

**CUADERNO FEDACE SOBRE DAÑO
CEREBRAL ADQUIRIDO**

**NEUROPSICOLOGÍA
Y
DAÑO CEREBRAL**

TALLER DE NEUROPSICÓLOGOS DE FEDACE

PRESENTACIÓN

Han transcurrido 10 años desde que la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) se constituyó en Barcelona, y algunos más desde que empezaron a trabajar las primeras Asociaciones de afectados y familiares de Daño Cerebral Sobrevenido.

El contexto en el que surgieron las primeras Asociaciones (desconocimiento del Daño Cerebral Sobrevenido y sus secuelas, grandes carencias a nivel sociosanitario, olvido y abandono de los familiares convertidos en cuidadores principales, etc.) sigue aún vigente.

Tal como apuntaba el Defensor del Pueblo, el 23 de diciembre del 2005, en la presentación ante la Comisión Mixta del Informe Monográfico DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO EN ESPAÑA: UN ACERCAMIENTO EPIDEMIOLOGICO Y SOCIO SANITARIO, "...existe un consenso generalizado acerca de que el establecimiento de una red específica de recursos sanitarios y sociales para el abordaje integral del Daño Cerebral Sobrevenido es una verdadera "asignatura pendiente" en España ...y también sobre la necesidad de que los pacientes que sufren una lesión cerebral sean sometidos a un intenso y exhaustivo proceso de rehabilitación, para la recuperación de sus capacidades".

Si existe hoy este consenso se debe, en gran medida, a la labor de las Asociaciones y de la Federación, en su afán diario de reivindicar ante las Administraciones Públicas los recursos necesarios, defender los derechos de los asociados y atender necesidades básicas asistenciales que la administración no cubre.

Esta labor dirigida por los familiares y afectados que conforman las Juntas Directivas y Asambleas de las 24 Asociaciones y de la Federación, tiene su principal soporte en los más de 200 profesionales que trabajan en labores de rehabilitación, asistencia, servicios sociales y gestión de las Asociaciones.

Es evidente, que esta estructura ha generado un conocimiento sobre el "aquí y ahora" del Daño Cerebral Sobrevenido, como ninguna otra en España.

Es responsabilidad de FEDACE aglutinar, compartir y difundir ese conocimiento adquirido poniéndolo al servicio de los sectores educativos, sanitarios y sociales que tienen relación con el Daño Cerebral.

Cuanto mejor se conozca la situación y las necesidades de nuestro colectivo y como atenderlas más avanzaremos en la consecución de nuestros objetivos, que no son otros que promover la mejora en calidad de vida de los afectados y familiares.

Los CUADERNOS FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO, son una apuesta por la divulgación del conocimiento sobre el Daño Cerebral, desde un enfoque multidisciplinar y con un sentido eminentemente práctico. En ellos se abordarán temas sobre el día a día de afectados y familiares y desde el punto de vista de cada especialidad profesional (trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, médicos rehabilitadores, logopedas, psicopedagogos, etc.).

Estos Cuadernos son producto del encuentro e intercambio entre profesionales de una misma especialidad. El marco de estos encuentros son los TALLERES FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL que consisten en encuentros periódicos en doble sesión monográficos, en los que participarán técnicos de diferentes especialidades y de todas la Asociaciones que componen FEDACE. Cada Taller se estructura en tres fases: una primera reunión de aproximación a los contenidos y debate, un periodo de reflexión y elaboración de contenidos en los que el grupo trabaja con documentación compartida y el correo electrónico como herramienta base de comunicación, y una tercera fase de debate y elaboración de conclusiones. Estas conclusiones constituyen la base de los Cuadernos.

Aunque en esta nueva etapa los Cuadernos están basados en los trabajos previos (Talleres) de profesionales de las Asociaciones de FEDACE, también se contempla la edición puntual de Cuadernos Monográficos sobre temas de interés y buenas prácticas, como se había hecho en etapas anteriores.

Sólo nos queda agradecer la actitud y el buen trabajo de los profesionales que son los autores de estos documentos que estamos seguros resultarán de gran interés para los lectores.

Octubre - 2006

FEDACE

INDICE

PRÓLOGO

PARTE I: NEUROPSICOLOGÍA Y DAÑO CEREBRAL

1. ¿QUÉ ES DAÑO CEREBRAL?.....
2. ¿QUÉ ES LA NEUROPSICOLOGÍA?.....
3. ¿QUIÉN ES EL NEUROPSICÓLOGO?
4. LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS
5. EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
 - 5.1. LA VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO
 - 5.2. LA EVALUACIÓN DE ALTERACIONES CONDUCTUALES Y EMOCIONALES
 - 5.3. LA EVALUACIÓN FUNCIONAL
 - 5.4. FACTORES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
6. ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA?

PARTE II: LA NEUROPSICOLOGÍA EN LAS ASOCIACIONES DE DAÑO CEREBRAL

7. EL NEUROPSICÓLOGO EN LAS FASES DEL DCA
 - 7.1. FASE CRÍTICA
 - 7.2. FASE AGUDA
 - 7.3. FASE SUBAGUDA Y DE REHABILITACIÓN INTENSIVA
 - 7.4. FASE DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y READAPTACIÓN
8. EL PAPEL DEL NEUROPSICÓLOGO EN LAS ASOCIACIONES
9. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN LOS SERVICIOS DE NEUROPSICOLOGÍA EN LAS ASOCIACIONES

ANEXOS

- Anexo 1: Entrevista clínica
- Anexo 2: La evaluación neuropsicológica
- Anexo 3: Modelo de informe
- Anexo 4: Plan de trabajo individual
- Anexo 5: Hoja de seguimiento
- Anexo 6: Glosario
- Anexo 7: Fuentes de documentación y lecturas

PRÓLOGO

La neuropsicología ha evolucionado y se ha desarrollado durante los últimos años mediante la literatura en forma de revistas científicas y de publicaciones monográficas. También se ha visto impulsada por la creación de recursos para la atención al daño cerebral adquirido que incluyen en sus equipos interdisciplinarios la figura del neuropsicólogo. Esta figura profesional que se considera que tiene un papel muy relevante por estar relacionada con los aspectos fundamentales del ser humano: su mente, sus capacidades cognitivas y sus emociones, y en definitiva la vivencia y experiencia de todo ello.

Desde FEDACE y especialmente los neuropsicólogos que trabajan en las asociaciones que la componen, se quiere dar pequeños pasos que vayan abriendo camino a esta disciplina y a los que a ella se acercan. Con este objetivo se ha creado un foro de trabajo y debate, resultado del cual se presentan las siguientes páginas que componen de forma sencilla una guía básica reflejo de la marcha del daño cerebral en las asociaciones que trabajan con este colectivo.

Las siguientes páginas son el primer paso que se da de cómo grupo de trabajo. Los objetivos planteados inicialmente para este primer encuentro son:

- Unificar criterios de trabajo, diagnóstico e intervención favoreciendo la unificación del trabajo relacionada con esta disciplina, especialmente en las asociaciones de daño cerebral.
- Fomentar el conocimiento de la neuropsicología entre los profesionales y de otras disciplinas afines.
- Aunar esfuerzos y experiencia entre todo el grupo de neuropsicólogos que trabajan para las asociaciones que componen FEDACE:
- Orientar a otros profesionales interesados en este campo de trabajo.

Los participantes en el taller fueron los siguientes:

Coordinación: M^a Jesús Ruiz y Leyre Tirado de ADACEN – Pamplona

ADACCA Cádiz: Javier San – Sabas

ADACEA Alicante: M^a Jesús Gómez y Belén Piñol

ADACEA – Jaén: Eva Guerrero

ADECE CLM : Primitiva González y Pedro Beltrán

ADACECO Coruña: M^a Dolores Vinagre y M^a Jesús Gómez

ALENTA Vigo: Beatriz Pintos y Fernando Vidal

APANEFMA Madrid: Almudena Reyero y M^a Luz Palacios

ATECE Araba: Berta Lalaguna y Estíbaliz Ugarte

ATECE Bizkaia: Emma Ballús

ATECEA Zaragoza: Laura Larraga

ATENEOS Castellón: Dolores Safont

CÉBRANO Asturias: Susana Rozas y Ana Madrazo

DACE Sevilla: Isabel Montpetit

SARELA Santiago de Compostela: Rocío García

TRACE Barcelona: Gisela Carrés

PARTE I:
NEUROPSICOLOGÍA Y
DAÑO CEREBRAL

1. ¿QUÉ ES EL DCA?

El Daño cerebral adquirido (DCA) es un daño causado por un agente externo o interno al sistema nervioso central (SNC). Puede producir una alteración o disminución de la conciencia, que puede conllevar la alteración de las capacidades sensoriales, físicas, cognitivas, emocionales y conductuales.

El DCA es una fuente de discapacidad que afecta a la globalidad de la persona, y puede tener repercusiones en el entorno familiar, educativo, laboral y social.

Las causas más habituales de DCA son: traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares (trombosis, embolias, hemorragias y aneurismas cerebrales), tumores cerebrales, anoxias y enfermedades infecciosas entre otras.

Las características del DCA conlleva la necesidad de la intervención de un equipo interdisciplinar compuesto por diferentes profesionales especializados entre los que se encuentran principalmente: el neuropsicólogo, médico rehabilitador, el fisioterapeuta, el logopeda, terapeuta ocupacional, trabajador social...

Este grupo de profesionales tendrán mayor o menor protagonismo en el tratamiento en función de las secuelas secundarias aparecidas y el momento de intervención y/o atención con la persona afectada y su familia y entorno.

2. ¿QUÉ ES LA NEUROPSICOLOGÍA?

La Neuropsicología es un área de especialidad dentro de la psicología que se ocupa del conocimiento sobre el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) y sus manifestaciones cognitivo-conductuales. Su función principal es estudiar las relaciones entre el cerebro, las actividades mentales superiores y el comportamiento y las emociones, aplicando ese conocimiento a los problemas clínicos y de la salud.

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (A.P.A., División 40 de neuropsicología) la neuropsicología clínica se define como *“una especialidad que emplea los principios de evaluación e intervención basándose en el estudio científico del comportamiento humano y su relación con el funcionamiento normal y anormal del SNC”*.

El cerebro es el objeto de estudio de la neuropsicología, no obstante se considera necesario el conocimiento de las bases neurobiológicas de la conducta y la conexión que guarda con otras disciplinas afines como la neurología, la psiquiatría, la medicina rehabilitadora, la neuroradiología, etc.

La neuropsicología tiene como uno de sus objetivos principales la descripción, el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales secundarias al daño cerebral bien sea estructural o funcional.

3. ¿QUIÉN ES EL NEUROPSICÓLOGO?

Es un psicólogo especializado en neuropsicología. Entre sus funciones se encuentran la de evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica. Su labor incluye la planificación, la aplicación y supervisión de las actividades de rehabilitación, estimulación y psicoterapia. Además suelen realizar labores de asesoramiento, investigación y docencia.

El neuropsicólogo debe disponer de amplio conocimiento en el campo de las neurociencias y de la psicología clínica; todo ello orientado desde una actitud sensible y cercana al ser humano que le permita abordar esta problemática de un modo global e integrador que :

- Además de tratar los déficits secundarios a la lesión, busque mejorar la calidad de vida y bienestar de la persona afectada y su entorno.
- Promueva la convivencia e integración social, así como la readaptación a una vida lo más normalizada posible.
- Cuento con el entorno familiar como una parte importante de la problemática, necesitada de atención, apoyo e intervención específica.

4. LAS ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS SECUNDARIAS A UN DCA

Las secuelas neuropsicológicas tras un DCA pueden ser numerosas y muy distintas, y dependerán de múltiples factores (tipo de lesión, localización, extensión, efectos golpe-contragolpe, características del paciente...). La intensidad y gravedad del daño, así como la localización del mismo definirán el tipo de disfunciones con las que se enfrentará la persona afectada. En algunos casos, afortunadamente, los trastornos que aparecen se resuelven en días o semanas. En otros casos, las disfunciones pueden llegar a afectar de manera duradera a las capacidades físicas, cognitivas, emocionales y conductuales de la persona, y por extensión, a su vida personal, social y laboral, impidiéndoles volver a retomar la vida que anteriormente desempeñaban.

Conviene destacar que, aunque los cambios físicos suelen ser los más evidentes, las secuelas cognitivas y conductuales son más frecuentes, persisten durante un periodo más prolongado y afectan, no sólo al propio individuo y a su capacidad para participar y beneficiarse de la rehabilitación, sino también a la familias y a la posibilidad de integración en el medio social en el que viven.

En líneas generales, podemos clasificar las lesiones como difusas y focales. Las lesiones difusas, causadas por mecanismos como las fuerzas de aceleración, desaceleración y rotación de los traumatismos craneoencefálicos, causan cuadros clínicos de déficit de atención y concentración, alteraciones de memoria, enlentecimiento en el procesamiento de la información y alteraciones en las capacidades de razonamiento y abstracción.

Las lesiones focales, resultados de lesiones resultantes de ACV o tumores, pueden producir déficits en funciones determinadas, permitiendo el funcionamiento normalizado de las demás funciones cognitivas. Dependen del lugar de localización del daño y del alcance de la lesión provocada.

En el siguiente cuadro se han querido recoger los principales trastornos cognitivos que pueden aparecer tras un DCA.

FUNCIÓN COGNITIVA TRANSTORNO	CARACTERÍSTICAS
ATENCIÓN	<p>Incapacidad para la detección, focalización, mantenimiento del nivel de vigilancia.</p> <p>Reducción de la resistencia a la interferencia. Distractibilidad.</p> <p>Reducción de la capacidad y velocidad del procesamiento de la información.</p> <p>Problemas para atender estímulos de manera simultánea o sucesiva.</p> <p>Negligencia.</p> <p>Relacionada con lesiones difusas o focales (lóbulos frontales)</p>
MEMORIA <ul style="list-style-type: none"> - amnesias 	<p>Incapacidad para el registro, mantenimiento, consolidación, recuerdo y/o recuperación de información. Dificultades para el aprendizaje y adquisición de nueva información.</p> <p>Lesión bilateral o generalizada: síndrome amnésico general.</p> <p>Hemisferio izquierdo: intrusiones y confabulación.</p> <p>Hemisferio derecho: alteración del reconocimiento.</p> <p>Lóbulos temporales: almacenamiento y evocación.</p> <p>Lóbulos frontales: empleo de estrategias organizativas del material, detección de errores y autorcorrección. Metamemoria</p>
LENGUAJE: <ul style="list-style-type: none"> - afasias 	<p>Alteración adquirida que puede afectar a toda la actividad lingüística o a parámetros concretos (repetición de palabras, denominación, dificultades pragmáticas, comprensión)</p> <p>Afasia de Wernicke; afasia de Broca, afasia nominal; afasia transcortical; afasia de conducción.</p> <p>Alexia; agrafia; acalculia.</p>
MOVIMIENTO <ul style="list-style-type: none"> - Apraxias motoras e ideomotoras - Apraxia Constructiva 	<p>Incapacidad para realizar movimientos aprendidos, secuenciados y coordinados dirigidos a un fin. El déficit puede depender de la planificación, secuenciación o ejecución del movimiento.</p> <p>Incapacidad en la captación, estructuración y manejo del espacio.</p>
PERCEPCIÓN <ul style="list-style-type: none"> - Agnosia. 	<p>Incapacidad de identificación, reconocimiento e integración de la información sensorial (visual, auditiva, táctil y somestésica), de la información espacial (de la propia persona o del entorno) y de los símbolos abstractos (habla, escritura y lectura).</p> <p>Alteraciones visuoperceptivas.</p> <p>Agnosia visual; Ceguera cortical.</p> <p>Agnosia auditiva; Amusias; Sordera cortical.</p> <p>Agnosia digital.</p> <p>Relacionadas con afectaciones focales en áreas parietales, sobre todo derechas, y con afectación cortical generalizada.</p>
FUNCIONES EJECUTIVAS <ul style="list-style-type: none"> - Varios trastornos. 	<p>Incapacidad para llevar a cabo tareas de planificación, control, inhibición o flexibilización de la conducta.</p> <p>Alteración en la capacidad para identificar las dificultades, cambiar el punto de vista y ser capaces de controlar y evaluar su propia conducta o establecer metas realistas.</p>

	<p>Perseveraciones e inflexibilidad cognitiva.</p> <p>Problemas de orientación, secuenciación temporal y control del movimiento.</p> <p>Alteración del comportamiento social, abandono en el cuidado personal, falta de autocrítica, indiferencia al entorno y al refuerzo. Alteración de la personalidad.</p> <p>Falta de control emocional: apatía, trastornos obsesivo-compulsivos; seudodepresión y seudopsicopatía.</p> <p>No siempre son abiertamente manifiestos.</p>
--	--

Las lesiones cerebrales conllevan en muchos casos alteraciones emocionales y del comportamiento cuando se ven afectadas las estructuras cerebrales implicadas en la modulación y el control de estas funciones. Se considera que estas alteraciones son potencialmente las secuelas más importantes y disruptivas para la integración social de la persona afectada y para los familiares de los afectados en la vida diaria.

De una manera general, los trastornos emocionales y conductuales se pueden observar en dos patrones conductuales diferenciados. Por un lado, la desinhibición, la euforia y la falta del control conductual y por otro, la apatía, la falta de conducta autoiniciada y la indiferencia y desinterés hacia la persona misma y su entorno. Estas alteraciones están relacionadas con las lesiones prefrontales, y habitualmente en la práctica clínica se conoce como Síndrome orgánico de la personalidad.

En el siguiente cuadro se recogen algunos de los trastornos emocionales y comportamentales que pueden aparecer tras un DCA. La clasificación del cuadro responde los síntomas positivos o negativos que presenta la persona afectada.

EXCESIVO	DEFICITARIO	INADECUADO
<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Desinhibición - Perseveración - Verborrea - Agresividad e irritabilidad - Compulsividad - Confabulación - Distractibilidad - Baja tolerancia - Inflexibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Apatía y falta de iniciativa - Falta de espontaneidad. - Autocontrol - Indiferencia afectiva - Desmotivación - Falta de HHSS - Falta conciencia del déficit - Despreocupación 	<ul style="list-style-type: none"> - Egocentrismo - Puerilidad - Labilidad emocional. - Falta de juicio social - Rigidez del patrón de respuesta - Conducta indiscreta. - Jocosidad - Conductas de riesgo - Aislamiento social

5. ELROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La evaluación neuropsicológica en Daño Cerebral Adquirido (DCA) tiene como objetivo identificar, describir y cuantificar los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales y emocionales que se puedan derivar de un daño cerebral. Además, permite identificar la probable localización de la lesión responsable de un determinado déficit. Sólo después de una adecuada valoración de los déficits y habilidades preservadas es posible plantear un plan de trabajo o programa de rehabilitación adecuado a las necesidades de cada caso particular.

Consiste en la recogida de diferentes datos del paciente relacionados con la historia previa a la lesión (nivel cognitivo premórbido, historia clínica, información sobre su entorno familiar y social...), la valoración de las funciones cognitivas, mediante la administración de pruebas especializadas, y de la repercusión de estas alteraciones en el ajuste interpersonal y psicosocial del paciente.

La evaluación de las consecuencias del DCA requiere aplicar la observación, la entrevista y diferentes pruebas de evaluación neuropsicológicas. Los resultados de esta evaluación representan el punto de partida del tratamiento y rehabilitación neuropsicológica.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none">- Descripción precisa del funcionamiento cognitivo, posibles trastornos de conducta y alteraciones emocionales.- Recogida de información relativa a su situación sociofamiliar y de las repercusiones que han tenido las alteraciones.- Realización de un diagnóstico.- Establecimiento de un programa de rehabilitación individualizado.- Identificar los factores de pronóstico- Determinar de forma objetiva los progresos del paciente y valorar la eficacia de los diferentes tratamientos.- Valoración médico legal del nivel de deterioro cognitivo.- Investigación sobre las relaciones entre el cerebro y la conducta.

El primer paso a realizar es la revisión de los informes clínicos previos, que nos darán información sobre la gravedad y naturaleza de la lesión.

A continuación, se realizarán entrevistas con el paciente y con su familia, preferiblemente de manera independiente. En estas entrevistas, se recogerán datos relativos a la historia del paciente (edad, nivel de estudios, vida laboral, entorno social...), personalidad, patrones de conducta previos y la descripción de la situación actual, los problemas específicos, la importancia que se concede a los mismos y la valoración que realizan sobre las consecuencias psicosociales que está ocasionando el DCA. De este modo, podremos conocer el nivel de autoconciencia del paciente con respecto a sus déficits y las consecuencias de los mismos y contrarrestar la información con la familia.

El tercer paso de la valoración será la administración de pruebas específicas para conocer el funcionamiento cognitivo, conductual, emocional y funcional del paciente.

Por último, es necesario recoger información relativa a la familia y a los cambios que ha sufrido el entorno familiar y social tras la lesión. Se prestará especial interés en la figura del cuidador principal.

5.1. LA VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

La administración de pruebas neuropsicológicas nos va a permitir conocer el rendimiento intelectual general y de las funciones cognitivas. Para ello, contamos con diferentes tipos de pruebas:

- Escalas breves o pruebas de rastreo cognitivo: Conjunto de preguntas variadas en relación a un cierto número de áreas cognitivas. Son de fácil aplicación y requieren poco tiempo para su realización. Útiles como instrumentos discriminativos entre situación normal y patológica.

- Baterías generales de evaluación: Conjunto de pruebas o elementos que exploran las principales funciones cognitivas de manera sistematizada, con el objetivo de detectar la existencia de un DCA.
- Test específicos de evaluación neuropsicológica: especialmente elaborados para el estudio de determinadas funciones cognitivas. Permiten observar el déficit cognitivo así como el tipo de estrategias que utiliza el paciente para compensar su déficit.

En el siguiente cuadro se muestran las principales funciones cognitivas a estudiar en una evaluación neuropsicológica.

FUNCIONES COGNITIVAS QUE SE VALORAN	
1.	Nivel de conciencia.
2.	Observaciones conductuales.
3.	Orientación.
4.	Atención y vigilancia.
5.	Memoria:
	- De trabajo
	- Corto y Largo Plazo (verbal y visual).
	- Prospectiva
6.	Lenguaje:
	- Expresión
	- Comprensión
	- Lectura y escritura
7.	Praxis:
	- Ideatoria
	- Ideomotriz
	- Orofacial
	- Constructiva
8.	Gnosias:
9.	Funciones Frontales
	- Premotoras.
	- Prefrontales: planificación, flexibilidad, fluidez...
10.	Razonamiento:
	- Abstracción
	- Cálculo

En el Anexo 2 se indican algunas de las pruebas más utilizadas en la evaluación de las funciones cognitivas. No es objeto de este epígrafe determinar un protocolo de valoración neuropsicológica, ya que se considera que el profesional deberá seleccionar aquellas pruebas que considere adecuadas, teniendo en cuenta factores como la edad del paciente, la gravedad y tipo de lesión sufrida, o bien las dificultades motoras y sensoriales que pueden influir en la realización de dichas pruebas.

5.2.LA EVALUACIÓN DE ALTERACIONES CONDUCTUALES Y EMOCIONALES

Las alteraciones en el funcionamiento cerebral también afectan a la capacidad de comprensión, expresión y vivencia de la experiencia emocional, así como a la propia personalidad del paciente.

A pesar de la importancia de estas alteraciones, son escasos los instrumentos de evaluación que permiten estudiar de forma específica los cambios emocionales y de personalidad que se observan en estas personas (Ver anexo 2). La información más relevante que obtengamos procederá de los datos proporcionados por el paciente o sus acompañantes durante la entrevista inicial y por las observaciones registradas por el psicólogo.

5.3. LA EVALUACIÓN FUNCIONAL

Uno de los apartados esenciales de la evaluación neuropsicológica será conocer el impacto que los problemas cognitivos y emocionales generan en los aspectos funcionales de la vida diaria y la determinación de la capacidad que tiene la persona para cuidar de sí misma y para llevar a cabo una vida ocupacional y socialmente activa. No podemos olvidar que entre los objetivos de la rehabilitación neuropsicológica destaca dotar al paciente de mejor calidad de vida, lo que implica proporcionarle mayor autonomía e independencia en su vida diaria.

Es necesario realizar una valoración nivel de independencia funcional mediante la observación del paciente en situaciones de la vida real y el conocimiento del nivel de apoyo familiar y social disponible. Además, se recabará información referente al grado de conciencia de las limitaciones que muestra el paciente y su entorno, ya que estos dos elementos modulan el nivel de competencia cognitiva y conductual que puede alcanzar la persona a través de cualquier programa de rehabilitación.

Por último, es preciso tener en cuenta otros aspectos como el funcionamiento en la realización de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, la movilidad, la iniciativa y la colaboración que presenta la persona con DCA, así como las repercusiones que tiene en los familiares, especialmente cuando el paciente es físicamente independiente pero presenta déficits importantes a nivel cognitivo y conductual.

5.4. FACTORES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La entrevista

Es importante mantener entrevistas independientes con el paciente y con un familiar de referencia. Evitaremos la contaminación de la información recogida por los problemas de memoria, confabulación o falta de conciencia del paciente y sobre cambios más sutiles de conducta o personalidad, principalmente en casos de lesiones frontales. Es necesario contrarrestar los datos recogidos para trabajar desde una visión más completa y real del caso.

El protocolo

Como se ha dicho anteriormente, no se ha pretendido realizar un protocolo de evaluación del DCA en esta publicación, ya que consideramos que es imposible establecer un esquema de valoración estandarizado y universal. La selección de las pruebas se realizará teniendo en cuenta los objetivos que persigamos, el estado cognitivo de cada paciente, las características de las pruebas y el tiempo disponible para realizar el estudio.

El conocimiento que posea el neuropsicólogo sobre el DCA, las funciones cognitivas y los instrumentos para su evaluación será el que determine en cada caso las pruebas de evaluación más adecuadas.

Los instrumentos

Los instrumentos utilizados deben ajustarse a una evaluación individualizada y minuciosa, deben ser sencillos de aplicar, flexibles y adecuarse a las características sociales y culturales del sujeto. Se elegirán las pruebas que permitan explicar las alteraciones que presente el paciente y que se muestren sensibles ante los cambios que se producen a lo largo del proceso rehabilitador.

A la hora de registrar los resultados de estas pruebas, habrá que tener presente que los resultados numéricos por sí solos son de poca utilidad para el establecimiento de estrategias de rehabilitación. Una aproximación más cualitativa nos permitirá conocer los errores y aciertos que realiza y las estrategias utilizadas o no utilizadas en la resolución de las pruebas, generación de alternativas o ayudas necesitadas. Esta información nos permitirá obtener un perfil de los déficits pero también de las capacidades preservadas, lo que constituirá la base del trabajo de rehabilitación

La validez ecológica

La rehabilitación debe ir encaminada a la readaptación del paciente en su vida diaria, por lo que no podemos obviar su funcionamiento fuera del entorno protegido del despacho. Es por ello necesario recordar la importancia de realizar una valoración fundamentada en la validez ecológica.

Se emplearán medidas que exploren el grado en que las funciones evaluadas se generalizan a la vida real, intentando establecer relaciones entre los rendimientos del sujeto en un test y la capacidad de funcionar en el mundo real. Para ello, habrá que desarrollar sistemas de observación y hojas de registro en el medio natural, en ambientes no protegidos, ante tareas no propuestas de forma explícita por el evaluador y en situaciones novedosas, imprevistas y cambiantes.

6. ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA?

La rehabilitación neuropsicológica constituye el mayor reto para los neuropsicólogos. Consiste en la aplicación de técnicas de tratamiento para las alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales.

La rehabilitación es un proceso, principalmente de reaprendizaje y adaptación, de modo que la persona afectada adquiera de nuevo las habilidades previamente desarrolladas a la lesión, y si esto no es posible compensarlas de manera progresiva.

Hay diferentes factores que favorecen el proceso de rehabilitación, sin embargo se consideran especialmente importantes, la intervención precoz y la coordinación del tratamiento por un equipo interdisciplinar. Además existen otros factores también se han tener en cuenta como la edad, el nivel educativo, la severidad, localización y extensión de la lesión, entre otros.

La tarea esencial de un programa de rehabilitación es determinar unos objetivos concretos y cómo desarrollar el plan para alcanzarlos. Los objetivos deben ser lo más ajustados y realistas posible. Se establecerán tanto en relación con los déficits adquiridos como atendiendo a las capacidades preservadas del afectado.

Los programas de intervención que habitualmente se incluyen en la rehabilitación neuropsicológica son:

- Rehabilitación cognitiva.
- Modificación de las conductas desadaptativas.
- Apoyo psicosocial.
 - o Readaptación profesional /laboral.
 - o Intervención con familias.

PARTE II:

**LA NEUROPSICOLOGÍA EN
LAS ASOCIACIONES DE
DAÑO CEREBRAL**

7. EL NEUROPSICÓLOGO EN LAS FASES DEL DCA

Entendemos que el proceso del daño cerebral es prolongado, en el que se interviene de diferentes estamentos y que requiere de diferentes intervenciones. En líneas generales las etapas por las que transcurre una persona con daño cerebral son: la hospitalaria, la rehabilitadora y la crónica. En esta trayectoria el paciente y la familia que sufre el daño cerebral vive diferentes fases en las que interviene en la mayoría de ocasiones la figura profesional del neuropsicólogo.

Seguidamente se introduce la labor del neuropsicólogo que trabaja en las asociaciones y su intervención en los diferentes momentos

7.1. FASE CRÍTICA

La fase crítica es en la que el paciente se encuentra estable hemodinámicamente, aunque con alta probabilidad de presentar complicaciones derivadas de la lesión. Requiere de un ingreso hospitalario, que dependiendo de su gravedad durará más o menos meses. En esta fase se debe programar un tratamiento precoz en rehabilitación.

Generalmente el tratamiento va encaminado tanto hacia la persona afectada como hacia la familia. Con respecto a la persona afectada es importante adaptar el entorno a sus necesidades. Es un momento de recuperación importante, por lo que el tratamiento, generalmente basado en el control estímulos, debe estar supervisado en todo momento por el neuropsicólogo.

Por otro lado, al mismo tiempo que la persona afectada es la que requiere mayor atención de los servicios médicos, la familia es la que debe recibir intervención más específica desde el profesional de la neuropsicología. Es habitual para los neuropsicólogos encontrar dificultades para facilitar la información y el asesoramiento a la familia porque no se encuentran receptivos. Por el contrario, nuestra experiencia nos demuestra que el acompañamiento y la atención en estos momentos es muy importante para la familia. Es, así mismo de gran importancia, la observación a la familia para tener en cuenta qué tipo de información se da a la familia que pueda asimilar.

El trabajo debe ir dirigido a ofrecer pautas de atención y de acompañamiento a su familiar. Donde el familiar tenga una participación activa y controlada.

La atención al familiar en este momento se va a dirigir especialmente a los siguientes aspectos:

- Acompañamiento y apoyo emocional.
- Información y orientación familiar.
- Información de recursos y asistencia legal.

La experiencia de las asociaciones en lo referente al contacto con los centros hospitalarios dice que es la figura Trabajador social quien establece el contacto con los hospitales y en algunas ocasiones el psicólogo. Sería necesario establecer una coordinación entre los centros hospitalarios con el objeto de que todas las personas que sufran un DCA se encuentre atendido y asesorado con garantía.

7.2. FASE AGUDA

En esta fase el paciente se encuentra estable desde el punto de vista neurológico. En esta fase se van identificando tanto las secuelas como los avances en los aspectos funcionales, cognitivos y conductuales. El paciente continúa requiriendo atención en régimen hospitalario, generalmente coincide con el traslado a la planta hospitalaria. La duración de esta fase es también muy variable, dependerá de la severidad de la lesión, aunque es probable que no llegue a medio año.

La función del neuropsicólogo se va haciendo en este momento más visible y necesaria tanto en la intervención con la persona afectada como hacia su familia.

Con respecto a la persona afectada, será el momento de realizar una de las valoraciones iniciales del estado neuropsicológico para poder identificar algunas claves que permitan comenzar un programa de rehabilitación neuropsicológica, como las que se señalan en la siguiente tabla.

CRITERIOS PARA COMENZAR LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTES EN FASE AGUDA

- Estable desde el punto de vista neurológico.
- La intervención debe adaptarse al grado de atención y colaboración que seamos capaces de obtener de paciente.
- La intervención debe estar siempre adaptada a las necesidades y al estado cognitivo del paciente.
- Se observará el tiempo y la hora en la que el paciente está más receptivo para planificar tanto la evaluación como la intervención.
- De acuerdo a la evolución y las valoraciones que se vayan realizando se observará la posibilidad de aumentar el tiempo de intervención, las sesiones con el paciente, los ejercicios más adecuados...siempre gradualmente.
- Jerarquizar la intervención de funciones de básicas a complejas:
 - Nivel de alerta
 - Orientación personal, espacial, temporal (planificar medidas para estabilizar la desorientación y confusión: por ejemplo mantener la persiana levantada en las horas de luz, respetar las horas de las comidas...).
 - Capacidad atencional.
 - Si existen dificultades de lenguaje, explorar las funciones que conserva para utilizar material que le ayude en la rehabilitación de su capacidad en la comunicación (p.e. visual).
 - Intervenir, si es necesario, mediante el asesoramiento a la familia (o incluso con el paciente/ "valorar") cuando el paciente presenta comportamientos anómalos o síntomas de depresión, ansiedad...
- Planificar medidas ecológicas, en el ambiente, establecer rutinas, modos en la comunicación, etc.. con la familia.
- Una vez se considera que las funciones anteriores (más básicas) van a permitir trabajar más intensamente, se realizará una exploración neuropsicológica más exhaustiva para especificar su rendimiento en funciones más complejas (memoria, razonamiento, funciones ejecutivas..). Normalmente esta intervención se realiza una vez se ha recibido el alta hospitalaria.

Indudablemente el daño cerebral provoca un importante impacto en la familia. Trae consigo una crisis para todo el sistema familiar, en cuanto a relaciones familiares, a roles desempeñados, expectativas de futuro... La familia comienza a tomar conciencia real de la situación, sobre estas y otras cuestiones. Por ello, es probable que la actitud de la familia y los allegados sea más receptiva, lo que va abriendo el camino a la adaptación a la nueva realidad.

El trabajo del neuropsicólogo con respecto a la familia, va a desarrollarse a través de los programas de Seguimiento a la familia y de Orientación e intervención

familiar. En líneas generales la reacción de la familia ante la nueva situación va a depender de la percepción y el conocimiento que tengan de la lesión. Por ello, en este momento es importante comenzar a desarrollar estrategias de afrontamiento.

7.3. FASE SUBAGUDA Y REHABILITACIÓN INTENSIVA

La fase subaguda y rehabilitadora se encuentra a caballo entre el periodo de ingreso hospitalario y la rehabilitación ambulatoria. Es, en líneas generales, cuando hay que comenzar el tratamiento rehabilitador intensivo, especializado y específico a nivel cognitivo, conductual y funcional. No hay que olvidar que en esta fase también se produce la adaptación a su domicilio y a la comunidad.

Esta es la fase en que el neuropsicólogo comienza a trabajar en la rehabilitación neuropsicológica integral. Este trabajo comienza con el desarrollo de una Entrevista clínica inicial (ver anexo 1) en la que se conoce al afectado y la situación.

La evaluación neuropsicológica es el siguiente paso, imprescindible para desarrollar el programa de rehabilitación y las bases del trabajo. En el anexo 2 se recogen un importante número de pruebas para la adecuada valoración del paciente. Será labor del profesional adecuar el protocolo de evaluación neuropsicológica al estado del paciente y a los objetivos de la evaluación.

El siguiente paso para el neuropsicólogo es reflejar lo extraído de la evaluación en un informe neuropsicológico que no únicamente constará de los resultados obtenidos de las pruebas neuropsicológicas sino de otras observaciones e información recogida tanto durante la ejecución de las pruebas como a nivel conductual y las reacciones emocionales. También se aporta un modelo de informe empleado en las asociaciones de daño cerebral (ver anexo 3).

El programa de rehabilitación neuropsicológica se debe establecer desde un punto de vista integral, global y holístico de la persona en coordinación con el equipo interdisciplinar. En los anexos 4 y 5 se muestran sendos ejemplos de plan de trabajo individual y registro de seguimiento de la evolución del paciente.

Hay que destacar la importancia de mantener informada a la familia de este proceso de rehabilitación, para que comprendan mejor qué labor se está llevando a cabo con su familiar y por otro lado, para que colaboren en los casos que sea necesario.

La intervención en un programa de rehabilitación neuropsicológica debe abarcar diferentes aspectos:

- Proporcionar un modelo que ayude al afectado y a la familia a entender lo que ha ocurrido.
- Proporcionar estrategias de entrenamiento y habilidades para recuperar y compensar los déficits cognitivos.
- Mejorar la conducta en las situaciones sociales.
- Ayudar al afectado a plantearse cuestiones realistas de trabajo y de relaciones familiares y sociales.

Casi con toda seguridad la intervención familiar también va a ir dirigida a diferentes aspectos por ello se realizará una valoración de la situación familiar, las implicaciones que ha tenido; el estado individual de los familiares más cercanos y fundamentalmente la identificación de la figura de “cuidador principal” al que habrá que ofrecer en el futuro especial atención.

Por lo tanto la intervención con la familia se dirigirá a informar sobre el daño cerebral, prestar apoyo y atención psicológica, instruir (o formar) en habilidades de afrontamiento. Se comenzará el trabajo con el cuidador principal y la implicación familiar porque es cuando se va a fijar quien es el cuidador principal, pues igual es una buena fase para empezar a intervenir, información y formación para el manejo de la situación.

Además, con la familia es importante el asesoramiento de recursos, el asesoramiento jurídico para las consecuencias que van a venir a largo plazo.

7.4. FASE DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO Y READAPTACIÓN

Esta fase es en la que más pacientes y familias atendemos en las asociaciones de daño cerebral. Consideramos que la persona aunque estable puede beneficiarse de tratamiento en los aspectos más deficitarios y además la intervención a este nivel evita el deterioro, la pasividad y el aislamiento.

En las asociaciones sabemos que los objetivos de trabajo en este momento del proceso de daño cerebral son de otra índole y de menor intensidad en el trabajo, no obstante suponemos que el tratamiento prolongado está justificado y es necesario para determinadas cuestiones puntuales que pueden suponer mucho a nivel funcional y psicológico tanto de la persona afectada como de la familia.

La tercera fase es la de readaptación. Dependiendo del tiempo de lesión y del tipo de lesión (leves, graves) va a haber un trabajo que va a durar más o menos tiempo, los objetivos van a ser diferentes con los casos leves que con las personas en fase crónica.

Al afectado ha de informársele de los recursos sociales y comunitarios, un mantenimiento y rehabilitación, y como forma central el ocio y el tiempo libre para mantener el recurso de las relaciones sociales, bien a través de la Asociación bien fomentar que esté abierto a otro tipo de recursos que haya en su comunidad para la normalización de su vida.

También es una fase de mantenimiento de logros, que aunque los objetivos rehabilitadores se hayan alcanzado, aunque haya habido una estabilización y no se vean mejoras, si se deja de estimular si vemos que puede haber un retroceso o un estancamiento, por eso entendemos que es necesario un mantenimiento

En lo que se refiere a la persona afectada en esta fase los objetivos están más enfocados a que sean útiles en la adaptación de la persona a su vida diaria a cualquier nivel social (pérdida de amigos, del círculo de amistades), laboral (también suele haber muchos cambios y trabajamos desde ayudarle a hacer la entrevista, elaborar el CV, hasta buscar donde puede tener una opción laboral digna y que se adapte a sus necesidades), a nivel de vivienda (a veces necesitan cambiar de vivienda).

Inserción sociolaboral del afectado y siempre teniendo al profesional como punto de referencia para la familia pero tratando que la integración se haga lo más cercana a su domicilio, informándole de los recursos que hay en su zona pero que sea una decisión suya y a demanda de la familia y del propio paciente

Una vez concluida la fase de rehabilitación intensiva, el neuropsicólogo de una asociación tiene entre sus responsabilidades la de ayudar a la reinserción laboral / académica del usuario. Aconsejará los cambios o adaptaciones a realizar para que el

sujeto pueda desempeñar su actividad (laboral o académica) de forma eficiente. Ofrecerá pautas de actuación para que la reinserción sea exitosa.

En caso de que el usuario no pudiese volver a la actividad que desempeñaba antes del accidente, el neuropsicólogo en colaboración con el / la trabajador /a social buscará los recursos disponibles en la comunidad para que el usuario vuelva a una vida lo más normalizada posible.

La intervención con la familia va dirigida a apoyar a la familia, ya que cuando la rehabilitación se ha acabado las familias piensan que vuelven a la normalidad, como estaban antes . Realmente aceptar que volver a la normalidad es volver a otra cuesta mucho trabajo.

Se debe informar a la familia de los recursos sociales y comunitarios, la reestructuración y adaptación de toda la familia a esa nueva situación, el seguir trabajando la implicación de familiar, que sea toda la familia la que trabaja que a veces puede llevar años que en caso de crónicos va ser para toda la vida, no puede haber solo un cuidador, apoyo emocional y social (realización de duelo, estrategias de afrontamiento) y facilitar el acceso a servicios especializados (hay otros servicios aparte de las Asociaciones).

8. ¿CUÁL ES EL PAPEL DEL NEUROPSICÓLOGO EN LAS ASOCIACIONES QUE COMPONEN FEDACE?

A continuación se describen las funciones que principalmente se llevan a cabo por parte de los neuropsicólogos; muchas de ellas ya se han descrito en apartados anteriores, y otras muchas son específicas de la dinámica de trabajo diaria en nuestros centros.

- 1) Valoración neuropsicológica
 - Funcionamiento previo
 - Funcionamiento: cognitivo, conductual, emocional y social
 - Adaptación y funcionalidad
 - Valoración del impacto:
 - Personal
 - Familiar
 - Social
- 2) Elaboración de informe
- 3) Puesta en común y toma de decisiones
 - Paciente
 - Familia
 - Equipo interdisciplinar
- 4) Diseñar y ejecutar programas de rehabilitación
 - Rehabilitación cognitiva y funcional
 - Intervención en la conducta y la emoción
 - Apoyo psicológico
 - Intervención social: formación y laboral
- 5) Intervención familiar
 - Formación y asesoramiento
 - Apoyo psicológico
- 6) Coordinación comunitaria y recursos externos

7) Seguimiento del proceso de recuperación

En coordinación con el equipo interdisciplinar:

- 1) Investigación y publicaciones
- 2) Formación y revisión de conocimientos
- 3) Formación y educación a otros colectivos
- 4) Sensibilización y prevención

9-. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN LOS Sº DE NEUROPSICOLOGÍA EN LAS ASOCIACIONES.

Dirigidos a los afectados.

Nombre	Justificación	Objetivos	Metodología	Observaciones
Evaluación neuropsicológica	El DCA puede provocar secuelas permanentes a nivel cognitivo, emocional y conductual. La etiología y grado de severidad de la lesión, junto con otras características intrínsecas de la persona, determinarán el tipo de déficit derivado de la lesión y el grado de discapacidad.	Conocer el funcionamiento cognitivo, conductual y el estado emocional del paciente. Plasmar las observaciones, conclusiones y objetivos en un Informe de Evaluación. Diseñar y Programar el Plan de Trabajo Individual.	Evaluación del afectado mediante evaluación individual y de la familia. Toma de Decisiones sobre la intervención. Elaboración del Informe de Evaluación. Entrevista de devolución con el paciente y/o familia. Elaboración del Plan Individual de Trabajo y puesta en marcha de la intervención.	Se trata de un programa integrado e interdisciplinar. Se realiza conjuntamente con el resto de servicios de la asociación: Trabajo Social, Neuropsicología, Medicina de Rehabilitación y Logopedia.
Programa de intervención neuropsicológica	Planteado para optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de las personas afectadas de DCA, mejorando así su calidad de vida e incrementando su autoestima. Es una intervención cognitiva, con rehabilitación y/o compensación los déficits cognitivos que ha sufrido y mantenimiento de las capacidades mentales conservadas, a fin de evitar un posible deterioro. Es, además una intervención	Optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de las personas afectadas por DCA y, dotarles de mayor autonomía y calidad de vida. Estimular las funciones cognitivas para mantener las funciones preservadas y evitar posibles deterioros. Aprender a manejar las	Actividades individuales adaptadas a las características y necesidades concretas de cada paciente, en las cuales se trabajan las funciones cognitivas superiores, tales como atención, memoria, percepción, orientación, funciones ejecutivas, abstracción, etc. Actividades	La actividades encaminadas a la rehabilitación cognitiva se llevan a cabo de manera individual, mientras que aquellas que se plantean como estimulación cognitiva y manejo emocional y social se plantean en grupo.

	conductual, para ayudarles a manejar las alteraciones emocionales y neurocomportamentales que se puedan presentar	alteraciones emocionales y conductuales que puedan surgir.	grupales en las que se trabajan una o varias funciones cognitivas, consiguiendo, además, que se fomente la colaboración, interacción y participación de todos los miembros del grupo.	
Programa de atención y memoria	A la hora de trabajar funciones cognitivas, este grupo está pensado para aquellos pacientes que tienen un menor deterioro en las áreas de atención y memoria. Se han hecho dos grupos de atención y memoria, constando cada uno de ellos de 5 pacientes máximo. El trabajo con cada uno de ellos es de dos horas semanales. Se ha tratado de que los grupos estén lo mas equilibrados posible, en función del grado de deterioro y de las condiciones de cada paciente.	Identificar los problemas de atención y memoria de cada uno de los miembros del grupo. Cuando aparecen, que hace el sujeto (recursos que utiliza) y que le genera. Potenciar los recursos que utiliza y buscar nuevos recursos (externos e internos) Ejercicios para focalizar la atención, fijar la atención y recuperar la información. Desarrollo y aprendizaje de estrategias compensatorias	Formación de grupos homogéneos a través de una valoración de las capacidades cognitivas de cada uno de los miembros. Trabajo en grupo acorde con sus características. Ejercicios en grupo e individuales. Puesta en común con el grupo, comentario y reflexión. Aprender a través de lo realizado. Primero se experimenta y luego de habla acerca de lo que se ha hecho. De la practica a la teoría Evaluación del grupo trimestralmente.	
Programa de rehabilitación de la conciencia del déficit	Uno de los aspectos que destaca en los pacientes con DC es la falta de conciencia de las limitaciones. Esta falta de insight sobre los cambios tras el daño cerebral hace que tengan falta de conciencia de enfermedad y dificultades en la planificación de futura, todo ello dificulta la implantación de programas de actividades y en general el desarrollo de su vida diaria presentando baja motivación, poca cooperación, etc. Por ello sea hace necesario su abordaje.	Conocer su DC y las implicaciones en general . Conocer sus propios deficits y sus limitaciones para mejorar los objetivos en la RHB. Reconocimiento de las habilidades preservadas. Ayudar al afectado a plantearse expectativas realistas en el área laboral, social y familiar.	1. Evaluación individual de : La conciencia que el paciente tiene de sus deificas. Conocimiento de las limitaciones funcionales. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas. 2.-Observación. 3.-Grupos psicoeducativos sobre Daño Cerebral y secuelas. 4.-Juegos terapeuticos 5.- Grupos de ajuste personal. 6.-Intervención	

			individual.	
Programa de mejora de habilidades sociales	La mayoría de afectados de Daño Cerebral muestra una reducción del nivel de funcionamiento de habilidades sociales, el cual esta notablemente condicionado por el nivel de funcionamiento cognitivo y conductual en general. Este déficit en el rol social no tiene impacto exclusivamente en el afectado, sino que genera un malestar entre los familiares y representa serias dificultades para el reestablecimiento de las actividades laborales, con lo que se ven limitadas las posibilidades de interacción social .	Entrenamiento en solución de problemas sociales Entrenamiento en habilidades conversacionales Entrenamiento en habilidades pragmáticas. Entrenamiento en asertividad	1.-Evaluación neuropsicológica 2.-Entrevista con pacientes y familiares 3.-Observación y descripción de la conducta profesionales. 4.-Terapia individual y grupal (Explicación de conceptos nuevos y repaso de anteriores, modelado de la conducta; Ensayo conductual y rol-playing; feedback y refuerzo positivo)	Empezamos trabajando mucho las habilidades sociales deficientes que más observamos en el centro. Hay que mantener mucha comunicación con los familiares para que desde casa se refuercen las habilidades que en ese momento estamos trabajando. Cuesta bastante implantar y generalizar.
Programa de atención psicológica a la persona con DCA	El DCA puede provocar alteraciones conductuales y afectivas, tan importantes de atender como el componente cognitivo de la lesión. Estas alteraciones son igual de incapacitantes y dolorosas, generando problemas para adaptarse a los cambios que ha sufrido su vida o para enfrentarse al día a día con las limitaciones que tienen. Esta situación conlleva malestar, baja autoestima y en algunos casos, depresión y ansiedad. Además, se agrava cuando afecta a las relaciones sociales y familiares, conduciendo a la persona a un progresivo aislamiento.	Tratamiento y prevención de posibles trastornos conductuales y afectivos que puedan presentar las personas con DCA.	Tratamiento y prevención de posibles trastornos conductuales y afectivos que puedan presentar las personas con DCA.	En ocasiones, se trabaja en coordinación con los Servicios de Salud Mental y/o otros tratamientos externos que el paciente reciba.
Estimulación neurosensorial en la fase de coma	La experiencia en intervención en pacientes en estado de coma, vegetativo y /o de mínima respuesta ha demostrado el beneficio de comenzar la intervención en este momento. La pérdida de la capacidad para mostrar conductas observables, no significa una pérdida	Ofrecer una estimulación sensorial variada que ayude al paciente a aumentar el nivel de alerta y de conciencia. Proporcionar pautas de estimulación al familiar. Potenciar y educar a los	Intervención individual uni / multisensoriales (tacto, audición, visión, gusto, olfato)de forma graduada y sistemática. Sesiones educativas para familiares en el manejo de estos pacientes. Ofrecer pautas a	

	de la capacidad para recibir información externa y sensación, al igual que el estado de inconsciencia tampoco significa pérdida de percepción.	familiares en el concepto y pautas de regulación sensorial Hacer participe a los profesionales en la estimulación a través de los cuidados generales.	profesionales que ayuden a mejorar los sistemas sensoriales a través actividades de cuidado e higiene.	
Programa de prevención de accidentes	El TCE, afecta sobre todo a varones de entre 16 y 30 años. La causa más frecuente son los accidentes de tráfico, aunque también puede deberse a accidentes laborales, deportivos caídas o agresiones. El programa consiste en la celebración de charlas informativas en colegios, institutos, autoescuelas y otros Centros de formación para prevenir los TCE	Sensibilizar a los jóvenes sobre los problemas de las personas afectadas por Daño Cerebral Sobvenido. Informar sobre el DCS: en qué consiste, qué lo provoca, las secuelas que deja y qué podemos hacer para evitarlo. Crear hábitos y actitudes seguras de los jóvenes hacia el uso de las vías públicas y los vehículos. Inculcar en los alumnos el sentido de la responsabilidad	Charla informativa: Un profesional de La asociación expone una serie de contenidos relacionados con el TCE. Presentación de un caso real: Un afectado por TCE narra su experiencia. Coloquio y puesta en común: Se establece un debate de los asistentes con el profesional y el afectado	Existe coordinación con La Dirección General de Tráfico de cada provincia.
Programa de prevención de ICTUS	Entre los factores de riesgo para provocar un Ictus, hay algunos que no se pueden modificar (edad, sexo, historia familiar). Sin embargo otros factores de riesgo vascular y estilo de vida, sí que se pueden modificar o controlar. Los pacientes con un Ictus suelen acudir al hospital cuando ya ha pasado mucho tiempo, al no identificar los síntomas. El Ictus, se considera la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas.	Prevención primaria: intentar evitar el ictus en los pacientes que nunca han sufrido ninguno. Prevención secundaria: intentar evitar que se repita el ictus en los pacientes que ya lo han sufrido.	Charlas coloquio, en las que un profesional de La Asociación, expone los siguientes contenidos.	Este programa se coordina con los Servicios Sociales de los respectivos Ayuntamientos de La Comunidad Autónoma.
Programa de orientación, vocacional e inserción laboral	El DCA altera la situación laboral de las personas afectadas. Uno de los objetivos de la rehabilitación y conseguir su reinserción en el mundo laboral.	Entrenamiento en habilidades necesarias para cada puesto de trabajo Integración laboral	Individualizado y específico al puesto de trabajo: preparación del paciente. Contacto con diferentes centros de integración laboral para discapacitados.	

			Búsqueda y seguimiento laboral.	
--	--	--	---------------------------------	--

Dirigidos a los familiares.

Nombre	Justificación	Objetivos	Metodología	Observaciones
Apoyo hospitalario	Información y apoyo al familiar	Dotar de estrategias para afrontar el estrés hospitalario	Cuadernillos informativos, contacto con familias y profesionales	
Apoyo y Seguimiento a la Familia	La aparición repentina del DCA genera cambios en el proyecto de vida de la persona afectada y de su entorno familiar. La lesión rompe la estructura existente en la familia, los roles establecidos y el ciclo vital de la misma, provocando cambios irreversibles que van a requerir de ayuda y atención.	Ayudar al grupo familiar a sobrellevar los cambios y desajustes derivados del DCA, dotándolo de recursos y habilidades que le permitan afrontar esta situación.	Se combina el trabajo individual con el núcleo familiar y el trabajo grupal en grupos de autoayuda. El número de sesiones en trabajo individual lo marcará la demanda o necesidad de la familia. En el trabajo en grupo, se realiza una sesión mensual durante un año.	En el tratamiento individual, se trabaja en función de las necesidades detectadas en la familia. En los grupos de autoayuda, se elaboran diez temas de interés para las familias. Se trabaja transversalmente con Trabajo Social y Psicopedagogía.
Grupo educativo para familiares	La aparición del daño cerebral altera el proyecto de vida personal y familiar, provocando cambios y pérdidas a nivel afectivo, emocional, social.	Crear un momento de encuentro abierto a familiares, que ofrece un marco confidencial y de diálogo dónde compartir experiencias e inquietudes.	Grupo de familias en el que se tratan temas como el duelo, la comunicación, la autoestima, los sentimientos...	
Programa de Terapia Familiar	Desequilibrio familiar: cada miembro vive el problema de una manera diferente.	Identificación, Aceptación, Solución de Problemas	Sesiones de terapia con los miembros integrantes de la familia	

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA CLINICA INICIAL PARA NEUROPSICOLOGÍA

Fecha entrevista:

1-DATOS PERSONALES:

Datos del Paciente/Usuario

Nombre y apellidos:

Fecha y lugar de nacimiento:

D.N.I.:

Domicilio habitual:

Localidad:

Código Postal:

Teléfonos:

Datos de la persona de contacto/ cuidador primario

Nombre y apellidos:

Parentesco/ relación:

Dirección: C/ -Lugar:

Código Postal: -Teléfonos:

2-MOTIVO DE EVALUACION:

¿Quién remite al paciente?:

Institución de procedencia:

Forma de contacto con la asociación:

Motivo de consulta:

3-HISTORIA MÉDICA:

3.1.- Historia medica de la presente condición del paciente:

Informe de alta del hospital donde estuvo ingresado.

RMN/TAC:

EEG:

Exploración neurológica:

Intervención quirúrgica: SI___ NO___

Puntuación en la escala de Glasgow:

Duración del estado de coma:

Duración de la amnesia postraumática:

Informe de las pruebas de laboratorio realizadas

Pruebas de laboratorio:

Informe de las pruebas de neuroimagen.

TAC/RMN (POSTLESION):

FUNCIONALES:

Informe de los diferentes especialistas por los que ha sido examinado el paciente.

Psiquiatría

Neurología:

Pediatría:

Otros:

Tratamiento actual.

3.2.- Historia medica pasada:

Información médica ocurrida en un momento anterior al actual (Enfermedades, intervenciones quirúrgicas etc.)

3.3.- Historia médica de los familiares:

Antecedentes familiares:

Otras enfermedades relevantes en algún miembro de la familia:

4.- HISTORIA SOCIAL:

Estado civil: solter@____ casad@____ divorciad@____ viud@____

Hijos (número, nombres y edades):

Número:

Nombres:

Edades:

Con quién vive:

Tipo de vivienda

Urbana/ rural (piso/casa):

Alquiler/propia:

Necesita adaptaciones (especificar):

Solo/a:

Acopañado/a:

Tipo de relación familiar:

Nombre:	Parentesco:	Valoración
Nombre:	Parentesco:	Valoración
Nombre:	Parentesco:	Valoración
Nombre:	Parentesco:	Valoración
Nombre:	Parentesco:	Valoración

Relación con otras personas significativas:

Amigos/as:

Compañeros/as:

Novio/a:

Otros:

Consumo de drogas, alcohol u otras sustancias:

Alcohol:

Tabaco:

Opiáceos:

Barbitúricos:

Tranquilizantes

Estudios que ha realizado:

Nivel de estudios actual:

Vida laboral:

Trabajos/ profesión:

Años trabajados:

Posibilidad/ interés por incorporarse al mercado laboral:

Minusvalía

Certificado de minusvalía:

Fecha:

Tipo de minusvalía:

Porcentaje:

Pensión:

Tipo de pensión:

Cuantía:

Nacimiento y desarrollo (este apartado sólo se recogerá en su totalidad con pacientes en edad infantil)

Embarazo (normal/problemas):

Drogas durante el embarazo:

Parto (normal, complicado, prematuro):

Desarrollo evolutivo:

- edad para caminar:
- edad para hablar:
- control de esfínteres:

Enfermedades en la infancia**Problemas durante el desarrollo**

- Oído:
- Habla:
- Tartamudeo:
- Lectura:
- Escritura / ortografía:
- Aritmética:
- Movilidad:
- Comportamiento:
- Hiperactividad:
- Otros:
- Algún familiar con el mismo problema:
- Menarquía:

5.- CIRCUNSTANCIAS ACUTALES Y PREVIAS:**Existe algún cambio tras el accidente (al propio paciente en la medida que pueda):**

Cómo es ahora, qué hace un día normal:

Cómo era antes, qué hacía un día normal:

Las personas cercanas perciben cambio:

Nombre:

Cuáles:

Cambio/ afectación física

Autónomo/a: Camina con dificultad: Bastón/ muletas:
Silla de ruedas:
Habilidad manual:
Coord./ planíf. Movimientos:
Dolor de cabeza:
Epilepsia:
Dificultades para hablar:
Sensorial (somatosensorial, olfatorio, gustativo, visual, auditivo)
Incontinencia:
Otros:

Cambio/ afectación cognitiva**Atención:****Memoria:**

Dificultad para aprender:
Velocidad procesamiento inf:
Funciones ejecutivas:
Afectación lenguaje (expresión- comprensión):
Manejo dinero:
Orientación:
Otros:

Cambio/ afectación emocional y conductual**Agitación:****Impulsividad/ desinhibición:****Irritabilidad:****Labilidad emocional:**

Sexualidad:

Inflexibilidad, rigidez, obsesión:

Depresión/ tristeza:

Problemas de comprensión:

Confusión:

Apatía/ escasa motivación:

Otros:

6-INDEPENDENCIA/ DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. Deberá obtener información sobre:

Higiene y arreglo personal.

Vestido

Hábitos de comida

Continencia

Movilidad

Comunicación

Limpieza y orden d la casa

Arreglo y cuidado de la ropa

Cocina

Manejo del dinero

Compras

Uso del teléfono

Uso de los transportes públicos

7- OCIO : Aficiones/ hobbies

Deportes (practicarlos o mirarlos):

Manualidades:

Lectura:

Cine /espectáculos:

Paseos (solo/ con alguien):

Reuniones sociales:

Mantiene el círculo de amistades:

Realiza tareas domésticas/ recados:

En qué cree que podemos ayudarle:

Necesidades actuales

Qué desearía encontrar en la asociación:

8.- OBSERVACIONES CONDUCTUALES (información recogida durante la entrevista)

Anexo 2. LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NombreY Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Lugar:

Lengua Materna:

Años de escolarización:

Estudios:

Profesión:

Estado civil:

Composición Familiar:

Cuidador principal:

Informante / Acompañante:

Lesión:

Dominancia manual:

Déficits: visuales auditivos

habla

físicos

Ocio:

ANAMNESIS

ANÁLISIS EVOLUTIVO FAMILIAR:

- Infancia y adolescencia: salud/ Relaciones sociales, afectivas y familiares / Etapa de formación.
- Información general de la actualidad: salud/ relaciones sociales, afectivas y familiares/
- Ocupación actual
- Motivación (Expectativas y planes de futuro)

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA:

REFERENCIA Y MOTIVO DE EVALUACIÓN

- Antecedentes y evolución de la enfermedad.
- Tipo de DCA (fecha, diagnóstico, circunstancias, coma, atp...)
- Tratamientos terapéuticos recibidos:
- Descripción de los síntomas.
- Consecuencias de los síntomas (físicas, psicológicas, sociales)
- Tratamiento farmacológico actual
- Quejas espontáneas/Subjetivas Afectado:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

SOLICITUD A LA ASOCIACIÓN:

- Paciente
- Familiar:

EXPLORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO

PRUEBAS DE SCREENING

Mini Examen del estado mental (MEC)
Mini examen cognoscitivo (MMSE)
Test cognitivo de Crichton

ORIENTACIÓN

PERSONA, TIEMPO Y ESPACIO

Subtest de Orientación (Test Barcelona).
Test de Orientación de Benton.

LATERALIDAD

Lateral Dominance Examination (Halstead – Reitan)
Test de Orientación Derecha-Izquierda (TODI).
Test of Lateral Dominance
Inventario de Lateralidad de Edimburgo.

ATENCIÓN

ATENCIÓN: capacidad para seleccionar un estímulo inhibiendo otros potencialmente distractores.

AMPLITUD DE LA ATENCIÓN (span)

Subtest de Dígitos (WAIS).
Serial Several Task (Luria)

VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO

Subtest de Clave de Números (WAIS).
Test de Símbolo-Dígito

ATENCIÓN SOSTENIDA

Subtest de Atención Visuográfica (Batería Barcelona).
Test de Ejecuciones Continuas (CPT)
Test Auditivo de Cancelación de letras
Test de Conteo de Golpes.

ATENCIÓN SELECTIVA

Subtest de Figuras Incompletas (WAIS)
Escucha Dicótica
Test de Cancelación Letras y dígitos.

ATENCIÓN DIVIDIDA

Escucha Dicótica.
Test de Stroop.

ATENCIÓN ALTERNANTE

Trail Making Test (parte B)

CONTROL MENTAL

Prueba de Series Directas e Inversas
Sustracciones Seriadas.
Subtest de Números y Letras (WAIS).
Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT)

ATENCIÓN VIDA COTIDIANA

Test of Everyday Attention

NEGLIGENCIA

Subtest Orientación Topográfica (Test Barcelona)
Dibujo Espontáneo.
Albert Visual Neglect Test.
Test de bisección de líneas
Test de inatención conductual
Bell test

OBSERVAR: Nivel de conciencia y reactividad. Reflejo de orientación a la atención; Problemas previos de falta de concentración, distractibilidad o fatiga; capacidad de concentración; manejo de las interrupciones; realización de preguntas irrelevantes; fijación en detalles poco relevantes; capacidad de organización de la tarea; tiempos de reacción; capacidad para realizar tareas en un tiempo establecido.

MEMORIA

MEMORIA: proceso complejo que abarca las funciones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información.

APRENDIZAJE Y MEMORIA	Subtest de Aprendizaje de Palabras (Barcelona) Test Aprendizaje Verbal España-Complutense;TAVEC Test Auditivo –Verbal de Rey (RAVLT))
MEMORIA VISUAL	Subtest de Clave de Números (WAIS) Subtest de Memoria Visual (Batería Barcelona) Test de la Figura Compleja de Rey. Test de Retención Visual de Benton Rey Visual Design Learning Test.
MEMORIA AUDITIVA-VERBAL	Subtest de Información y Vocabulario (WAIS) Test de Reproducción de Ritmos Test de Memoria Verbal de Fijación-Retención (Rey) Buschke Selectiva Reminding Test.
BATERIAS	Memory Autobiography Inventory (MAI) Escala de Memoria de Weschler. Test Conductual de Memoria Rivermead.

OBSERVAR: establecimiento de estrategias; efecto recencia/primacia; interferencia; funcionamiento en la vida diaria; quejas subjetivas de memoria; conciencia de enfermedad

LENGUAJE

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN: instrumento que nos permite categorizar, asociar y sintetizar la información. Capacidad de expresión y comprensión con el entorno y de comunicación del pensamiento.

DENOMINACIÓN	Test de Denominación de Boston.
EXPRESIÓN ORAL:	Descripción de una escena Prueba de secuencia automáticas. Fluencia Semántica y Fonológica (FAS) Test Abreviado de las Afasias, Pierre Marie Test de Vocabulario de Boston;
COMPRENSIÓN	Subtest de Comprensión Lectora (Luria) Test de Token
LECTURA Y ESCRITURA	Prueba de escritura espontánea. Subtest Mecánica de la Escritura y Lectura (Boston)
BATERÍAS	Evaluación del Procesamiento Lingüístico en la Afasia (EPLA). TALE Communicative Abilities in Daily Living (CHDL) Test para la Evaluación de la Afasia de Boston

	<p>Test de Barcelona</p> <p>Porch Index of Communicative Ability (PICA).</p>
<p>OBSERVAR: articulación, fluidez, longitud de las frases, prosodia, línea melódica; formas gramaticales, presencia de parafasias; uso de palabras adecuadas; beneficio de ayudas fonémicas; alteración ortográfica; lenguaje conversacional.</p>	
PRAXIAS	
<p>PRAXIAS: capacidad para realizar movimientos conjuntamente, secuenciados y con determinada funcionalidad. Capacidad para evocar la idea consciente acerca del movimiento y del efecto motor vinculado.</p>	
DOMINIO MANUAL Y VELOCIDAD MOTORA	<p>Hand Performance Test.</p> <p>Finger Tapping Test.</p> <p>Purdue Pegboard Test.</p>
PRAXIAS IDEOMOTORAS	<p>Subtest de Gesto Simbólico y de Imitación de posturas unilaterales y bilaterales (Barcelona)</p> <p>Test de la Caja de Kimura.</p>
PRAXIAS IDEATORIAS	<p>Subtest de Uso secuencial objetos (Barcelona)</p> <p>Prueba de Organización Dinámica del Acto Motor de Luria (Christensen).</p> <p>Test Gestáltico Visomotor de Bender</p>
PRAXIAS OROFACIALES	<p>Test de Boston.</p> <p>Test of Oral and Limb Apraxia</p>
PRAXIA VISUOCONSTRUCTIVA	<p>Subtest de Cubos y Rompecabezas (WAIS)</p> <p>Copia de Dibujos Bidimensionales y Tridimensionales (Strub y Black)</p> <p>Dibujo del reloj (Strub y Black).</p> <p>Test de Laberintos de Porteus.</p> <p>Test Figura Compleja de Rey-Osterrich.</p>
BATERIAS	<p>Bateria de Luria</p> <p>Test de Apraxias de Goodglass y Kaplan.</p>
<p>OBSERVACIONES: organización del espacio; secuenciación de la copia.</p>	
GNOSIAS	
<p>GNOSIAS: capacidad de percibir el significado de los datos sensoriales. (visual, auditivo, sensorial).</p>	
RECONOCIMIENTO DE OBJETOS	<p>Subtest de Figuras Incompletas (WAIS)</p> <p>Subtest Imágenes Superpuestas (Test Barcelona)</p> <p>Reconocimiento de Figuras Geométricas.</p> <p>Test de Poppereuter</p> <p>Test de Organización Visual de Hooper.</p> <p>Test de Discriminación Visual de Benton.</p> <p>Test de Percepción de Relojes</p>
RECONOCIMIENTO DE COLORES:	<p>Subtest Colores (Test Barcelona).</p> <p>Test de Isihara</p>

PROSOPAGNOSIA	Subtest de Apareamiento de Caras (Barcelona) Test de Benton de Reconocimiento de Caras Facial Recognition (FR)
AGNOSIA AUDITIVA PARA SONIDOS / RUIDO; LENGUAJE; MÚSICA	Reconocimiento de Sonidos Sound Recognition Test o Nonverbal Auditory Perception Test.
AGNOSIA TÁCTIL Y DIGITAL:	Reconocimiento Táctil de Objetos Subtest Analizador Táctil (Barcelona) Finger Localisation Test (Benton).
BATERIAS	Bateria de Test para la Percepción Visual de Objetos y del Espacio (Visual Objects and Space Perception Battery - VOSP)

FUNCIONES EJECUTIVAS

FUNCIONES EJECUTIVAS: capacidad para formular metas, planificar etapas y estrategias y ejecutar un plan de acción; incluye funciones de autocontrol y corrección. Implicadas en la iniciación, planificación y regulación de la conducta.

FUNCIONES PREMOTORAS	Secuencias de posturas (Barcelona) Alternancias Gráficas y Motoras de Luria. Coordinación Recíproca (Luria) Regulación verbal del acto motor (Luria) Test de Alternancias Gráficas (Terman Merrill)
PLANIFICACIÓN	Test de la Torres (Hanoi, Londres) Test de Laberintos Porteus
SECUENCIACIÓN Y ESTIMACIÓN TEMPORAL	Subtest de Historietas. (WAIS) Pruebas de Juicio Temporal
INHIBICIÓN DE LA RESPUESTA.	Go-no Go Task (Luria) Test de Stroop
FLEXIBILIDAD MENTAL	Trail Making Test (forma B) Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST)
FLUIDEZ	Fluidez Verbal Fonética (FAS) Fluencia Semántica y Categorical (Test de Boston)
BATERIAS:	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrom (BADS) Gumbling Test. Test de Estimación Cognitiva Cuestionario del Síndrome Disjecutivo Frontal Lobe Score Batería Halstad-Reitan Frontal Assessment Battery at Bedside.

OBSERVAR: autoconciencia; motivación; iniciativa; inhibición; abstracción; seguimiento de estrategias; búsqueda de alternativas; cambios de humor, carácter y personalidad.

RAZONAMIENTO Y CÁLCULO

RAZONAMIENTO: hecho de pensar ordenando ideas y conceptos para llegar a una conclusión.

Razonamiento abstracto verbal

Subtest de Semejanzas y Comprensión (WAIS)
Series Conceptuales Verbales.

Razonamiento visual

Subtest de Matrices (WAIS)
Matrices de Raven

Cálculo:

Subtest de Aritmética (WAIS).
Cálculo Mental y Escrito (Strub y Black)
Subtest Problemas Aritméticos y Cálculo (Barcelona)

BATERÍAS

Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS)

OBSERVACIONES: Relacionado con la inteligencia, educación y nivel social, valorar de acuerdo al nivel premórbido; alexias y agrafias para cifras y números; acalculia espacial; recuerdo de hechos matemáticos (tablas, etc); comprensión de símbolos matemáticos.

CONDUCTA, ESTADO EMOCIONAL Y PERSONALIDAD

TEST DE PERSONALIDAD

16 PF; Cuestionario Factorial de Personalidad
EPQ: Eysenck Personality Questionnaire
BFQ- Cuestionario "Big Five".
AF-5 Autoconcepto Forma 5.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

ACS- Escalas de Afrontamiento para Adolescentes.

RELACIONES SOCIOAMBIENTALES /
HABILIDADES SOCIALES

Escala de Iowa
Entrevista Dirigida para Habilidades Sociales
Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES)
Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social (SECHS)
Actitudes y estrategias cognitivas sociales (AECS),

TEST PSICOPATOLÓGICOS

Entrevista Semiestructurada S.C.I.D.
Autoinforme S.C.L-90
Autoinforme MCMI

OTRAS ESCALAS

Inventario de la Triada cognitiva (CTI)
Escala de Beck
Escala de Zung
Neuropsychiatric Inventory
Escala de valoración neuroconductual
Escala de competencia conductual del paciente

OBSERVACIONES: contacto visual con el evaluador; distractibilidad; capacidad para mantener una conversación o ceñirse a las preguntas; latencia de respuesta.

VIDA DIARIA Y ENTORNO

Escalas funcionales:

Índice de Katz
Índice de Barthel

	<p>Escala de Blessed</p> <p>Test de Competencia Cognitiva.</p> <p>Escala de Necesidad de Supervisión (SRS).</p> <p>Cuestionario de Integración Comunitaria (CIQ)</p> <p>Evaluación de la Discapacidad (CHART).</p>
Calidad de vida	<p>Euro-Quol</p> <p>SF-36 Health Survey</p>
<p>OBSERVAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividad diaria ○ Costumbres y aficiones ○ Cambios percibidos (paciente y familiar). ○ Independencia/ dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. ○ Relaciones sociales. 	

VALORACIÓN DEL ESTADO DE LA FAMILIA	
<p>FAMILIAR DE REFERENCIA: CUIDADOR PRINCIPAL</p>	<p>Cuestionario de Sobrecarga Zarit</p> <p>Calidad de Vida - Quol</p> <p>Estado emocional - Yesavage</p> <p>NPI (Neuropsiquiatría).</p>
<p>RECOGER:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Situación familiar antes y después del accidente. Rol desempeñado por la familia. ○ Impacto familiar (aceptación emocional y reconocimiento realista de las consecuencias de la lesión, impacto sobre los roles familiares; redes sociales de la familia, formales e informales; expresión de sentimientos y afrontamiento; visión de la persona con discapacidad) 	

Anexo 3. EL INFORME NEUROPSICOLÓGICO

1. HISTORIA CLÍNICA:

1.1 Antecedentes personales y familiares

Datos de la Identificación Personal.

Historia familiar y social.

Situación laboral.

1.2 Historia de la lesión y evolución posterior

Historia de la lesión.

Exploraciones complementarias de su historial médico:

Antecedentes médicos personales y familiares actuales :

Motivo de consulta

2. EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

2.1. Conducta durante la exploración:

- Aspecto físico
- Colaboración y Actitud hacia las pruebas
- Lenguaje no verbal y espontáneo

2.2 Pruebas aplicadas:

2.3 Funciones Cognitivas:

- Orientación
- Atención /concentración
- Memoria y aprendizaje
- Lenguaje
- Praxias
- Gnosias
- Funciones ejecutivas
- Razonamiento abstracto y Cálculo

2.4 Aspectos neurocomportamentales y emocionales.

2.5 Vida Diaria y Entorno

3. VALORACIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

Anexo. 4 PLAN DE TRABAJO INDIVIDUAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos:	Fecha de nacimiento:
Persona de contacto:	Teléfono:
Lesión:	
Fecha de la lesión:	Incorporación Adacen:

SITUACIÓN LABORAL

Estudios:	Profesión:
Situación laboral:	Pensión/Prestación:
Grado de minusvalía:	

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL:

Composición familiar:	
Personas con las que convive:	
Estado civil:	
Cuidador principal:	Teléfono de contacto:
Incapacitación legal:	Tutor:
APOYOS:	
Formales:	Familiares / red social:
VIVIENDA:	

OTROS DATOS:

Transporte público:
Permiso salida:
Permiso de imagen:
Dieta:
Comunicación:

AVD:

Deambulacion
Control de esfínteres:
Higiene y vestido:
Alimentación:

Atención médica:

Medicación prescrita	Dosis	Observaciones

Hábitos nocivos:

Fuma		
Alcohol		
Malgasta dinero		

Médico cabecera:	Teléfono:	
Otros seguimientos:	Teléfono:	
Alergias:	¿A qué?	
Crisis epilépticas:	Fecha de la última:	Signos de alerta:
Otros:		

PLAN DE TRABAJO INDIVIDUAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

TUTOR:

FECHA REVISIÓN:

	SIT. SOCIO-FAMILIAR	NEUROPSICOLOGÍA	LOGOPEDIA	FISIOTERAPIA	TERAPIA OCUPACIONAL	OCIO Y TIEMPO LIBRE	ACTIV. OCUPACIONAL
EVALUACIÓN							
OBJETIVOS GENERALES							
OBJETIVOS POR ÁREA							
SESIONES							
COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS							

Anexo 5 HOJA DE SEGUIMIENTO

Afectado																							
Profesional																							
		MES: Septiembre																					
FUNCIONES		Lunes				Martes				Miércoles				Jueves				Viernes				OBSERVACIONES	
		B	CD	ND	NP	B	CD	ND	NP	B	CD	ND	NP	B	CD	ND	NP	B	CD	ND	NP		
ORIENTAC	Personal																						
	Temporal																						
	Espacial																						
ATENCIÓN / CONCENTR	sostenida																						
	Selectiv a																						
	alternante																						
	Div idida																						
	Auditiv a																						
	Visoespacial																						
	Velo proceso																						
	Negligencia																						
MEMORIA	Visual																						
	Verbal																						
	Trabajo																						
	Visoespacial																						
	Ev ocación																						
	Reconocimiento																						
PRAXIAS	Ideomotora																						
	Ideatoria																						
	Visoconstruc																						
GNOSIA	Visopercepti																						
	Visoespacial																						
FUNCI. EJECUTIVAS	Inhib Respues																						
	Planificación																						
	Secuenciación																						
	Resist interf																						
	Flexibi Ment																						
	Resol proble																						
	Est. Tiempo																						
LENGUAJE	Denominación																						
	Comprensión																						
	Repetición																						
	escritura																						
	Lectura																						
CÁLCU	Oeraciones																						
	Probl Arit																						
COMPORTAMIENT																							
DFTS. CONCIENCI																							
Soporte PSICOLO																							
HHSS																							
B Bien ND Necesita ser dirigido						Anotaciones																	
CD Con dificultad NP No Puede																							

ANEXO 6. GLOSARIO

Abulia: Falta de voluntad. Incapacidad patológica para tomar decisiones y ejecutarlas.

Acalculia: Incapacidad para contar o para efectuar operaciones aritméticas.

Actividades de la vida diaria: Actividades básicas de autocuidados (o cuidado personal), también llamadas de funcionamiento físico o habilidades básicas para hacer vida independiente en casa. Habitualmente se incluyen: bañarse, vestirse, alimentarse, desplazarse, ir al servicio y continencia.

Afasia: Disminución de la capacidad de comprender y/o de expresarse a través del lenguaje hablado o escrito, a causa de una lesión o enfermedad en las áreas del lenguaje del cerebro

Agnosia: Incapacidad parcial o total para reconocer objetos, personas u otros estímulos sensoriales, a causa de la imposibilidad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas.

Agrafía: Falta de capacidad total o parcial para expresar las ideas por escrito a causa de lesión o disfunción cerebral.

Amnesia: Pérdida parcial o total de la memoria. Puede ser debida a problemas vasculares, psíquicos y a diferentes lesiones cerebrales

Aneurisma: ensanchamiento patológico de un vaso sanguíneo producido por la dilatación de las paredes de una arteria o vena.

Angioma: Tumor de carácter benigno formado por una acumulación de tejido conjuntivo en los vasos sanguíneos y linfáticos.

Anomia: Dificultad para encontrar las palabras, especialmente el nombre de los objetos.

Anosmia: Ausencia del sentido del olfato

Anosognosia: Incapacidad de una persona para reconocer una enfermedad o defecto que tiene ella misma.

Anoxia: Disminución o ausencia de oxígeno en los tejidos

Anticonvulsivos: Fármaco que se utiliza para el tratamiento de las convulsiones

Apraxia: Incapacidad para realizar movimientos voluntarios (en presencia de sensibilidad y tono muscular normales), debida a una falta de coordinación a causa de una lesión cerebral.

Cerebeloso, síndrome: Las lesiones del cerebelo en los humanos dan lugar a las siguientes manifestaciones anómalas: Pérdida del tono muscular. Incoordinación de los movimientos voluntarios. Alteración mínima de la fuerza muscular, una

mayor fatigabilidad y alteración de los movimientos asociados. Anomalías del equilibrio y la marcha.

Cognición: capacidad para recibir, recordar, comprender, organizar y usar la información recogida por los sentidos.

Coma: estado patológico, reversible o no, caracterizado por una pérdida de conciencia y por una ausencia de respuesta frente a los estímulos externos, pero con la conservación de las funciones respiratoria y circulatoria.

Deficiencia: Cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Por ejemplo: ausencia de una mano, sordera, retraso mental, etc.

Discapacidad: A efectos de la “Encuesta sobre discapacidades”, es toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas. Otra definición: dificultad para desarrollar papeles y actividades debido a problemas de salud.

Disgrafía: trastorno del aprendizaje que dificulta o imposibilita escribir correctamente.

Dislexia: dificultad en el aprendizaje de la lectura y escritura.

Disortografía: dificultad para reproducir las grafías de las palabras.

Dispraxia: deterioro motriz generalizado o circunscrito a determinadas habilidades (dibujo, escritura, etc.)

Edema: inflamación de una parte del cuerpo debida a la acumulación del líquido

Embolia: obstrucción en las vías circulatorias que origina lesiones isquémicas. Si se produce en el cerebro, provoca accidente cerebrovasculares y, en el corazón, infartos de miocardio.

Encefalitis: inflamación del parénquima cerebral y de las meninges circundantes a causa de una enfermedad infecciosa. Si también está inflamada la médula espinal se trata de una encefalomiелitis.

Encéfalo: parte del sistema nervioso central formado por el cerebro, el cerebelo, la protuberancia y el bulbo raquídeo. Situado dentro de la cavidad craneal.

Epilepsia: es una afección crónica caracterizada por crisis recurrente, debida a una descarga eléctrica excesiva de determinadas neuronas cerebrales. Una crisis epiléptica es una crisis cerebral que obedece a la descarga excesiva y sincrónica de una agrupación neuronal. Las formas más severas de ataques epilépticos se caracterizan por una caída brusca al suelo con pérdida de conocimiento, color morado de la piel, rigidez muscular, mordedura de la lengua con aumento de salivación y emisión de orina y convulsiones de las cuatro extremidades. Existen

tratamientos médicos mediante diferentes grupos de fármacos y, en los casos más graves, se recurre incluso a intervenciones quirúrgicas.

Hemianopsia: ceguera en la mitad del campo visual debido a una alteración en el sistema nervioso encargado de procesar la información visual.

Hemiapraxia: falta de coordinación o precisión de los movimientos de uno de los dos lados del cuerpo.

Hemiparesia: disminución de la fuerza muscular que afecta a una parte del cuerpo.(es un grado inferior a la hemiplejía

Hemiplejía: parálisis de todo un lado del cuerpo

Hemisferios cerebelosos: cada una de las dos mitades en que se divide el cerebelo, separados por el lóbulo vermiforme o vermix.

Hemisferios cerebrales: cada una de las dos mitades en que se divide el cerebro, separadas por una cisura interhemisférica y unidas por una estructura llamada cuerpo calloso.

Hidrocefalia: enfermedad hereditaria o adquirida caracterizada por el aumento patológico del líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal. Puede acompañarse de trastornos neurológicos, sensoriales o motores, debido a la mayor presión intracraneal que produce el aumento del líquido.

Hipoacusia: disminución de la sensibilidad auditiva

Hipocondría: estado de ansiedad debido a la preocupación excesiva, angustiosa e

Infarto cerebral: área cerebral en que se ha producido una muerte de neuronas a causa de la falta de aporte sanguíneo.

Isquemia: trastorno circulatorio por el que se interrumpe el riego sanguíneo de un órgano o tejido.

Lóbulo frontal: implicado principalmente en la planificación y organización, atención y capacidad de control y regulación de la conducta y la emoción.

Lóbulo occipital: implicado principalmente en la percepción de la información visual.

Lóbulo parietal: principalmente se encarga de la percepción e interpretación de la sensación y el movimiento. Su lesión produce trastornos afásicos, apraxia, agrafía, acalculia, alexia y desorientación.

Lóbulo temporal: implicado en la percepción e interpretación de la información auditiva, en la memoria, comprensión del lenguaje, y su parte inferior, en la percepción visual.

Meninge(s): cada una de las membranas que envuelven el encéfalo y la médula espinal.

Mielina: sustancia grasa que recubre el eje de las fibras nerviosas. Su función es aumentar la velocidad de transmisión del impulso nervioso.

Minusvalía: según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades Minusvalías, (CIDDM) publicada en 1980 por la OMS, una minusvalía "es la situación de desventaja de un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)."

Neurona: célula del sistema nervioso central.

Neurotransmisor: sustancia químicas del sistema nervioso que actúan como mensajeros, favoreciendo o interfiriendo la actividad de las neuronas.

Parafasia: trastorno del lenguaje que consiste en la dificultad para elegir el término o fonema adecuado, siendo frecuente la aparición de rodeos o circunloquios para referirse al término deseado.

Parálisis: pérdida total o parcial, de carácter temporal o permanente, de la capacidad de movimiento de un miembro o de parte del cuerpo.

Plasticidad cerebral: capacidad de reorganización cerebral que implica que las neuronas intactas puedan asumir algunas de las funciones de las que han sido dañadas. Capacidad de regeneración neuronal o crecimiento axonal y dendrítico. Esta plasticidad es tanto menos cuanto más avanzada sea la edad del paciente en el momento de la lesión.

Presión intracraneal (PIC): presión en el interior del cráneo.

Rehabilitación: Según la ONU «Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales».

Resonancia magnética (RM): Técnica de radiodiagnóstico a través de la cual obtenemos imágenes del cerebro que permiten localizar lesiones cerebrales.

Sustancia blanca: Parte del cerebro compuesta por axones, en contraposición a los cuerpos celulares de las neuronas, que constituyen la sustancia gris.

Sustancia gris: Parte del cerebro compuesta principalmente por cuerpos de células nerviosas.

Sustancia negra: grupo de células nerviosas de color oscuro situadas en el mesencéfalo.

Tomografía Axial Computerizada (TAC): Prueba también conocida como “escáner”. Técnica de neuroimagen que facilita imágenes de las estructuras cerebrales permitiendo localizar así las lesiones cerebrales.

ANEXO 7. FUENTES DE DOCUMENTACIÓN

Páginas de consulta:

- Federación Española de Daño Cerebral.
www.fedace.org
- Institut Guttmann
www.guttmann.com
- Brain Injury Association of America
www.biausa.org
- Página vinculada al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Atlas de anatomía.
www.neuropsicol.org
- Directorio especializado en psicología y áreas relacionadas
www.psicodirectorio.com
- Página vinculada a la universidad de Harvard. Atlas de Neuroanatomía.
www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html
- Asociación de Daño Cerebral inglesa
www.headway.org.uk
- Asociación de Accidentes Cerebrovasculares inglesa
www.stroke.org.uk
- Asociación de Daño Cerebral de Ontario, Canadá.
www.obia.on.ca
- Páginas sobre neuropsicología en castellano.
www.logicortex.com
- Instituto de Estudios de la Sociedad Internacional de Neuropsicología
<http://www.uth.tmc.edu/clinicalneuro/institute/>
- Revista: Acta Neuropsychologica
<http://www.acta-neuro.com>
- Asociación Psicológica Americana. Oficina de asuntos internacionales
<http://www.apa.org/international>
- Asociación Psicológica Canadiense (CPA)
<http://www.cpa.ca/>
- Centro para la información y el intercambio internacional de la investigación en rehabilitación (CIRRIE)
<http://cirrie.buffalo.ed>
- A Cup of Neuropsychology
<http://www.divinestra.com/profess01.html>

- Étnica de la Medicina
<http://www.ethnomed.org/>
- Sociedad Europea del cerebro y del comportamiento (EBBS)
<http://www.ebbs-science.org>
- The European College of Neuropsychopharmacology (ECNP)
<http://www.ecnp.nl>
- Alianza Europea de Dana para el cerebro
<http://www.dana.org>
- Federación europea de las asociaciones de psicólogos (EFPA)
<http://www.efpa.be/start.php>
- Federación de las sociedades europeas de la neurología (FENS)
<http://www.fens.mdc-berlin.de/>
- Sociedad Hispánica de Neuropsicología
<http://www.hnps.org>
- Sociedad Internacional del comportamiento y de la genética (IBANGS)
<http://www.ibangs.org/>
- Asociación internacional de daño cerebral (IBIA)
<http://www.internationalbrain.org/>
- Organización de Investigación Internacional Del Cerebro (IBRO)
<http://www.ibro.org>
- The National Association of Psychometrists (NAP)
<http://www.napnet.org>
- Central de Neuropsicología
<http://www.neuropsychologycentral.com/index.html>
- Grupo de Neuropsicología de Nueva Cork
<http://www.nyng.org>
- PsycBITETM
<http://www.psycbite.com/>
- Revista Argentina de Neuropsicología
<http://www.revneuropsi.com.ar/>
- Revista Latinoamericana de Psicología
<http://www.rlpsi.org>
- Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias
<http://www.neurociencias.udea.edu.co./revista>
- Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología (SLAN)
<http://www.slan.org>
- Organización Mundial de la Salud
<http://www.who.int/en>

- Publicaciones sobre Psicología
<http://www.psypress.co.uk/>

Páginas con material para la rehabilitación:

www.elhuevodechocolate.com

www.psicoadictiva.com

www.portalsaludmental.es

www.smartbrain.com

www.highlightskids.com

www.discapnet.es