



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



GUÍA PRÁCTICA PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Movilidad



Cognición



Conducta y Emoción



Comunicación



Alimentación



Actividad Vida Diaria



Adaptación entorno



Cuidados médicos



Recursos Sociales



Familia

“

El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de los socios del proyecto y ni la Unión Europea ni el Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE) son responsables del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.

”

1. ¿QUÉ ES EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO? /3

2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO /5



2.1 MOVILIDAD /5

- I. CUIDADO DE PERSONAS CON DAÑO MOTOR SEVERO TRAS SUFRIR LA LESIÓN CEREBRAL
- II. TRATAMIENTO POSTURAL EN CAMA
- III. RECOMENDACIONES GENERALES PARA FACILITAR LA RECUPERACIÓN DEL BRAZO HEMIPLÉJICO
- IV. LA BIPEDESTACIÓN TRAS EL DAÑO CEREBRAL
- V. APOYO EN LA RECUPERACIÓN A LA HORA DE CAMINAR
- VI. MOVILIZACIONES
- VII. PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA CUIDADORES ANTE CAIDAS DE PERSONAS CON DCA Y MOVILIDAD REDUCIDA
- VIII. RESUMIENDO



2.2 COGNICIÓN ¿CÓMO APOYAR A LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO CON ALTERACIONES EN EL USO DE LA MEMORIA - ATENCIÓN? /12

- I. ATENCIÓN
- II. ORIENTACIÓN
- III. APRENDIZAJE
- IV. ¿CÓMO DAR INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS A PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL?
- V. ASPECTOS CLAVE PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON DCA CON ALTERACIONES COGNITIVAS
- VI. LA ACTITUD DEL CUIDADOR ANTE LAS DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON DCA PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS



2.3 LA GESTIÓN DEL CUIDADO DE PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA CONDUCTA COMO CONSECUENCIA DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO /16

- I. TRISTEZA
- II. APATÍA
- III. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD
- IV. FABULACIONES
- V. IMPULSIVIDAD Y/O IRRITABILIDAD
- VI. AGITACIÓN



2.4. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA COMUNICARSE CON PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO /20



2.5 LA ALIMENTACION TRAS SUFRIR DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO /22

- I. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL APOYO A LA PERSONA CON DCA EN LA ALIMENTACIÓN ORAL
- II. LIMPIEZA Y CUIDADOS DE LA PEG EN PERSONAS CON DCA Y ALTERACIONES EN LA DEGLUCIÓN
- III. ¿CÓMO ALIMENTAR A LA PERSONA CON DCA A TRAVÉS DE LA VÍA PEG?



2.6 DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA /24

- I. TE ACONSEJAMOS



2.7 LA ADAPTACIÓN DEL ENTORNO TRAS EL DCA /26

- I. ACCESO A LA VIVIENDA
- II. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CASA
- III. AYUDAS TÉCNICAS PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
- IV. AYUDAS TÉCNICAS INSTRUMENTALES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- V. PRODUCTOS DE APOYO



2.9 RECURSOS SOCIALES /48



2.8 CUIDADOS MÉDICOS /50

- I. LA IMPORTANCIA DEL CONTROL FARMACOLÓGICO TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
- II. ALTERACIONES EN EL SUEÑO TRAS LA LESIÓN CEREBRAL
- III. PAUTA DE MEDICACIÓN
- IV. CUIDADO DE LA PIEL PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS
- V. ¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA?
- VI. EMERGENCIAS MEDICAS TRAS EL DCA



2.10 EL IMPACTO EMOCIONAL DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN LA FAMILIA /52

- I. SU PAPEL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN TRAS EL DCA
- II. DIFERENTES ESTADÍOS DE LA REACCIÓN EMOCIONAL FAMILIAR
- III. SÍNDROME DEL CUIDADOR

1. ¿QUÉ ES EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO?

El **Daño Cerebral Adquirido (DCA)** es una lesión repentina en el cerebro. Se caracteriza por su aparición brusca y por el conjunto variado de secuelas que presenta según el área del cerebro lesionada y la gravedad del daño. Estas secuelas provocan anomalías en la percepción, alteraciones físicas, cognitivas y emocionales.

La principal causa de daño cerebral es el ictus, una reducción brusca del flujo sanguíneo en una zona del cerebro, seguida de los traumatismos craneoencefálicos y enfermedades como las anoxias, los tumores cerebrales o las infecciones.

Las secuelas del daño cerebral pueden clasificarse en siete grandes áreas:

- **Nivel de alerta**
- **Control motor**
- **Recepción de información**
- **Comunicación**
- **Cognición**
- **Emociones**
- **Actividades de la vida diaria**

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.

Una persona con Daño Cerebral Adquirido puede presentar muchas y muy variadas secuelas, de hecho, podemos afirmar que cada caso es diferente y presenta unas características particulares.

El daño cerebral puede afectar al individuo en su totalidad. 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:

La persona con Daño Cerebral Adquirido puede tener dificultades para 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 (hemiplejía) y de la sensibilidad**
- **Problemas de coordinación y equilibrio**
- **Alteraciones del tono muscular**
- **Deformidades producidas por la inmovilidad, etc.**

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN:

La persona afectada 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.).



2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Ser cuidador de una persona con daño cerebral supone tener que asumir mucha información de forma brusca y de la que, en la mayoría de las ocasiones, no teníamos ningún conocimiento previo. Os presentamos a continuación algunos aspectos y recomendaciones para la atención a personas con DCA.

NOS GUSTARÍA QUE TOMASES EN CONSIDERACIÓN TODA ESTA INFORMACIÓN TENIENDO EN CUENTA EL CRITERIO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA PERSONA QUE CUIDAS EN CENTROS PÚBLICOS, PRIVADOS, ASOCIATIVOS DE LA ZONA DE REFERENCIA O BIEN QUE CONTACTES CON LAS ASOCIACIÓN DE FAMILIARES MÁS CERCANA, CUYA DIRECCIÓN PUEDES ENCONTRAR EN LA PÁGINA:

[HTTPS://FEDACE.ORG/ENTIDADES_SOCIAS_FEDACE.HTML](https://fedace.org/entidades_socias_fedace.html)

2.1 MOVILIDAD



2.1.1 CUIDADO DE PERSONAS CON DAÑO MOTOR SEVERO TRAS SUFRIR DAÑO CEREBRAL

Aunque la persona con Daño Cerebral Adquirido 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.

1. La **higiene diaria** es una parte esencial de su cuidado y recuerde que depende de usted así que no descuide su aspecto.
2. Plantee 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 enjabónele con cuidado. Por ejemplo, podemos poner una determinada música cuando vayamos a la ducha, otra cuando lo cambiemos de ropa, etc.

3. Asegurase 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.
4. Trate de **extender la crema corporal siempre en la misma dirección**, del cuerpo hacia las extremidades y 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.
5. 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 a la persona con Daño Cerebral de posición cada 2 ó 3 horas cuando él no pueda hacerlo por si 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.
6. Las personas con grave afectación motora 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



2.1.2 TRATAMIENTO POSTURAL EN CAMA

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 de la persona con daño cerebral 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.

A. COLOCACIÓN EN DECÚBITO SUPINO (BOCA ARRIBA)

- I. La cabeza queda bien apoyada sobre la almohada, en ligera inclinación hacia el lado sano y rotada hacia el lado afecto.
- II. El lado afecto estará estirado. 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.
- III. Pondremos una almohada bajo la cadera afecta 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°.

B. COLOCACIÓN SOBRE EL LADO SANO

- I. La cabeza descansa ligeramente hacia delante sobre la almohada
- II. El tronco se encuentra bien alineado, formando un ángulo recto sobre la superficie de la cama
- III. El hombro afecto debe estar extendido, con el brazo hacia delante sobre una almohada. Tanto el codo como los dedos están igualmente extendidos.
- IV. 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.
- V. 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 (los dedos mirando hacia arriba).

C. COLOCACIÓN SOBRE LADO AFECTO

- I. Ésta 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.
- II. La cabeza se encuentra un poco hacia delante con el tronco bien alineado y algo rotado hacia detrás.
- III. Colocaremos una almohada en la espalda, encajada entre la cama y el paciente para evitar que éste gire.
- IV. 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.
- V. La pierna inferior está extendida a nivel de la cadera y ligeramente flexionada en la rodilla.
- VI. La pierna superior está adelantada sobre una almohada, con flexión de cadera y rodilla.

2.1.3 RECOMENDACIONES GENERALES PARA FACILITAR LA RECUPERACIÓN DEL BRAZO HEMIPLÉJICO

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



2.1.4 LA BIPEDESTACIÓN TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

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 una persona tras una lesión neurológica. Son muchos los factores que nos pueden dificultar la puesta en pie:

- I. 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 a la persona con DCA en bipedestación hasta que los profesionales lo consideren oportuno.
- II. Las alteraciones del tono muscular y la inmovilización que ha sufrido la persona afecta 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.
- III. Las alteraciones de la sensibilidad y de la percepción pueden hacer que la persona con Daño Cerebral 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 solo sobre las puntas o los talones.

La persona con DCA puede 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 LA PERSONA CON DCA 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.

- I. Las rodillas deben estar extendidas para poder soportar el peso del cuerpo.
- II. Es muy importante que el peso se distribuya por igual en ambas piernas, evitando que la persona con DCA cargue peso solo en el lado sano. Esto nos ayudará a mantener una mayor simetría del cuerpo.
- III. 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).
- IV. La cabeza debe mantenerse alineada, mirando al frente, evitando una vez más las inclinaciones y rotaciones.
- V. Trabajar el control de la postura frente al espejo va a ayudar al paciente a tomar conciencia de su postura y a corregirla.
- VI. 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

2.1.5 APOYO EN LA RECUPERACIÓN A LA HORA DE CAMINAR

No debe intentar ponerlo a caminar por su cuenta, los profesionales le indicarán cuándo es el momento oportuno. Una caída puede provocar lesiones y puede hacer que la persona con daño cerebral coja miedo, enlenteciendo mucho más el proceso.

- I. Debemos darle tiempo a la persona con DCA para que haga lo que es capaz de hacer y debemos ofrecerle solo la ayuda necesaria. Es bastante común ver a familiares cargando y casi arrastrando el peso del paciente en un “intento de marcha”.
- II. 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.
- III. Debemos insistir en que el pie que está avanzando apoye primero el talón al contactar con el suelo, evitando que apoye solo la punta del pie.
- IV. 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, las personas con una lesión cerebral suelen caminar con el brazo afecto pegado al cuerpo.
- V. 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”).
- VI. La velocidad de marcha adecuada será aquella que le permita moverse con seguridad y no requiera un esfuerzo excesivo.

- VII. 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.
- VIII. Si la persona requiere supervisión cercana deberá colocarse en el lado afecto, evitando siempre traccionar del brazo afecto para ayudarle a avanzar.

2.1.6 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 para cada persona con daño cerebral y sus capacidades funcionales, habilidades físicas y cognitivas. En cualquier caso:

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

En función del estado motor del paciente existen diversas transferencias:

- I. Transferencias con grúa:** Se emplean para personas con escasa movilidad o bajo nivel de conciencia. Son sencillas y fáciles de realizar por una única persona. Las grúas suelen ser de gran tamaño, por lo que en ocasiones requieren de una adaptación de la casa.
- II. Transferencias por deslizamiento:** Son apropiadas para aquellas personas que no pueden ponerse de pie o que son demasiado inestables para realizar una transferencia en bipedestación. Requieren de la habilidad de la persona 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.
- III. Transferencias sobre un eje de giro:** Son las transferencias típicas que emplean las personas con hemiplejía, en las que la pierna sana actúa como eje de giro.

2.1.7 PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA CUIDADORES ANTE CAIDAS DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL Y MOVILIDAD REDUCIDA

El riesgo de caídas es más elevado en personas hemiparéticas debido a distintas circunstancias secundarias a su lesión. Es más fácil que sufran ciertas fracturas, como las de cadera.

En caso de una caída recomendamos:

- I. Mantener la calma y no hacer movimientos rápidos o bruscos con la persona con lesión cerebral.
- II. Averiguar dónde ha recibido el golpe directo y cómo se ha caído. Es importante valorar si se ha mareado o ha tenido algún otro síntoma antes, que le haya podido provocar la caída.
- III. Ayudar a que se incorpore lentamente, sin forzar que se ponga de pie

- IV. Si el dolor es intenso, hay herida, se observa deformidad, La persona está aturdida o ante cualquier duda, debe acudir al Hospital más cercano.
- V. En cualquier caso debe informar a su médico sobre lo ocurrido y las circunstancias en las que ha pasado e informar siempre si está tomando anticoagulantes orales (como Sintrom por ejemplo).

2.1.8 ABORDAJE DE LA ESPASTICIDAD TRAS EL DAÑO CEREBRAL

El daño cerebral puede ocasionar que los músculos de ciertas partes del cuerpo estén muy tensos o rígidos. Se denomina espasticidad y aparece generalmente acompañando a la debilidad o parálisis de los miembros.

Los **síntomas de la espasticidad** pueden ser

- I. Dificultad o resistencia a la hora de mover el miembro.
- II. Postura anormal: Hombros, brazos, manos, piernas y pies en posición de excesiva flexión o extensión
- III. Dolor
- IV. Dificultad para vestido, higiene, o colocación de férulas
- V. Movimientos espasmódicos repetitivos, especialmente al tocarlo o moverlo.
- VI. Aparición de espasmos o contracturas repentinas, involuntarias y habitualmente dolorosas

Es muy importante que contacte con su médico para que le prescriba el tratamiento más adecuado.

2.1.9 RESUMIENDO

SEDESTACIÓN EN SILLA

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

DUCHA

- Asegurarnos siempre de que la persona afectada no esté en contacto con temperaturas extremas.
- Comprobar la temperatura del agua, así como de objetos que puedan provocar quemaduras (estufas, etc.) cuando el paciente tenga alterada la sensibilidad.

MANO

- Mantener la mano en extensión (abierta) apoyada sobre una superficie o mediante una férula si ha sido indicada por el fisioterapeuta.
- Es importante no colocar objetos en la mano ya sea con el objetivo de que la apriete o de que no se le cierre.

ORTESIS

- Es importante no cambiar las indicaciones de los profesionales por comodidad o decisión propia sin razón justificada.
- Es importante seguir las instrucciones de los distintos profesionales y respetar los tiempos de colocación indicados.

SEGUIMIENTO DE PAUTAS

- Es importante seguir las indicaciones de los profesionales. Ellos te dirán qué hacer en cada momento.

TRASLADOS

- 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.

2.2 COGNICIÓN. ¿COMO APOYAR A LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO CON ALTERACIONES EN EL USO DE LA MEMORIA - ATENCIÓN?



2.2.1 ATENCIÓN

Para ayudar a la persona con Daño Cerebral Adquirido a que nos preste o mantenga la atención:

- I. Pedir que atienda y repita órdenes (instrucciones)
- II. Hablar de uno en uno o dos personas alternando el turno
- III. Frases breves
- IV. Eliminar distractores (radio, TV, etc.)
- V. Se benefician de actividades estructuradas y guiadas y de ejercicios que mantengan su atención
- VI. Conviene realizar actividades sencillas de tipo manipulativo (puzzles, encajables, etc.) porque favorecen el mantenimiento de la atención
- VII. Las instrucciones debe recibirlas de manera breve y sencillas, recordándole lo que tiene que hacer
- VIII. Existen estrategias compensatorias que permiten paliar los efectos de un déficit atencional
- IX. 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.

- X. Procurar preservar su horario nocturno y las horas de sueño. La fatiga disminuye el nivel atencional individual.
- XI. Se pueden colocar notas a su vista que le recuerden que tiene que concentrarse, tipo: **“¿En qué estás pensando?” “¿Estás concentrado?”**
- XII. Si lo precisa, puede usar cascos o tapones en ambientes ruidosos
- XIII. Organice su ambiente de trabajo para evitar distractores auditivos o visuales.
- XIV. Puede estimular su atención diciéndole **“PRESTA ATENCIÓN”**, por ejemplo, mientras realiza alguna tarea.

2.2.2 ORIENTACIÓN

Es frecuente que la persona presente dificultades de orientación tanto a nivel personal, espacial y/o temporal. Algunas recomendaciones para ayudar a lograr y afianzar la orientación personal (datos personales como nombre, dirección, edad, fecha de nacimiento y otros aspectos relevantes de su persona) son: decir a la persona sus datos personales, así como el nombre de las personas que están junto a ella, redactar una breve biografía de su historia personal, sus gustos, aficiones... y leérsela frecuentemente.

Aspectos a tener en cuenta:

ORIENTACIÓN PERSONAL

- Decir a la persona con DCA 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.

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.
- También puede facilitársele esta información sin necesidad de preguntarle

ORIENTACIÓN TEMPORAL

- **Calendarios y relojes visibles** en todas las habitaciones de la casa
- Que lleve **reloj, con la hora y fecha correctos**
- **Contar con una 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 solo** 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 la persona afectada. Añadir las fiestas personales (cumpleaños, santo, etc.) y las fiestas familiares.
- **Actualizar el calendario cada día** con la persona con DCA
- **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 recordárselo.

2.2.3 APRENDIZAJE

Os presentamos algunas 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**
- **Uso de agenda:** registrando las actividades diarias, que el terapeuta indicará la forma de usar en función de la severidad del déficit.
- **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 solo o con alguien las cosas que ha hecho durante el día** y se le puede formular preguntas (**¿qué has comido?, ¿dónde hemos estado?**, etc.)

2.2.4 ¿CÓMO DAR INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS A PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO?

- Es aconsejable que la información sea reducida y concreta. Las instrucciones que le demos a la persona con daño cerebral debe recibirlas de forma breve y sencilla, recordándole lo que tiene que hacer.
- Es muy importante mantener un ambiente tranquilo y sosegado, así como estructurar horarios y actividades.
- 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.

2.2.5 ASPECTOS CLAVE PARA EL CUIDADO DE PERSONAS CON DCA CON ALTERACIONES COGNITIVAS

No Sobreestimar

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

Tiempo de descanso

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

Tiempo de respuesta

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

Labilidad emocional

No darle demasiada importancia o desviar la atención, cuando el control de las emociones (risa/llanto) no sea adecuado. **“No te preocupes más, vamos a dar un paseo”**

Desinhibición

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

Apatía

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

Impaciencia

Mostrarnos tranquilos e intentar no ceder ante las continuas demandas, intentando desviar su atención hacia otro tema.

Atención

Aumentar paulatinamente el número de actividades según logros, cuando la persona es capaz de realizar actividades sin errores. Y, no fomentar la realización de varias actividades de forma alterna o simultánea.

Incomprensión

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.

Incapacitar

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.

Sobreproteger

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

2.2.6 LA ACTITUD DEL CUIDADOR ANTE LAS DIFICULTADES DE LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL PARA LA REALIZACIÓN DE TAREAS

Es aconsejable que la información sea reducida y concreta. Las instrucciones que le demos a la persona con daño cerebral adquirido debe recibirlas de forma breve y sencilla, recordándole lo que tiene que hacer.

Además:

- Es muy importante mantener un ambiente tranquilo y sosegado, así como estructurar horarios y actividades
- Elegir las tareas que ha de realizar en función de la dificultad de la actividad y sus capacidades
- 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.

2.3 CUIDADO DE PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA CONDUCTA COMO CONSECUENCIA DEL DCA



La personalidad es el conjunto de características o patrones que definen a una persona. Es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo que, de manera muy particular, hacen que cada persona sea diferente a las demás.

Este patrón característico persiste a lo largo de toda su vida a través de diferentes situaciones. Tras una lesión cerebral podemos observar una alteración o cambio en la personalidad de la persona afectada por el daño cerebral, bien sea porque aparecen conductas / comportamientos nuevos, que antes no eran propios de él, o bien porque se produce una “agudización” de sus rasgos de personalidad previos.

Estas alteraciones de la personalidad se deben a una afectación de las estructuras y funciones del cerebro.

PRINCIPALES ALTERACIONES CONDUCTUALES

Las alteraciones conductuales son respuestas inadecuadas como: falta de control de impulsos, escasa iniciativa, apatía, falta de espontaneidad, indiferencia, aplanamiento afectivo, escasa tolerancia a la frustración, impersistencia o escasa conciencia de enfermedad.

Sin embargo, en muchos casos el cambio de personalidad puede ser más sutil y caracterizarse por una reducción de las habilidades sociales. En este caso, la persona con daño cerebral tiene dificultades para comprender qué piensan y sienten otros, muestra escasa empatía, falta de capacidad crítica, juicio social defectuoso, etc. Las alteraciones del funcionamiento “social” constituyen una de las consecuencias a largo plazo más comunes e incapacitantes después de una lesión cerebral, limitando las posibilidades de una adecuada inclusión familiar, laboral y/o social.

2.3.1 TRISTEZA

Los procesos depresivos tras el daño cerebral se manifiestan a nivel emocional (tristeza o pesadumbre), a nivel físico (llanto, problemas de sueño, cansancio...), a nivel de pensamientos (negativos, pesimistas, de falta de capacidad, culpa...) y a nivel conductual (se abandonan actividades, al principio las que hacemos voluntariamente porque nos agradan y luego las obligaciones del día a día).

El sentimiento que suele prevalecer en la depresión es el de pérdida, por lo que determinados sucesos que nos cambian la vida y nos obligan a adaptarnos a nuevas circunstancias pueden desencadenarla. Además, hay que tener en cuenta que la valoración de que algo es o no una pérdida es individual. La depresión se puede tratar y para hacerlo es conveniente que busquemos ayuda de los profesionales (médico, psicólogo, psiquiatra) que, según las circunstancias, valorarán qué tipo de abordaje precisa y nos asesorarán sobre cómo ayudar a la persona que la padece.

2.3.2 APATÍA

La apatía o falta de voluntad - motivación para hacer cosas es una de las alteraciones que aparece con mayor frecuencia tras el daño cerebral.

Las personas que lo sufren se caracterizan por la indiferencia emocional y la falta de motivación respecto al nivel de funcionamiento previo

Podemos encontrar personas que, en función de la severidad del trastorno, se sitúan en un continuum que va desde las dificultades ligeras para emprender actividades hasta los que, a pesar de no tener impedimentos para su realización, han abandonado todas sus rutinas cotidianas, incluso las de autocuidado. Esta falta de motivación escapa a la voluntad de la persona afecta, ya que está provocada por la lesión de determinadas áreas cerebrales y es incontrolable para quien la padece. Es importante que el entorno social y familiar entienda esta situación para evitar reproches inútiles hacia la persona afecta, desgastarnos emocionalmente y poder ayudarle.

Cuando realizan actividades que antes eran gratificantes no las disfrutan de la misma manera. A menudo, no son conscientes de estas limitaciones ni de las repercusiones que tienen en su relación social (escaso contacto con amigos, baja implicación en la rehabilitación...) y, por lo tanto, se suelen mostrar poco interesados en solucionarlos.

Esta indiferencia emocional es la que distingue la apatía como trastorno de personalidad de la que surge como síntoma de un cuadro depresivo, que se ve acompañada de emociones y pensamientos muy negativos. Ambos trastornos pueden darse de forma simultánea en una misma persona y es recomendable que ante situaciones que percibamos como complicadas y difíciles de manejar busquemos la ayuda de un profesional.

En los casos de apatía procuraremos que nuestro familiar tenga las actividades diarias lo más estructuradas posible. Esto le ayudará a vencer la apatía y la desgana puesto que siempre es más fácil emprender actividades organizadas, mucho más que aquellas que varían y que no podemos anticipar.

2.3.3 CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Es necesaria una adecuada conciencia de déficit para que las personas con daño cerebral se comprometan y participen de forma activa en el proceso de Atención. Sin una ajustada percepción de los déficits físicos, cognitivos y/o comportamentales las personas con DCA tienden a infravalorar o incluso negar la necesidad de seguir un proceso de rehabilitación o atención en un recurso especializado.

Las personas con DCA tienen que intentar ser conscientes de qué 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"
2. "Parece que voy al cole"
3. "Antes ya tenía problemas de memoria"
4. "Yo no entiendo por qué no me dejan conducir"
5. "En un mes estaré completamente recuperada y volveré a trabajar"

Es una labor conjunta de profesionales contando con el apoyo de la familia, poder 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.)

La anosognosia o falta de conciencia de enfermedad se refiere a la pérdida de capacidad para percibir adecuadamente las consecuencias sufridas tras un daño cerebral adquirido (DCA). Las dificultades se pueden presentar a la hora de tomar conciencia de limitaciones físicas, cognitivas y/o conductuales. No obstante, la conciencia de las alteraciones cognitivas y especialmente de las conductuales entraña mayor resistencia y complejidad.

La falta de conciencia de enfermedad también acompaña a las personas con mayor afectación cognitiva, de manera que pierden la capacidad para percibir adecuadamente las consecuencias sufridas, bien sean de tipo motor, cognitivo o relacionadas con la personalidad.

Como no es capaz de percibir con exactitud lo que es capaz de hacer o no, se colocará fácilmente en situaciones que impliquen algún peligro para él, sin una ajustada percepción de los déficits físicos, cognitivos y/o comportamentales. Las personas afectas tienden a infravalorar o incluso negar la necesidad de mejorar.

Tienen que ser conscientes de qué tipo de lesión han tenido y de cómo sus consecuencias han cambiado la forma habitual de relacionarse con su entorno. Debemos ser conscientes de que la toma de conciencia es un proceso largo. No podemos "obligarle" a ser consciente de sus dificultades.

¿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.

2.3.4 FABULACIONES

Ayudaremos a nuestro familiar a diferenciar entre los recuerdos reales y los ficticios. En ningún caso debemos “seguirle la corriente”. Cuando se produzca una fabulación, reaccionaremos con tranquilidad. Nuestra actitud ha de ser empática y comprensiva, sin hacerle sentir culpable por no haber sido capaz de recordar.

2.3.5 IMPULSIVIDAD Y/O IRRITABILIDAD

La impulsividad y/o irritabilidad son síntomas más del daño cerebral que la persona con DCA 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 de la persona con DCA 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, la persona afectada se encontrará más tranquila.
- Identificar situaciones de riesgo. Registrar cuándo, dónde y con quién se siente la persona con DCA enfadada 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 la persona con una lesión cerebral.

2.3.6 AGITACIÓN

La agitación es un síntoma más del daño cerebral que la persona con daño cerebral adquirido no puede controlar voluntariamente y que le provoca malestar.

No debemos luchar contra ella porque 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 qué momentos se produce para anticiparse y evitar su aparición.

En todos los casos, la fatiga incrementa la intensidad y la probabilidad de aparición de la agitación, 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



2.4 ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA COMUNICARSE CON PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Detallamos a continuación algunos aspectos a tener en cuenta tras el daño cerebral a la hora de comunicarse con la persona con DCA.

• LÍNEA DE VISIÓN

Quando hable a la persona con una lesión cerebral intente colocarse en su línea de visión, puesto que le comprenderá mejor si le puede ver la expresión facial.

• INCLUIR EN LA CONVERSACIÓN

Quando, tras un período de mutismo, logra emitir una palabra, no hacérsela repetir ni incidir demasiado en ella en cualquier situación sin venir a cuento.

- **NUEVAS PALABRAS**

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

- **GESTOS CONCRETOS**

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.

- **LIBRO DE COMUNICACIÓN**

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.

- **SIMPLIFICAR INFORMACIÓN**

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

- **PREGUNTAS CONCRETAS**

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

- **TURNOS DE CONVERSACIÓN**

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

- **SER SINCERO**

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

- **ALARGAR TIEMPO DE RESPUESTA**

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

- **AMBIENTE RUIDOSO**

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.

- **MARCADORES DE FRASE**

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

- **PACIENCIA**

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

2.5 LA ALIMENTACION TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



2.5.1 ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL APOYO A LA PERSONAS CON DCA EN LA ALIMENTACIÓN ORAL

En las personas 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 los principales aspectos clave a tener en cuenta para prestar soporte a personas con DCA en la alimentación:

- 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 la persona con DCA ha deglutido el bocado anterior
- Mantener las características de consistencia adecuadas a las dificultades de la persona afectada
- Estimular a la persona con lesión cerebral para que perciba el olor y color de los alimentos que va a comer
- Mantenerla incorporada 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 la persona ingiere en cada comida

- La persona afecta debe comer sentada, con espalda a 90° y la cabeza en ligera flexión. El familiar o cuidador debe sentarse a su misma altura, si acerca la cuchara desde abajo, asegure la flexión de cabeza.
- Crear un ambiente tranquilo, sin distracciones (tele, radio, varias personas en la habitación, exceso de ruido...) durante la ingesta de alimentos. Mantener las características de consistencia adecuadas con las dificultades de cada caso.
- No es recomendable administrar consistencias no pautadas por el logopeda y nutricionista. Es decir, no es recomendable dar nuevos tipos de alimentos "a ver qué pasa".

2.5.2 LIMPIEZA Y CUIDADOS DE LA PEG EN PERSONAS CON DCA CON ALTERACIONES EN LA DEGLUCIÓN

Tanto la sonda como la 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 la 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:

- Nos lavamos las manos
- 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 de la persona con daño cerebral, 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

2.5.3 ¿CÓMO ALIMENTAR A LA PERSONA CON DCA A TRAVÉS DE LA VÍA PEG?

- Colocar a la persona afectada 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 50 ml debe administrarse en, al menos, 2 minutos
- Después de cada toma se debe lavar la sonda administrando 50 ml de agua
- Lavar la jeringa de administración después de cada toma
- Si la persona con DCA tiene sed, a pesar del agua administrada en cada toma, se puede dar agua entre tomas

2.6 DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



La persona con hemiplejía, al que no poder usar una mano, ha anulado ciertas actividades, como vestirse, desvestirse, calzarse, realizar higiene, etc.

Siempre que se enseñe a una persona con hemiplejía 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 terapeuta ocupacional, deberá hacerla delante de la familia para que unos y otros sepan que sí es capaz y sí puede hacerla.

Motivar a la persona con DCA para la independencia. Para los familiares, es realmente difícil quedarse sin hacer nada mientras observan cómo titubea. Es preciso indicarles que es mejor no intervenir mientras la persona realiza la actividad para que aprenda a resolver sus dificultades.

Nunca hay que pedir a la persona que realice algo en lo que no ha sido entrenado, pues a la larga 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
2. Sacar el hombro sano
3. A continuación sacar el codo del mismo lado
4. Dejar caer la chaqueta hacia atrás
5. Sacar la manga del lado contrario

PONERSE EL JERSEY O CAMISETA

1. Buscar la sisa y meter la mano afectada en la manga
2. Subir bien el jersey hasta el hombro y la sisa
3. Colocar la otra manga
4. Buscar el cuello
5. Pasar la cabeza por la apertura del cuello
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.

VESTIDO DE LA PARTE INFERIOR

Siempre que la persona con daño cerebral 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.

TE ACONSEJAMOS

Para cualquiera de estos casos, te recomendamos:

1. Llevar prendas de vestir anchas y livianas
2. Situar el material de trabajo en el lado afecto
3. Hacer uso de refuerzos positivos, animando a la persona en su proceso hacia la independencia
4. Entrenar con el cuidador aquello que se ha aprendido con el terapeuta
5. No realizar actividades que todavía no se han entrenado o para las que todavía no se está preparado

2.7 LA ADAPTACIÓN DEL ENTORNO TRAS EL DAÑO CEREBRAL



2.7.1 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).

2.7.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CASA

PUERTAS Y PASILLO

- Cuando debamos 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 80 cm, si bien excepcionalmente se pueden permitir de hasta 70 cm, 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 40 cm del suelo y los interruptores es aconsejable instalarlos a unos 140 cm del suelo
- Los pasillos de la vivienda deberán tener un mínimo de 120 cm de anchura

SUELOS

Algunos de los factores que pueden provocar caídas dentro de casa son suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles o 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 50 cm
- 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 80 cm (óptimo 100 cm) 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:

1. La higiene implica una gran variedad de movimientos y desplazamientos
2. El espacio con frecuencia es reducido
3. 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 0,80-0,85 m del suelo
- El espacio libre inferior será de 0,67-0,70 m en el inodoro para facilitar la transferencia desde la silla, lo idóneo es que la tapa del WC quede a unos 45 cm del suelo
- Los espejos se instalarán a una altura cuyo borde inferior esté como máximo a 0,90 m. Todos los accesorios (estantes para vasos, cepillos de dientes, etc.) se colocarán a una altura que no exceda de 1,40 m y que tampoco sea inferior a 0,35 m.
- Es conveniente poner una alarma cerca de la ducha o WC para poder pedir ayuda en caso de caída accidental durante la transferencia



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 cuales 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 la persona con DCA es capaz de autopropulsarse, si se van a recorrer distancias largas, si realiza trasferencias 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 **autopropulsables** y las **no autopropulsables**.

Silla de ruedas autopropulsable

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 las **sillas de control postural**, con las que 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.

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 aquellas personas 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.

2.7.3 AYUDAS TÉCNICAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

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.



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

HIGIENE PERSONAL

Peines y cepillos de mango largo

Para facilitar el peinado a personas con limitación de movimiento en las extremidades superiores. Como por ejemplo, mangos engrosados para cepillo de dientes o maquinilla de afeitar para facilitar la prensión en aquellas personas que la tienen 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.

Cortaúñas 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.

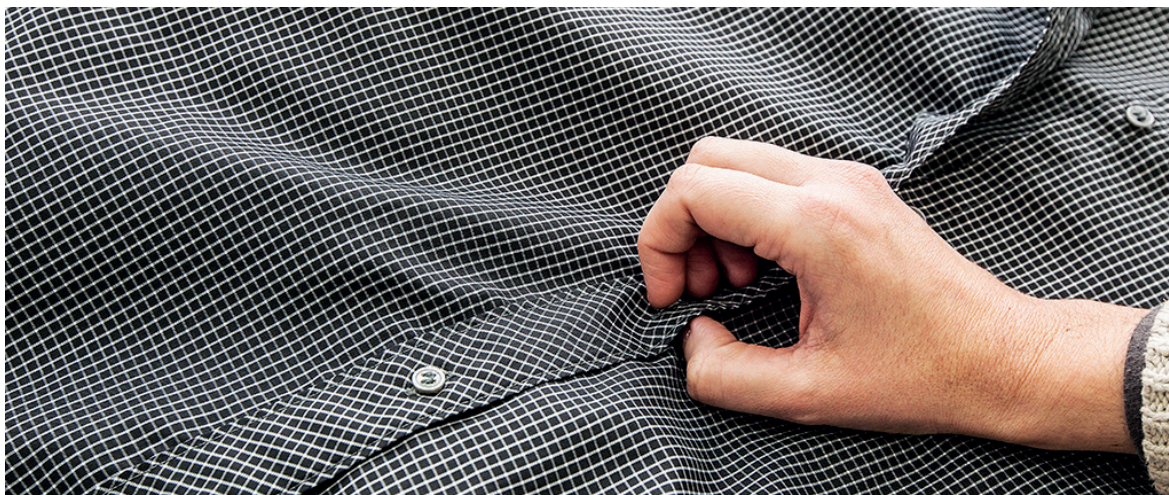
Tirador de cremallera

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

Ayudas Técnicas-Ortesis





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.

2.7.4. AYUDAS TÉCNICAS INSTRUMENTALES PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

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.

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.

2.7.5 PRODUCTOS DE APOYO

Los productos de apoyo, anteriormente denominados ayudas técnicas, son aquellos dispositivos, herramientas y/o aparatos cuya finalidad es ayudar a las personas en situación de dependencia en el desempeño de sus actividades cotidianas, mejorando su capacidad funcional y potenciando su autonomía y su nivel de participación. Además, mejoran la autoestima y la calidad de vida de los usuarios y reducen la sobrecarga del cuidador/a.

En esta sección se ofrece información gráfica para la fabricación de sus propios productos de apoyo a partir de material de fácil adquisición y con gasto económico reducido. Algunos ejemplos de los productos desarrollados son: un **vaso adaptado con pajita** para que no se mueva, un **cepillo de uñas adaptado**, un **subcremalleras** y un **abrochabotones**, una **tabla de cocina** adaptada, una **esponja para pies** o un **cortaúñas** adaptado, entre otros.

1) PRODUCTOS DE APOYO: CEPILLO DE UÑAS ADAPTADO



Material: Cepillo de uñas, dos ventosas y silicona líquida.



Aplicar la silicona caliente en el extremo superior de cada ventosa.



Aplicar silicona sobre la superficie del cepillo de uñas donde pegaremos las ventosas.



Unir ambas piezas y presionar para facilitar que se fijen.



Esperar unas horas para que la silicona seque de forma adecuada.



Con esta adaptación la persona podrá realizar una adecuada higiene de manos aunque existan **problemas de movilidad en miembros superiores**

2) PRODUCTOS DE APOYO: SUBCREMALLERAS



Material: Un tubo de porexpán, alambre, silicona y alicates.



Cortar aproximadamente **25 cm** de alambre y doblarlo por la mitad.



Con la ayuda de unos alicates, lo enrollamos sobre sí mismo para darle más consistencia.



Moldeamos el extremo doblado en forma de gancho



Cortamos el tubo de porexpán para que tenga un tamaño semejante al de la mano.



Insertamos el alambre en el porexpán.



Refuézalo con silicona.



Indicado para personas con dificultades movilidad o destreza fina en miembros superiores.

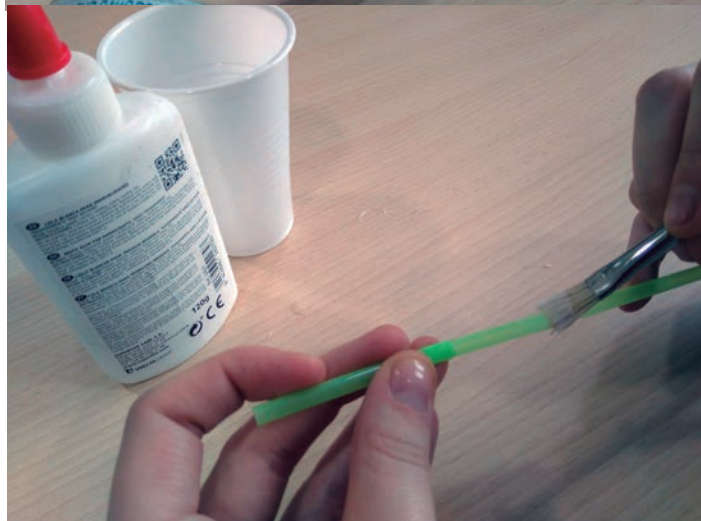
3) PRODUCTOS DE APOYO: VASO CON PAJITA



Material: Vaso, una pajita, una pinza de la ropa, cola o pegamento.

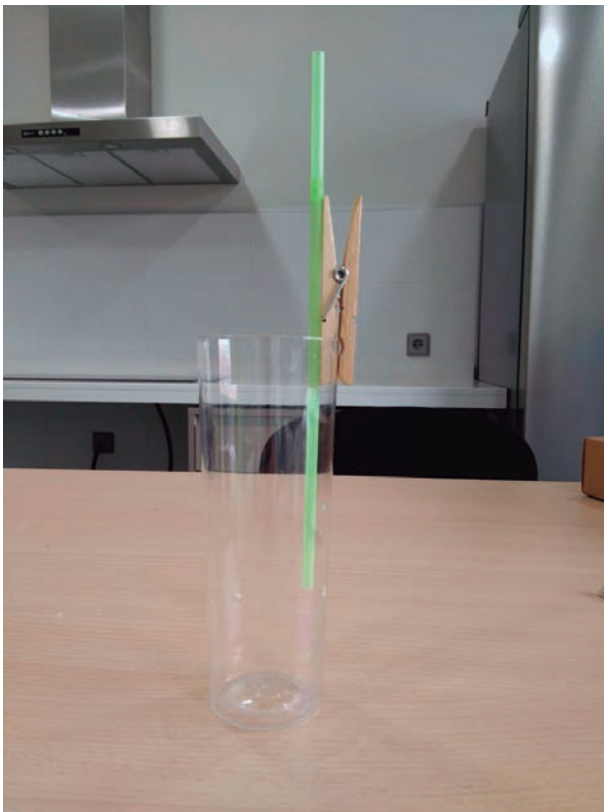


Aplicar pegamento sobre la pinza y sobre la pajita.





Unir ambas piezas y presionar con los dedos y dejar secar.



Indicado para personas con dificultades motoras o temblor en miembros superiores.

4) PRODUCTOS DE APOYO: ESPONJA PARA PIES



Material: 3 esponjas rectangulares, silicona, tijeras y material anti-deslizante.



Coloca las esponjas una a continuación de otra para calcular el tamaño total.



Corta una pieza de material anti-deslizante de ese tamaño.



Pega las esponjas con silicona al material anti-desplizante.



Esperar unas horas para que la silicona seque de forma adecuada.



Indicado para aquellas personas que tengan dificultades para alcanzar los pies en la ducha.

2.8 RECURSOS SOCIALES



2.8.1 AYUDAS DERIVADAS DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Es requisito imprescindible para poder optar a estas ayudas estar en posesión del Certificado de Discapacidad, 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 discapacidad requerido: 65%

Prestación Familiar por hijo a cargo

Cuando la persona con discapacidad 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
- Tarjeta dorada de RENFE
- Tarjetas de aparcamiento para personas con discapacidad. Cuando el Certificado de discapacidad 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, con solicitud en los Ayuntamientos
-

4º 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

5º 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.

6º OTRAS AYUDAS

- Asistencia farmacéutica gratuita: para los menores de 18 años con un grado igual o superior al 33% y para los mayores de 18 años con un grado superior al de 65%.
- Libro de familia numerosa (con 2 hijos si uno de ellos tiene discapacidad)
- Acceso al programa de termalismo social. A través de los servicios sociales municipales.



2.9.1 LA IMPORTANCIA DEL CONTROL FARMACOLÓGICO TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

En muchas ocasiones, las alteraciones derivadas del daño cerebral requieren de un control farmacológico. Respete la pauta (tipo de fármacos, dosis y horarios) determinada por el médico responsable e informe de cualquier cambio, evolución y/o efecto adverso.

2.9.2 ALTERACIONES EN EL SUEÑO TRAS EL DCA

Muchas personas que han tenido un daño cerebral tienen problemas tanto de insomnio como de somnolencia excesiva de muy diversa intensidad. Las causas de estos problemas suelen ser diversas e incluyen tanto la propia lesión cerebral, como otros factores como pueden ser la presencia o ausencia de dolor, el estado de ánimo, ciertos fármacos o el consumo de algunas sustancias (alcohol, café, nicotina, etc.).

Los trastornos del sueño pueden incrementar los problemas cognitivos y de conducta por lo que es importante regularlos desde el inicio.

ESTABLECIMIENTO DE RUTINAS PARA LA CONCILIACIÓN DEL SUEÑO TRAS LA LESIÓN CEREBRAL

Durante el día:

- Siga una rutina: trate de levantarse siempre a la misma hora
- Reduzca el tiempo de inactividad durante el día
- Trate de mantenerse activo durante el día
- Reduzca el número o la duración de las siestas

Al anochecer:

- Siga una rutina: trate de acostarse siempre a la misma hora
- Evite cafeína, alcohol, nicotina o grandes comidas antes de dormir

- Recuerde: la cama es un lugar de descanso no de trabajo
- Cree una atmósfera de descanso (luz, ruidos, temperatura)

2.9.3 PAUTA DE MEDICACIÓN

Respetar los horarios y las pautas marcadas por el personal médico para la administración de los fármacos.

2.9.4 CUIDADO DE LA PIEL PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS

Para prevenir la aparición de úlceras por presión, examine el estado de la piel al menos una vez al día, vigilando estrechamente cualquier zona enrojecida. Mantenga la piel limpia y seca, protegiendo especialmente las prominencias óseas (talón, sacro, cabeza...).

2.9.5 ¿QUÉ HACER ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA?

Ante una crisis epiléptica, mantenga la calma y evita aglomeraciones alrededor.

Nuestras **recomendaciones** son:

- Intentar mantener la calma y evitar aglomeraciones a su alrededor
- Tumbarlo en el suelo de lado con una almohada bajo la cabeza
- Girarle la cabeza hacia un lado para facilitar la respiración
- Aflojar cualquier prenda ajustada al cuello (corbata, camisa) y a la cintura (cinturón, pantalón)
- Alejar objetos con los que pueda lesionarse
- Evitar que se golpee la cabeza o sufra caídas bruscas
- No intentar sujetarle para detener las convulsiones
- No intentar abrir ni introducir ningún objeto en la boca
- Permanecer al lado hasta que recobre la conciencia

Cuando la crisis haya pasado, déjelo descansar tumbado sobre un costado hasta que se recupere totalmente. Tras una crisis convulsiva suele haber confusión, dolor muscular y dolor de cabeza que puede ser más o menos intenso.

Siempre hay que comunicar a su médico si han aparecido crisis. Y, se recomienda acudir inmediatamente al Hospital en **estas situaciones**:

- Si es la primera crisis que tiene
- Si hay varias crisis sin recuperar la conciencia entre ambas
- Si la crisis dura más de 5 minutos

2.9.6 EMERGENCIAS MÉDICAS TRAS EL DCA

Algunos signos de alarma que indican que debemos acudir al Hospital son:

- Episodio brusco de confusión, debilidad en brazo o pierna, caída de la comisura de la boca o alteración del lenguaje
- Confusión o pérdida de conciencia que aparece inmediatamente o días después de haberse golpeado la cabeza

- Supuración, secreción gástrica, obstrucción o salida de la sonda de alimentación (PEG)
- Crisis epilépticas continuas, una crisis que dure más de 5 minutos o la primera crisis.
- Caída que provoque limitación funcional franca, dolor severo, deformidad, confusión, mareo.

2.10 LA FAMILIA



2.10.1 SU PAPEL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN TRAS EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

Las familias son una parte esencial del proceso de atención. Una familia bien informada, bien organizada, trabajando en colaboración con su equipo de atención, podrá gestionar mejor la situación.

Lo más importante en el proceso de atención 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 mejoras 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 ya que supone una ruptura con el proyecto de vida de las personas que forman parte de la familia. Puesto 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”**

2.10.2 DIFERENTES ESTADIOS DE LA REACCIÓN EMOCIONAL FAMILIAR

SHOCK “Deseo que sobreviva”

Este estadio conlleva un estado de confusión, angustia, frustración y desamparo por parte del familiar.

ESPERANZA. “Se pondrá bien”

Este estadio conlleva un estado de optimismo en la recuperación exagerado y negación de la situación por parte del familiar.

REALIDAD. “Todavía está progresando, pero la recuperación es muy lenta”

Este estadio conlleva un estado de depresión, rabia, culpabilidad y aislamiento por parte del familiar.

ACEPTACIÓN “No volverá a ser el mismo”

Este estadio conlleva un estado de conciencia de la situación y aceptación de los cambios por parte del familiar.

AJUSTE “Nuestras vidas son ahora muy diferentes.”

Este estadio conlleva un estado de reajuste de las expectativas y reestructuración familiar.

2.10.3 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 en 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, tienen 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 o 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 de la persona con daño cerebral adquirido y que de alguna manera “cuidan” de él.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



SERVICIO DE NEURORREHABILITACIÓN



novamente
Associação de Apoio aos Traumatizados
Crânio Encefálicos e Suas Famílias



BÜYÜK ORTADOĞU
SAĞLIK VE EĞİTİM VAKFI