



GUÍA PSICOEDUCATIVA

**PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON
DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

**SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
UNIDAD REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA "D"
ANTIGUA CLÍNICA UBARMIN**

Fecha de edición: Noviembre 2013

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
¿QUE ES EL DAÑO CEREBRAL?	11
TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL DCA.....	19
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.....	23
RECUPERACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD A TRAVÉS DEL EJERCICIO	31
PROMOCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	41
EL LENGUAJE Y HABLA TRAS EL DCA	53
ALTERACIONES COGNITIVAS, CONDUCTUALES Y EMOCIONALES.....	61
IMPORTANCIA DEL ENTORNO FAMILIAR. RECURSOS FORMALES DE APOYO	75

INTRODUCCIÓN

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) afecta directamente al cerebro de la persona, pero va directo al corazón de la familia".

Cuando una persona sufre un DCA toda su red social se verá afectada, en especial su entorno familiar.

El DCA marca un antes y un después en cualquier familia que lo sufre. En la mayoría de casos el comienzo es súbito: la familia estaba viviendo una realidad que de forma repentina se ve alterada. El carácter repentino y el desconocimiento de las consecuencias a corto y medio plazo sitúan a la familia en el epicentro del trauma y, en la mayoría de casos en el mayor soporte para el familiar afectado.

Se presentan situaciones nuevas (ayudar al familiar a pasar de la silla a la cama, en su higiene diaria o a vestirse, en su comunicación, o de repente se muestra irritable o se ríe sin motivo...) en las que es normal no saber qué hacer, cómo actuar, qué es recomendable y qué hay que evitar, y a las que habitualmente hay que dar respuestas inmediatas. Este hecho unido al deseo de los familiares de actuar correctamente ("quiero hacerlo bien") suele acentuar la sensación de sobrecarga y de inseguridad.

Cada familia presenta unas necesidades, unas formas diferentes de afrontarlas y una serie de recursos (personales, sociales, psicológicos, económicos...) que permitirán alcanzar un determinado grado de adaptación a su nueva situación.

El DCA es una realidad dinámica y diversa. No afecta siempre del mismo modo a todas las familias, ni de la misma forma a todos sus integrantes, ni tampoco por igual en sus diferentes fases de evolución.

Una de las grandes quejas de las familias es la falta de información adecuada y comprensible sobre las causas y secuelas en diversos ámbitos del DCA que ha sufrido su familiar, y cómo pueden ayudar a manejarlas.

Creemos, y diversos estudios así lo avalan, que una familia bien informada puede convertirse en el mejor co-terapeuta para ayudar a la persona afectada. Este es el principal motivo para elaborar esta pequeña guía: AYUDAR Y ACOMPAÑAR A LA FAMILIA A LO LARGO DEL PROCESO que le está tocando vivir.

Con esta información os intentamos ayudar a comprender mejor las secuelas y el comportamiento de vuestro familiar afectado.

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

La diversidad de los profesionales que se necesitan para la adecuada rehabilitación de las personas con DCA es muy amplia: no hay una persona que pueda poseer todos los conocimientos, ni habilidades necesarias para hacer frente a la variedad de problemas que suelen acompañar este tipo de lesiones.

De esta forma, trabajando a través del EQUIPO TRANSDISCIPLINAR, se garantiza que los problemas sean abordados de forma integral.

Así, los objetivos del tratamiento serán comunes, pero no las actividades o tareas que cada uno ha de desempeñar para lograr alcanzar esos objetivos en las diferentes áreas.

A continuación se describe la información que consideramos importante conocer por los familiares en esta fase del proceso por parte de cada uno de los profesionales del equipo que intervienen en la rehabilitación.

Quedamos a su entera disposición para las aclaraciones que consideren oportunas y esperamos que esta pequeña guía les sea de utilidad.

¿QUÉ ES EL DAÑO CEREBRAL?

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es una lesión repentina del cerebro producida por:

- **CAUSAS EXTERNAS MECÁNICAS:**
(Traumatismo craneoencefálico (TCE), lesiones abiertas).
- **CAUSAS INTERNAS:** (enfermedad cerebrovascular, parada cardíaca, tumor, etc.).

La **causa más frecuente** de DCA es el **ictus o accidente cerebrovascular agudo (ACVA)**.

Ictus hace referencia a cualquier trastorno de la circulación cerebral, normalmente de forma brusca, que puede producirse por interrupción del flujo sanguíneo cerebral (isquemia) o por la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia).

Un **ataque isquémico transitorio (AIT)** es un tipo de ictus isquémico que se produce por la interrupción de flujo sanguíneo de manera temporal. Los síntomas duran unos pocos minutos y el paciente se recupera totalmente en menos de 24 horas.

Aproximadamente, el 75% de los ictus son isquémicos y el 25% son hemorrágicos.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL ICTUS?

Existen diversos factores que aumentan el riesgo de padecer un ictus:

- **NO MODIFICABLES:** la edad, el sexo o una malformación arterial congénita.
- **MODIFICABLES:** la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol y los hábitos de vida poco saludables.

¿CÚALES SON LOS SÍNTOMAS DE UN ICTUS?

Los síntomas del ictus dependen de la zona del cerebro afectada y los más significativos son:

- Pérdida brusca de movimiento o debilidad del brazo, la pierna o la cara, de un lado del cuerpo.
- Dificultad para hablar o comprender.
- Pérdida repentina de visión en uno o ambos ojos.
- Vértigo, problemas de equilibrio o descoordinación de movimientos.
- Dolor de cabeza muy intenso y brusco, sin razón aparente.

- Trastorno de la sensibilidad, sensación de "acorchamiento u hormiguillo" de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio súbito.

REACCIONAR CON RAPIDEZ

El ictus es una emergencia médica y si aparecen los síntomas mencionados, se debe actuar rápidamente:

- Avisar al 112 o acudir directamente al hospital.
- Anotar la hora de inicio de los síntomas.



Fuente: <http://www.strokestrike.com/blog/tag/forg>

¿CÚALES PUEDEN SER LAS SECUELAS?

Las secuelas de un ictus son variables en función de la localización y la extensión de la lesión. Los trastornos más frecuentes son:

1. TRASTORNOS FISICOS Y SENSITIVOS

- **Hemiparesia:** pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo contrario al de la lesión cerebral o **hemiplejia** cuando la parálisis es total.
- **Hipotonia muscular:** debilidad generalizada en la mitad del cuerpo afectado, llamada flaccidez.
- **Espasticidad:** ciertos músculos de la mitad afectada del cuerpo van a estar contraídos permanentemente. Es importante mantener posturas correctas para evitar rigideces y deformidades articulares.
- **Alteración de la sensibilidad:** sensación de «acorchamiento u hormigueo » de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo. Sensación exagerada y desagradable ante cualquier roce, e incluso sensación dolorosa que puede afectar a la cara, a la cara y brazo o a toda la mitad del cuerpo.
- **Ataxia:** dificultad para coordinar los movimientos, caminar o agarrar y utilizar objetos.

- **Trastornos en la deglución:** dificultad para tragar los alimentos o beber líquidos.
- **Incontinencia urinaria y/o intestinal.**
- **Problemas visuales:** pérdida de visión de un ojo, o la mitad del campo visual o visión doble.

2. TRASTORNOS COGNITIVOS, DE LA MEMORIA Y

TRASTORNOS DEL LENGUAJE: de los cuales se hablará más extensamente en capítulos posteriores.

TRATAMIENTO REHABILITADOR DEL DCA

La rehabilitación del paciente con DCA tiene como objetivo conseguir la **máxima capacidad funcional posible** en cada caso y facilitar la **autonomía personal** y la **reintegración en el entorno familiar, social y laboral**, en la medida de lo posible.

El equipo de rehabilitación está formado por un **grupo transdisciplinar** de profesionales: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, enfermeras y personal auxiliar, neuropsicólogo, psiquiatra, médico rehabilitador y trabajadora social.

El médico rehabilitador evaluará en la fase aguda, las necesidades de rehabilitación y el ámbito más adecuado para realizarlo. En Navarra, los diferentes ámbitos para el tratamiento rehabilitador son:

1. EN RÉGIMEN DE INGRESO:

- **CLÍNICA UBARMIN:** pacientes en fase post-aguda inmediata con discapacidad moderada/grave en dos o más áreas funcionales, que tienen capacidad para participar en una terapia intensiva.
- **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS:** pacientes que requieren cuidados de enfermería las 24 horas y cuyas condiciones médicas y/o cognitivas no les permiten participar en terapias intensivas.

2. EN RÉGIMEN AMBULATORIO: para pacientes médicamente estables, sin déficits cognitivos importantes, con adecuado apoyo socio-familiar y posibilidad de desplazamiento al servicio de Rehabilitación de Clínica Ubarmin.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR

La rehabilitación **debe comenzar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado la estabilidad vital.**

El mayor grado de recuperación neurológica tiene lugar en los tres primeros meses y la recuperación funcional en los seis primeros meses. Sin embargo, el proceso de adaptación a la discapacidad y la reintegración a la comunidad puede ser más largo. El tratamiento rehabilitador en nuestro ámbito hospitalario debe finalizar cuando no se identifican objetivos funcionales para lograr.

En la fase crónica del DCA, cuando las secuelas se han estabilizado, los pacientes deben tener acceso a los servicios de rehabilitación para revisar las necesidades a largo plazo.

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO**

El daño cerebral adquirido (DCA) es una lesión repentina del cerebro producida por causas externas: traumatismos principalmente e internas.

La más frecuente es el ictus o ACVA, de hecho es la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres.

Tres temas son los principales desde el punto de vista del enfermero:

1. Cuidados de la piel:

Las secuelas del DCA son variables, en pacientes con déficits físicos (hemiplejias, paresias...) la colocación correcta del paciente en las distintas posturas y la higiene personal es fundamental.

Es importante que la familia y el paciente comprendan la importancia de comenzar a colaborar lo antes posible en su autocuidado para poder manejarse por sí mismo y adquirir una participación activa en el tratamiento. Ya en la misma unidad de hospitalización deben familiarizarse con el quehacer diario de higiene.

El objetivo de la misma es:

- Promover la sensación de bienestar, relajación y confort conservando el buen estado de hidratación de la piel.
- Eliminar microorganismos, secreciones y las células muertas de la piel.
- Estimular la circulación y prevenir y eliminar los malos olores corporales.

Si el enfermo no puede levantarse de la cama se lavará con una esponja y jabón neutro, prestando especial atención en el secado de los pliegues de la piel, es fundamental el secado concienzudo sin arrastrar, a golpecitos.

Es en este momento cuando debemos valorar el estado de la piel, se debe conocer cuáles son los puntos de presión que se ejercen sobre la piel con el objetivo de mantener posturas correctas y realizar los cambios posturales que sean necesarios.

A la hora de la higiene debemos observar cualquier enrojecimiento que se pueda producir en las partes más prominentes.

Prestaremos especial atención a la zona del sacro y de los talones, según la situación del paciente puede ser necesario algún tipo de protección.



La hidratación diaria de la piel tras el aseo será fundamental.

Para pacientes más autónomos puede facilitarse el aseo colocando una silla para que pueda lavarse la cara, peinarse o afeitarse. Es preferible la ducha a la bañera. Puede colocarse una silla o un taburete en el plato de la ducha y es

conveniente colocar un asidero en la pared de la ducha o la bañera que le permita agarrarse y evitar caídas.

2. Prevención

Dentro de los factores de riesgo algunos como edad o sexo no son modificables, sin embargo otros sí que se pueden modificar y controlar.

La hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol y los hábitos de vida poco saludables son factores a controlar en el paciente que ha sufrido un ictus.

La toma de medicación y el control periódico de la tensión arterial y colesterol como determine el médico de atención primaria.

El control adecuado de la diabetes tanto dietético como farmacológico.

Evitar hábitos no saludables como alcohol y tabaco.

Para prevenir otro ictus, es muy importante continuar con todas estas medidas durante el resto de la vida.

3. Dieta

La alimentación y la hidratación es muy importante para mantener una buena calidad de vida y evitar recaídas. Tiene que ser equilibrada, con aporte calórico y proteico suficiente.

Sin embargo, es necesario advertir que el paciente puede presentar dificultades al tragar o masticar o incluso puede ser necesaria la administración de una sonda nasogástrica como alternativa a la alimentación cuando el paciente es incapaz de tragar o se atraganta fácilmente con los líquidos.

La mala nutrición es un problema frecuente y predispone a úlceras cutáneas, edemas y disminución de las defensas, lo que facilita contraer infecciones. Si el paciente traga correctamente, se le debe administrar una dieta parecida a la habitual rica en fibra para evitar el estreñimiento.

La tabla siguiente contiene los alimentos recomendados:

Consumo bajo	Consumo moderado	Consumo alto
Grasas saturadas: carne de cerdo y cordero, vísceras, embutidos, tocino, quesos grasos, mantequilla, nata, mayonesa.	Leche y yogures bajos en grasa	Cereales: copos de avena y de cebada, maíz tostado, arroz inflado
Bebidas azucaradas y excitantes (té, café, colas)	Carne magra	Verdura
Repostería, bollería, helados, azúcar y derivados, aceites, salsas y patés.	Féculas y legumbres: patatas, lentejas, judías, alubias, garbanzos	Frutas de temporada
Sal: salazones y conservas con alto contenido. Frutos secos salados. Marisco y pescado frito. Sopas de sobre	Quesos frescos y bajos en calorías	Pescado fresco (evitar enlatados)
Alimentos muy condimentados y picantes	Huevos	Arroz y pasta

Si el paciente se puede alimentar por vía oral (boca), pero no traga correctamente, es conveniente seguir los consejos que se detallan a continuación:

ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL conforme el enfermo vaya mejorando.

Si la disfagia es a líquidos, hay que espesar los líquidos con espesantes especiales o con maicena, papillas, gelatinas.

Primero se recupera la deglución de alimentos.

Mantener una posición correcta. La persona debe estar sentada.

La comida se debe dar por la parte de la boca no afectada y a veces es conveniente bajar la barbilla para deglutir. Dar pequeñas raciones lentamente y con frecuencia. Esto evitará que la persona se canse, administrando comidas frías, salvo si a la persona los alimentos fríos le desencadenasen espasmos musculares.

- **Ejemplos de alimentos aconsejables:** tortilla, sopas espesas de sémola, carne triturada, pescados suaves.
- **Ejemplos de alimentos que deben evitarse:** Líquidos (agua, leche, zumos), frutas crudas, pan, carnes no trituradas, sopas, pasteles...

Si el paciente no puede alimentarse por vía oral (boca), ya que no es capaz de tragar o se atraganta fácilmente con los líquidos, se debe buscar una vía alternativa para la alimentación. En dicho supuesto, su médico le indicará la alternativa que debe seguir, que puede incluir la alimentación a través de una sonda (tubo), lo que se denomina alimentación enteral.

ALIMENTACIÓN POR SONDA

Mantener una posición correcta. La persona debe estar sentada o semisentada.

No se debe olvidar que la higiene bucal también es importante en los pacientes alimentados por sonda.

Se debe pasar un poco de agua por la sonda cuando se interrumpa la alimentación, para evitar que se obstruya.

Mantener los tapones de la sonda cerrados cuando no se use.

En los pacientes con sonda nasogástrica, se deben limpiar la nariz y cambiar diariamente el esparadrapo de sujeción para evitar se produzcan úlceras en la piel de la nariz.

En los pacientes con gastrostomía, se debe limpiar a diario con agua y jabón. Es conveniente poner unas gasas y tapar con un esparadrapo suave, y cambiar diariamente el esparadrapo y el lugar de sujeción de la sonda.

BIBLIOGRAFIA

“Consejos y cuidados tras un ICTUS: Información para pacientes y familiares” Disponible en:

[http://www.sergas.es/docs/EGSPC/folletos/Ictus AP paciente.pdf](http://www.sergas.es/docs/EGSPC/folletos/Ictus_AP_paciente.pdf)

(consulta realizada el 14 de abril de 2016)

“Dieta para pacientes que han sufrido un ictus”. Disponible en:

<http://www.dmedicina.com/vida-sana/alimentacion/nutricion/2001/03/27/dieta-pacientes-han-sufrido-ictus-9790.html>

(consulta realizada el 14 de abril de 2016)

“Intranet Complejo Hospitalario de Navarra”

**RECUPERACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD A TRAVÉS DEL
EJERCICIO**

En el Servicio de fisioterapia trabajamos los distintos trastornos de movilidad debidos a la lesión cerebral.

Basamos este trabajo en una serie de objetivos que se modifican según la evolución.

Estos son:

- Estimular la contracción de los músculos flácidos.
- Disminuir el exceso de tono muscular en aquellas zonas donde está exagerado.
- Conseguir que el movimiento que va apareciendo se asemeje al normal.
- Estimular la sensibilidad con tacto, roce, presión, posición, temperatura....para que el paciente vaya reconociendo la mano, pierna y pie.

La repetición diaria de los ejercicios crea nuevas imágenes a nivel cerebral que se perdieron tras el ictus.

NORMAS BÁSICAS Y PRECAUCIONES

- Colocación correcta del paciente en las distintas posturas principales (ver más adelante).
- Es importante **no estirar nunca del brazo pléjico** en cualquier cambio de posición o en el aseo personal. Se puede provocar subluxaciones de hombro, distensiones musculares y dolor.
- Prohibimos el uso de **pelotas, esponjas** o cualquier cosa que se coloque en la palma de la mano porque lejos de producir un aumento de fuerza, lo que estimulamos es su cierre.



- Prohibir el uso de **mantas eléctricas o bolsas de agua caliente** cuando el paciente no tiene sensibilidad. Se pueden producir quemaduras graves.
- Llevar a cabo la **higiene personal** es fundamental para evitar complicaciones en la piel y malos olores sobretodo en la mano, axilas y los pies.

- En casa, en su habitación, se deberá **estimular desde el lado afectado**: TV, visitas, alimentación...

POSTURAS CORRECTAS

1. TUMBADO EN LA CAMA BOCA ARRIBA

- El colchón NO ha de ser demasiado blando.
- Situar una almohada debajo de la cabeza y otra debajo del brazo y hombro afectado.
- Colocar el codo extendido, palma de la mano mirando hacia arriba y dedos extendidos o palma hacia abajo y dedos apoyados sobre una toalla enrollada para evitar que se cierre la mano.
- Para evitar que la pierna se gire hacia fuera, se pondrá otra almohada en el lado externo del muslo.



2. ACOSTADO SOBRE EL LADO SANO

- Colocar una almohada debajo de la cabeza.
- Otra almohada debajo del brazo afectado con el codo estirado.
- Situar la pierna y el pie afectados flexionados encima de una almohada.
- La pierna sana permanecerá extendida.



3. ACOSTADO SOBRE EL LADO AFECTADO

- Colocar el brazo afectado hacia delante con el codo estirado y la palma de la mano hacia arriba.
- La pierna sana semi-flexionada se acomodará sobre una almohada para lograr el máximo confort.
- La pierna afectada se sitúa estirada con ligera flexión de rodilla.



4. POSICIÓN INCORRECTA EN LA CAMA

- No adopte en la cama la postura que se muestra en la fotografía pues favorece las deformaciones.



5. COMO GIRAR AL PACIENTE EN LA CAMA

- Se pedirá al paciente que tenga las manos juntas o entrelazadas.
- Se colocarán los codos extendidos, la pierna del lado al que se gira permanecerá estirada y la otra flexionada.
- El cuidador se colocará en el lado contrario al giro y acompañará al paciente desde el hombro y la rodilla.



6. COLOCAR LA BACINILLA

El paciente puede colaborar de la siguiente manera: doblará las rodillas, pies y brazos bien apoyados en la cama y pedimos que **ELEVE LAS NALGAS** hacia arriba cuando lo indique el cuidador.



Sujetaremos la pierna afectada

7. COMO AYUDAR AL PACIENTE A QUE SE LEVANTE

- El paciente se levantará hacia el lado hemipléjico.
- El cuidador fijará la mano afectada sobre la cama y le pedirá al paciente que vaya a tocar su hombro con la mano sana.



NUNCA SE AYUDARÁ AL PACIENTE TIRANDO DEL BRAZO HEMIPLÉJICO

- El cuidador se situará delante del paciente colocando las manos a nivel de las escápulas.
- El paciente colocará sus manos agarrando los hombros del cuidador por la parte posterior.
- Hay que dejar espacio para que el paciente se levante.



PROMOCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

La manera de llevar a cabo las actividades cotidianas del día a día afecta a todo el proceso rehabilitador. Es importante que la familia y la persona comprendan la importancia de comenzar a colaborar lo antes posible en su autocuidado para poder manejarse por sí mismo y adquirir una participación activa en el tratamiento.

Desde Terapia Ocupacional se ofrece orientación y entrenamiento para facilitar la realización de las actividades diarias.

1. ALGUNOS CONSEJOS ÚTILES

- No plantear tareas difíciles que crea que es incapaz de realizar ni tareas demasiado fáciles en las que su familiar no se sienta estimulado.
- No hacerle TODO: la sobreprotección no le beneficia.
- Conozca que cosas sí puede hacer, qué cosas no y para qué necesita ayuda. Las terapeutas ocupacionales pueden ayudarle a averiguarlo.

Hable y dé las instrucciones de forma sencilla, empleando vocabulario claro y preciso y sin dar a la vez demasiada información.

2. LA ADECUACIÓN DEL TIEMPO

- Ahora su familiar necesita más tiempo del habitual. Tenga paciencia, no espera respuestas inmediatas. Normalmente no hay prisa.
- Adapte su ritmo al nuevo ritmo de la persona. Resultará más beneficioso para ambos.

VESTIDO / DESVESTIDO

- Realizar la actividad sentado y sin prisa.
- **Fomentar que se vista/desvista solo**, aunque le cueste más o haya que ayudarlo. Gran parte del vestido lo podrá hacer de forma independiente si usted le guía y le da la oportunidad de hacerlo.
- Tanto sin ayuda, como con ayuda, **siempre se empieza a vestir por la extremidad afectada** y se acaba por la sana. Para desvestirse se empieza por la sana y se acaba por la afectada.

1.



2.



3.



4.



En caso de que la persona no colabore, es importante el correcto manejo del brazo afecto por parte del cuidador, dándole estabilidad y evitando sujetar simplemente la mano. Así, el hombro queda más protegido.



ALGUNOS PRODUCTOS DE APOYO

- Ropa adaptada (sustituir botones por corchetes o velcros).
- Utilizar ropa amplia (una o dos tallas más grande).
- Quitar los puños a las chaquetas para facilitar el que se la pueda quitar y poner.



CALZADO CON CIERRE DE VELCRO O
CON CORDONES ELÁSTICOS



PONECALCETINES



ABROCHABOTONES



CALZADOR DE MANO LARGO

ALIMENTACIÓN

- Debe realizarse en un entorno tranquilo y sin distracciones.
- Colocar al alcance y a la vista los utensilios necesarios.



Si la persona no puede hacer absolutamente nada:

- Sentarse delante al mismo nivel.
- Aproximar la cuchara de frente, no desde el lateral.
- Esperar a que trague una o dos veces antes de continuar con la siguiente cucharada.
- Si la persona puede colaborar o realizar la actividad: Tiene que estar sentada correctamente con el brazo afecto encima de la mesa. Es importante que todo el antebrazo (desde mano hasta el codo) esté apoyado en la mesa.

- Si no puede cortar o cargar la cuchara se le puede ayudar con algún producto de apoyo.

ALGUNOS PRODUCTOS DE APOYO



CORTA PIZZA



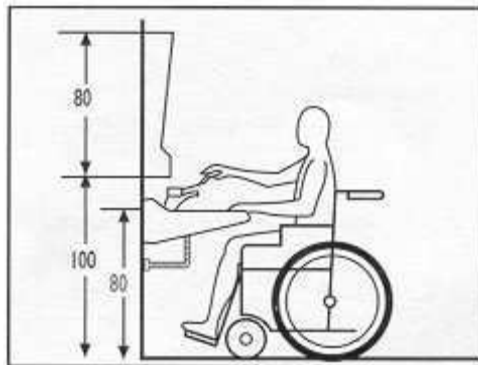
REBORDE DE PLATO



MANTEL
ANTIDESLIZANTE

ASEO, BAÑO Y ARREGLO PERSONAL

- Realizar las **actividades sentados** para evitar riesgos como caídas y resbalones.
- Intentar mantener los **utensilios preparados**, a la vista y de forma accesible.
- Durante el aseo, el lavabo debe de estar libre por debajo para poder realizar las tareas más cómodamente así como el espejo ligeramente inclinado para favorecer la visión.



- Es **muy importante** mantener una correcta higiene en la zona axilar del lado afecto con una adecuada limpieza y secado diario; ya que pueden aparecer infecciones por tener el brazo pegado al cuerpo de forma prolongada. Del mismo modo, es fundamental una completa higiene bucal vigilando que no queden restos de comida en el lado afecto de la boca.

- Para el **uso del WC**, se propone la colocación de asideros o barras de apoyo favoreciendo el agarre al levantarse y sentarse y mantener la postura. Recordar colocar el papel higiénico al alcance.

ALGUNOS PRODUCTOS DE APOYO



BARRA ABATIBLE



ELEVADOR DE WC



ESPONJA DE MANGO LARGO



ASIENTO GIRATORIO

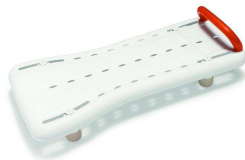


TABLA PARA BAÑERA



SILLA PARA DUCHA

- Para favorecer la seguridad en la ducha o bañera se recomienda el uso de una silla o tabla específica para bañera o un asiento para la ducha.
- Si dispusiera de ducha se aconseja la colocación de algún asidero y un taburete o silla de jardín.

RECOMENDACIONES PARA EL DOMICILIO

Favorecer un entorno accesible y seguro. Para ello, podemos:

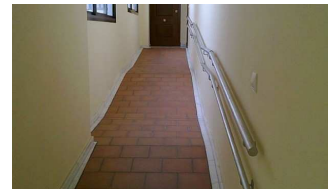
- Retirar alfombras.
- Evitar cables sueltos por el suelo.
- Retirar muebles innecesarios.
- Los pomos de las puertas se recomiendan en forma de L.
- Barandillas en escaleras y pasillos largos.
- Mantener el orden y la rutina de los objetos colocándolos siempre en el mismo lugar.
- Realizar adaptaciones que permitan una mayor accesibilidad.



ELEVADORES



POMOS EN FORMA DE "L"



BARANDILLAS EN LOS PASILLOS

EL LENGUAJE Y HABLA TRAS EL DCA

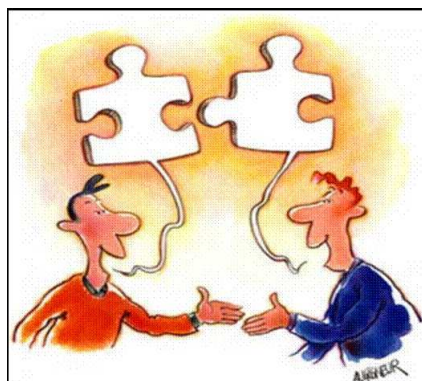
En el área de Logopedia de la Clínica Ubarmin, tratamos fundamentalmente tres tipos de trastornos que aparecen como consecuencia de daño cerebral:

- Afasia
- Disartria
- Disfagia

¿QUÉ ES LA AFASIA?

La **AFASIA** es un trastorno del lenguaje debido a una **lesión en la zona del cerebro** responsable del lenguaje.

Su aparición es brusca y puede afectar a la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito, impidiendo al paciente comunicarse y afectando a lo personal (emocional, familiar, laboral y social).



¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Motivar a nuestro familiar a que se **comunique** de forma oral, gestual, señalando o dibujando.
- Establecer un código para **SI / NO**.
- Intentaremos hacer **frases cortas y sencillas**, fáciles de comprender.
- **Tratarle y hablarle como a un adulto.**
- Usar palabras de **uso frecuente**.
- Usar las palabras en las **situaciones cotidianas**.
- Dar **ayudas**: cuando no puede decir una palabra ayudarle dando la primera sílaba, haciendo gestos, o describiendo la palabra.
- Hablarle **de frente**.
- Hablar **despacio** y de forma **clara**.
- **Dar tiempo** a que responda.
- En afásicos que hablan mucho, **centrar la atención** en nuestro habla.

¿QUÉ DEBEMOS EVITAR?

- Interrumpirle.
- Gritarle.
- Hablar por él si no es necesario.
- Reprenderle o irritarse.
- Exigir cosas que no puede hacer.
- Insistir cuando no puede comunicar algo.
- Usar el lenguaje automático.
- Cambiar de tema con rapidez.

¿QUÉ ES LA DISARTRIA?

La **DISARTRIA** es la **dificultad en la pronunciación** de las palabras por alteración de los movimientos de la musculatura del habla. Puede afectarse la postura, respiración, voz y musculatura orofacial.

¿QUÉ PODEMOS HACER?



Muecas con las mejillas



Muecas con la cara



Muecas con la lengua



Muecas con los labios



¿QUÉ ES LA DISFAGIA?

La **DISFAGIA** es la **dificultad para tragar** los alimentos ya sean sólidos o líquidos.

Los síntomas que pueden aparecer son:

- Tos y ahogos
- Atragantamiento



- Lentitud al comer
- Dificultad para beber líquidos
- Dificultad para masticar
- Restos de alimentos en la boca
- Aumento de la producción de saliva, babeo
- Cambiasen la voz



Es muy importante alimentar de forma segura

¿CÓMO PODEMOS ALIMENTAR DE FORMA SEGURA?

- Adoptando una postura correcta al comer
- Identificando alimentos con los que se atraganta
- Dando raciones pequeñas en cada bocado
- Modificando la consistencia de los alimentos
- Adaptando la dieta

- Evitando distracciones durante la comida
- Estimulando al paciente para que perciba el olor y color de los alimentos



El agua es el alimento que más problemas nos puede dar.

Lo más difícil de tragar son los alimentos duros, los líquidos y las consistencias mixtas (por ejemplo sopa con fideos, naranja, sandía, etc.).



SE RECOMIENDA.....

- Bajar la cabeza al tragar
- Hidratar usando gelatinas o espesantes
- Elegir la consistencia de los alimentos más adecuada a la persona

**ALTERACIONES COGNITIVAS, CONDUCTUALES Y
EMOCIONALES**

En ocasiones, tras un daño cerebral pueden deteriorarse las funciones cognitivas superiores (orientación, atención, memoria, gestos orientados a un fin, reconocimiento sensorial, cálculo, funciones ejecutivas), darse alteraciones emocionales y de comportamiento (confusión, depresión, ansiedad o cambios de personalidad).

FUNCIONES COGNITIVAS

Las funciones cognitivas son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que las personas tengamos un papel activo en el procesamiento de la información (recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación) y así poder desenvolvemos en el mundo que nos rodea.

Es posible que su familiar, tras sufrir un daño cerebral adquirido, experimente una reducción de algunas de las siguientes funciones cognitivas:

- **Orientación:** Las referencias afectadas pueden ser las temporales (ejemplo: mañana-tarde, hora, día de la semana y del mes, mes, año, estación), las espaciales (lugar en el que se encuentra) o, muy raramente, las personales (todas aquellas referidas a datos personales).
- **Atención:** Es posible que su familiar sufra un enlentecimiento a la hora de procesar información, o tenga problemas para enfocar la atención hacia lo

importante, mantenerla, desatender distractores o atender a varias cosas al mismo tiempo.

- **Memoria:** Con frecuencia las personas que han sufrido un daño cerebral adquirido padecen dificultades para fijar, almacenar, consolidar o recuperar informaciones recientes.

Los contenidos de memoria referidos a procedimientos rara vez se reducen (Ej.: montar en bici, manejar algún aparato). Sin embargo, experimentan problemas para fijar o recuperar sucesos de la propia vida (habitualmente recuerdan acontecimientos personales remotos pero no pueden aprender los recientes, Ej.: recordar visitas), así como para fijar o recuperar conocimientos no personales (con frecuencia pueden recordar contenidos remotos pero tienen problemas para aprender sucesos recientes, Ej.: noticias).

Es muy frecuente que se reduzca la capacidad para recordar cosas que se tienen que hacer en el futuro y también la cantidad de información que puede mantenerse en la mente para poder realizar actividades como comprender mensajes largos, calcular o razonar.

- **Praxias:** Quizá su familiar muestre limitaciones para hacer gestos con significado (Ej.: saludo militar, amenaza, despedida), para representar la utilización de objetos cotidianos (Ej.: hacer como si utilizara un cepillo de

dientes o un peine), para usar secuencialmente los objetos (Ej.: utilizar los cubiertos o utilizar un peine), para realizar posturas o secuencias de posturas, para hacer dibujos o para realizar construcciones con bloques.

- **Reconocimiento sensorial:** Aunque la capacidad de reconocer informaciones que proceden de los diferentes sentidos no suele afectarse como consecuencia de un daño cerebral adquirido, en algunos casos el paciente puede presentar dificultades para reconocer objetos por la vista o por el tacto, reconocer sonidos, olores o sabores.
- **Funciones ejecutivas:** Reconoceremos alteraciones en las funciones ejecutivas si el afectado tiene problemas para planificar (formar un objetivo, mantenerlo en la mente, elaborar los pasos para conseguirlo, valorar si se acerca a la meta, rectificar si es necesario), para concentrarse en una tarea (puede que la distracción provenga de estímulos externos o internos), para razonar o resolver problemas, especialmente si son es complejos o nuevos.

¿QUÉ PUEDE HACER ANTE LOS PROBLEMAS COGNITIVOS DE SU FAMILIAR?

Una vez que el neuropsicólogo halla realizado una valoración cognitiva a la persona enferma, los familiares serán informados de las funciones cognitivas que tiene deterioradas y les ofrecerá pautas específicas sobre

la rehabilitación de las mismas. Sin embargo, algunas recomendaciones iniciales son las siguientes:

- Asegúrese de que su familiar le entiende (pregunte y observe).
- Si no le entiende, puede utilizar gestos o señales para acompañar sus palabras.
- Mantenga un entorno tranquilo, hable despacio y sólo una persona cada vez, utilice frases cortas y claras, llame su atención cuando se dirija a él, déle tiempo para responder.
- Evite mantener conversaciones largas, fíjese en si muestra signos de fatiga y deje que descanse, aproveche para estimularle cuando está descansado.
- A medida que su familiar vaya preguntando, es bueno darle información sobre sí mismo, sobre lo que le ha sucedido y los tratamientos que está siguiendo.
- Procure que tenga a la vista calendario y reloj.
- Si su familiar está en condiciones, anímele a leer y comentar las noticias del día.

- No es adecuado preguntar insistentemente al afectado que tiene problemas de memoria. En vez de ello, repítale las cosas importantes siempre que pueda (Ej.: dígame de dónde viene o a dónde ha de ir).
- Puede darle pistas a su familiar para que recuerde.
- Ayúdele a saber lo que va a pasar (Ej.: llevando encima un planning diario donde pueda consultar las actividades).
- Es muy importante favorecer las rutinas, puesto que incluso las personas con graves problemas de memoria se benefician de la repetición de las actividades para conseguir aprenderlas.
- Si su familiar se muestra dispuesto, anímele a mantenerle activo mentalmente (Ej.: juegos de mesa, pasatiempos...).
- Siempre que sea posible, implíquelo en las decisiones (Ej.: qué quiere hacer en un determinado momento).
- Aunque parezca sencillo no lo es: no le pida más de lo que puede dar.

ALTERACIONES EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

Los trastornos conductuales y emocionales son frecuentes en los pacientes con DCA, ya que se presentan en el 40-60% de los traumatismos craneoencefálicos graves y llega al 80% en los muy graves.

Estas alteraciones pueden aparecer muy pronto, en la fase aguda del daño cerebral y serán consecuencias inmediatas relacionadas con las estructuras cerebrales afectadas o pueden aparecer más adelante en la evolución.

CONSECUENCIAS INMEDIATAS	CONSECUENCIAS DIFERIDAS
Delirium o s. confusional Depresión Falta del control de impulsos Emocionalismo Reacciones catastróficas Ansiedad T. del sueño Psicosis: Ideas delirantes, alucinaciones	Alteraciones de la personalidad Subtipo apático Subtipo desinhibido Subtipo lábil y agresivo T. alimentación T. sexuales Síntomas obsesivos Fatiga T. afectivos y psicóticos

- **Confusión o delirio:** Es posible que, en los primeros momentos, tras el daño cerebral adquirido el paciente presente una alteración del nivel de conciencia con disminución de la capacidad de atención, inquietud, confusión, desorientación, e incluso alucinaciones así como alteraciones del ciclo sueño-vigilia.

- **Depresión:** Reconocerán esta alteración si observan a su familiar en un estado de ánimo triste, ansioso, "vacío" o enfadado, quejoso sobre su situación, con sentimientos de inutilidad, llanto, desmotivación e insomnio, pesimismo, desesperanza, pérdida de interés por actividades que antes le gustaban, pérdida de apetito, pensamientos sobre la muerte.

- **Ansiedad:** En ocasiones la persona afectada se muestra nerviosa, inquieta, siente como si le faltara el aire, evita enfrentarse a la situación y depende excesivamente de los demás.

- **Cambio de personalidad:** La personalidad es el conjunto de características o patrones (pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos, conducta...) que definen a una persona y que hacen que cada persona sea diferente a los demás a lo largo de toda la vida. Tras una lesión cerebral se puede observar una alteración o cambio de personalidad de la persona afectada, bien sea porque aparecen comportamientos nuevos, que antes no eran propios de él, bien porque se produce una "agudización" de sus rasgos de personalidad previos. Estas alteraciones se deben a una afectación de las estructuras y funciones del cerebro y son una manifestación más de la afectación de la lesión, y que en la mayoría de los casos, están fuera del control de vuestro familiar.

Suele darse cuando el daño cerebral afecta a las regiones frontales, es una de las alteraciones más frecuentes y persistentes, y que mayor sobrecarga y repercusión negativa tiene en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Depende de la localización de las lesiones cerebrales, de su intensidad y de la personalidad previa del afectado.

- Hay diferentes tipos:
 - Apatía y falta de motivación
 - Desinhibición e inadecuación social
 - Cambiante y agresivo

¿QUÉ PUEDE HACER SI SU FAMILIAR PRESENTA UN CAMBIO EN SU MANERA DE SER?

1. Si SU FAMILIAR ESTÁ CONFUSO

Favorecer la estabilidad y la continuidad en lo que concierne a los lugares, las actividades, las personas y los horarios. Esto permitirá a esta persona volver a conectar con la realidad y reencontrar un clima de seguridad.

- Explicar la actividad que se le propone antes de empezarla, con el objetivo de crear un sentimiento de "conocido" y evitar sorpresas.
- Poner, según las necesidades, sobre las paredes de la habitación del afectado algunos carteles con varias pistas básicas, que le permitirán reconocer más fácilmente su mundo al despertarse; un reloj, un calendario con la fecha del día, el nombre del hospital, fotografías de la familia, etc.
- Evitar trastornar inútilmente las costumbres de la vida del afectado, incluso si parece aburrido, repetir continuamente las mismas actividades. Puede ser útil establecer una rutina y mantenerse en ella de manera que el afectado pueda de esta manera reencontrarse más fácilmente con el tiempo.

2. Si SU FAMILIAR ESTÁ DEPRIMIDO O ANSIOSO:

Lo más importante que uno puede hacer para ayudar a una persona deprimida es ayudar a obtener un diagnóstico y tratamiento adecuado:

- Anime a que la persona enferma tome el tratamiento.
- Ofrezca apoyo emocional y evite abandonar al afectado, tiene más necesidad de comprensión, paciencia, consideración y ánimo.

- Escuche cuidadosamente sus expresiones de sentimientos, converse con él y ofrézcale esperanza. Si expresa sentimientos de muerte o de suicidio, téngalos en cuenta y hágaselos saber a su médico.
- Anímele a que salga de su aislamiento, sobretodo si tiene tendencia a permanecer sentado o acostado.
- Refuerce cualquier iniciativa que tenga y anímele a que participe en actividades de las que antes disfrutaba.

3. Si SU FAMILIAR ESTÁ AGITADO Y/O IRRITABLE

Los sujetos que presentan dificultades para controlar su propia conducta necesitan de un ambiente estable que les sirva de referencia.

- Evite culpabilizar. No discutir ni razonar.
- Redirija su atención a otra actividad.
- Reaccione en el momento y exprese el enfado con respecto a algún mal gesto o comportamiento, y mantenerlo.
- No premie las conductas inadecuadas y potencie las adecuadas.
- Evite dejarlo solo.

- Determine que persona consigue calmarlo mejor y recurrir a ella.

El simple hecho de mantener la calma, ignorar la conducta inapropiada redirigiendo a su familiar a otra tarea (distrarlo) y recompensándolo por la ejecución de tareas adecuadas favorece este tipo de ambientes.

4. Si SU FAMILIAR NO CONTROLA LOS IMPULSOS O ESTÁ AGRESIVO

Intente como hemos señalado antes que el ambiente sea estable y con pocos estímulos.

- Mantenga la calma. Comuníquese que el control es posible y que va a ayudarlo a conseguirlo (suele existir una palabra-clave o gesto, que consigue que vuestro familiar responda tranquilizándose).
- Ayúdele a estructurar y organizar el control de sus acciones en el tiempo (plazos cada vez más largos entre lo que quiere y su realización).
- Haga todo lo posible para evitar el consumo de alcohol o drogas.

5. Si SU FAMILIAR ESTÁ APÁTICO

- Evitar interpretar la apatía como pereza y no confundirla con cansancio o fatiga (promover descansos).
- Ofrecer varias actividades para que pueda elegir. A veces mostrarse firme "vamos a..."
- No reforzar el rechazo sistemático, retomar la actividad un poco más tarde.
- Dividir las actividades en pequeños pasos y valorar el esfuerzo y los buenos resultados. Reforzar y procurar que no se produzca el fracaso.
- Permitir contacto con otros estímulos: personas o actividades

**IMPORTANCIA DEL ENTORNO FAMILIAR
RECURSOS FORMALES DE APOYO**

La actuación de la trabajadora social es con la familia, por ser el principal factor para la reintegración de la persona en la sociedad.

OBJETIVOS

- Ayudar a la persona afectada por DCA y a su familia a **situarse en su nueva realidad** y buscar los medios propios y/o externos que faciliten la construcción de **nuevos equilibrios** en los que poder desarrollar sus proyectos vitales.
- Ayudar a **planificar el alta hospitalaria** prestando atención integral y coordinada para garantizar la **continuidad de los cuidados**.

IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR

Cuidar es un trabajo completo es una gran responsabilidad.

• TIPOS DE CUIDADOS

Las formas de cuidar y las vivencias de cada persona son distintas y dependen de muchos factores:

- Generales directos: compras, cocinar, ropa...
- Sanitarios: medicación, curas...



- Personales: alimentación, aseo, vestido...
- Apoyo emocional: cariño, consolar, animar...
- De las relaciones: entretenimiento, dar conversación...
- Del ambiente: adecuar la casa, ayudas técnicas...

Las formas de cuidar y las vivencias de cada persona son distintas y dependen de muchos factores:

- Relación previa.
- Características del grupo familiar: reparto de roles.
- Características de la vivienda.
- Momento de la vida en que ocurre.
- Recursos económicos de la unidad familiar.
- Pronóstico.

Sentimientos que genera el cuidar:

- Positivos: satisfacción, cariño, cercanía, sensación de deber cumplido...
- Negativos: preocupación, sobrecarga, dificultad, sufrimiento, agresividad, tristeza...

Hay que pararse a pensar en estos sentimientos; todos son normales y respetables.

Hay que reconocerlos y trabajarlos para posteriormente aprender a manejarlos en beneficio de la persona cuidada y de quien cuida.

Son útiles las habilidades de relajación y comunicación, descargar o ventilar sentimientos disminuye la sensación de sobrecarga.

ADAPTACIÓN A LA SITUACIÓN

En esta fase del proceso son fundamentales estos conocimientos:

- Sobre DCA y las necesidades familiares y sociales que genera.
- Sobre los recursos sanitarios y sociales de apoyo.
- Sobre los gustos y preferencias de la persona cuidada que debe ser la protagonista indiscutible de su propia vida.

ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

- Hacer una reunión con todas las personas implicadas, dirigida por una trabajadora social de forma personal o indirecta, enseñando habilidades para hacer la reunión familiar.
- Valorar en la reunión las posibles alternativas para cuidar familiares, con apoyos externos, institucionales... y tomar decisiones para repartir tareas.
- Implicar a todas las personas que opinen y contribuyan en la medida de sus posibilidades con su tiempo, con dinero...
- Cada familia es distinta y no existe una fórmula única.

CUIDAR Y CUIDARSE

En esta fase es donde se asientan los pilares de lo que será la "forma de cuidar". Es muy importante tener en cuenta las propias necesidades de quien cuida, es lo que llamamos "**Cuidar y cuidarse**".

Los beneficios de cuidarse son:

- Mantener el propio bienestar y salud.
- Mantener el bienestar de la persona cuidada.

Si el cuidador está bien puede atender mejor a la otra persona, y si está mal este trabajo es más dificultoso.

Vivir una situación de vulnerabilidad por la crisis personal, junto con la sobrecarga emocional y de tareas puede producir estrés. El estrés produce dolores de espalda, de cabeza, de estómago, insomnio, cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad etc....

Es importante atender a estas señales que nos indican que nuestro cuerpo y nuestro "espíritu" no pueden más.

El objetivo es INTEGRAR LOS CUIDADOS EN LA PROPIA VIDA y no que la propia vida se convierta en proporcionar cuidados.

Recomendaciones al cuidador:

- **Autoestima:** apreciarnos y valorar el trabajo de cuidar que hacemos.
- **Aceptación:** de todos nuestros sentimientos positivos y negativos. verbalizarlos.
- **Dedicación de tiempo:** a nuestro proyecto vital: aficiones gustos y deseos.
- **Distancia de seguridad:** procurarnos espacios y tiempos gratificantes.
- **Cuidar las relaciones:** sin aislarse.
- **Respetar la autonomía:** de nuestro familiar, evitar la sobreprotección tanto en lo personal ayudando en las actividades que no pueda realizar por si mismo, como en la toma de decisiones.
- Recurrir recursos externos-formales de apoyo.

RECURSOS FORMALES

1. TRABAJADORES/AS SOCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD

- Colaboran con el paciente y su familia a situarse en

su nueva realidad, intervención psicosocial, y desde ella buscar los medios propios y/o externos para mejorar su calidad de vida y la del entorno.

- Existen profesionales de referencia en cada zona.

2. TRABAJADORES/AS SOCIALES DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE (SSB)

En Pamplona se denominan Unidades de barrio.

Desarrollan distintos procesos (SAD, ayudas económicas.)



3. SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

- a.** Contratación Privada: Existen bolsas de empleo y empresas prestadoras de servicios.
- b.** Servicio Atención a Domicilio (SAD) Municipal:
 - Titularidad: Entidades locales. Se solicita a través de los servicios Sociales de Base
 - Valoración individualizada de diferentes factores (recursos económicos, necesidad de atención, situación familiar.)

- Atención personal prioritaria o apoyo en tareas domésticas.
- Limitación horaria máxima: 2 h/ día.
- Copago en función de los ingresos de la unidad familiar.

4.PRODUCTOS DE APOYO

Ayudas para **compra** a través de:

a. Departamento Salud:

- Bajo prescripción facultativa.
- No sujetos a baremo económico.

b. Departamento de Políticas Sociales:

- Bajo baremo económico.
- Convocatoria anual para personas reconocidas oficialmente como Dependientes en cualquiera de sus grados. ACTUALMENTE SIN CONSIGNACIÓN PRESUPUESTARIA.

- **Centros Residenciales**

- Privados
- Públicos o concertados:

Vías de acceso:

- Grado de Dependencia que suponga acceso a prestación garantizada: en 2013 para Grandes Dependientes y Dependientes Severos.
- En virtud de la situación socio-familiar (*Orden Foral 312010: Solo para plazas residenciales*).

Todos los centros pueden ser: Temporales por Ej. De respiro familiar, o Permanentes



INFORMACIÓN A LARGO PLAZO

1. INCAPACIDAD LABORAL

Es un concepto puramente laboral, no hay que confundirlo con Discapacidad o Incapacitación Civil. El órgano gestor es el INSS (Instituto Nacional de la Seg. Social).

- **Si la persona está en edad laboral**
 - Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) (baja): durante 12 meses. Prorrogable por Inspección hasta 18 meses, excepcionalmente hasta 24 meses.
 - Incapacidad Laboral Permanente
 - Grados:
 - **Total:** Para la profesión habitual (55% Base Reguladora= BR)
Total Cualificada: + 20% a partir de 55 años si cumple requisitos.
 - **Absoluta:** Para todo tipo de profesiones (100% BR)

- **Gran Invalidez:** Necesidad permanente de una tercera persona (150% BR)

2. VALORACION DE RECONOCIMIENTO COMO PERSONA CON DISCAPACIDAD

- Sólo **valorable tras un mínimo de 6 meses** después del hecho agudo y habiendo finalizado el proceso de rehabilitación.
- Se valoran secuelas, **no** diagnósticos.
- El órgano gestor es la Agencia Navarra para la Autonomía de las personas (Gobierno de Navarra), a través del Centro Base Valoración, Diagnostico y Orientación.
- Mínimo 33%. Para acceso a algunas prestaciones se exige el 65% ó 75%. (Diversas utilidades en Empleo, Vivienda, Derechos Fiscales, Transporte...)

3. VALORACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA EN SITUACION DE DEPENDENCIA.

Ley 39/2006

Se valoran situaciones de **Dependencia permanentes** una vez finalizado el proceso rehabilitador

- Grados:
 - Gran Dependencia
 - Dependencia Severa
 - Dependencia Moderada

El reconocimiento de cada grado puede suponer el acceso a diversas prestaciones, ya sean económicas o servicios por Ej. Centros de día o residencias

4. RECURSOS FORMATIVOS-OCUPACIONALES-LABORALES

Existen Centros y Servicios para fomentar la formación e integración laboral: Centro de Recuperación de Discapacitados Físicos, Servicios Orientación Intermediación-Laboral, Empleo con apoyo, Centros Ocupacionales y C. Especiales de Empleo.

5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN LEGAL

Se pueden solicitar en casos en que la afectación psico-física produce pérdida de autovalimiento que impide a la persona gobernarse por sí misma. (Ley de enjuiciamiento Civil).

Se realizan a través de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Navarra. Hay una presunción de incapacidad, una valoración pericial y un dictamen del juez que nombra a un tutor o curador.

6. ASOCIACIONES DE PERSONAS AFECTADAS Y FAMILIARES

- **ADACEN** "Asociación Daño Cerebral de Navarra"
 - Atención integral a familiares: información, escuelas de familias, apoyo psicológico, voluntariado...
 - Atención integral a personas afectadas:
 - Centro de Día (Concertado con ANAP)
 - Centro de atención a la Dependencia (CAD): Rehabilitación, fisioterapia, neuropsicología, logopedia, terapia ocupacional, actividades ocupacionales, tiempo libre y vacaciones.

- Piso funcional y de respiro para usuarios M Centro de Día.



- **ACODIFNA** "Asociación Coordinadora de Personas con Discapacidad Física de Navarra"
 - Laboral: Bolsa de empleo, orientación laboral, centro de formación...
 - Barrerasarquitectónicas: Asesoramiento, supervisión de proyectos.
 - Ocio y Tiempo Libre: Talleres, vacaciones.
 - Socio-sanitaria: Rehabilitación, hidroterapia.
 - Mentalización: Actos de sensibilización, charlas.



Quedamos a su entera disposición para las aclaraciones que consideren oportunas y esperamos que esta pequeña guía les sea de utilidad.

