



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO
DE DERECHOS SOCIALES



Cuidados en personas con Daño Cerebral Adquirido (DCA)

Intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
(TCAE) en el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño
Cerebral Adquirido (Ceadac)

Edición revisada 2025

AUTORES DEL PROYECTO:

Silvia Martínez Rabancho, Isabel Flores Corrales, Gabriel Martín Porras, Isabel Rodríguez Galiano, María Jesús Gil Lascorz, María Josefa Díaz Calderón y Soraya Acosta Gutiérrez, TCAES del Ceadac, y Roberto López Manrique, Responsable del Área Asistencial del Ceadac.

Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral, Ceadac:

C/ Río Bullaque, 1 – 28034, Madrid
Tel. 91 735 51 90 - Fax 91 736 46 70
E-mail: infoceadac@imerso.es

EDITA:

© Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030
Imerso (Instituto de Mayores y Servicios Sociales)
https://imerso.es/documents/d/global/cuidados_personas_dca_2025
<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 23525034X

Fecha edición: 2025

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. DIFICULTADES QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN PERSONAS CON DCA. CUIDADOS Y MANEJO.....	5
2.1. LIMITACIONES FÍSICAS.....	6
2.2. DESPLAZAMIENTOS ACOMPAÑADOS DE TCAE.....	14
2.3. ALTERACIONES SENSITIVAS Y SENSORIALES, LIMITACIONES EN LA PERCEPCIÓN DEL PROPIO CUERPO.....	18
2.4. LIMITACIONES COGNITIVAS (COMUNICACIÓN, MEMORIA, ATENCIÓN, PENSAMIENTO COMPLEJO).....	19
2.5. DIFICULTADES PARA EXPRESAR Y MANEJAR LAS EMOCIONES.....	23
3. INTERVENCIÓN EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN OTRAS ÁREAS.....	28
3.1. LA HABITACIÓN.....	29
3.2. EL COMEDOR.....	31
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	34
5. BIBLIOGRAFÍA.....	39



1

Introducción.



1. Introducción

Este documento es una revisión y ampliación de la guía [La importancia del trabajo del auxiliar de enfermería en la rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido](#) (en adelante DCA), publicada en el año 2011, [Martínez Rabancho, S. et al \(2011\)](#)

Tras un daño cerebral, las alteraciones que nos encontramos presentan una gran diversidad y responden a variables relacionadas con el tipo de la lesión, la gravedad de ésta, así como factores individuales de la persona (edad, formación, situación familiar y social...).

Esta revisión pretende aportar a personas que han sufrido un daño cerebral adquirido, a sus familias y a profesionales de atención directa, información práctica sobre manejo y cuidados, compartiendo la experiencia del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (en adelante TCAE) en el CEADAC, en su relación directa con la rehabilitación de personas con DCA.

Para la organización del centro, las personas usuarias y el personal TCAE están distribuidos en equipos identificados por colores (rojo, verde y azul). Las pautas de cuidados y manejo no son algo estático, los avances que se van produciendo, tendrán como consecuencia que algunos de los apoyos que la persona recibía ya no sean necesarios, y otros irán cambiando. Trabajar desde la individualidad de la persona nos permite atender estas particularidades.

Desde la perspectiva de la persona usuaria:

- Le ayuda en sus problemas de orientación (las distintas plantas del edificio están señalizadas con el color correspondiente a su equipo).
- La persona usuaria recibe la atención del mismo grupo de profesionales, favoreciendo la creación de vínculos (médico/a rehabilitador y neuropsicólogo/a, quienes coordinan el equipo, además de terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, logopeda, trabajador/a social, psicóloga/o, médico/a general, enfermería y TCAES).
- Los integrantes de los distintos equipos conocen a las personas usuarias, saben cómo tratarlas y en qué necesitan ayuda.

Nuestra tarea no se limita a las personas usuarias de nuestro equipo, debemos conocerlas a todas, aunque la relación sea menos estrecha, y cubrir sus necesidades sin excepción, puesto que se dan situaciones en las que comparten espacios comunes.

El proceso de rehabilitación es individual, no es posible un abordaje eficaz que no sea personalizado, son muchas las diferentes áreas que pueden verse afectadas, (limitaciones físicas, alteraciones sensitivas y sensoriales, limitaciones cognitivas, dificultades para expresar/manejar las emociones de manera funcional) siendo necesario el trabajo de diferentes profesionales siguiendo un modelo integral de atención centrado en la persona (AICP) ([Fundación Pílares, 2022](#)).



2

Dificultades que se pueden presentar en personas con DCA. Cuidados y manejo.



2.1. Limitaciones físicas.

2.1.1. Hemiplejias y hemiparesias. Parálisis o debilidad de medio cuerpo a consecuencia de una lesión en el hemisferio cerebral. Se caracteriza por parálisis del rostro y/o las extremidades del lado contrario al hemisferio lesionado ([Fuentes Ortiz, A. 2020](#)).

Tras sufrir un DCA aparecen secuelas a nivel motor, pudiendo limitar:

- La independencia de las personas para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD): ducha/baño, vestido, comida, sueño, control de esfínteres, movilidad funcional, actividad sexual.
- La capacidad total o parcial de caminar de manera autónoma e independiente: silla de ruedas (manual o eléctrica), bastón de trekking, uso de férulas, etc.
- La capacidad para realizar transferencias y/o falta de control para cambiar de posición: sentarse, levantarse, pasar de una silla a otra o a la cama, etc.

2.1.2. Espasticidad. Se produce un aumento del tono muscular por una contracción permanente de los músculos afectados, lo que provoca que el movimiento de la persona se vea limitado, pudiendo ocasionar cambios en la postura, el ritmo de la marcha y dolor. En el Ceadac es frecuente ver a personas que tienen afectado el miembro superior. La musculatura afecta ofrece resistencia ante cualquier movimiento. Debemos avisar a la persona con antelación, pues cuando la tocamos y/o realizamos el movimiento de forma inesperado, la resistencia es mayor.

2.1.3. Movimientos involuntarios. Temblor rítmico del pie (clonus) en la posición de sentado, falta de equilibrio y/o un ritmo más lento al levantarse, sentarse y/o caminar.

Debemos tener en cuenta que no solo las alteraciones físicas y/o motóricas van a condicionar la marcha, pues hay otras tales como dificultades para retener información, limitaciones atencionales, de percepción o sensoriales, que pueden verse afectadas.

Es importante considerar lo mencionado anteriormente para no tomar decisiones precipitadas e intentar caminar cuando la persona aún no puede hacerlo de forma segura, pudiendo aumentar el riesgo de caídas y/o de lesiones.

2.1.4. Cuidados y manejo:

En las ABVD, la función principal del TCAE o de la persona cuidadora consiste en ofrecer el tipo de ayuda que cada persona usuaria necesite, intentando conseguir que las pautas que han aprendido con el/la Terapeuta Ocupacional se lleven a cabo a diario para lograr el mayor grado de autonomía/independencia. Esto implica conocer dichas pautas y trabajar estrechamente con el profesional técnico para buscar soluciones ante las dificultades que se puedan presentar.

Para la realización de estas tareas cada persona va a necesitar un tiempo determinado, que puede ser mayor al principio. No debemos transmitirle nuestra impaciencia y a la vez intentar que la ejecución de estas sea adecuada en el tiempo. Hay que guiar la actividad con pequeñas ayudas, recordándole las pautas, reforzando los logros y animándole a tomar la iniciativa. El grado de intervención dependerá del tipo de ayuda que necesite cada persona.



En la ejecución de la tarea se pueden presentar dificultades. Es importante que el TCAE tenga herramientas para indicar a la persona como resolverlas, y no reemplazarla en la realización de la misma: cómo colocar una camiseta a una persona usuaria que sufre hemiplejía, cómo poner un calcetín, conocer los productos de apoyo existentes, etc.

En el momento de realizar la intervención debemos observar:

- La capacidad de la persona para mantener la atención cuando está realizando una determinada tarea.
- El tiempo que tarda en emitir una respuesta verbal o motora tras hacerle una pregunta o una petición.
- Lo que puede hacer por sí misma.
- Lo que puede hacer con pequeñas instrucciones.
- Lo que no puede hacer.
- Si es capaz de planificar la tarea que estamos acometiendo, por ejemplo, si sigue un orden correcto en la ejecución, o si es capaz de resolver por sí misma los pequeños problemas que surjan.
- Si es capaz de cambiar algo ya planificado o por el contrario se resiste a cambiar su forma de hacer las cosas.

De todo lo observado dependerá nuestra forma de comunicarnos con ella. Las/los profesionales tenemos que adaptarnos a sus ritmos, y no al contrario, dar las instrucciones de manera sencilla, comprobando que nos ha entendido y explicar por qué introducimos cambios en la manera de hacer las cosas.

Recuerda: trabajamos en equipo, y las decisiones deben ser consensuadas entre la persona usuaria y la que se ocupa de sus cuidados.

2.1.4.1. Ducha/baño: La persona colaborará en todo lo que le sea posible: coger la ducha, echarse el agua con la mano no afecta, echarse el champú, lavarse la cabeza, enjabonarse el cuerpo y aclararse...

Debemos comprobar si entiende las indicaciones solo con decírselas (de forma verbal). Si no es así, podemos hacer el gesto nosotros mismos y que la persona lo imite; o podemos guiar el movimiento, cogiendo su brazo y llevándolo a la parte del cuerpo desde donde queremos dirigir la acción.

A veces la persona no se enjabona o aclara una parte (normalmente la parte izquierda) de la cabeza o de su cuerpo (heminegligencia). Debemos llamar su atención sobre ello, señalando con nuestra mano, la zona que ha dejado sin lavar/aclarar.

Especial atención: Vigilar si hay zonas enrojecidas o cualquier cambio en el estado de la piel (edemas). Particular cuidado en los pliegues (axilas abdomen, debajo de los pechos), sobre todo de la parte hemipléjica, cuando el brazo permanece pegado al cuerpo, o la mano cerrada. La persona suda, y si no mantenemos bien limpia y seca la zona, esa humedad produce mal olor, rojeces o incluso pueden producirse heridas.



➤ **Vídeo:**

Actividad en la ducha de paciente hemipléjico.

2.1.4.2. Vestido/desvestido: Como norma general, si las estrategias que utiliza la persona para vestirse /desvestirse son válidas (no suponen un riesgo y consigue el resultado deseado), no las corregimos, es una estrategia suya, no necesita aprenderla. Los recursos atencionales son limitados y en el caso de personas con DCA puede que lo estén aún más y las conductas que realizamos de forma automática, apenas gastan recursos.

Hay muchos vídeos que se pueden visualizar para aprender a vestir y desvestir a una persona con hemiplejía. Hemos elegido uno de ellos.

Dificultades que nos podemos encontrar:

1. La persona no sabe colocar la prenda: puede acabar con la parte delantera de la camiseta en su espalda, o la parte trasera del pantalón colocada delante. Si esto ocurre, deberemos encontrar indicaciones que le sirvan de guía, por ejemplo, que se fije en la etiqueta de la prenda. Si apoya la camiseta en sus piernas para empezar a ponérsela, la parte que lleva la etiqueta (parte trasera de la prenda), será la primera que nos encontremos, sobre las rodillas estará la parte delantera de la prenda, (donde no está la etiqueta).



Imagen 1. Ejemplo colocación camiseta 1.

En el caso del pantalón, al contrario: si apoyamos la prenda en nuestras piernas, la parte de la etiqueta será la que apoye sobre nuestras rodillas.

2. Puede meter el brazo por el espacio correspondiente a la cabeza, o meter las dos piernas en la misma pernera. Actuaremos como antes buscando pistas para que se fije en ellas:
 - Camiseta: podemos decirle, una vez que tenga la prenda apoyada en sus piernas, que se fije en que el espacio para meter la cabeza siempre está en el medio y además es más grande.

- Pantalón: sujetar la prenda por la parte correspondiente a la cintura, colocando la mano en el medio (sería donde estaría la cremallera, si la hubiera), esto hace que nuestra mano delimite las dos perneras: a la derecha de nuestra mano una y a la izquierda de nuestra mano la otra. Es útil mantener ambas perneras lo más separadas posible.



Imagen 2. Ejemplo colocación pantalón.

3. La persona mete el brazo o la pierna del miembro hemipléjico, por la manga o la pernera, pero antes de llegar al final, ese brazo o pierna deja de avanzar, es como si se atascara. ¿Qué ocurre?:

- La persona tira de la manga de la camiseta con el miembro sano, pero no consigue que salga a través del puño al exterior, porque tira de la prenda desde muy lejos, (desde la altura del codo). Le diremos que tire de la prenda desde la altura de la muñeca.
- La persona tira del pantalón con el miembro sano, pero no consigue sacar el pie, porque tira de la pernera desde la rodilla. Le diremos que lo haga desde el tobillo.



Imágenes 3 y 4. Ejemplo colocación camiseta y pantalón

4. Siempre tira de la camiseta desde el mismo punto, el miembro afectado no se levanta. Si se trata del brazo, estará apoyado sobre nuestro abdomen o piernas, y pesa, o sea es como si pisara la prenda, e impide que avance. Normalmente agarrará la camiseta desde la parte anterior del brazo, por ello habrá que informarle de que también debe agarrar desde la parte posterior del brazo o incluso desde los lados del mismo, en el caso del pantalón, lo mismo, no solo tirar desde delante (normalmente a la altura de la rodilla, sino también desde detrás, cerca del gemelo o desde los lados).

5. La persona se cansa mucho y no quiere continuar con la tarea: podemos dividir la tarea en pequeños pasos y ofrecerle apoyo en lo que más le cueste, para ir reduciendo la ayuda progresivamente, además de explicarle la importancia de que vaya recuperando la capacidad de cuidarse por sí misma.

➤ **Vídeo:**

Vestido y desvestido del paciente hemipléjico

2.1.4.3. Comida: durante la comida debemos intentar que la persona mantenga una posición correcta cuando está sentada, con las piernas formando un ángulo recto, los pies bien apoyados en el suelo, la espalda recta. Si no hay dolor el brazo afecto, bien apoyado en la mesa, con la mano si se puede extendida, puede ocurrir que la mano afectada se mueva, debido a la falta de control y empuje el plato fuera de la mesa. Si esto ocurre puede ponerse el brazo sobre un mantel antideslizante o una muñequera con peso en la muñeca. Dedicamos una atención especial a la disfagia, dentro del punto “en el comedor”.



Imagen 5. Posición durante la comida.

2.1.4.4. Sueño: Es importante respetar los horarios de la persona usuaria, pues ella mejor que nadie sabe lo que necesita. Normalmente al principio demanda más horas de sueño que antes, incluso lo dice sorprendida, puesto que ahora siente que no hace nada. No debemos interrumpir el sueño de la persona si no es necesario.

2.1.4.5. Control de esfínteres: Tienen como finalidad la reeducación vesical. Usar absorbentes afecta negativamente a la autoestima de cualquier persona adulta, a la vez que eleva el riesgo de aparición de úlceras por presión, aumenta la dependencia, limita la autonomía y la participación (si la persona va a salir con amigos/as, no le gustará que le tengan que cambiar el absorbente y en muchos casos decidirá no salir).

Se requiere mantener una rutina en el seguimiento de dichos controles por parte del TCAE y colaboración y esfuerzo por parte de la persona usuaria. Es un proceso que puede llevar meses y debe ser continuado, consiste en poner a la persona en el servicio a unas horas determinadas para conseguir que miccione en el WC. Estas horas pueden variar, por ejemplo, a las 10:00 siempre tiene el absorbente mojado, deberemos adelantar la hora a las 9:30 para asegurarnos que el absorbente este seco y así conseguir que la diuresis tenga lugar en el WC o en la botella.

Al aumentar la tensión muscular, la presión en la vejiga es mayor y se siente llena, por eso puede ocurrir que cuando la persona tiene que acudir a terapias, nos pida ir al baño, aunque haya pasado poco tiempo desde la última vez.

Cuando nos preocupa algo, ponemos la atención en los indicadores que nos mantienen alerta para prevenir lo que nos preocupa. Si esto es mantenernos secos, y tenemos espacios sin actividad que eviten que mantenga nuestra atención ocupada, puede ser frecuente que la persona demande ir al servicio.

2.1.4.6. Actividad sexual: Participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva.

La persona que ha sufrido un DCA no ha dejado por ello de ser una persona adulta con idénticas necesidades, derechos y obligaciones que el resto de las personas. Aquello que nos hace diferentes no son las limitaciones, puesto que estas nos acompañan desde el momento en el que nacemos, y van variando a medida que avanzamos en edad, lo diferente es la causa. De pequeños tenemos limitaciones que hacen que dependamos de los adultos para sobrevivir (madre/padre), de adultos tenemos limitaciones derivadas de nuestro estatus social, económico, nuestro sexo, nuestra cultura, del país de nacimiento, de lo guapos o listos que seamos, de nuestra salud... En el caso que nos ocupa, las limitaciones son causadas por un daño cerebral. Por tanto, la necesidad de amor de alguien que no sea familiar o amigo/a, la necesidad de sexo, la necesidad de ser padre o madre, y de decidir cómo, cuándo, dónde y con quién, pertenece a cada persona con o sin DCA.

Y es nuestra obligación como profesionales respetarlo, facilitar los momentos de intimidad que la persona usuaria necesite y proporcionarle aquello que nos solicite, en la medida de nuestras posibilidades.



2.1.5. Entre nuestras funciones también se encuentra:

- Que la persona usuaria mantenga una postura correcta las 24 horas del día (recibimos información y formación por parte de su fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional).

Podemos ayudarnos de mesas. Estas se asemejan más a una especie de bandeja que se pone en la silla de ruedas, que aporta una sujeción para que la persona no se vaya hacia los lados o se deslice hacia delante. Sirve para apoyar los brazos o incluso pegamos el horario de sus terapias. Podemos ayudarnos de cojines, muy útiles para colocar el brazo y mano afectada estirada en el cojín y posicionarlo normalmente sobre el abdomen.



- Estar informados de los avances obtenidos en cuanto a su autonomía: si pone y quita el freno de la silla, retira y coloca los reposapiés, avanza con la silla auto propulsándola, colabora en las transferencias o las realiza por sí mismo, etc.
- Siempre debemos explicar a la persona usuaria que parte de su cuerpo le vamos a movilizar y cómo lo vamos a hacer. Preguntarle si tiene dolor en alguna parte de su cuerpo, sobre todo en el miembro superior afecto, suele ser bastante recurrente, y si es así, tendremos que decirle, observando su mirada para verificar que nos está entendiendo, que vamos a tener especial cuidado en esa zona, que los movimientos serán muy lentos y si aun así manifiesta que le duele, pararemos.
- Si la persona usa órtesis (férulas), debemos saber cómo colocárselas, evitando dolor. Es importante que comprobemos regularmente el estado de la piel, en ocasiones, sobre todo al principio, pueden producir heridas.



Imágenes 7 y 8. Ejemplos de férulas.

- Saber transmitir, tanto a la persona usuaria como a la familia, que en la rehabilitación del DCA no solo es importante la parte física, también lo es la parte cognitiva. Ocurre en ocasiones, cuando hay una afectación física, que las personas usuarias y sus familias, prioricen todo lo que tiene que ver con lo físico, incluso nos ocurre a los/as profesionales, cuando celebramos de manera muy entusiasta ver a alguien que empieza a caminar.
- No solo por nuestra tendencia a priorizar lo visual, también nos falta información sobre las implicaciones que determinadas limitaciones cognitivas van a tener en la vida de la persona, en su independencia y autonomía.
- Otro factor importante es que la familia quiere ser útil, quiere ayudar. Generalmente todos/as sabemos cómo ayudar a alguien que no puede mover como antes una parte de su cuerpo, pese a no tener conocimientos sanitarios. Lo físico es más intuitivo porque lo vemos. También es común relacionar caminar con mayor independencia, cuando no siempre es así, de hecho, en muchas ocasiones es más discapacitante el daño cognitivo que el físico.
- Determinadas tareas/ejercicios que se trabajan en los talleres cognitivos, tienen como finalidad rehabilitar funciones que utilizamos en el día a día, sin ser conscientes de ello, ya que las realizamos de manera automática.
- La frustración, al no ver avances físicos, a veces no les deja ver los avances que se han obtenido en otros campos.

2.2. Desplazamientos acompañados de TCAE.

Volver a caminar supone un esfuerzo muy grande para la persona usuaria, que pasará por sesiones en el bipedestador, en las paralelas, para más tarde ir comenzando con recorridos que irán aumentando en duración, con ayuda de diferentes productos de apoyo.



Imagen 9. Bipedestador.

En estos traslados la persona usuaria irá acompañada por el TCAE. Pueden ser desplazamientos entre terapias o ir caminando durante el tiempo que su médico/a rehabilitador/a considere adecuado. Debemos observar si:

- Mantiene una postura correcta al caminar.
- Mantiene un buen equilibrio.
- Se cansa demasiado.
- Es muy impulsivo/a o por el contrario tiene miedo.

Es importante que entendamos que, cuando tengan lugar los desplazamientos la persona utiliza todos sus recursos atencionales. Recordemos que está aprendiendo a caminar con unas secuelas derivadas del DCA, y puede ocurrir que se detenga si algo externo demanda su atención (no poder atender a dos cosas a la vez), por ejemplo, que alguien le salude en un pasillo.

El dolor y/o miedo que puede sentir pueden ser la causa de resistencias por parte de la persona usuaria, por tanto, debemos verificar que efectivamente estas están fundamentadas.

También te encuentras el caso opuesto: personas que quieren andar sin que el equipo técnico lo haya pautado. Ante esto, información de su médico/a y acordar con la persona el momento óptimo.

2.2.1. Transferencias: Son los movimientos que se realizan para cambiar de una superficie a otra. Las más habituales son de la silla de ruedas a la cama, inodoro, silla de ducha, sillón, asiento del coche o viceversa.

Realizar una transferencia o dar indicaciones de cómo hacerla puede generar inseguridad ante el riesgo de caídas. En el apartado final del tema proponemos enlaces que pueden servir de ayuda, aunque nos parece que estas pautas pueden ser útiles.

Previamente realiza tú mismo a modo de secuencia, separando los pasos, aquellos movimientos que vayas a efectuar con la persona. Hacemos movilizaciones y transferencias continuamente y logramos que estas sean funcionales y seguras a la vez.

Transferencias más frecuentes en personas con hemiparesias o hemiplejias en Ceadac:

2.2.1.2. Levantarse desde la posición de sentado:

- Colocar ambos pies en el suelo. Puede ser necesario bloquear la rodilla para estabilizar la articulación.
- Apoyarnos en el reposabrazos (si tiene), en el asiento, o en el colchón si estamos en la cama.
- Empujar con la espalda en el respaldo para que los glúteos se desplacen hacia delante hasta que medio muslo este fuera del asiento.
- Si no hay respaldo, desplazar la espalda hacia atrás y con la mano apoyada en la silla o el colchón, empujamos para desplazarnos hasta el borde de la cama o silla.
- Desde esa posición, echar el tronco hacia delante (como si quisiéramos acercar el pecho a las rodillas), apoyándonos en algún elemento que nos sirva para ese propósito.
- Solo queda hacer fuerza con las piernas y terminar de levantarse.

2.2.1.3. Pasar a otra silla, sillón o cama desde la posición de pie:

- Colocar nuestro lado del cuerpo no afecto cerca del lugar al que nos vamos a desplazar.
- Extender nuestro brazo, buscando el reposabrazos u otra superficie de apoyo del lugar al que nos queremos desplazar.
- Dar un paso hacia delante, y desde esa posición girar la cadera. Puede ser de ayuda girar el pie con el talón apuntando hacia el lugar al que nos desplazamos.

2.2.1.4. Salir de la cama:

- Sacar los pies (subir el cabecero si la cama es articulada para facilitar la maniobra).



- Girar ligeramente el cuerpo hacia el lado por el que vamos a salir.
- Apoyar nuestro antebrazo en el colchón para ayudarnos a levantar el tronco al tiempo que seguimos sacando las piernas hasta la parte de atrás de la rodilla (hueco poplíteo) para quedarnos sentados en el borde antes de ponernos de pie.

2.2.1.5. La transferencia al inodoro puede tener un poco más de dificultad por el espacio, la altura del inodoro, tener que bajarse la ropa, el absorbente (si utiliza), por lo que debemos asegurarnos de que se mantiene en pie el tiempo necesario para realizarla. De lo contrario se valorará la posibilidad de usar grúa de bipedestación para preservar su seguridad. La altura del inodoro se puede corregir con un elevador de WC.



Imágenes 10 y 11. A la izquierda grúa bipedestación a la derecha elevador de WC.

Cuando hay espasticidad, debemos avisar a la persona si vamos a movilizar el brazo, la pierna etc. De ese modo no aumentaremos el tono muscular: “voy a ir moviendo tu brazo muy despacio, si notas dolor, me dices y paro”.

Colocaremos nuestra mano en la articulación del codo, para ir notando si la persona se relaja, hasta que esto no suceda no empezaremos a moverlo, para ello podemos hablarle de algo que le sirva de distracción: “¿qué tal has pasado la noche?”.



Imagen 12. Movilización articulación.

Si queremos mover la pierna, sujetaremos desde detrás de la rodilla para verificar si disminuye el tono muscular, antes de empezar el movimiento.

➤ Vídeos:

[Transferencia pasiva entre la cama y la silla y viceversa](#)

[Transferencia al inodoro con colaboración](#)

[Transferencia de silla de ruedas al coche](#)

2.2.2. Fatiga:

Siempre que ocurre un DCA se produce muerte neuronal, en mayor o menor medida, y se pierden recursos de procesamiento de la información. Si imaginamos el cerebro como un ordenador, el nuestro ahora tiene menos memoria para ejecutar los programas que antes ponía en marcha de forma automática, de hecho, ahora quizás tengamos que cerrar un programa antes de abrir otro porque no podemos simultanear varios procesos. Por esta razón las personas con DCA se cansan antes, se agobian si tienen que estar a varias cosas a la vez y tardan más tiempo en hacer actividades.

Puede ocurrir que además de la limitación de recursos de procesamiento, la gestión de dichos recursos no se haga de forma eficaz y falla la ejecución de diferentes actividades, porque el gestor de los recursos no ha sido capaz de estimar lo que se necesita para llegar al objetivo o ha destinado muchos recursos a una fase del proceso y no ha habido suficientes para otras fases.

La persona siente que no puede abarcar todo, se cansa rápidamente y/o tiene que descansar después de estar activa durante un tiempo ([Lassaletta Atienza, A. 2017](#)).

Cuidados y manejo:

- Normalizar esta fatiga ayuda a la persona y a su familia a entender lo que ocurre, y no añadir calificativos del tipo “eres un vago, no te esfuerzas, a ti antes esto te gustaba, estas desganado, estas deprimido...”.
- Facilitar a la persona descansar cuando lo precise, sobre todo por la noche y después de comer.
- Evitar lugares con muchos estímulos, salas con muchas personas, ruido (personas hablando, televisión puesta).
- Cuando la persona está cansada, usar frases cortas y claras, eliminar distracciones, asegurarnos de que nos entiende (después de expresarnos, buscar que la persona asienta, o muestre cualquier otro signo que indique comprensión).



2.3. Alteraciones sensitivas y sensoriales, limitaciones en la percepción del propio cuerpo.

Cuando se origina una alteración a la hora de recibir y/o procesar la información de nuestro entorno a través de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto), el equilibrio y la percepción de uno mismo, es frecuente que se produzca pérdida de sensibilidad al tacto, al calor/frío y/o al dolor y alteraciones de la sensibilidad propioceptiva (sentido que nos permite percibir la ubicación, el movimiento y la acción de las partes del cuerpo).

Cuidados y manejo:

Con respecto a la pérdida/aumento de la sensibilidad: al igual que explicamos en el caso de la espasticidad, cuando hay hipersensibilidad debemos extremar la medida general de “informar a la persona que vamos a movilizar su brazo, pierna...”.

- Vigilar la temperatura del agua en la ducha, recordar a la persona que debe medir la temperatura con su mano/pierna no afecta.
- Observar el estado de la piel, puede tener lesiones y no sentir las.
- Hay que asegurarse que su posición en la cama sea adecuada, lo más simétrica posible, cuidado al girar a la persona en un cambio postural, o si ella misma se gira, su brazo afecto puede quedar atrapado debajo de su cuerpo sin la persona notarlo.
- Si la persona está sentada, puede que su brazo afecto esté colgando a un lado de la silla sin ser consciente de ello. Recordarle que lo suba y lo apoye sobre su regazo, o en un cojín. Si la persona está comiendo, intentar que su brazo lo mantenga encima de la mesa con la palma de la mano abierta y los dedos lo más estirados posible (dentro de su limitación).
- Con respecto a los problemas en la percepción, no saber dónde y cómo están colocadas en cada momento las partes de nuestro cuerpo sin mirarlas se traduce en dificultades al realizar transferencias, al caminar. A la hora de levantarse, la persona puede hacerlo con el pie afecto todavía encima del reposapiés, o con el pie torcido o desplazado hacia atrás. Antes de empezar, comprobar que tenga los pies bien apoyados y alineados en el suelo.
- Si está caminando, la persona deberá comprobar cómo se mueve su pie para poder avanzar un paso.
- Esta desconexión con el cuerpo hace que desplazarse o interactuar con el entorno puedan ser tareas que supongan un riesgo.



2.4. Limitaciones cognitivas (comunicación, memoria, atención, pensamiento complejo).

El abordaje de las limitaciones cognitivas es complejo para la propia persona, su entorno familiar, social y para los profesionales que trabajan en la atención directa, debido a que es un daño invisible. Incluso cuando se conocen las limitaciones, “tengo dificultades que afectan a mi atención, razonamiento, memoria”, es difícil saber hasta qué punto pueden interferir en las tareas cotidianas de su vida, llegando a ser más incapacitantes, en algunos casos, que las físicas.

La persona con DCA puede sentirse sola en momentos en los que ella misma no entiende muchas de las cosas que le están pasando, llegando incluso a dudar de sus pensamientos y sentimientos. Por eso es tan importante el abordaje con las familias y su entorno ([Bilbao Bilbao, A. et al. 2008](#)).

Limitaciones cognitivas más frecuentes:

2.4.1. La comunicación:

Tiene lugar cuando se produce un intercambio de información entre dos o más personas mediante el lenguaje verbal (hablado o escrito) o lenguaje no verbal (gestos, expresión facial, tono y volumen de la voz, cercanía entre los interlocutores...), pues diferentes estructuras cerebrales participan en la comprensión del lenguaje.

Afasia: trastorno del lenguaje que afecta la manera en que te comunicas (puede afectar el habla, además de la forma en que escribes y comprendes el lenguaje escrito y oral).

La comunicación a través del lenguaje verbal o escrito se ve afectada si se producen lesiones en el hemisferio dominante para el lenguaje (por lo general, el izquierdo). Pueden surgir dificultades para comprender el lenguaje verbal (afasia de predominio sensitivo) o ser incapaz de leer (alexia) o tener dificultades para emitir un lenguaje comprensible para quienes le rodean (ataxia de predominio motor).

Los trastornos del lenguaje no suelen presentarse aislados, sino que lo hacen asociados. En algunos casos predominan los problemas de comprensión y en otros los de expresión.

Cuidados y manejo:

- Establecer contacto visual entre la persona y el profesional para que puedan incorporar la información no verbal (la expresión de la cara, gestos con las manos...).
- Atender al entorno y al contexto donde tiene lugar la comunicación añade pistas sobre lo que la persona nos quiere decir.
- No es necesario elevar la voz, no se trata de un problema auditivo.
- Evitar ruidos y distracciones que puedan interferir en la comunicación.



- Utilizar frases sencillas y cortas y un ritmo pausado, separando las palabras.
- Emplear los sistemas de comunicación que haya indicado la/el logopeda.
- Usar la escritura, si es posible.
- Ofrecer la posibilidad de señalar las distintas opciones sobre lo que le estamos preguntando, mostrarle la sudadera roja o azul, esta bebida o la otra...
- Ayudarnos de imágenes. Hoy en día casi todo el mundo tiene acceso a internet, que cuenta con mucha información visual que podemos utilizar (la persona se refiere a una ciudad y no somos capaces de entender lo que nos dice, buscamos mapas para que la persona pueda señalarnos).
- Comprobar que la persona nos está entendiendo, preguntarle y esperar a que asienta antes de avanzar en la conversación.
- Hacer preguntas con dos opciones de respuesta: sí/no, me gusta/no me gusta.
- No excluir a la persona de las conversaciones; fomentar su participación ofreciéndole un entorno adecuado y dándole el tiempo que necesite.
- Respetar sus silencios, si es eso lo que quiere.
- Habrá ocasiones en las que la persona con afasia se sienta frustrada cuando no sea capaz de hacerse entender. Será de gran ayuda decirle que nuestra incapacidad para entenderla es también la causa de las dificultades en la comunicación. Es normal que se sienta así, y así se lo debemos decir.
- Ayudar a la persona a acabar las frases, no hacerlo por ella.
- No transmitir sensación de impaciencia.
- Evitar el uso de lenguaje infantil o condescendiente.
- Transmitir con nuestra mirada seguridad y complicidad.
- No fingir que le entendemos si no es así.

2.4.2. Memoria:

Las dificultades para memorizar cosas, puede afectar a lo ocurrido antes del DCA (memoria retrograda), a lo ocurrido después (anterógrada) o a aquellas cosas que planificamos para el futuro (prospectiva).

Estas dificultades afectan directamente al aprendizaje. Por ejemplo, si estamos entrenando ABVD, la persona tiene que entender la nueva información (codificar), almacenar esa información (memorizar) y posteriormente ser capaz de recuperarla (recordar).

Cuidados y manejo:

- Podemos hacer un álbum con fotos de momentos especiales con amigos/as y familia de la persona usuaria.



- Seguir rutinas en sus actividades y hacer con ellas un horario personalizado, con fotos de sus terapeutas o de los lugares a los que tiene que acudir
- Cuadernos de memoria donde la persona escribe las actividades que ha hecho en el día (lo que come, su terapia...). En algunos casos la persona tendrá que anotar lo que termine la actividad.
- Utilizar alarmas. Si utilizamos el móvil, podemos añadir un texto referido a aquello que queremos recordar.
- Que los profesionales lleven su nombre en el uniforme/tarjeta.
- Una buena señalización del edificio.
- Ayudar a la persona a recordar, dándole pistas, letras o sílabas de la palabra, dónde estaba o qué estaba haciendo para que recuerde una situación determinada; describir a la persona, si no se acuerda de alguien.
- A lo largo del día, mientras le acompañamos, podemos preguntarle sobre la terapia a la que vamos, sobre el nombre del terapeuta, donde está su habitación, el comedor o cualquier otro lugar al que nos dirigimos, sobre lo que ha comido...
- Tener dificultades para recordar puede desorientar a la persona, hacerla sentir vulnerable o asustada.

2.4.3. Atención:

El DCA puede alterar el nivel de alerta que una persona necesita para desempeñar las actividades de la vida diaria pudiendo permanecer somnoliento gran parte del día. Esta alteración puede limitar la capacidad de mantener la atención en una tarea por un tiempo prolongado.

Por otro lado, las alteraciones de la atención causadas por el DCA en el hemisferio derecho (heminegligencia) interfieren en la atención hacia un lado del campo visual, normalmente el izquierdo, por lo que no encontrará los objetos que se sitúan a ese lado, que pueden ser personas u obstáculos en un pasillo, piezas de un puzle o elementos escritos o dibujados en un folio, comida dentro un plato etc.

Cuidados y manejo:

- Controlar el ambiente para reducir estímulos (TV, varias personas hablando a la vez...).
- Llamar su atención antes de hablar (decir su nombre y esperar a que nos mire).
- Si la persona utiliza o se desplaza en silla de ruedas, hablarle a su altura.
- Simplificar las instrucciones: dividir las tareas en pasos.
- Darle el tiempo suficiente para la realización de la tarea, debido a sus limitaciones atencionales puede dejar partes de la tarea sin realizar, debemos señalárselas.
- La persona tiene dificultad en realizar varias tareas a la vez, como caminar y hablar.
- Tropezan al caminar con el lado al que no prestan atención (entrada/salida del ascensor, con las puertas).



2.4.4. Orientación:

Como dijimos cuando hablamos de la memoria, cuando la persona se siente desorientada se siente vulnerable y asustada, por ello, lo primero que debemos hacer es decirle donde está, que día y que hora es... (orientarla en espacio y tiempo).

Cuidados y manejos:

- En todo momento debemos informar a la persona sobre lo que vamos a hacer, hacia donde nos dirigimos.
- Colocar un calendario en un lugar visible e ir marcando en que día estamos.
- Tener visible un reloj.
- Mantener rutinas, permitiendo a la persona anticipar lo que va a pasar.
- Álbum de fotos, sobre su entorno, las personas con las que se relaciona habitualmente, actividades cotidianas, etc.

2.4.5. La persona no es consciente de sus limitaciones:

No ser conscientes de aquello que no podemos hacer o de en qué tareas necesitamos acompañamiento o ayuda puede ponernos en riesgo. Por ello hay que recordar a la persona aquellas dificultades que para ella supone la realización de determinadas acciones.

Pautas y manejo:

- Va a resultar más difícil que se implique activamente debido a la poca conciencia de sus déficits.
- Insistir en explicarle qué situaciones no puede realizar sin ayuda, enumerando las consecuencias si las realiza por su cuenta, sobre todo en aquellas que supongan un riesgo alto (levantarse de la silla, intentar andar).
- Si entiende estas consecuencias, ella misma buscara herramientas para compensar sus limitaciones: “ahora utilizo una agenda donde apunto si me he tomado la medicación, algunos días se me olvida”.
- Evitar frases “ves cómo te dije que no podías”.
- Podemos realizar aquella acción que queremos evitar de forma controlada, en condiciones de seguridad, para que la persona valore/compruebe por sí misma aquellas dificultades que le hemos señalado.

2.4.6. Pensamiento complejo:

Gracias al pensamiento complejo somos capaces de comprender conceptos, generar ideas originales, utilizar la lógica, descomponer problemas en sus partes más sencillas, y relacionar información proveniente de distintas fuentes.



De su buen funcionamiento van a depender, nuestras conductas sociales, toma de decisiones, cómo planificamos, ideamos metas, memorizamos, reflexionamos, gestionamos nuestras emociones, controlamos los impulsos, la motivación, focalizamos la atención, aquí se localiza la memoria de trabajo, con la que retenemos información a la vez que hacemos cosas.

Las personas con DCA (con lesión en la corteza prefrontal) pueden mostrar dificultad para controlar su conducta, para planificar, decidir, ser flexibles ante los cambios, crear, entender nuevas ideas, conceptos, leer entre líneas, hacer conjeturas o hipótesis.

Necesitarán ayuda y/o les supondrá mucho esfuerzo:

- Utilizar sus conocimientos previos para aplicarlos a los nuevos problemas, retos que les van surgiendo (para ello necesita recuperar esa información almacenada en su memoria y aplicar esos conocimientos).
- Darse cuenta de lo que sabe hacer y de lo que no.
- Reorganizar ideas, conocimientos presentes en su memoria, y analizarlos.
- Desarrollar nuevas ideas, formas de pensar o conceptos.

Cuidados y manejo:

- Dividir la tarea en secuencias, empezando por las más sencillas y una vez comprendidas, avanzar en dificultad.
- Ayudar a la persona a resolver todas aquellas situaciones que necesitan una planificación.
- No utilizar la ironía, las bromas, el doble sentido, las frases hechas, si no hemos comprobado que lo entiende, ya que puede que para ella el significado sea literal.
- Sintetizar aquellas tareas que estemos realizando, para no dar explicaciones muy extensas.
- Reforzar los pequeños avances.

2.5. Dificultades para expresar y manejar las emociones.

Las personas que han sufrido un DCA pueden tener sentimientos de incompreensión, miedo, incertidumbre, pérdida de control, soledad, frustración, tristeza, derivadas o incrementadas por: dificultades económicas, cambios de rol, pérdida de relaciones, de trabajo, de pareja, de independencia, de autonomía, de libertad, de derechos, etc.

Conviven a diario y durante un periodo extenso con muchas de estas emociones o situaciones, por eso es tan importante recibir información y formación sobre cómo colaborar con la persona para ayudarle a gestionarlas y evitar conductas por nuestra parte que puedan ocasionar y/o incrementar en la persona su malestar emocional.



Es importante hablar sobre sus necesidades, preocupaciones, miedos, preferencias, etc.

2.5.1. Control de impulsos: las personas con DCA a veces tienen dificultades para controlar su comportamiento, sus emociones, sus deseos, puede que no sean capaces de inhibir o limitar una conducta determinada una vez ha comenzado, aunque implique un peligro para ellas, debido a ello, puede que:

- Cometan errores en la ducha o en el vestido.
- Se cepillen los dientes a una velocidad excesiva.
- Coman demasiado rápido, sin masticar adecuadamente, sin tragar el contenido que tienen en la boca, o puede que la falta de control les haga comer más cantidad de la recomendada o comer alimentos poco saludables (hipercalóricos), que supongan un aumento de peso para la persona.
- Se levanten de la silla de ruedas cuando no pueden caminar o la marcha sea tan inestable que suponga riesgo de caída.
- Hagan giros o maniobras complejas sin aminorar el paso para ajustarse a las dificultades del entorno.
- Hagan un uso excesivo del móvil cuando no está recomendado o permitido su uso.
- Utilicen un lenguaje inadecuado que pueda molestar, incomodar o incluso ofender a otras personas.
- Tengan una actitud desafiante, ira o irritabilidad.
- Estén más inquietas o impacientes, en el caso de personas con afasia, cuyas dificultades para expresar aquello que desean puede alterarles, o impacientarles ante nuestras dificultades para entenderlas.
- No sean capaces de controlar la expresión de determinadas emociones, como la tristeza, llorando en lugares que no forman parte de su ámbito privado o reaccionar de manera desajustada ante situaciones cotidianas, emocionándose en exceso ante muestras de cariño, al recordar a su familia u otros momentos emotivos para la persona. En ocasiones la persona no sabe expresar las causas.

Cuidados y manejo:

- En todos los casos debemos entender que la persona no puede evitarlo y puede que ni siquiera sea consciente de su impulsividad. Debemos explicarle de forma verbal las consecuencias de actuar de esa manera, con especial hincapié en los casos en los que actuar impulsivamente pueda ser la causa de una situación que suponga un riesgo.
- La explicación puede ir acompañada de un ligero contacto con nuestra mano en su brazo o pierna, además de mantener contacto visual, para verificar que está atendiendo a aquello que le decimos, le estamos proponiendo hacer una pausa, para empezar de nuevo la tarea a un ritmo más lento.
- En los casos en los que aquello que quieren realizar no pueden hacerlo bien debido a sus limitaciones o por normativa, les explicaremos el porqué de tener que esperar: “por



el momento no debes levantarte tú solo, estamos trabajando con tu fisioterapeuta el equilibrio, la bipedestación... Esperaremos a que nos indique cuando puedas hacerlo con seguridad” o “cuando estés trabajando con el terapeuta no debes usar el teléfono, debes prestar atención a la tarea que estas realizando. Si te parece lo guardas y cuando termines, lo sacas”.

- En los casos en los que ocasione un malestar a otros, de nuevo explicar por qué sus comentarios o acciones pueden molestar o dañar a otros. Todos/as tenemos derecho a que nos respeten y obligación de respetar a los demás. Evitaremos mantener esta conversación en público, nos apartaremos del resto y lo haremos en privado.
- Al tratar las expresiones de tristeza, debemos normalizar sus sentimientos, le proporcionaremos un espacio privado donde pueda desahogarse, expresarse si lo quiere o necesita, y mantendremos una escucha activa, evitando dar consejos o minimizar aquello que le ha provocado la emoción.

2.5.2. Frustración: Asumir las limitaciones derivadas de un DCA es parte de un proceso que requiere tiempo y esfuerzo. La persona se da cuenta que no puede realizar o necesita ayuda para llevar a cabo tareas en las que, hasta hace poco era independiente, y como resultado siente enfado, ira, impotencia, tristeza, culpa.

Cuidados y manejo:

- Debemos normalizar su reacción y transmitir a la persona nuestra comprensión. No es exclusivo del DCA, todos/as nos comportamos así en determinados momentos de nuestra vida, sentirnos incapaces, torpes, tontos. Evitar expresiones que puedan acentuar el etiquetaje
- Evitar frases del tipo “tranquilízate” o “no te pongas nervioso”, cuando estamos enfadados o muy enfadados, escuchar de otros estas frases, normalmente consigue la respuesta opuesta, que nos pongamos más nerviosos y/o que nuestro enfado crezca. Sustituir por “entiendo que estés nervioso”.
- Evitar hacer predicciones: “verás cómo mañana lo consigues”, o soluciones mágicas: “con esfuerzo/trabajo lo conseguirás”, o comparaciones: “mira fulanita también estaba en silla de ruedas y ahora está caminando”, porque puede que mañana tampoco lo consiga, incluso si trabaja mucho y se esfuerza. Cada persona con DCA es diferente, y por tanto diferente es su ritmo de recuperación.
- La persona podrá pensar “no me he esforzado lo suficiente” o “no soy tan fuerte como mi compañero/a”. Sustituir por “estás trabajando para conseguir mejorar en...” y reforzar cada pequeño logro que consigue la persona.
- Debemos dar espacio físico y emocional a la persona para que exprese su enfado. Utilizaremos un tono bajo invitándole a que él/ella también reduzca el volumen.
- No confrontaremos con aquello que nos dice. En ese estado emocional todos decimos cosas inapropiadas, acompañaremos sin intervenir hasta que la persona sea capaz de controlarlo.



- Es en ese momento cuando podemos intervenir, si lo intentamos antes, es muy posible que la persona no nos atiende, no nos escuche.
- Cuando el episodio ha pasado, debemos expresarle cómo nos ha hecho sentir sus gritos, aquello que ha dicho “me has asustado cuando has gritado, o me han dolido tus palabras, me gustaría que la próxima vez intentes tratarme mejor, yo estoy aquí para ayudarte en lo que necesites”. Recordemos que estamos tratando con personas adultas con derecho a recibir un buen trato y con la obligación de ofrecer el mismo trato a los demás.
- Es normal sentir rabia, ira ante situaciones que nos frustran, la diferencia está en cómo respondemos a esa ira, y cómo asumimos las consecuencias. Trabajar con la persona para ayudarlo a responder de una manera más funcional.

2.5.3. Agitación: Puede haber muchas situaciones que pongan a la persona nerviosa o le incomoden y se muestre agitada:

- Que hablemos alto.
- Ambientes con excesivo ruido.
- Presencia de muchas personas.
- Actividades que le cuesten esfuerzo.
- Estímulos distractores.
- Imposibilidad de terminar una tarea que antes realizaba con normalidad.
- Cambios en sus rutinas.
- Percibir impaciencia de profesionales o familiares.
- Que no entienda comentarios.
- Frases con doble sentido, bromas etc.

Cuidados y manejo:

- Averiguar qué es lo que ocasiona su malestar.
- Evitar o minimizar aquello que le produce agitación.
- Ser creativos y buscar alternativas. Si a la persona le molesta estar en un determinado ambiente en su tiempo de descanso, darle distintas opciones de elección.

2.5.4. Limitaciones para controlar los tiempos. La persona cree que ha pasado mucho tiempo desde que realizó una determinada actividad (ejemplo: desde que comió o desde que fue al servicio), y demanda continuamente volverla a realizar.

Cuidados y manejo:

- Tener una hoja de registro donde la persona apunte la última vez que comió o fue al baño. Se registrará la hora y la persona firmará. Le mostraremos la hoja cuando nos pida comer o ir al baño, y le pediremos que compruebe la hora actual.



2.5.5. El sentimiento de culpa, la depresión, la ansiedad. Debido a su complejidad, necesitan un abordaje por parte de profesionales especializados. El TCAE, o cuidador/a debe normalizar y acompañar.

2.5.6. Actuaciones que puedan generar en la persona sentimientos de incapacidad/no capacidad

Las personas que nos dedicamos al cuidado, profesionales o no, debemos evitar infantilizar a la persona o tratarla con condescendencia.

- El uso de palabras tipo “cariño, bonita/o”.
- Cambiar nuestro tono de voz.
- Expresiones del tipo “pórtate bien, se bueno/a, ¿cómo has trabajado hoy en terapia?, me voy a tener que enfadar”
- Utilizar diminutivos o mimos (tocarle la cara).

Si acudiéramos a la consulta de nuestro médico y utilizara un lenguaje, tono de voz o expresiones de este tipo, “siéntate guapa/o, o siéntate, cariño”, “¿qué le pasa?”, dirigiéndose a tú acompañante. “Bueno, pórtate bien y tómate la medicación o te pondrás malita/o” lo sentiríamos como una falta de respeto, nos molestaría, no saldríamos de la consulta diciendo “que médico tan cariñoso”.

Infantilizar a la persona puede favorecer que no se sienta motivada para trabajar en su autonomía, demandando ayuda en actividades que puede realizar ella misma

Tratarla con condescendencia es:

- Creer que no entenderá determinado lenguaje, explicar cosas que entiende cualquiera.
- No hacer caso de lo que nos dice porque tiene daño cerebral.
- Controlar su ropa, su comida.
- No respetar sus decisiones argumentando “tu madre, tu pareja, tu hermano nos ha dicho” o apelando a que nosotras/os somos los profesionales.



3

Intervención en actividades básicas de la vida diaria en otras áreas.



3.1. La habitación.

- La persona usuaria tendrá a su alcance aquello que necesite para su aseo personal, (esponja, gel, champú, cremas, colonia...), para el vestido, durante la siesta o en la noche, botella en la mesilla si la utiliza, sistema de comunicación, mando de la tele o de la cama, teléfono, libros, etc.
- Utilizar sandalias de ducha, para evitar resbalar.



Imágenes 13 y 14. Ejemplos de sandalias de ducha.

- Utilizar silla de baño o taburete si la persona no puede ducharse de pie.



Imágenes 14 y 15. Ejemplos de sillas de baño.

- Recibirá ayuda en aquello que necesite (realización de trasferencias, enjabonar zonas del cuerpo a las que es difícil llegar, pies o espalda, secado del pelo, limpieza de gafas, colocación de su ropa en el armario...).
- Es recomendable en el caso de los hombres utilizar maquinilla eléctrica de afeitar.
- Colocar el cepillo con el mango en el agujero del desagüe del lavabo para poder echar la pasta sin ayuda, en caso de hemiplejia o hemiparesia.



Imágenes 16 y 17. Ejemplos colocación cepillos de dientes.

- Utilizar cordones elásticos que no necesitan atarse o desatarse, (el cierre con velcro se puede relacionar con el calzado infantil o son modelos muy básicos que les hace ser menos atractivos).
- Colocar el yogur dentro de un vaso si solo puedo utilizar una mano, de esa manera no se mueve y podrá comerlo sin ayuda.



Imagen 18. Yogur dentro de un vaso.

- Siempre que sea posible, la persona se vestirá en un asiento, ya que es lo más normalizado.
- Cuando esté indicado, sustituir la grúa de bipedestación por una barra en la pared o la barandilla de la cama. La mayoría de las familias no dispone de grúa en casa.
- Evitar sudaderas o pantalones con elástico en muñecas y tobillos, por su dificultad. Los pantalones, mejor con cintura con goma, sin cremallera o botones. Las sudaderas, mejor abiertas con cremallera en el frente.
- Uso de sujetadores tipo camiseta. Los deportivos a veces tienen un material elástico muy fuerte, ya que están hechos para sujetar el pecho en momentos de mucha actividad física. En el caso de sujetadores normales, colocar el cierre delante (debajo del pecho) y una vez abrochado girarlo para colocarlo a la espalda.
- Como norma general, comenzará a vestirse por el lado afectado y a desvestirse por el lado sano.
- Atención a la seguridad y estabilidad cuando se ponga de pie para subir la parte inferior.
- La colaboración del TCAE dependerá del grado de autonomía, habilidad y tiempo de entrenamiento de la actividad.

3.2. El comedor.

La **disfagia** es un trastorno de la deglución que produce una dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago.

Debemos conocer los signos y síntomas relacionados con la disfagia para detectarlos, informar al médico/a rehabilitador, personal de enfermería, logopeda y tomar las medidas necesarias para evitar posibles complicaciones clínicas como neumonías aspiratorias, deshidratación y desnutrición ([Terré, R. 2020](#)).

Dificultad en la masticación o preparación del bolo, babeo excesivo, atragantamiento o regurgitación, tos y cambios en la voz después de la deglución, sensación de cuerpo extraño en la garganta, deglución dolorosa, si tarda mucho en comer o si hay salida de alimento por la nariz.

Los cuidados asistenciales del TCAE tendrán como principal objetivo colaborar en la rehabilitación de la deglución y trabajar conjuntamente con el equipo técnico, intercambiando información para mantener la seguridad en la deglución.

Pautas y manejo:

- La persona usuaria estará sentada correctamente: los hombros a la misma altura, la espalda recta, los pies bien apoyados en el suelo o en los reposapiés si utiliza silla de ruedas
- Cuando va a deglutir el alimento, la barbilla o mentón ligeramente inclinados hacia el pecho, como si nos mirásemos las rodillas, para preservar la vía aérea



- La persona usuaria no siempre mantendrá esta posición durante toda la comida, por lo tanto, habrá que repetir las indicaciones. Si puede, corregirá la postura ella misma y si no es así, le colocará correctamente el TCAE.
- Masticar bien la comida, manteniendo la boca cerrada.
- Que no ingiera la comida hasta que el bolo no tenga la consistencia adecuada. Que coma despacio.
- Comprobar que no quedan restos de comida en el vestíbulo de la cavidad oral y, si es así, indicárselo.
- Que las cucharadas no estén muy llenas, no introducir otra cucharada hasta que no se haya ingerido la anterior.
- Si la persona usuaria no sigue las pautas correctamente, se debe parar y repetirle las indicaciones tantas veces como sea necesario. Hay que recordar que no siguen las indicaciones porque no las recuerdan, hay impulsividad, limitación de la atención...
- Utilizar espesantes si está indicado. Es muy importante respetar las indicaciones, en cuanto a consistencia, a veces se puede pensar que añadir más espesante del indicado aumenta la seguridad, pero si hacemos esto, no ayudamos a la persona a recuperar o mejorar su capacidad para tragar de manera segura y eficiente. En el Ceadac trabajamos con tres texturas: néctar, espesado similar al zumo de melocotón; miel, espesado similar a la miel o batido de yogur (yogur líquido), y pudding, similar a una crema o puré, se toma con cuchara.
- Dar de comer desde un lado. A veces es recomendable elegir el lado afecto para fomentarlo. Esto sucede cuando la persona usuaria tiene heminegligencia (no presta atención a un lado, lo ignora) en estos casos le ofrecemos los alimentos por ese lado para que lo integre en el espacio.
- Ser conscientes que las distracciones pueden desviar la atención de la persona y estar menos pendiente de las recomendaciones de seguridad.
- Que no hable cuando tenga comida en la boca.
- En la medida de lo posible hay que dejar que coman solos/as.
- Dosificar la cantidad de bebida a sorbos pequeños.
- Respetar los ritmos de la persona.
- Después de las comidas es fundamental la limpieza de encías, dientes y lengua, aunque la persona solo se alimente por sonda.
- Vigilar si tose.
- Evitar verduras de hoja grande que se pueden pegar al paladar (lechuga, espinacas...).
- Evitar alimentos mixtos (tienen una parte sólida y otra líquida, como algunas frutas como la sandía, la naranja), pues al masticarlas sueltan líquido; guisos de legumbres o sopas que tienen caldo, pues la persona tiene que manejar en la boca las dos consistencias, y si no hay un control o habilidad por su parte, es muy fácil atragantarse.

- Evitar alimentos que al masticarlos se dividen en muchos fragmentos, como los frutos secos, que requieren también control y habilidad para manejar tantos trozos dentro de la boca.
- En el Ceadac tenemos dos tipos de dietas para personas con disfagia (González Alted, C. 2017):
 - Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución (evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas; permite formar fácilmente el bolo. Exigencia para masticación: ninguna o ligera/suave).
 - Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución avanzada, (evita alimentos con líquidos, tanto solos como formando parte de dobles texturas. Exigencia para masticación: alta).

➤ **Vídeos:**

[Vídeo ¿Qué es la disfagia?](#)

[Alimentación en disfagia](#)



4

Glosario de términos.



Glosario de términos

ABULIA: Alteración neurológica que se manifiesta con pasividad, falta de interés y de voluntariedad.

ACALCULIA: Pérdida de habilidad para realizar operaciones matemáticas.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Es la interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro (que puede provocar secuelas más o menos graves) a causa de una obstrucción o una hemorragia vascular.

ACINESIA: Ausencia o pérdida de movimiento voluntario.

AFASIA: Trastorno que afecta a la comunicación. Se caracteriza por la dificultad de comprender el lenguaje oral o escrito (ALEXIA) o expresarse por medio de la escritura (AGRAFIA) o del habla.

AGNOSIA: Dificultad para reconocer personas, lugares y objetos, mediante un sentido o varios. Puede ser visual, auditiva, gustativa, olfativa, táctil.

AMNESIA: Pérdida de memoria parcial o total. Puede afectar a la memoria anterógrada que es la dificultad para recordar nuevos datos, retrograda que impide recordar hechos pasados previos a la lesión cerebral o prospectiva que impide recuperar información de acciones a futuro.

ANARTRIA: Incapacidad para hablar.

ANEURISMA: Pequeña protuberancia en un vaso sanguíneo en forma de globo, que se produce a causa de la dilatación de una arteria o vena.

ANOMIA: Dificultad para recordar nombres.

ANOSOGNOSIA: No se es consciente de la enfermedad y se ignoran sus déficits.

ANOXIA: Falta parcial o total de oxígeno en un área o tejido corporal.

APATIA: Falta de motivación y entusiasmo para realizar actividades.

APRAXIA: La pérdida de capacidad para llevar a cabo actos intencionados, aun conservando la habilidad física necesaria para ejecutarlos.

ATAXIA: Incapacidad para coordinar movimientos musculares voluntarios.

ATROFIA MUSCULAR: Disminución y debilitamiento del tamaño del músculo que afecta para realizar diferentes movimientos.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Actividades que hacemos diariamente (AVD). Pueden ser básicas como ducharse, vestirse, comer o instrumentales como gestiones administrativas, cocinar, etc.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: Actividades que hacemos diariamente (ABVD). Se refieren a las tareas esenciales de cuidado personal que incluyen higiene, vestido, alimentación, entre otras, y son fundamentales para la autonomía de las personas con daño cerebral adquirido.



BRONCOASPIRACIÓN: Comida o líquido que pasa de forma involuntaria a las vías respiratorias.

CLONUS: Contracciones musculares rítmicas involuntarias y repetitivas.

COGNICIÓN: Facultad que nos permite procesar y conocer información desde la experiencia y la percepción. Incluye factores como el aprendizaje, el razonamiento, la atención, la memoria, toma de decisiones, procesamiento del lenguaje y resolución de problema.

DIPLOPIA: Visión doble.

DISARTRIA: Dificultad para articular palabras con normalidad por incoordinación o debilidad de los músculos del habla.

DISFAGIA: Dificultad para tragar ya sean alimentos o líquidos.

DISTIMIA: Bajo estado de ánimo sin llegar a depresión severa.

EMBOLIA CEREBRAL: Obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro a causa de un coagulo formado en otro sitio que provoca falta de riego en ciertas áreas de este.

EPILEPSIA: Trastorno cerebral que provoca convulsiones repentinas y repetitivas normalmente durante unos segundos o minutos incluso pérdida de conocimiento.

ESCALA DE GLASGOW: Herramienta para evaluar el nivel de consciencia en pacientes tras un traumatismo craneoencefálico.

ESPASTICIDAD: Aumento del tono muscular(hipertonía) provocando acortamiento y rigidez y que interfiere en el movimiento de los músculos afectados.

FATIGA: Síntoma que aparece tras sufrir un daño cerebral como cansancio o falta de energía que interfiere en las actividades a realizar e influye en el proceso rehabilitador.

FUNCIONES EJECUTIVAS: Actividades mentales complejas implicadas en la planificación, organización, programación, control, regularización y evaluación del comportamiento para conseguir algo que nos hemos propuesto.

HEMIANOPSIA: Falta de visión que afecta a la mitad del campo visual en uno o ambos ojos.

HEMINEGLIGENCIA: Dificultad para atender y controlar el lado opuesto de la lesión a causa de problemas sensoriales y sensitivos haciendo caso omiso de su lado afecto.

HEMIPARESIA: Disminución del movimiento de una extremidad o lado del cuerpo.

HEMIPLEJIA: Lesión neurológica que ocasiona una parálisis total de la mitad del cuerpo imposibilitando su movimiento.

HIPERTONIA: Aumento del tono muscular.

HIPOTONIA: Disminución del tono muscular.

ICTUS: Es la interrupción de sangre que llega al cerebro a causa de una obstrucción (isquémico) o rotura(hemorrágico) de un vaso sanguíneo privando de oxígeno al tejido cerebral, dejándolo con secuelas más o menos graves.



INCONTINENCIA: Incapacidad para controlar esfínteres. Puede ser urinaria, fecal o ambas.

MIOCLONIA: Contracciones involuntarias espasmódicas de uno o varios músculos.

PARAPLEJIA: Parálisis de la parte inferior del cuerpo.

PIE EQUINO: El paciente camina de puntillas sin plantar el talón.

PLASTICIDAD CEREBRAL: Capacidad neuronal para asumir funciones y amoldarse a través del aprendizaje y el entrenamiento.

PROPIOCEPCIÓN: Capacidad del cerebro para percibir la ubicación exacta de las partes de nuestro cuerpo (con o sin movimiento) en cada momento.

PROSOPAGNOSIA: Incapacidad de reconocer caras conocidas.

T.C.E.: Traumatismo craneoencefálico. Es el daño cerebral generalmente causado por un impacto o golpe que puede causar secuelas neurológicas

TETRAPLEJIA: Parálisis de las cuatro extremidades.

TOXINA BOTULINICA: Es una toxina que se utiliza en la rehabilitación con fines terapéuticos en el tratamiento de secuelas después de un daño cerebral





5

Bibliografía.



Bibliografía

Libros, informes en formato electrónico y artículos de revistas:

- **Bilbao Bilbao, A. et al. (2008).** *Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral: Manual para profesionales que trabajan en la rehabilitación de personas con daño cerebral*. Imserso. Documento en red: <https://ceadac.imserso.es/documents/20123/758167/32004mcognitivo.pdf/4a773e2d-11d8-3c84-a381-5a3dcf258b37?t=1651248114585>
- **Fuentes Ortiz, A. (2020).** *Evaluación y protocolo de tratamiento en miembro superior de paciente hemipléjico tras accidente cerebrovascular*. [Universidad de Salamanca]. Documento en red: <https://gredos.usal.es/handle/10366/143712>
- **Fundación Pilares (2022).** *Principios y criterios del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP). Red de buenas prácticas relacionadas con el modelo de atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares. Documento en red: <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf>
- **González Alted, C. et al (2017).** *Guía de nutrición para personas con disfagia*. (2017). Imserso. Documento en red: http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf
- **Lassaletta Atienza, A. (2017).** *El daño cerebral invisible. Alteraciones cognitivas en TCE, ictus y otras lesiones cerebrales* (2a ed.). EOS.
- **Martínez Rabancho, S. et al (2011).** *La importancia del trabajo del auxiliar de enfermería en la rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido*. Ceadac. Documento en red: <https://imserso.es/documents/20123/0/600073trabauxenf.pdf/b5bf5b46-015e-45a9-54b1-c5a7db825a7d>
- **Terré, R. (2020).** *Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos*. *Revista de Neurología*, 70(12), 444-452. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/RN.7012.2019447>

Vídeos:

- Dano Cerebral Galicia. (2021, 29 de Junio). **Transferencia de persona con daño cerebral de la silla al coche**. [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/scm4JshbJMo>
- Asociación Argentina de Disfagia. (2020, 10 de Diciembre). **¿Qué es la disfagia?** [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=YXvSFxpbISY>
- Ceadac. (2015, 4 de Marzo). **Principios Básicos para la Alimentación en disfagia**. [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=G5vOLtXsH3c>



- IRENEA. (2014, 4 de Julio). **Ducha de paciente hemipléjico**. [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=zlhP7Y9u8Vg>
- OsakidetzaEJGV. (2012, 13 de Diciembre). **Traspaso de la silla al retrete**. [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=ln8_tswrnMI
- OsakidetzaEJGV. (2012, 13 de Diciembre). **Transferencias entre la cama y la silla**. [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=MIUhsbl-tms>
- IRENEA. (2013, 7 de Noviembre). **Vestido y desvestido del paciente hemipléjico**. [Vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=V_5t2XTM2RQ





ceadac.imserso.es