

B^oLETIN DE NOVEDADES

del Servicio de Documentación



Nº 34, OCTUBRE 2013



DÍA DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



26 Octubre
2013 en la
Plaza de
Callao

Sumario

Pg 1...Desde Dentro

Pg 5...Novedades Bibliográficas

Pg 7...Eventos

Pg 9...Recursos en Red

Pg 10...Artículo del Mes



ACTIVIDADES PROPOSITIVAS, LA IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA TAREA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Muchos son los momentos difíciles que tienen lugar después de haber sufrido un Daño Cerebral Adquirido (DCA). Uno de ellos es cuando la persona regresa a su domicilio y a su entorno social. Es en este momento cuando se hacen más patentes las dificultades en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Es por ello que generalmente disminuye su nivel de funcionalidad y cambian sus roles y su estilo de vida previo a la lesión.

Es aquí donde radica la importancia de trabajar con estas personas. Uno de los profesionales que trabajan en el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) son los terapeutas ocupacionales.

Según la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), ésta es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. La meta principal es capacitar a las personas para participar en las AVD (actividades de automantenimiento, productividad y ocio). Los terapeutas ocupacionales consiguen este objetivo desde dos enfoques: habilitar a los sujetos para realizar tareas que optimizarán su capacidad para participar, o modificando el entorno para reforzar su participación.

Desde sus comienzos, la Terapia Ocupacional (TO) ha otorgado una gran importancia al correcto equilibrio entre las diversas áreas ocupacionales de un sujeto. Los terapeutas ocupacionales basan su trabajo a través de una perspectiva biopsicosocial, es decir, desde un abordaje holístico. La función principal es la readaptación de la persona en su entorno habitual, a través de la herramienta por excelencia: la ocupación.

La intervención en TO es un proceso complejo de toma de decisiones y consta de diferentes fases. Se realiza una evaluación inicial, se establecen los objetivos y se pauta el plan individualizado de tratamiento. Es necesario realizar revisiones de todo este proceso por si es necesario introducir cambios en el mismo.



En el CEADAC, nosotros realizamos una evaluación ocupacional, es decir, evaluamos áreas, componentes y contextos del desempeño o de ejecución que presenten dificultades. Todo esto se evalúa mediante medidas indirectas, como la información recogida por otros profesionales y entrevista a familiares, y mediante medidas directas, a través de la observación, actividades diagnóstico-terapéuticas y las pruebas estandarizadas de evaluación al usuario.

En relación al plan individualizado de tratamiento, en el CEADAC se utilizan diferentes modelos teóricos, marcos de referencia, abordajes y técnicas terapéuticas, dependiendo del tipo de usuarios y el momento de intervención. También es importante tener en cuenta la TO basada en la Evidencia, la cual consiste en utilizar la técnica que se haya mostrado más efectiva en la investigación para la patología a tratar y aplicarlo a la práctica clínica, con la intención de mejorarla.

No queremos extendernos en este punto porque no es el propósito de este escrito, pero sí queremos señalar la importancia que tiene el comunicarnos con el resto de profesionales del equipo con un mismo lenguaje científico.

Generalmente el primer contacto que tenemos con un usuario es cuando le realizamos la primera entrevista. Este momento es crucial para el establecimiento de una buena relación terapéutica. Le explicaremos en qué consiste la TO e intentaremos que entienda la importancia de que realice las AVD que tienen sentido y valor para él. Muchas veces la persona no es totalmente consciente de qué puede y no puede hacer, por lo que hay que trabajar un adecuado ajuste a su situación real. Un aspecto básico para que el tratamiento tenga éxito es la participación activa del usuario en el mismo.

¿Y esto cómo se consigue? Realmente no existen "recetas mágicas" que den solución a esta cuestión. En TO nos basamos en la utilización de actividades propositivas, es decir, aquellas actividades que son significativas para ese usuario en concreto.

Se entiende mejor con un ejemplo: nos planteamos el objetivo de que el usuario sea capaz de escribir con su mano hemiparética. Para ello es necesario mejorar la motricidad fina de dicha mano. Muchas son las actividades que podemos pautarle, pero si en lugar de utilizar ejercicios de grafomotricidad con motivos infantiles utilizamos la copia de un texto extraído del periódico o de un libro, seguramente aumente su nivel de implicación en la tarea.

Además para aumentar la motivación en la realización de las actividades explicamos de manera verbal y/o no verbal cuál es el objetivo funcional que queremos conseguir con dicha actividad. La TO no consiste en ocupar el tiempo, en entretener, sino que todo lo que realizamos tiene que tener un fin, un sentido. Así, por ejemplo, en muchas ocasiones utilizamos material que a simple vista parecen más "un juego" que una actividad de rehabilitación



(puzzles, mandalas, sudokus, etc.). Pero nuestra labor es explicarle qué aspectos cognitivos se trabajan con estas actividades: memoria, atención, planificación, solución de problemas, etc. Y lo más importante, que estos aspectos cognitivos son los que necesita para poder por ejemplo vestirse, afeitarse, ducharse, ir a la compra o cocinar.

Así, en el CEADAC otorgamos una gran importancia al "análisis de la actividad". Mediante la observación y otras herramientas evaluamos las habilidades motoras, habilidades de procesamiento, habilidades de comunicación e interacción necesarias para llevar a cabo esa actividad. Posteriormente, en función de las características del usuario, del entorno y recursos disponibles y del objetivo que nos hayamos planteado pautaremos la realización de una actividad u otra.

Pongamos un ejemplo para clarificarlo: una persona que presenta una hemiparesia no puede vestirse sola. Le pedimos que lo realice y observamos que no conoce las estrategias para vestirse con una sola mano, que presenta dificultades para mantener la atención en la actividad, que confunde el derecho y el revés de las prendas y que su nivel de ansiedad y frustración aumenta. Sin embargo, también observamos que tiene buena capacidad para seguir instrucciones y que su aprendizaje es bueno, debido a lo cual podremos enseñarle estrategias compensatorias.

El análisis de la actividad es por tanto imprescindible para saber qué componentes específicos debemos trabajar con la persona y cuáles pueden ser nuestros aliados para conseguir el fin último, es decir, que la persona pueda realizar de forma independiente la actividad invirtiendo menos tiempo y esfuerzo y con la mayor calidad posibles.

Muy relacionado con el análisis de la actividad y base fundamental también en TO es la graduación de las actividades. Buscamos el nivel óptimo de dificultad en la actividad, de forma que el usuario mantenga una activación adecuada, que le permita trabajar los objetivos sin frustrarse constantemente. Dependiendo del objetivo planteado podremos disminuir o aumentar las demandas de la actividad. Un cambio en una característica de una actividad puede cambiar la magnitud de la demanda en otra característica, por lo que se debe conocer al detalle los pasos y exigencias de la misma. Debemos, por tanto, los terapeutas ocupacionales ser creativos a la hora de diseñarlas y saber que con un mismo material se pueden plantear infinidad de actividades.

Pongamos un ejemplo del análisis y graduación de las actividades: nos hemos planteado junto con el usuario el objetivo de ser capaz de frotarse con la esponja la espalda. Hay que trabajar la limitación articular que presenta en el hombro y se plantea la actividad de pasarse los conos por detrás de la espalda. Es importante hacer un buen análisis de esta actividad porque modificando diferentes parámetros se pueden trabajar unos objetivos u otros. No es



lo mismo que los conos estén encima de la mesa, que estén en el suelo, que los tenga que coger con una mano o con la otra o que el usuario esté de pie o sentado. Si queremos que también intervengan aspectos más cognitivos podemos pedirle por ejemplo que a la vez que se pasa un cono diga una palabra que empiece por la letra del color de ese cono, o diga nombres de objetos de un baño o nombres de animales.

Para terminar, nos gustaría señalar alguno de los aspectos más importantes de nuestro trabajo: debemos tratar a cada usuario como un ser único, desde un abordaje holístico y con actividades con un valor ecológico. Debemos hacerlo dentro de un equipo transdisciplinar, sin olvidar a la familia y/o cuidador principal y al propio usuario, para así aumentar su nivel de autonomía personal y obtener una mayor calidad de vida. Si todos estos aspectos se pueden desarrollar en un ambiente relajado, con respeto y humor, el usuario estará más predispuesto a colaborar en su proceso de rehabilitación.

Elisa Pascual Agudo
Cristina Flórez del Olmo
Begoña Andrés Delgado
Terapeutas Ocupacionales

» REVISTAS

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation

Vol. 94 N° 8 – Agosto 2013

Brain Injury

Vol. 27 N° 7-10 – Septiembre 2013

Dysphagia

Vol. 28 N° 3 – Septiembre 2013

Gait & Posture

Vol. 38 N° 3 – Julio 2013

Neurorehabilitation&Neural Repair

Vol. 27 N° 7 – Septiembre 2013

Physical Therapy

Vol. 93 N° 8 – Agosto 2013

Vol. 93 N° 9 – Septiembre 2013

Restorative Neurology and Neuroscience

Vol. 31 N° 4 – Julio/Agosto

The Journal of Head Trauma Rehabilitation

Vol. 28 N° 4 – Julio/Agosto 2013

OTRAS REVISTAS

60 y más

N° 321 – Mayo 2013

Infocop

N° 62 – Julio/Septiembre 2013

Saltando Barreras

N° 42 – Verano 2013

Sobre Ruedas

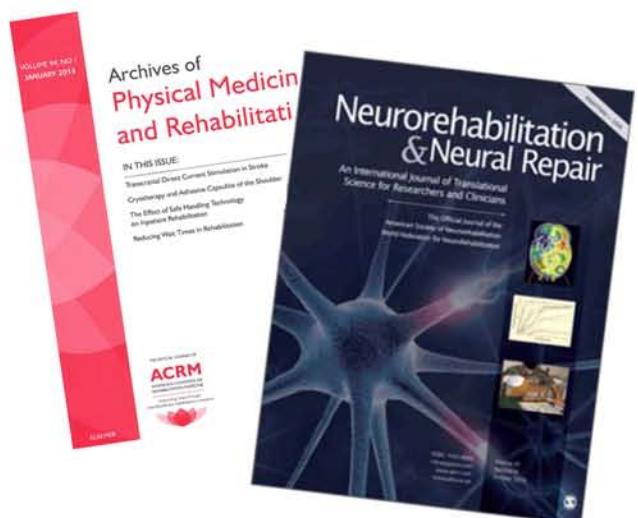
N° 84 – 2° Cuatrimestre 2013

Proposiciones

N° 15 – Verano 2013

Trauma

Vol. 24 N° 3 – Julio/Septiembre 2013

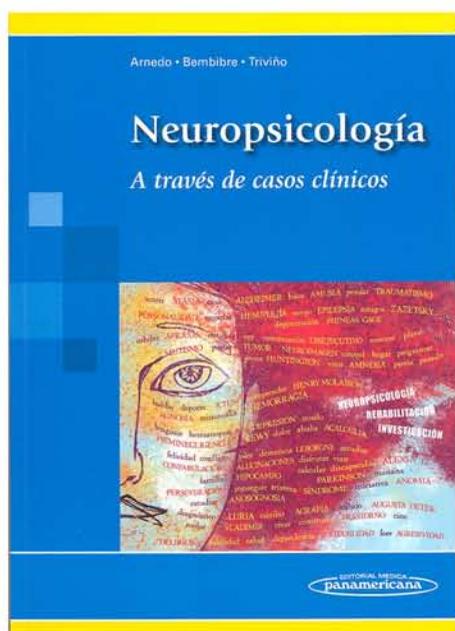
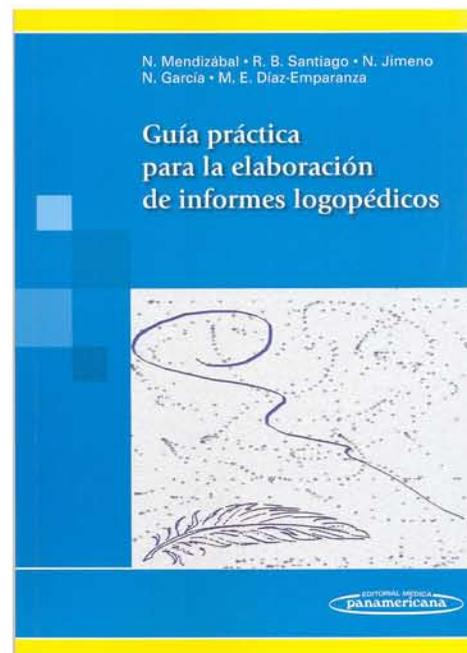


» LIBROS

Guía práctica para la elaboración de informes logopédicos

**N. Mendizabal, R.B. Santiago, N. Jimeno,
N. García, M.E. Díaz-Emparanza**
Ed. Editorial Médica Panamericana, 2013.
Más información: <http://bit.ly/Hudezu>

“El informe logopédico tiene por finalidad describir, a través de la historia clínica del paciente de las pruebas de diagnóstico y evaluación a las que ha sido sometido, el estado en que se encuentra, así como ofrecer las indicaciones necesarias que deben seguirse para una correcta recuperación”.



Neuropsicología. A través de casos clínicos

M. Arnedo, J. Bembibre, M. Triviño.
Ed. Editorial Médica Panamericana, 2013.
Más información: <http://bit.ly/REAWM2>

“Esta obra está enfocada desde una perspectiva diferente a la que suelen presentar los manuales de neuropsicología, en los que la exposición de casos reales de pacientes con daño cerebral tiende a ser una forma de ejemplificar la teoría. En esta ocasión, el caso no se encuentra al final del capítulo como mera referencia, sino que es el cuerpo mismo del capítulo, el hilo conductor; los pacientes y los

profesionales que los atienden se entrelaza con casos que ya se consideran clásicos dentro de la neuropsicología, lo cual permite al lector tener una perspectiva diacrónica sobre cómo y cuándo empezaron las primeras investigaciones acerca de cada uno de los temas que se abordan y su evolución hasta llegar a las concepciones y los modelos teóricos actuales”.

» EVENTOS

LOS DESAYUNOS DEL CEADAC. PRESENTACIÓN DE LA GUÍA "HE SUFRIDO UN DAÑO CEREBRAL, Y AHORA ¿QUÉ?" Y "NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON DISFAGIA"

22 de noviembre 2013 en Madrid

Organiza: Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC)

Lugar de celebración: Ceadac. C/ Río Bullaque, nº 1

Más información e inscripciones: centro.recursos@ceadac.es

(Plazas limitadas)

LOS DESAYUNOS DE CEADAC

Presentación de las Guías "He sufrido un Daño Cerebral, y Ahora ¿Qué?" y "Nutrición para Personas con Disfagia"

22 de Noviembre de 9:30 h. a 11 h. en CEADAC

APERTURA: Inmaculada Gómez Pastor, Directora Gerente CEADAC

INVITADOS:

- Carlos González Alted, Director Médico CEADAC.
- Rosa María Dávila Acedo, Tecnóloga de los Alimentos.
- Silvia Martínez Rabancho, Oficial de Actividades Específicas CEADAC.
- Begoña Andrés Delgado, Terapeuta Ocupacional CEADAC.

MODERADORA: Purificación Aparicio Jiménez, Trabajadora Social del CEADAC.

Inscripción: Enviando datos personales y especialidad profesional a centro.recursos@ceadac.es



"Si Ud. cuenta con alguna discapacidad y necesita algún elemento de apoyo en accesibilidad hágalo saber al teléfono 917355100 o al email respadasg@merso.es, (mínimo con 7 días de antelación)."

Acceso a las guías en pdf:

He sufrido un daño cerebral, y ahora ¿qué?

<http://bit.ly/16liTS9>

Nutrición para personas con disfagia

<http://bit.ly/VP3zak>

» EVENTOS

LXV REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

Del 19 al 23 de noviembre 2013 en Barcelona

Organiza: Sociedad Española de Neurología

Lugar de celebración: Palacio de Congresos de Cataluña

Más información e inscripciones: <http://www.sen.es/reunion2013>

I FORO NACIONAL DE NEUROREHABILITACIÓN

15-16-17 de noviembre 2013 en Segovia

Organiza: RHBneuro y Asociación de Logopedas de España (ALE)

Lugar de celebración: VICAM (Palazuelos de Eresma), Segovia

Más información e inscripciones: www.consultaguibert.es / www.logofon.es

I JORNADAS REHABILITACIÓN - FISIOTERAPIA: FISIOTERAPIA ACUÁTICA EN PERSONAS CON DAÑO NEUROLÓGICO ADULTO

15-16-17 de noviembre 2013

Organiza: Grupo Casaverde

Más información e inscripciones: <http://bit.ly/Hwcnq>

CURSO DE INTRODUCCIÓN A LA INN: INTEGRACIÓN DE NEURODINÁMICA EN NEUROREHABILITACIÓN

13, 14 y 15 de Diciembre 2013 en Madrid

Organiza: La Salle

Lugar de celebración: La Salle Campus Madrid (La Salle Centro Universitario - La Salle IGS)

Más información e inscripciones: <http://bit.ly/1hwa2Sk>



Inventario de recursos de atención al daño cerebral



Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE)

Disponible en: <http://bit.ly/1csdgX6>

Consultado el 28 de octubre de 2013

The screenshot shows the website interface for FEDACE. At the top left is the logo with the text 'FEDACE Federación Española de Daño Cerebral'. To its right is a colorful graphic with the text 'Una vida salvada gracias a la vida'. Further right are social media icons for Facebook, Twitter, and YouTube, and a search bar. Below this is a navigation menu with items like 'Qué es el DCA', 'Movimiento asociativo DCA', 'Nuestro trabajo', 'Familias', 'Colabora', 'Publicaciones', 'Recursos web', and 'Comunicación'. The main content area features the title 'Inventario de recursos de atención al daño cerebral' and a 'Comparte esta noticia' section with social media share counts (Facebook: 91, Twitter: 22). Below this is a list of principles for attention to DCA. To the right, there is a '¡TE NECESITAMOS!' section with a 'Haz una donación' button and a 'BOLETÍN FEDACE' section with a 'COMPARTIR' button and a calendar for October 2013.

“El panorama de la atención al Daño Cerebral Adquirido (DCA), se caracteriza por la escasez de recursos, su descoordinación y por la falta de homologación y regulación de los existentes.

FEDACE, ha elaborado el inventario de recursos de atención al daño cerebral para hacer más accesible a familiares y personas con DCA un tipo información esencial para ellos. Se espera que sirva como guía para encontrar recursos adecuados a las necesidades de la familia y de la persona con daño cerebral”.

Transfer of Training Between Distinct Motor Tasks After Stroke. Implications for Task-Specific Approaches to Upper-Extremity Neurorehabilitation

Sydney Y. Schaefer, Chavelle B. Patterson, Catherine E. Lang
Neurorehabil Neural Repair. 2013 Sep;27(7):602-12

Abstract

Background. Although task-specific training is emerging as a viable approach for recovering motor function after stroke, there is little evidence for whether the effects of such training transfer to other functional motor tasks not directly practiced in therapy.

Objective. The purpose of the current study was to test whether training on one motor task in individuals with chronic hemiparesis poststroke would transfer to untrained tasks that were either spatiotemporally similar or different.

Methods. In all, 11 participants with chronic mild to moderate hemiparesis following stroke completed 5 days of supervised massed practice of a feeding task with their affected side. Performance on the feeding task, along with 2 other untrained functional upper-extremity motor tasks (sorting, dressing) was assessed before and after training.

Results. Performance of all 3 tasks improved significantly after training exclusively on 1 motor task. The amount of improvement in the untrained tasks was comparable and was not dependent on the degree of similarity to the trained task.

Conclusions. Because the number and type of tasks that can be practiced are often limited within standard stroke rehabilitation, results from this study will be useful for designing task-specific training plans to maximize therapy benefits.

Transferencia de Formación Entre las tareas motoras perceptibles después del accidente cerebrovascular. Implicaciones para Enfoques en tareas específicas a Neurorehabilitación de extremidades superiores.

Sydney Y. Schaefer, Chavelle B. Patterson, Catherine E. Lang
Neurorehabil Neural Repair. 2013 Sep;27(7):602-12

Resumen

Antecedentes. Si bien la formación específica de la tarea se está convirtiendo en un método viable para la recuperación de la función motora después del accidente cerebrovascular, hay poca evidencia de si los efectos de la transferencia de capacitación a otras tareas motoras funcionales no practicadas directamente en terapia.

Objetivo. El objetivo del presente estudio fue evaluar si el entrenamiento en una tarea motora después del ictus en individuos con hemiparesia crónica transferiría a tareas no entrenadas que eran o espaciotemporalmente similares o diferentes.

Métodos. En total, 11 participantes con crónica leve a moderada hemiparesia después del accidente cerebrovascular completado 5 días de práctica concentrada supervisada de una tarea de alimentar a su lado afectado. El desempeño en la tarea de alimentación, junto con otras 2 tareas motoras de las extremidades superiores funcionales sin formación (clasificación, vestidor) se evaluó antes y después del entrenamiento.

Resultados. Rendimiento de todas las tareas 3 mejoró significativamente después de la formación exclusivamente en 1 tarea motora. La cantidad de mejora en las tareas no entrenados fue comparable y no era dependiente del grado de similitud con la tarea entrenado.

Conclusiones. Debido a que el número y el tipo de tareas que se pueden practicar son a menudo limitadas en la rehabilitación de carreras estándar, los resultados de este estudio serán de utilidad para el diseño de planes de formación en tareas específicas para maximizar los beneficios de terapia.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



**CENTRO
DE REFERENCIA
ESTATAL DE
ATENCIÓN AL
DAÑO CEREBRAL**

Contacta con el Centro de Recursos

 www.ceadac.es

 www.facebook.com/ceadac

 www.twitter.com/CreCeadac

 centro.recursos@ceadac.es

