

CONSEJOS: VESTUARIO ADECUADO

INTENTA EVITAR

Acudir al servicio con ropa o calzado que pueda dificultar las actividades (tacones altos, ropa muy ajustada, etc.).

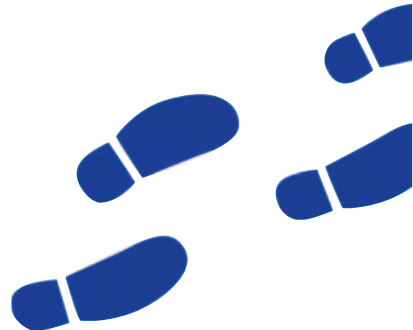


TE ACONSEJAMOS

Acudir al servicio con ropa cómoda y adecuada al tipo de actividades que va a realizar.



PASOS A SEGUIR: **TRANSFERENCIAS**



El principal propósito de las transferencias es desplazarse de un sitio a otro y se emplean para pasar de la cama a la silla de ruedas y viceversa, de silla a silla, al baño, al coche, etc. Existen distintas técnicas para las transferencias, por eso es importante elegir la más adecuada a cada tipo de paciente en función de sus capacidades funcionales, habilidades físicas y cognitivas.

En cualquier caso:

- Debemos asegurarnos de estabilizar y frenar todas las superficies (sillas, sillas de ruedas, camas, etc.)
- Igualar en la medida de lo posible la altura de ambas superficies.
- Evitar traccionar al paciente del lado afecto, especialmente del brazo
- Evitar hacer esfuerzos innecesarios, tratar de coger, sostener y/o levantar al paciente la más cerca posible de nuestro cuerpo. Mantener las piernas flexionadas y la espalda recta para ayudar a levantarlo.

En función del estado motor del paciente existen diversas transferencias:

• **Transferencias con grúa:** se emplean para pacientes con escasa movilidad o bajo nivel de conciencia. Son sencillas y fáciles de realizar por una única persona. La grúas suelen ser de gran tamaño, por lo que en ocasiones requieren de una adaptación de la casa.

• **Transferencias por deslizamiento:** son apropiadas para aquellos pacientes que no pueden ponerse de pie o que son demasiado inestables para realizar una transferencia en bipedestación.

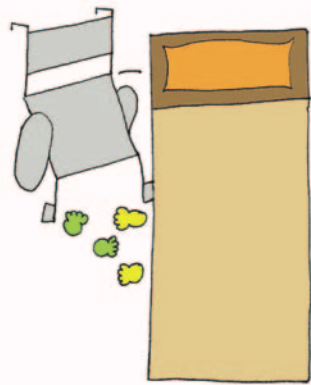
Requieren de la habilidad del paciente para emplear sus brazos y se emplean frecuentemente con personas que tienen amputaciones de los miembros inferiores, con parapléjicos o con tetrapléjicos con una adecuada funcionalidad de los miembros superiores.

Para realizarlas es necesario el uso de una cama regulable en altura, para que la superficie hacia la que pasamos se encuentre más baja, creando así un pequeño desnivel que favorece el deslizamiento y una tabla de transferencias.

• **Transferencias sobre un eje de giro:** son las transferencias típicas que emplean los pacientes hemiplejicos, en las que la pierna sana actúa como eje de giro.

TRANSFERENCIA SOBRE UN EJE DE GIRO

1.- Quitar los reposapiés, colocamos la silla de ruedas próxima la cama, en un ángulo de aproximadamente 60° (cuando sea posible) de modo que el lado sano del paciente sea el más próximo a la cama y frenamos la silla.



2.- Explicamos al paciente la maniobra que vamos a realizar y nos aseguramos de que ha entendido lo que vamos a hacer. Colocamos los pies del paciente (siempre con calzado para evitar que el pie resbale), ligeramente separados, más o menos la anchura de las caderas.



3.- Nos colocamos frente al paciente, ligeramente oblicuos en una posición cómoda que nos permita girar con él. Situamos su pierna afectada entre nuestras piernas para estabilizarla y nuestras manos se sitúan en su espalda a la altura de las escápulas.



4.- Llevamos el tronco del paciente hacia delante y a partir de esta posición ayudamos al paciente a levantarse a través de una extensión de nuestras caderas y rodillas (nunca de nuestra espalda).



5.- Una vez el paciente se encuentra estable de pie, comenzamos a girar despacio a la camilla, dando un pequeño paso con su pierna sana y después nosotras ayudamos a la afectada. Repetiremos este movimiento hasta haber girado lo suficiente.



6.- Cuando la parte posterior de las rodillas del paciente tocan la camilla, el paciente flexiona el tronco hacia delante para sentarse al mismo tiempo que nosotros flexionamos nuestras rodillas y caderas para ayudar a bajar al paciente. Una vez ahí nos aseguramos de que el paciente está estable antes de dejarlo.

Para pasar de nuevo a la silla el procedimiento es a la inversa, nos aseguraremos de bajar la cama lo suficiente para que el paciente pueda tocar con los pies en el suelo antes de comenzar la maniobra y colocaremos la silla en su lado sano.

9 terapia ocupacional

Presentación del profesional:

- El Terapeuta Ocupacional

Grupos:

- Grandes dependientes
- Dependientes en ABVD
- Dependientes en AIVD

Recuerda:

- Adaptación del entorno

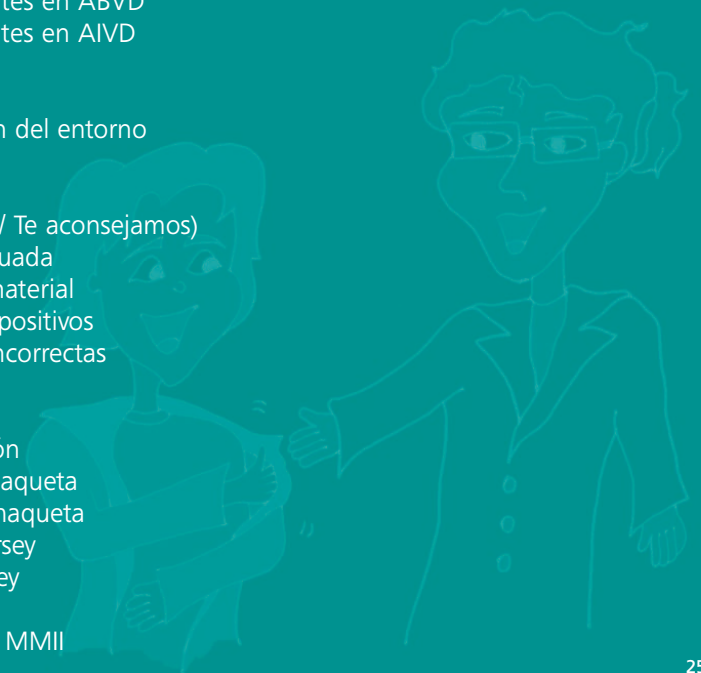
Consejos:

(Intenta evitar / Te aconsejamos)

- Ropa adecuada
- Lado del material
- Refuerzos positivos
- Prácticas incorrectas

Pasos a seguir:

- Introducción
- Ponerse chaqueta
- Quitarse chaqueta
- Ponerse jersey
- Quitar jersey
- Zapatillas
- Vestido de MMII



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TERAPEUTA OCUPACIONAL



La "terapia ocupacional" es una disciplina de rehabilitación y readaptación que se encarga de:

- Rehabilitar mediante el trabajo o con una actividad que conduce a un fin.
- Readaptar al paciente a su nueva situación mediante el aprendizaje de nuevas formas de realizar diferentes tareas (vestirse, asearse, etc.).
- Acondicionar el entorno técnico y arquitectónico de la persona para una mejor recuperación. Si tenemos un espacio favorable a la persona, la recuperación será más positiva.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE LA TERAPIA OCUPACIONAL?

- Mejorar, mantener, compensar y prevenir las capacidades cognitivas, físicas, sociales, emocionales y funcionales de las personas que padecen una disfunción, ya sea de tipo transitorio, permanente y/o degenerativo.
- Asesorar en el proceso de conseguir la mejora de la autonomía personal de los pacientes.
- Ofrecer información y orientación a los pacientes, cuidadores y/o familiares, sobre la repercusión funcional derivada de la patología.
- Proporcionar información sobre ayudas técnicas y adaptaciones para el desempeño de las Actividades Básicas (tareas para el cuidado de uno mismo tales como el vestido, higiene personal, movilidad funcional), e Instrumentales (tareas de casa, manejo del dinero, etc.), y la adaptación de la vivienda.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

- Educando y entrenando nuevas habilidades funcionales para lograr el mayor grado de autonomía posible.
- Preparando al paciente para utilizar el material que le facilitará su autonomía.

- Valorando de manera individualizada el propio medio, para poder adaptar el entorno y utilizar las ayudas técnicas y adaptaciones que sean necesarias.
- Realizando un cambio de dominancia (entrenando el uso de la mano izquierda en los pacientes zurdos y viceversa), si lo requiere, con el fin de compensar y mejorar sus habilidades diarias.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TERAPEUTA OCUPACIONAL?

La actuación del terapeuta ocupacional puede darse durante:

- Fase subaguda: cuando el paciente se encuentra estabilizado clínicamente y se inicia el proceso de rehabilitación de las funciones alteradas. En esta fase será necesaria la máxima colaboración del paciente.
- Fase crónica o de secuelas: para mantener las capacidades funcionales adquiridas o preservadas.



GRUPOS: GRANDES DEPENDIENTES



Se considera "grandes dependientes" a aquellas personas que debido a la pérdida total de capacidad física (hemiplejías, paraplejías, etc), psíquica (estado vegetativo, respuestas mínimas, amnesia postraumática y deterioro cognitivo severo) y/o intelectual, sufren un gran impacto sobre su estado funcional cotidiano, requiriendo una asistencia completa para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

La función de la terapeuta ocupacional en los grandes dependientes no es un trabajo directo con el paciente sino con el cuidador, proporcionando información sobre:

- Los distintos tipos de ayudas técnicas y su manejo (dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad) como ejemplo: silla de ducha postural, grúa domiciliaria, cama articulada, etc.
- La adaptación del entorno (modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD) como por ejemplo: ducha con sumidero, ensanchamiento de puertas, etc. con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente.

GRUPOS: DEPENDIENTES EN ABVD



Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias, sin las cuales la persona no puede mantener una vida digna. Entre ellas se encuentran: alimentación, aseo personal, baño, vestido, control de esfínteres y movilidad funcional.

Se considera "Dependientes en ABVD" a aquellas personas que tras sufrir las secuelas del daño cerebral poseen un potencial rehabilitable de las capacidades físicas (hemiplejías) y cognitivas (memoria, atención, resolución de problemas, etc.).

El objetivo de la Terapia Ocupacional en este tipo de pacientes es minimizar, en la medida de lo posible, los procesos de dependencia. Para ello el Terapeuta ocupacional se encarga de:

- Capacitar a la persona mediante el entrenamiento de nuevas habilidades funcionales y el desarrollo de estrategias compensatorias con la utilización de ayudas técnicas (herramientas empleadas por quién de un modo u otro no se desenvuelven con la capacidad física o sensorial normal) como por ejemplo: cuchillo-tenedor, tabla de baño, barras, etc.
- Valorar y asesorar la adaptación del entorno (modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD) como por ejemplo: modificación de puertas, baño, etc. Con la finalidad de promover el más alto nivel de independencia.

GRUPOS: **DEPENDIENTES EN AIVD**



Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son aquellas actividades que tienen un carácter más complejo y requieren una mayor destreza en los componentes de ejecución, tanto a nivel físico, como cognitivo. El grado de dependencia en la ejecución de estas actividades, indica la capacidad que tiene la persona para llevar una vida independiente en la comunidad.

Se consideran "Dependientes en AIVD" a aquellas personas que tras sufrir las secuelas del daño cerebral presentan déficit a nivel físico (hemiplejía, tetraparesia, etc.) o cognitivo (memoria, atención, planificación, etc.). La afectación cognitiva es más relevante, ya que los déficits físicos pueden ser compensados con el uso de ayudas técnicas (utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir o compensar movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad), como por ejemplo; tabla de cocina adaptada, enhebrador de agujas, tijeras con auto apertura, etc.

La función del terapeuta ocupacional en los sujetos dependientes en AIVD es:

- Capacitar a la persona mediante nuevas estrategias para que pueda llevar a cabo las actividades significativas dentro de su rol personal.
- Valorar y asesorar sobre la adaptación del entorno (cocina adaptada, grifos monomando, tendedero de baja altura, paneles orientativos, etc.)
- Proporcionar información sobre la adquisición y utilización de ayudas técnicas.



RECUERDA QUE: ADAPTACIÓN DEL ENTORNO

“La adaptación del entorno es aquella modificación ambiental que facilita el desempeño de las Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria (ABVD)”.

Tras sufrir daño cerebral es común que necesitemos adaptar nuestra casa y nuestro entorno a las necesidades y capacidades de nuestro familiar, por eso os presentamos una serie de ideas básicas.

ACCESO A LA VIVIENDA: DISPOSITIVOS SALVAESCALERAS

Existen diversos tipos de dispositivos salva-escaleras. Se pueden agrupar en: plataformas elevadoras, silla salva escaleras, orugas monta-escaleras y rampas.

La elección va a depender de las características de:

1. La escalera:

- Si pertenece a una comunidad de vecinos o está dentro de su propia casa.
- El ancho de la escalera.
- La altura y distancia a salvar.
- El número de giros a realizar.

2. El usuario:

- Tipo de silla de ruedas que utiliza (tamaño y peso) y si es compatible con el dispositivo a utilizar.
- Su dependencia respecto a la silla (es capaz de pasar de una silla a otra o no).
- Necesidad y disponibilidad de una tercera persona.

A. PLATAFORMAS ELEVADORAS

Se dividen según su trayectoria en plataformas de desplazamiento inclinado o vertical.

· Plataforma con desplazamiento inclinado:

Compuestas por un raíl que se fija a la pared o al suelo, y una peana que se desliza por encima de las escaleras. Pueden salvar tramos de escaleras rectos o curvos. Superan una inclinación de entre 15 y 45° y soportan un peso máximo de 250 Kg.

Su tamaño varía entre los 60 cm. de ancho x 80 cm. de profundidad y los 140 cm. de ancho x 100 cm. de profundidad. La peana una vez desplegada ocupa entre 25-40 cm. del descansillo de la escalera.

Está dirigida a usuarios de sillas de ruedas que, para acceder a su domicilio, tenga que salvar un tramo corto de escaleras. Su mayor ventaja es que el propio usuario en su silla de ruedas puede accionar la plataforma sin necesidad de una tercera persona. En cambio, precisan mayor espacio que las sillas salva escaleras.

· Plataforma con desplazamiento vertical:

En este caso la peana no es plegable y puede deslizarse por unos raíles fijados verticalmente en la pared o, por un soporte vertical. Se asemejan a un ascensor de pequeñas dimensiones. La altura recomendable a salvar es de 3 a 4 metros, la profundidad de foso es de sólo 12 cm.

Se coloca cuando hay que superar desniveles superiores a 1 metro, cuando el hueco de la escalera es pequeño y para la fachada exterior de una casa unifamiliar de varias plantas.

B. SILLAS SALVA ESCALERAS

Se utiliza para tramos rectos, curvos y cambios de inclinación. La silla se desliza por un raíl. El asiento puede ser plegable y giratorio. Ascende una pendiente de unos 55° y un soporta un peso máximo de 136 Kg.

Está indicado para personas con problemas para subir y bajar escaleras, pero deben de tener un control de motor suficiente, como para mantenerse sentados en la silla y han de ser capaces de realizar o colaborar en la transferencia. Se aconseja su uso en domicilios de varias plantas cuando el usuario no necesite la ayuda de una tercera persona para las transferencias.

C. ORUGAS MONTA ESCALERAS

Aparato accionado por una batería eléctrica recargable que permite a un usuario en su silla de ruedas subir y bajar varios tramos de escaleras.

La mayoría solo pueden seguir una trayectoria rectilínea, pudiendo girar

en el rellano de la escalera que debe medir cerca de 1 metro. Debe ser accionado por el acompañante con cierto grado de esfuerzo físico. Su peso ronda los 50-70 Kg. y sus dimensiones son 50 x 100 cm. aproximadamente y no suelen ser plegables. Elevan un peso máximo de 130-160 kg. y superan peldaños de unos 25 cm. Hay orugas que incorporan su propia silla que pueden ser extraíbles.

Está indicado para usuarios de silla de ruedas o personas con serias dificultades para subir y bajar escaleras, con domicilios situados por encima del primer o segundo piso.

Otro tipo de oruga con otras prestaciones similares, es la silla salva escaleras motorizada, que puede ser accionada por el propio usuario sin la necesidad de asistente. En cambio, obliga al usuario a hacer la transferencia de su silla a la oruga.

D. RAMPAS

· Rampas fijas:

Las pendientes máximas según la proyección horizontal del plano inclinado y dimensiones mínimas de la rampa son las siguientes:

- Mayor de 6m y menor igual que 9m pendiente máxima de 6%.
- Mayor de 3m y menor igual de 6m pendiente máxima de 8%.
- Menor igual de 3m pendiente máxima de 10%.
- Cruces ocasionales 1,20 de ancho.
- Cruces habituales 1,50 de ancho.
- Cruces continuos 1,80 de ancho.
- Mesetas 1,50 m.

· Rampas móviles o temporales:

Son rampas que permiten salvar una barrera arquitectónica a un usuario en silla de ruedas. Pueden ser de dos raíles o de una sola pieza. La rampa ha de ser sólida y de superficie antideslizante. Existen varios modelos y medidas de rampas:

· Sistemas de mini- rampas modulares: Son rampas muy pequeñas de varias alturas y anchura que, dispuestas en módulos, permiten pasar un escalón. Su uso más frecuente es en interiores y para salvar pequeñas alturas (plato de ducha). Son ligeras y portátiles.

· Cuñas para peldaños y umbrales.

· Rampas puente: Doble rampa que forma un triángulo que se utiliza para hacer de puente y superar obstáculos (marco de una ventana, desnivel de

alguna habitación, etc.). Son de uso doméstico.

· Rampas de corta longitud: Miden de 90 cm. a 1,5 m, permiten salvar varios escalones y el peso que soportan es de 225 Kg.

· Rampas telescópicas: Suelen ser de aluminio y muy ligeras, permiten variar su longitud para adaptarse a diferentes niveles. Facilitan la labor del usuario de la silla de ruedas o del acompañante, ya que cuanto más larga sea la rampa, menor será la pendiente a superar.

· Sistemas de rampas modulares: Son rampas de mayor tamaño con posibilidad de unión para formar un recorrido serpenteante ascendente. Suelen tener barandillas a los lados. Son útiles para acceder a alturas superiores al metro. Están dirigidas para usuarios de silla de ruedas que con frecuencia deban superar un mismo escalón de no mucha altura.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA CASA:

PUERTAS Y PASILLO

· Cuando hayamos de utilizar sillas de ruedas tendremos que modificar el ancho de paso de las puertas interiores de nuestro domicilio. En primer lugar debemos preguntarnos si todas las puertas son necesarias. A veces puede resolverse el paso entre habitaciones con arcos o simplemente con marcos que dejen el paso diáfano sin ninguna puerta. También tendremos que asegurarnos que ningún mueble impida abrir completamente la puerta (hasta la pared).

· La anchura de las puertas será como mínimo de 80cm, si bien excepcionalmente se pueden permitir de hasta 70cm si estas se abren a más de 90°. Si la puertas son estrechas, se puede ampliar unos cuantos centímetros cambiando las bisagras por unas de tipo retroactivo que hacen que las puertas salgan del marco y se apoyen de plano en la pared. Una de las soluciones más prácticas y cómodas, si se dispone de espacio, son las puertas correderas, fáciles de manejar para una persona en silla de ruedas.

· Es preferible que sean abatibles hacia el exterior con un ángulo de apertura no inferior a 90°. En caso de abrir hacia el interior, el espacio de barrido de la puerta se considera espacio ocupado y por lo tanto no podrá invadir el espacio libre necesario para efectuar la maniobra de giro de la silla de ruedas.

- Para la apertura y cierre de las puertas, existen diversas adaptaciones, como abridores y tiradores ergonómicos, dispositivos para los picaportes y pomos, topes para mantener las puertas abiertas, mecanismos para evitar pillarse las manos y adaptaciones para las llaves.

- Es recomendable colocar en la parte inferior de la puerta un zócalo de protección a una altura entre 30 y 40 cm.

- En caso de que haya pestillos interiores, éstos deben permitir la apertura desde el exterior mediante un sistema antibloqueo; el picaporte se situará a una altura aproximada de 1m.

ENCHUFES E INTERRUPTORES

- La altura de los enchufes será como máximo a 40cm del suelo y los interruptores es aconsejable instalarlos a unos 140cm del suelo.

- Los pasillos de la vivienda deberán tener un mínimo de 120cm de anchura.

SUELOS

- Algunos de los factores que pueden provocar caídas dentro de casa son: suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, con baldosas sueltas. Por eso debemos evitar:

- Alfombras sin fijar, con puntas levantadas, con arrugas.

- Cables y otros elementos sueltos por el suelo.

- Es aconsejable que el suelo de la vivienda no sea de moqueta ni alfombras, porque eso dificulta los giros con la silla de ruedas.

DORMITORIO:

- Siempre que sea posible colocaremos una cama regulable en altura para facilitar las transferencias a la silla de ruedas. Generalmente, la altura del asiento de la silla está a 50cm.

- Es recomendable acoplarse a la cama un trapecio o triángulo, que permite a la persona cambios posturales y la movilidad en cama, en pacientes cuyos miembros superiores sean funcionales.

- Entre la cama y la pared es conveniente que exista un espacio de por lo menos 80cm (óptimo 100cm) para realizar las transferencias. A los pies de la cama debe disponerse de espacio para efectuar un giro con la silla (diámetro 150cm).

- Los armarios serán preferiblemente de puertas correderas o de doble hoja. La barra de la percha se situara a una altura de 140 cm. Pueden aprovecharse las mismas puertas para colocar barras para colgar prendas y hacerlas más accesibles.

BAÑO:

El baño es uno de los lugares de la casa donde ocurren más accidentes. Esto se debe a varios motivos:

- La higiene implica una gran variedad de movimientos y desplazamientos.
- El espacio con frecuencia es reducido.
- Se utilizan productos deslizantes como el agua y el jabón.

Para hacer del baño un lugar seguro y cómodo se recomienda:

- Instalar sistemas de apoyo (barras) firmes y antideslizantes (de plástico mejor que de metal).

- La temperatura del agua debería estar controlada por termostato, ya que en la ausencia de sensibilidad térmica y dolorosa en algunos pacientes hace que sea una fuente de posibles quemaduras.

- Los grifos serán preferiblemente monomando alargado para facilitar la regulación de caudal de agua.

- El suelo será antideslizante y, en el caso de colocar un desagüe o sumidero en el suelo, deberá estar impermeabilizado con tela asfáltica.

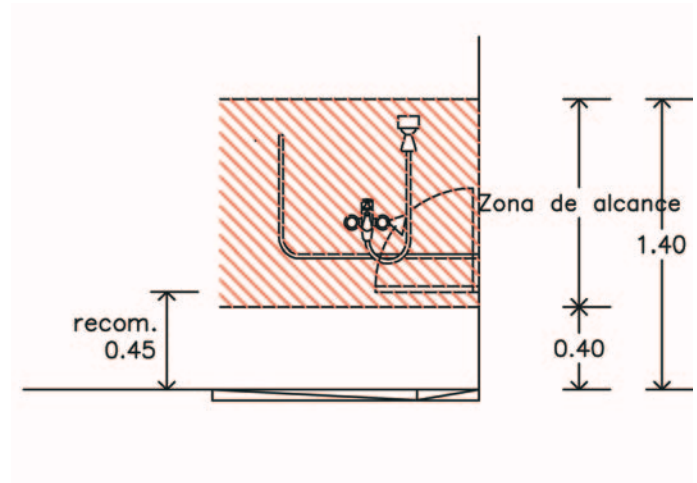
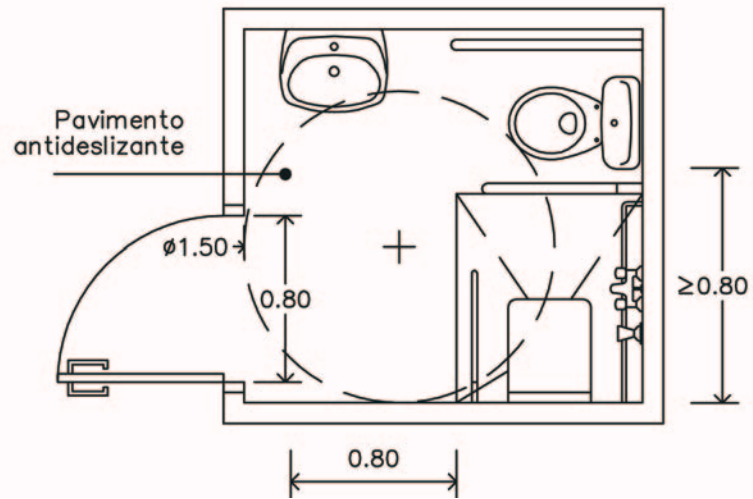
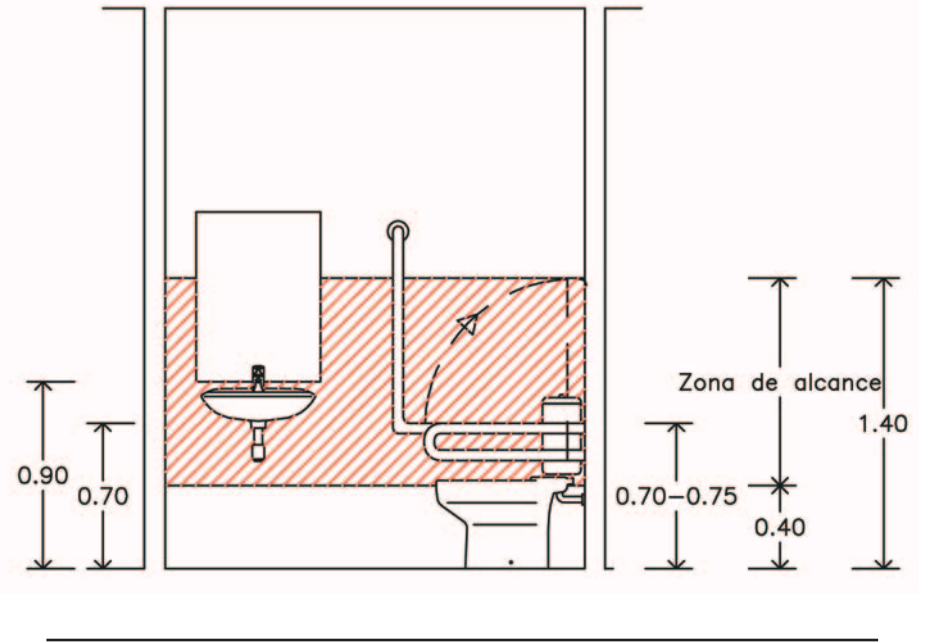
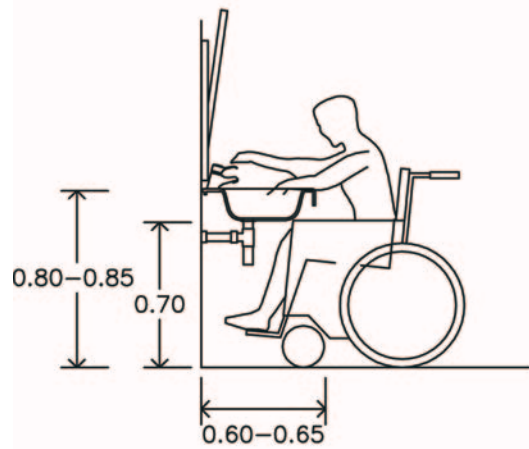
- Se recomienda que la persona que utiliza la silla de ruedas pueda acercarse frontalmente al lavamanos y de lado al inodoro. Los lavamanos no deberán tener pedestal, y el nivel superior estará a 0,80-0,85m del suelo.

- El espacio libre inferior será de 0,67-0,70m.

- en el inodoro para facilitar la transferencia desde la silla, lo idóneo es que la tapa del WC quede a unos 45cm del suelo.

- Los espejos se instalarán a una altura cuyo borde inferior esté como máximo a 0,90m. Todos los accesorios (estantes para vasos, cepillos de dientes, etc.) se colocarán a una altura que no exceda de 1,40m y que tampoco sea inferior a 0,35m.

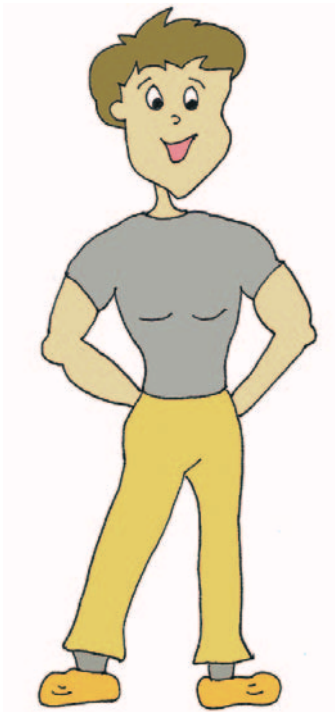
- Es conveniente poner una alarma cerca de la ducha o WC para poder pedir ayuda en caso de caída accidental durante la transferencia.



CONSEJOS: ROPA ADECUADA

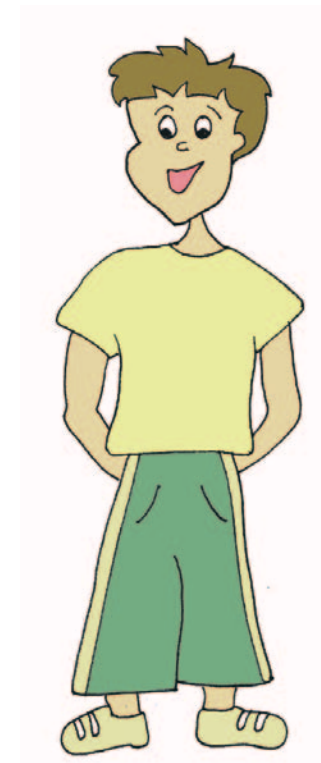
INTENTA EVITAR

Llevar ropas de vestir ajustadas y pesadas que puedan dificultar el vestido y desvestido.



TE ACONSEJAMOS

Llevar prendas de vestir anchas y livianas.



CONSEJOS: LADO DEL MATERIAL

INTENTA EVITAR

Situar el material de trabajo en el lado sano.



TE ACONSEJAMOS

Situar el material de trabajo en el lado afecto.



CONSEJOS: REFUERZOS POSITIVOS

INTENTA EVITAR

Regañar o gritar cuando hagan un ejercicio mal.



TE ACONSEJAMOS

Hacer uso de refuerzos positivos, animando a la persona en su proceso hacia la independencia.



CONSEJOS: PRÁCTICAS INCORRECTAS

INTENTA EVITAR

Realizar actividades que todavía no se han entrenado o para las que todavía no se está preparado.



TE ACONSEJAMOS

Entrenar con el cuidador aquello que se ha aprendido con el terapeuta.



PASOS A SEGUIR:

INTRODUCCIÓN

El paciente con hemiplejia, al que no poder usar una mano, ha anulado ciertas actividades, como vestirse, desvestirse, calzarse, realizar higiene, etc. El "¡no puedo!" está a la orden del día, y lo malo no es que el enfermo lo crea sino que su familia refuerce constantemente esta creencia.

Siempre que se enseñe a un hemipléjico a realizar una actividad de la vida diaria que no era capaz de llevar a cabo, primero habrá que proporcionarle las capacidades para hacerla y luego, cuando haya aprendido y practicado suficientemente la actividad con la T.O, deberá hacerla delante de la familia para que unos y otros sepan que sí es capaz y sí puede hacerla.

Motivar al paciente para la independencia y obligarle a practicar en la habitación lo que ha aprendido son tareas de la familia. Para los familiares es realmente difícil quedarse sin hacer nada mientras observan como titubea. Es preciso indicarles que es mejor no intervenir mientras la persona realiza la actividad para que el aprenda a resolver sus dificultades.

Nunca hay que pedir al paciente que realice algo en lo que no ha sido entrenado, pues a la larga ello podría potenciar actitudes que le conducirían a aumentar exageradamente el tono y podrían agravar el cuadro de espasticidad que presenta.

A continuación presentamos una serie de pasos a seguir para el vestido y desvestido.



PONERSE LA CHAQUETA:

Para facilitar el aprendizaje, hay que empezar a practicar con una prenda ancha, que pueda deslizarse fácilmente.

1) Buscar la sisa e introducir la mano afectada en la manga.



4) Echar toda la prenda hacia atrás.



2) Subir la manga totalmente hasta el hombro.



5) Llevar la chaqueta sobre el hombro contrario con la mano.



3) Sujetar con la boca el cuello de la chaqueta.



6) Introducir el brazo en la otra manga y terminar de colocar la prenda.



QUITARSE LA CHAQUETA:

1) Retirar la chaqueta del hombro afectado.



4) Dejar caer la chaqueta hacia atrás.



2) Sacar el hombro sano.



5) Sacar la manga del lado contrario.



3) A continuación sacar el codo del mismo lado.



PONERSE EL JERSEY O CAMISETA:

1) Buscar la sisa y meter la mano afectada en la manga.



4) Buscar el cuello.



2) Subir bien el jersey hasta el hombro y la sisa.



5) Pasar la cabeza por la apertura del cuello.



3) Colocar la otra manga.



6) Colocar bien alrededor del cuerpo.



QUITARSE EL JERSEY O CAMISETA:

1) Subir el cuerpo de la camiseta o jersey con la mano sana hasta colocarlo debajo de la axila.



4) Bajar el jersey del lado afectado hasta el codo.



2) Coger el cuello por la parte de atrás.



5) Coger el puño del lado sano por la boca y tirar hasta que se esconda la mano.



3) Sacar la camiseta por la cabeza hasta que esta salga completamente.



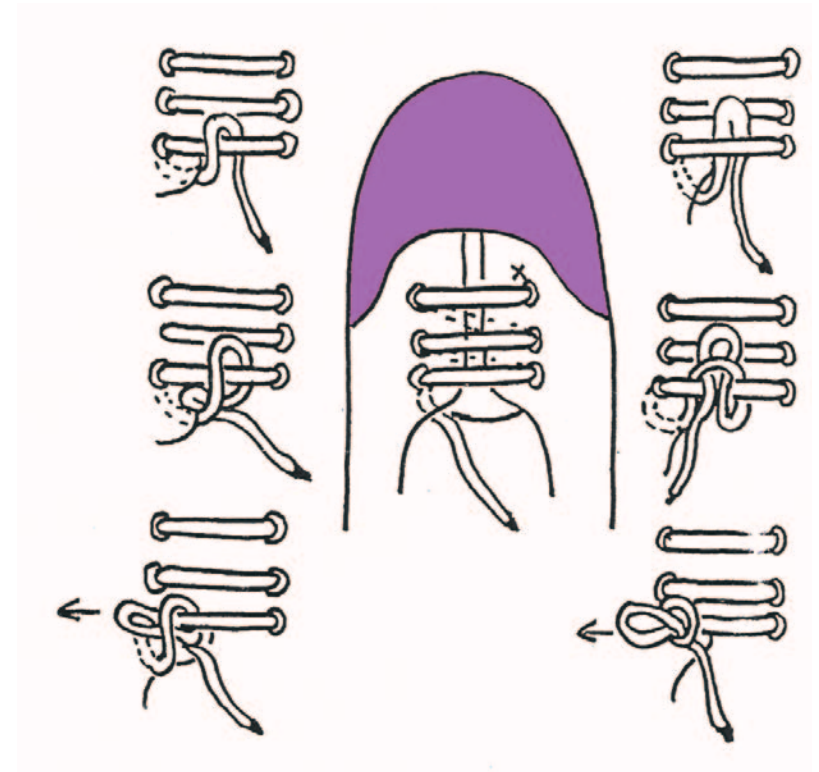
6) Sujetar el puño entre las piernas y sacar totalmente el brazo sano. A continuación, sacar el brazo afectado cuidando de no flexionarlo y llevarlo hacia atrás.



ATARSE LOS ZAPATOS:

Se precisa un cordón que no sea resbaladizo. En el agujero más cercano a la punta se hace un nudo que debe quedar en la parte externa. Se darán pasadas horizontales hasta el agujero más próximo a la pierna, y el resto del cordón deberá salir por el interior del zapato.

Una vez introducido el cordón, para atarlo hay que seguir los pasos indicados en los dibujos:



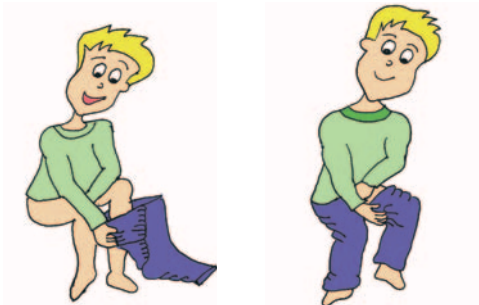
VESTIDO DE LA PARTE INFERIOR:

Siempre el paciente pueda pasar de la posición de estar sentado a Ponerse de pie de forma estable y sin ayuda

1) Cruzamos una pierna sobre la otra. Coger la cintura del pantalón y meter el pie afectado.



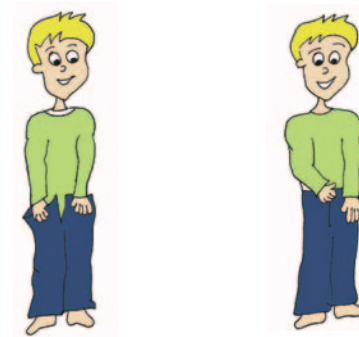
2) Meter bien la otra pierna y subir los pantalones hasta los muslos.



3) Encajarlos en las nalgas tan arriba como sea posible.



4) Ponerse de pie agarrando los pantalones y finalmente abrocharlos.



10 ortopedia

Presentación del profesional:

· El Ortopeda

Recuerda:

· Silla de ruedas

· Ayudas Técnicas ABVD-AIVD

· Ayudas Técnicas-Ortesis



PRESENTACION DEL PROFESIONAL: EL TÉCNICO ORTOPEDA



La "ortopedia" es la parte de la Medicina que estudia las deformaciones del cuerpo humano y su corrección por medios fisioterapéuticos, quirúrgicos o protésicos.

¿QUÉ ES UN ORTOPEDA?

Un ortopeda es un profesional de la salud que se encarga de:

- Hacer y ajustar aparatos ortopédicos y férulas (ortesis) para los pacientes que necesitan un sostén adicional para partes del cuerpo debilitadas a causa de una lesión, una enfermedad o trastornos de los nervios, los músculos o los huesos.
- Suministrar ayudas técnicas para la movilidad y la adaptación del entorno, como son andadores, muletas, sillas de ruedas, grúas, etc.

¿CÓMO TRABAJA EL ORTOPEDA?

El ortopeda trabaja en estrecha colaboración con el equipo de rehabilitación (médico rehabilitador, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta) y desempeña sus funciones:

- Adaptando los aparatos ortopédicos prefabricados a las necesidades propias de cada paciente (tipo de lesión, talla, medidas, etc.)
- Creando aparatos ortopédicos diseñados a la medida de las características del paciente.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL ORTOPEDA?

El ortopeda interviene durante todo el proceso rehabilitador realizando visitas periódicas al Servicio. Se adapta a las necesidades de cada paciente siguiendo los criterios del equipo rehabilitador.





RECUERDA QUE: SILLAS DE RUEDAS

“Existen una gran variedad de modelos de sillas de ruedas así como de accesorios para las mismas. Le ayudaremos a elegir la silla que más se acople a las necesidades del paciente”.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ELEGIR LA SILLA DE RUEDAS ADECUADA.

- Adecuación al usuario: debe ir adaptada a las dimensiones, peso y grado de discapacidad del usuario. Si el uso de la silla es permanente conviene que disponga de cojín anti-escaras.
 - Dimensiones de la silla: existen varias tallas para cada modelo y algunas son regulables en altura, anchura y profundidad.
 - Dimensiones y características del entorno: se debe tener en cuenta cuales van a ser los lugares habituales de uso, la habitación, el baño, el coche o la vivienda. Hay sillas para exteriores, interiores o mixtas. Para pasar por las puertas deben quedar 5 cm. a cada lado de la silla, como mínimo.
 - Actividades diarias a realizar: se ha de valorar si el paciente es capaz de autopropulsarse, si se van a recorrer distancias largas, si realiza transferencias frecuentes y cómo las realiza.
 - Facilidad de plegado y de transporte: debe plegarse o desmontarse con facilidad. Las más sencillas son las de chasis plegable y las de ruedas de liberación rápida. El tamaño de plegado varía entre los 26 cm. de las sillas manuales y los 60 cm. de las sillas eléctricas.
- Es importante tener en cuenta el peso total de la silla, a menor peso mayor facilidad de transporte. El peso oscila entre los 15 Kg. de las sillas manuales y los 60 Kg. de las eléctricas.
- Seguridad: debe ser estable ante el vuelco y debe soportar el peso del usuario. Las sillas de ruedas eléctricas incorporan un control adecuado de velocidad y frenado.

A continuación os presentamos una pequeña clasificación de los distintos tipos de sillas de ruedas y los posibles complementos:

SILLAS DE RUEDAS MANUALES

Las sillas de ruedas manuales son aquellas que no poseen ningún mecanismo eléctrico. Podemos distinguir dos tipos de sillas manuales: las autopropulsables y las no autopropulsables.



SILLA DE RUEDAS AUTOPROPULSABLES:

Son aquellas sillas que poseen algún dispositivo o mecanismo que permite al paciente desplazarse de forma autónoma o bien puede ser impulsada por otra persona. Encontramos diferentes tipos:

- **Silla de palanca:** posee un mecanismo de autopropulsión a través de una palanca manual que le permite dirigir el movimiento de la silla. La palanca y el freno se sitúan en el lado sano del usuario.
- **Silla de propulsión bimanual:** el paciente se desliza gracias a la propulsión desde las ruedas traseras.
- **Silla de ruedas bimanual con doble aro:** la silla dispone de unos engranajes o ejes que permiten al paciente dirigirla a través de un doble aro situado en el lado sano.

SILLAS DE RUEDAS NO AUTOPROPULSABLES:

Son aquellas sillas que requieren de una tercera persona para desplazarlas. Sus ruedas traseras suelen ser de menor tamaño. Dentro de este grupo encontramos:

- **Sillas de control postural:** los usuarios de este tipo de silla suelen poseer una movilidad reducida y un alto grado de dependencia. Suelen contar con una amplia gama de accesorios para adecuar la posición del usuario. Son de mayor tamaño y no son plegables, pero permiten la reclinación y la basculación del asiento.

SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS

Las sillas de ruedas eléctricas son impulsadas por una fuente de energía eléctrica y pueden ser de uso interior, exterior y mixto. Además pueden tener tracción delantera, trasera y total.

Este tipo de ruedas están ideadas para personas con incapacidad o severa dificultad para caminar, siendo imprescindible una capacidad cognitiva adecuada.

ACCESORIOS DE LAS SILLAS DE RUEDAS

Existe una estructura fija que poseen todas las sillas de ruedas, cuyos elementos pasamos a enumerar:

• **Reposapiés:** donde deben ir colocados los pies del usuario. Suelen ser abatibles y extraíbles para facilitar para la puesta en pie y el paso o transferencia del usuario desde la silla a otra estructura o viceversa.



• **Frenos:** suelen estar situados en la parte delantera de las ruedas y se accionan desde una pequeña palanca.



• **Asientos:** pueden ser fijos o plegables.

• **Reposabrazos:** son igualmente extraíbles o abatibles para facilitar las transferencias.



• **Respaldo:** puede ser de distinta consistencia en función de las necesidades del paciente. Los más rígidos se extraen pero no se plegan.



Además podemos añadir una serie de accesorios para adaptar la silla de ruedas a las necesidades propias del usuario. Entre ellos destacamos:

• **Cojín anti-escaras:** se emplean para evitar las úlceras de presión.



• **Sujeciones de silla:** son cinchas o dispositivos similares que se usan para mantener seguro al usuario en su silla. Entre ellas destacamos las cinchas pélvicas, las abdominales, las torácicas y el taco abductor.

• **Apoyos costales:** se emplean para evitar la caída del tronco del usuario hacia los lados. No son fijos y pueden retirarse y regularse en altura en función de las necesidades.

• **Reposacabezas:** se emplean en aquellos pacientes que no tienen un adecuado control cefálico.

• **Bipedestador:** pueden estar incluidos tanto en las sillas de ruedas manuales como en las eléctricas. Su función es facilitar el paso a la bipedestación (de pie) del usuario.



RECUERDA QUE: AYUDAS TÉCNICAS ABVD-AIVD

“Las ayudas técnicas son dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad”.

Existe multitud de ayudas técnicas en el mercado que se ajustan a las necesidades específicas de cada paciente. A continuación hemos recopilado las más comunes, pero será el Terapeuta Ocupacional quién le aconseje las más útiles en función tanto de sus déficit físicos como cognitivos.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LAS AVD BÁSICAS

HIGIENE PERSONAL

• **Peines y cepillos de mango largo:** para facilitar el peinado a personas con limitación de movimiento en las extremidades superiores.



• Mangos engrosados para cepillo de dientes o maquinilla de afeitar; para facilitar la presión en aquellas personas que la tiene limitada.

• **Cepillo de uñas con ventosas:** se fija a cualquier superficie lisa, facilita su uso a personas con limitación de movimiento en una extremidad superior.

• **Cortauñas adaptado:** facilita su uso a personas con limitación de movimiento en una mano o para las que tienen dificultades manipulativas.

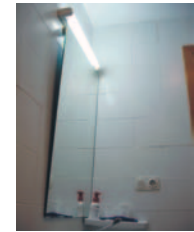


• **Grifo monomando:** para facilitar el uso a personas hemipléjicas.



• **Manopla o esponja con asideros;** para facilitar el uso a personas con limitación en la presión de la mano.

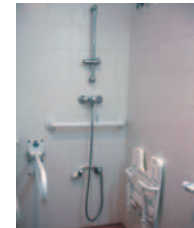
• **Espejo reclinado;** para facilitar la visión desde la sedestación en silla de ruedas.



BAÑO / DUCHA

• **Esponja de mango largo:** para personas que presentan dificultad para alcanzar todas las partes del cuerpo.

• **Dispensador de gel o champú fijo en la pared:** permite obtener gel o champú con una sola mano (hemiplejías).



• **Grifos con termostato:** permite regular la temperatura del agua antes de abrir el grifo, sin la necesidad de hacer una tarea bimanual para graduarla. Evita quemaduras en personas con alteración de la sensibilidad.

• **Asiento giratorio para bañeras:** para facilitar el acceso y la actividad del baño en personas con movilidad reducida.

• **Banqueta o silla para ducha:** para realizar la ducha, en plato de ducha o sumidero, con total seguridad.

• **Barras o asideros:** para asegurar movimientos en el baño.

• **Bañera para cama:** para facilitar la higiene en personas encamadas o con movilidad muy reducida.

• **Bandeja para la higiene del cabello en la cama.**

INODORO / WC

• **Alza para inodoro:** para facilitar la sedestación y el paso a bipedestación en personas con movilidad reducida (hemiplejías, rotura de cadera, etc.).

• **Asideros o barras abatibles:** para facilitar la transferencia al wc.



VESTIDO

• **Abotonador:** permite realizar el atado de botones con una sola mano.



• **Calzador de calcetines y medias:** para facilitar el vestido y desvestido de los pies en personas con dificultad para flexionarse.



• **Calzador de mango largo:** para facilitar la colocación de los zapatos en personas con dificultad para la flexión de tronco.

• **Tirador de cremallera:** facilita la actividad con una sola mano en personas con falta de sensibilidad o de destreza.

• **Banco bajo para facilitar el vestido/desvestido de pies.**

• **Pinzas de largo alcance.**



ALIMENTACIÓN

• **Mangos para cubiertos:** los hay de diferentes grosores, materiales y pesos y permiten a personas con espasticidad, debilidad muscular u otros problemas, poder agarrar los cubiertos más cómodamente y con mayor facilidad.

• **Cubiertos acodados:** facilitan la actividad en aquellas personas que tienen limitación en la movilidad de la muñeca.



• **Cubiertos con asideros:** útil para aquellas personas con dificultades para sostener objetos con los dedos.

• **Cuchillo basculante:** permite el corte por deslizamiento y balanceo con una sola mano.

• **Cuchillo Nelson:** para cortar y comer con una sola mano.



• **Platos con reborde de retención:** útil para personas que comen con una sola mano y no pueden ayudarse con la otra para empujar la comida.

• **Vaso – copa:** base adaptada para personas que no pueden realizar la prensión.



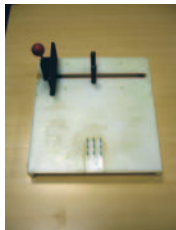
• **Antideslizante:** facilita la actividad en aquellas personas que la realizan con una sola mano, evitando que se mueva el plato.



AYUDAS TÉCNICAS PARA AVD INSTRUMENTALES

PREPARACIÓN DE COMIDAS

• **Tabla adaptada para cortar o sujetar botes:** útiles para personas que realizan la actividad con una sola mano.



• **Pelador:** permite pelar alimentos a personas con dificultad en la manipulación.

• **Abridores:** utensilio de goma que facilita la apertura de botellas o envases en personas con la fuerza muscular reducida.



• **Cepillo con ventosas:** para facilitar el lavado de vasos.

CUIDADO DE LA ROPA

• **Lavadora de carga frontal:** para usuarios en silla de ruedas y de carga superior para personas con problemas para realizar la flexión de tronco.

• **Tendedero de baja altura:** para acceder desde la silla de ruedas, o si la persona tiene limitación en el arco de movimiento de los miembros superiores.

• **Enhebrador de agujas:** para personas que realizan la actividad con una mano.

• **Tijeras con auto-apertura.**

• **Bastidor para que sujete la prenda:** el bastidor realiza la función de la otra mano en una persona hemipléjica.

USO DEL TELÉFONO

• **Teléfonos especiales:** con los números más grandes; para facilitar el uso en personas con déficits visuales.

• **Posicionadores para teléfonos.**

• **Teléfono manos libres.**

CONTROL DE LA MEDICACIÓN (dosis, horarios, etc)

• **Dosificador de pastillas (pastillero):** para facilitar el control de la medicación en personas con déficits en la atención y la memoria.

• **Corta pastillas:** permite cortar o triturar los medicamentos en caso de problemas para poderlos tragar.



RECUERDA QUE: AYUDAS TÉCNICAS – ORTESIS

“Las ayudas técnicas y ortesis se emplean para mantener recorridos articulares, aumentarlos o facilitar la movilidad y/o la marcha. La colocación y el uso de los mismos será indicado por los distintos profesionales del equipo”.

ORTESIS PREVENTIVAS:

Son dispositivos ortopédicos que se emplean para prevenir posibles deformidades, manteniendo la articulación o segmento corporal en una posición adecuada o funcional.

Suelen estar hechas de un material rígido o semirígido como termoplástico o resinas y están acolchadas en su interior para evitar roces o heridas.



ORTESIS CORRECTIVAS:

Las ortesis pueden también ser progresivas, lo que nos permite no sólo mantener el recorrido articular existente sino ir aumentándolo progresivamente.



AYUDAS TÉCNICAS PARA LAS TRASFERENCIAS:

• **Disco de transferencia:** facilita la rotación de los pies durante la transferencia.

• **Tablas de deslizamiento:** se emplean para facilitar el paso de una persona de una superficie a otra, (de la silla a la cama o viceversa, por ejemplo).

Suelen ser de madera o de plástico flexible, con los bordes redondeados y con 2 hendiduras en los extremos para cogerse a ellas.



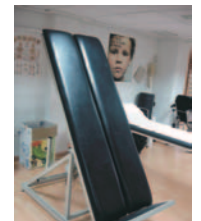
• **Grúas:** se emplean para el traslado de pacientes con elevado grado de dependencia. Suelen ser hidráulicas o eléctricas y poseen un arnés que se debe colocar debajo del cuerpo del paciente para después elevarlo. Debido a su tamaño requieren un importante espacio para su almacenaje y para maniobrar con ellas, por lo que en ocasiones es necesario adaptar el entorno (el ancho de las puertas, por ejemplo) para su uso.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LA BIPEDESTACIÓN

La bipedestación es una de las posturas más importantes que adopta el ser humano ya que, ayuda a regular el tránsito intestinal y renal, a prevenir la osteoporosis, etc. Cuando la lesión del paciente impida que se ponga de pie de forma independiente es interesante facilitarle esta postura, ya sea con el plano inclinado o con el bipedestador. En ambos prestaremos especial atención al apoyo de los pies, para asegurarnos de no causar ningún tipo de lesión al pasar el peso del cuerpo.

PLANO INCLINADO:

Se trata de una camilla eléctrica con una serie de cinchas que permiten sujetar al paciente. Mediante unos mandos el paciente puede cambiar progresivamente de posición desde tumbado a de pie (90°). Como ventaja encontramos que podemos elegir el ángulo de inclinación al que queremos trabajar, por si la posición bípeda produce mareos (hipotensión ortoestática) en las primeras sesiones.



BIPEDESTADORES:

Son unos dispositivos que facilitan la bipedestación. Suelen llevar unos apoyos a nivel de tibia, sacro (culete) y en la parte anterior del abdomen. En ocasiones llevan un dispositivo eléctrico o hidráulico para facilitar el paso a la bipedestación. También existen sillas de rueda eléctricas con bipedestador incluido.



AYUDAS PARA LA MARCHA: ORTESIS:

En este apartado vamos a recoger las ayudas técnicas que se suelen colocar en los miembros inferiores para facilitar tanto un adecuado apoyo del pie como la marcha.

RANCHO DE LOS AMIGOS:

Se trata de un dispositivo semirígido de termoplástico que se coloca en el zapato o zapatilla, formado por una plantilla y una especie de abrazadera que va a la punta del pie para evitar que tropiece con el suelo durante la marcha. Si es necesario se pueden acoplar alguna cincha o alguna pequeña cuña para asegurarnos de que el apoyo es el adecuado.



KLENZACK:

Es un dispositivo de metal integrado en una bota, con una articulación a nivel de tobillo que gracias a un sistema de muelles lleva el pie hacia una flexión dorsal (punta del pie hacia arriba) durante la fase de avance de la marcha.



OTRAS FÉRULAS DINÁMICAS:

Existen otra serie de ortesis que mediante algún tipo de dispositivos, ya sean muelles o gomas, mantienen el pie a 90° (impidiendo que arrastre) pero dejan libre la flexión dorsal, favoreciendo la aparición de movimiento activo.

Para facilitar la marcha también existen ortesis dinámicas propias de otras articulaciones como la rodilla o la cadera.



BITUTOR:

Es una ortesis que abarca dos articulaciones: rodilla y tobillo. Mantiene la rodilla en extensión y el pie en una posición que facilita la marcha.

AYUDAS TÉCNICAS:

BASTONES:

Se emplean para dar estabilidad y seguridad al paciente mientras camina. Existen distintos modelos que varían en el número de patas, el material o el tipo de empuñadura. Normalmente se emplea el bastón cuadrípode. Tanto el bastón como la muleta se emplean en el brazo contrario a la pierna afectada y la empuñadura debe quedar entre 10-15 cm. por debajo de la cintura.

MULETAS:

Son un tipo de bastones con el extremo superior adaptado sobre el que se apoya el antebrazo. El apoyo se suele realizar sobre una sola pata por lo que ofrecen menos estabilidad y requieren un mayor equilibrio y control durante la marcha por parte del paciente.



ANDADORES:

Se emplean para personas con mayores dificultades para caminar, aunque su uso no siempre es posible ya que requiere la movilidad de ambos brazos para su manejo. Existen diversos modelos:

· Con ruedas: el paciente desliza el andador sobre el suelo al mismo tiempo que camina.



· Sin ruedas: el paciente tiene que levantarlo para avanzar a cada paso, con lo cual necesita una mayor estabilidad.



11 trabajo social



Presentación del profesional:

· El Trabajador Social

Recuerda:

· Secuencia de Trabajo Social

· Consejos generales

· Ayudas derivadas del certificado de Minusvalía

· Diagrama de Minusvalía

· Diagrama de Invalidez

· Ayudas y prestaciones para la Integración Laboral

· Prestaciones de los Servicios Sociales

PRESENTACIÓN DEL PROFESIONAL: EL TRABAJADOR SOCIAL



El "Trabajo Social" entiende la intervención terapéutica como un todo, actuando en todos los ámbitos donde se desenvuelve el paciente: familia, amigos, escuela, trabajo y entorno social; adecuando cada intervención de forma individualizada, buscando la mayor autonomía en cada caso y su reinserción familiar, social y laboral.

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE EL TRABAJADOR SOCIAL?

- Atender a las familias, ayudándoles y orientándoles a que realicen un nuevo replanteamiento de vida.
- Prevenir la sobrecarga familiar acompañándoles, en especial al cuidador, en la resolución de problemas: familiares, sociales y laborales que se generen durante el proceso de su rehabilitación.
- Conseguir una reincorporación familiar y social, buscando la mayor calidad de vida de cada paciente y de su cuidador.
- Alcanzar una reinserción laboral, conjugando las posibilidades de cada persona y las ofertas existentes.

¿CÓMO SE CONSIGUEN ESTOS OBJETIVOS?

El trabajador social consigue estos objetivos:

- Realizando entrevistas a las familias que le permiten conocer los aspectos familiares, laborales, escolares, sociales, legales... de cada caso.
- Informando de los recursos existentes para la atención o solución de problemas detectados.
- Tramitando y gestionando los recursos, cuando éstos suponen una sobrecarga para la familia.
- Coordinando su trabajo con las instituciones y organismos necesarios para cada caso.
- Buscando los recursos sociales o laborales, según requiera cada paciente.

¿CUÁNDO INTERVIENE EL TRABAJADOR SOCIAL?

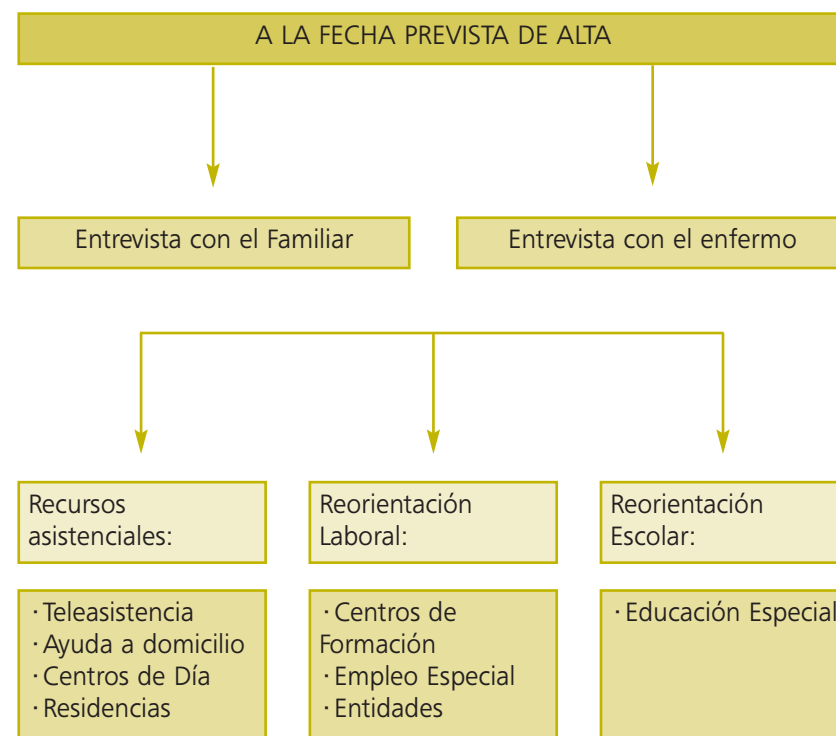
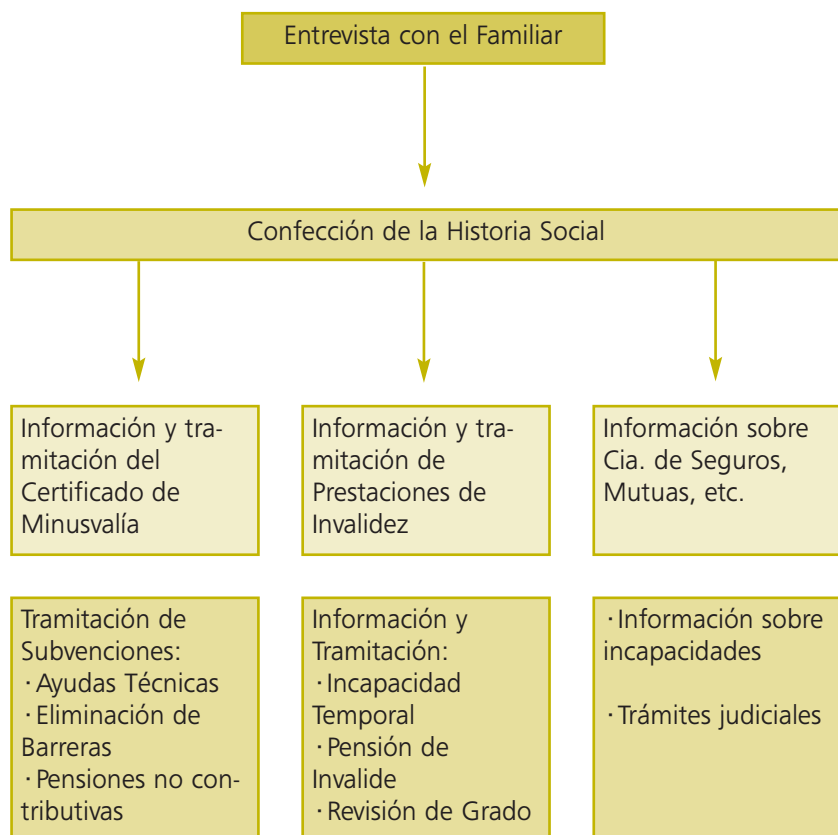
- Al Ingreso: entrevista familiar.
- Durante el proceso rehabilitador: informando, tramitando y gestionando los recursos que cada caso precise. Lo cual requiere un contacto permanente con las familias.
- Al alta: buscando el recurso idóneo/posible para cada paciente.

Todo ello se realiza en coordinación con los demás miembros del equipo rehabilitador.





RECUERDA QUE: **SECUENCIA TRABAJO SOCIAL**





RECUERDA QUE: CONSEJOS GENERALES

“El Trabajador Social nos informa, asesora, tramita y gestiona todo tipo de recursos durante el proceso de rehabilitación, pero requiere de nuestra colaboración para facilitar este proceso”.

Así os presentamos una serie de recomendaciones generales que puede realizar el familiar y/o cuidador para facilitar su labor:

- Al ingreso debe cumplimentar los datos que conozca de la Historia Social que se le facilitará a la entrada.
- Debe acudir a la primera entrevista con el Trabajador Social con la fotocopia del carnet de identidad y la tarjeta SIP del enfermo.
- Cuando se le solicite debe firmar los documentos para la solicitud del Certificado de Minusvalía del paciente para que se tramite.
- Es importante consultar e informarse de las gestiones y trámites sobre las prestaciones regladas y las ayudas sociales.
- No hay que dejar para el momento del alta la información y tramitación de los recursos asistenciales. Son tramitaciones costosas por la documentación que requieren y lentas en su consecución.
- Hay que compatibilizar en la medida de lo posible la reorientación laboral y cobro de prestaciones, por lo que hay que informarse bien antes de tomar una decisión.
- La reincorporación laboral y el cobro de prestaciones no siempre es posible, por lo que necesitará una información previa a la toma de decisiones.
- Debe solicitar hora para tener una entrevista con el trabajador social para que le pueda atender en condiciones.

RECUERDA QUE: AYUDAS DERIVADAS DEL CERTIFICADO DE MINUSVALÍA

Es requisito imprescindible para poder optar a estas ayudas estar en posesión del Certificado de Minusvalía, con un grado igual o superior a un 33%.

1º AYUDAS DE TIPO ECONÓMICO

- Pensión no contributiva. Se tramita a través de los Servicios Sociales Municipales. Grado de minusvalía requerido: 65%
- Ayuda de Tercera persona, con un grado de minusvalía superior a un 75%.
- Prestación Familiar por hijo a cargo, cuando el minusválido es menor de 18 años. Las solicitudes se realizan en el INSS.

2º AYUDAS EN EL CAMPO EDUCATIVO

- Becas escolares y/o cheque escolar.
- Centros de Educación especial.
- Acceso a la reserva de plazas en las Universidades.

3º AYUDAS RELACIONADAS CON EL TRANSPORTE

- Servicio de Transporte Especial de la EMT. Teléfono de información: 963528386.
- Tarjeta dorada de RENFE. Teléfono de información 902240202
- Tarjetas de aparcamiento de minusválidos. Cuando el Certificado de minusvalía incluye la movilidad reducida con un baremo de 7 o más puntos. Se solicita en los Ayuntamientos.
- Ayudas para la adaptación de vehículos. Convocatoria de subvención anual. Se solicita a través de los Servicios Sociales Municipales.
- Exención del impuesto de circulación, cuando el minusválido dispone de vehículo. Solicitudes en los Ayuntamientos.



4º AYUDAS RELACIONADAS CON LA VIVIENDA

- Ayudas para la eliminación de barreras arquitectónicas en la vivienda o en el edificio.
- Ayudas Técnicas adaptación funcional del hogar y adquisición de útiles (grúa, cama articulada, etc.) Se tramita a través de los Servicios Sociales municipales.
- Ayudas para la obtención de la licencia municipal (para los casos de reforma) Departamento de urbanismo municipal.
- Ayuda para la adquisición de vivienda para minusválidos (información a través del PROP).

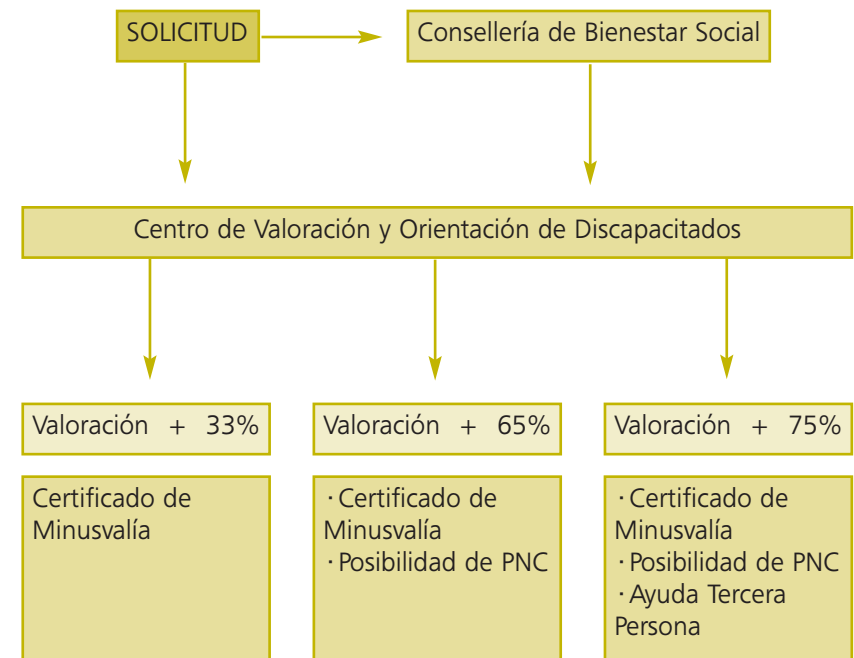
5º AYUDAS FISCALES

- Deducción de la base imponible en el IRPF (en la renta).
- Exención del impuesto de matriculación de vehículos.
- Reducción del impuesto por sucesiones (herencias). Información en las oficinas de Hacienda.
- Exención del impuesto de Circulación anual.

6º OTRAS AYUDAS

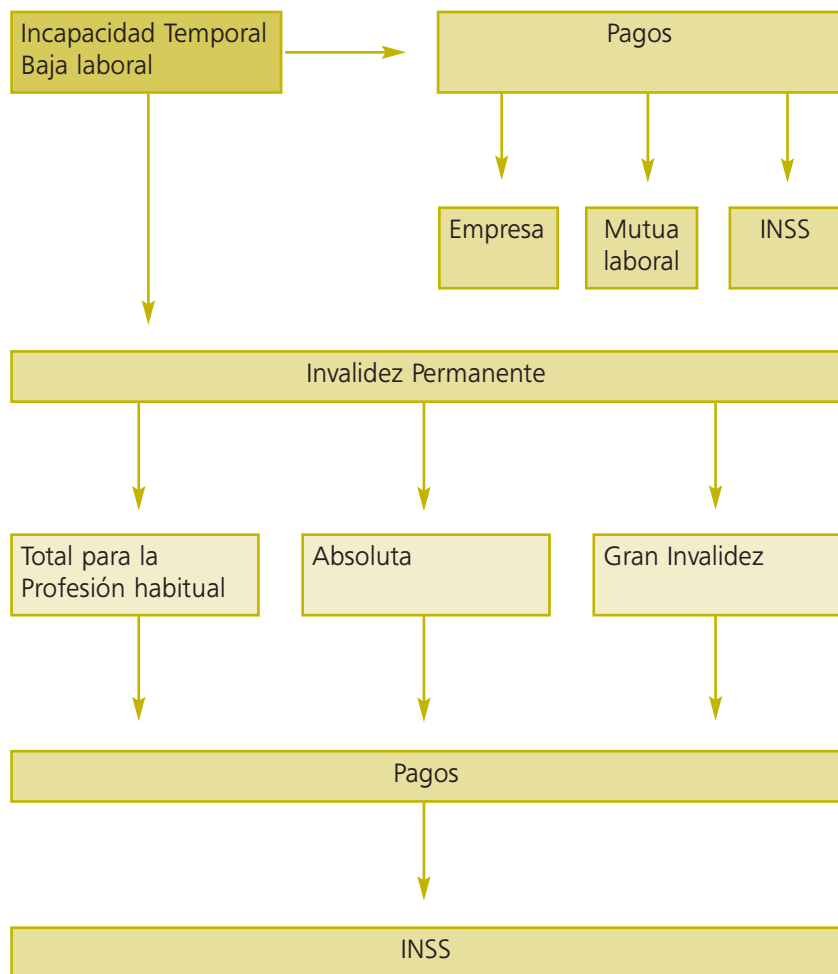
- Asistencia farmacéutica gratuita:
 - para los menores de 18 años con un grado igual o superior al 33%.
 - para los mayores de 18 años con un grado superior al de 65%.
- Libro de familia numerosa (con 2 hijos siendo uno de ellos minusválido).
- Acceso al programa de Termalismo Social. A través de los servicios sociales municipales.

RECUERDA QUE: DIAGRAMA DE MINUSVALÍA





RECUERDA QUE: DIAGRAMA DE INVALIDEZ



RECUERDA QUE: AYUDAS Y PRESTACIONES PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL



La Integración laboral es la posibilidad de poder realizar un trabajo normalizado, bien el que se desempeñaba anteriormente u otro de características diferentes.

El Certificado de Minusvalía con un grado entre el 33% al 64% permite una relación laboral normalizada. La empresa contratante obtiene por esta contratación una bonificación de la Cuota de la Seguridad Social del trabajador minusválido.

Para la inscripción en el registro de demanda de empleo de minusválidos en el SERVEF, se precisa de una Ficha especial que se facilita en el Centro de Diagnóstico y Orientación de la Dirección General de Bienestar Social. Cuando no es posible por razón de la discapacidad reintegrarse al puesto de trabajo anterior pueden optarse a:

- Empleo Autónomo. Existen subvenciones a fondo perdido reguladas anualmente que se publican en el Diario Oficial de la Generalitat Valenciana.
- Acceso a cursos de formación de garantía social y a talleres de inserción sociolaboral. Información en las oficinas del SERVEF o en los Servicios Territoriales de la Conselleria de Empleo.

Si el déficit del paciente no permite un trabajo normalizado, existen centros intermedios que posibilitan un mínimo de actividad laboral. Se relacionan a continuación de mayor a menor actividad laboral:

- Centros Especiales de Empleo. Existe una relación contractual y un salario.
- Centros de Reinserción Social.
- Centros Ocupacionales.

En estos dos últimos casos no hay contrato laboral ni nómina. Puede existir alguna gratificación.

Cuando se cobra una pensión de la Seguridad Social por invalidez se debe consultar siempre antes de iniciar una relación laboral.



RECUERDA QUE: **PRESTACIONES DE LOS SERVICIOS SOCIALES**

Todos los servicios y centros que se relacionan a continuación pueden tramitarse a través de los Servicios Sociales municipales.

1º AYUDA A DOMICILIO

Solicitud en los Servicios Sociales municipales. Suponen la ayuda de una tercera persona para colaborar en la higiene del enfermo, tareas domésticas, compra, elaboración de la comida y acompañamiento.

2º TELEASISTENCIA

Avisador de solicitud de ayuda a domicilio. Lo lleva el paciente colgado al cuello o en forma de pulsera y al pulsarlo se avisa a la central telefónica que recoge el aviso. La solicitud para obtener este servicio se cursa en los Servicios Sociales de los ayuntamientos. Existen ayudas económicas para subvencionarlo.

3º CRIS

Centros de rehabilitación e integración social. Son servicios dirigidos a personas con un deterioro significativo de las capacidades funcionales, donde se realizan trabajos adecuados a las necesidades de los usuarios.

4º CENTROS OCUPACIONALES

Son centros para discapacitados que por sus déficit no pueden incorporarse a un programa educativo de readaptación laboral. Son para mayores de 18 años y se solicitan en los Servicios Sociales municipales.

5º CENTROS DE DÍA

Recurso social intermedio entre el domicilio y la residencia. Se presta atención sociosanitaria al paciente y de apoyo a la familia. Tienden a promover la autonomía personal del enfermo y su permanencia en su entorno. Retrasan los ingresos residenciales. Los servicios que ofrecen son:

Servicios básicos:

- Acogida: con horario de lunes a viernes de 8h a 20h (optativo para el paciente).
- Restauración: desayuno, cocina y merienda.
- Atención social (animación sociocultural).
- Higiene personal (baño).
- Atención a la salud (médica, psicológica, enfermería, terapia ocupacional, RH) de mantenimiento.
- Transporte adecuado.

Servicios opcionales:

- Podología.
- Peluquería.
- Otros.

6º RESIDENCIAS DE RESPIRO

Son residencias que sirven de vivienda temporal (por un periodo determinado) que permiten a las familias ausentarse por un periodo concreto.

7º CENTRO RESIDENCIALES

Son Centros de convivencia que sirven de vivienda permanente, donde se presta atención integral y continuada; atienden diferentes niveles de dependencia y ofertan planes de cuidados personalizados.

La Cartera de servicios es la misma que para los Centros de día, con horario de 24 horas.

12 glosario



ABVD: (Actividades Básicas de la Vida Diaria)

Son aquellas actividades que engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias. Estas son: alimentación, aseo personal, baño, vestido, control de esfínteres y movilidad funcional.

ACATISIA:

Se caracteriza por un sentimiento de intranquilidad y la compulsión a realizar movimientos, que afecta principalmente las extremidades inferiores.

ACCIDENTE LABORAL:

Cuando el accidente se produce en el horario laboral o en el trayecto de entrada y salida. No se requiere carencia.

ACETILCOLINA:

Sustancia química neurotransmisora. Es el neurotransmisor en la unión entre el nervio y el músculo.

ACINESIA:

Trastorno del movimiento caracterizado por una ausencia del mismo.

ADAPTACIÓN DEL ENTORNO:

Modificación ambiental que facilita el desempeño de las ABVD.

AFASIA:

Pérdida o alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral y que consiste en una alteración de la comprensión y de la formulación de mensajes verbales.

AGITACIÓN:

Síntoma de uno o más procesos físicos o psicológicos, en el cual el comportamiento motor o el lenguaje de un paciente (gritos, chillidos, quejidos, sollozos, palabrotas, inquietud, caminar con impaciencia o vagar) suponen un riesgo o una molestia impidiendo o dificultando la ejecución de tareas así como de su cuidado.

AGNOSIA:

Pérdida total o parcial de la capacidad de reconocer estímulos sensoriales. Las agnosias suelen incluir clases específicas de estímulos, tales como agnosia para los colores, o una alteración más global, como la agnosia visual.

AGRAFÍA:

Pérdida o alteración de la capacidad para producir lenguaje escrito, debido a una lesión cerebral adquirida.

AGRAMATISMO (“Habla india”):

Un modo de hablar “telegráfico”, que asociamos al tópico del habla de los indios. Cuando este fenómeno se produce, el paciente, aunque conoce el significado de una palabra, encontrará dificultades en el momento de ubicarla en una frase.

AIVD: (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)

Son aquellas actividades que tienen un carácter más complejo y requieren una mayor destreza en los componentes de ejecución, tanto a nivel físico, como cognitivo. El grado de dependencia en la ejecución de las actividades, indican la capacidad que tiene la persona para llevar una vida independiente en la comunidad. Estas son: utilización del teléfono, manejo de la medicación, manejo de dinero, utilización de medios de transporte, etc.

ALEXIA:

Pérdida o alteración adquirida de la habilidad para comprender el lenguaje escrito como consecuencia de una lesión cerebral. El hecho de que un paciente no pueda leer en voz alta no implica necesariamente que no comprenda aquello que, efectivamente, está pudiendo “leer”, pero no comunicar.

ALUCINACIONES:

Fuerte percepción de un evento u objeto que no ocurre en la realidad en el momento presente; puede involucrar cualquiera de los sentidos (el visual, auditivo, gustativo, olfatorio o táctil).

AMAUROSIS:

Disminución grave o pérdida total de la visión, debido a una causa orgánica.

ANEMIA:

Disminución de la hemoglobina en sangre.

ANESTESIA:

Pérdida total o parcial de la sensibilidad.

ANOSMIA:

Incapacidad para oler.

ANARTRIA:

Trastorno motor del lenguaje, caracterizado por una pérdida de la capacidad de articulación del lenguaje consecuente a una lesión cerebral. Se pierde la capacidad de poder movilizar voluntariamente los órganos fonadores: maxilares, labios, lengua, diafragma, músculos intercostales, laringe.

ANOMIA:

Trastorno del lenguaje que reduce la expresión oral. Dificultad de acceder al léxico, o nombrar las cosas por su nombre, similar a la sensación de "tener constantemente la palabra en la punta de la lengua".

ANSIEDAD:

Sentimiento subjetivo de inquietud, miedo o presentimiento que oscila desde una preocupación excesiva sobre el presente o el futuro hasta sentimientos de angustia. Las manifestaciones consisten en palpitaciones, sequedad de boca, dilatación pupilar, disnea suspirosa, dificultad respiratoria, sudoración con palidez cutánea, y malestar abdominal, temblor y mareos.

APATÍA:

Trastorno de la motivación o de iniciativa que consiste en una falta de la misma.

APRAXIA:

Es la incapacidad para planificar y realizar movimientos determinados, aun siendo capaces de realizarlos y siendo conscientes del movimiento. Distinguimos dos tipos de apraxia: ideomotora e ideatoria.

APRAXIA IDEATORIA:

Incapacidad para planificar y realizar un movimiento funcional complejo, el cual requiere una secuencia lógica de varios gestos. Sin embargo, sí que puede realizar cada uno de los gestos de forma aislada. Ejemplo: el paciente es incapaz de ponerse la chaqueta por sí mismo, pero puede hacerlo si le vamos indicando los diferentes pasos a seguir en cada momento.

APRAXIA IDEOMOTORA:

Es la incapacidad (o capacidad comprometida) de programar, secuenciar y ejecutar gestos intencionados, sea a la orden o por imitación, como consecuencia de una lesión cerebral. La apraxia no se corresponde con la pérdida de fuerza, de sensación o de coordinación muscular, tampoco por falta de atención. La persona falla en la ejecución de determinados gestos (como cepillarse el pelo), aun cuando posee la capacidad física para realizarlos.

APRENDIZAJE:

Capacidad para adquirir nuevos conceptos.

ASPIRACIÓN:

Atragantamiento provocado por la introducción en las vías aéreas de alimentos (sólidos o líquido) el cuerpo como mecanismo de defensa en acto reflejo, produce la tos cuando ocurre un atragantamiento, para expulsar el alimento de las vías aéreas. Pero en este tipo de pacientes, ese reflejo no siempre se produce, provocando una "aspiración en silencio". Un proceso de repetidas aspiraciones silentes puede ocasionar un cuadro de neumonía que puede provocar la muerte.

ATAXIA:

Trastorno en la coordinación del movimiento. Los movimientos son torpes y la marcha inestable. También puede afectar la postura. Además puede existir temblor en los miembros, que de modo habitual empeora al final del movimiento. Se trata de una alteración muy característica en los síndromes cerebelos.

ATENCIÓN:

Es la función cognitiva fundamental que permite que durante el aprendizaje o durante una labor intelectual determinada podemos concentrarnos en los estímulos nuevos y percibir adecuadamente la información que se nos van presentando para posteriormente, si es necesario, procesarla.

ATENCIÓN AROUSAL:

Describe los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación. Es la más básica.

ATENCIÓN SOSTENIDA:

Capaz de mantener una respuesta durante una actividad continua o repetitiva. (Este tipo de atención es básica para realizar actividades complejas como por ejemplo organizar documentos, escribir un documento en el ordenador, organizar el presupuesto doméstico, mantener la atención mientras leo este rollo, etc.).

ATENCIÓN SELECTIVA:

Capaz de seleccionar y mantener la concentración aún en presencia de distractores internos o externos o ante otro estímulo. (Por ejemplo: hablar por teléfono con niños jugando alrededor o adultos hablando, trabajar con el ordenador o entender un texto mientras se escucha música o televisión, etc.).

ATENCIÓN ALTERNANTE:

Flexibilidad mental que permite combinar eficientemente dos tareas con exigencias cognitivas diferentes. (Escribir en el ordenador y recibir llamadas de forma alternante, hacer la colada mientras se controla la comida, seguir las conclusiones de los dos bandos en un debate, leer un texto y escribir notas al margen, etc.).

ATENCIÓN DIVIDIDA:

Permite la respuesta simultánea de dos tareas (cocinar mientras respondemos a las preguntas de otra persona, revisar el correo mientras contestamos al teléfono, ordenar un armario mientras planeas lo que vas a hacer a lo largo del día, tomar notas mientras escuchas una charla, etc.).

ATETOSIS:

Tipo de distonía que afecta a las partes distales de las extremidades (manos y pies), lo que hace que muestren movimientos anormales, involuntarios, lentos y reptantes.

AUTOESTIMA:

Sentimientos acerca de uno mismo.

AYUDA DE TERCERA PERSONA:

Prestación complementaria para gratificar a un tercero que ayuda en la atención de la persona que padece una invalidez.

AYUDAS TÉCNICAS:

Dispositivos, utensilios, aparatos o adaptaciones, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad.

BABINSKI:

Reflejo anormal que se obtiene por rascado del pie, que indica una alteración de la vía motora en el cerebro o médula.

BALISMO:

Es un tipo de discinesia que consiste en movimientos involuntarios, violentos y muy amplios de los miembros o, cuando sólo afectan a un lado del cuerpo, hemibalismo. Estos movimientos se repiten continuamente y pueden hacer perder el equilibrio al paciente.

BIPEDESTACIÓN:

Posición que indica estar o permanecer de pie.

BONO:

Ayuda económica que establece la Consellería de Bienestar Social, según ingresos de la unidad familiar, para contribuir al coste de los Centros de Día y Residencias.

BRADICINESIA:

Es un trastorno del movimiento. Se define como una lentitud en la realización del movimiento afectando sobre todo a la iniciación del movimiento: el paciente tarda mucho más tiempo en responder, aunque también se manifiesta por la lentitud al realizar las tareas.

BENZODIACEPINAS:

Medicamentos tranquilizantes, que quitan la ansiedad.

BOTULÍNICA, toxina:

Sustancia tóxica que se utiliza en el tratamiento de distonías y otras enfermedades.

CALCIFICACIÓN:

Se debe al depósito de sales cálcicas alrededor de las articulaciones dificultando los movimientos y llegando incluso a limitarlos por completo. Suelen provocar dolor, calor e inflamación de la articulación en fases agudas.

CAPACIDADES PERCEPTIVAS:

Las personas tomamos contacto con la realidad, dotamos de significado a la información del exterior gracias a nuestras habilidades perceptivas. Tras una lesión cerebral estas capacidades pueden verse mermadas ya que aunque son los sentidos los que reciben la información, es el cerebro el que la interpreta dándole significado. Por ello tras una lesión cerebral los pacientes pueden tener dificultades en el reconocimiento de objetos y/o de rostros (dificultad en percibir de forma adecuada colores, formas, etc.).

CAPACIDADES ESPACIALES:

Capacidad de explorar el espacio (campo visual) permitiéndonos realizar actividades funcionales con eficacia. Lesiones en ciertas áreas del cerebro pueden producir déficit de campo visual (áreas ciegas) y presentarse dificultades en las relaciones espaciales. Ejemplos de estas dificultades serían: no calcular bien las distancias, problemas para diferenciar la izquierda de la derecha, dificultades para seguir rutas, alteradas las capacidades de montar o ensamblar. Incluso una actividad aparentemente sencilla como el vestido pueden convertirse para el paciente en una tarea ardua y muy complicada.

CENTROS DE DÍA:

Donde la persona con grandes déficit puede acudir durante el día. Suelen estar integrados en centros residenciales, y contar con transporte. Pueden ser públicos, privados y centros con bono.

CENTROS DE RESPIRO:

Creados para ayudar a las familias que cuidan a personas con discapacidad y necesitan ausentarse durante unos días o semanas. Pueden ser públicos o privados.

CENTRO OCUPACIONAL:

Centros para discapacitados que por sus déficits no pueden incorporarse a un programa educativo de readaptación laboral.

CERTIFICADO DE MINUSVALÍA:

Documento que acredita la valoración de la Minusvalía. Este documento es imprescindible para optar a cualquier ayuda de la Consellería de Bienestar Social.

CINESTESIA:

Capacidad para identificar el recorrido y la dirección del movimiento articular.

CIRCUNLOQUIOS:

Son rodeos en torno a la palabra "inaccesible". El paciente ofrece descripciones, incluso evoca recuerdos relacionados con la palabra sin llegar a ser capaz de decirla (Lápiz: "es una cosa, así alargada, que sirve para escribir, lo utilizo todos los días, es como..., se parece a lito, lati, es como un boli").

CLONUS:

Reflejo profundo con respuesta repetitiva (contracciones y relajaciones musculares), que aparece en un grupo muscular al efectuar una extensión brusca y pasiva de los tendones.

COGNICIÓN:

Proceso empleado por los psicólogos para designar cualquier actividad mental. Abarca el uso del lenguaje, el pensamiento, el razonamiento, la solución de problemas, la conceptualización, el recuerdo y la imaginación.

COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Son aquellos elementos que "acompañan" la conversación natural: acentos en la expresión, comprensión de la expresión facial de la otra persona y uso, por parte del paciente, de dichos elementos en la suya propia; ritmo y entonación apropiado "al caso" (tono de tristeza o de alegría, con el que se profiere una frase según la ocasión); uso de gestos; actitud corporal durante una conversación, etc.

COMPETENCIA COMUNICATIVA:

La competencia comunicativa es el conjunto de habilidades que posibilita la participación apropiada en situaciones comunicativas específicas, identificando las necesidades y los mensajes del interlocutor, y adecuando sus respuestas a las demandas de aquel.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:

Percibir de forma realista los déficit (físicos, cognitivos y conductuales), las limitaciones funcionales de los mismos y una ajustada proyección de sus consecuencias futuras.

CONCIENCIA SENSORIAL:

Capacidad para recibir y diferenciar estímulos sensoriales.

CONDUCTAS AUTOESTIMULATORIAS:

Conjunto de conductas no voluntarias que la persona realiza a modo de autoestimulación. El paciente puede emitir gemidos, quejidos, frotarse partes del cuerpo, balancearse, etc.

CONTRACTURA:

Estado de rigidez o contracción permanente involuntaria, reversible o no, de uno o varios grupos musculares.

CONTROL CEFÁLICO:

Capacidad para mantener la cabeza erguida venciendo la fuerza de la gravedad.

CONTROL POSTURAL:

Capacidad para utilizar las reacciones de enderezamiento para mantener el equilibrio.

CONTROL DE TRONCO:

Capacidad de mantener el tronco erguido en sedestación (sentado) sin apoyo de ni de pies ni de brazos y siendo capaz de tolerar desplazamientos sin perder el equilibrio.

CONVULSIÓN:

Movimiento de contracción y estiramiento muscular violento e involuntario que se produce cuando una o varias zonas del encéfalo reciben una descarga de señales eléctricas anormales que interrumpe temporalmente su función.

COORDINACIÓN FINA:

Capacidad para utilizar grupos musculares pequeños para realizar movimientos controlados y precisos: escribir, coser, coger objetos pequeños, etc.

COORDINACIÓN GRUESA:

Capacidad para utilizar los grandes grupos musculares para realizar movimientos controlados y dirigidos a un objetivo.

COREA:

Movimientos involuntarios breves, irregulares, repetitivos, a veces similares a movimientos voluntarios. Aunque pueden ser generalizados predominan en la región distal de las extremidades superiores (también se conoce como "baile de San Vito").

CRIOTERAPIA:

Tratamiento realizado mediante la aplicación de frío.

DAÑO CEREBRAL TRAUMÁTICO:

Afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, que conlleva una alteración de las habilidades cognitivas o del funcionamiento físico.

DEBILIDAD:

Pérdida o ausencia de fuerza.

DECÚBITO LATERAL:

Posición que indica estar tumbado sobre un lado.

DECÚBITO PRONO:

Posición que indica estar tumbado boca abajo.

DECÚBITO SUPINO:

Posición que indica estar tumbado boca arriba.

DEDOS EN GARRA:

Deformidad de los dedos de los pies caracterizada porque éstos se encuentran en flexión, especialmente cuando el paciente realiza un esfuerzo o acción voluntaria.

DEFICIENCIA:

Anomalías en la estructura corporal y de la apariencia y en la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa. Representan pues, los trastornos a nivel de los órganos.

DEFORMIDAD:

Es la posición anómala (mantenida) de uno o varios segmentos corporales.

DEGLUCIÓN:

Acción motora automática cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio, puede ser iniciada conscientemente, durando de 3 a 8 segundos.

DELUSIÓN:

Creencia infundada, real para el paciente pero ficticia para el observador, que se mantiene sin una evidencia fundamentada. Con frecuencia dominan la vida del paciente y originan acciones inapropiadas e irresponsables.

DEPRESIÓN:

Trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento.

DESINHIBICIÓN:

Comportamiento en el que el sujeto carece de control de impulsos y del medio. Este comportamiento incluye la liberación de conductas sociales, verborrea, conducta sexual inapropiada, euforia, etc.

DIETA MIXTA:

Combinación de soporte nutricional (sonda o.P.E.G) con una dieta oral.

DIETA ORAL ADAPTADA:

Dieta completa en cuanto a composición de alimentos, que presenta una modificación de la textura debido a problemas en la masticación o en la deglución.

DIPLOPIA:

Visión doble.

DISARTRIA:

Dificultad de expresión oral del lenguaje debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios provocados por lesiones del sistema nervioso.

DISCAPACIDAD:

Imposibilidad funcional resultante de una deficiencia. Se refiere a los excesos o insuficiencias en el desempeño o comportamiento de las actividades normales y rutinarias. Las discapacidades pueden ser físicas, cognitivas y emocionales.

DISCINESIA:

Trastorno del movimiento caracterizado por movimientos involuntarios consecuentes a algunas enfermedades neurológicas. Entre ellas se encuentran la mioclonia, corea, balismo, distonía, tic y temblor.

DISFAGIA:

Trastorno de la deglución caracterizado por una dificultad en la preparación del bolo alimenticio o en el desplazamiento de éste desde la boca hasta el estómago.

DISFEMIA ADQUIRIDA:

Trastorno del habla tras una lesión cerebral caracterizado por un marcado deterioro en la fluidez verbal. La persona suele repetir y/o alargar elementos del habla como sonidos, sílabas, palabras y frases.

DISFORIA:

Cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo, tales como sentimientos de tristeza, pena, angustia, malestar psíquico acompañado por sentimientos depresivos, tristeza, melancolía, pesimismo e insustancialidad.

DISINTAXIA O PARAGRAMATISMO:

Sustituciones y omisiones de sustantivos, verbos y adjetivos. Se manifiesta tanto en el lenguaje oral como en el escrito.

DISMETRÍA:

Es la dificultad para evaluar y conseguir un rango correcto de movimiento que no le permite alcanzar su objetivo. Suele ser característico de los pacientes cerebelosos y podemos distinguir entre hipometría e hipermetría.

DISPROSODIA:

Alteración que hace que el paciente no sea capaz de entonar adecuadamente las frases.

DISTONÍA:

Es un tipo de discinesia que se caracteriza porque los miembros u otras partes corporales que adoptan posturas anormales a causa de la actividad muscular mantenida. Normalmente la distonía aparece cuando el paciente intenta moverse. Puede ser generalizada, cuando afecta a todo el cuerpo, o localizado, si solo afecta a una parte. Hablaremos de hemidistonía si afecta sólo a un lado del cuerpo.

DOPAMINA:

Neurotransmisor encefálico cuya deficiencia a nivel de la vía nigro-estriatal causa la enfermedad de Parkinson.

ECOGRAFIA:

Técnica de imagen por ultrasonidos (sonido imperceptible al oído humano) para el diagnóstico de enfermedades.

ECOLALIA:

Repetición involuntaria de palabras o frases al escucharlas.

EJECUCIÓN DE ROL:

Capacidad para identificar, mantener y equilibrar funciones que uno mismo adquiere o asume en la sociedad (estudiante, abuelo, director, etc.)

ELECTROTERAPIA:

Tratamiento de las enfermedades por medio de la electricidad.

EMPRESAS DE EMPLEO ESPECIAL:

Empresas con finalidad laboral, con una producción adaptada a discapacitados y en muchos casos con horarios flexibles. Existe contrato laboral.

ENTONACIÓN:

Modulación de la voz en la secuencia de sonidos del habla que refleja diferencias de intención, de emoción y de origen del hablante.

EPILEPSIA:

Trastorno encefálico en el que se producen convulsiones.

ESPASMOS:

Contracción súbita, violenta e involuntaria de un músculo.

ESPASTICIDAD:

Tipo de hipertonía. Es un aumento de la resistencia al estiramiento pasivo de un músculo, depende de la velocidad con la que se realice el movimiento y se acompaña de una exageración de reflejos tendinosos. La espasticidad es independiente de la voluntad del paciente, suele ser permanente pero puede desencadenarse o aumentar en ciertas situaciones (esfuerzos físicos, dolor, fiebre, heridas, emociones, etc.).

ESPESANTE:

Producto alimenticio que se emplea para espesar los líquidos y darles la consistencia que el paciente, por su dificultad deglutoria, precisa.

ESTEREOTIPIA:

Movimiento involuntario repetitivo simple o complejo.

ESTEREOTIPIA VERBAL (La palabra "comodín"):

Consiste en una drástica reducción del vocabulario de la persona afectada, que le deja con una palabra o un sólo enunciado, con o sin significado.

ESQUEMA CORPORAL:

Capacidad para relacionar las partes del cuerpo.

ESTIMULACIÓN:

Entrada a los sentidos.

ESTRUCTURAS OROFACIALES:

Son los labios, los dientes, la lengua, la mandíbula, las mejillas y el paladar. La actuación coordinada de estas estructuras permite que el proceso de deglución se realice con normalidad.

EUFORIA:

Sensación de júbilo o bienestar que no está basada en la realidad y por lo general es exagerada. Técnicamente, la euforia describe un estado de ánimo patológico con la última palabra o expresión que ha oído.

FABULACIONES:

Inventos que tratan de compensar la falta de memoria.

FÉRULA POSTURAL:

Dispositivo ortopédico rígido o flexible que se emplea para mantener las articulaciones correctamente alineadas, evitando así la aparición de deformidades.

FIEBRE:

Temperatura corporal axilar mayor o igual a 38°.

FLACIDEZ:

Ausencia de tono muscular. Los músculos flácidos no se pueden mover de forma voluntaria. Al tacto se sienten blandos y flojos y no son capaces de sostener las articulaciones de las que traccionan.

FLEXO:

Deformidad de una articulación que impide que ésta pueda ser estirada por completo. Puede deberse a un aumento del tono de los músculos flexores, a una calcificación articular, a una retracción de partes blandas o a una combinación de ellas.

FLUENCIA:

Número de palabras que el paciente produce por emisión.

FOBIA:

Temor incontrolable, irracional y persistente ante un objeto, situación o actividad específicos.

FORMACIÓN OCUPACIONAL:

Programas educativos, de ciclo corto, impartidos por el SERVEF o Centros Colaboradores, para la readaptación laboral.

FUERZA:

Capacidad para demostrar un grado de potencia muscular cuando se opone resistencia al movimiento, contra objetos o gravedad.

FUNCIONES EJECUTIVAS:

Son una serie de facultades "inteligentes" que la persona utiliza para ajustar su comportamiento y sus capacidades a las demandas del entorno de la forma más eficaz posible. El funcionamiento ejecutivo se encarga de iniciar tareas, de organizar y planificar, así como de diseñar estrategias y mostrar flexibilidad mental ante situaciones novedosas.

GENERALIZACIÓN:

Capacidad para aplicar conceptos y conductas previamente aprendidos a nuevas situaciones.

GNOSIAS:

Proceso de conocimiento a partir de las impresiones suministradas por los órganos sensoriales. Implica percepción, reconocimiento y denominación de los estímulos provenientes de un objeto. Requiere la participación de los centros corticales superiores. La pérdida o disminución de esta capacidad se denomina agnosia.

HABILIDADES INTERPERSONALES:

Capacidad para utilizar la comunicación verbal y no verbal para interactuar en diversas situaciones.

HABLA VACÍA:

Discurso desprovisto de palabras significativas, de tal manera que, aunque se digan muchas palabras, no es posible extraer las ideas básicas de lo que la persona pretende transmitir.

HEMATURIA:

Sangre macro o microscópica en orina.

HEMIANOPSIA:

Es la pérdida de visión o visión defectuosa en la mitad del campo visual.

HEMINEGLIGENCIA:

Incapacidad para prestar atención al cuidado y a los estímulos de un lado del cuerpo, pero no del otro. Generalmente la heminegligencia se presentará para aquellas cosas u objetos situados en la parte izquierda del paciente.

HEMIPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a uno de los lados del cuerpo y/o de la cara, bien sea derecho o izquierdo.

HEMIPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a uno de los dos lados del cuerpo. Suele deberse a una lesión cerebral y puede ir acompañada de la parálisis del lado contrario de la cara.

HEMOGLOBINA:

Materia colorante de los glóbulos rojos de la sangre.

HIDROCEFALIA:

Acumulación de líquido cefalorraquídeo en la cavidad craneal.

HIPERALGIA:

Es el aumento de la sensibilidad de dolor.

HIPERCOLESTEROLEMIA:

Aumento del colesterol (tipo de grasa) en sangre.

HIPERESTESIA:

Aumento de la sensibilidad a la estimulación, especialmente al tacto.

HIPERGLUCEMIA:

Aumento de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre.

HIPERMETRÍA:

Tipo de dismetría en la que los movimientos sobrepasan al objetivo pretendido.

HIPERREFLEXIA:

Respuesta aumentada y patológica frente a un estímulo inesperado (reacción de sorpresa exagerada).

HIPERTONÍA:

Es un aumento del tono muscular. Cuando el tono de los músculos está aumentado, el paciente puede ser incapaz de mover el miembro afectado o si lo hace requerirá gran esfuerzo y el movimiento será torpe y brusco. Los tipos principales de hipertonia son la espasticidad y la rigidez.

HIPOALGIA:

Designa la disminución de la sensibilidad de dolor.

HIPOCONDRIA:

Interpretación de sensaciones físicas como síntomas inequívocos de enfermedad.

HIPOFONÍA:

Disminución en la intensidad de la voz.

HIPOMETRÍA:

Es un tipo de dismetría en la que los movimientos no llegan a alcanzar el objetivo pretendido.

HIPOMIMIA:

Se refiere a una disminución de la expresión facial, como se observa en la enfermedad de Parkinson, que al acompañarse de una disminución del parpadeo da origen a la expresión de "facie de máscara".

HIPOTONÍA:

Disminución del tono muscular que resta amplitud, fuerza y calidad a los movimientos.

IDIOPÁTICO:

Se refiere a una enfermedad de origen desconocido o sin causa aparente.

INCAPACIDAD LEGAL:

Perdida de la capacidad de autogobierno de una persona. Se solicita en el Juzgado y es decidida por el Juez, otorgando la tutoría de la persona incapaz a aquellos familiares más directos.

INCAPACIDAD TEMPORAL:

Subsidio que tienen derecho a percibir los trabajadores que estén de alta en la Seguridad Social y se encuentren de baja laboral por enfermedad o accidente; con una duración máxima de doce meses, prorrogables otros seis cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta médica por curación.

INFERENCIA:

Sacar una conclusión, deducir a partir de una información.

I.N.S.S.:

Instituto Nacional de la Seguridad Social.

INQUIETUD MOTORA:

Movimientos excesivos, intentos de quitarse sondas, vías, vagabundeos, etc. La mayoría de las veces no son movimientos intencionados sino producto de la propia agitación.

INTEGRACIÓN BILATERAL:

Capacidad para coordinar las partes del cuerpo durante la actividad.

INTEGRACIÓN VISOMOTORA:

Capacidad para coordinar la interacción de la información visual con el movimiento corporal durante una actividad.

INTERLOCUTORES:

Cada una de las personas que forman parte de un diálogo.

INVALIDEZ PERMANENTE:

Situación que determina la Unidad de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social sobre un trabajador después de haber estado sometido a tratamiento médico y que presenta déficits motores o cognitivos que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

IRASCIBLE:

Que se enfada con facilidad.

JERGA:

Discurso que incluye un número elevado de deformaciones (sustituciones parafásicas). En algunos casos, la presencia de estas transformaciones es tan abundante que el discurso se vuelve incomprensible.

LÁBIL:

Cambio rápido e importante del humor que puede ser suscitado fácilmente y desaparecer rápidamente. Es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (risas inapropiadas, impaciencia, irritabilidad) mostrando respuestas emocionales desproporcionadas.

LATERALIDAD:

Capacidad para utilizar una parte determinada unilateral del cuerpo para realizar actividades que requieren un alto nivel de habilidad.

LIORESAL:

Tipo de medicación, relajante muscular que se emplea para disminuir la espasticidad.

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (L.C.R.):

Líquido que se encuentra en la cavidad craneal, bañando al sistema nervioso.

MANEJO DEL TIEMPO:

Capacidad para planificar y participar en un equilibrio entre las actividades de automantenimiento, productividad y ocio.

MANO ALIENADA (ALIEN HAND PHENOMENA):

Es una curiosa forma de movimiento anormal involuntario en que la extremidad realiza movimientos compulsivos y estereotipados o en conflicto e interfiriendo con lo realizado voluntariamente por la persona con la mano sana.

MANO EN GARRA:

Deformidad frecuente en lesiones neurológicas caracterizada por una flexión de los dedos de la mano y la muñeca, que impide que la mano pueda permanecer abierta. Suele provocar problemas en la higiene de la piel de la palma de la mano.

MEMORIA:

Capacidad para recobrar información después de un breve o largo periodo de tiempo.

MEMORIA RETROGRADA:

Memoria anterior al evento. La información fue almacenada antes del daño cerebral.

MEMORIA ANTERÓGRADA:

Memoria posterior al evento. La información es almacenada después del daño cerebral.

MEMORIA REMOTA:

Memoria que se remonta a la infancia o juventud, por ejemplo: recordar nombres, fechas, hechos... incluso de un pasado lejano.

MEMORIA RECIENTE:

Se aplica más o menos a la última semana, por ejemplo: nombres de personas nuevas, la comida del día anterior, etc.

MEMORIA INMEDIATA:

Evocación de la información en un breve periodo de tiempo, por ejemplo: buscar en la guía un número de teléfono y ser capaz de marcarlo enseguida.

MEMORIA A CORTO PLAZO:

La información queda almacenada durante un periodo de tiempo, por ejemplo: marcamos el número de teléfono transcurridos 5 minutos, ya que, la primera vez comunicaba.

MEMORIA A LARGO PLAZO:

Retiene la información durante periodos de tiempo prolongados, incluso varios años, por ejemplo: transcurrida una semana, ya no buscamos el teléfono en la guía, se recuerda.

MEMORIA PROCEDIMENTAL:

La práctica ritualizada de tareas o acciones da lugar a una automatización de las mismas, por ejemplo: una persona no olvida tomar una medicación porque lo hace siempre después del desayuno.

MEMORIA SEMÁNTICA:

Hace referencia a nuestro conocimiento sobre los objetos, las personas y sucesos del mundo, por ejemplo, el que la capital de Austria sea Viena o que un león es un mamífero.

MEMORIA EPISÓDICA:

Hace referencia al recuerdo de hechos que hemos vivido. Recordar dónde o con quién estaba el 11 de septiembre del año pasado.

MEMORIA PROSPECTIVA:

Proceso mental que nos permite planificar el futuro. Es un elemento clave a la hora de coordinar y controlar la mayoría de nuestras acciones cotidianas, como preparar la comida, coger las llaves, acudir a una cita o tomar una medicación.

MEMORIA VERBAL:

El canal proviene del lenguaje.

MEMORIA VISUAL:

El canal proviene de la percepción visual.

MINUSVALÍA:

Déficit motor, físico y/o sensorial que presenta una persona; valorado por el Centro de Valoración y Orientación de discapacitados de la Consellería de Bienestar Social.

MIOCLONÍA:

Es un tipo de discinesia que consiste en contracciones breves, como descargas, de un miembro o parte corporal. Se pueden limitar a una región del cuerpo (mioclonía focal) o tener carácter general (mioclonía generalizada). Estas contracciones pueden ocurrir de forma espontánea o con el movimiento, también pueden ser desencadenadas por la luz, el sonido el tacto o las percusiones.

MONOPARESIA:

Tipo de paresia que afecta bien a un brazo o a una pierna.

MONOPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a un solo miembro, bien sea superior o inferior.

MUTUA LABORAL:

Compañía Aseguradora de las Empresas. Cubren los riesgos de accidentes laborales, y en algunos casos de incapacidad temporal. Tienen sus propios servicios médicos para valorar los procesos de incapacidad.

MUTISMO:

Es una ausencia total de habla. Existen mutismos que están acompañados con incapacidad lectora, o de escritura, y mutismos en los que estas facultades se conservan dando lugar a casos con diferente tratamiento. En general, es un fenómeno inicial o transitorio, aunque en determinadas afasias severas puede ser irreversible.

NEOLOGISMOS:

Palabras o expresiones producidas sin esfuerzo articulatorio, que el paciente usa como palabras, pero que no pertenecen al idioma (enecua-iglú; peine-sacapuntas).

NEUMONÍA:

Infección del parénquima pulmonar.

NEUROLÉPTICO:

Fármacos antipsicóticos o tranquilizantes mayores.

NEUROPATÍA:

Transtorno o alteración funcional de un nervio, que provoca alteraciones en la sensibilidad de una determinada zona corporal y en la funcionalidad de los músculos correspondientes a dicho nervio.

NISTAGMO:

Movimiento rítmico e involuntario de los ojos. Las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, giratorias o mixtas.

NUTRICIÓN ENTERAL:

Técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, generalmente mediante una sonda, o también mediante la administración de fórmulas líquidas de composición definida, bien sea como dieta total o como fuente significativa de nutrientes asociada a una alimentación insuficiente.

ORIENTACIÓN:

Capacidad para identificar persona, lugar, tiempo y situación.

ORIENTACIÓN ESPACIAL:

Poseer conocimiento claro del lugar dónde se encuentra uno mismo, así como de lo que le rodea, que le permite deambular o realizar desplazamientos si riesgo a "perdersé".

ORIENTACIÓN PERSONAL:

Conocer y reconocerse a sí mismo en cuanto a datos personales, nombre, fecha de nacimiento, etc.

ORIENTACIÓN TEMPORAL:

Saber el momento del día, el día de la semana, el mes, el año... en que nos hallamos, así como la apreciación correcta del paso del tiempo.

ORIENTACIÓN TOPOGRÁFICA:

Capacidad para determinar la localización de objetos, su localización y el camino para llegar a ellos.

OSTEOSÍNTESIS:

Fijación quirúrgica de los extremos de un hueso fracturado.

PARAFASIAS:

Es la producción no intencionada de sílabas o palabras durante el habla. La persona puede distorsionar la palabra omitiendo, añadiendo o sustituyendo alguna parte de la palabra (árbol-ábol; tijeras-jijeras; helicóptero-meicóntero), o bien sustituir una palabra determinada por otra inapropiada que pueda parecerse por su significado o forma (reina-corona; macaco-hamaca).

PARAGRAFÍAS:

Se trata del mismo fenómeno descrito en las parafasias a nivel oral, pero en este caso durante la producción escrita.

PARALEXIAS:

Es la producción no intencionada de sílabas o palabras durante la lectura en voz alta.

PARÁLISIS:

Es pérdida o deterioro de la función o movimiento de una zona del cuerpo a causa de lesión nerviosa o muscular y que suele conllevar un deterioro de la función sensitiva. Podemos encontrar las siguientes variantes: monoplejía, paraplejía, hemiplejía y tetraplejía.

PERSEVERACIONES:

Alteración del lenguaje que consiste en repeticiones sucesivas de la misma palabra o concepto previamente empleada en su discurso.

PRAGMÁTICA:

Uso del lenguaje en un contexto determinado, y en interacción con diferentes interlocutores.

PROSODIA:

Se refiere a las cualidades melódicas del lenguaje, tono y sonoridad.

PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS:

Son medidas que nos ayudan a valorar el estado nutricional del paciente (altura, peso, índice de masa corporal (IMC), etc.)

PARANOIDE:

Tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente malintencionadas, mostrando desconfianza y sospecha de su entorno.

PARAPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a los miembros inferiores.

PARAPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a los miembros inferiores.

PARESIA:

Parálisis leve o incompleta. Podemos diferenciar entre monoparesia, paraparesia, hemiparesia y tetraparesia, según el número de miembros a los que afecte.

PARESTESIA:

Término usado para designar una información sensorial alterada o disminuida. Se refiere al hormigueo, picores, ardores y adormecimiento del área afectada.

PARKINSONISMO:

Usado como término genérico para referirse a aquellos cuadros similares a la enfermedad de Parkinson.

PATRÓN EXTENSOR:

Tendencia a mantener las extremidades y tronco en extensión.

PATRÓN FLEXOR:

Tendencia a mantener las extremidades y tronco en flexión.

P.E.G. (Gastrostomía endoscópica percutánea):

Sonda colocada a través de la piel en la cavidad gástrica gracias a la cual los alimentos pueden pasar directamente desde el exterior hacia el estómago. Indicada para pacientes que requieran una alimentación enteral siempre que el estómago funcione y se prevea una duración ilimitada.

PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA:

Cuando la persona no goza de la protección de la Seguridad Social y esta afectada con una Minusvalía superior al sesenta y cinco por ciento y carezca de ingresos o rentas suficientes. (El importe de la pensión queda fijado cada año en la Ley de los Presupuestos del Estado).

PERCEPCIÓN:

Forma en la que los pacientes perciben su propio cuerpo, el mundo que los rodea y la interacción entre ambos.

PIE EQUINO:

Deformidad caracterizada por una caída de la porción anterior del pie que impide que el tobillo pueda colocarse en 90°, dificultando así el apoyo del talón cuando el paciente se coloca de pie.

PIE VALGO:

Deformidad del pie caracterizada por un apoyo sobre el borde interno.

PIE VARO:

Deformidad del pie caracterizada por un apoyo sobre el borde externo.

PIERNAS INQUIETAS (SÍNDROME DE LAS):

Se refiere a una sensación displacentera de las extremidades inferiores al estar en reposo y que desaparece al caminar.

PRAXIAS:

Conjunto de movimientos voluntarios, aprendidos y con una finalidad, que con la repetición se automatizan (por ejemplo, el saber colocar los dedos de una forma determinada hasta el saber vestirse o dibujar un cubo).

PROCESAMIENTO PERCEPTUAL:

Capacidad para organizar la entrada sensorial dentro de patrones significativos.

PRONACIÓN:

Movimiento fisiológico de rotación del antebrazo que con respecto a la mano implica llevar los pulgares hacia dentro.

PROPIOCEPCIÓN:

Tipo de sensibilidad relacionada con la percepción de la información relacionada con los movimientos y con la posición del cuerpo.

PSICÓTICO:

Cuando existe una importante alteración de la realidad, que se evidencia porque aparecen alucinaciones y delirios y a veces un comportamiento desorganizado.

RECONOCIMIENTO:

Capacidad para identificar caras familiares, objetos y otros materiales previamente presentados.

RECURVATUM:

Posición de extensión extrema de rodilla originada por alguna alteración de las estructuras internas de la misma (debilidad muscular o laxitud ligamentosa).

REDUCCIÓN DEL LÉXICO:

Una vez se ha salido del mutismo, el paciente suele mostrar un lenguaje muy reducido. Dicha reducción puede afectar al léxico (la persona domina un número muy limitado de palabras, normalmente sólo las más familiares), a su capacidad de formar frases, o bien a ambos componentes a la vez.

REDUNDANCIA:

Repetición o uso excesivo, o superfluo, de una palabra o concepto.

REFLEJOS:

Respuesta muscular involuntaria a un estímulo sensorial.

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS:

Reflejos obtenidos en la exploración neurológica clínica por percusión, con un martillo de reflejos, del tendón de un músculo para provocar su contracción refleja. Se encuentran exaltados en caso de hipertonía o espasticidad.

REQUERIMIENTO NUTRICIONAL:

Cantidad mínima de energía calórica, principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono y lípidos), agua, vitaminas y oligoelementos necesarios para el desarrollo y funcionamiento normal del cuerpo, fijando un valor individual de acuerdo a cada sujeto, edad, sexo, contextura física, condición biológica o patológica, actividad física, etc.

RESISTENCIA:

Capacidad para sostener un esfuerzo cardiaco, pulmonar y musculoesquelético durante un tiempo.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

Capacidad para reconocer un problema, definirlo, identificar planes alternativos, seleccionarlo y ejecutar un plan de acción y evaluar el resultado.

RETRACCIÓN:

Pérdida de amplitud de los movimientos debido a una alteración de las estructuras internas (músculos, tendones, ligamentos, etc.). Las retracciones pueden dar lugar a deformidades de los miembros.

R.N.M.: (Resonancia Nuclear Magnética):

Técnica de imagen por resonancia para el diagnóstico de enfermedades, que permite visualizar mejor las partes blandas (músculos, órganos, etc.).

RIGIDEZ:

Tipo de hipertonía. Está asociada a un aumento de la resistencia al movimiento. No depende de la velocidad de movimiento, la resistencia es constante.

SECUENCIACIÓN:

Capacidad para ordenar la información, conceptos y acciones.

SEGURO OBLIGATORIO:

Obligatoriedad de concertar un seguro de Responsabilidad Civil, a quienes realizan actividades que puedan producir riesgos para terceros, a través de una Compañía aseguradora:

- Seguro Obligatorio de los Vehículos de Motor.
- De cazadores.
- Seguro Obligatorio de viajeros: para el transporte público.
- Deportistas: federados que participen en competiciones oficiales.

SERVEF:

Servicio Valenciano de Empleo y Formación.

SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO:

Servicios que prestan los Ayuntamientos a aquellas personas con discapacidad que permanecen en sus domicilios y requieren de una ayuda para limpieza, confección de comida, higiene personal, etc. Hay que solicitarlo en los Servicios Sociales Municipales, se prestan a través de las auxiliares a domicilio y hay que cumplir los requisitos que establezca el Ayuntamiento.

SINDROME RÍDO-ACINÉTICO:

Cuadro neurológico caracterizado por la rigidez de las articulaciones y la acinesia o bradicinesia (escasez de movimientos voluntarios). Es propio de las lesiones anóxicas.

SINERGIA:

Acción conjunta o colaboración de varios grupos musculares en la ejecución de determinados movimientos.

SISTEMAS AUMENTATIVOS Y ALTERNATIVOS DE COMUNICACIÓN:

Su finalidad es fomentar el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, así como facilitar el aprendizaje. La comunicación aumentativa es la que se emplea cuando el habla no es suficientemente clara, es un apoyo para ser entendidos. Sin embargo, la comunicación alternativa se basa en métodos que sustituyen el habla cuando ésta no es posible. La ayuda técnica se basará en tableros de comunicación, ordenadores, comunicadores... en los que la persona podrá señalar, en función de su capacidad motora a través del dedo la mano o mediante complejos sistemas de acceso al ordenador.

SONDA:

Instrumento de látex o silicona utilizado para explorar conductos o heridas.

SONDA NASOGÁSTRICA (S.N.G.):

Sonda que se coloca a través del orificio nasal y va a la cavidad gástrica para facilitar la nutrición a pacientes con dificultades para la deglución.

SONDA VESICAL:

Sonda que se coloca en la vejiga para recoger la orina durante 24 horas al día.

SUBLUXACIÓN DE HOMBRO:

Luxación incompleta o parcial de la articulación del hombro debida principalmente a la debilidad de los músculos que rodean la articulación. Suele ser característica de los pacientes hemipléjicos y suele cursar con dolor, inestabilidad y dificultades a la movilización.

SUPINACIÓN:

Movimiento fisiológico de rotación del antebrazo que con respecto a la mano implica llevar los pulgares hacia fuera.

T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada):

Técnica de imagen por rayos X para el diagnóstico de enfermedades.

TEMBLOR:

Es un tipo de discinesia que se define como cualquier movimiento involuntario rítmico de cualquier segmento corporal, causado por contracciones de músculos.

TEMBLOR INTENCIONAL:

Temblores que aparecen durante la realización de movimientos voluntarios. El temblor intencional más característico es debido a lesiones cerebelosas.

TEMBLOR DE REPOSO:

Temblores que aparecen durante el reposo muscular. Es característico de la enfermedad de Parkinson.

TERMOANALGESIA:

Ausencia de sensibilidad térmica y dolorosa.

TERMOTERAPIA:

Tratamiento realizado mediante la aplicación de calor.

TETRAPARESIA:

Tipo de paresia que afecta a las cuatro extremidades.

TETRAPLEJÍA:

Tipo de parálisis que afecta a las cuatro extremidades.

TICS:

Es un tipo de discinesia. Son movimientos involuntarios rápidos que tienden a repetirse en forma estereotipada. Aumentan con la tensión emocional y pueden ser voluntariamente suprimidos por tiempos breves.

TONO MUSCULAR:

Se define como la resistencia encontrada al mover pasivamente las articulaciones del paciente relajado, a mayor resistencia mayor es el tono. En condiciones normales ayuda a mantener la postura y a la ejecución de los movimientos.

TRAQUEOSTOMA:

Comunicación de la tráquea con el exterior para facilitar la respiración.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

Comportamientos alimentarios anormales, apetito excesivo, bulimia o anorexia.

TROMBOFLEBITIS:

Inflamación y/o obstrucción del sistema venoso.

ÚLCERAS POR PRESIÓN O DECÚBITO:

Heridas producidas por posturas mantenidas durante demasiado tiempo sobre determinados puntos de la piel.

UNIDAD MÉDICA DE VALORACIÓN DE INCAPACIDADES:

Órgano médico del INSS que determina el grado de incapacidad laboral de una persona, para fijar su prestación de invalidez.

VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL:

Dispositivo que drena líquido cefalorraquídeo (LCR) desde el ventrículo al peritoneo.

