

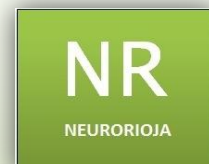


MESA REDONDA

YA ESTOY EN CASA... ¿Y AHORA QUÉ?

Ponencias por orden de intervención

Colaboradores



Logroño a 27 de septiembre de 2012

Ponencias

- 1) **Dña. Laura Sequera Pérez.**
Presidenta de ARDACEA (Asociación Riojana de Daño Cerebral Adquirido)
(Pág. 3)
- 2) **Dña. Laura Odriozola Grijalba.**
Médico de Familia y representante de srmFYC (Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria) (Pág. 6)
- 3) **Dña. Sara Sagredo Garrido.**
Trabajadora Social (Pág. 8)
- 4) **Dña. Andrea Lazcanoiturburu.**
Neuropsicóloga (Pág. 10)
- 5) **D. Rafael Rodríguez Lozano.**
Fisioterapeuta (Pág. 13)
- 6) **Dña. Ana Pérez Cachón.**
Logopeda (Pág. 15)
- 7) **Dña. Rosa Uyá Bastida.**
Terapeuta Ocupacional. Presidenta de la ARTO (Asociación Riojana de Terapeutas Ocupacionales) (Pág. 18)
- 8) **Dr. Manuel Murié Fernández.**
Neurólogo y Director de la Unidad de Neurorehabilitación de la Clínica Universitaria de Pamplona (No se dispone del texto de la ponencia)



Dña. Laura Sequera Pérez

*Presidenta de ARDACEA (Asociación Riojana de Daño Cerebral Adquirido)
Ponencia realiza por un grupo de familiares de personas afectadas de DCA*

Nos acaban de dar de alta en el hospital y nos dicen:

¡Ya se puede Ud. ir a casa!

Esta frase "mágica" se puede denominar así en nuestros casos. Y cuando llegas a casa se abre la caja de las sorpresas. El DCA es consecuencia de una lesión que produce una amalgama de secuelas. Las secuelas físicas son evidentes, pero las que afectan a la comunicación, a la cognición, a las emociones y a la personalidad, ni te las imaginas, no sabes ni que existen.

Nuestro desconocimiento es total: ¿Qué pasa ahora? ¿Cómo es posible que nos hayan dado al alta? ¿Qué tengo que hacer? ¿Cómo movilizo a mi familiar? ¿Cómo le respondo cuando no entiendo lo que me pregunta? Cuando me dice no puedo tragar, ¿qué hago? ¿A quién recurro?,.....

La cabeza da vueltas... y vueltas... (Cuando quizás en algún breve momento del día puedes pararte a pensar en lo que estás viviendo). Parece que quiere "algo": ¿qué será? ¿Lo muevo bien así? ¿Salgo a la calle? ¿Lo siento? ¿Lo levanto? ¿Lo inclino? ¿Lo incorporo? ¿Lo acuesto? ¿Le hablo? ¿No le hablo? ¿Cómo y qué le digo?... un número infinito de preguntas.

Nuestro grito: ¡No hay quien me indique el camino a seguir! ¡Que me diga qué y cómo hacerlo y cómo orientar nuestro desconocimiento!

El DCA es tan destructivo que arrasa hasta con su propio rastro, borrando sus huellas de la conciencia del enfermo. Genera en el afectado una falsa percepción de ausencia de enfermedad.

Del hospital se sale con DCA, y es fundamental la continuidad asistencial para prevenir la dependencia y promover la autonomía personal.

Como vamos a conocer por las diferentes intervenciones de estar tarde, que son muchas, va a quedar claro que es una persona diferente la que llega a casa y por este motivo son muchas sus necesidades, aunque con un centro especializado en rehabilitación de DCA sería suficiente.

En primer lugar se necesita que un profesional haya explicado a la familia esta nueva situación, haciendo entender que por una causa u otra (físicas, motoras, cognitivas, etc.) el comportamiento y el trato con el afectado va a ser diferente a lo que conocíamos hasta ahora.

Una segunda necesidad, que no se da en todos los casos, es el acondicionamiento de la vivienda y los recursos necesarios para que la persona afectada pueda desenvolverse por sí misma.

Otra necesidad es la de crear un "plan vital", es decir, y para ser muy claro tener preparado diferentes opciones para que ocupe su tiempo, teniendo en cuenta que sus aficiones anteriores quizá no puedan llevarse a cabo de la misma forma que antes y que son otras.

Sin olvidarnos de las necesidades de los familiares. Os voy a leer un extracto del testimonio de un familiar en el que se ve muy claramente sus necesidades: *"El proceso fue muy angustiosos. Yo pedí ayuda al médico de cabecera porque me sentía muy mal y no la recibí. Al cabo de un año estaba tan mal que no podía ni levantarme de la cama con una gran depresión, pero tenía que seguir haciéndome cargo de mi familiar. Yo no veía salida por ningún sitio, sólo quería morirme, pero no podía hacerle eso. Cuando fui a la psicóloga me envió urgentemente al psiquiatra para medicarme. Me costó mucho tiempo salir de este bache."*

Y para finalizar con nuestra necesidades, otro extracto de ese mismo testimonio dice: *"Me hubiera gustado que antes del alta hospitalaria me hubieran dado pautas para poder hacerme cargo de una persona dependiente: a nivel físico con los medios que existan para poder tener más autonomía y más facilidades para el manejo de estas personas. A nivel emocional y de comportamiento, saber que tu familiar ha cambiado, las secuelas físicas son evidentes, pero las de comportamiento aparecen y tú no sabes qué está pasando. Cambian sus gustos, su carácter, pierde la memoria, etc... Los problemas del lenguaje dificultan la comunicación y esto trae consigo un aislamiento social"*.

Estamos seguros que los profesionales que aquí van a exponer sus conocimientos pueden expresar mejor todas las necesidades de los afectados de DCA y sus familias, dado que han conocido más casos y tienen una mejor perspectiva de la situación.

Lo que pretendemos es difundir entre los profesionales, que en un momento u otro estarán en contacto con la familia, toda la problemática que pueda surgir en esta situación, para que en esos "momentos de confusión" puedan orientarnos lo mejor posible, ofreciéndonos diferentes opciones y, lo que es muy importante, detectando diferentes "trastornos" normalmente cognitivos que por falta de tratamiento puedan hacer sufrir por demás al afectado y a la familia. A veces, el consejo de un profesional es más válido y creíble que el de las personas que le rodean, que no paramos de dar consejos, a veces hasta contradictorios o faltos de profesionalidad.

En resumen no necesitamos compasión, necesitamos:

- 1º Información,
- 2º Una rehabilitación integral con un equipo multidisciplinar y coordinado que trate tanto a la persona afectada como al familiar
- 3º Que se conciencie a la sociedad sobre estos problemas.



Dña. Laura Odriozola Grijalba

Médico de Familia – Centro de Salud San Román de Cameros (La Rioja)
Representante de smrFYC (Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria)

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión producida de forma súbita en las estructuras cerebrales que origina diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial, las cuales afectan profundamente a la autonomía del paciente y durarán toda su vida. Supone un deterioro importante de la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Se trata de una lesión cerebral que puede ser producida por diferentes causas:

- ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), ya sea isquémico (80-85%) o hemorrágico (10-15%), que supone el 75-80% de los casos.
- Traumatismo craneoencefálico (TCE).
- Tumores, infecciones del SNC, anoxia cerebral, intervenciones quirúrgicas...

El 90% de las personas con DCA presentan algún tipo de discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). El 70% de éstas no puede realizar algunas de las actividades sin ayuda, ya sea técnica o personal.

El médico de familia es el primer eslabón y escalón del sistema sanitario y la puerta de entrada del mismo. Nosotros intentamos atender a nuestros pacientes de una forma global, centrándonos en cada momento en un problema de salud concreto pero con una visión amplia e integral, teniendo en cuenta las circunstancias y las situaciones particulares de cada persona, tanto personales como familiares y sociales.

Por ello, cuando el paciente llega a casa, tiene un acceso directo a nuestra consulta donde nosotros vamos a intentar coordinar y gestionar todos los recursos de los que disponemos.

ICTUS ó ACVA: Es un trastorno brusco circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. Incluye el infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea. La prevalencia continúa siendo muy elevada y la incidencia es de 200 casos anuales cada 100000 habitantes, lo cual supone más de 600 casos nuevos al año en nuestra región.

Nuestros objetivos tras la fase aguda del ictus son:

1. Conseguir la independencia para las ABVD.
2. Disminución de las recurrencias.
3. Disminución de la mortalidad por causa vascular.
4. Acceso fácil a la prevención secundaria.

Para ello realizamos, en nuestra consulta, un seguimiento de estos pacientes, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y finalmente al año.

- Por un lado comenzaremos con el consejo para la modificación de los estilos de vida, y el tratamiento farmacológico, controlando a su vez todos los factores de riesgo cardiovascular mediante prevención secundaria, como son la tensión arterial, la glucemia y los lípidos.
- Debemos gestionar también la petición de exploraciones complementarias necesarias para el seguimiento, como son el electrocardiograma, el Doppler transcraneal, el eco-Doppler de troncos supraaórticos, el ecocardiograma transtorácico o la TAC/RM craneal, así como las revisiones en la consulta de neurología (algunas de estas pruebas son gestionadas por ellos directamente), y si consideramos, la derivación a otros servicios médicos como cardiología o cirugía vascular.
- Pondremos en contacto a nuestros pacientes con el servicio de rehabilitación, la cual debe iniciarse precozmente y prolongarse mientras se demuestre una mejoría del déficit neurológico. La rehabilitación reduce el grado de dependencia de muchos pacientes y el objetivo es que lleguen a su tope funcional, y que, si es posible, sean independientes.
- A su vez podemos dirigir y facilitar el contacto con el/ la trabajadora social.
- Por último, el manejo de las secuelas y posibles complicaciones del DCA. Disponemos de tablas y escalas de valoración del déficit global, del pronóstico funcional y del riesgo coronario y vascular que nos orientan sobre la situación, la evolución y el pronóstico del paciente.

Y para terminar, algo tan importante como el apoyo, la cercanía y la accesibilidad, ante cualquier preocupación, incidencia o problema, ya sea orgánico ó psicológico, y tanto de él como de su familia.



Dña. Sara Sagredo Garrido

*Trabajadora Social CRMF de Lardero (IMSERSO)
Profesional Colaborador ARDACEA*

DEFINICIÓN DE UN DCA

Lesión que se produce en determinada zona del cerebro y que, en la mayoría de los casos, producirá una secuela de mayor o menor intensidad en el desarrollo personal así como en el área social, laboral, económica, relacional, emocional, afectiva... del afectado y de su familia.

Desafortunadamente, para la mejoría del afectado y su familia, queda mucho por avanzar en este campo de intervención lo que provoca en unos y otros situaciones, sentimientos, etc. difíciles de integrar dentro de las dinámicas de vida, llegando incluso a cronificar los mismos y a hacer imprevisible su alcance y trascendencia para mantener una vida digna y de calidad.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

- *Detección de las necesidades sobrevenidas tanto del afectado como de sus familiares y la habilitación de los recursos e instrumentos oportunos para la mejor solución de las mismas.*

Es IMPRESCINDIBLE que, a lo largo de todo el proceso, se mantenga un contacto directo con la familia, atendiendo y orientando las demandas que presenten.

Es IMPORTANTE atender a las observaciones que las familias vayan realizando dentro del proceso de recuperación del afectado ya que, en todos los casos, su presencia constante es una fuente de información muy valiosa y única que detectará cambios, avances y retrocesos.

Esta actitud por parte del T.S. deberá mantenerse también, al alta hospitalaria, recomendando esta práctica también para el T.S. de la Red Social de Apoyo.

QUÉ ESPERAR DE LA INTERVENCIÓN DEL T.S.

- Acompañamiento y apoyo en los inicios del ingreso hospitalario.
- Una actitud de escucha activa, empatía, sensibilidad frente a la realidad que se está viendo.
- Información y orientación frente al desarrollo del proceso y posibles consecuencias.
- Información de recursos de apoyo externos al Centro Hospitalario: Red Social.

QUE DEBE FACILITAR EL/LA T.S. PARA EL ALTA HOSPITALARIA

- Información de los recursos existentes relacionados con el estado de salud del afectado en coordinación del equipo sanitario.
- Tramitación y gestión para el acceso a los recursos.
- Derivación a la red social de apoyo existente en la Comunidad quien constituirá un marco de apoyo permanente incluso habiendo finalizado la fase de intervención sanitaria de recuperación física.

EI/LA TRABAJADOR/A SOCIAL REALIZARÁ EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO EN COORDINACIÓN CON TODOS LOS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA PERSONA AFECTADA POR UN DCA, UNIFICANDO CRITERIOS Y FACILITANDO AQUELLA INFORMACIÓN OPORTUNA SEGÚN LAS PAUTAS MARCADAS POR EL EQUIPO DE TRABAJO.



Andrea Lazcanoiturburu

*Neuropsicóloga Licenciada en Psicología por la Universidad de Deusto
Máster en Neuropsicología Cognitiva por la Universidad Complutense de Madrid
Pre-doctorada en Investigación en Psicología por la UNED
Cotitular de Neurorioja.*

La complejidad que entraña el DCA es que, como su propio nombre indica, afecta al cerebro y muchas veces no nos paramos a pensar en el papel tan importante que lleva a cabo en nuestro día a día. El cerebro es el centro de control de toda la actividad física e intelectual en el cuerpo. Como dice Kandel, "la acción del cerebro subyace a toda conducta, no solo a las conductas motoras relativamente sencillas, tales como andar y comer, sino a todos los actos cognitivos complejos que asociamos con la conducta específicamente humana tales como pensar, hablar y crear obras de arte."

Una de las cosas más importantes que tenemos que hacer ante una persona afectada de daño cerebral y ante su familia es proporcionar información, cuanto más amplia y detallada mejor. Tenemos que destacar, que aunque los cambios físicos suelen ser los más evidentes, las secuelas cognitivas y conductuales son muy frecuentes, aparecen durante un periodo más largo y afectan, no sólo al propio individuo y a su capacidad para participar y beneficiarse de la rehabilitación, sino también a la familia y a la posibilidad de integración en el medio social en el que viven.

La alteración de las funciones cognitivas que pueden aparecer tras un daño cerebral son:

- Alteración de la atención: dificultades para realizar una misma tarea durante un periodo prolongado, dificultades para mantener una conversación con varias personas a la vez, dificultades para seguir un programa de televisión, se distrae con mucha facilidad ante cualquier ruido, tarda más tiempo de lo normal en contestarnos a una pregunta o en empezar a realizar una actividad, ...
- Alteraciones de memoria: pregunta constantemente cuando vamos a comer, no recuerda lo que querían hacer, no se responsabiliza de tomar su medicación, no sabe dónde ha dejado sus cosas, no recuerda haber realizado una actividad (ej. la sesión de fisioterapia) ese mismo día, se siente confuso (no recuerdan dónde ni con quién están). En definitiva, tiene dificultades para relacionarse con otras personas (recordar sus nombres, conversaciones que han tenido con ellas, lo que les molesta, una cita con

- Alteración de las funciones ejecutivas: presenta dificultades para formular metas, planificar y llevar a cabo actividades complejas, presenta limitaciones para efectuar una secuencia de etapas, dificultades para detectar y corregir los errores que comete, alteración en la capacidad para identificar las dificultades, cambiar el punto de vista y ser capaces de controlar y evaluar su propia conducta o establecer metas realistas. Alteración del comportamiento social, abandono en el cuidado personal, falta de autocrítica, indiferencia al entorno y al refuerzo.
- Alteración en la conciencia de los déficits: no es consciente de que utiliza una silla de ruedas para desplazarse y que, por lo tanto, tiene dificultades para caminar, no es consciente de sus problemas de memoria y se enfada cuando le decimos que ya ha hecho alguna actividad que no recuerda,...
- Alteración de la capacidad de razonamiento lógico y abstracto: dificultad para entender frases con doble sentido, metáforas, expresiones irónicas, chistes, oraciones gramaticalmente complejas (pasivas, frases compuestas,...), dificultades para generar estrategias eficaces y solucionar problemas,

Además de las alteraciones cognitivas, es común la presencia de alteraciones conductuales.

Se considera un problema conductual a una alteración de lo que el sujeto hace y que parece tener relación con la lesión cerebral. Se produce un cambio en su comportamiento, cambio que genera malestar en el entorno familiar y que causa mucho sufrimiento porque afecta a la convivencia.

Las alteraciones más frecuentes que se observan en personas afectadas de daño cerebral son:

- Episodios de irritabilidad
- Agresividad físico o verbal
- Pérdida de tacto social
- Comentarios o conductas inadecuadas
- Desinhibición sexual
- Impulsividad
- Apatía
- Dependencia
- Habilidades de comunicación deficitarias

Todas estas alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales deben ser tratadas desde los primeros momentos tras el daño cerebral por profesionales especializados, ya que si no se tratan se cronifican, empeoran e impiden alcanzar cualquier grado de independencia por parte del paciente.

Con la rehabilitación neuropsicológica se pretende conseguir que las personas afectadas, y sus familias, reduzcan las alteraciones cognitivas y conductuales, manejen estas dificultades y se reduzca su impacto en la vida cotidiana, mediante la utilización de las siguientes herramientas: rehabilitación cognitiva, modificación de conducta, psicoeducación y apoyo emocional y psicosocial.

RECOMENDACIONES AL ALTA:

- El paciente con daño cerebral y su familia necesita un tratamiento de neuropsicología desde el primer momento.
- En el momento del alta, tanto el afectado como la familia debe de conocer la posible existencia de secuelas cognitivas, conductuales y emocionales, propias del daño cerebral.
- Las alteraciones cognitivas consisten en problemas de atención, de memoria, de lenguaje, de funcionamiento ejecutivo, de razonamiento.
- Las alteraciones conductuales y emocionales son aquellos cambios que se observan en el comportamiento y personalidad del afectado: episodios de irritabilidad, agresividad físico o verbal, pérdida de tacto social, comentarios o conductas inadecuadas (ej. Insultos, grosería,...), desinhibición sexual, impulsividad, apatía, dependencia, habilidades de comunicación deficitarias, depresión,...
- Tener en cuenta que, en la mayoría de casos, los cambios de personalidad y del estado emocional son causa directa del daño cerebral
- Comprender que las personas se equivocan. Ayudar a que se equivoquen menos. No hacer sentir mal a la persona que no puede hacer las cosas mejor, por muy sencilla que parezca una actividad, puede ser un mundo para una persona afectada de daño cerebral.
- Hablar de cosas sencillas, dar ejemplos. Intentar no omitir información en la conversación: por ejemplo, si hablamos de alguien decir su nombre.
- Si el afectado es adulto tratarlo como tal.
- No hablar en lugar del paciente si no es absolutamente necesario y no aislarlo de las conversaciones habituales.
- Preguntarle sus preferencias y mantenerle informado de todo lo que le pueda influir.
- Buscar apoyo profesional para todos aquellos aspectos que se puedan mejorar.



D. Rafael Rodríguez Lozano

*Fisioterapeuta especializado en tratamientos de rehabilitación neurológica.
Ex-Presidente del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja.
Titular de Neurofisiología®*

¿Cómo afecta el daño cerebral al movimiento?

El cerebro es el órgano más complejo y desconocido del ser humano. La neurociencia ha avanzado mucho, en las últimas décadas, en el conocimiento del funcionamiento y organización del cerebro lo que nos permite realizar enfoques más adecuados para la recuperación del movimiento. Existen diferentes zonas del cerebro con funciones específicas y existen áreas de relación que ponen conexión todas estas funciones para responder a las necesidades del individuo en cada momento. El movimiento es el producto de la intención del individuo de interactuar con el entorno. El Sistema nervioso central organiza el movimiento para obtener una interacción predecible con el entorno.

¿Qué debo saber sobre el tratamiento de fisioterapia?

Proceso de recuperación consiste en que el cerebro realice una reorganización lo más compleja, con el mayor número de conexiones posibles, para permitir movimientos más variados y adaptados a la interacción con el entorno en cada momento. Los músculos y articulaciones no están lesionados, no necesitamos, sobre todo en los primeros meses tras la lesión, ejercitación muscular. La fisioterapia neurológica utiliza medios específicos para ofrecer al sistema nervioso estímulos que le permitan establecer nuevas conexiones, controlar los reflejos patológicos y adquirir progresivamente nuevos movimientos. Además es necesario prevenir la aparición de complicaciones secundarias como el dolor de hombro, la espasticidad y los acortamientos. El tratamiento debe comenzar desde el primer momento, en cada momento del proceso los objetivos y técnicas son diferentes.

¿Qué tengo que saber para casa?

Los movimientos gimnásticos repetitivos y sin ningún objetivo son un entrenamiento mecánico del músculo pero no ayudan al cerebro a mejorar su organización motora. Repitiendo movimientos incorrectos, el sistema nervioso lesionado no es capaz de organizar un movimiento correcto, por el contrario pueden aparecer otras complicaciones.

Al principio lo más importante es conocer el tratamiento postural y la forma correcta de realizar las transferencias.

No es tan importante "hacer ejercicios", lo más importante es que TODOS los movimientos se realicen con el APOYO NECESARIO Y CORRECTO. Para ello debemos seguir las indicaciones del fisioterapeuta neurológico.

Los pacientes necesitan la terapia, pero también necesitan a su familia. La familia no se debe convertir en policía-terapeuta, se deben ofrecer APOYO NECESARIO Y CORRECTO e intentar mantener la relación personal. El paciente con daño cerebral no es que no quiera hacer, es que no entiende, no es capaz de organizar, no recuerda, no puede o todo junto por causa de la lesión.

CONCLUSIONES

- El paciente con daño cerebral necesita un tratamiento de fisioterapia neurológica especializado desde el primer momento.
- Para ir a casa debemos conocer al menos el tratamiento postural y la forma de realizar las transferencias.
- Hay que procurar al paciente en apoyo necesario y correcto, indicado por el fisioterapeuta, para todos sus movimientos, es más importante que "hacer ejercicios".
- La lesión no es muscular ni articular. Los ejercicios gimnásticos repetitivos no ayudan a mejorar la reorganización cerebral. Repitiendo movimientos incorrectos el cerebro lesionado no puede organizar movimientos correctos.
- El paciente necesita a su familia, no demos convertirnos en policías ni terapeutas. La relación familiar debe continuar.



Dña. Ana Pérez Cachon

*Diplomada en Logopedia y experta en rehabilitación neuropsicológica y neurolingüística por la Universidad Complutense de Madrid.
Cotitular de Neurorrioja.*

Daño Cerebral Adquirido y logopedia

Frecuentemente, tras un Daño Cerebral Adquirido (DCA) se producen pérdidas de capacidades relacionadas con la comunicación, el lenguaje, el habla o la alimentación oral y la deglución. La función del/la logopeda es detectarlas y diagnosticarlas y, junto con otros profesionales, contribuir a una rehabilitación funcional e integral. Así, el/la logopeda, interviene de manera directa y específica sobre:

- las alteraciones de la comunicación y el lenguaje (afasias).
- las alteraciones del habla (disartrias y apraxia del habla).
- las alteraciones de la deglución (disfagia).

Alteraciones de la comunicación y el lenguaje

Cuando un DCA afecta al lenguaje, sea cual sea la localización de la lesión, hablamos de afasias. Las afasias son pérdidas de lenguaje que pueden afectar tanto a la expresión, como la comprensión, al lenguaje oral o al escrito, en cualquiera de los niveles (fonológico, léxico, sintáctico, semántico..) y en múltiples combinaciones. El resultado es que no hay dos afasias iguales, por lo que cada persona requiere una evaluación y una intervención individualizada.

En un primer momento los esfuerzos de la familia suelen centrarse en el habla o en la producción de palabras, sin embargo, dado que la recuperación de estas capacidades requiere una intervención muy específica es recomendable centrar los esfuerzos en la comunicación.

La comunicación es responsabilidad de dos (al menos) y tiene un ritmo, un lugar y un código que la hace posible y efectiva. Entornos favorecedores, ritmos que se adaptan a las posibilidades de la persona afectada y las estrategias adecuadas (uso de gestos, de técnicas para asegurar la comprensión, pictogramas como apoyo) son más útiles a objetivos funcionales que la realización de cuadernos o la exposición sin más a las palabras sin una función comunicativa (ver la TV o escuchar radio).

Alteraciones del habla (disartrias y apraxia del habla)

Las lesiones motoras o sensoriales que afectan a los órganos fonoarticulatorios suelen dar como resultado un habla o una voz distorsionada que en ocasiones pierde inteligibilidad. En otras ocasiones la pérdida afecta al proceso de planificación o de programación motora, haciendo muy difícil o imposible que el movimiento final responda a la intención de la persona que habla (apraxia).

En ambos casos el objetivo para la familia y la persona afectada debería seguir siendo lograr una comunicación eficaz, por encima del perfeccionamiento del habla o de la mejora vocal.

Alteraciones de la deglución (disfagia)

Otra de las consecuencias del DCA que tiende a pasar desapercibida y que, sin embargo, puede tener consecuencias severas es la presencia de disfagia. Es altamente frecuente que tras un ictus o un TCE se produzcan dificultades para masticar y tragar tanto sólidos como líquidos. Muchas veces esta dificultad es evidente porque hay signos de alarma (tos, atragantamiento, salida de alimentos por boca) pero otras las dificultades son silenciosas y los riesgos asociados son por ello mayores.

En este caso el entorno debe permanecer atento a los signos de disfagia, desde los más obvios, como la tos y los atragantamientos, a otros que pasan mas desapercibidos, como la pérdida de peso, los cambios en los hábitos de alimentación, la voz húmeda. El objetivo es poder detectar tempranamente la disfagia, derivar para una evaluación e intervención y luego seguir de forma consistente y rigurosa las pautas de alimentación.

La introducción paulatina de alimentos progresivamente más densos desde los purés iniciales es una pauta habitual y genérica que no siempre responde a las necesidades y posibilidades del paciente y que no reduce los riesgos de aspiración en todos los casos.

Conclusiones

- Siempre que esté afectado el lenguaje o el habla es importante priorizar el éxito en la comunicación.
- No hay dos personas afásicas iguales, por lo que las intervenciones deben ser individualizadas y el trabajo en grupo debe estar supeditado a los objetivos particulares de la intervención individual.
- En las disfgias la clave está en una rápida detección y la adopción de las medidas para cada caso. Las modificaciones de la dieta y los cambios posturales son medidas que aumentan la seguridad de la deglución pero no producen mejoras.
La combinación de estas estrategias con técnicas propiamente rehabilitadoras incrementan los resultados.
- Cuando la familia vuelve a casa debería conocer:

- cómo está afectado el lenguaje (capacidad de comprensión, de expresión, tipo déficit)
- cómo comunicarse de manera más efectiva con su familiar.
- cuáles son los signos de alarma para disfagias si está no se ha observado hasta el momento.
- qué volumen, textura y cantidad son adecuadas para la alimentación y cuando esta pauta debe ser revisada.
- cómo va a continuar la rehabilitación y qué profesionales deben intervenir.



Dña. Rosa Uyá Bastida.

Terapeuta Ocupacional. Presidenta de la ARTO (Asociación Riojana de Terapeutas Ocupacionales). Consulta de Terapia Ocupacional-Cerebro Activo

DAÑO CEREBRAL Y TERAPIA OCUPACIONAL

La **principal** área de **intervención** del **Terapeuta Ocupacional** en las personas con Daño Cerebral ha sido y sigue siendo **maximizar el desempeño independiente** de las **Actividades** de la **Vida Diaria (AVD)**. El Terapeuta Ocupacional trata de detectar cual es el déficit físico, sensorial, cognitivo, conductual o social que está entorpeciendo el desempeño independiente de cualquier Actividad de la Vida Diaria, y mediante técnicas rehabilitadoras, compensadoras o adaptativas fomenta el desempeño independiente de las diferentes actividades de la vida diaria y otras actividades que constituyen las otras áreas de ocupación humana (estudiante, trabajador, ama casa, hortelano, etc.).

El tipo y duración de la intervención depende de la severidad de la lesión.

Generalmente se trabaja en un equipo multiprofesional. Las ventajas de trabajar en un equipo multiprofesional y de forma coordinada, es que todas las intervenciones irán en la misma dirección, potenciándose el trabajo común entre todos los profesionales y utilizando, en común, las mismas estrategias para modificar conductas inadecuadas o disruptivas y promocionar la autonomía personal del usuario.

Una persona que ha sufrido un Daño Cerebral puede necesitar meses incluso años para recuperarse dependiendo de la severidad del daño. Tanto la persona afectada como su familia deberían involucrarse en la recuperación y la rehabilitación. Al trabajar de forma coordinada con las familias de los afectados, ellos pueden ser coterapeutas porque pasan muchas más horas con el paciente y nosotros podemos enseñarles a "adiestrar" a la persona afectada para que el trabajo en la sala de Terapia, se generalice a su vida diaria. Sin la familia, la recuperación es mucho más difícil y lenta.

CONSEJOS PARA VIVIR MEJOR

¿Qué puede hacer un Terapeuta Ocupacional?

- **Valorar** como el usuario realizar las actividades de la vida diaria en casa, como vestirse y comer; en el trabajo y en sus actividades de ocio, y facilitar la reanudación de las mismas.
- **Valorar** los riesgos de lesión en el hogar y adaptarlo para reducir estos riesgos que pueden causar otras lesiones.

- **Establecer** y restaurar (dependiendo de la edad) su fuerza y resistencia para que la persona con Daño Cerebral pueda bañarse, vestirse o alimentarse por si mismo.
- **Fabricar** férulas a medida para mejorar la función de su mano.
- **Proporcionar** entrenamiento que mejore las capacidades para completar las tareas diarias.
- **Recomendar** equipo especial para la casa que le ayude a completar las tareas como vestirse, bañarse, preparar las comidas y conducir, con mayor independencia; como un asiento para la bañera o la ducha, para permitir bañarse sin estar de pie cuando la persona tiene problemas de equilibrio y barras de apoyo para mejorar la seguridad al entrar y salir de la bañera o la ducha.
- **Ayudar** a la persona a minimizar la confusión y la sobretitulación del entorno.
- **Ayudar** a la persona a compensar las pérdidas de memoria y visión.
- **Proporcionar** actividades que mejoren su confianza y autoestima.
- **Ayudar** a la persona a realizar tareas simples que resulten importantes para su vida. (tareas propositivas o con propósito)
- **Aumentar** semanalmente la lista de sus tareas domésticas.
- **Enseñar** a la persona con Daño Cerebral a compensar sus problemas de memoria o de juicio.

¿Qué pueden hacer los familiares y amigos?

- **Conocer más acerca lo que representa un Daño Cerebral y el proceso de recuperación.**
- **Reforzar a la persona con Daño Cerebral a practicar las tareas para mejorar su fuerza y resistencia y la velocidad de recuperación.**
- **Aprender técnicas para ayudar a la persona con Daño Cerebral a resolver sus problemas cognitivos y físicos.**
- **Ayudar a la persona a adaptarse a su casa para minimizar los efectos del Daño Cerebral.**
- **Proporcionar ayuda a largo plazo a su familiar con Daño Cerebral.**
- **Consultar con un Terapeuta Ocupacional sobre cómo ayudar a la persona que ha sufrido un Daño Cerebral en aquellas actividades de la vida diaria y tareas que son importantes para él.**

CASOS PRÁCTICOS

TERAPIA OCUPACIONAL DURANTE LA EVALUACIÓN

- Sra. G. ha sufrido un AVC derecho del que se ha recuperado físicamente bastante bien. Es una persona mayor que vive sola en su casa.
- TO quiere **evaluar** si el ACV ha tenido efectos en su **capacidad cognitiva** que haga que se ponga en riesgo al **volver a casa**.
- TO va a realizar **AVDs (salir de la cama, vestirse y asearse)** para ver cómo demuestra su seguridad y su juicio. Le gustaría que realizara alguna actividad de

varios pasos para **descubrir posibles problemas cognitivos o físicos que la coloquen en situación de peligro para ella.**

- TO durante las actividades tiene que **recordarle que se coloque las zapatillas** antes de ponerse en pie; observa **dificultad en la manipulación** con la mano izquierda y **poco equilibrio** al recoger su neceser; debe **recordarle la siguiente actividad para que termine su aseo.**
- TO **recomendaciones** aunque es capaz de realizar las tareas sencillas de aseo y vestido necesita **supervisión** para completar tareas de varios pasos o para evitar que las deje a medias.
- Necesitará una **valoración** de las actividades instrumentales (**cocina**) para evitar posibles accidentes. Más aún cuando la paciente se encuentre cansada.
- Durante las próximas semanas se recomienda que alguien la supervise hasta que se encuentre un poco más segura.

TERAPIA OCUPACIONAL CON UN PACIENTE CON HEMINEGLIGENCIA

- Sr. M. ha sufrido un Accidente Cerebro Vascular derecho y presenta los síntomas de heminegligencia.
- Síntomas: marcada desviación de la cabeza, los ojos y el tronco hacia la derecha. No reconoce su lado izquierdo, brazo y mano; no atiende a las personas que le hablan por el lado izquierdo.
- Intervención mediante la Actividad: Leer una noticia, organizar unos objetos en una estantería.
- TO observa que no empieza la lectura por la primera palabra; se estimula al paciente a que preste atención al lado izquierdo de la actividad siendo la primera parte de la actividad; tomando la referencia del principio de la hoja que ha sido previamente marcado con una línea de color.
- TO observa que el paciente entiende lo que lee y es capaz de resumirlo de manera adecuada, no parece que existan problemas cognitivos.
- Al ordenar los objetos, deja olvidados los situados más hacia la izquierda; TO le explica que tiene que tomar la referencia de su hombro izquierdo para que el escaneado sea eficiente. Utilizando esta técnica los organiza con éxito.
- Necesita ayuda verbal durante las comidas para terminar la comida del lado izquierdo y en el aseo para peinar o afeitarse el lado izquierdo de su cara.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE DE 9 AÑOS TRAS UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

- Síntomas: dificultad en los movimientos y en las actividades bimanuales, desorganización en los deberes, dificultad para seguir la lección en un ambiente ruidoso, fatiga al final del día, cambios de humor y agresividad, apático, somnoliento.
- TO, junto con el profesor, los padres y el personal de apoyo, intentar trabajar para desarrollar sus capacidades y estrategias para mejorar el aprendizaje en la escuela.

- Estrategias compartidas en casa y en el aula:
 - Cuaderno con anotaciones diarias de sus profesores, padres y terapeutas.
 - Ordenes claras repetidas frecuentemente para evitar confusiones.
 - Control de comportamientos inadecuados inmediatamente.
 - Situar al estudiante cerca del profesor para evitar las distracciones de sus compañeros.
 - Utilizar una silla adecuada para facilitar la posición (evitando la fatiga por mala postura) y con ello la concentración durante las horas de clase; utilizar un pupitre adecuado con inclinación del tablero para facilitar la lectura, proveyendo buena posición del cuerpo.
 - Desarrollar la manipulación grosera con actividades de pelotas grandes, y juegos como el baloncesto; que además implica mantener relaciones sociales.

¿QUÉ HACE A LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES DIFERENTES?

- Tenemos una orientación centrada en la persona (sus necesidades, sus deseos).
- Tenemos en cuenta los aspectos físicos y psíquicos de los problemas (enfoque físicocognitivo-comportamental) a los que la persona tiene que enfrentarse.
- Intervenimos en las dificultades del día a día (AVDs); ya que sabemos que la autoestima mejora con la independencia en lo básico.
- Fomentamos la continuidad de la terapia al resto del día por medio de actividades que pueden desarrollarse en un entorno domiciliario o normalizado (patio de juegos, parque, trabajo,...).
- Educamos o formamos a la familia a que ayude solo cuando es necesario, y de una forma adecuada.
- Conocemos las AATT y férulas que pueden ayudar a la persona, además podemos aconsejar en la accesibilidad al entorno según las capacidades de la persona o de quienes tienen que ayudarlo.

