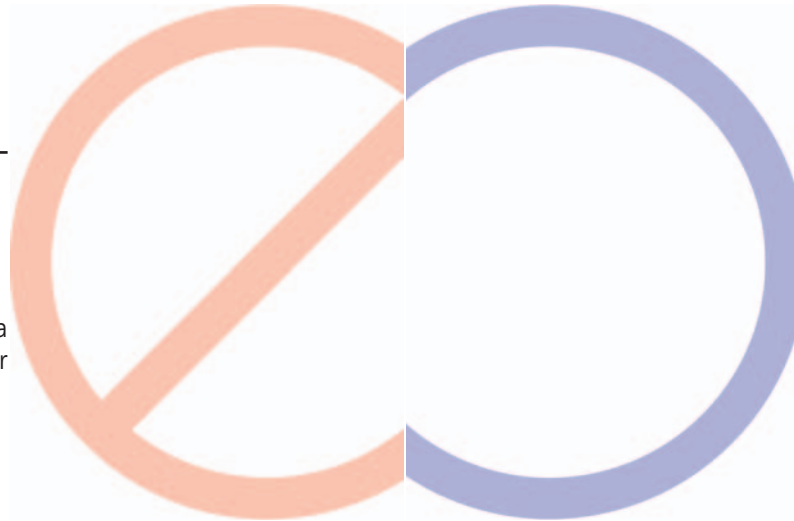
Cuando, tras un período de mutismo, lograr emitir una palabra, no hacérsela repetir ni incidir demasiado en ella en cualquier situación sin venir a cuento. Puede ser una estereotipia.



NORMAS: **PREGUNTAS CONCRETAS**

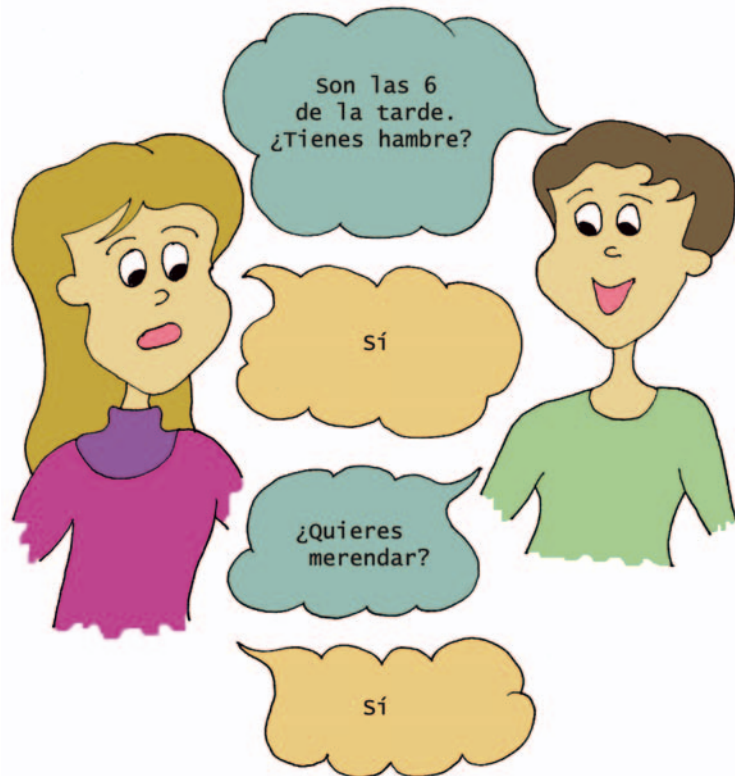
INCORRECTO

Limitar la conversación con personas afásicas a intercambios de información imprescindibles (por ejemplo: ¿Tienes hambre?).



CORRECTO

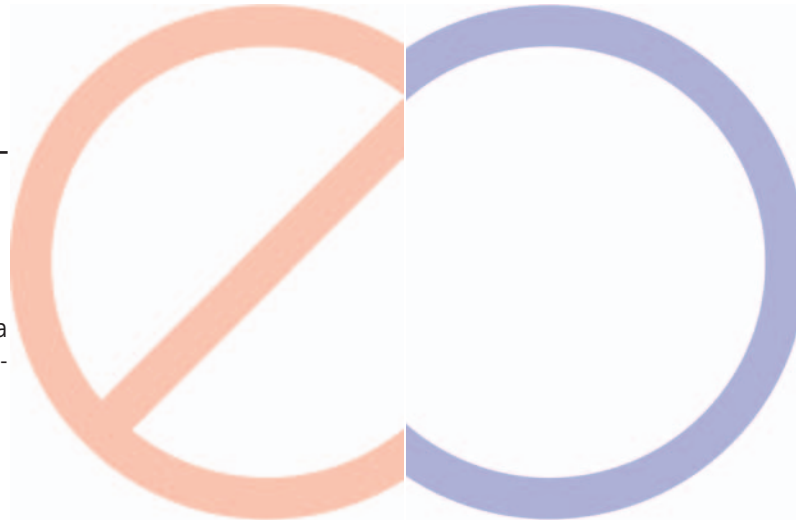
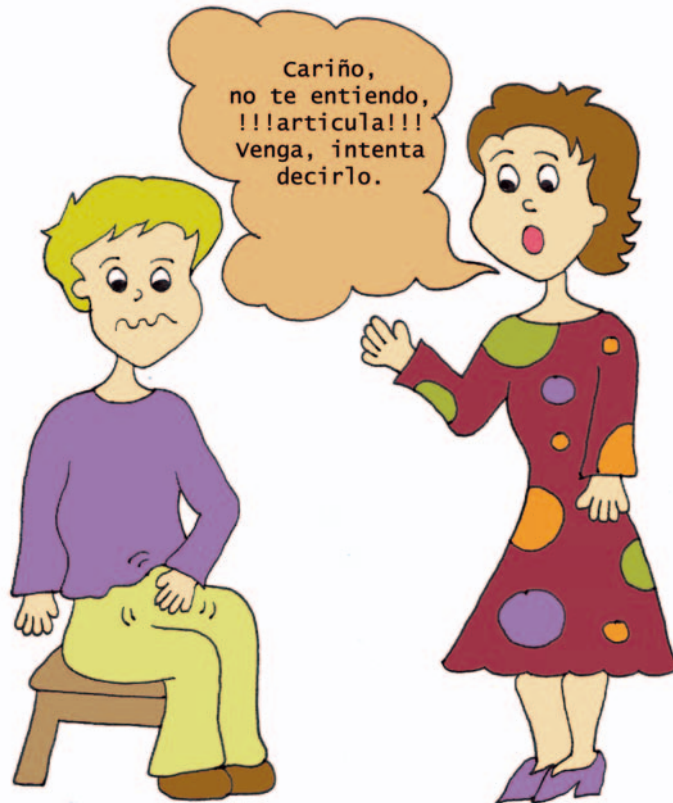
Hacer preguntas explícitas a la persona con afasia sobre los temas que ella desea tratar.



NORMAS: *GESTOS CONCRETOS*

INCORRECTO

Insistir en que intente comunicar verbalmente una idea o acción, cuando previamente se ha establecido un gesto que lo represente.



CORRECTO

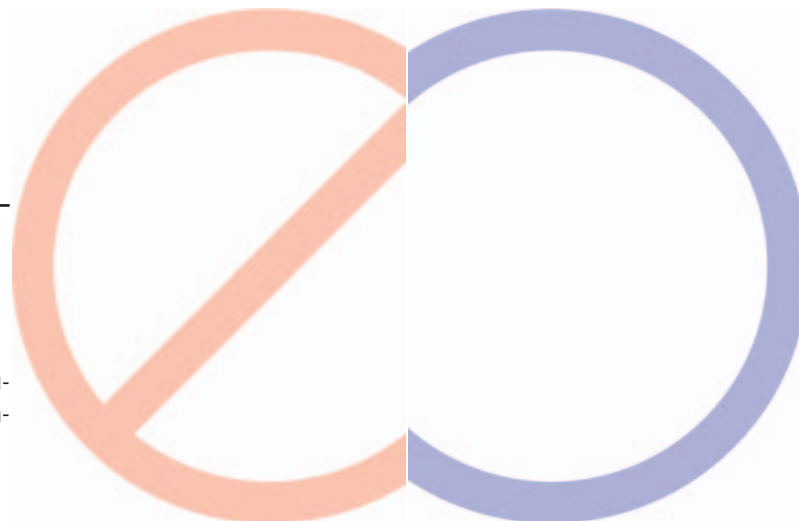
Si los profesionales han acordado con la persona con problemas de comunicación la utilización significativa de ciertos gestos concretos, sería muy recomendable su colaboración, reconociéndolos y empleándolos (ser sistemáticos).



NORMAS: LIBRO DE COMUNICACIÓN

INCORRECTO

No motivar al paciente en el uso de las posibles ayudas para la comunicación que están siendo empleadas en su rehabilitación.



CORRECTO

Si la persona con problemas de comunicación maneja un libro de imágenes, tablero o cualquier otra ayuda para la comunicación fomente su uso animándole a utilizarlo.



CONSEJOS: *SINPLIFICAR* *INFORMACIÓN*

INTENTA EVITAR

En una única intervención, tratar varios temas o ideas a la vez.



TE ACONSEJAMOS

Manejar únicamente una idea en un solo momento, simplificando la información, utilizando frases cortas y palabras simples de uso común.



CONSEJOS: PREGUNTAS DIRECTAS

INTENTA EVITAR

Cambiar de tema o continuar la conversación si no está seguro de que la persona está comprendiendo.



TE ACONSEJAMOS

Utilizar preguntas directas para verificar la comprensión. ¿Me sigues? ¿Lo entiendes? ¿Sigo? ¿Quieres que te repita algo? Haga afirmaciones sobre lo que piensa que el paciente quiere decir para asegurarse de que le entiende.



CONSEJOS: *RESÚMENES*

INTENTA EVITAR

No proporcionarle ayuda para resumir lo que ha dicho.



TE ACONSEJAMOS

Para facilitar la comprensión proporcione a su interlocutor resúmenes que recapitulen de manera explícita lo que lleva dicho.



CONSEJOS: TURNOS DE CONVERSACIÓN

INTENTA EVITAR

Intervenciones excesivamente largas en pacientes con problemas de comunicación.



TE ACONSEJAMOS

Es preferible la intervención mediante turnos más cortos delimitados por silencios y/o gestos.



CONSEJOS: *SER SINCERO*

INTENTA EVITAR

Abandonar bruscamente la interacción cuando no entendemos lo que quiere decir una persona y cambiar de tema.



TE ACONSEJAMOS

Sea honesto, diga "lo siento, no le entiendo", cuando sea necesario, e intente reiniciar la interacción.



CONSEJOS: ALARGAR TIEMPO DE RESPUESTA

INTENTA EVITAR

Repetir o reformular su turno en la conversación sin dar un tiempo extra de reacción a su interlocutor.



TE ACONSEJAMOS

Conceda el silencio suficiente o alargue el tiempo de respuesta para que se produzca una posible respuesta o participación.



CONSEJOS: AMBIENTE RUIDOSO

INTENTA EVITAR

Exponer al paciente a ambientes ruidosos o a un exceso de estímulos.



TE ACONSEJAMOS

Cuando pretenda hablar con una persona con problemas de comunicación evite un ambiente ruidoso (con la radio o la televisión) y hablar con más de una persona al mismo tiempo.



CONSEJOS: MARCADORES DE FRASE

INTENTA EVITAR

Expresar toda la información seguida sin separar las ideas clave.



TE ACONSEJAMOS

Para facilitar la comprensión, ordene las ideas con marcadores de frase. Emplee las expresiones: "y luego", "entonces", "así que", "después", etc.



CONSEJOS: **PACIENCIA**

INTENTA EVITAR

Ser paciente y animar cualquier intento de comunicación.



TE ACONSEJAMOS

No interrumpir los intentos de comunicación de una persona con problemas de expresión y/o lenguaje.



7 nutrición

Presentación del profesional:

☐ · La Nutricionista

Grupos:

- ☐ · Pacientes con sonda
- ☐ · Pacientes con dieta adaptada
- ☐ · Pacientes con dieta mixta

Recuerda:

- ☐ · Consejos generales
- ☐ · Cuidados de la PEG
- ☐ · Dietas

Normas:

(Incorrecto / Correcto)

- ☐ · Posición durante la ingesta
- ☐ · Ambiente tranquilo
- ☐ · Consistencia adecuada



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: LA NUTRICIONISTA



La “nutrición” es la ciencia que se encarga de estudiar los nutrientes que constituyen los alimentos y cómo interaccionan dichos nutrientes con respecto a la salud y a la enfermedad. Además se dedica a investigar las necesidades nutricionales del ser humano, sus hábitos y sus costumbres alimenticias.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA NUTRICIONISTA?

En pacientes con daño cerebral la nutricionista tiene como función:

- Prevenir o corregir la desnutrición y deshidratación.
- Pautar la dieta más adecuada a sus necesidades, según textura, consistencia, viscosidad y cualidades organolépticas.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS

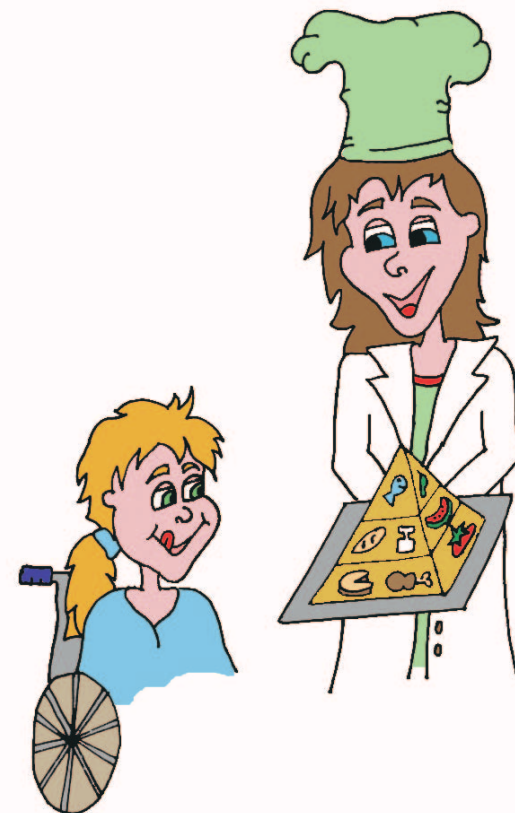
La nutricionista logra estos objetivos:

- Estableciendo una pauta de actuación que ayude al paciente a sostener una correcta alimentación.
- Adaptando las dietas (cantidad de alimento, heterogeneidad de los nutrientes) según los trastornos deglutorios existentes, para que sean variadas y equilibradas.
- Informando y educando sobre el estado nutricional del paciente a familiares y cuidadores, dado que su colaboración es esencial para evitar riesgos derivados de una mala actuación.
- Educando, en lo posible, a pacientes y familiares, en el seguimiento de unos hábitos alimentarios saludables.

¿CUÁNDO INTERVIENE LA NUTRICIONISTA?

La actuación de al nutricionista ha de darse:

- Fase aguda: el paciente puede llegar portando una sonda (nasogástrica o PEG) o sin ningún tipo de soporte nutricional. El nutricionista pauta la dieta teniendo en cuenta la situación clínica del paciente y el grado de severidad de disfagia. Se evalúa su estado nutricional mediante medidas antropométricas y analíticas y se recomiendan unos alimentos adecuados al tipo de dieta, según parámetros de viscosidad y heterogeneidad.
- Fase crónica: cuando se consiguen unos niveles adecuados en la ingesta de alimentos sólidos y líquidos, presentando una estabilización de los requerimientos nutricionales y los parámetros clínicos, puede considerarse ya la decisión de retirar la sonda.



GRUPOS: PACIENTES CON SONDA



Cuando la deglución está alterada, la administración vía digestiva (con sonda) de los nutrientes necesarios nos permite conseguir y mantener un estado nutricional adecuado. Este tipo de alimentación es lo que denominamos nutrición enteral.

Si el paciente es incapaz de alimentarse vía oral, se debe llevar a cabo la colocación de una sonda nasogástrica, o la realización de una gastrostomía (PEG).

- La colocación de una sonda nasogástrica es recomendable cuando el problema es temporal y si debe permanecer un período de tiempo no superior a dos meses. Esta sonda no es cómoda para el paciente, dificulta la rehabilitación e inhibe los reflejos. La permanencia prolongada de ésta puede provocar lesiones en la nariz, irritación laríngea y esofágica.
- En el momento que se conoce que el paciente requiere un período largo de alimentación enteral se indica la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).

La nutrición enteral en el paciente (colocación de una sonda) se plantea una vez se ha estabilizado clínicamente, iniciándose una terapia nutricional precoz de soporte. El objetivo del soporte nutricional es:

- reducir las complicaciones relacionadas con la nutrición
- posibilitar al paciente una actividad óptima.

El paciente con daño cerebral puede tener un gasto energético aumentado en función del tipo de lesión. Para conseguir una nutrición correcta debemos administrar una cantidad apropiada de calorías para evitar la desnutrición, y si ésta ya se ha iniciado, para ayudar a su recuperación.

GRUPOS: PACIENTES CON DIETA ADAPTADA



Los pacientes que requieren una dieta adaptada son aquellos capaces de deglutir vía oral, en los que no hay un suficiente aporte de los requerimientos nutricionales, por problemas de comportamiento, fatiga, masticación, etc.

El nutricionista junto con el logopeda valora el estado nutricional del paciente y sus posibles déficits, indicando el tipo de dieta idóneo para su óptima alimentación.

En este apartado se incluyen los diferentes **tipos de dietas**:

1. Dieta en la que está modificado el volumen para asegurar una correcta alimentación en el menor tiempo posible, debido a la presencia de fatiga. Esta dieta presenta los mismos requerimientos nutricionales que una dieta normal.
2. Dieta en la que está modificada la consistencia, de modo que los alimentos sólidos pueden presentarse triturados, como una dieta blanda o semiblanda, entre otros. Y los líquidos como consistencia pudín, miel o néctar.
3. Dieta en la que están modificadas la cantidad de calorías:
 - Hipocalórica: destinada a pacientes cuyo gasto energético está considerablemente disminuido por falta de movilidad, o por obesidad premórbida.
 - Hipercalórica: destinada a pacientes que presentan un trastorno de la alimentación por anorexia, vómitos idiopáticos, o por tener aumentado el gasto energético debido a su lesión.

GRUPOS: PACIENTES CON DIETA MIXTA



Los pacientes en los que se indica una dieta mixta, alternan la ingesta de alimentos vía oral y mediante sonda.

En este apartado podemos incluir:

- Pacientes con disfagia en los que se inicia la tolerancia vía oral.
- Pacientes con disfagia que han evolucionado en la alimentación oral.
- Pacientes capaces de deglutir vía oral, en los que no hay un suficiente aporte de los requerimientos nutricionales, ya sea debido a estados de hipercatabolismo e hipermetabolismo o debido a que se prolonga el proceso de alimentación más de lo recomendado.

En los pacientes que inician tolerancia vía oral, en un principio, el mayor aporte nutricional se administra vía sonda quedando una pequeña cantidad de alimento destinada a la estimulación de la deglución, y paulatinamente el proceso se invierte.

Una vez el paciente es capaz de alimentarse vía oral, cubriendo las necesidades nutricionales sin que se precise soporte, como mínimo durante dos meses, se indicará la retirada de la sonda.

En estas situaciones se lleva a cabo un registro diario de la alimentación que se efectúa vía oral. Los familiares o cuidadores deben detallar que cantidad de alimentos sólidos y líquidos ha ingerido el paciente en cada comida.

La hoja de registro consta de:

- Una descriptiva de las características que presentan los alimentos de la dieta del paciente, que son principalmente cantidad, volumen y consistencia.
- El tipo de dieta que sigue el paciente en ese momento.

Una vez a la semana el logopeda y el nutricionista se reúnen para valorar posibles cambios en la dieta del paciente. Según la evolución del paciente y la severidad de su disfagia existe un protocolo de dietas que se ordena según su consistencia, viscosidad y textura, en los alimentos sólidos y, según su viscosidad, en los alimentos líquidos.

RECUERDA QUE: CONSEJOS GENERALES

“En los pacientes con daño cerebral son comunes las alteraciones de la deglución, por eso es importante seguir una serie de normas básicas a la hora de administrar la comida. El dietista y el logopeda valorarán la dieta más apropiada en cada caso”.



Os presentamos las principales reglas a tener en cuenta:

- Debemos mantener una adecuada higiene oral, cepillando los dientes varias veces al día (tanto si comen por boca como si llevan sonda).
- Es imprescindible asegurar el aporte de líquidos.
- Es aconsejable esperar al cierre de la traqueotomía para que el logopeda inicie la estimulación de la deglución oral.
- Antes de cada cucharada es conveniente revisar la cavidad oral para confirmar que no existen restos y que el paciente ha deglutido el bocado anterior.
- Mantener las características de consistencia adecuadas a las dificultades del paciente.
- Estimular al paciente para que perciba el olor y color de los alimentos que va a comer.
- Mantener al paciente incorporado durante media hora después de las comidas.
- El período de alimentación debe durar aproximadamente media hora o tres cuartos, no debe alargarse más
- Registrar cualquier dificultad que presente la persona con disfagia durante la ingesta de sólidos y/o líquidos.
- Registrar las cantidades de alimento sólido y líquido que el paciente ingiere en cada comida.



RECUERDA QUE: CUIDADOS DE LA PEG

“Cuando el paciente es incapaz de alimentarse por vía oral está indicada la colocación de una sonda o gastronomía a través de la cual el paciente recibirá todos los nutrientes necesarios”.

Tanto la sonda como el estoma (PEG) requieren de una serie de cuidados que os presentamos a continuación:

PASOS A SEGUIR EN EL CUIDADO DEL ESTOMA:

- Los primeros quince días tras la intervención, lavamos el estoma con agua tibia y jabón. Secamos y aplicamos una solución antiséptica. Por último, cubrimos con una gasa estéril.
- Pasados los primeros quince días, pasamos a la cura del contorno del estoma:
1º Nos lavamos las manos.
2º Limpiamos la parte de la piel que rodea el estoma con agua caliente y jabón.

MEDIDAS PREVENTIVAS DEL ESTOMA:

- Una vez al día debemos girar la sonda para evitar adherencias.
- Limpiar la parte externa de la sonda a diario con agua y jabón de dentro hacia fuera.
- Lavar la boca y dientes del paciente, aunque no coma, de dos a tres veces al día.
- El preparado de nutrición enteral, una vez abierto, debe guardarse en el frigorífico y nunca más de 24 horas.

LA ALIMENTACIÓN VÍA PEG:

- Colocar al paciente en posición semisentada o sentada durante hora y media.
- Lavarse las manos antes de la manipular el preparado de nutrición enteral.
- Administrar el preparado de nutrición enteral a temperatura ambiente.
- El tiempo de administración de cada toma debe ser superior a los 15 minutos. Cada jeringa de 50ml debe administrarse en, al menos, 2 minutos.
- Después de cada toma se debe lavar la sonda administrando 50ml de agua.
- Lavar la jeringa de administración después de cada toma.
- Si el paciente tiene sed a pesar del agua administrada en cada toma, se puede dar agua entre tomas.

RECUERDA QUE: DIETAS

“En ocasiones los pacientes con daño cerebral presentan problemas en la deglución que obligan a modificar la consistencia de su dieta para evitar atragantamientos y aspiraciones”.

Así existen distintos tipos de dieta para alimentos sólidos y líquidos, el dietista le indicará la clase de dieta indicada para el paciente.



TIPOS DE DIETA PARA ALIMENTOS SÓLIDOS:

Inicio disfagia

Consistencia y viscosidad pudín, textura homogénea.

Ej.: Yogurt, cuajada, gelatina, queso fresco.

Triturada

Consistencia y viscosidad puré, textura homogénea.

Ej.: Purés tamizados y homogéneos de verduras y carnes o pescados.

Semiblanda disfagia

Consistencia semisólida, viscosidad crema, textura homogénea.

Ej.: Cremas de verduras, sémola espesa, tortilla francesa.

Blanda disfagia

Consistencia blanda, viscosidad tipo “kirsch”, textura homogénea con componente disgregado.

Ej.: Arroz sin caldo, verduras con bechamel

TIPOS DE DIETA PARA ALIMENTOS LÍQUIDOS:

Tipo pudín

1 Mouse, 1 yogurt, 1 vaso de agua o zumo con 4 cucharadas soperas rasas de espesante (18 gramos).

Tipo miel

1 vaso de agua o zumo con 3 cucharadas soperas rasas de espesante (13,5 gramos).

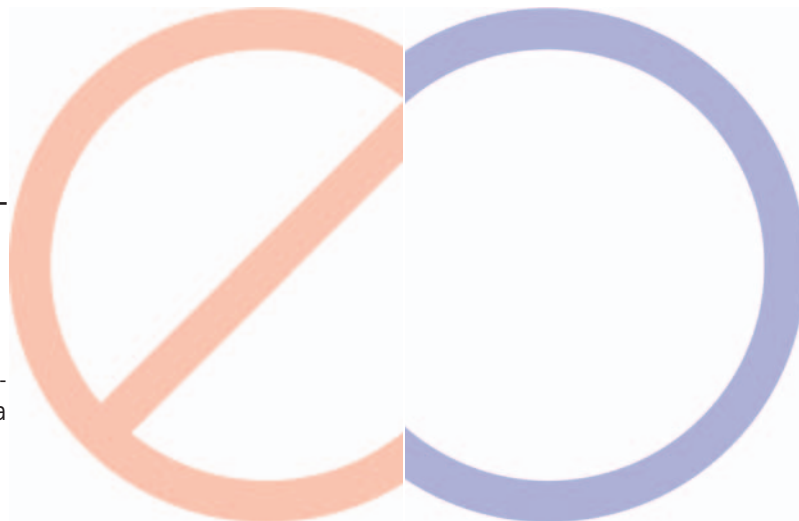
Tipo néctar

1 vaso de zumo tipo néctar de melocotón, 1 vaso de agua con 2 cucharadas soperas rasas de espesante (9 gramos).

NORMAS: POSICIÓN DURANTE LA INGESTA

INCORRECTO

Acercar la cuchara desde arriba. El familiar o cuidador esta de pie y obliga al paciente a realizar una extensión de cuello.



CORRECTO

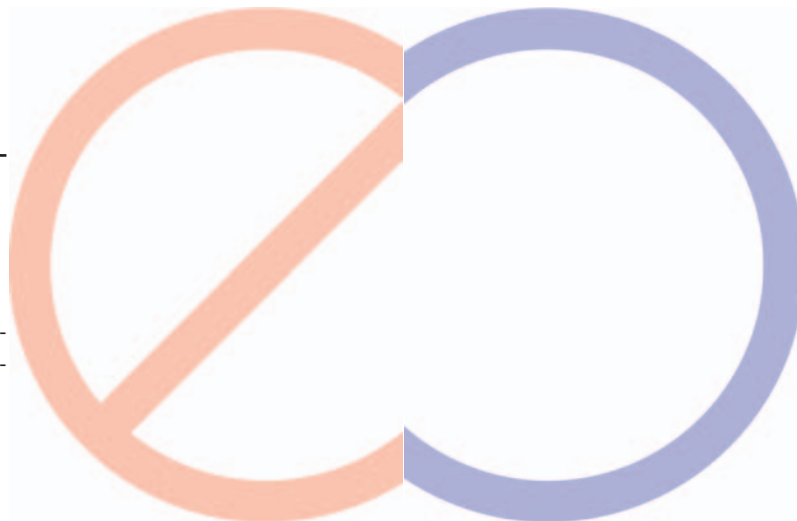
El paciente debe comer sentado, con espalda a 90° y la cabeza en ligera flexión. El familiar o cuidador debe sentarse a la misma altura que el paciente, si acerca la cuchara desde abajo se asegura la flexión de cabeza.



NORMAS: **AMBIENTE TRANQUILO**

INCORRECTO

Hablar con el paciente y distraerlo durante las comidas. Dar al paciente de comer en un ambiente ruidoso o lleno de estímulos distractores.



CORRECTO

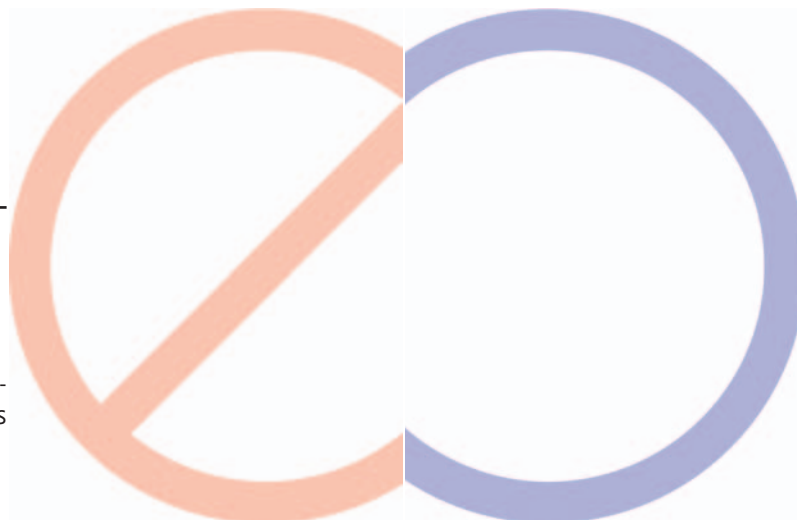
Crear un ambiente tranquilo, sin distracciones (tele, radio, varias personas en la habitación, exceso de ruido...) durante la ingesta de alimentos.



NORMAS: CONSISTENCIA ADECUADA

INCORRECTO

Administrar consistencias no pautadas por el logopeda y nutricionista. Dar nuevos tipos de alimentos "a ver que pasa".



CORRECTO

Mantener las características de consistencia adecuadas con las dificultades del paciente. Estimular al paciente para que perciba el olor y color de los alimentos que va a comer.



8 fisioterapia

Presentación del profesional:

☐ · El Fisioterapeuta

Grupos:

☐ · Daño Motor Severo

☐ · Hemiplejía

☐ · Síndrome Cerebeloso

Recuerda:

☐ · Pacientes con daño motor severo

☐ · Postural en cama

☐ · Brazo hemipléjico

☐ · La bipedestación

☐ · La marcha

☐ · Pacientes con síndrome cerebeloso

Normas:

(Incorrecto / Correcto):

☐ · Sedestación en silla

☐ · Ducha

☐ · Mano

Consejos:

(Intenta evitar / Te aconsejamos)

☐ · Ortesis

☐ · Seguimiento de pautas

☐ · Traslados

☐ · Vestuario adecuado

Pasos a seguir:

☐ · Transferencias

PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL FISIOTERAPEUTA



La "fisioterapia" es una profesión sanitaria que se define como el conjunto de métodos que mediante la aplicación de agentes físicos cura, previene, recupera y adapta a las personas con disfunciones orgánicas.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA FISIOTERAPIA?

- Restaurar las funciones que se han visto alteradas a consecuencia de la lesión como la marcha, ponerse de pie, etc.
- Prevenir de las posibles complicaciones derivadas del daño cerebral y del periodo de inmovilización secundario: deformidades articulares, úlceras por presión, atrofia muscular, problemas respiratorios, etc.
- Aumentar la autonomía del paciente buscando su máxima independencia.

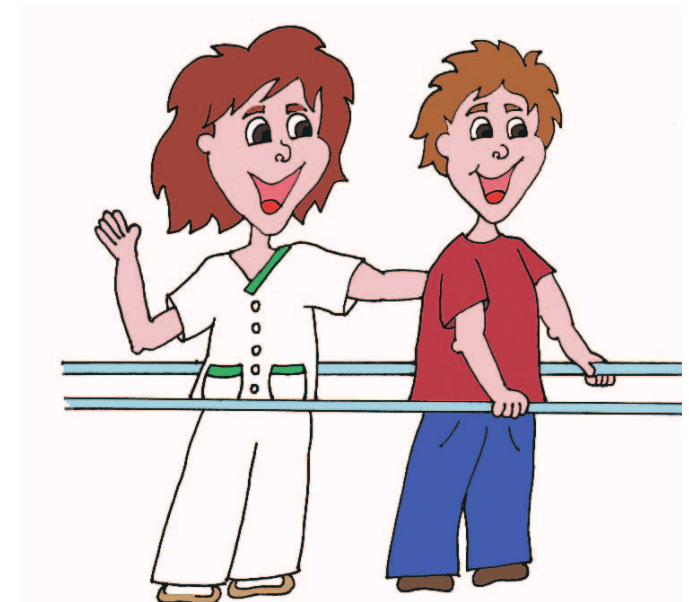
¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

- Ayudando a los pacientes a recuperar la capacidad de poder usar sus músculos y articulaciones normalmente, tanto los miembros inferiores como los superiores.
- Enseñando estrategias que le permitan girarse en la cama, sentarse, ponerse de pie y desplazarse de forma sencilla y segura.
- Asistiendo y guiando la realización de ejercicios y actividades para mejorar la capacidad física, la coordinación y el equilibrio.
- Trabajando la percepción de su esquema corporal y estimulando las distintas sensibilidades.
- Enseñando técnicas y dando consejos para llegar a compensar las secuelas residuales.
- Comunicando e informando sobre el tratamiento a los otros participantes del proceso de rehabilitación (cuidadores, familiares y amigos), ya que su colaboración es esencial para el proceso de rehabilitación.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL FISIOTERAPEUTA?

La actuación del fisioterapeuta puede darse durante:

- Fase aguda: cuando el paciente permanece encamado por su situación clínica. Durante esta etapa el objetivo de la fisioterapia será la prevención de complicaciones derivadas de una inmovilización prolongada: contracturas, deformidades, úlceras, problemas respiratorios, etc. Siendo especialmente importante el cuidado de la postura en cama.
- Fase subaguda: cuando el paciente se encuentra estabilizado clínicamente y se inicia el proceso de rehabilitación de las funciones alteradas. En esta fase será necesaria la máxima colaboración del paciente.
- Fase crónica o de secuelas: para mantener los niveles de funcionalidad conseguidos y adaptarse a las secuelas.



GRUPOS: **DAÑO MOTOR SEVERO**



Son pacientes que debido a su lesión cerebral presentan grandes alteraciones motoras. Las lesiones cerebrales son extensas dañando, normalmente, ambos hemisferios cerebrales o tronco encefálico. Así pueden quedar afectados los cuatro miembros en mayor o menor grado (tetraplejias o tetraparesias) y la movilidad del paciente está muy reducida. A consecuencia de esto permanecen la mayor parte del tiempo en cama, pudiendo en algunos casos evolucionar a estadios motores menos severos.

Este tipo de pacientes van a requerir una especial atención por parte de sus cuidadores ya que dependen de ellos para conservar su integridad física y/o para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, etc.).

La inmovilidad prolongada a la que se ven sometidos dará lugar a una serie de complicaciones como pueden ser:

ALTERACIONES DEL TONO:

Dentro de las alteraciones del tono podemos diferenciar entre pacientes con un tono muscular disminuido y pacientes que presentan un tono aumentado.

El tono disminuido o hipotonía conlleva una debilidad muscular que suele afectar a los músculos del tronco o a la musculatura proximal del cuerpo (hombros y caderas) aunque en ocasiones puede aparecer una hipotonía generalizada. Esto dificultará o impedirá cualquier tipo de movimiento voluntario por sencillo que sea.

El tono aumentado o hipertonía dificulta o impide al paciente realizar movimientos analíticos, es decir, los movimientos serán bruscos e incontrolables. En ocasiones el aumento del tono puede ser tan desmesurado que impida la movilización pasiva de las articulaciones o la colocación del paciente en determinadas posturas.

ALTERACIONES OSTEO-ARTICULARES:

La inactividad de los miembros y el aumento del tono muscular pueden provocar una disminución de la amplitud del movimiento, favoreciendo la aparición de adherencias, rigideces, calcificaciones y deformidades articulares.

Es importante la realización de los diferentes cambios posturales así como la movilización global del paciente para evitar, en la medida de lo posible, todas las complicaciones anteriores.

ALTERACIONES MÚSCULO-TENDINOSAS:

La falta de movilidad también va a favorecer la pérdida de masa muscular (atrofia) y el acortamiento de estructuras músculo-tendinosas (retracción). Esto provocará que los miembros adopten posiciones anómalas difíciles de corregir.

ALTERACIONES CUTÁNEAS:

Una postura mantenida durante un tiempo muy prolongado unida a la alteración de la sensibilidad y a la incapacidad de realizar movimientos voluntarios hará a este tipo de pacientes especialmente vulnerables a la aparición de úlceras por presión (UPP). Este tipo de úlceras aparecen en los puntos de contacto con la cama o silla, como pueden ser: occipital, escápulas, sacro, talones, etc. La forma de evitarlas son, nuevamente, los cambios posturales.

ALTERACIONES RESPIRATORIAS Y CARDIO-CIRCULATORIAS:

A causa de la falta de movilidad y al encamamiento prolongado pueden aparecer complicaciones como: neumonías, acúmulo de mucosidades, edemas, tromboflebitis, etc.

GRUPOS: HEMIPLEJIA



Son pacientes que han sufrido una parálisis de uno de los dos lados del cuerpo (mitad derecha o izquierda) como consecuencia de una lesión cerebral, la cual provoca una alteración de los movimientos voluntarios, del tono muscular, de la sensibilidad y la coordinación. En función de la severidad y la localización de la lesión estas alteraciones pueden afectar en mayor o menor grado, así distinguiremos entre hemiplejia cuando la parálisis es completa y hemiparesia cuando es leve o incompleta. Debido a la lesión uno de los hemisferios cerebrales suele verse afectado alterando las funciones del hemicuerpo contrario. Esto puede ir acompañado de una parálisis facial (del lado de la lesión) así como de lesiones en otras vías nerviosas (pares craneales) encargadas de los movimientos oculares, de la deglución, etc.

ALTERACIONES DEL TONO:

En las fases iniciales el tono muscular está disminuido (hipotónico) o simplemente el tono ha desaparecido (flácido). A medida que pase el tiempo este tono tiende a aumentar, permitiendo algún tipo de movimiento voluntario en el miembro afecto. Sin embargo es común que se produzca un aumento desmesurado del tono muscular (espasticidad) que impida que el paciente pueda realizar los movimientos con normalidad: esto hace que cualquier movimiento por parte del paciente se vuelva penoso y fatigante, pues tenderá a mover todo su lado afecto a la vez como si fuera algo que tiene que “arrastrar”.

ALTERACIONES SENSITIVAS:

El hemipléjico puede tener alterada la capacidad de discriminar diferentes estímulos. Por ejemplo:

- Distintas temperaturas: sensibilidad térmica.
- La presión o cualquier otro tipo de contacto en la piel: sensibilidad superficial.

· La posición de su lado afecto: sensibilidad propioceptiva. Un ejemplo de ésta sería el hecho de no darse cuenta de que su brazo está “colgando” por uno de los laterales de la cama.

En ocasiones el paciente hemipléjico tiene la sensación de haber “perdido” ese lado afecto, no reconociéndolo como parte de él. Este fenómeno es lo que denominamos negligencia.

ALTERACIONES ARTICULARES:

La inactividad del miembro afecto puede provocar una disminución de la amplitud de su movimiento, dificultando o impidiendo que éste pueda colocarse en determinadas posiciones. Este hecho favorece la aparición de retracciones, calcificaciones y deformidades articulares.

Las alteraciones articulares más comunes son el pie equino varo, la mano en garra y el subluxación de hombro (hombro doloroso).

Pérdida de movimientos selectivos y aparición de reacciones asociadas:

· El paciente hemipléjico puede perder la capacidad de mover aisladamente determinadas partes de su cuerpo. Cuando lo intenta, otros músculos se contraen sin poder controlarlos y se produce un movimiento masivo (reacciones asociadas).

ALTERACIONES DE LA COORDINACIÓN Y EL EQUILIBRIO:

Se pueden alterar su capacidad para mover de forma sincronizada las extremidades corporales (brazos, piernas), es decir, la coordinación. También se puede ver alterada la capacidad de mantener una posición determinada frente a desequilibrios.

Todos los factores nombrados anteriormente hacen que acciones cotidianas como ponerse de pie, caminar o simplemente mantenerse sentado al borde de la cama se vuelvan costosas y requieran con frecuencia la asistencia de otra persona.

GRUPOS: **SÍNDROME CEREBELOSO**



Son pacientes que presentan un conjunto de signos y síntomas clínicos debidos a una lesión del cerebelo. Este síndrome se caracteriza porque se alteran conjuntamente:

- El equilibrio.
- La coordinación de los movimientos voluntarios.

Y en ocasiones se asocia también a una disminución de la fuerza muscular (hipotonía). Las causas más frecuentes suelen ser problemas vasculares, tumores, procesos degenerativos, traumatismos, etc. Este síndrome puede aparecer aislado o asociado a otros trastornos motores como podría ser una hemiplejía, lo cual dificultará su rehabilitación.

Las principales manifestaciones del síndrome cerebeloso son:

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO:

El individuo no puede permanecer de pie, pierde el equilibrio continuamente ya sea parado o durante la marcha. Para evitarlo aumenta su base de sustentación abriendo las piernas y cuando camina la trayectoria es oscilante, semejando a la marcha de un "borracho" (marcha atáxica).

HIPOTONÍA MUSCULAR:

La debilidad muscular se suele acompañar de un temblor dinámico, es decir, tiembla al hacer algún movimiento voluntario lo cual dificulta la realización de actividades manipulativas (alcanzar objetos, etc.). Además suelen presentar cierta fatiga física.

ALTERACIÓN DE LA COORDINACIÓN:

Se produce una alteración de los movimientos voluntarios, apareciendo una dismetría; no calculan bien la distancia que los separa de los objetos y así, al intentar coger un objeto lo sobrepasan o no llegan a éste.

OTRAS ALTERACIONES:

El síndrome cerebeloso suele ir acompañado de problemas de visión como la diplopia (visión doble) o el nistagmo (sacudidas verticales u horizontales del globo ocular).



RECUERDA QUE: **PACIENTES CON DAÑO MOTOR SEVERO**

Este apartado va dirigido al cuidado de los pacientes que presentan un daño motor severo. Como ya hemos explicado son pacientes con capacidad de movimiento muy limitada que van a depender

de sus cuidadores para la inmensa mayoría de actividades: alimentación, higiene, vestido, cambios de posición, etc. Además, generalmente son pacientes con un nivel de conciencia bastante bajo o graves alteraciones cognitivas. De ahí la especial importancia que tiene la ayuda de los cuidadores para su rehabilitación.

Presentamos una serie de consejos generales que pueden ayudar al cuidador:

- Aunque el paciente posea un bajo nivel de conciencia y aparentemente no responda ante ningún tipo de estímulos, no hablen delante de él como si no estuviera. Traten de dirigirse a él con la mayor naturalidad posible, aunque no pueda expresarse puede estar comprendiendo lo que se le dice.

- La higiene diaria es una parte esencial de su cuidado, y recuerde que depende de usted así que, no descuide su aspecto. Plántese la higiene diaria como algo ritual, procure que el traslado al baño o ducha sea suave y cuidadoso, que la temperatura del agua sea la adecuada y enjabone al paciente con cuidado. Por ejemplo podemos poner una determinada música cuando vayamos a la ducha, otra cuando lo cambiemos de ropa, etc. Asegúrese de secarlo bien, suelen quedar zonas húmedas de difícil acceso (por ejemplo, la palma cuando la mano está en "garra"), que pueden provocar alteraciones de la piel y malos olores. Trate de extender la crema corporal siempre en la misma dirección, del cuerpo hacia las extremidades o viceversa. Con todo esto estaremos facilitando a nuestro familiar una valiosa estimulación sensitiva. En sentido ascendente resulta más estimulante y en sentido descendente más relajante.

- El encamamiento prolongado al que suelen estar sometidos hace que sean especialmente vulnerables a lesiones o alteraciones cutáneas como las úlceras por presión. Para prevenirlas, asegúrese de cambiar al paciente de posición cada 2 ó 3 horas cuando él no pueda hacerlo por sí mismo o realizar pequeños cambios dentro de la misma postura, mantenga la piel bien limpia e hidratada, vigile la aparición de puntos de presión o roces y tenga cuidado con los posibles golpes que pueda sufrir en los traslados o cambios de posición.

- Los pacientes suelen ser incapaces de mover activamente muchas partes de su cuerpo, por lo que suelen aparecer alteraciones músculo-tendinosas o deformidades y las articulaciones pueden perder parte de su rango de movimiento. Recuerde siempre que las movilizaciones pasivas deben ser suaves, progresivas y mantenidas y nunca generar dolor. Unas movilizaciones poco "ortodoxas" pueden provocar lesiones articulares y dolor, que relentecerían aún más el proceso de recuperación.



RECUERDA QUE: POSTURAL EN CAMA

“Una correcta postura en cama facilitará su recuperación y evitará complicaciones”.

En etapas tempranas y debido a su situación médica el paciente permanecerá la mayor parte del tiempo en la cama; por tanto, es de vital importancia la posición que adopte en ella. Una inmovilización

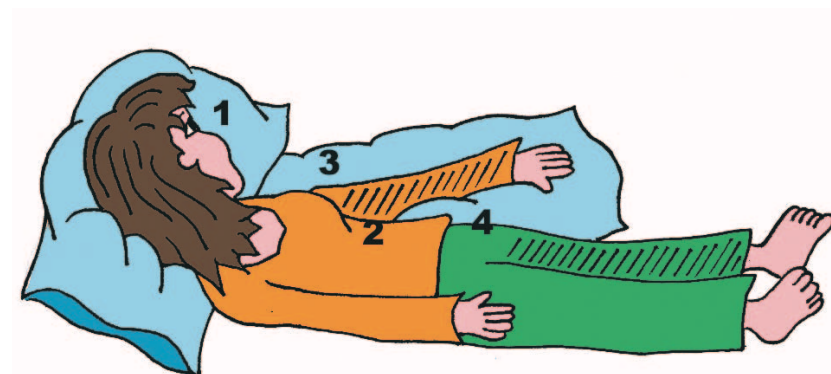
prolongada asociada a una postura incorrecta puede provocar diversas complicaciones. He aquí algunos ejemplos:

- Un aumento de la espasticidad.
- Favorece la aparición de deformidades, retracciones y calcificaciones articulares, disminuyendo la amplitud articular.
- Incrementa el riesgo de úlceras por presión.
- Problemas cardiocirculatorios: trombosis.
- Complicaciones respiratorias, etc.

Así el tratamiento postural debe ir dirigido a mantener las 24 horas del día una alineación correcta del cuerpo, para lo que necesitaremos hacer uso de unas cuantas almohadas o toallas. Es aconsejable cambiar la posición del paciente en cama cada 2 ó 3 horas durante el día. Este período de tiempo aumentará conforme el paciente vaya mejorando y sea capaz de cambiar de posición por sí mismo.

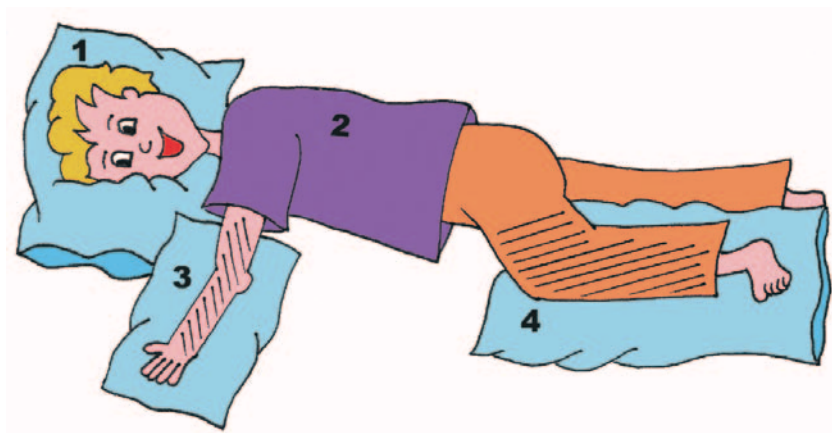
COLOCACIÓN EN DECÚBITO SUPINO (BOCA ARRIBA)

1. La cabeza queda bien apoyada sobre la almohada, en ligera inclinación hacia el lado sano y rotada hacia el lado afecto.
2. El lado afecto estará estirado.
3. El brazo afecto se coloca estirado a lo largo del cuerpo sobre un almohadón más alto que el cuerpo. De este modo queda el codo en extensión, la muñeca en flexión dorsal y los dedos extendidos.
4. Pondremos una almohada bajo la cadera afectada para elevarla, de manera que apoye la cara externa del muslo, evitando así la rotación externa de la pierna. Debemos intentar que el pie quede en 90° (con los dedos mirando hacia arriba).



COLOCACIÓN SOBRE EL LADO SANO

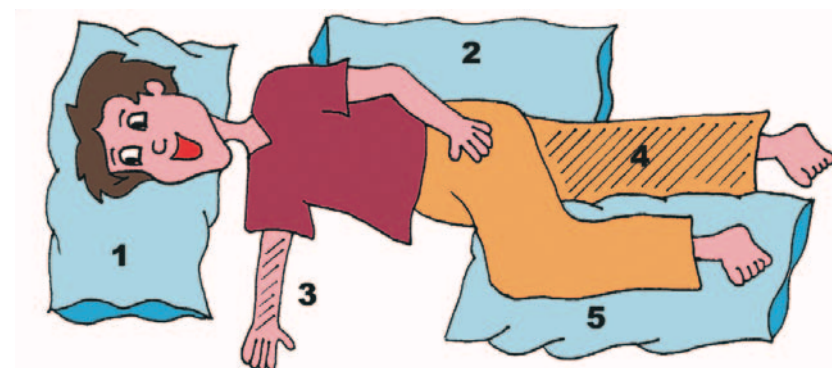
1. La cabeza descansa ligeramente hacia delante sobre la almohada.
2. El tronco se encuentra bien alineado, formando un ángulo recto sobre la superficie de la cama.
3. El hombro afecto debe estar extendido, con el brazo hacia delante sobre una almohada. Tanto el codo como los dedos están igualmente extendidos.
4. La pierna superior está apoyada sobre una almohada. El pie debe estar completamente apoyado sobre ella y no colgar. La cadera y la rodilla permanecen con algunos grados de flexión.
5. El brazo sano descansa donde resulte más cómodo. Así como la pierna sana descansa plana sobre la cama con la cadera un poco extendida y ligera flexión de rodilla.



COLOCACIÓN SOBRE LADO AFECTO

Esta es una de las posiciones más importantes, porque el peso del cuerpo descansa sobre el lado afecto y esto ayudará al paciente a tomar conciencia de él.

1. La cabeza se encuentra un poco hacia delante con el tronco bien alineado y algo rotado hacia detrás.
2. Colocaremos una almohada en la espalda, encajada entre la cama y el paciente para evitar que éste gire.
3. El brazo hemipléjico está extendido, con el antebrazo en supinación (palma hacia arriba), formando un ángulo no superior a 90° con el cuerpo. Es muy importante la colocación del hombro afecto, para posicionarlo correctamente pondremos una mano debajo del hombro y de la escápula y tiraremos de ellos hacia delante.
4. La pierna inferior está extendida a nivel de la cadera y ligeramente flexionada en la rodilla.
5. La pierna superior está adelantada sobre una almohada, con flexión de cadera y rodilla.





RECUERDA QUE: **BRAZO HEMIPLÉJICO**

“En la corteza cerebral existe una gran representación de los miembros superiores, con lo cuál se ven afectados en la mayoría de lesiones y suelen ser difíciles de recuperar: puede aparecer movimiento en hombro y codo pero los movimientos finos de la mano (pinzas) raramente vuelven a ser funcionales”.

En ocasiones y de forma errónea, el tratamiento de los pacientes hemipléjicos suele ir encaminado a alcanzar la máxima funcionalidad en el mínimo tiempo posible, por lo que en la mayoría de los casos se centra en alcanzar una marcha independiente (cuanto antes mejor, a veces a costa de la calidad de la misma) y en potenciar la habilidad del brazo sano, de modo que el brazo afecto puede caer en un relativo olvido (tanto por parte de los pacientes como de los profesionales).

Aunque no exista demasiada actividad en el brazo afecto es importante prestarle la atención que merece pues suelen aparecer gran cantidad de problemas que suele interferir en la recuperación integral del paciente.

- Es bastante frecuente la aparición de dolor y la limitación del movimiento en el hombro, provocadas por una alteración del tono muscular, la debilidad de los músculos, posiciones incorrectas mantenidas y/o unas movilizaciones poco “ortodoxas”.

Además suele aparecer una subluxación del mismo. Debido a la lesión cerebral, la musculatura del hombro se encuentra debilitada y no es capaz de mantener el peso del brazo, con lo que éste queda “descolgado”. Estirando en exceso las estructuras de la articulación, especialmente la cápsula articular, provocando un dolor bastante agudo que va a limitar actividades como el aseo y el vestido, e incluso la marcha.

- Debido al aumento de tono muscular de los flexores la mano tiende a permanecer cerrada (mano en garra) y suele ser incapaz de abrirla voluntariamente o de controlar el movimiento de los dedos. Puede que sea capaz de mover activamente los dedos, pero los movimientos finos de los mismos requieren una gran habilidad y coordinación que difícilmente se alcanzan.

Os presentamos una serie de recomendaciones generales para facilitar la recuperación del mismo:

- Sujetar su mano afecta proporcionará estimulación sensitiva y le hará tomar conciencia del miembro. Debemos facilitarle todo tipo de sensaciones (térmicas, táctiles, etc.), pero siempre recordando que su sensibilidad puede estar alterada, así que cuidado con el dolor y con las temperaturas extremas, ya que podemos provocar fácilmente quemaduras.

- Cuando el paciente sea capaz de mover el brazo, debe animarle a usar el brazo tanto como sea posible, integrándolo en actividades de la vida diaria como el vestido, la higiene, etc.

- Procurar una higiene extremada en la mano hemipléjica pues tiende a cerrarse y por tanto a acumular humedad y malos olores. Emplearemos agua templada y comprobaremos la temperatura con la otra mano antes de introducirla para evitar quemaduras.



RECUERDA QUE: **LA BIPEDESTACIÓN**

“Una correcta postura en bipedestación nos ayudará en las transferencias, facilitará actividades cotidianas como el vestido o el aseo y es imprescindible para poder caminar correctamente”.

Bipedestación significa estar o permanecer de pie. Una actividad tan cotidiana y, en principio, tan sencilla como permanecer en equilibrio sobre los pies, puede resultar muy complicada e incluso a veces imposible para un paciente tras una lesión neurológica. Son muchos los factores que nos pueden dificultar la puesta en pie:

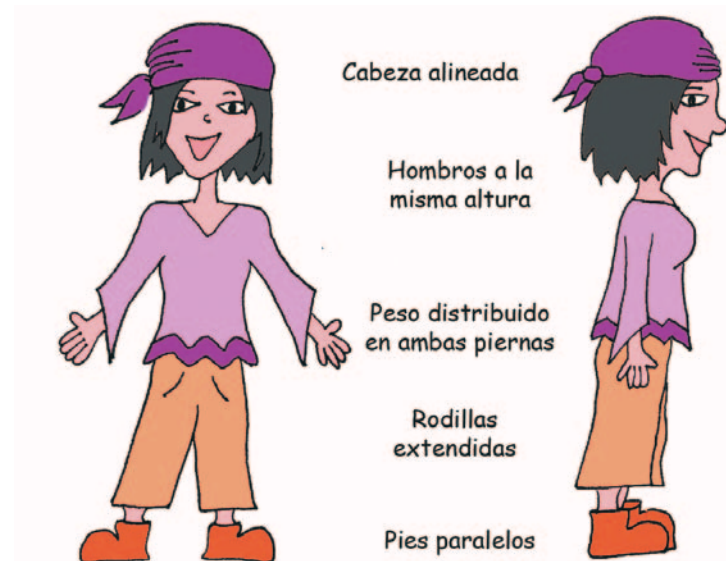
- Un bajo nivel de conciencia o graves alteraciones cognitivas suelen ser incompatibles con la bipedestación independiente, pudiendo ser peligroso para la integridad del paciente y de su acompañante. Por eso es aconsejable no colocar al paciente en bipedestación hasta que los profesionales lo consideren oportuno.
- las alteraciones del tono muscular y la inmovilización que ha sufrido el paciente pueden haber generado deformidades articulares, retracciones y/o acortamientos musculares que pueden impedir que el pie se apoye completamente en el suelo o provocar un apoyo incorrecto. Las deformidades más comunes son el pie equino o equino-varo y los flexos de cadera y rodilla.
- Las alteraciones de la sensibilidad y de la percepción pueden hacer que el paciente no sienta “correctamente” el hemicuerpo lesionado o que se olvide de él (negligencia). Como consecuencia de esto la postura suele ser asimétrica y el peso no suele estar distribuido entre ambos pies, tendiendo a cargar todo el peso en el lado sano, o sólo sobre las puntas o los talones.
- El paciente suele tener problemas de equilibrio, por lo que al principio no suele ser capaz de mantenerse de pie sin ayuda de otra persona o sin cogerse de algún objeto.
- Es importante que el paciente sea capaz de controlar su tronco en sedestación (sentado) antes de comenzar a trabajar la bipedestación.

He aquí una serie de factores que deben de tenerse en cuenta:

- Los pies deben estar paralelos, completamente apoyados en el suelo, mirando al frente y separados más o menos la anchura de los hombros. Al principio la base de sustentación, es decir, la distancia entre los pies, suele ser más grande ya que eso les hace sentir más estables, aunque conforme vayamos trabajando, debe reducirse.
- Las rodillas deben estar extendidas para poder soportar el peso del cuerpo.
- Es muy importante que el peso se distribuya por igual en ambas piernas, evitando que el paciente cargue peso sólo en el lado sano. Esto nos ayudará a mantener una mayor simetría del cuerpo.
- El tronco debe mantenerse recto, debemos corregir las inclinaciones laterales (un hombro más alto que otro) y las rotaciones (un hombro más adelantado que el otro).
- La cabeza debe mantenerse alineada, mirando al frente, evitando una vez más las inclinaciones y rotaciones.

Trabajar el control de la postura frente al espejo va a ayudar al paciente a tomar conciencia de su postura y a corregirla.

Si es necesario ayudar al paciente a mantener el equilibrio es recomendable que demos los apoyos anteriores o posteriores pero no laterales, eso le ayudará a mantener la simetría del cuerpo.





RECUERDA QUE: LA MARCHA

“Tras una lesión neurológica el paciente puede haber olvidado cómo caminar y deberá aprenderlo de nuevo, por eso es muy importante no comenzar el entrenamiento de la marcha hasta que el paciente no esté preparado”.

La marcha es el movimiento más común de todos los movimientos humanos. Sin embargo es uno de los movimientos más complejos, ya que es el resultado de la integración de múltiples aspectos. Se trata de un movimiento que aprendemos cuando somos pequeños y que se automatiza, de modo que cada uno posee una característica forma de caminar. Un entrenamiento demasiado precoz y que requiera demasiado esfuerzo puede hacer que aparezcan patrones de movimiento anormales, puede aumentar la espasticidad y hace que el paciente “aprenda” una forma de caminar incorrecta.

Una vez el paciente es capaz de mantener una adecuada y equilibrada postura en bipedestación, se comienzan a entrenar las transferencias de peso, es decir, el cambio del peso de una pierna a otra, que es lo que hacemos cuando avanzamos una pierna durante la marcha, el peso pasa de la pierna de detrás hacia la de delante. Es imprescindible que el paciente tome conciencia de los cambios de peso, para que una vez iniciada la marcha el movimiento sea la más armónico posible.

Hay tantos tipos de marcha como personas, ya que cada uno tiene un “patrón típico de marcha”. Durante la fase de reeducación de la marcha intentaremos ayudar al paciente a que adquiera el tipo de marcha más funcional posible, teniendo en cuenta sus características, el tipo de lesión, etc. para que una marcha se considere funcional debe ser segura y realizarse sin demasiado esfuerzo.

La colaboración de los cuidadores es fundamental en el entrenamiento de la marcha, ya que el paciente debe ser capaz de aplicar lo que está entrenando en el gimnasio de rehabilitación, fuera del mismo que es donde pasa la mayor parte del tiempo. Por eso citamos aquí una serie de pautas a tener en cuenta por los cuidadores para ayudar en este entrenamiento:

· No debe intentar ponerlo a caminar por su cuenta, los profesionales le indicarán cuando es el momento oportuno. Una caída puede provocar lesiones y puede hacer que el paciente coja miedo, enlenteciendo mucho más el proceso.

· Debemos darle tiempo al paciente para que haga lo que es capaz de hacer y debemos ofrecerle sólo la ayuda necesaria. Es bastante común ver a familiares cargando y casi arrastrando el peso del paciente en un “intento de marcha”.

· La longitud de paso debe ser simétrica, un pie debe adelantar al otro durante la marcha. Es frecuente que un paso sea mucho más largo que el otro e incluso que uno de los pies siempre se coloque a la misma altura del otro pie y nunca lo sobrepase.

· Debemos insistir en que el pie que está avanzando apoye primero el talón al contactar con el suelo, evitando que apoye sólo la punta del pie.

· Los brazos se balancean alternativamente hacia delante y hacia detrás, cuando un pie avanza hacia delante, el brazo contrario debe balancearse hacia delante, esto hará el movimiento mucho más armónico y facilitará el mantenimiento del equilibrio. Normalmente los pacientes suelen caminar con el brazo afecto pegado al cuerpo.

· La postura del tronco y la cabeza es especialmente importante. La cabeza debe mantenerse alta y alineada, mirando siempre al frente. El tronco debe mantenerse erguido y con los hombros a la misma altura, es relativamente frecuente que los pacientes tiendan a andar dejando “medio cuerpo” atrás o con el cuerpo inclinado hacia delante (sacando el “culete”).

· La velocidad de marcha adecuada será aquella que le permita moverse con seguridad y no requiera un esfuerzo excesivo.

· Es posible que necesite el uso de alguna ayuda técnica (muleta, bastón o andador) o dispositivo ortopédico (anti-equinos, bitutores) para que la marcha sea más funcional. Los profesionales le explicarán cómo y cuando colocarlos.

· Si el paciente requiere supervisión cercana deberá colocarse en el lado afecto, evitando siempre traccionar del brazo afecto para ayudarle a avanzar.





RECUERDA QUE: **PACIENTES CON SÍNDROME CEREBELOSO**

“Los pacientes con alteraciones cerebelosas presentan problemas de equilibrio y coordinación de los movimientos por lo que presentan un mayor riesgo de caídas”.

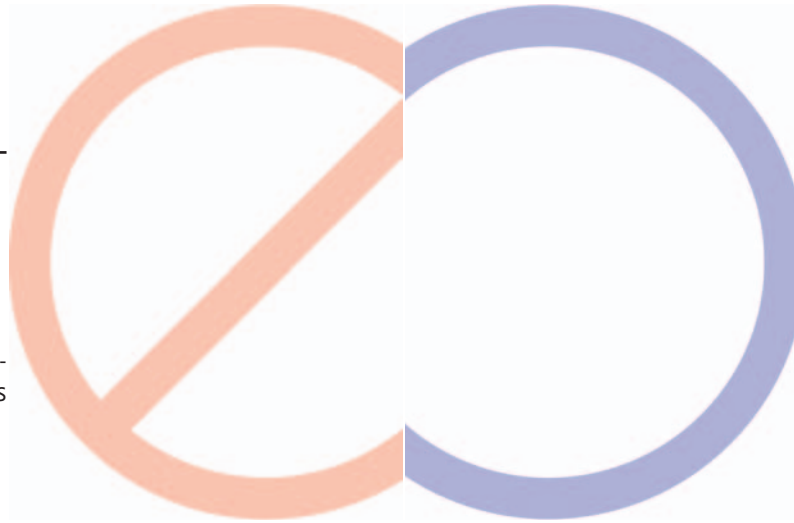
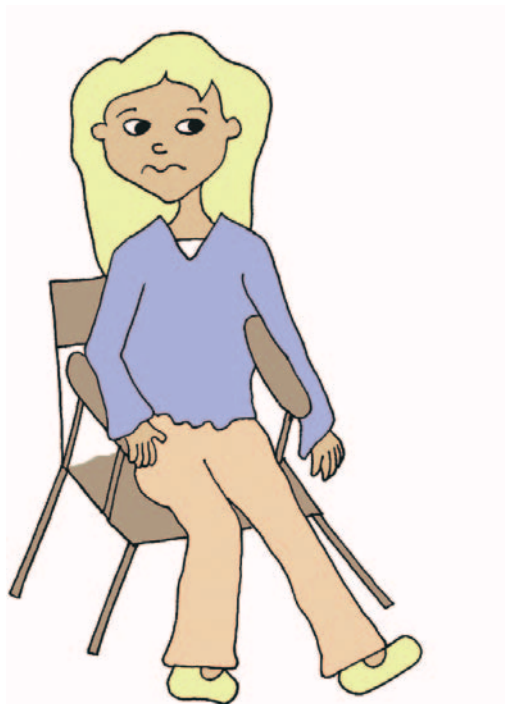
Os presentamos a continuación una serie de recomendaciones básicas:

- Requieren un mayor control de la fuerza para realizar los movimientos. Para realizar los movimientos con precisión (coger un vaso de agua, por ejemplo) debemos insistir en que lo hagan despacio y dosificando bien sus fuerzas que en ocasiones suelen ser desmedidas.
- En ocasiones el fisioterapeuta puede trabajar con pequeños lastres en brazos y/o piernas para lograr que los movimientos sean más precisos.
- Deben sacrificar la rapidez por una mejor calidad del movimiento. Debemos insistir que hagan las cosas con tranquilidad y no “metedles prisa” para que anden o cojan objetos, etc. deben tomarse su tiempo.
- Durante la marcha sería recomendable que se fijaran en un punto fijo en frente.
- Es especialmente importante la supervisión durante la marcha ya que debido a sus problemas de equilibrio suelen ser muy inestables.
- Si requiere asistencia durante la marcha, colocaremos las manos en sus caderas para ir guiando el movimiento y ayudarle a mantener una trayectoria rectilínea.

NORMAS: **SEDESTACIÓN EN SILLA**

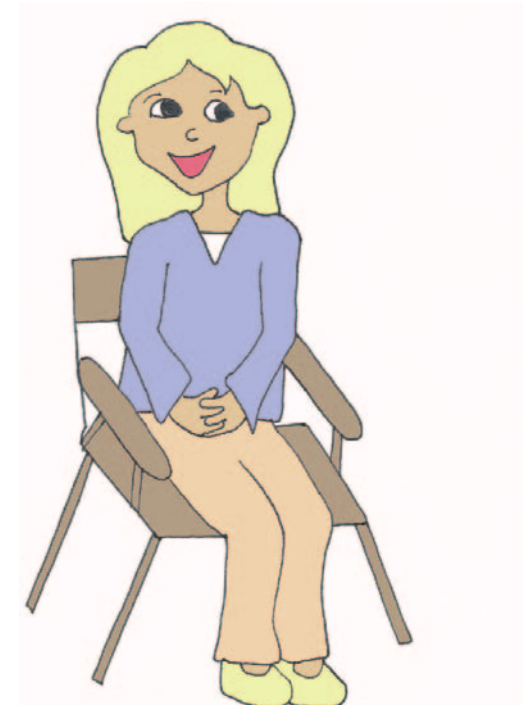
INCORRECTO

Que se siente inclinado en la silla, de forma asimétrica. Que los brazos cuelguen por los laterales y los pies estén fuera del reposapiés.



CORRECTO

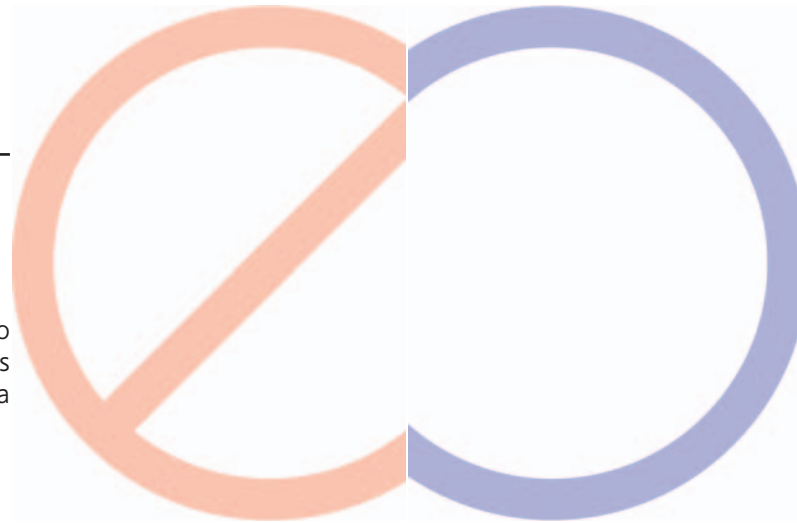
Cuando este sentado vigilar que la cabeza y el tronco estén alineados y su peso corporal distribuido equitativamente sobre sus nalgas.



NORMAS: DUCHA

INCORRECTO

No comprobar la temperatura del agua así como de objetos que puedan provocar quemaduras (estufas, etc.) cuando el paciente tenga alterada la sensibilidad.



CORRECTO

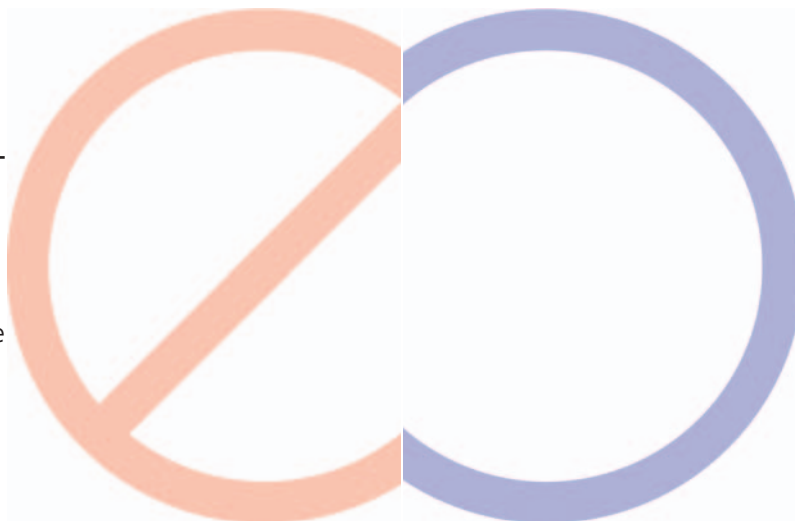
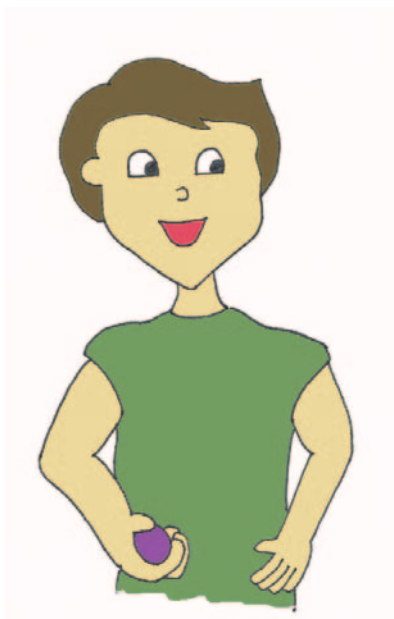
Asegurarnos siempre de que el paciente no esté en contacto con temperaturas extremas.



NORMAS: MANO

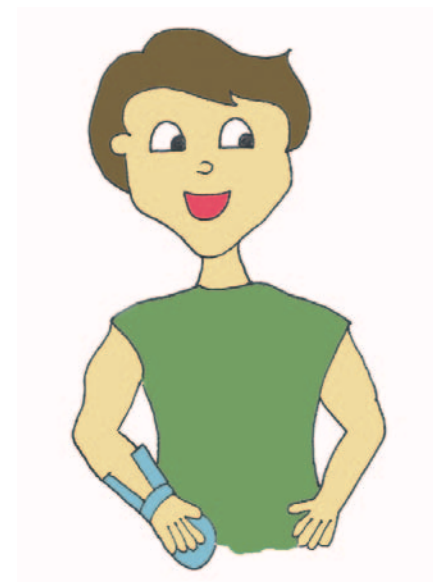
INCORRECTO

Colocar objetos en la mano ya sea con el objetivo de que la apriete o de que no se le cierre.



CORRECTO

Mantener la mano en extensión (abierta) apoyada sobre una superficie o mediante una férula si ha sido indicada por el fisioterapeuta.



CONSEJOS: ORTESIS

INTENTA EVITAR

Cambiar las indicaciones de los profesionales por comodidad o decisión propia sin razón justificada.



TE ACONSEJAMOS

Seguir las instrucciones de los distintos profesionales y respetar los tiempos de colocación indicados.



CONSEJOS: SEGUIMIENTO DE PAUTAS

INTENTA EVITAR

Tomar iniciativas propias que no estén respaldadas por los profesionales ya que pueden interferir en el tratamiento.



TE ACONSEJAMOS

Seguir las indicaciones de los profesionales. Ellos te dirán qué hacer en cada momento.



CONSEJOS: TRASLADOS

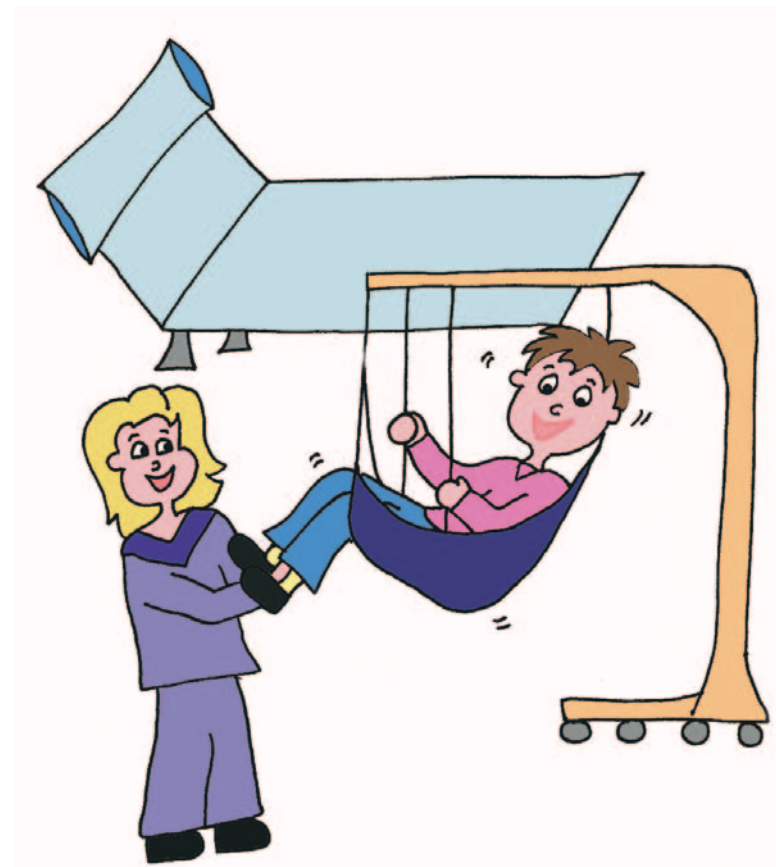
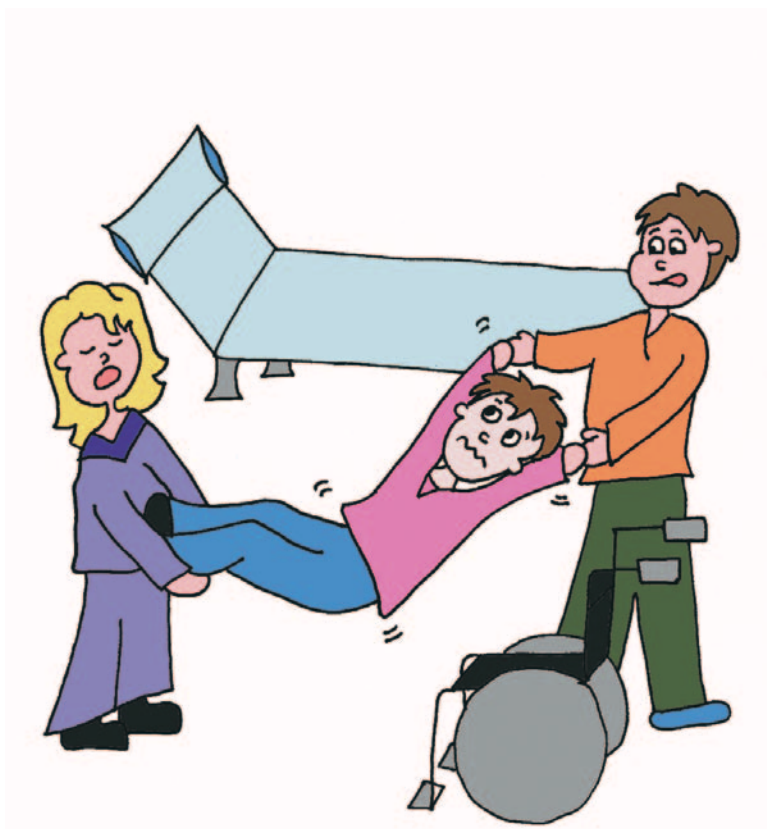
INTENTA EVITAR

Que los traslados y los cambios de posición del paciente sean traumáticos o bruscos.



TE ACONSEJAMOS

Tratarlo siempre con sumo cuidado y asegúrate de que los traslados no suponen un peligro. En caso de que sea necesario existen unas grúas especiales para facilitar los traslados.



CONSEJOS: VESTUARIO ADECUADO

INTENTA EVITAR

Acudir al servicio con ropa o calzado que pueda dificultar las actividades (tacones altos, ropa muy ajustada, etc.).



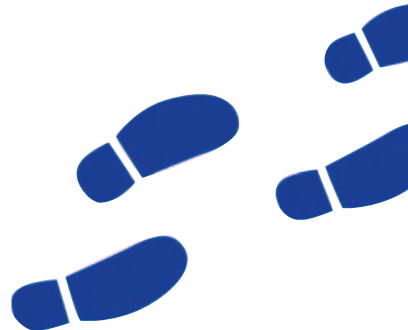
TE ACONSEJAMOS

Acudir al servicio con ropa cómoda y adecuada al tipo de actividades que va a realizar.



PASOS A SEGUIR: TRANSFERENCIAS

El principal propósito de las transferencias es desplazarse de un sitio a otro y se emplean para pasar de la cama a la silla de ruedas y viceversa, de silla a silla, al baño, al coche, etc. Existen distintas técnicas para las transferencias, por eso es importante elegir la más adecuada a cada tipo de paciente en función de sus capacidades funcionales, habilidades físicas y cognitivas.



En cualquier caso:

- Debemos asegurarnos de estabilizar y frenar todas las superficies (sillas, sillas de ruedas, camas, etc.)
- Igualar en la medida de lo posible la altura de ambas superficies.
- Evitar traccionar al paciente del lado afecto, especialmente del brazo
- Evitar hacer esfuerzos innecesarios, tratar de coger, sostener y/o levantar al paciente la más cerca posible de nuestro cuerpo. Mantener las piernas flexionadas y la espalda recta para ayudar a levantarlo.

En función del estado motor del paciente existen diversas transferencias:

• **Transferencias con grúa:** se emplean para pacientes con escasa movilidad o bajo nivel de conciencia. Son sencillas y fáciles de realizar por una única persona. La grúas suelen ser de gran tamaño, por lo que en ocasiones requieren de una adaptación de la casa.

• **Transferencias por deslizamiento:** son apropiadas para aquellos pacientes que no pueden ponerse de pie o que son demasiado inestables para realizar una transferencia en bipedestación.

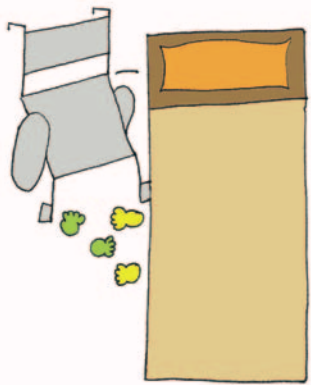
Requieren de la habilidad del paciente para emplear sus brazos y se emplean frecuentemente con personas que tienen amputaciones de los miembros inferiores, con paraplégicos o con tetraplégicos con una adecuada funcionalidad de los miembros superiores.

Para realizarlas es necesario el uso de una cama regulable en altura, para que la superficie hacia la que pasamos se encuentre más baja, creando así un pequeño desnivel que favorece el deslizamiento y una tabla de transferencias.

• **Transferencias sobre un eje de giro:** son las transferencias típicas que emplean los pacientes hemiplejicos, en las que la pierna sana actúa como eje de giro.

TRANSFERENCIA SOBRE UN EJE DE GIRO

1.- Quitar los reposapiés, colocamos la silla de ruedas próxima la cama, en un ángulo de aproximadamente 60° (cuando sea posible) de modo que el lado sano del paciente sea el más próximo a la cama y frenamos la silla.



2.- Explicamos al paciente la maniobra que vamos a realizar y nos aseguramos de que ha entendido lo que vamos a hacer. Colocamos los pies del paciente (siempre con calzado para evitar que el pie resbale), ligeramente separados, más o menos la anchura de las caderas.



3.- Nos colocamos frente al paciente, ligeramente oblicuos en una posición cómoda que nos permita girar con él. Situamos su pierna afectada entre nuestras piernas para estabilizarla y nuestras manos se sitúan en su espalda a la altura de las escápulas.



4.- Llevamos el tronco del paciente hacia delante y a partir de esta posición ayudamos al paciente a levantarse a través de una extensión de nuestras caderas y rodillas (nunca de nuestra espalda).



5.- Una vez el paciente se encuentra estable de pie, comenzamos a girar despacio a la camilla, dando un pequeño paso con su pierna sana y después nosotras ayudamos a la afecta. Repetiremos este movimiento hasta haber girado lo suficiente.



6.- Cuando la parte posterior de las rodillas del paciente tocan la camilla, el paciente flexiona el tronco hacia delante para sentarse al mismo tiempo que nosotros flexionamos nuestras rodillas y caderas para ayudar a bajar al paciente. Una vez ahí nos aseguramos de que el paciente está estable antes de dejarlo.

Para pasar de nuevo a la silla el procedimiento es a la inversa, nos aseguraremos de bajar la cama lo suficiente para que el paciente pueda tocar con los pies en el suelo antes de comenzar la maniobra y colocaremos la silla en su lado sano.

9 terapia ocupacional

Presentación del profesional:

- ☐ · El Terapeuta Ocupacional

Grupos:

- ☐ · Grandes dependientes
- ☐ · Dependientes en ABVD
- ☐ · Dependientes en AIVD

Recuerda:

- ☐ · Adaptación del entorno

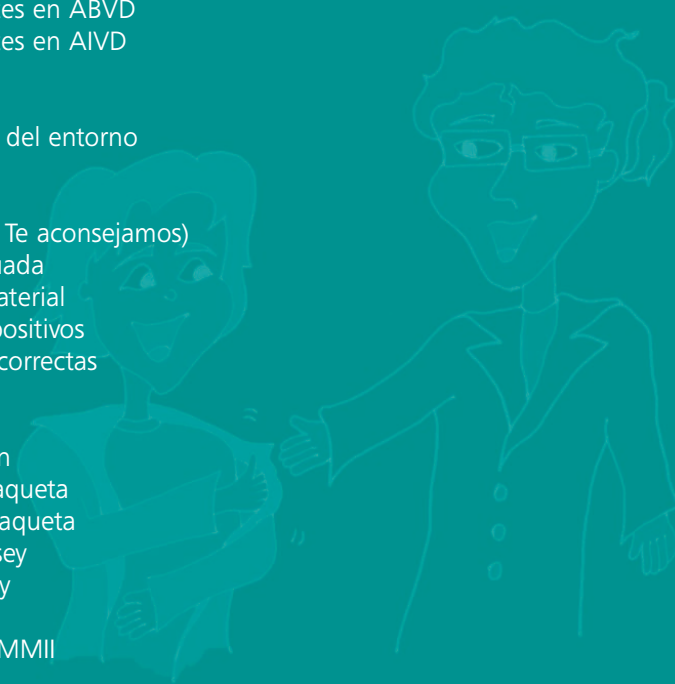
Consejos:

(Intenta evitar / Te aconsejamos)

- ☐ · Ropa adecuada
- ☐ · Lado del material
- ☐ · Refuerzos positivos
- ☐ · Prácticas incorrectas

Pasos a seguir:

- ☐ · Introducción
- ☐ · Ponerse chaqueta
- ☐ · Quitarse chaqueta
- ☐ · Ponerse jersey
- ☐ · Quitar jersey
- ☐ · Zapatillas
- ☐ · Vestido de MMII



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TERAPEUTA OCUPACIONAL



La “terapia ocupacional” es una disciplina de rehabilitación y readaptación que se encarga de:

- Rehabilitar mediante el trabajo o con una actividad que conduce a un fin.
- Readaptar al paciente a su nueva situación mediante el aprendizaje de nuevas formas de realizar diferentes tareas (vestirse, asearse, etc.).
- Acondicionar el entorno técnico y arquitectónico de la persona para una mejor recuperación. Si tenemos un espacio favorable a la persona, la recuperación será más positiva.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA TERAPIA OCUPACIONAL?

- Mejorar, mantener, compensar y prevenir las capacidades cognitivas, físicas, sociales, emocionales y funcionales de las personas que padecen una disfunción, ya sea de tipo transitorio, permanente y/o degenerativo.
- Asesorar en el proceso de conseguir la mejora de la autonomía personal de los pacientes.
- Ofrecer información y orientación a los pacientes, cuidadores y/o familiares, sobre la repercusión funcional derivada de la patología.
- Proporcionar información sobre ayudas técnicas y adaptaciones para el desempeño de las Actividades Básicas (tareas para el cuidado de uno mismo tales como el vestido, higiene personal, movilidad funcional), e Instrumentales (tareas de casa, manejo del dinero, etc.), y la adaptación de la vivienda.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

- Educando y entrenando nuevas habilidades funcionales para lograr el mayor grado de autonomía posible.
- Preparando al paciente para utilizar el material que le facilitará su autonomía.

- Valorando de manera individualizada el propio medio, para poder adaptar el entorno y utilizar las ayudas técnicas y adaptaciones que sean necesarias.
- Realizando un cambio de dominancia (entrenando el uso de la mano izquierda en los pacientes zurdos y viceversa), si lo requiere, con el fin de compensar y mejorar sus habilidades diarias.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TERAPEUTA OCUPACIONAL?

La actuación del terapeuta ocupacional puede darse durante:

- Fase subaguda: cuando el paciente se encuentra estabilizado clínicamente y se inicia el proceso de rehabilitación de las funciones alteradas. En esta fase será necesaria la máxima colaboración del paciente.
- Fase crónica o de secuelas: para mantener las capacidades funcionales adquiridas o preservadas.



GRUPOS: GRANDES DEPENDIENTES



Se considera “grandes dependientes” a aquellas personas que debido a la pérdida total de capacidad física (hemiplejías, paraplejías, etc), psíquica (estado vegetativo, respuestas mínimas, amnesia postraumática y deterioro cognitivo severo) y/o intelectual, sufren un gran impacto sobre su estado funcional cotidiano, requiriendo una asistencia completa para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

La función de la terapeuta ocupacional en los grandes dependientes no es un trabajo directo con el paciente sino con el cuidador, proporcionando información sobre:

- Los distintos tipos de ayudas técnicas y su manejo (dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad) como ejemplo: silla de ducha postural, grúa domiciliaria, cama articulada, etc.
- La adaptación del entorno (modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD) como por ejemplo: ducha con sumidero, ensanchamiento de puertas, etc. con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente.

GRUPOS: DEPENDIENTES EN ABVD



Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, sin las cuales la persona no puede mantener una vida digna. Entre ellas se encuentran: alimentación, aseo personal, baño, vestido, control de esfínteres y movilidad funcional.

Se considera “Dependientes en ABVD” a aquellas personas que tras sufrir las secuelas del daño cerebral poseen un potencial rehabilitable de las capacidades físicas (hemiplejías) y cognitivas (memoria, atención, resolución de problemas, etc.).

El objetivo de la Terapia Ocupacional en este tipo de pacientes es minimizar, en la medida de lo posible, los procesos de dependencia. Para ello el Terapeuta ocupacional se encarga de:

- Capacitar a la persona mediante el entrenamiento de nuevas habilidades funcionales y el desarrollo de estrategias compensatorias con la utilización de ayudas técnicas (herramientas empleadas por quién de un modo u otro no se desenvuelven con la capacidad física o sensorial normal) como por ejemplo: cuchillo-tenedor, tabla de baño, barras, etc.
- Valorar y asesorar la adaptación del entorno (modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD) como por ejemplo: modificación de puertas, baño, etc. Con la finalidad de promover el más alto nivel de independencia.

GRUPOS: *DEPENDIENTES EN AIVD*



Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son aquellas actividades que tienen un carácter más complejo y requieren una mayor destreza en los componentes de ejecución, tanto a nivel físico, como cognitivo. El grado de dependencia en la ejecución de estas actividades, indica la capacidad que tiene la persona para llevar una vida independiente en la comunidad.

Se consideran “Dependientes en AIVD” a aquellas personas que tras sufrir las secuelas del daño cerebral presentan déficit a nivel físico (hemiplejía, tetraparesia, etc.) o cognitivo (memoria, atención, planificación, etc.). La afectación cognitiva es más relevante, ya que los déficits físicos pueden ser compensados con el uso de ayudas técnicas (utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir o compensar movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad), como por ejemplo; tabla de cocina adaptada, enhebrador de agujas, tijeras con auto apertura, etc.

La función del terapeuta ocupacional en los sujetos dependientes en AIVD es:

- Capacitar a la persona mediante nuevas estrategias para que pueda llevar a cabo las actividades significativas dentro de su rol personal.
- Valorar y asesorar sobre la adaptación del entorno (cocina adaptada, grifos monomando, tendedero de baja altura, paneles orientativos, etc.)
- Proporcionar información sobre la adquisición y utilización de ayudas técnicas.



RECUERDA QUE: ADAPTACIÓN DEL ENTORNO

“La adaptación del entorno es aquella modificación ambiental que facilita el desempeño de las Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria (ABVD)”.

Tras sufrir daño cerebral es común que necesitemos adaptar nuestra casa y nuestro entorno a las necesidades y capacidades de nuestro familiar, por eso os presentamos una serie de ideas básicas.

ACCESO A LA VIVIENDA: DISPOSITIVOS SALVAESCALERAS

Existen diversos tipos de dispositivos salva-escaleras. Se pueden agrupar en: plataformas elevadoras, silla salva escaleras, orugas monta-escaleras y rampas.

La elección va a depender de las características de:

1. La escalera:
 - Si pertenece a una comunidad de vecinos o está dentro de su propia casa.
 - El ancho de la escalera.
 - La altura y distancia a salvar.
 - El número de giros a realizar.
2. El usuario:
 - Tipo de silla de ruedas que utiliza (tamaño y peso) y si es compatible con el dispositivo a utilizar.
 - Su dependencia respecto a la silla (es capaz de pasar de una silla a otra o no).
 - Necesidad y disponibilidad de una tercera persona.

A. PLATAFORMAS ELEVADORAS

Se dividen según su trayectoria en plataformas de desplazamiento inclinado o vertical.

· Plataforma con desplazamiento inclinado:
Compuestas por un raíl que se fija a la pared o al suelo, y una peana que se desliza por encima de las escaleras. Pueden salvar tramos de escaleras rectos o curvos. Superan una inclinación de entre 15 y 45° y soportan un peso máximo de 250 Kg.
Su tamaño varía entre los 60 cm. de ancho x 80 cm. de profundidad y los 140 cm. de ancho x 100 cm. de profundidad. La peana una vez desplegada ocupa entre 25-40 cm. del descansillo de la escalera.
Está dirigida a usuarios de sillas de ruedas que, para acceder a su domicilio, tenga que salvar un tramo corto de escaleras. Su mayor ventaja es que el propio usuario en su silla de ruedas puede accionar la plataforma sin necesidad de una tercera persona. En cambio, precisan mayor espacio que las sillas salva escaleras.

· Plataforma con desplazamiento vertical:
En este caso la peana no es plegable y puede deslizarse por unos raíles fijados verticalmente en la pared o, por un soporte vertical. Se asemejan a un ascensor de pequeñas dimensiones. La altura recomendable a salvar es de 3 a 4 metros, la profundidad de foso es de sólo 12 cm.
Se coloca cuando hay que superar desniveles superiores a 1 metro, cuando el hueco de la escalera es pequeño y para la fachada exterior de una casa unifamiliar de varias plantas.

B. SILLAS SALVA ESCALERAS

Se utiliza para tramos rectos, curvos y cambios de inclinación. La silla se desliza por un raíl. El asiento puede ser plegable y giratorio. Ascende una pendiente de unos 55° y un soporta un peso máximo de 136 Kg.
Está indicado para personas con problemas para subir y bajar escaleras, pero deben de tener un control de motor suficiente, como para mantenerse sentados en la silla y han de ser capaces de realizar o colaborar en la transferencia. Se aconseja su uso en domicilios de varias plantas cuando el usuario no necesite la ayuda de una tercera persona para las transferencias.

C. ORUGAS MONTA ESCALERAS

Aparato accionado por una batería eléctrica recargable que permite a un usuario en su silla de ruedas subir y bajar varios tramos de escaleras. La mayoría solo pueden seguir una trayectoria rectilínea, pudiendo girar

en el rellano de la escalera que debe medir cerca de 1 metro. Debe ser accionado por el acompañante con cierto grado de esfuerzo físico. Su peso ronda los 50-70 Kg. y sus dimensiones son 50 x 100 cm. aproximadamente y no suelen ser plegables. Elevan un peso máximo de 130-160 kg. y superan peldaños de unos 25 cm. Hay orugas que incorporan su propia silla que pueden ser extraíbles.

Está indicado para usuarios de silla de ruedas o personas con serias dificultades para subir y bajar escaleras, con domicilios situados por encima del primer o segundo piso.

Otro tipo de oruga con otras prestaciones similares, es la silla salva escaleras motorizada, que puede ser accionada por el propio usuario sin la necesidad de asistente. En cambio, obliga al usuario a hacer la transferencia de su silla a la oruga.

D. RAMPAS

· Rampas fijas:

Las pendientes máximas según la proyección horizontal del plano inclinado y dimensiones mínimas de la rampa son las siguientes:

- Mayor de 6m y menor igual que 9m pendiente máxima de 6%.
- Mayor de 3m y menor igual de 6m pendiente máxima de 8%.
- Menor igual de 3m pendiente máxima de 10%.
- Cruces ocasionales 1,20 de ancho.
- Cruces habituales 1,50 de ancho.
- Cruces continuos 1,80 de ancho.
- Mesetas 1,50 m.

· Rampas móviles o temporales:

Son rampas que permiten salvar una barrera arquitectónica a un usuario en silla de ruedas. Pueden ser de dos raíles o de una sola pieza. La rampa ha de ser sólida y de superficie antideslizante. Existen varios modelos y medidas de rampas:

· Sistemas de mini- rampas modulares: Son rampas muy pequeñas de varias alturas y anchura que, dispuestas en módulos, permiten pasar un escalón. Su uso más frecuente es en interiores y para salvar pequeñas alturas (plato de ducha). Son ligeras y portátiles.

· Cuñas para peldaños y umbrales.

· Rampas puente: Doble rampa que forma un triángulo que se utiliza para hacer de puente y superar obstáculos (marco de una ventana, desnivel de

alguna habitación, etc.). Son de uso doméstico.

· Rampas de corta longitud: Miden de 90 cm. a 1,5 m, permiten salvar varios escalones y el peso que soportan es de 225 Kg.

· Rampas telescópicas: Suelen ser de aluminio y muy ligeras, permiten variar su longitud para adaptarse a diferentes niveles. Facilitan la labor del usuario de la silla de ruedas o del acompañante, ya que cuanto más larga sea la rampa, menor será la pendiente a superar.

· Sistemas de rampas modulares: Son rampas de mayor tamaño con posibilidad de unión para formar un recorrido serpenteante ascendente. Suelen tener barandillas a los lados. Son útiles para acceder a alturas superiores al metro. Están dirigidas para usuarios de silla de ruedas que con frecuencia deban superar un mismo escalón de no mucha altura.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CASA:

PUERTAS Y PASILLO

· Cuando hayamos de utilizar sillas de ruedas tendremos que modificar el ancho de paso de las puertas interiores de nuestro domicilio. En primer lugar debemos preguntarnos si todas las puertas son necesarias. A veces puede resolverse el paso entre habitaciones con arcos o simplemente con marcos que dejen el paso diáfano sin ninguna puerta. También tendremos que asegurarnos que ningún mueble impida abrir completamente la puerta (hasta la pared).

· La anchura de las puertas será como mínimo de 80cm, si bien excepcionalmente se pueden permitir de hasta 70cm si estas se abren a más de 90°. Si las puertas son estrechas, se puede ampliar unos cuantos centímetros cambiando las bisagras por unas de tipo retroactivo que hacen que las puertas salgan del marco y se apoyen de plano en la pared. Una de las soluciones más prácticas y cómodas, si se dispone de espacio, son las puertas correderas, fáciles de manejar para una persona en silla de ruedas.

· Es preferible que sean abatibles hacia el exterior con un ángulo de apertura no inferior a 90°. En caso de abrir hacia el interior, el espacio de barrido de la puerta se considera espacio ocupado y por lo tanto no podrá invadir el espacio libre necesario para efectuar la maniobra de giro de la silla de ruedas.

- Para la apertura y cierre de las puertas, existen diversas adaptaciones, como abridores y tiradores ergonómicos, dispositivos para los picaportes y pomos, topes para mantener las puertas abiertas, mecanismos para evitar pillarse las manos y adaptaciones para las llaves.

- Es recomendable colocar en la parte inferior de la puerta un zócalo de protección a una altura entre 30 y 40 cm.

- En caso de que haya pestillos interiores, éstos deben permitir la apertura desde el exterior mediante un sistema antibloqueo; el picaporte se situará a una altura aproximada de 1m.

ENCHUFES E INTERRUPTORES

- La altura de los enchufes será como máximo a 40cm del suelo y los interruptores es aconsejable instalarlos a unos 140cm del suelo.

- Los pasillos de la vivienda deberán tener un mínimo de 120cm de anchura.

SUELOS

- Algunos de los factores que pueden provocar caídas dentro de casa son: suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, con baldosas sueltas. Por eso debemos evitar:

- Alfombras sin fijar, con puntas levantadas, con arrugas.

- Cables y otros elementos sueltos por el suelo.

- Es aconsejable que el suelo de la vivienda no sea de moqueta ni alfombras, porque eso dificulta los giros con la silla de ruedas.

DORMITORIO:

- Siempre que sea posible colocaremos una cama regulable en altura para facilitar las transferencias a la silla de ruedas. Generalmente, la altura del asiento de la silla está a 50cm.

- Es recomendable acoplarse a la cama un trapecio o triángulo, que permite a la persona cambios posturales y la movilidad en cama, en pacientes cuyos miembros superiores sean funcionales.

- Entre la cama y la pared es conveniente que exista un espacio de por lo menos 80cm (óptimo 100cm) para realizar las transferencias. A los pies de la cama debe disponerse de espacio para efectuar un giro con la silla (diámetro 150cm).

- Los armarios serán preferiblemente de puertas correderas o de doble hoja. La barra de la percha se situará a una altura de 140 cm. Pueden aprovecharse las mismas puertas para colocar barras para colgar prendas y hacerlas más accesibles.

BAÑO:

El baño es uno de los lugares de la casa donde ocurren más accidentes. Esto se debe a varios motivos:

- La higiene implica una gran variedad de movimientos y desplazamientos.
- El espacio con frecuencia es reducido.
- Se utilizan productos deslizantes como el agua y el jabón.

Para hacer del baño un lugar seguro y cómodo se recomienda:

- Instalar sistemas de apoyo (barras) firmes y antideslizantes (de plástico mejor que de metal).

- La temperatura del agua debería estar controlada por termostato, ya que en la ausencia de sensibilidad térmica y dolorosa en algunos pacientes hace que sea una fuente de posibles quemaduras.

- Los grifos serán preferiblemente monomando alargado para facilitar la regulación de caudal de agua.

- El suelo será antideslizante y, en el caso de colocar un desagüe o sumidero en el suelo, deberá estar impermeabilizado con tela asfáltica.

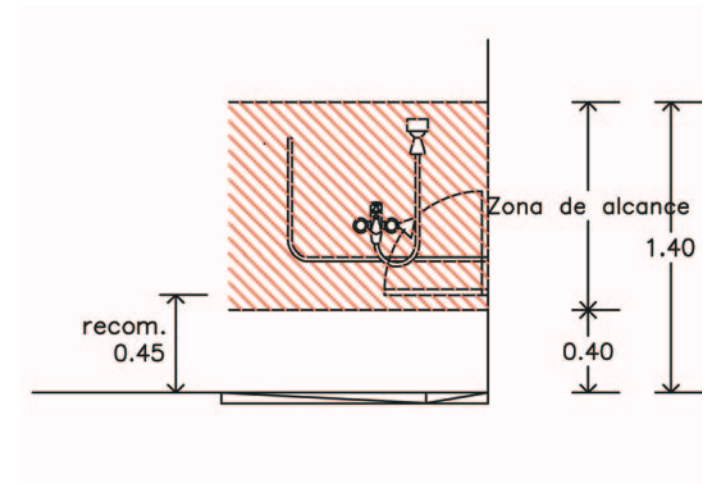
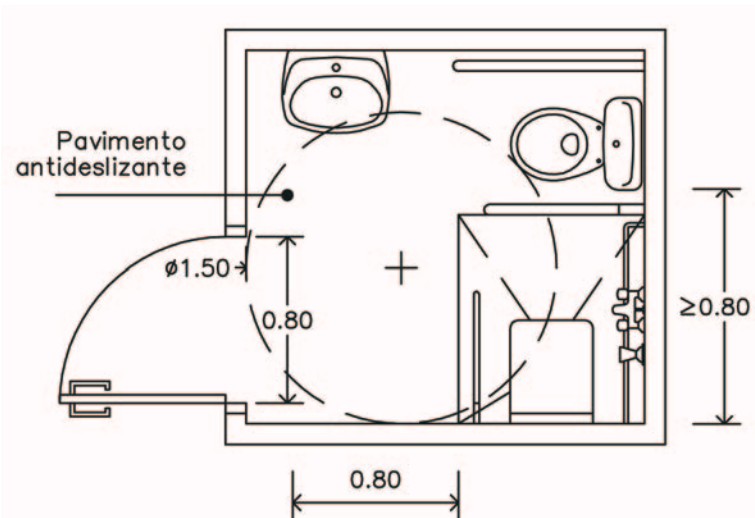
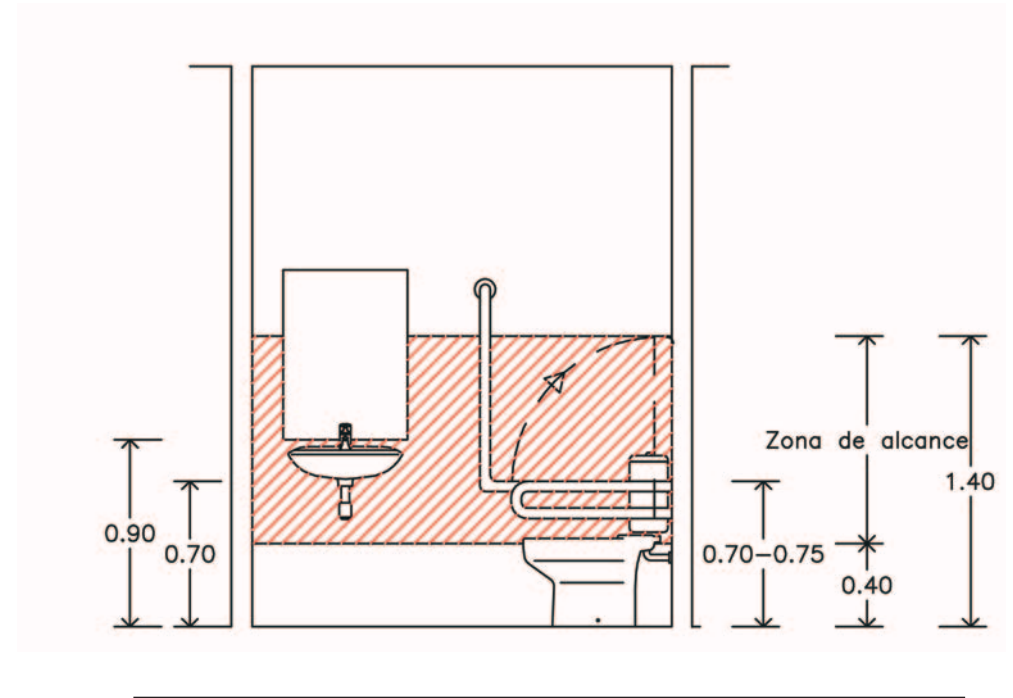
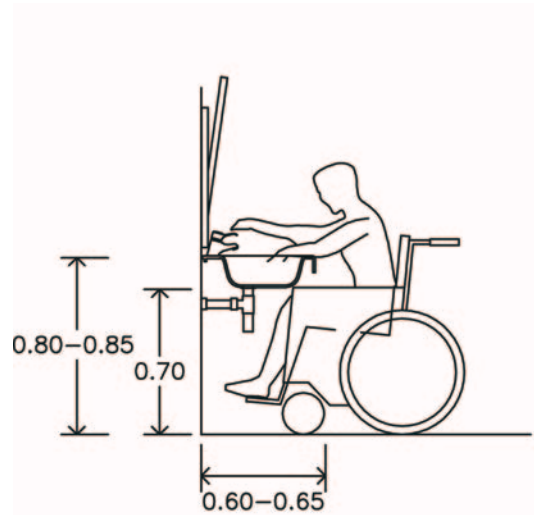
- Se recomienda que la persona que utiliza la silla de ruedas pueda acercarse frontalmente al lavamanos y de lado al inodoro. Los lavamanos no deberán tener pedestal, y el nivel superior estará a 0,80-0,85m del suelo.

- El espacio libre inferior será de 0,67-0,70m.

- en el inodoro para facilitar la transferencia desde la silla, lo idóneo es que la tapa del WC quede a unos 45cm del suelo.

- Los espejos se instalarán a una altura cuyo borde inferior esté como máximo a 0,90m. Todos los accesorios (estantes para vasos, cepillos de dientes, etc.) se colocarán a una altura que no exceda de 1,40m y que tampoco sea inferior a 0,35m.

- Es conveniente poner una alarma cerca de la ducha o WC para poder pedir ayuda en caso de caída accidental durante la transferencia.



CONSEJOS: *ROPA ADECUADA*

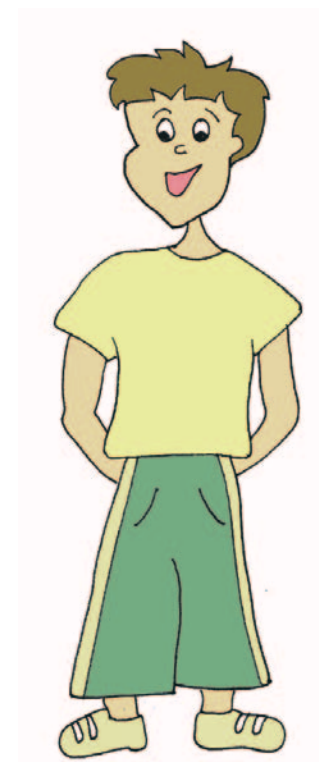
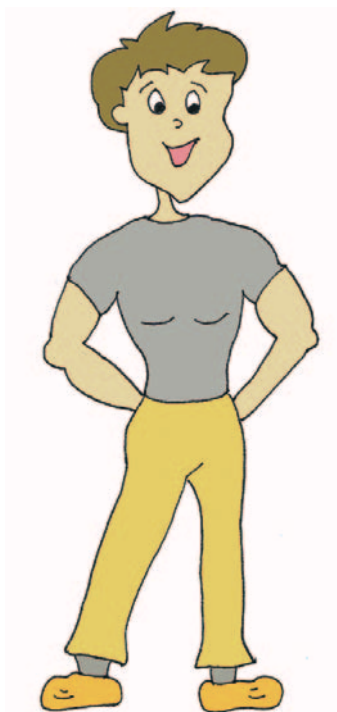
INTENTA EVITAR

Llevar ropas de vestir ajustadas y pesadas que puedan dificultar el vestido y desvestido.



TE ACONSEJAMOS

Llevar prendas de vestir anchas y livianas.



CONSEJOS: LADO DEL MATERIAL

INTENTA EVITAR

Situar el material de trabajo en el lado sano.



TE ACONSEJAMOS

Situar el material de trabajo en el lado afecto.



CONSEJOS: REFUERZOS POSITIVOS

INTENTA EVITAR

Regañar o gritar cuando hagan un ejercicio mal.



TE ACONSEJAMOS

Hacer uso de refuerzos positivos, animando a la persona en su proceso hacia la independencia.



CONSEJOS: PRÁCTICAS INCORRECTAS

INTENTA EVITAR

Realizar actividades que todavía no se han entrenado o para las que todavía no se está preparado.



TE ACONSEJAMOS

Entrenar con el cuidador aquello que se ha aprendido con el terapeuta.



PASOS A SEGUIR:

INTRODUCCIÓN

El paciente con hemiplejia, al que no poder usar una mano, ha anulado ciertas actividades, como vestirse, desvestirse, calzarse, realizar higiene, etc. El "¡no puedo!" está a la orden del día, y lo malo no es que el enfermo lo crea sino que su familia refuerce constantemente esta creencia.

Siempre que se enseñe a un hemipléjico a realizar una actividad de la vida diaria que no era capaz de llevar a cabo, primero habrá que proporcionarle las capacidades para hacerla y luego, cuando haya aprendido y practicado suficientemente la actividad con la T.O, deberá hacerla delante de la familia para que unos y otros sepan que sí es capaz y sí puede hacerla.

Motivar al paciente para la independencia y obligarle a practicar en la habitación lo que ha aprendido son tareas de la familia. Para los familiares es realmente difícil quedarse sin hacer nada mientras observan como titubea. Es preciso indicarles que es mejor no intervenir mientras la persona realiza la actividad para que el aprenda a resolver sus dificultades.

Nunca hay que pedir al paciente que realice algo en lo que no ha sido entrenado, pues a la larga ello podría potenciar actitudes que le conducirían a aumentar exageradamente el tono y podrían agravar el cuadro de espasticidad que presenta.

A continuación presentamos una serie de pasos a seguir para el vestido y desvestido.



PONERSE LA CHAQUETA:

Para facilitar el aprendizaje, hay que empezar a practicar con una prenda ancha, que pueda deslizarse fácilmente.

1) Buscar la sisa e introducir la mano afectada en la manga.



2) Subir la manga totalmente hasta el hombro.



3) Sujetar con la boca el cuello de la chaqueta.



4) Echar toda la prenda hacia atrás.



5) Llevar la chaqueta sobre el hombro contrario con la mano.



6) Introducir el brazo en la otra manga y terminar de colocar la prenda.



QUITARSE LA CHAQUETA:

1) Retirar la chaqueta del hombro afectado.



4) Dejar caer la chaqueta hacia atrás.



2) Sacar el hombro sano.



5) Sacar la manga del lado contrario.



3) A continuación sacar el codo del mismo lado.



PONERSE EL JERSEY O CAMISETA:

1) Buscar la sisa y meter la mano afectada en la manga.



4) Buscar el cuello.



2) Subir bien el jersey hasta el hombro y la sisa.



5) Pasar la cabeza por la apertura del cuello.



3) Colocar la otra manga.



6) Colocar bien alrededor del cuerpo.



QUITARSE EL JERSEY O CAMISETA:

1) Subir el cuerpo de la camiseta o jersey con la mano sana hasta colocarlo debajo de la axila.



2) Coger el cuello por la parte de atrás.



3) Sacar la camiseta por la cabeza hasta que esta salga completamente.



4) Bajar el jersey del lado afectado hasta el codo.



5) Coger el puño del lado sano por la boca y tirar hasta que se esconda la mano.



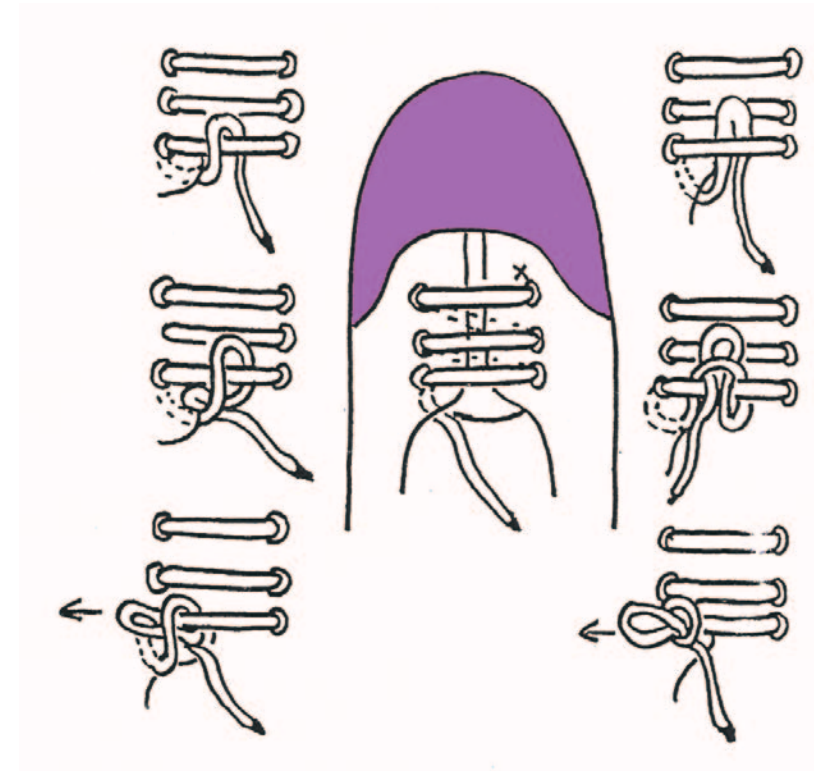
6) Sujetar el puño entre las piernas y sacar totalmente el brazo sano. A continuación, sacar el brazo afectado cuidando de no flexionarlo y llevarlo hacia atrás.



ATARSE LOS ZAPATOS:

Se precisa un cordón que no sea resbaladizo. En el agujero más cercano a la punta se hace un nudo que debe quedar en la parte externa. Se darán pasadas horizontales hasta el agujero más próximo a la pierna, y el resto del cordón deberá salir por el interior del zapato.

Una vez introducido el cordón, para atarlo hay que seguir los pasos indicados en los dibujos:



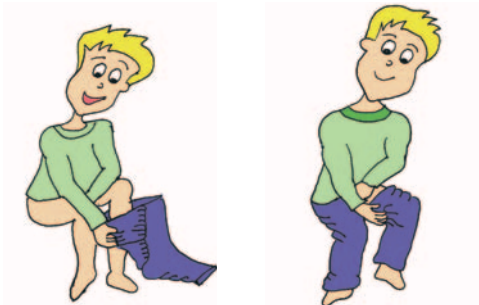
VESTIDO DE LA PARTE INFERIOR:

Siempre el paciente pueda pasar de la posición de estar sentado a Ponerse de pie de forma estable y sin ayuda

1) Cruzamos una pierna sobre la otra. Coger la cintura del pantalón y meter el pie afectado.



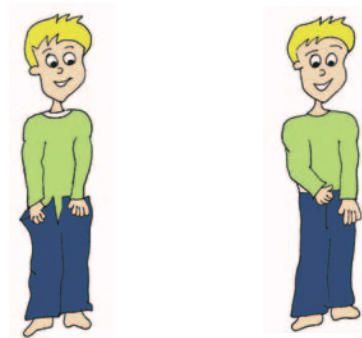
2) Meter bien la otra pierna y subir los pantalones hasta los muslos.



3) Encajarlos en las nalgas tan arriba como sea posible.



4) Ponerse de pie agarrando los pantalones y finalmente abrocharlos.



10 ortopedia

Presentación del profesional:

☐ · El Ortopeda

Recuerda:

☐ · Silla de ruedas

☐ · Ayudas Técnicas ABVD-AIVD

☐ · Ayudas Técnicas-Ortesis



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TÉCNICO ORTOPEDA



La "ortopedia" es la parte de la Medicina que estudia las deformaciones del cuerpo humano y su corrección por medios fisioterapéuticos, quirúrgicos o protésicos.

¿QUÉ ES UN ORTOPEDA?

Un ortopeda es un profesional de la salud que se encarga de:

- Hacer y ajustar aparatos ortopédicos y férulas (ortesis) para los pacientes que necesitan un sostén adicional para partes del cuerpo debilitadas a causa de una lesión, una enfermedad o trastornos de los nervios, los músculos o los huesos.
- Suministrar ayudas técnicas para la movilidad y la adaptación del entorno, como son andadores, muletas, sillas de ruedas, grúas, etc.

¿CÓMO TRABAJA EL ORTOPEDA?

El ortopeda trabaja en estrecha colaboración con el equipo de rehabilitación (médico rehabilitador, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta) y desempeña sus funciones:

- Adaptando los aparatos ortopédicos prefabricados a las necesidades propias de cada paciente (tipo de lesión, talla, medidas, etc.)
- Creando aparatos ortopédicos diseñados a la medida de las características del paciente.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL ORTOPEDA?

El ortopeda interviene durante todo el proceso rehabilitador realizando visitas periódicas al Servicio. Se adapta a las necesidades de cada paciente siguiendo los criterios del equipo rehabilitador.





RECUERDA QUE: SILLAS DE RUEDAS

“Existen una gran variedad de modelos de sillas de ruedas así como de accesorios para las mismas. Le ayudaremos a elegir la silla que más se acople a las necesidades del paciente”.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ELEGIR LA SILLA DE RUEDAS ADECUADA.

- Adecuación al usuario: debe ir adaptada a las dimensiones, peso y grado de discapacidad del usuario. Si el uso de la silla es permanente conviene que disponga de cojín anti-escaras.
 - Dimensiones de la silla: existen varias tallas para cada modelo y algunas son regulables en altura, anchura y profundidad.
 - Dimensiones y características del entorno: se debe tener en cuenta cuáles van a ser los lugares habituales de uso, la habitación, el baño, el coche o la vivienda. Hay sillas para exteriores, interiores o mixtas. Para pasar por las puertas deben quedar 5 cm. a cada lado de la silla, como mínimo.
 - Actividades diarias a realizar: se ha de valorar si el paciente es capaz de autopropulsarse, si se van a recorrer distancias largas, si realiza transferencias frecuentes y cómo las realiza.
 - Facilidad de plegado y de transporte: debe plegarse o desmontarse con facilidad. Las más sencillas son las de chasis plegable y las de ruedas de liberación rápida. El tamaño de plegado varía entre los 26 cm. de las sillas manuales y los 60 cm. de las sillas eléctricas.
- Es importante tener en cuenta el peso total de la silla, a menor peso mayor facilidad de transporte. El peso oscila entre los 15 Kg. de las sillas manuales y los 60 Kg. de las eléctricas.
- Seguridad: debe ser estable ante el vuelco y debe soportar el peso del usuario. Las sillas de ruedas eléctricas incorporan un control adecuado de velocidad y frenado.

A continuación os presentamos una pequeña clasificación de los distintos tipos de sillas de ruedas y los posibles complementos:

SILLAS DE RUEDAS MANUALES

Las sillas de ruedas manuales son aquellas que no poseen ningún mecanismo eléctrico. Podemos distinguir dos tipos de sillas manuales: las autopropulsables y las no autopropulsables.



SILLA DE RUEDAS AUTOPROPULSABLES:

Son aquellas sillas que poseen algún dispositivo o mecanismo que permite al paciente desplazarse de forma autónoma o bien puede ser impulsada por otra persona. Encontramos diferentes tipos:

- **Silla de palanca:** posee un mecanismo de autopropulsión a través de una palanca manual que le permite dirigir el movimiento de la silla. La palanca y el freno se sitúan en el lado sano del usuario.
- **Silla de propulsión bimanual:** el paciente se desplaza gracias a la propulsión desde las ruedas traseras.
- **Silla de ruedas bimanual con doble aro:** la silla dispone de unos engranajes o ejes que permiten al paciente dirigirla a través de un doble aro situado en el lado sano.

SILLAS DE RUEDAS NO AUTOPROPULSABLES:

Son aquellas sillas que requieren de una tercera persona para desplazarlas. Sus ruedas traseras suelen ser de menor tamaño. Dentro de este grupo encontramos:

- **Sillas de control postural:** los usuarios de este tipo de silla suelen poseer una movilidad reducida y un alto grado de dependencia. Suelen contar con una amplia gama de accesorios para adecuar la posición del usuario. Son de mayor tamaño y no son plegables, pero permiten la reclinación y la basculación del asiento.

SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS

Las sillas de ruedas eléctricas son impulsadas por una fuente de energía eléctrica y pueden ser de uso interior, exterior y mixto. Además pueden tener tracción delantera, trasera y total.

Este tipo de ruedas están ideadas para personas con incapacidad o severa dificultad para caminar, siendo imprescindible una capacidad cognitiva adecuada.

ACCESORIOS DE LAS SILLAS DE RUEDAS

Existe una estructura fija que poseen todas las sillas de ruedas, cuyos elementos pasamos a enumerar:

• **Reposapiés:** donde deben ir colocados los pies del usuario. Suelen ser abatibles y extraíbles para facilitar para la puesta en pie y el paso o transferencia del usuario desde la silla a otra estructura o viceversa.



• **Frenos:** suelen estar situados en la parte delantera de las ruedas y se accionan desde una pequeña palanca.



• **Asientos:** pueden ser fijos o plegables.

• **Reposabrazos:** son igualmente extraíbles o abatibles para facilitar las transferencias.



• **Respaldo:** puede ser de distinta consistencia en función de las necesidades del paciente. Los más rígidos se extraen pero no se plegan.



Además podemos añadir una serie de accesorios para adaptar la silla de ruedas a las necesidades propias del usuario. Entre ellos destacamos:

• **Cojín anti-escaras:** se emplean para evitar las úlceras de presión.



• **Sujeciones de silla:** son cinchas o dispositivos similares que se usan para mantener seguro al usuario en su silla. Entre ellas destacamos las cinchas pélvicas, las abdominales, las torácicas y el taco abductor.

• **Apoyos costales:** se emplean para evitar la caída del tronco del usuario hacia los lados. No son fijos y pueden retirarse y regularse en altura en función de las necesidades.

• **Reposacabezas:** se emplean en aquellos pacientes que no tienen un adecuado control cefálico.

• **Bipedestador:** pueden estar incluidos tanto en las sillas de ruedas manuales como en las eléctricas. Su función es facilitar el paso a la bipedestación (de pie) del usuario.



RECUERDA QUE: AYUDAS TÉCNICAS ABVD-AIVD

"Las ayudas técnicas son dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad".

Existe multitud de ayudas técnicas en el mercado que se ajustan a las necesidades específicas de cada paciente. A continuación hemos recopilado las más comunes, pero será el Terapeuta Ocupacional quién le aconseje las más útiles en función tanto de sus déficit físicos como cognitivos.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LAS AVD BÁSICAS

HIGIENE PERSONAL

• **Peines y cepillos de mango largo:**

para facilitar el peinado a personas con limitación de movimiento en las extremidades superiores.



• Mangos engrosados para cepillo de dientes o maquinilla de afeitar; para facilitar la prensión en aquellas personas que la tiene limitada.

• **Cepillo de uñas con ventosas:** se fija a cualquier superficie lisa, facilita su uso a personas con limitación de movimiento en una extremidad superior.

• **Cortauñas adaptado:** facilita su uso a personas con limitación de movimiento en una mano o para las que tienen dificultades manipulativas.

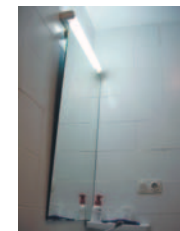


• **Grifo monomando:** para facilitar el uso a personas hemipléjicas.



• **Manopla o esponja con asideros;** para facilitar el uso a personas con limitación en la prensión de la mano.

• **Espejo reclinado;** para facilitar la visión desde la sedestación en silla de ruedas.



BAÑO / DUCHA

• **Esponja de mango largo:** para personas que presentan dificultad para alcanzar todas las partes del cuerpo.

• **Dispensador de gel o champú fijo en la pared:** permite obtener gel o champú con una sola mano (hemiplejías).



• **Grifos con termostato:** permite regular la temperatura del agua antes de abrir el grifo, sin la necesidad de hacer una tarea bimanual para graduarla. Evita quemaduras en personas con alteración de la sensibilidad.

• **Asiento giratorio para bañeras:** para facilitar el acceso y la actividad del baño en personas con movilidad reducida.

• **Banqueta o silla para ducha:** para realizar la ducha, en plato de ducha o sumidero, con total seguridad.

• **Barras o asideros:** para asegurar movimientos en el baño.

• **Bañera para cama:** para facilitar la higiene en personas encamadas o con movilidad muy reducida.

•Bandeja para la higiene del cabello en la cama.

INODORO / WC

• **Alza para inodoro:** para facilitar la sedestación y el paso a bipedestación en personas con movilidad reducida (hemiplejías, rotura de cadera, etc.).

• **Asideros o barras abatibles:** para facilitar la transferencia al wc.



VESTIDO

• **Abotonador:** permite realizar el atado de botones con una sola mano.



• **Calzador de calcetines y medias:** para facilitar el vestido y desvestido de los pies en personas con dificultad para flexionarse.



• **Calzador de mango largo:** para facilitar la colocación de los zapatos en personas con dificultad para la flexión de tronco.

• **Tirador de cremallera:** facilita la actividad con una sola mano en personas con falta de sensibilidad o de destreza.

• **Banco bajo para facilitar el vestido/desvestido de pies.**

• **Pinzas de largo alcance.**



ALIMENTACIÓN

• **Mangos para cubiertos:** los hay de diferentes grosores, materiales y pesos y permiten a personas con espasticidad, debilidad muscular u otros problemas, poder agarrar los cubiertos más cómodamente y con mayor facilidad.

• **Cubiertos acodados:** facilitan la actividad en aquellas personas que tienen limitación en la movilidad de la muñeca.



• **Cubiertos con asideros:** útil para aquellas personas con dificultades para sostener objetos con los dedos.

• **Cuchillo basculante:** permite el corte por deslizamiento y balanceo con una sola mano.

• **Cuchillo Nelson:** para cortar y comer con una sola mano.



• **Platos con reborde de retención:** útil para personas que comen con una sola mano y no pueden ayudarse con la otra para empujar la comida.

• **Vaso – copa:** base adaptada para personas que no pueden realizar la prensión.



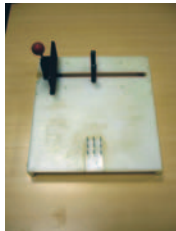
• **Antideslizante:** facilita la actividad en aquellas personas que la realizan con una sola mano, evitando que se mueva el plato.



AYUDAS TÉCNICAS PARA AVD INSTRUMENTALES

PREPARACIÓN DE COMIDAS

• **Tabla adaptada para cortar o sujetar botes:** útiles para personas que realizan la actividad con una sola mano.



• **Pelador:** permite pelar alimentos a personas con dificultad en la manipulación.

• **Abridores:** utensilio de goma que facilita la apertura de botellas o envases en personas con la fuerza muscular reducida.



• **Cepillo con ventosas:** para facilitar el lavado de vasos.

CUIDADO DE LA ROPA

• **Lavadora de carga frontal:** para usuarios en silla de ruedas y de carga superior para personas con problemas para realizar la flexión de tronco.

• **Tendedero de baja altura:** para acceder desde la silla de ruedas, o si la persona tiene limitación en el arco de movimiento de los miembros superiores.

• **Enhebrador de agujas:** para personas que realizan la actividad con una mano.

• **Tijeras con auto-apertura.**

• **Bastidor para que sujete la prenda:** el bastidor realiza la función de la otra mano en una persona hemipléjica.

USO DEL TELÉFONO

• **Teléfonos especiales:** con los números más grandes; para facilitar el uso en personas con déficits visuales.

• **Posicionadores para teléfonos.**

• **Teléfono manos libres.**

CONTROL DE LA MEDICACIÓN (dosis, horarios,etc)

• **Dosificador de pastillas (pastillero):** para facilitar el control de la medicación en personas con déficits en la atención y la memoria.

• **Corta pastillas:** permite cortar o triturar los medicamentos en caso de problemas para poderlos tragar.



RECUERDA QUE: AYUDAS TÉCNICAS – ORTESIS

“Las ayudas técnicas y ortesis se emplean para mantener recorridos articulares, aumentarlos o facilitar la movilidad y/o la marcha. La colocación y el uso de los mismos será indicado por los distintos profesionales del equipo”.

ORTESIS PREVENTIVAS:

Son dispositivos ortopédicos que se emplean para prevenir posibles deformidades, manteniendo la articulación o segmento corporal en una posición adecuada o funcional.

Suelen estar hechas de un material rígido o semirígido como termoplástico o resinas y están acolchadas en su interior para evitar roces o heridas.



ORTESIS CORRECTIVAS:

Las ortesis pueden también ser progresivas, lo que nos permite no sólo mantener el recorrido articular existente sino ir aumentándolo progresivamente.



AYUDAS TÉCNICAS PARA LAS TRASFERENCIAS:

• **Disco de transferencia:** facilita la rotación de los pies durante la transferencia.

• **Tablas de deslizamiento:** se emplean para facilitar el paso de una persona de una superficie a otra, (de la silla a la cama o viceversa, por ejemplo).

Suelen ser de madera o de plástico flexible, con los bordes redondeados y con 2 hendiduras en los extremos para cogerse a ellas.



• **Grúas:** se emplean para el traslado de pacientes con elevado grado de dependencia. Suelen ser hidráulicas o eléctricas y poseen un arnés que se debe colocar debajo del cuerpo del paciente para después elevarlo. Debido a su tamaño requieren un importante espacio para su almacenaje y para maniobrar con ellas, por lo que en ocasiones es necesario adaptar el entorno (el ancho de las puertas, por ejemplo) para su uso.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LA BIPEDESTACIÓN

La bipedestación es una de las posturas más importantes que adopta el ser humano ya que, ayuda a regular el tránsito intestinal y renal, a prevenir la osteoporosis, etc. Cuando la lesión del paciente impida que se ponga de pie de forma independiente es interesante facilitarle esta postura, ya sea con el plano inclinado o con el bipedestador. En ambos prestaremos especial atención al apoyo de los pies, para asegurarnos de no causar ningún tipo de lesión al pasar el peso del cuerpo.

PLANO INCLINADO:

Se trata de una camilla eléctrica con una serie de cinchas que permiten sujetar al paciente. Mediante unos mandos el paciente puede cambiar progresivamente de posición desde tumbado a de pie (90°). Como ventaja encontramos que podemos elegir el ángulo de inclinación al que queremos trabajar, por si la posición bípeda produce mareos (hipotensión ortoestática) en las primeras sesiones.



BIPEDESTADORES:

Son unos dispositivos que facilitan la bipedestación. Suelen llevar unos apoyos a nivel de tibia, sacro (culete) y en la parte anterior del abdomen. En ocasiones llevan un dispositivo eléctrico o hidráulico para facilita el paso a la bipedestación. También existen sillas de rueda eléctricas con bipedestador incluido.



AYUDAS PARA LA MARCHA: ORTESIS:

En este apartado vamos a recoger las ayudas técnicas que se suelen colocar en los miembros inferiores para facilitar tanto un adecuado apoyo del pie como la marcha.

RANCHO DE LOS AMIGOS:

Se trata de un dispositivo semirígido de termoplástico que se coloca en el zapato o zapatilla, formado por una plantilla y una especie de abrazadera que va a la punta del pie para evitar que tropiece con el suelo durante la marcha. Si es necesario se pueden acoplar alguna cincha o alguna pequeña cuña para asegurarnos de que el apoyo es el adecuado.



KLENZACK:

Es un dispositivo de metal integrado en una bota, con una articulación a nivel de tobillo que gracias a un sistema de muelles lleva el pie hacia una flexión dorsal (punta del pie hacia arriba) durante la fase de avance de la marcha.



OTRAS FÉRULAS DINÁMICAS:

Existen otra serie de ortesis que mediante algún tipo de dispositivos, ya sean muelles o gomas, mantienen el pie a 90° (impidiendo que arrastre) pero dejan libre la flexión dorsal, favoreciendo la aparición de movimiento activo.

Para facilitar la marcha también existen ortesis dinámicas propias de otras articulaciones como la rodilla o la cadera.



BITUTOR:

Es una ortesis que abarca dos articulaciones: rodilla y tobillo. Mantiene la rodilla en extensión y el pie en una posición que facilita la marcha.

AYUDAS TÉCNICAS:

BASTONES:

Se emplean para dar estabilidad y seguridad al paciente mientras camina. Existen distintos modelos que varían en el número de patas, el material o el tipo de empuñadura. Normalmente se emplea el bastón cuadrípode. Tanto el bastón como la muleta se emplean en el brazo contrario a la pierna afecta y la empuñadura debe quedar entre 10-15 cm. por debajo de la cintura.

MULETAS:

Son un tipo de bastones con el extremo superior adaptado sobre el que se apoya el antebrazo. El apoyo se suele realizar sobre una sola pata por lo que ofrecen menos estabilidad y requieren un mayor equilibrio y control durante la marcha por parte del paciente.



ANDADORES:

Se emplean para personas con mayores dificultades para caminar, aunque su uso no siempre es posible ya que requiere la movilidad de ambos brazos para su manejo. Existen diversos modelos:

· Con ruedas: el paciente desliza el andador sobre el suelo al mismo tiempo que camina.



· Sin ruedas: el paciente tiene que levantarlo para avanzar a cada paso, con lo cual necesita una mayor estabilidad.



11 trabajo social



Presentación del profesional:

☐ · El Trabajador Social

Recuerda:

☐ · Secuencia de Trabajo Social

☐ · Consejos generales

☐ · Ayudas derivadas del certificado de Minusvalía

☐ · Diagrama de Minusvalía

☐ · Diagrama de Invalidez

☐ · Ayudas y prestaciones para la Integración Laboral

☐ · Prestaciones de los Servicios Sociales

PRESENTACIÓN DEL PROFESIONAL: EL TRABAJADOR SOCIAL



El “Trabajo Social” entiende la intervención terapéutica como un todo, actuando en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente: familia, amigos, escuela, trabajo y entorno social; adecuando cada intervención de forma individualizada, buscando la mayor autonomía en cada caso y su reinserción familiar, social y laboral.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE EL TRABAJADOR SOCIAL?

- Atender a las familias, ayudándoles y orientándoles a que realicen un nuevo replanteamiento de vida.
- Prevenir la sobrecarga familiar acompañándoles, en especial al cuidador, en la resolución de problemas: familiares, sociales y laborales que se generen durante el proceso de su rehabilitación.
- Conseguir una reincorporación familiar y social, buscando la mayor calidad de vida de cada paciente y de su cuidador.
- Alcanzar una reinserción laboral, conjugando las posibilidades de cada persona y las ofertas existentes.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El trabajador social consigue estos objetivos:

- Realizando entrevistas a las familias que le permiten conocer los aspectos familiares, laborales, escolares, sociales, legales... de cada caso.
- Informando de los recursos existentes para la atención o solución de problemas detectados.
- Tramitando y gestionando los recursos, cuando éstos suponen una sobrecarga para la familia.
- Coordinando su trabajo con las instituciones y organismos necesarios para cada caso.
- Buscando los recursos sociales o laborales, según requiera cada paciente.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TRABAJADOR SOCIAL?

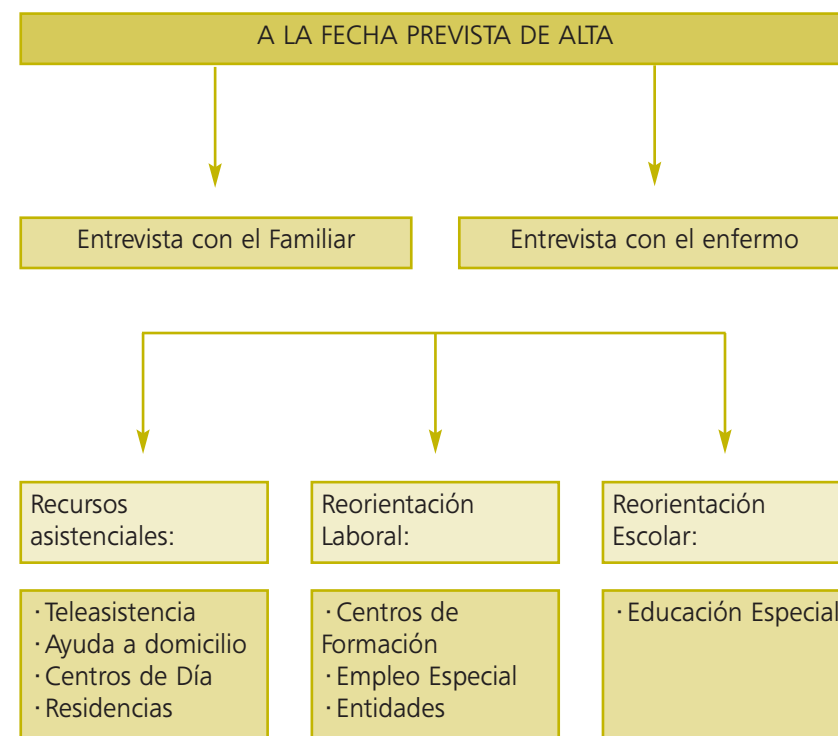
- Al Ingreso: entrevista familiar.
- Durante el proceso rehabilitador: informando, tramitando y gestionando los recursos que cada caso precise. Lo cual requiere un contacto permanente con las familias.
- Al alta: buscando el recurso idóneo/posible para cada paciente.

Todo ello se realiza en coordinación con los demás miembros del equipo rehabilitador.





RECUERDA QUE: **SECUENCIA TRABAJO SOCIAL**





RECUERDA QUE: CONSEJOS GENERALES

“El Trabajador Social nos informa, asesora, tramita y gestiona todo tipo de recursos durante el proceso de rehabilitación, pero requiere de nuestra colaboración para facilitar este proceso”.

Así os presentamos una serie de recomendaciones generales que puede realizar el familiar y/o cuidador para facilitar su labor:

- Al ingreso debe cumplimentar los datos que conozca de la Historia Social que se le facilitará a la entrada.
- Debe acudir a la primera entrevista con el Trabajador Social con la fotocopia del carnet de identidad y la tarjeta SIP del enfermo.
- Cuando se le solicite debe firmar los documentos para la solicitud del Certificado de Minusvalía del paciente para que se tramite.
- Es importante consultar e informarse de las gestiones y trámites sobre las prestaciones regladas y las ayudas sociales.
- No hay que dejar para el momento del alta la información y tramitación de los recursos asistenciales. Son tramitaciones costosas por la documentación que requieren y lentas en su consecución.
- Hay que compatibilizar en la medida de lo posible la reorientación laboral y cobro de prestaciones, por lo que hay que informarse bien antes de tomar una decisión.
- La reincorporación laboral y el cobro de prestaciones no siempre es posible, por lo que necesitará una información previa a la toma de decisiones.
- Debe solicitar hora para tener una entrevista con el trabajador social para que le pueda atender en condiciones.

RECUERDA QUE: AYUDAS DERIVADAS DEL CERTIFICADO DE MINUSVALÍA

Es requisito imprescindible para poder optar a estas ayudas estar en posesión del Certificado de Minusvalía, con un grado igual o superior a un 33%.



1º AYUDAS DE TIPO ECONÓMICO

- Pensión no contributiva. Se tramita a través de los Servicios Sociales Municipales. Grado de minusvalía requerido: 65%
- Ayuda de Tercera persona, con un grado de minusvalía superior a un 75%.
- Prestación Familiar por hijo a cargo, cuando el minusválido es menor de 18 años. Las solicitudes se realizan en el INSS.

2º AYUDAS EN EL CAMPO EDUCATIVO

- Becas escolares y/o cheque escolar.
- Centros de Educación especial.
- Acceso a la reserva de plazas en las Universidades.

3º AYUDAS RELACIONADAS CON EL TRANSPORTE

- Servicio de Transporte Especial de la EMT. Teléfono de información: 963528386.
- Tarjeta dorada de RENFE. Teléfono de información 902240202
- Tarjetas de aparcamiento de minusválidos. Cuando el Certificado de minusvalía incluye la movilidad reducida con un baremo de 7 o más puntos. Se solicita en los Ayuntamientos.
- Ayudas para la adaptación de vehículos. Convocatoria de subvención anual. Se solicita a través de los Servicios Sociales Municipales.
- Exención del impuesto de circulación, cuando el minusválido dispone de vehículo. Solicitudes en los Ayuntamientos.

4° AYUDAS RELACIONADAS CON LA VIVIENDA

- Ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda o en el edificio.
- Ayudas Técnicas adaptación funcional del hogar y adquisición de útiles (grúa, cama articulada, etc.) Se tramita a través de los Servicios Sociales municipales.
- Ayudas para la obtención de la licencia municipal (para los casos de reforma) Departamento de urbanismo municipal.
- Ayuda para la adquisición de vivienda para minusválidos (información a través del PROP).

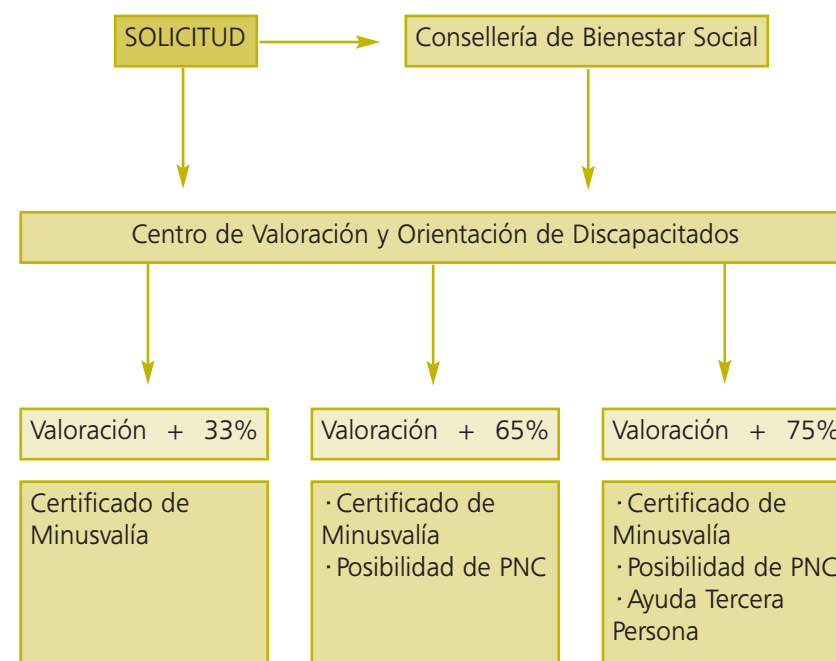
5° AYUDAS FISCALES

- Deducción de la base imponible en el IRPF (en la renta).
- Exención del impuesto de matriculación de vehículos.
- Reducción del impuesto por sucesiones (herencias). Información en las oficinas de Hacienda.
- Exención del impuesto de Circulación anual.

6° OTRAS AYUDAS

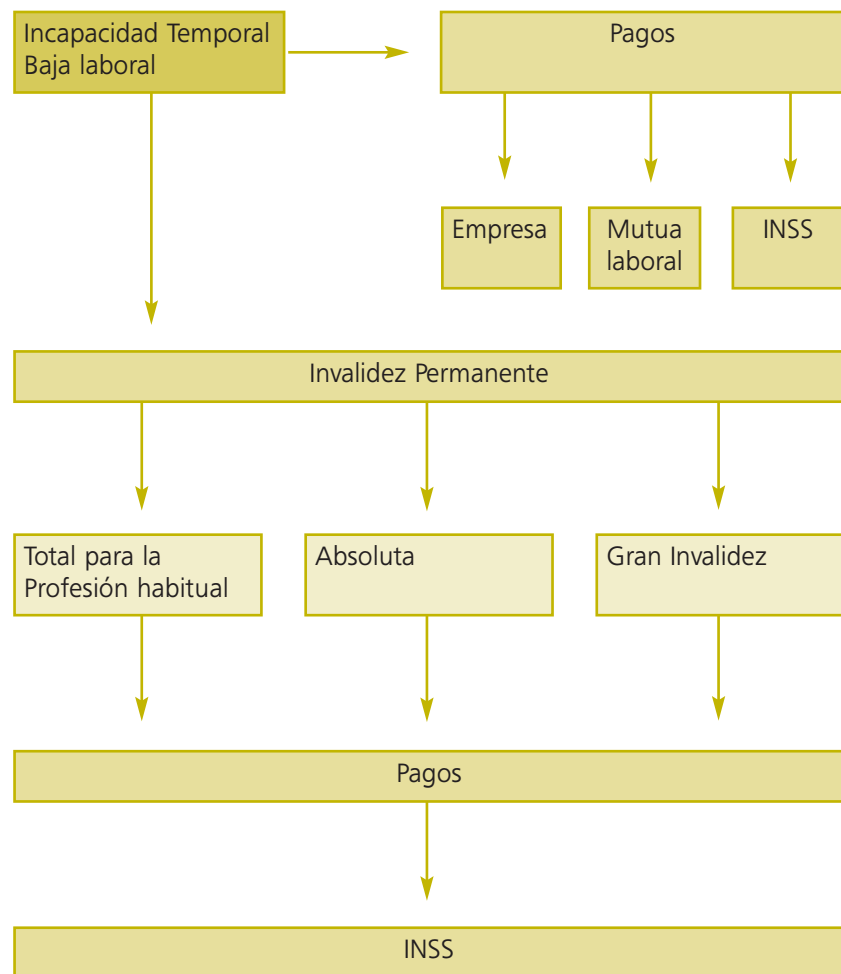
- Asistencia farmacéutica gratuita:
 - para los menores de 18 años con un grado igual o superior al 33%.
 - para los mayores de 18 años con un grado superior al de 65%.
- Libro de familia numerosa (con 2 hijos siendo uno de ellos minusválido).
- Acceso al programa de Termalismo Social. A través de los servicios sociales municipales.

RECUERDA QUE: **DIAGRAMA DE MINUSVALÍA**





RECUERDA QUE: **DIAGRAMA DE INVALIDEZ**



RECUERDA QUE: **AYUDAS Y PRESTACIONES PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL**

La Integración laboral es la posibilidad de poder realizar un trabajo normalizado, bien el que se desempeñaba anteriormente u otro de características diferentes.

El Certificado de Minusvalía con un grado entre el 33% al 64% permite una relación laboral normalizada. La empresa contratante obtiene por esta contratación una bonificación de la Cuota de la Seguridad Social del trabajador minusválido.

Para la inscripción en el registro de demanda de empleo de minusválidos en el SERVEF, se precisa de una Ficha especial que se facilita en el Centro de Diagnóstico y Orientación de la Dirección General de Bienestar Social. Cuando no es posible por razón de la discapacidad reintegrarse al puesto de trabajo anterior pueden optarse a:

- Empleo Autónomo. Existen subvenciones a fondo perdido reguladas anualmente que se publican en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.
- Acceso a cursos de formación de garantía social y a talleres de inserción sociolaboral. Información en las oficinas del SERVEF o en los Servicios Territoriales de la Conselleria de Empleo.

Si el déficit del paciente no permite un trabajo normalizado, existen centros intermedios que posibilitan un mínimo de actividad laboral. Se relacionan a continuación de mayor a menor actividad laboral:

- Centros Especiales de Empleo. Existe una relación contractual y un salario.
- Centros de Reinserción Social.
- Centros Ocupacionales.

En estos dos últimos casos no hay contrato laboral ni nómina. Puede existir alguna gratificación.

Cuando se cobra una pensión de la Seguridad Social por invalidez se debe consultar siempre antes de iniciar una relación laboral.



RECUERDA QUE: **PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

Todos los servicios y centros que se relacionan a continuación pueden tramitarse a través de los Servicios Sociales municipales.

1º AYUDA A DOMICILIO

Solicitud en los Servicios Sociales municipales. Suponen la ayuda de una tercera persona para colaborar en la higiene del enfermo, tareas domésticas, compra, elaboración de la comida y acompañamiento.

2º TELEASISTENCIA

Avisador de solicitud de ayuda a domicilio. Lo lleva el paciente colgado al cuello o en forma de pulsera y al pulsarlo se avisa a la central telefónica que recoge el aviso. La solicitud para obtener este servicio se cursa en los Servicios Sociales de los ayuntamientos. Existen ayudas económicas para subvencionarlo.

3º CRIS

Centros de rehabilitación e integración social. Son servicios dirigidos a personas con un deterioro significativo de las capacidades funcionales, donde se realizan trabajos adecuados a las necesidades de los usuarios.

4º CENTROS OCUPACIONALES

Son centros para discapacitados que por sus déficit no pueden incorporarse a un programa educativo de readaptación laboral. Son para mayores de 18 años y se solicitan en los Servicios Sociales municipales.

5º CENTROS DE DÍA

Recurso social intermedio entre el domicilio y la residencia. Se presta atención sociosanitaria al paciente y de apoyo a la familia. Tienden a promover la autonomía personal del enfermo y su permanencia en su entorno. Retrasan los ingresos residenciales. Los servicios que ofrecen son:

Servicios básicos:

- Acogida: con horario de lunes a viernes de 8h a 20h (optativo para el paciente).
- Restauración: desayuno, cocina y merienda.
- Atención social (animación sociocultural).
- Higiene personal (baño).
- Atención a la salud (médica, psicológica, enfermería, terapia ocupacional, RH) de mantenimiento.
- Transporte adecuado.

Servicios opcionales:

- Podología.
- Peluquería.
- Otros.

6º RESIDENCIAS DE RESPIRO

Son residencias que sirven de vivienda temporal (por un periodo determinado) que permiten a las familias ausentarse por un periodo concreto.

7º CENTRO RESIDENCIALES

Son Centros de convivencia que sirven de vivienda permanente, donde se presta atención integral y continuada; atienden diferentes niveles de dependencia y ofertan planes de cuidados personalizados.

La Cartera de servicios es la misma que para los Centros de día, con horario de 24 horas.

12 glosario



ABVD: (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias. Estas son: alimentación, aseo personal, baño, vestido, control de esfínteres y movilidad funcional.

ACATISIA:

Se caracteriza por un sentimiento de intranquilidad y la compulsión a realizar movimientos, que afecta principalmente las extremidades inferiores.

ACCIDENTE LABORAL:

Cuando el accidente se produce en el horario laboral o en el trayecto de entrada y salida. No se requiere carencia.

ACETILCOLINA:

Sustancia química neurotransmisora. Es el neurotransmisor en la unión entre el nervio y el músculo.

ACINESIA:

Trastorno del movimiento caracterizado por una ausencia del mismo.

ADAPTACIÓN DEL ENTORNO:

Modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD.

AFASIA:

Pérdida o alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral y que consiste en una alteración de la comprensión y de la formulación de mensajes verbales.

AGITACIÓN:

Síntoma de uno o más procesos físicos o psicológicos, en el cual el comportamiento motor o el lenguaje de un paciente (gritos, chillidos, quejidos, sollozos, palabrotas, inquietud, caminar con impaciencia o vagar) suponen un riesgo o una molestia impidiendo o dificultando la ejecución de tareas así como de su cuidado.

AGNOSIA:

Pérdida total o parcial de la capacidad de reconocer estímulos sensoriales. Las agnosias suelen incluir clases específicas de estímulos, tales como agnosia para los colores, o una alteración más global, como la agnosia visual.

AGRAFÍA:

Pérdida o alteración de la capacidad para producir lenguaje escrito, debido a una lesión cerebral adquirida.

AGRAMATISMO ("Habla india"):

Un modo de hablar "telegráfico", que asociamos al tópico del habla de los indios. Cuando este fenómeno se produce, el paciente, aunque conoce el significado de una palabra, encontrará dificultades en el momento de ubicarla en una frase.

AIVD: (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

Son aquellas actividades que tienen un carácter más complejo y requieren una mayor destreza en los componentes de ejecución, tanto a nivel físico, como cognitivo. El grado de dependencia en la ejecución de las actividades, indican la capacidad que tiene la persona para llevar una vida independiente en la comunidad. Estas son: utilización del teléfono, manejo de la medicación, manejo de dinero, utilización de medios de transporte, etc.

ALEXIA:

Pérdida o alteración adquirida de la habilidad para comprender el lenguaje escrito como consecuencia de una lesión cerebral. El hecho de que un paciente no pueda leer en voz alta no implica necesariamente que no comprenda aquello que, efectivamente, esta pudiendo "leer", pero no comunicar.

ALUCINACIONES:

Fuerte percepción de un evento u objeto que no ocurre en la realidad en el momento presente; puede involucrar cualquiera de los sentidos (el visual, auditivo, gustativo, olfatorio o táctil).

AMAUROSIS:

Disminución grave o pérdida total de la visión, debido a una causa orgánica.

ANEMIA:

Disminución de la hemoglobina en sangre.

ANESTESIA:

Pérdida total o parcial de la sensibilidad.

ANOSMIA:

Incapacidad para oler.

ANARTRIA:

Trastorno motor del lenguaje, caracterizado por una pérdida de la capacidad de articulación del lenguaje consecuente a una lesión cerebral. Se pierde la capacidad de poder movilizar voluntariamente los órganos fonadores: maxilares, labios, lengua, diafragma, músculos intercostales, laringe.

ANOMIA:

Trastorno del lenguaje que reduce la expresión oral. Dificultad de acceder al léxico, o nombrar las cosas por su nombre, similar a la sensación de "tener constantemente la palabra en la punta de la lengua".

ANSIEDAD:

Sentimiento subjetivo de inquietud, miedo o presentimiento que oscila desde una preocupación excesiva sobre el presente o el futuro hasta sentimientos de angustia. Las manifestaciones consisten en palpitaciones, sequedad de boca, dilatación pupilar, disnea suspirosa, dificultad respiratoria, sudoración con palidez cutánea, y malestar abdominal, temblor y mareos.

APATÍA:

Trastorno de la motivación o de iniciativa que consiste en una falta de la misma.

APRAXIA:

Es la incapacidad para planificar y realizar movimientos determinados, aun siendo capaces de realizarlos y siendo conscientes del movimiento. Distinguimos dos tipos de apraxia: ideomotora e ideatoria.

APRAXIA IDEATORIA:

Incapacidad para planificar y realizar un movimiento funcional complejo, el cual requiere una secuencia lógica de varios gestos. Sin embargo, sí que puede realizar cada uno de los gestos de forma aislada. Ejemplo: el paciente es incapaz de ponerse la chaqueta por sí mismo, pero puede hacerlo si le vamos indicando los diferentes pasos a seguir en cada momento.

APRAXIA IDEOMOTORA:

Es la incapacidad (o capacidad comprometida) de programar, secuenciar y ejecutar gestos intencionados, sea a la orden o por imitación, como consecuencia de una lesión cerebral. La apraxia no se corresponde con la pérdida de fuerza, de sensación o de coordinación muscular, tampoco por falta de atención. La persona falla en la ejecución de determinados gestos (como cepillarse el pelo), aun cuando posee la capacidad física para realizarlos.

APRENDIZAJE:

Capacidad para adquirir nuevos conceptos.

ASPIRACIÓN:

Atragantamiento provocado por la introducción en las vías aéreas de alimentos (sólidos o líquido) el cuerpo como mecanismo de defensa en acto reflejo, produce la tos cuando ocurre un atragantamiento, para expulsar el alimento de las vías aéreas. Pero en este tipo de pacientes, ese reflejo no siempre se produce, provocando una "aspiración en silencio". Un proceso de repetidas aspiraciones silentes puede ocasionar un cuadro de neumonía que puede provocar la muerte.

ATAXIA:

Trastorno en la coordinación del movimiento. Los movimientos son torpes y la marcha inestable. También puede afectar la postura. Además puede existir temblor en los miembros, que de modo habitual empeora al final del movimiento. Se trata de una alteración muy característica en los síndromes cerebelos.

ATENCIÓN:

Es la función cognitiva fundamental que permite que durante el aprendizaje o durante una labor intelectual determinada podemos concentrarnos en los estímulos nuevos y percibir adecuadamente la información que se nos van presentando para posteriormente, si es necesario, procesarla.

ATENCIÓN AROUSAL:

Describe los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación. Es la más básica.

ATENCIÓN SOSTENIDA:

Capaz de mantener una respuesta durante una actividad continua o repetitiva. (Este tipo de atención es básica para realizar actividades complejas como por ejemplo organizar documentos, escribir un documento en el ordenador, organizar el presupuesto doméstico, mantener la atención mientras leo este rollo, etc.).

ATENCIÓN SELECTIVA:

Capaz de seleccionar y mantener la concentración aún en presencia de distractores internos o externos o ante otro estímulo. (Por ejemplo: hablar por teléfono con niños jugando alrededor o adultos hablando, trabajar con el ordenador o entender un texto mientras se escucha música o televisión, etc.).

ATENCIÓN ALTERNANTE:

Flexibilidad mental que permite combinar eficientemente dos tareas con exigencias cognitivas diferentes. (Escribir en el ordenador y recibir llamadas de forma alternante, hacer la colada mientras se controla la comida, seguir las conclusiones de los dos bandos en un debate, leer un texto y escribir notas al margen, etc.).

ATENCIÓN DIVIDIDA:

Permite la respuesta simultánea de dos tareas (cocinar mientras respondemos a las preguntas de otra persona, revisar el correo mientras contestamos al teléfono, ordenar un armario mientras planeas lo que vas a hacer a lo largo del día, tomar notas mientras escuchas una charla, etc.).

ATETOSIS:

Tipo de distonía que afecta a las partes distales de las extremidades (manos y pies), lo que hace que muestren movimientos anormales, involuntarios, lentos y reptantes.

AUTOESTIMA:

Sentimientos acerca de uno mismo.

AYUDA DE TERCERA PERSONA:

Prestación complementaria para gratificar a un tercero que ayuda en la atención de la persona que padece una invalidez.

AYUDAS TÉCNICAS:

Dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad.

BABINSKI:

Reflejo anormal que se obtiene por rascado del pie, que indica una alteración de la vía motora en el cerebro o médula.

BALISMO:

Es un tipo de discinesia que consiste en movimientos involuntarios, violentos y muy amplios de los miembros o, cuando sólo afectan a un lado del cuerpo, hemibalismo. Estos movimientos se repiten continuamente y pueden hacer perder el equilibrio al paciente.

BIPEDESTACIÓN:

Posición que indica estar o permanecer de pie.

BONO:

Ayuda económica que establece la Consellería de Bienestar Social, según ingresos de la unidad familiar, para contribuir al coste de los Centros de Día y Residencias.

BRADICINESIA:

Es un trastorno del movimiento. Se define como una lentitud en la realización del movimiento afectando sobre todo a la iniciación del movimiento: el paciente tarda mucho más tiempo en responder, aunque también se manifiesta por la lentitud al realizar las tareas.

BENZODIACEPINAS:

Medicamentos tranquilizantes, que quitan la ansiedad.

BOTULÍNICA, toxina:

Sustancia tóxica que se utiliza en el tratamiento de distonías y otras enfermedades.

CALCIFICACIÓN:

Se debe al depósito de sales cálcicas alrededor de las articulaciones dificultando los movimientos y llegando incluso a limitarlos por completo. Suelen provocar dolor, calor e inflamación de la articulación en fases agudas.

CAPACIDADES PERCEPTIVAS:

Las personas tomamos contacto con la realidad, dotamos de significado a la información del exterior gracias a nuestras habilidades perceptivas. Tras una lesión cerebral estas capacidades pueden verse mermadas ya que aunque son los sentidos los que reciben la información, es el cerebro el que la interpreta dándole significado. Por ello tras una lesión cerebral los pacientes pueden tener dificultades en el reconocimiento de objetos y/o de rostros (dificultad en percibir de forma adecuada colores, formas, etc.).

CAPACIDADES ESPACIALES:

Capacidad de explorar el espacio (campo visual) permitiéndonos realizar actividades funcionales con eficacia. Lesiones en ciertas áreas del cerebro pueden producir déficit de campo visual (áreas ciegas) y presentarse dificultades en las relaciones espaciales. Ejemplos de estas dificultades serían: no calcular bien las distancias, problemas para diferenciar la izquierda de la derecha, dificultades para seguir rutas, alteradas las capacidades de montar o ensamblar. Incluso una actividad aparentemente sencilla como el vestido pueden convertirse para el paciente en una tarea ardua y muy complicada.

CENTROS DE DÍA:

Donde la persona con grandes déficit puede acudir durante el día. Suelen estar integrados en centros residenciales, y contar con transporte. Pueden ser públicos, privados y centros con bono.

CENTROS DE RESPIRO:

Creados para ayudar a las familias que cuidan a personas con discapacidad y necesitan ausentarse durante unos días o semanas. Pueden ser públicos o privados.

CENTRO OCUPACIONAL:

Centros para discapacitados que por sus déficits no pueden incorporarse a un programa educativo de readaptación laboral.

CERTIFICADO DE MINUSVALÍA:

Documento que acredita la valoración de la Minusvalía. Este documento es imprescindible para optar a cualquier ayuda de la Consellería de Bienestar Social.

CINESTESIA:

Capacidad para identificar el recorrido y la dirección del movimiento articular.

CIRCUNLOQUIOS:

Son rodeos en torno a la palabra "inaccesible". El paciente ofrece descripciones, incluso evoca recuerdos relacionados con la palabra sin llegar a ser capaz de decirla (Lápiz: "es una cosa, así alargada, que sirve para escribir, lo utilizo todos los días, es como..., se parece a lito, lati, es como un boli").

CLONUS:

Reflejo profundo con respuesta repetitiva (contracciones y relajaciones musculares), que aparece en un grupo muscular al efectuar una extensión brusca y pasiva de los tendones.

COGNICIÓN:

Proceso empleado por los psicólogos para designar cualquier actividad mental. Abarca el uso del lenguaje, el pensamiento, el razonamiento, la solución de problemas, la conceptualización, el recuerdo y la imaginación.

COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Son aquellos elementos que "acompañan" la conversación natural: acentos en la expresión, comprensión de la expresión facial de la otra persona y uso, por parte del paciente, de dichos elementos en la suya propia; ritmo y entonación apropiado "al caso" (tono de tristeza o de alegría, con el que se profiere una frase según la ocasión); uso de gestos; actitud corporal durante una conversación, etc.

COMPETENCIA COMUNICATIVA:

La competencia comunicativa es el conjunto de habilidades que posibilita la participación apropiada en situaciones comunicativas específicas, identificando las necesidades y los mensajes del interlocutor, y adecuando sus respuestas a las demandas de aquel.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:

Percibir de forma realista los déficits (físicos, cognitivos y conductuales), las limitaciones funcionales de los mismos y una ajustada proyección de sus consecuencias futuras.

CONCIENCIA SENSORIAL:

Capacidad para recibir y diferenciar estímulos sensoriales.

CONDUCTAS AUTOESTIMULATORIAS:

Conjunto de conductas no voluntarias que la persona realiza a modo de autoestimulación. El paciente puede emitir gemidos, quejidos, frotarse partes del cuerpo, balancearse, etc.

CONTRACTURA:

Estado de rigidez o contracción permanente involuntaria, reversible o no, de uno o varios grupos musculares.

CONTROL CEFÁLICO:

Capacidad para mantener la cabeza erguida venciendo la fuerza de la gravedad.

CONTROL POSTURAL:

Capacidad para utilizar las reacciones de enderezamiento para mantener el equilibrio.

CONTROL DE TRONCO:

Capacidad de mantener el tronco erguido en sedestación (sentado) sin apoyo de ni de pies ni de brazos y siendo capaz de tolerar desplazamientos sin perder el equilibrio.

CONVULSIÓN:

Movimiento de contracción y estiramiento muscular violento e involuntario que se produce cuando una o varias zonas del encéfalo reciben una descarga de señales eléctricas anormales que interrumpe temporalmente su función.

COORDINACIÓN FINA:

Capacidad para utilizar grupos musculares pequeños para realizar movimientos controlados y precisos: escribir, coser, coger objetos pequeños, etc.

COORDINACIÓN GRUESA:

Capacidad para utilizar los grandes grupos musculares para realizar movimientos controlados y dirigidos a un objetivo.

COREA:

Movimientos involuntarios breves, irregulares, repetitivos, a veces similares a movimientos voluntarios. Aunque pueden ser generalizados predominan en la región distal de las extremidades superiores (también se conoce como "baile de San Vito").

CRIOTERAPIA:

Tratamiento realizado mediante la aplicación de frío.

DAÑO CEREBRAL TRAUMÁTICO:

Afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas o del funcionamiento físico.

DEBILIDAD:

Pérdida o ausencia de fuerza.

DECÚBITO LATERAL:

Posición que indica estar tumbado sobre un lado.

DECÚBITO PRONO:

Posición que indica estar tumbado boca abajo.

DECÚBITO SUPINO:

Posición que indica estar tumbado boca arriba.

DEDOS EN GARRA:

Deformidad de los dedos de los pies caracterizada porque éstos se encuentran en flexión, especialmente cuando el paciente realiza un esfuerzo o acción voluntaria.

DEFICIENCIA:

Anomalías en la estructura corporal y de la apariencia y en la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Representan pues, los trastornos a nivel de los órganos.

DEFORMIDAD:

Es la posición anómala (mantenida) de uno o varios segmentos corporales.

DEGLUCIÓN:

Acción motora automática cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio, puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos.

DELUSIÓN:

Creencia infundada, real para el paciente pero ficticia para el observador, que se mantiene sin una evidencia fundamentada. Con frecuencia dominan la vida del paciente y originan acciones inapropiadas e irresponsables.

DEPRESIÓN:

Trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento.

DESINHIBICIÓN:

Comportamiento en el que el sujeto carece de control de impulsos y del medio. Este comportamiento incluye la liberación de conductas sociales, verborrea, conducta sexual inapropiada, euforia, etc.

DIETA MIXTA:

Combinación de soporte nutricional (sonda o.P.E.G) con una dieta oral.

DIETA ORAL ADAPTADA:

Dieta completa en cuanto a composición de alimentos, que presenta una modificación de la textura debido a problemas en la masticación o en la deglución.

DIPLOPIA:

Visión doble.

DISARTRIA:

Dificultad de expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios provocados por lesiones del sistema nervioso.

DISCAPACIDAD:

Imposibilidad funcional resultante de una deficiencia. Se refiere a los excesos o insuficiencias en el desempeño o comportamiento de las actividades normales y rutinarias. Las discapacidades pueden ser físicas, cognitivas y emocionales.

DISCINESIA:

Trastorno del movimiento caracterizado por movimientos involuntarios consecuentes a algunas enfermedades neurológicas. Entre ellas se encuentran la mioclonia, corea, balismo, distonía, tic y temblor.

DISFAGIA:

Trastorno de la deglución caracterizado por una dificultad en la preparación del bolo alimenticio o en el desplazamiento de éste desde la boca hasta el estómago.

DISFEMIA ADQUIRIDA:

Trastorno del habla tras una lesión cerebral caracterizado por un marcado deterioro en la fluidez verbal. La persona suele repetir y/o alargar elementos del habla como sonidos, sílabas, palabras y frases.

DISFORIA:

Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad.

DISINTAXIA O PARAGRAMATISMO:

Sustituciones y omisiones de sustantivos, verbos y adjetivos. Se manifiesta tanto en el lenguaje oral como en el escrito.

DISMETRÍA:

Es la dificultad para evaluar y conseguir un rango correcto de movimiento que no le permite alcanzar su objetivo. Suele ser característico de los pacientes cerebelosos y podemos distinguir entre hipometría e hipermetría.

DISPROSODIA:

Alteración que hace que el paciente no sea capaz de entonar adecuadamente las frases.

DISTONÍA:

Es un tipo de discinesia que se caracteriza porque los miembros u otras partes corporales que adoptan posturas anormales a causa de la actividad muscular mantenida. Normalmente la distonía aparece cuando el paciente intenta moverse. Puede ser generalizada, cuando afecta a todo el cuerpo, o localizado, si solo afecta a una parte. Hablaremos de hemidistonía si afecta sólo a un lado del cuerpo.

DOPAMINA:

Neurotransmisor encefálico cuya deficiencia a nivel de la vía nigro-estriatal causa la enfermedad de Parkinson.

ECOGRAFIA:

Técnica de imagen por ultrasonidos (sonido imperceptible al oído humano) para el diagnóstico de enfermedades.

ECOLALIA:

Repetición involuntaria de palabras o frases al escucharlas.

EJECUCIÓN DE ROL:

Capacidad para identificar, mantener y equilibrar funciones que uno mismo adquiere o asume en la sociedad (estudiante, abuelo, director, etc.)

ELECTROTERAPIA:

Tratamiento de las enfermedades por medio de la electricidad.

EMPRESAS DE EMPLEO ESPECIAL:

Empresas con finalidad laboral, con una producción adaptada a discapacitados y en muchos casos con horarios flexibles. Existe contrato laboral.

ENTONACIÓN:

Modulación de la voz en la secuencia de sonidos del habla que refleja diferencias de intención, de emoción y de origen del hablante.

EPILEPSIA:

Trastorno encefálico en el que se producen convulsiones.

ESPASMOS:

Contracción súbita, violenta e involuntaria de un músculo.

ESPASTICIDAD:

Tipo de hipertonía. Es un aumento de la resistencia al estiramiento pasivo de un músculo, depende de la velocidad con la que se realice el movimiento y se acompaña de una exageración de reflejos tendinosos. La espasticidad es independiente de la voluntad del paciente, suele ser permanente pero puede desencadenarse o aumentar en ciertas situaciones (esfuerzos físicos, dolor, fiebre, heridas, emociones, etc.).

ESPESANTE:

Producto alimenticio que se emplea para espesar los líquidos y darles la consistencia que el paciente, por su dificultad deglutoria, precisa.

ESTEREOTIPIA:

Movimiento involuntario repetitivo simple o complejo.

ESTEREOTIPIA VERBAL (La palabra "comodín"):

Consiste en una drástica reducción del vocabulario de la persona afectada, que le deja con una palabra o un sólo enunciado, con o sin significado.

ESQUEMA CORPORAL:

Capacidad para relacionar las partes del cuerpo.

ESTIMULACIÓN:

Entrada a los sentidos.

ESTRUCTURAS OROFACIALES:

Son los labios, los dientes, la lengua, la mandíbula, las mejillas y el paladar. La actuación coordinada de estas estructuras permite que el proceso de deglución se realice con normalidad.

EUFORIA:

Sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada. Técnicamente, la euforia describe un estado de ánimo patológico con la última palabra o expresión que ha oído.

FABULACIONES:

Inventos que tratan de compensar la falta de memoria.

FÉRULA POSTURAL:

Dispositivo ortopédico rígido o flexible que se emplea para mantener las articulaciones correctamente alineadas, evitando así la aparición de deformidades.

FIEBRE:

Temperatura corporal axilar mayor o igual a 38°.

FLACIDEZ:

Ausencia de tono muscular. Los músculos flácidos no se pueden mover de forma voluntaria. Al tacto se sienten blandos y flojos y no son capaces de sostener las articulaciones de las que traccionan.

FLEXO:

Deformidad de una articulación que impide que ésta pueda ser estirada por completo. Puede deberse a un aumento del tono de los músculos flexores, a una calcificación articular, a una retracción de partes blandas o a una combinación de ellas.

FLUENCIA:

Número de palabras que el paciente produce por emisión.

FOBIA:

Temor incontrolable, irracional y persistente ante un objeto, situación o actividad específicos.

FORMACIÓN OCUPACIONAL:

Programas educativos, de ciclo corto, impartidos por el SERVEF o Centros Colaboradores, para la readaptación laboral.

FUERZA:

Capacidad para demostrar un grado de potencia muscular cuando se opone resistencia al movimiento, contra objetos o gravedad.

FUNCIONES EJECUTIVAS:

Son una serie de facultades “inteligentes” que la persona utiliza para ajustar su comportamiento y sus capacidades a las demandas del entorno de la forma más eficaz posible. El funcionamiento ejecutivo se encarga de iniciar tareas, de organizar y planificar, así como de diseñar estrategias y mostrar flexibilidad mental ante situaciones novedosas.

GENERALIZACIÓN:

Capacidad para aplicar conceptos y conductas previamente aprendidos a nuevas situaciones.

GNOSIAS:

Proceso de conocimiento a partir de las impresiones suministradas por los órganos sensoriales. Implica percepción, reconocimiento y denominación de los estímulos provenientes de un objeto. Requiere la participación de los centros corticales superiores. La pérdida o disminución de esta capacidad se denomina agnosia.

HABILIDADES INTERPERSONALES:

Capacidad para utilizar la comunicación verbal y no verbal para interactuar en diversas situaciones.

HABLA VACÍA:

Discurso desprovisto de palabras significativas, de tal manera que, aunque se digan muchas palabras, no es posible extraer las ideas básicas de lo que la persona pretende transmitir.

HEMATURIA:

Sangre macro o microscópica en orina.

HEMIANOPSIA:

Es la pérdida de visión o visión defectuosa en la mitad del campo visual.

HEMINEGLIGENCIA:

Incapacidad para prestar atención al cuidado y a los estímulos de un lado del cuerpo, pero no del otro. Generalmente la heminegligencia se presentará para aquellas cosas u objetos situados en la parte izquierda del paciente.

HEMIPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a uno de los lados del cuerpo y/o de la cara, bien sea derecho o izquierdo.

HEMIPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a uno de los dos lados del cuerpo. Suele deberse a una lesión cerebral y puede ir acompañada de la parálisis del lado contrario de la cara.

HEMOGLOBINA:

Materia colorante de los glóbulos rojos de la sangre.

HIDROCEFALIA:

Acumulación de líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal.

HIPERALGIA:

Es el aumento de la sensibilidad de dolor.

HIPERCOLESTEROLEMIA:

Aumento del colesterol (tipo de grasa) en sangre.

HIPERESTESIA:

Aumento de la sensibilidad a la estimulación, especialmente al tacto.

HIPERGLUCEMIA:

Aumento de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre.

HIPERMETRÍA:

Tipo de dismetría en la que los movimientos sobrepasan al objetivo pretendido.

HIPERREFLEXIA:

Respuesta aumentada y patológica frente a un estímulo inesperado (reacción de sorpresa exagerada).

HIPERTONÍA:

Es un aumento del tono muscular. Cuando el tono de los músculos está aumentado, el paciente puede ser incapaz de mover el miembro afectado o si lo hace requerirá gran esfuerzo y el movimiento será torpe y brusco. Los tipos principales de hipertonia son la espasticidad y la rigidez.

HIPOALGIA:

Designa la disminución de la sensibilidad de dolor.

HIPOCONDRIA:

Interpretación de sensaciones físicas como síntomas inequívocos de enfermedad.

HIPOFONÍA:

Disminución en la intensidad de la voz.

HIPOMETRÍA:

Es un tipo de dismetría en la que los movimientos no llegan a alcanzar el objetivo pretendido.

HIPOMIMIA:

Se refiere a una disminución de la expresión facial, como se observa en la enfermedad de Parkinson, que al acompañarse de una disminución del parpadeo da origen a la expresión de "facie de máscara".

HIPOTONÍA:

Disminución del tono muscular que resta amplitud, fuerza y calidad a los movimientos.

IDIOPÁTICO:

Se refiere a una enfermedad de origen desconocido o sin causa aparente.

INCAPACIDAD LEGAL:

Perdida de la capacidad de autogobierno de una persona. Se solicita en el Juzgado y es decidida por el Juez, otorgando la tutoría de la persona incapaz a aquellos familiares más directos.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Subsidio que tienen derecho a percibir los trabajadores que estén de alta en la Seguridad Social y se encuentren de baja laboral por enfermedad o accidente; con una duración máxima de doce meses, prorrogables otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

INFERENCIA:

Sacar una conclusión, deducir a partir de una información.

I.N.S.S.:

Instituto Nacional de la Seguridad Social.

INQUIETUD MOTORA:

Movimientos excesivos, intentos de quitarse sondas, vías, vagabundeos, etc. La mayoría de las veces no son movimientos intencionados sino producto de la propia agitación.

INTEGRACIÓN BILATERAL:

Capacidad para coordinar las partes del cuerpo durante la actividad.

INTEGRACIÓN VISOMOTORA:

Capacidad para coordinar la interacción de la información visual con el movimiento corporal durante una actividad.

INTERLOCUTORES:

Cada una de las personas que forman parte de un diálogo.

INVALIDEZ PERMANENTE:

Situación que determina la Unidad de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social sobre un trabajador después de haber estado sometido a tratamiento médico y que presenta déficits motores o cognitivos que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

IRASCIBLE:

Que se enfada con facilidad.

JERGA:

Discurso que incluye un número elevado de deformaciones (sustituciones parafásicas). En algunos casos, la presencia de estas transformaciones es tan abundante que el discurso se vuelve incomprensible.

LÁBIL:

Cambio rápido e importante del humor que puede ser suscitado fácilmente y desaparecer rápidamente. Es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (risas inapropiadas, impaciencia, irritabilidad) mostrando respuestas emocionales desproporcionadas.

LATERALIDAD:

Capacidad para utilizar una parte determinada unilateral del cuerpo para realizar actividades que requieren un alto nivel de habilidad.

LIORESAL:

Tipo de medicación, relajante muscular que se emplea para disminuir la espasticidad.

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (L.C.R.):

Líquido que se encuentra en la cavidad craneal, bañando al sistema nervioso.

MANEJO DEL TIEMPO:

Capacidad para planificar y participar en un equilibrio entre las actividades de automantenimiento, productividad y ocio.

MANO ALIENADA (ALIEN HAND PHENOMENA):

Es una curiosa forma de movimiento anormal involuntario en que la extremidad realiza movimientos compulsivos y estereotipados o en conflicto e interfiriendo con lo realizado voluntariamente por la persona con la mano sana.

MANO EN GARRA:

Deformidad frecuente en lesiones neurológicas caracterizada por una flexión de los dedos de la mano y la muñeca, que impide que la mano pueda permanecer abierta. Suele provocar problemas en la higiene de la piel de la palma de la mano.

MEMORIA:

Capacidad para recobrar información después de un breve o largo periodo de tiempo.

MEMORIA RETROGRADA:

Memoria anterior al evento. La información fue almacenada antes del daño cerebral.

MEMORIA ANTERÓGRADA:

Memoria posterior al evento. La información es almacenada después del daño cerebral.

MEMORIA REMOTA:

Memoria que se remonta a la infancia o juventud, por ejemplo: recordar nombres, fechas, hechos... incluso de un pasado lejano.

MEMORIA RECIENTE:

Se aplica más o menos a la última semana, por ejemplo: nombres de personas nuevas, la comida del día anterior, etc.

MEMORIA INMEDIATA:

Evocación de la información en un breve periodo de tiempo, por ejemplo: buscar en la guía un número de teléfono y ser capaz de marcarlo enseguida.

MEMORIA A CORTO PLAZO:

La información queda almacenada durante un periodo de tiempo, por ejemplo: marcamos el número de teléfono transcurridos 5 minutos, ya que, la primera vez comunicaba.

MEMORIA A LARGO PLAZO:

Retiene la información durante periodos de tiempo prolongados, incluso varios años, por ejemplo: transcurrida una semana, ya no buscamos el teléfono en la guía, se recuerda.

MEMORIA PROCEDIMENTAL:

La práctica ritualizada de tareas o acciones da lugar a una automatización de las mismas, por ejemplo: una persona no olvida tomar una medicación porque lo hace siempre después del desayuno.

MEMORIA SEMÁNTICA:

Hace referencia a nuestro conocimiento sobre los objetos, las personas y sucesos del mundo, por ejemplo, el que la capital de Austria sea Viena o que un león es un mamífero.

MEMORIA EPISÓDICA:

Hace referencia al recuerdo de hechos que hemos vivido. Recordar dónde o con quién estaba el 11 de septiembre del año pasado.

MEMORIA PROSPECTIVA:

Proceso mental que nos permite planificar el futuro. Es un elemento clave a la hora de coordinar y controlar la mayoría de nuestras acciones cotidianas, como preparar la comida, coger las llaves, acudir a una cita o tomar una medicación.

MEMORIA VERBAL:

El canal proviene del lenguaje.

MEMORIA VISUAL:

El canal proviene de la percepción visual.

MINUSVALÍA:

Déficit motor, físico y/o sensorial que presenta una persona; valorado por el Centro de Valoración y Orientación de discapacitados de la Conselleria de Bienestar Social.

MIOCLONÍA:

Es un tipo de discinesia que consiste en contracciones breves, como descargas, de un miembro o parte corporal. Se pueden limitar a una región del cuerpo (mioclonía focal) o tener carácter general (mioclonía generalizada). Estas contracciones pueden ocurrir de forma espontánea o con el movimiento, también pueden ser desencadenadas por la luz, el sonido el tacto o las percusiones.

MONOPARESIA:

Tipo de paresia que afecta bien a un brazo o a una pierna.

MONOPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a un solo miembro, bien sea superior o inferior.

MUTUA LABORAL:

Compañía Aseguradora de las Empresas. Cubren los riesgos de accidentes laborales, y en algunos casos de incapacidad temporal. Tienen sus propios servicios médicos para valorar los procesos de incapacidad.

MUTISMO:

Es una ausencia total de habla. Existen mutismos que están acompañados con incapacidad lectora, o de escritura, y mutismos en los que estas facultades se conservan dando lugar a casos con diferente tratamiento. En general, es un fenómeno inicial o transitorio, aunque en determinadas afasias severas puede ser irreversible.

NEOLOGISMOS:

Palabras o expresiones producidas sin esfuerzo articulatorio, que el paciente usa como palabras, pero que no pertenecen al idioma (enecua-iglú; peine-sacapuntas).

NEUMONÍA:

Infección del parénquima pulmonar.

NEUROLÉPTICO:

Fármacos antipsicóticos o tranquilizantes mayores.

NEUROPATÍA:

Transtorno o alteración funcional de un nervio, que provoca alteraciones en la sensibilidad de una determinada zona corporal y en la funcionalidad de los músculos correspondientes a dicho nervio.

NISTAGMO:

Movimiento rítmico e involuntario de los ojos. Las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, giratorias o mixtas.

NUTRICIÓN ENTERAL:

Técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, generalmente mediante una sonda, o también mediante la administración de fórmulas líquidas de composición definida, bien sea como dieta total o como fuente significativa de nutrientes asociada a una alimentación insuficiente.

ORIENTACIÓN:

Capacidad para identificar persona, lugar, tiempo y situación.

ORIENTACIÓN ESPACIAL:

Poseer conocimiento claro del lugar dónde se encuentra uno mismo, así como de lo que le rodea, que le permite deambular o realizar desplazamientos si riesgo a “perderse”.

ORIENTACIÓN PERSONAL:

Conocer y reconocerse a sí mismo en cuanto a datos personales, nombre, fecha de nacimiento, etc.

ORIENTACIÓN TEMPORAL:

Saber el momento del día, el día de la semana, el mes, el año... en que nos hallamos, así como la apreciación correcta del paso del tiempo.

ORIENTACIÓN TOPOGRÁFICA:

Capacidad para determinar la localización de objetos, su localización y el camino para llegar a ellos.

OSTEOSÍNTESIS:

Fijación quirúrgica de los extremos de un hueso fracturado.

PARAFASIAS:

Es la producción no intencionada de sílabas o palabras durante el habla. La persona puede distorsionar la palabra omitiendo, añadiendo o sustituyendo alguna parte de la palabra (árbol-ábol; tijeras-jijeras; helicóptero-meicóntero), o bien sustituir una palabra determinada por otra inapropiada que pueda parecerse por su significado o forma (reina-corona; macaco-hamaca).

PARAGRAFÍAS:

Se trata del mismo fenómeno descrito en las parafasias a nivel oral, pero en este caso durante la producción escrita.

PARALEXIAS:

Es la producción no intencionada de sílabas o palabras durante la lectura en voz alta.

PARÁLISIS:

Es pérdida o deterioro de la función o movimiento de una zona del cuerpo a causa de lesión nerviosa o muscular y que suele conllevar un deterioro de la función sensitiva. Podemos encontrar las siguientes variantes: monoplejía, paraplejía, hemiplejía y tetraplejía.

PERSEVERACIONES:

Alteración del lenguaje que consiste en repeticiones sucesivas de la misma palabra o concepto previamente empleada en su discurso.

PRAGMÁTICA:

Uso del lenguaje en un contexto determinado, y en interacción con diferentes interlocutores.

PROSODIA:

Se refiere a las cualidades melódicas del lenguaje, tono y sonoridad.

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS:

Son medidas que nos ayudan a valorar el estado nutricional del paciente (altura, peso, índice de masa corporal (IMC), etc.)

PARANOIDE:

Tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente malintencionadas, mostrando desconfianza y sospecha de su entorno.

PARAPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a los miembros inferiores.

PARAPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a los miembros inferiores.

PARESIA:

Parálisis leve o incompleta. Podemos diferenciar entre monoparesia, paraparesia, hemiparesia y tetraparesia, según el número de miembros a los que afecte.

PARESTESIA:

Término usado para designar una información sensorial alterada o disminuida. Se refiere al hormigueo, picores, ardores y adormecimiento del área afectada.

PARKINSONISMO:

Usado como término genérico para referirse a aquellos cuadros similares a la enfermedad de Parkinson.

PATRÓN EXTENSOR:

Tendencia a mantener las extremidades y tronco en extensión.

PATRÓN FLEXOR:

Tendencia a mantener las extremidades y tronco en flexión.

P.E.G. (Gastrostomía endoscópica percutánea):

Sonda colocada a través de la piel en la cavidad gástrica gracias a la cual los alimentos pueden pasar directamente desde el exterior hacia el estómago. Indicada para pacientes que requieran una alimentación enteral siempre que el estómago funcione y se prevea una duración ilimitada.

PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA:

Cuando la persona no goza de la protección de la Seguridad Social y esta afectada con una Minusvalía superior al sesenta y cinco por ciento y carezca de ingresos o rentas suficientes. (El importe de la pensión queda fijado cada año en la Ley de los Presupuestos del Estado).

PERCEPCIÓN:

Forma en la que los pacientes perciben su propio cuerpo, el mundo que los rodea y la interacción entre ambos.

PIE EQUINO:

Deformidad caracterizada por una caída de la porción anterior del pie que impide que el tobillo pueda colocarse en 90°, dificultando así el apoyo del talón cuando el paciente se coloca de pie.

PIE VALGO:

Deformidad del pie caracterizada por un apoyo sobre el borde interno.

PIE VARO:

Deformidad del pie caracterizada por un apoyo sobre el borde externo.

PIERNAS INQUIETAS (SÍNDROME DE LAS):

Se refiere a una sensación displacentera de las extremidades inferiores al estar en reposo y que desaparece al caminar.

PRAXIAS:

Conjunto de movimientos voluntarios, aprendidos y con una finalidad, que con la repetición se automatizan (por ejemplo, el saber colocar los dedos de una forma determinada hasta el saber vestirse o dibujar un cubo).

PROCESAMIENTO PERCEPTUAL:

Capacidad para organizar la entrada sensorial dentro de patrones significativos.

PRONACIÓN:

Movimiento fisiológico de rotación del antebrazo que con respecto a la mano implica llevar los pulgares hacia dentro.

PROPIOCEPCIÓN:

Tipo de sensibilidad relacionada con la percepción de la información relacionada con los movimientos y con la posición del cuerpo.

PSICÓTICO:

Cuando existe una importante alteración de la realidad, que se evidencia porque aparecen alucinaciones y delirios y a veces un comportamiento desorganizado.

RECONOCIMIENTO:

Capacidad para identificar caras familiares, objetos y otros materiales previamente presentados.

RECURVATUM:

Posición de extensión extrema de rodilla originada por alguna alteración de las estructuras internas de la misma (debilidad muscular o laxitud ligamentosa).

REDUCCIÓN DEL LÉXICO:

Una vez se ha salido del mutismo, el paciente suele mostrar un lenguaje muy reducido. Dicha reducción puede afectar al léxico (la persona domina un número muy limitado de palabras, normalmente sólo las más familiares), a su capacidad de formar frases, o bien a ambos componentes a la vez.

REDUNDANCIA:

Repetición o uso excesivo, o superfluo, de una palabra o concepto.

REFLEJOS:

Respuesta muscular involuntaria a un estímulo sensorial.

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:

Reflejos obtenidos en la exploración neurológica clínica por percusión, con un martillo de reflejos, del tendón de un músculo para provocar su contracción refleja. Se encuentran exaltados en caso de hipertonia o espasticidad.

REQUERIMIENTO NUTRICIONAL:

Cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo, fijando un valor individual de acuerdo a cada sujeto, edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc.

RESISTENCIA:

Capacidad para sostener un esfuerzo cardiaco, pulmonar y musculoesquelético durante un tiempo.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Capacidad para reconocer un problema, definirlo, identificar planes alternativos, seleccionarlo y ejecutar un plan de acción y evaluar el resultado.

RETRACCIÓN:

Pérdida de amplitud de los movimientos debido a una alteración de las estructuras internas (músculos, tendones, ligamentos, etc.). Las retracciones pueden dar lugar a deformidades de los miembros.

R.N.M.: (Resonancia Nuclear Magnética):

Técnica de imagen por resonancia para el diagnóstico de enfermedades, que permite visualizar mejor las partes blandas (músculos, órganos, etc.).

RIGIDEZ:

Tipo de hipertonía. Está asociada a un aumento de la resistencia al movimiento. No depende de la velocidad de movimiento, la resistencia es constante.

SECUENCIACIÓN:

Capacidad para ordenar la información, conceptos y acciones.

SEGURO OBLIGATORIO:

Obligatoriedad de concertar un seguro de Responsabilidad Civil, a quienes realizan actividades que puedan producir riesgos para terceros, a través de una Compañía aseguradora:

- Seguro Obligatorio de los Vehículos de Motor.
- De cazadores.
- Seguro Obligatorio de viajeros: para el transporte público.
- Deportistas: federados que participen en competiciones oficiales.

SERVEF:

Servicio Valenciano de Empleo y Formación.

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

Servicios que prestan los Ayuntamientos a aquellas personas con discapacidad que permanecen en sus domicilios y requieren de una ayuda para limpieza, confección de comida, higiene personal, etc. Hay que solicitarlo en los Servicios Sociales Municipales, se prestan a través de las auxiliares a domicilio y hay que cumplir los requisitos que establezca el Ayuntamiento.

SINDROME RÍDO-ACINÉTICO:

Cuadro neurológico caracterizado por la rigidez de las articulaciones y la acinesia o bradicinesia (escasez de movimientos voluntarios). Es propio de las lesiones anóxicas.

SINERGIA:

Acción conjunta o colaboración de varios grupos musculares en la ejecución de determinados movimientos.

SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN:

Su finalidad es fomentar el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, así como facilitar el aprendizaje. La comunicación aumentativa es la que se emplea cuando el habla no es suficientemente clara, es un apoyo para ser entendidos. Sin embargo, la comunicación alternativa se basa en métodos que sustituyen el habla cuando ésta no es posible. La ayuda técnica se basará en tableros de comunicación, ordenadores, comunicadores... en los que la persona podrá señalar, en función de su capacidad motora a través del dedo la mano o mediante complejos sistemas de acceso al ordenador.

SONDA:

Instrumento de látex o silicona utilizado para explorar conductos o heridas.

SONDA NASOGÁSTRICA (S.N.G.):

Sonda que se coloca a través del orificio nasal y va a la cavidad gástrica para facilitar la nutrición a pacientes con dificultades para la deglución.

SONDA VESICAL:

Sonda que se coloca en la vejiga para recoger la orina durante 24 horas al día.

SUBLUXACIÓN DE HOMBRO:

Luxación incompleta o parcial de la articulación del hombro debida principalmente a la debilidad de los músculos que rodean la articulación. Suele ser característica de los pacientes hemipléjicos y suele cursar con dolor, inestabilidad y dificultades a la movilización.

SUPINACIÓN:

Movimiento fisiológico de rotación del antebrazo que con respecto a la mano implica llevar los pulgares hacia fuera.

T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada):

Técnica de imagen por rayos X para el diagnóstico de enfermedades.

TEMBLOR:

Es un tipo de discinesia que se define como cualquier movimiento involuntario rítmico de cualquier segmento corporal, causado por contracciones de músculos.

TEMBLOR INTENCIONAL:

Temblores que aparecen durante la realización de movimientos voluntarios. El temblor intencional más característico es debido a lesiones cerebelosas.

TEMBLOR DE REPOSO:

Temblores que aparecen durante el reposo muscular. Es característico de la enfermedad de Parkinson.

TERMOANALGESIA:

Ausencia de sensibilidad térmica y dolorosa.

TERMOTERAPIA:

Tratamiento realizado mediante la aplicación de calor.

TETRAPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a las cuatro extremidades.

TETRAPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a las cuatro extremidades.

TICS:

Es un tipo de discinesia. Son movimientos involuntarios rápidos que tienden a repetirse en forma estereotipada. Aumentan con la tensión emocional y pueden ser voluntariamente suprimidos por tiempos breves.

TONO MUSCULAR:

Se define como la resistencia encontrada al mover pasivamente las articulaciones del paciente relajado, a mayor resistencia mayor es el tono. En condiciones normales ayuda a mantener la postura y a la ejecución de los movimientos.

TRAQUEOSTOMA:

Comunicación de la tráquea con el exterior para facilitar la respiración.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

Comportamientos alimentarios anormales, apetito excesivo, bulimia o anorexia.

TROMBOFLEBITIS:

Inflamación y/o obstrucción del sistema venoso.

ÚLCERAS POR PRESIÓN O DECÚBITO:

Heridas producidas por posturas mantenidas durante demasiado tiempo sobre determinados puntos de la piel.

UNIDAD MÉDICA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES:

Órgano médico del INSS que determina el grado de incapacidad laboral de una persona, para fijar su prestación de invalidez.

VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL:

Dispositivo que drena líquido cefalorraquídeo (LCR) desde el ventrículo al peritoneo.

