

Necesidades terapéuticas en la rehabilitación de personas con daño cerebral sobrevenido

OLGA GARCÍA SÁNCHEZ

Neuropsicóloga. Centro de Daño Cerebral
POLIBEA REHABILITACIÓN

Polibea, que nació como un centro especial de empleo muy vinculado al Centro Dato II (centro de día para personas con discapacidad física), gracias a la cada vez mayor especialización de sus profesionales, puso en marcha hace varios años una unidad de atención al daño cerebral; y en su afán de ofrecer cada vez mejor servicio a las personas con discapacidad, y debido a la patente falta de recursos con la que cuentan las personas con daño cerebral que han superado la

primera fase de su rehabilitación, está inmersa en un proyecto que tiene previsto crear en septiembre de 2006 un *Centro de Rehabilitación para personas con daño cerebral* y, más adelante, en colaboración con el centro LESCER la creación de una Red de recursos socio-sanitaria para la atención de personas con este tipo de daño que incluirá centros de rehabilitación de carácter ambulatorio, centros de evolución y centros de día y ocupacionales, además de estudios y viviendas tuteladas.

Para esta creación de recursos, el equipo multidisciplinar de *Polibea Rehabilitación* (Unidad de rehabilitación ambulatoria) consideró de vital importancia hacer un análisis de las necesidades terapéuticas que demanda este tipo de población, para ello se ha llevado a cabo un proyecto piloto de 12 meses de duración, en el que se ofrecía la rehabilitación adecuada en dos fases (la primera hasta los 12 meses tras la lesión y la segunda hasta 36 meses desde la lesión) a las personas que asisten del centro de día y a los usuarios de la unidad de daño cerebral. El proyecto, cuyos resultados ahora se presentan, ha sido financiado por *Obra Social Caja Madrid*.

EL DAÑO CEREBRAL

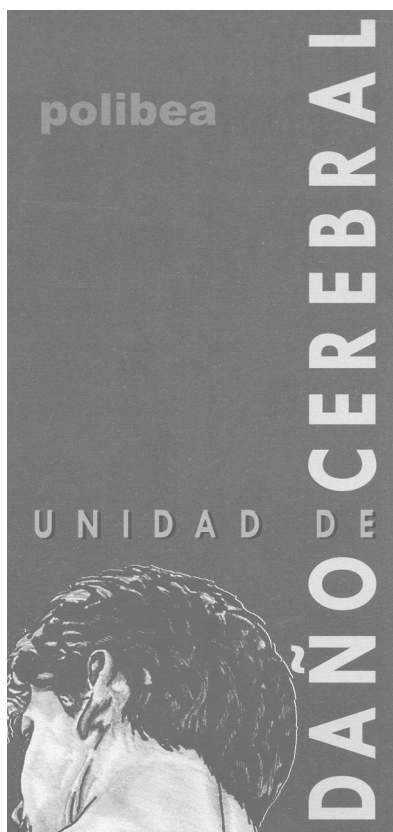
Han sido muchos los estudios llevados a cabo hasta la fecha en el campo de las neurociencias y muchos los avances obtenidos, principalmente orientados a salvaguardar la vida del paciente en las primeras horas tras un daño cerebral sobrevenido; sin embargo, aún son muy pocos los estudios orientados al análisis de las necesidades terapéuticas de una población, como la de afectados por daño cerebral, que cada vez es mayor. Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) siguen siendo la patología cerebral más frecuente. El daño cerebral post-traumático constituye la primera causa de muerte antes de los 35 años. Su elevado índice de mortalidad, las prolongadas hospitalizaciones y las graves secuelas resultantes, hacen que los TCE constituyan uno de los problemas socioeconómicos más importantes del momento actual.

Diversos estudios norteamericanos sitúan la incidencia media de la lesión cerebral entorno a 250 casos por cada 100.000 habitantes. Si extrapolamos esta tasa a la población española nos encontramos con que 100.000 personas al año sufren una lesión cerebral en nuestro país, de los que entre 20.000 y 30.000 son debidas a traumatismos craneoencefálicos derivados de accidentes de tráfico, laborales, caídas, agresiones, en personas que no superan los 30 años de edad. De acuerdo con el Programa HELIOS de la Unión Europea, la incidencia de traumatismos craneoencefálicos supera cada año a otros problemas tan importantes como las lesiones medulares, drogas y nuevos casos de SIDA. Sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado un estudio epidemiológico absolutamente fiable.

De las 18.000 lesiones cerebrales graves que se producen anualmente en España, un tercio corresponden a accidentes de tráfico. Se puede decir, por tanto, que el daño cerebral adquirido es consecuencia, en su mayor parte, de TCE, pudiéndose definir éste como “la epidemia silenciosa de nuestro tiempo”. Este aumento es atribuible al acelerado ritmo de vida de la sociedad moderna y a los avances de la tecnología que aumentan las posibilidades de supervivencia tras el TCE. Esto también trae como consecuencia, en ocasiones, el aumento del número de personas con secuelas severas que requieren ayuda de su familia, de los servicios sociales o que necesitan rehabilitación. El impacto social que supone esto debe ser tenido en

cuenta por una sociedad que destina gran cantidad de medios para salvar a las personas de situaciones límites, pero que no realiza después una rehabilitación integral para paliar éstos déficit.

En definitiva, en el momento actual se evidencia un gran avance en la lucha por salvar vidas, quedando pendiente el trabajo en la prevención de la discapacidad



rehabilitando de forma más intensiva y prolongada los déficits tanto motóricos como cognitivos que presente la persona.

RECURSOS ACTUALES

No hay en España ningún centro de rehabilitación público específico para personas con daño cerebral que supere los 12 meses de intervención y garantice la continuidad rehabilitadora. En la ac-

tualidad, existe en la Comunidad de Madrid el CEADAC, que es un recurso estatal válido pero no suficiente, ya que pasados los 12 meses como máximo (en ocasiones menos) las personas son dadas de alta con secuelas incapacitantes y con potencial por rehabilitar que únicamente acaba cubriendo mínimamente un centro de día (cuando se consigue plaza tras años de lista de espera). Es importante aludir, que en la actualidad nos encontramos con una necesidad social de primer orden que afecta a miles de personas que necesitan una atención socio-sanitaria que cubra todas las fases de la rehabilitación, ya que la rehabilitación sanitaria realizada en los primeros meses tras la lesión no se ve complementada con una rehabilitación para la evolución en los siguientes meses, pasando la persona a una situación de vacío, perdiéndose en la mayoría de los casos en el camino hasta encontrar una plaza de destino en un centro de día (no específico).

Es evidente la carencia de recursos socio-sanitarios para esta población, sin embargo debemos aludir y agradecer los esfuerzos que se han realizado en los últimos años por parte de las asociaciones que iniciaron ya su andadura a finales de los 80. Actualmente, FEDACE (Federación Española de Daño Cerebral) agrupa a 22 asociaciones, que caminan sobre la base de su propia experiencia, llevando a cabo programas de apoyo a las familias afectadas. Es importante trabajar de forma conjunta, con el conocimiento acumulado en cada una de las asociaciones que forman la Federación. Sin perder

de vista la evidente falta de recursos públicos para esta población.

Debemos tener una visión proactiva de la situación y concienciarnos que una rehabilitación intensiva y específica en personas que se encuentran en una etapa subaguda no sólo completaría el proceso rehabilitador que necesita la persona sino que minimizaría los gastos finales de la intervención sobre estas patologías, ya que una rehabilitación continuada, específica, multidisciplinar, y adaptada a cada etapa que atraviesa la persona permitirá prevenir secuelas y minimizará los déficits finales que presente, ganando ésta una mayor autonomía y una mejor reinserción psico-social, bajando por tanto los costes finales que el estado debe afrontar con pensiones o con ayudas sociales.

Es vital la creación de este recurso específico para daño cerebral que cubra las necesidades de las dos fases rehabilitadoras: hasta 12 meses después de la lesión (rehabilitación orientada a restituir funciones- subagudos) y hasta 36 meses (orientada a la compensación del déficit y a la reinserción- postagudos).

En la actualidad no existe ningún recurso en el que se realice esta segunda etapa ya que la persona o vuelve a su casa o entra en un centro de día que no tiene la intervención terapéutica que realmente necesita, de ahí la importancia de crear este recurso para la atención de estas personas. Polibea Rehabilitación tiene como misión en los próximos años demostrar con este recurso la necesidad rehabilitadora y el

potencial de recuperación que presentan estas personas en esta etapa de la rehabilitación.

ABORDAJE ACTUAL AL TCE SEVERO

El esfuerzo principal en esta primera etapa está dirigido a la prevención y tratamiento en la fase aguda (recogida, traslado, neurocirugía, UCI...). De esta manera se salvan muchas vidas, pero posteriormente no se dedica suficiente esfuerzo en su rehabili-

Las secuelas de un TCE son numerosas y complejas. Además de los problemas cognitivos y motóricos aparecen importantes problemas de conducta que incapacitan aún más a la persona que ha sufrido el daño. Los déficits cognitivos más importantes de los TCE son: los problemas atencionales, la disminución de aprendizaje y memoria, la reducción del pensamiento abstracto, la planificación y solución de problemas, las dificultades de



Trabajo cognitivo de compensación de déficits de memoria a través de una agenda y horario visual

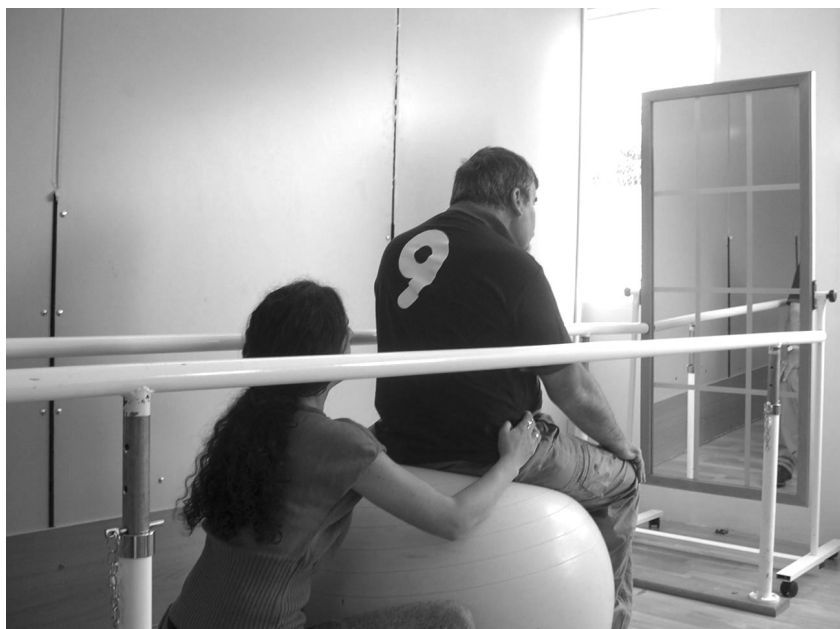
tación. Las personas acaban en recursos polivalentes pero no específicos de daño cerebral, centrados principalmente en las secuelas físicas, con escasa atención a los aspectos sociofamiliares, a los problemas conductuales, logopédicos o neuropsicológicos, que inciden negativamente en la rehabilitación. Además se produce un gran abstencionismo hacia los pacientes poco colaboradores.

comunicación y la falta de conciencia de sus limitaciones.

Polibea Rehabilitación pretende ofertar un recurso inmediatamente posterior a esa primera fase de rehabilitación sanitaria y previa a la concertación de plaza de destino, con la máxima de poder aplicar los objetivos obtenidos en la primera etapa de rehabilitación y proporcionar una secuencia de reestructuración biopsicosocial que aproximará a

la persona con daño cerebral sobrevenido a una mayor normalización personal y de su entorno.

POR QUÉ CONSIDERAMOS NECESARIA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PARA LA EVOLUCIÓN



Trabajando el equilibrio postural

La importancia de un centro de rehabilitación para la evolución dedicado a personas con daño cerebral sobrevenido reside en dar una continuidad óptima al proceso rehabilitador. El potencial de mejora de estas personas una vez abandonado el período hospitalario, así como la rehabilitación inicial en unidades de carácter temporal, no disminuye hasta un tiempo bastante más avanzado que el contemplado actualmente a nivel institucional.

Resulta de vital importancia para alcanzar los mejores resultados en la intervención que

tanto la persona como sus familiares tengan la certeza desde el inicio que la responsabilidad sobre la vida de la misma no tiene un límite determinado por criterios institucionales. La rehabilitación es un proceso cuya finalización oscila de manera considerable dentro de la pobla-

ción con daño cerebral sobrevenido, debido a lo cual no se pueden unificar períodos temporales que desdeñan claramente una fase clave en la recuperación final.

En definitiva, consideramos las unidades de rehabilitación de carácter temporal como lugares en los que, pese a realizar un buen trabajo, se parte de la premisa inicial de que habrá que abandonarlo con la seguridad de no haber terminado el tratamiento. Es imprescindible tomar conciencia de que una rehabilitación multidisciplinar post-aguda minimiza los déficits futuros de la persona.

NECESIDAD DE UNA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Polibea Rehabilitación cuenta con un equipo profesional de primer orden con amplia experiencia en la intervención de personas con daño cerebral sobrevenido y avalado por la experiencia de Polibea, que nace en 1983 como Centro Especial de Empleo, y la Asociación Dato, asociación con 25 años de experiencia en la atención a personas con discapacidad física gravemente afectadas.

Hasta la fecha, en todos los recursos con los que contamos en la actualidad, Centro de Día, Centro Especial de Empleo y estudios-viviendas, se llevan a cabo programas personalizados de reinserción social, ocupacional y laboral, diseñados siempre en función de la persona y de sus necesidades esenciales en todos los ámbitos. La intervención tiene un carácter absolutamente funcional, centrandó la rehabilitación en la discapacidad y no en el déficit.

Dicho equipo multidisciplinar está compuesto por las siguientes disciplinas rehabilitadoras:

- Neuropsicología
- Fisioterapia
- Terapia Ocupacional
- Logopedia
- Psicología Clínica
- Trabajo Social
- Otras disciplinas rehabilitadoras: psicomotricidad y musicoterapia
- Consultorías: neurología, psiquiatría y medicina rehabilitadora
- Expertos en reinserción socio-laboral

Polibea rehabilitación contará con una codirección cognitiva - motórica a cargo de dos profesionales (neuropsicóloga y fisioterapeuta), para poder acompañar de forma integral a la persona en su proceso rehabilitador. Combinando y dando igual importancia a la atención motórica de la persona y a la atención cognitiva y emocional.

estudio fueron los usuarios del Centro de Día Dato II y de la Unidad de Daño Cerebral Polibea Rehabilitación.

A continuación describimos brevemente las necesidades terapéuticas de los pacientes en cada una de las fases, tras poner en marcha los programas rehabilitadores diferenciales. Para ello hemos querido representar gráfi-

lucionado y se han concretado aún más las necesidades terapéuticas de cada fase.

Queda hoy, como principal reto, llevar a la práctica con un mayor número de usuarios este conocimiento hasta convertirlo en programas concretos de rehabilitación, con diferentes objetivos, metodologías e intensidades rehabilitadoras, para poder ponerlo en común con otros profesionales que trabajen con esta población y crear entonces protocolos comunes de paso de pacientes de un estadio de la intervención a otro.

En la actualidad *Polibea* se encuentra creando un protocolo de actuación común avalado por Clasificación Internacional del funcionamiento (CIF), escala de valoración de discapacidades avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y refrendada por distintos estudios realizados en toda Europa. Esta escala permite la creación de un protocolo de intervención desde el primer momento de la rehabilitación hasta la reincorporación de la persona en la sociedad, planteando objetivos centrados en la discapacidad y no sólo en la deficiencia derivada del daño cerebral sobrevenido.

El desarrollo de este proyecto supone la creación de un protocolo de actuación específico para pacientes con daño cerebral sobrevenido. Dicho protocolo está basado en la lesión de la persona y en su situación sociofamiliar quedando determinada la evolución a lo largo del mismo por el aumento de la funcionalidad de la persona y no sólo por parámetros temporales.



NECESIDADES TERAPÉUTICAS

Vista la precariedad de recursos encontrados para esta población en la actualidad y viéndonos inmersos en la creación de un centro de rehabilitación, hemos creído necesario analizar las necesidades terapéuticas de este tipo de población cada vez más creciente. Creímos conveniente analizar las fases por las que pasan estas personas y sus necesidades terapéuticas en función de la etapa de rehabilitación (agudos, subagudos y postagudos). La población para la realización del

camente, mediante un modelo rehabilitador, la intensidad y los objetivos terapéuticos de cada una de las fases. Además, ejemplificaremos con varios cuadros las diferencias terapéuticas entre las fases, para poder diferenciar los objetivos específicos que nos hemos marcado con los pacientes que estaban en un primer estadio de la intervención y los pacientes que estaban en un segundo estadio. En ocasiones hemos llegado a la conclusión de que los objetivos marcados en cada fase eran los adecuados, mientras que en otras han sido variados, han evo-

CONCLUSIONES DE LAS NECESIDADES TERAPÉUTICAS EN LAS DISTINTAS FASES DE LA INTERVENCIÓN

ESTADÍOS	PACIENTE	FAMILIA
I (0-6 meses) Agudos	-Estimulación -Farmacología -Cuidados médicos - Comienzo Rhb integral-intensiva	-Información y apoyo emocional
II (6 - 12 meses) Subagudos	-Rhb integral e intensiva (motórica, cognitiva, conductual y emocional)	-Información -Grupos de apoyo -Participación en programas (con su familiar)
III (12- 36 meses) Subagudos	-Adaptación al déficit -Rhb para la evolución, orientada a la funcionalidad, centrada en compensación, problemas conductuales y emocionales -Rhb intensiva en déficits específicos	-Como en estadio II - Grupos de formación (más específicos, mayor implicación) -Psicoterapia
IV (más de 36 meses) Postagudos-crónicos	- Reinserción psico-social en Centro de Día, Centro Ocupacional, Centro Especial de Empleo, Viviendas tuteladas	- Programas de respiro y apoyo emocional

El Centro de Daño Cerebral Polibea Rehabilitación que abre sus puertas el próximo mes de septiembre cubrirá la atención de 60 usuarios, 30 de la fase II- III y 30 de la fase IV.

Técnicas de intervención (nº de sesiones semanales)	Recuperación I (0- 6 meses)	Recuperación II (6-12 meses)	Recuperación III (12-36 meses)	Recuperación IV (>36 meses)
Fisioterapia	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	○ ○
Logopedia	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○	○ ○
Terapia ocupacional	○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Rehabilitación cognitiva (restitución de funciones)	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○	○ ○
Rehabilitación cognitiva (compensación de funciones)	○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Terapia conductual	○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Trabajo social	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
Psicoterapia	○	○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○

○ - Número de sesiones semanales, obtenidas como media tras el estudio realizado

FISIOTERAPIA	RECUPERACIÓN I Subagudos (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II Postagudos (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	• Corrección de las alteraciones del tono muscular. • Tratamiento de las rigideces articulares. • Adquisición y mejora del equilibrio postural. • Reeducación de la bipedestación y de la marcha. • Mejora de la coordinación y de la flexibilidad.	• Conservar la amplitud articular. • Preservar la longitud y tono muscular adecuados. • Potenciación muscular globalizada y flexibilización de la columna vertebral en prevención de posibles alteraciones. • Aplicación y manejo de órtesis y ayudas técnicas en caso de necesidad. • Optimizar la función cardiovascular, aumentando la tolerancia al esfuerzo. • Mantener o facilitar la autonomía en los desplazamientos. • Potenciar la integración social del usuario adaptada a sus necesidades.

NEUROPSICOLOGÍA	RECUPERACIÓN I Subagudos (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II Postagudos (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	• Recuperación de los procesos atencionales y mnésicos alterados. • Restauración del funcionamiento ejecutivo y la capacidad de solucionar problemas. • Reeducación de las capacidades lingüísticas alteradas. • Recuperación de un nivel de conciencia de las limitaciones adecuado, según la fase. • Recuperación de la situación laboral y social anterior a la lesión (si fuera posible). • Restauración del entorno socio-laboral anterior a la lesión, y restitución del máximo nivel cognitivo. (Vuelta a su antiguo entorno, cuando fuese posible)	• Optimización de las capacidades atencionales y mnésicas preservadas, mejorando su rendimiento y compensando las alteradas. • Compensación del funcionamiento ejecutivo y la capacidad de solucionar problemas generando estrategias alternativas. • Eliminar la necesidad de requisitos cognitivos para hacer posible la realización de actividades con un objetivo funcional. • Sustitución de las capacidades lingüísticas alteradas. • Optimización de las habilidades sociales y de habilidades de comunicación. • Optimización de un nivel de conciencia de las limitaciones adecuado. • Readaptación a una nueva situación socio-laboral. (Generación de un nuevo entorno)

La restitución de funciones se encuentra supeditada siempre a la gravedad y pronóstico de la lesión, y nunca a parámetros temporales, pudiendo en ocasiones comenzar la sustitución y compensación de las mismas si se considera necesario para la evolución de la persona en un estadio inicial.

PSICOTERAPIA	RECUPERACIÓN I (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	Programa neuroconductual • Reducir la desinhibición y la impulsividad. • Disminuir la apatía, así como la falta de motivación. • Reducir la irritabilidad excesiva. • Eliminar las respuestas de marcado carácter agresivo. • Reeducar posibles conductas sociales inapropiadas (desinhibición, introspección inadecuada). • Lograr un adecuado autocontrol. • Proporcionar estrategias de afrontamiento y solución de problemas. • Reeducación de posibles trastornos de ganancia secundaria (somatización, neurosis de renta-simulación). • Reeducar cambios de personalidad producidos por el daño cerebral. • Eliminar o reducir trastornos psiquiátricos postraumáticos (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos del sueño, etc.). Programa de atención a familias y de respiro familiar <i>Se encuentra dividido en tres fases:</i> 1.- Intervención directa a nivel informativo. - Información, orientación y asesoramiento referente a la situación de su familiar. - Asesorar sobre los recursos económicos y asistenciales disponibles. - Orientación jurídica y otros aspectos legales, tutelas o incapacitaciones. 2.- Intervención formativa para familias. - Formación en grupo para familiares directos. - Habilidades sociales y de comunicación. 3.- Asistencia y apoyo familiar. - Respiro familiar. - Interacción familiar Cuyos objetivos son: • Informar y formar acerca del daño cerebral que ha sufrido su familiar para favorecer una mayor comprensión de la situación y de sus consecuencias. • Prestar apoyo emocional para solucionar o al menos paliar los problemas con los que se encuentra la familia. • Dotar de habilidades de afrontamiento y solución de problemas que faciliten el manejo de situaciones cotidianas. • Ayudar a fortalecer las redes sociales próximas a la familia. • Proporcionar un adecuado respiro familiar. • Crear grupos de autoayuda con diferentes familias que asisten al centro.	

TERAPIA OCUPACIONAL	RECUPERACIÓN I (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	• Recuperar la capacidad motora perdida o disminuida para mejorar su funcionalidad. • Estimular las funciones cognitivas del usuario para mejorar sus rutinas diarias. • Valorar la vuelta al puesto de trabajo anterior al accidente, si procede, sugiriendo la adaptación del mismo a las capacidades y necesidades de la persona. • Asesorar sobre los posibles cambios en el domicilio del usuario, adaptándolo a las capacidades y necesidades de la persona. • Reeducar las habilidades y las actitudes necesarias en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria y potenciar, si procede, las habilidades instrumentales.	• Mantener o facilitar las funciones motoras del individuo. • Ofrecer las estrategias necesarias, que mejoren la vida cotidiana del sujeto, para afrontar los problemas cognitivos con los que se enfrenta. • Promover las habilidades prevocacionales. • Desarrollar un programa de acción domiciliaria para informar e implicar a la familia en el proceso terapéutico de la persona. • Mantener las habilidades necesarias para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y potenciar aquéllas que llamamos instrumentales para una mejor integración familiar y social.

PSICOMOTRICIDAD	RECUPERACIÓN I (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	Potenciar las conductas motrices de base: • Mejorar el conocimiento y la conciencia del propio cuerpo para conseguir un correcto control tónico-postural. • Favorecer el establecimiento del equilibrio-desequilibrio, actuando por consiguiente en el tono y afectando esencialmente la propioceptividad. • Mejorar la coordinación y disociación psicomotriz. Estimular las áreas perceptivomotrices: • Proporcionar el máximo de experiencias sensoriomotrices. • Integrar el esquema corporal y construir una imagen corporal ajustada. • Corregir las posibles alteraciones en la estructura espacio-temporal.	• Fomentar un mejor conocimiento del cuerpo (posibilidades y limitaciones) y de la búsqueda de un estar mejor. • Potenciar una mejor armonización de la unidad somatopsíquica y, en consecuencia, una más adecuada utilización del cuerpo-instrumento en el tiempo y en el espacio (economía de energías, aumento de la eficacia). • Mejorar la comunicación consigo mismo y con los otros. • Reajustarse en el espacio y en el tiempo. • Calmar los padecimientos psíquicos que hacen síntoma en el cuerpo (dolores, contracturas, tics, inhibiciones, hipertonías, actitudes corporales inadecuadas). • Desarrollar una representación corporal real, que puedan sentirse en el espacio. Para que puedan articular el cuerpo real con el cuerpo imaginario (sueño, juegos, fantasías, emociones, expresiones afectivas).

LOGOPEDIA	RECUPERACIÓN I (6 - 12 meses)	RECUPERACIÓN II (12 - 36 meses)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	• Estimulación de la emisión vocal y la inteligibilidad del habla. • Estimulación de las habilidades lingüísticas básicas, tratando de aumentar el nivel de las funciones de expresión y comprensión del lenguaje. • Reeducación de tareas de lectura y escritura. • Estimulación de la intención comunicativa y dotación de principios básicos para la comunicación (en el caso de que sea necesario). • Aprendizaje de prerequisites comunicativos (respiración, prosodia, ritmo, coordinación fono articulatoria...) y habilidades de comunicación. • Entrenamiento del proceso de deglución.	• Perfeccionamiento en emisión vocal y articulación. • Favorecer un mayor nivel de comprensión de órdenes lingüísticas complejas, así como la expresión de enunciados más elaborados. • Aumentar la comprensión y expresión semántica, al igual que las relaciones entre significados. • Adquisición y reeducación de las habilidades de comunicación necesarias para usar en los diferentes contextos que rodean al paciente. • Implantación y enseñanza inicial de un SAC (Sistema de comunicación aumentativa / alternativa) apropiado en el caso que se requiera. • Alcanzar un nivel de lectura y escritura fluido y funcional en los casos que se precise manteniendo la estimulación de la primera fase, en caso de que sea necesario. • Establecer un proceso de deglución adecuado y adaptado a las necesidades del paciente, interviniendo en los procesos deglutorios complejos y en su coordinación y dominio. • Control de los procesos de respiración y control diafragmático. • Mantenimiento de las habilidades reeducadas con anterioridad.

TRABAJO SOCIAL	RECUPERACIÓN I (6 - 12 MESES)	RECUPERACIÓN II (12 - 36 MESES)
NECESIDADES TERAPÉUTICAS	• Estudiar la realidad del paciente y de su entorno social y familiar dando respuesta a las necesidades que se diagnostiquen. • Informar sobre las ayudas y recursos asistenciales. • Gestionar aquéllos recursos que más se adecuen a la satisfacción de las necesidades que presentan el paciente y su familia. • Prestar especial atención al impacto del daño cerebral en las familias, ofreciendo información sobre las posibilidades rehabilitadoras y el apoyo necesarios durante todo el proceso. • Colaborar con los Servicios Sociales y de Salud de nuestra comunidad coordinándose con los equipos de trabajo social de otros centros. • Ejercer de tutor de la persona en todo el proceso rehabilitador.	• Gestionar aquéllos recursos o ayudas que compensen las funciones que no sea posible rehabilitar en el paciente. • Atender las demandas del paciente o la familia con el fin de alcanzar el mayor grado de normalización en su vida cotidiana. • Estudiar las necesidades de ocupación, formación, y ocio del paciente o la familia gestionando y organizando los posibles recursos. • Fomentar el encuentro entre familiares de personas afectadas por el daño cerebral a fin de favorecer la ayuda mutua. • Colaborar con los Servicios Sociales de zona, dando a conocer los recursos existentes en la comunidad al paciente y su familia. • Detectar posibles situaciones de conflicto (familiares, institucionales, etc.) con el objetivo de llevar a cabo una intervención preventiva y de resolución de los mismos.

FUTURO INMEDIATO DE POLIBEA REHABILITACIÓN

El Centro de daño cerebral *Polibea Rehabilitación* abrirá sus puertas en septiembre para paliar la deficiente atención que reciben aquellas personas cuya lesión es

recerán las posibilidades rehabilitadoras que mantiene aún la persona. Es imprescindible tomar conciencia de que una rehabilitación post-aguda minimiza los déficits futuros de la persona.

Polibea Rehabilitación plantea como objetivo una terapia

Unidad de Día). Estas dos unidades suponen dos fases de la intervención diferenciales dentro de un proceso de evolución que atraviesa la persona que sufre un daño cerebral, incidiendo en la etapa post - aguda (Unidad de Evolución) ya que esta etapa se encuentra en un marco socio-sanitario y no ha sido atendida hasta ahora.

Polibea Rehabilitación pretende situarse en el futuro inmediato como pieza clave que garantice la continuidad en el tratamiento global y específico de personas con daño cerebral sobrevenido.

Ha sido de vital importancia el estudio financiado por *Obra Social Caja Madrid* para poder poner hoy en marcha este recurso tras estudiar las necesidades terapéuticas que necesitan estas personas en su proceso rehabilitador.

Queremos, por último, mostrar nuestro más sincero agradecimiento a *Obra Social Caja Madrid* por el apoyo financiero para la realización de este programa. La sensibilidad social y la preocupación por el bienestar de los colectivos más desfavorecidos, que desde siempre ha mostrado esta entidad, han hecho posible la puesta en marcha de este proyecto que constituye un reto ambicioso y con gran proyección de futuro.



Imagen de las instalaciones

todavía reciente (meses) y ya no cumplen los criterios para seguir recibiendo asistencia sanitaria inmediata. Son muchos los que tras sufrir un daño cerebral sobrevenido permanecen en un servicio de rehabilitación durante algunos meses y, posteriormente, vuelven a sus casas, perdiendo la rehabilitación realizada, esperando una plaza de destino en un centro de día, para la cual no sólo tardarán tiempo sino que desapa-

post-aguda integral e integradora que incide sobre los déficits cognitivos, motóricos y emocionales que presente el usuario, todo ello enmarcado en un enfoque biopsicosocial, proporcionando un acompañamiento a la persona en sus diferentes etapas evolutivas con carácter rehabilitador.

Polibea Rehabilitación se compone de dos unidades rehabilitadoras que compartirán instalaciones (Unidad de Evolución y