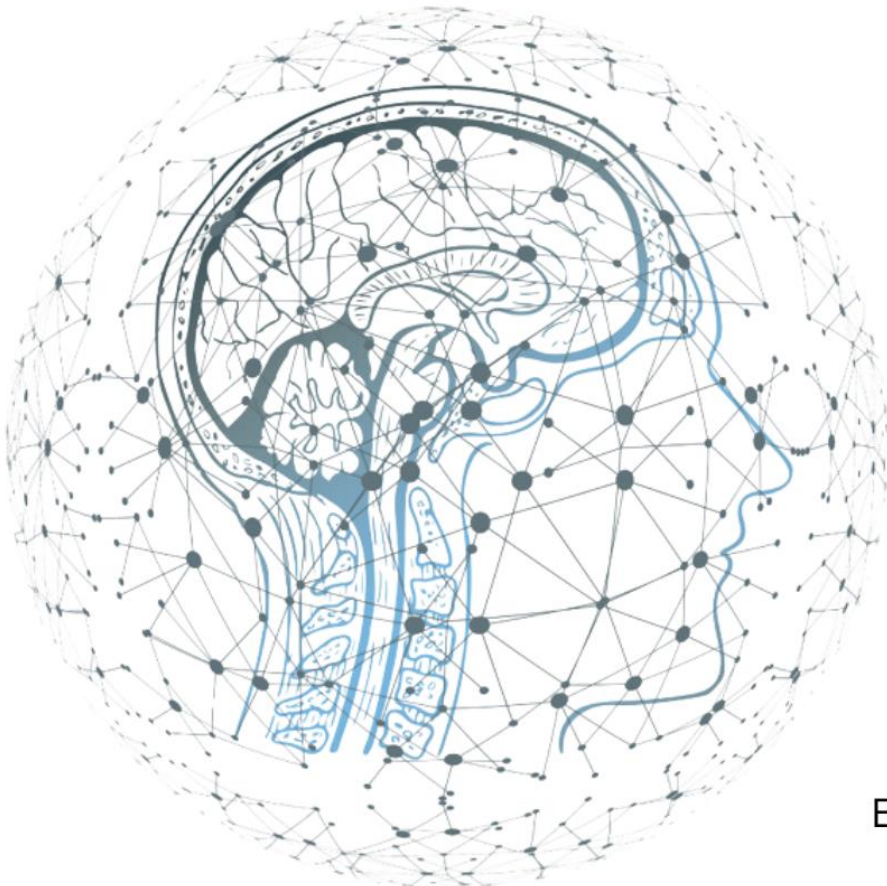


PROYECTO INMERSA

**PROYECTO DE INMERSIÓN, INTENSIVO Y TECNOLÓGICO
PARA DAÑO NEUROLÓGICO.**



Asociación Neurorehabilita
Especialistas en daño neurológico

Índice

1.	ASOCIACIÓN NEUROREHABILITA.....	3
2.	DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	4
3.	FUNDAMENTACIÓN.....	5
4.	ÁMBITO TERRITORIAL.....	10
5.	BENEFICIARIOS.....	10
6.	OBJETIVOS	10
7.	ACTIVIDADES	11
7.1	Actividades asistenciales y rehabilitadoras.	11
7.1.1	Entrevista inicial.....	11
7.1.2	Terapia Ocupacional.....	12
7.1.1	Psicología.....	15
7.1.2	Logopedia.....	17
7.1.3	Fisioterapia.....	19
7.1.4	Atención familiar.....	20
7.2	Realidad virtual con pacientes hospitalizados.....	23
7.2.2	Voluntariado Hospital. Pilotaje de realidad virtual en UCI.....	23
8.	METODOLOGÍA.....	24
9.	CRONOGRAMA	25
10.	RECURSOS.....	25
10.1	Recursos personales.....	25
10.2	Recursos materiales.....	26
11.	EVALUACIÓN.....	26

1. ASOCIACIÓN NEUROREHABILITA

NEUROREHABILITA es una asociación sin ánimo de lucro, formada por un grupo de profesionales en el año 2019 que pretenden dar servicio a las necesidades de las personas afectadas de cualquier tipo de Trastorno Neurológico en la provincia de Toledo. La entidad se encuentra registrada en el **Registro General de Asociaciones de Castilla-La Mancha** con el número 30.921, está acreditada como centro sanitario por la Consejería de Sanidad en el **Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla-La Mancha** con el n.º: 4508299/4517107 e inscrita en el **Registro Central de Entidades de Voluntariado** con el nº45/748/24. En los Estatutos de nuestra **Asociación** se recoge expresamente la necesidad y urgencia de prevenir situaciones de dependencia y promover la autonomía personal. Todo empieza con la idea de crear una Asociación que pueda ofrecer asesoría, formación y tratamientos en terapias intensivas en neuro-rehabilitación con el uso de nuevas tecnologías.

Nuestra experiencia como profesionales sanitarios y años de dedicación a la discapacidad, nos ha enseñado que los pacientes que presentan un daño en el sistema nervioso central (traumatismos craneoencefálicos, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, tumores...) necesitan que su intervención sea **enriquecedora, intensiva, integrativa y multidisciplinar**. Es necesario el uso de protocolos de actuación para hacer intervenciones intensivas, acortadas en el tiempo y que consigan una recuperación eficaz y funcional de la persona. Hay que ser conscientes de las necesidades que se generan, tanto para el paciente como su familia, pues el daño cerebral conlleva un tratamiento multidisciplinar muy costoso al que sólo se puede acceder con ayudas públicas que abaraten los precios actuales del mercado, pues son períodos de tratamiento largos e intensos.

Los profesionales de NEURORHBTA cuentan con una amplia experiencia y formación en el campo de la Rehabilitación y lo más importante con muchas ganas de impulsar y desarrollar proyectos pioneros, encaminados a mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral y/o enfermedades neurológicas o neurodegenerativas en población infantil y adulta. No solo trabajamos con el paciente o la persona afectada sino teniendo en cuenta el entorno social y laboral, los contextos en los que desarrolla su vida diaria y a la familia.

2. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

El programa que desde la Asociación pretendemos dar continuidad va dirigido a mejorar la calidad de vida, la atención social y sanitaria y la integración de las personas que han sufrido un **Daño Cerebral**.

El Daño Cerebral Adquirido precisa de unas necesidades de atención específicas que necesita una **respuesta integrada**, con la participación de profesionales de diferentes disciplinas sanitarias y sociales. La respuesta no puede ser la mera suma de sus metas de tratamiento, sino el resultado de un programa que haya priorizado intervenciones, acordado objetivos y que sea implementado, en la medida de lo posible, por todo el equipo y tenga en cuenta la opinión y participación de la persona con daño cerebral y la de su familia.

La variabilidad de perfil, de severidad, de edades y de soportes familiares genera una realidad heterogénea a la que no puede responderse sino desde los programas de atención individualizados y/o grupales, programas que van desde la intervención hasta la educación para el cuidado responsable.

El daño neurológico debe ser visto como una **realidad compleja** que afecta a la movilidad, a la captación de información a través de los sentidos, a la comunicación, a las capacidades intelectuales, a la interacción social y/o a la autonomía en actividades de vida diaria básicas e instrumentales.

La recuperación de las lesiones neurológicas a menudo es incompleta y puede llevar mucho más tiempo en comparación con otros sistemas de órganos, por lo que resulta en una discapacidad considerablemente mayor. El término ictus (del latín “golpe”) describe el carácter brusco y súbito del cuadro clínico que corresponde con la afectación del flujo sanguíneo cerebral. Este depende de la zona del cerebro que se vea afectada, ya que cada región cerebral se encarga de una función concreta. Las enfermedades cerebrovasculares están causadas por un trastorno circulatorio cerebral que altera de forma transitoria o definitiva el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el ictus como “un síndrome clínico, caracterizado por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal (algunas veces global) que duran más de 24 horas sin otra causa aparente que la de origen vascular”.

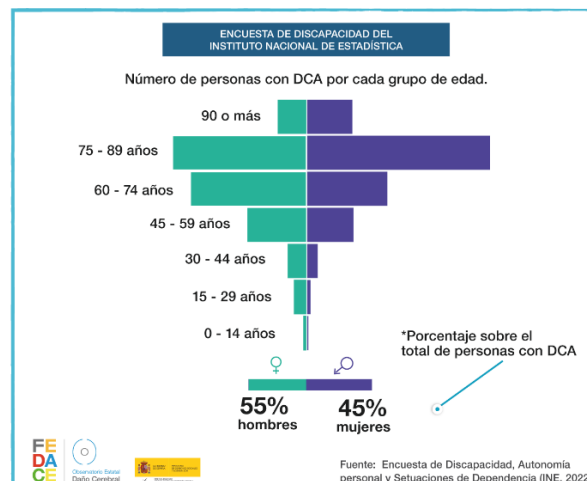
3. FUNDAMENTACIÓN

Según la encuesta EDAD (INE) realizada en el año 2022 en España residen 435.400 personas con daño cerebral. Los accidentes cerebrovasculares (ACV) siguen siendo la causa principal de daño cerebral seguidos de los traumatismos craneoencefálicos. En el caso de los accidentes cerebrovasculares, la cifra de personas sigue en aumento, lo que da como resultado que el 84% de los casos de Daño Cerebral hayan sido provocados por un ictus. En cambio, el número de traumatismos craneoencefálicos ha bajado paulatinamente.



El 65,03 % de las personas con Daño Cerebral Adquirido son mayores de 65 años, dato que se relaciona con la alta incidencia del ictus en un colectivo en el que la mayor parte del mismo (el 52%) son mujeres.

Esta enfermedad es más frecuente a partir de los 55 años y su riesgo aumenta con la edad. Así, se estima que más del 21% de la población mayor de 60 años de nuestro país, casi dos millones de personas, presenta un alto riesgo de sufrir un DCA en los próximos 10 años. En conjunto, se trata de una discapacidad compleja por la diversidad de limitaciones funcionales y de actividad que conlleva.



La mayoría de las personas que han sobrevivido a un daño cerebral presentan secuelas que afectan a componentes **sensoriomotores, cognitivos, emocionales o conductuales**.

Estos déficits repercuten en la correcta ejecución de actividades de la vida diaria.

El 89% de estas personas presenta alguna discapacidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, porcentajes que se reducen al recibir ayuda, ya sea técnica o personal.

Los síntomas más frecuentes son, la pérdida de fuerza (paresias/plejias), pérdida de visión, dificultad para hablar, entender o articular el lenguaje (disartria/afasias), pérdida de sensibilidad (parestesia/hipostesia/anestesia), inestabilidad, desequilibrio e incapacidad para caminar (asineria/ataxia) y cefalea.

Los factores de riesgo se dividen en:

- 1) Modificables como HTA, fibrilación auricular (FA), hipercolesterolemia, tabaquismo, estenosis carotídea asintomática, infarto agudo de miocardio, obesidad, sedentarismo, anemia de células falciformes, terapia hormonal sustitutiva, alcoholismo, dislipidemia, anticonceptivos hormonales, valvulopatías, dieta, inactividad física, ictus previo.
- 2) Potencialmente modificables: diabetes mellitus (DM), cardiopatías, hiperhomocisteinemia, trastornos respiratorios del sueño, migraña, consumo de drogas, hipercoagulabilidad, etc.
- 3) No modificables: edad, sexo, factores hereditarios, raza/etnia, nivel sociocultural y clima.

Los cuidados posteriores a un ACV son de gran importancia, tanto para la evolución, como para la recuperación del paciente, sobre todo entre los 6-12 primeros meses tras el ictus. Estos cuidados son necesarios por las complejas y diversas complicaciones que se pueden presentar, como las alteraciones de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), siendo preciso reforzar, programar y enfocar los cuidados y la educación sanitaria (trabajamos con la metodología de **paciente experto**) en paciente, familia y cuidadores.

Es necesario tener en cuenta que ha aumentado el número de personas que sufren algún tipo de Daño Cerebral Sobrevenido y ha disminuido la edad en la que se produce el daño.

Si se sufre un ACV o un traumatismo craneal pero no hay destrucción del tejido cerebral, el tejido puede recuperar gradualmente su función. La recuperación puede tardar desde

6 meses hasta algunos años, pero la rehabilitación puede acelerarla y conseguir que sea más completa. Otras partes del cerebro aprenden a gestionar algunas de las funciones de la zona destruida.

La rehabilitación contribuye a este proceso de aprendizaje. La cantidad y la velocidad de recuperación funcional no puede predecirse con certeza. Por lo tanto, la rehabilitación se inicia tan pronto como la persona afectada se halla clínicamente estable. La rehabilitación temprana también contribuye a evitar complicaciones como el acortamiento de los músculos, el debilitamiento muscular y la depresión.

Es importante ser conscientes de las necesidades que se generan, tanto para el paciente como su familia, pues el daño cerebral conlleva un **TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR** muy costoso al que sólo se puede acceder con **ayudas públicas y privadas** que abaraten los precios actuales del mercado, pues son períodos de tratamiento largos e intensos, donde es necesario volver a recuperar y trabajar en las habilidades perdidas o dañadas. Para ello se precisa la puesta en marcha de programas en los que se trabaje, en grupos reducidos o de manera individual tanto la función cognitiva y emocional como la situación física, funcional y social de la persona.

En España, el accidente cerebrovascular representa la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres, diagnosticándose 120.000 casos nuevos cada año, un 25% de las cuales afecta a personas menores de 30 años. Igualmente, en el mundo occidental es la primera causa de incapacidad grave y crónica.

Una de las denuncias más repetidas por las personas y familiares afectados por daño cerebral es la **ruptura asistencial** que se produce a la salida del hospital. Nuestro sistema sanitario garantiza una atención razonablemente homogénea y de alta calidad en las fases iniciales, cuando el paciente se encuentra en estado crítico y la supervivencia es el objetivo prioritario.

A partir de ese momento, la atención es desigual en los ámbitos de rehabilitación, y tiende a la inexistencia cuando las necesidades son de reinserción social. Se ha de tratar de dar continuidad al servicio iniciado en el Hospital y de ir ajustando los objetivos a las distintas fases por las que pasa la persona con daño neurológico y su familia. Por eso en nuestro programa no sólo destacamos la intervención directa sobre el afectado a nivel funcional sino la importancia formativa desde el modelo paciente experto tanto para el

paciente como para los familiares relacionado con un incremento notable en la calidad de vida de los pacientes y su entorno biopsicosocial.

Neurorrehabilitación actual: ¿qué se hace? ¿funciona?

Actualmente y según base genérica de trabajo los pacientes con daño neurológico el 86.9% del tiempo están despiertos y lo pasan de forma sedentaria.

- Suelen recibir 8.5 sesiones de terapia a la semana (substancialmente inferior a las **15 horas** que se recomiendan en las guías de práctica clínica)
- Durante el tiempo de terapia, 61.6% del tiempo de fisioterapia y 76.8% del de terapia ocupacional es empleado de forma sedentaria.

“Las primeras semanas después de un ictus son de crítica importancia, ya que es cuando ocurre la mayoría de la recuperación espontánea biológica”

De los estudios realizados y de la evidencia científica podemos concluir que cuanto mayor es el volumen de la lesión y el déficit inicial, mayor intensidad de rehabilitación se requiere para propiciar la recuperación, **es necesario intensificar las sesiones de tratamiento rehabilitador para acortar los tiempos y aumentar la mejoría.**

Desde hace algunos años se ha empezado a estudiar con más frecuencia el efecto que las terapias intensivas tienen en la recuperación de personas después de un daño cerebral. Los resultados de estos estudios empiezan a mostrar el enorme potencial de las terapias intensivas en la recuperación de los pacientes, más allá de lo que hasta ahora se había conseguido a través de otras formas de tratamiento.

La repetición es la clave del aprendizaje

Hoy en día cada vez es más frecuente el uso de robótica y nuevas tecnologías, con multitud de estudios realizados y en desarrollo. En este campo en concreto, la justificación principal que se da de su utilidad radica en el **incremento de la práctica** que supone, comparado con otras intervenciones. Se puede aumentar el tiempo que el paciente pasa trabajando y también el número de repeticiones que se consigue con su uso. Se cree, por lo tanto, que la repetición es una de las claves del aprendizaje.

Si bien es cierto que la repetición no es el único factor importante para favorecer el aprendizaje, sí que existe un consenso a la hora de aceptar que debemos practicar aquello que queremos aprender con la mayor frecuencia posible, para acelerar el proceso, afianzarlo o adquirir una maestría en la tarea que realicemos.

Si comparamos los tiempos que los pacientes dedican a su rehabilitación, el número de repeticiones de movimientos que hacen, las oportunidades comunicativas o de puesta en práctica de funciones cognitivas que tienen, con las que serían necesarias o convenientes, vemos que hay una brecha enorme. Muchos pacientes no mejoran porque **no se trabaja con ellos lo suficiente**, no se expresa todo el potencial que tienen sus cerebros. Las investigaciones afirman que para que exista aprendizaje motor deben propiciarse cambios en la estructura neural, para ello deben realizarse **actividades de forma repetida, con recompensas y mantenidas a lo largo del tiempo**, cosas que pueden conseguirse con la utilización del sistema de Realidad Virtual y la Aplicación de Nuevas Tecnologías, en éstas nos apoyamos como base de nuestros tratamientos. Teniendo en cuenta, por un lado, la edad media en la que es más frecuente sufrir patologías de origen neurológico (accidente cerebrovascular, ictus, Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, entre otras) oscila entre los 20 y los 64 años de edad, y que es una edad medianamente temprana; y por otro, la incidencia de las nuevas tecnologías en la vida diaria de las personas en este rango de edad cobra mayor sentido el uso de las nuevas tecnologías y Realidad Virtual (RV), ya que proporciona la **motivación** para que los usuarios alcancen el más alto nivel de mejora funcional mediante entrenamientos que fomentan la superación regulada por niveles de dificultad.

La Realidad Virtual también permite la creación de tratamientos más individualizados para cada paciente, graduando la dificultad, intensidad e interacción ambiental y suelen ser sistemas considerados más seguros por parte de los usuarios, a la vez que atractivos e intuitivos, lo que facilita la relación terapeuta-usuario y favorece la recuperación. Por otro lado, permite la evaluación constante mediante datos de nivel de superación, tiempo de dedicación, fallos realizados, etc., que proporcionan feedback visual al paciente, predisponiendo a la superación y mejora continuada para superar las medias dentro del propio juego.

En la actualidad, existe una gran variedad de juegos que pueden destinarse para la rehabilitación y mejora funcional y de las capacidades cognitivas, y no solo aquellos creados específicamente para ello, lo que hace que la recuperación sea más amena, pues pueden participar de ella el entorno social y familiar de la persona, enfocando la recuperación como parte del ocio de la persona y ya no simplemente recuperación en sí misma, lo que favorece la predisposición y mejora la autoestima de los pacientes.

4. ÁMBITO TERRITORIAL

La **Asociación Neurorehabilita** tiene un centro autorizado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha con el n.º 4508299/4517107, en la Avda. del Príncipe Felipe, 47, en Talavera de la Reina (Toledo). No obstante, el ámbito de intervención de la entidad es provincial, abarcando Talavera de la Reina y su provincia, así como todos los municipios de su comarca, siendo la intervención en zonas rurales prioritaria para el desarrollo de todos nuestros proyectos. Actualmente, la asociación tiene su mayor ratio de intervención en la zona de Jara, sierra de San Vicente, Campana de Oropesa y en la localidad de Talavera de la Reina, llevando a cabo sus proyectos de manera itinerante, de tal forma, que son los propios profesionales quienes se desplazan hacia las zonas rurales para llevar a cabo la intervención.

5. BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán las personas afectadas de Daño Cerebral tanto en **etapa infantil como en etapa adulta**. Actualmente la asociación atiende a un total de 70 personas con daño neurológico en diferentes franjas de edad y con distintas intensidades de afectación y a sus familias.

Los usuarios de nuestro programa deben cumplir los siguientes criterios para la inclusión:

- El paciente presenta alteraciones como consecuencia de una lesión cerebral aguda, subaguda o de 3-4 años de evolución
- Estabilidad clínica suficiente que permita realizar rehabilitación
- Buena situación funcional previa al episodio
- Edad: Infantil y menor de 80 años.

En aquellos casos superiores a 80 años se realizará una valoración individualizada y global atendiendo al menos a las siguientes variables: Estado cognitivo previo, funcionalidad previa, pronóstico de la lesión cerebral, comorbilidad y apoyo familiar.

6. OBJETIVOS

OBJ-1. Ofrecer una atención integral al paciente afectado por daño cerebral.

OBJ-2. Poner en valor y en desarrollo nuevas prácticas y terapias innovadoras.

- OBJ-3.** Evaluar las secuelas del daño cerebral y las dificultades que estas provocan.
- OBJ-4.** Reeducar y compensar las secuelas del daño cerebral para reducir la discapacidad.
- OBJ-5.** Prevenir complicaciones futuras de las secuelas del Daño Cerebral o de la propia lesión cerebral.
- OBJ-6.** Promover el uso de terapias innovadoras basadas en las nuevas tecnologías y en la realidad virtual.
- OBJ-7.** Convertir a la asociación Neurorehabilita en un espacio de referencia en cuanto al tratamiento del daño neurológico.
- OBJ-8.** Capacitar a la persona afectada convirtiéndola así en paciente experto.
- OBJ-9.** Establecer un espacio para la concreción y desarrollo del plan de vida de la persona.
- OBJ-11.** Formar en nuevos tratamientos y metodologías de intervención a los profesionales sociosanitarios.

7. ACTIVIDADES

7.1 Actividades asistenciales y rehabilitadoras.

7.1.1 Entrevista inicial.

Nos va a facilitar conocer el problema actual del paciente, el tipo de daño cerebral, las consecuencias que supone para la conducta del paciente y la manifestación de esta en los contextos donde se desenvuelve, información que nos proporciona estrategias de evaluación para determinar qué tipo de procedimientos serán más funcionales para cada caso. Vamos a obtener información acerca de su personalidad, habilidades motoras, cognitivas y de comunicación, hábitos de estudio y de trabajo, comportamiento interpersonal, intereses, habilidades y dificultades en la vida diaria ...

La entrevista inicial supone el primer contacto que tiene el paciente con el equipo de profesionales de la entidad. En esta entrevista asiste la persona interesada y su familia (si así lo consideran). Los **objetivos** de esta primera entrevista son los siguientes:

- Recoger toda la información que el paciente y su familia trasladen, así como toda aquella información que el equipo de profesionales considere de su interés para la intervención.
- Solicitar toda la documentación necesaria para su valoración.
- Realizar una primera valoración, tanto de la persona, de su familia como de su entorno. Teniendo siempre en cuenta sus intereses, motivaciones, plan de futuro, etc.
- Aplicar pruebas estandarizadas y no estandarizadas.

Esta primera entrevista constituye la primera toma de contacto entre el profesional que realiza la valoración y la persona interesada en el programa, en ella se extrae información relacionada con: la historia formativa y/o laboral, historia personal, historia familia y social, intereses y motivaciones y sobre el diagnóstico de habilidades y los déficits o complicaciones existentes para la persona.

7.1.2 Terapia Ocupacional.

El papel fundamental del terapeuta ocupacional en este servicio es el de valorar:

- Por un lado, tanto las habilidades cognitivas como las motoras, perceptivas y psicosociales, y
- Por otro lado, las capacidades para desempeñar las AVD (actividades de la vida diaria) y las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).

El objetivo es que nuestro paciente consiga realizar las actividades de la vida diaria, no solo de manera independiente, sino también con una buena calidad de movimiento. Es importante que los logros motores, sensoriales, cognitivos, lenguaje...que se consigan, sean aplicados y se refuercen a través de las actividades la vida diaria, permitiendo que se realicen con mayor seguridad y autonomía

La valoración la realizará utilizando unas escalas de registro estandarizadas para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Barthel), para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton), en la valoración Cognitiva (Lobo). Estas escalas son generales para los usuarios del programa, pero podrán utilizar otras escalas más específicas dependiendo de la situación basal que presenten y los objetivos planteados.

En las valoraciones específicas de daño cerebral sobrevenido utilizaremos escala Fugl-Meyer, Timed up and Go y Ashworth Escala. En la valoración se utilizará además cómo herramienta de uso la observación directa por parte del profesional

Con esta valoración quedarán recogidos datos objetivos y subjetivos en el Plan Individualizado de Atención (PIA) que proporcionan una visión general de cómo se encuentra el usuario. Tras la evaluación se planifican los tratamientos específicos dirigidos a fomentar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria (dentro y fuera de su domicilio habitual), prevenir la dependencia, y fomentar la sociabilidad y evitar el aislamiento social.

Según esto las funciones generales del terapeuta ocupacional son:

- Evaluar las capacidades e intereses del usuario.
- Analizar los datos recogidos para realizar un diagnóstico ocupacional.
- Planificar el tratamiento (definir objetivos, elegir estrategias de intervención y llevarlas a cabo).
- Realizar una evaluación continua.
- Colaborar con el resto del equipo multidisciplinar.

Y todas estas funciones del área ocupacional se desarrollarán en los siguientes

Programas:

- De ABVD y AIVD
- De Funcionalidad (Movilidad, Desplazamientos, Accesibilidad, control de caídas y psicomotricidad)
- Estimulación cognitiva
- Actividades recreativas (Ocio y tiempo libre, nuevas tecnologías y adaptación a la vida moderna y Ludoterapia)
- Inclusión en la comunidad

Cada ocupación pone en juego una serie de habilidades o destrezas humanas fundamentales, que son necesarias para la realización de las diferentes actividades la vida diaria. La imposibilidad de llevarlas a cabo, puede estar condicionado por un déficit cognitivo-conductual, tanto como por déficits motores.

La dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria está directamente relacionada con el grado de afectación de los componentes de ejecución. Algunos de los déficits que podemos observar en personas en situación de dependencia:

– **A nivel cognitivo:**

Alteraciones en memoria, procesos atencionales, orientación de tiempo, espacio y persona, capacidad de aprendizaje, secuenciación de acciones, planificación y organización de tareas, capacidad de iniciar y finalizar una tarea...

– **A nivel psicopatológico:**

Labilidad emocional, apatía, impulsividad, rigidez mental...

– **A nivel motor:**

Aumento o disminución del tono muscular, pérdida de amplitud de movimientos, disminución de la fuerza, temblor, alteraciones de la sensibilidad...

La persona debe ser estimulada para realizar las AVD de la forma más independiente posible. Por ello alentar a la persona en situación de dependencia a realizar la actividad por sí mismo debe ser prioritario.

Mantener el funcionamiento ocupacional es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, alteración de conductas, desesperanza... Continuar realizando actividades en la medida que sea posible, contribuye a la orientación, establecimiento de rutinas, disminución de conductas disruptivas, fomentar el sentimiento de utilidad y conservar la identidad personal.

Con todo ello contribuiremos a mantener la independencia y en definitiva **augmentar la calidad de vida**, tanto de la persona en situación de dependencia como de sus cuidadores.

Trabajamos con una serie de estrategias que nos pueden ayudar a mantener la autonomía, siempre dependiendo de las diferentes afectaciones a nivel cognitivo, psicopatológico y/o motor que podamos encontrar:

- **Simplificar y secuenciar las tareas:** Facilitan la realización de la actividad y proporcionan mayor confort y comodidad al afectado y a los cuidadores. Permiten conservar la energía y establecen prioridades en el día a día, con períodos de descanso.
- **Mantenimiento de un posicionamiento adecuado:** Mejora la funcionalidad de los brazos y compensa la falta de fuerza de movimientos en contra de la gravedad. Se disminuyen los tiempos de trabajo en sedestación, se utilizan posiciones corporales que faciliten la integración corporal

- **Dispositivos de apoyo:** Conjunto de recursos de ayuda que facilitan la realización de la actividad, disminuyendo la carga y los requerimientos físicos para realizarla. Su uso será aconsejado una vez que se considere que a nivel funcional hemos sacado el mayor partido posible.
- **Modificación del entorno:** adaptando los diferentes espacios en función de las necesidades y el grado de deterioro.
- **Colaboración de la persona:** Si la persona en situación de dependencia no es capaz de realizar la tarea de forma autónoma, siempre que sea posible, debemos facilitar el acceso a las tareas que sí es capaz de hacer, aunque tarde más tiempo del habitual. Podemos ofrecerle apoyo verbal o pequeñas instrucciones.

7.1.1 Psicología.

El objetivo principal es solucionar de una forma parcial o total las secuelas que haya ocasionado el daño cerebral, o en caso de que la recuperación total sea complicada, brindar las herramientas necesarias al paciente para integrarse nuevamente a su vida cotidiana.

Algunas formas de neurorrehabilitación son las siguientes:

- Mejoría de la atención y el aprendizaje, con estrategias que permitan optimizar la manera de aprender y concentrarnos.
- Problemas de memoria, con terapias orientadas según la causa, como demencias o infartos cerebrales.
- Rehabilitación del lenguaje y problemas de comunicación, lectura y escritura.

El psicólogo colaborará en el diseño general del Plan Individualizado de Atención que marcará las líneas generales de actuación de los distintos profesionales, diseñando específicamente su área de intervención.

La psicología ayuda al paciente de un modo integral, se centra en todo el contexto del paciente y no solo en la enfermedad que lo afecta. Es muy importante conocer cómo es el día a día del paciente, tanto antes como después del daño cerebral, conocer sus relaciones interpersonales y familiares, su núcleo de apoyo. La escolaridad, actividades recreativas y estado emocional son también parte fundamental del abordaje.

De esta manera es posible comprender el impacto que genera el daño cerebral en cada uno de los pacientes y a partir de este conocimiento, determinar cuáles son las herramientas que más se adecúan a cada uno.

Para lograr esto se realizará una exploración neuropsicológica, es decir, una serie de evaluaciones especializadas, que consisten en pruebas, tests o actividades para establecer un diagnóstico y poder iniciar con el plan terapéutico.

Durante el período de rehabilitación es muy importante el apego y la consistencia con la terapia, pues hay que comprender que el cerebro estará “en entrenamiento” para lograr su recuperación.

Una manera de ver el avance y la mejora será a través de metas y objetivos que se propondrán en cada una de las sesiones, de tal modo que tanto el paciente como la familia puedan conocer el impacto de la neurorrehabilitación.

Las valoraciones psicológicas se realizarán en el plano cognitivo y afectivo. Por lo que respecta a la valoración del estado afectivo, evaluaremos la ansiedad y la depresión. Y con relación al estado cognitivo del sujeto, es necesario realizar una valoración neuropsicológica (psicólogo y terapeuta ocupacional) más amplia, que incluya componentes generales, y una parte específica por áreas (atención, memoria, lenguaje, reconocimiento de objetos, capacidad de ejecución); no debiendo olvidar la valoración funcional que nos informe de las repercusiones del posible deterioro cognitivo en la funcionalidad del sujeto.

Los programas serán específicos para las áreas que se quieran potenciar o mantener, pudiendo centrarse en estimulación cognitiva, psicomotricidad, automatismos, etc. Cada uno de ellos se realizará siempre en colaboración con los demás profesionales del programa. Las intervenciones puntuales se dirigirán a tratar trastornos conductuales o de salud, las cuales tienen especial incidencia en personas por ejemplo con daño cerebral. Otro de los objetivos con relación a la familia es el potenciar la formación de grupos de autoayuda y grupos de terapia psicológica, especialmente útiles en este colectivo, así como la terapia familiar.

Los grupos de ayuda pretenden constituir un lugar de encuentro común en el que poder expresar sentimientos derivados del cambio sufrido por la persona en situación de dependencia. Además de compartir situaciones cotidianas complicadas y las estrategias desarrolladas por cada uno de los familiares para su resolución. Se trata de propiciar el

sentimiento de empatía facilitando la comprensión mutua para apoyar en el proceso de aceptación. También en este contexto se puede aportar la formación en el manejo de situaciones de estrés, de las relaciones afectivas, y la asunción de nuevos roles familiares; aprendizaje de estrategias como el asertividad y la manifestación de sentimientos. A través del trabajo en grupo se puede facilitar la concienciación de la actitud adquirida ante su familiar (sobrepotección, falsas expectativas...) e identificar en la familia quien desempeña la figura de cuidador principal para atenderle especialmente.

En este servicio se realizarán los siguientes Programas:

- Programa de ajuste conductual y emocional: evaluación y tratamiento de posibles alteraciones del comportamiento y/o trastornos emocionales.
- Programa de lenguaje
- Programa de memoria y orientación
- Programa de concentración y cálculo
- Programa de funciones ejecutivas
- Programa de intervención psicológica: fomentar los grupos de autoayuda que permiten satisfacer necesidades humanas básicas como: la seguridad, el afecto, el sentido de pertenencia, y la autoestima.

7.1.2 Logopedia.

La logopedia dentro de nuestro proyecto tiene como objetivo fundamental potenciar y facilitar la **comunicación de la persona**, esto debe verse reflejado tanto en el ámbito familiar como en el social. Es por ello que la función del logopeda no es sólo enseñar a hablar correctamente, sino proporcionar a las personas que lo necesitan un sistema de comunicación que les permita expresarse, ya sea, mediante lenguaje oral, escrito, gestual, pictográfico o cual SAACs (Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación) que se adecúe a la persona.

La logopedia está enfocada su actuación a la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las patologías del lenguaje manifestadas a través de trastorno en la voz, en el habla, la comunicación y en las funciones orofaciales.

Los tratamientos de rehabilitación son fundamentalmente individualizados y se inician tras la evaluación de las alteraciones y un diagnóstico. La programación de los

tratamientos se realiza a partir del análisis de procesos lingüísticos afectados y de las capacidades preservadas, y queda abierta para cualquier modificación o replanteamiento en los objetivos que haya que hacer en el periodo rehabilitador.

El objetivo de la intervención es que el sujeto pueda desenvolverse lo mejor posible en situaciones reales de comunicación. Utilizamos preferentemente materiales y actividades funcionales y de uso en la vida cotidiana y se dan pautas para mejorar la interacción del paciente en situaciones comunicativas. Como parte del tratamiento se incluye el asesoramiento a la familia.

Existen muchos trastornos que dificultan el deterioro del lenguaje y del habla, entre nuestros pacientes los más comunes son los siguientes:

- **Afasia:** Es la pérdida de la habilidad para entender o expresar el lenguaje hablado o escrito. Comúnmente se presenta después de accidentes cerebrovasculares o lesiones cerebrales traumáticas. Puede ocurrir en personas con tumores cerebrales o enfermedades degenerativas que afectan las zonas del cerebro que controlan el lenguaje.
- **Disartria:** Se trata de la dificultad para expresar ciertos sonidos o palabras, se trata de un lenguaje mal pronunciado y el ritmo o la velocidad del discurso cambia. Por lo general, un trastorno nervioso o cerebral les ha dificultado el control de la lengua, los labios, la laringe o las cuerdas vocales, que producen el lenguaje. La disartria, que es la dificultad para pronunciar palabras, a veces se confunde con la afasia, que es la dificultad para producir el lenguaje.
- **Alteraciones de la voz:** Todo lo que cambia la forma de las cuerdas vocales o la forma en que éstas trabajan causará una alteración de la voz. Las neoplasias, como nódulos, pólipos, quistes, papilomas, granulomas, y los cánceres pueden ser los culpables. Estos cambios pueden provocar que la voz suene diferente de la forma como normalmente lo hace.

Dentro de la comunicación intervienen un factor común en todas las prácticas de las terapias de la voz, se trata de la respiración. La finalidad de ejercitar este aspecto es readaptar el mecanismo respiratorio del paciente, consiguiendo así aumentar la amplitud, velocidad y silencio inspiratorio y control consciente y preciso del soplo fonatorio.

7.1.3 Fisioterapia.

El objetivo principal de la fisioterapia es recuperar el **movimiento independiente** y en el daño cerebral la activación de la neuroplasticidad. Una de las mejores formas de activarla es la práctica masiva de ejercicios enfocados a tareas específicas que ayudan a reforzar la demanda de estas funciones. Nos centramos en que el paciente adquiriera una mayor variedad de habilidades motoras y respuestas funcionales.

Trabajar la fisioterapia y la actividad física en pacientes con daño cerebral adquirido es fundamental para evitar los daños de la inactividad, los cuales dan lugar a una gran variedad de enfermedades crónicas, como las enfermedades del corazón, diabetes y la obesidad. Además, llevar a cabo un ejercicio regular y periódico impacta positivamente en el autoconcepto y en la constancia, así como en la liberación de endorfinas propias de cuando realizamos una actividad física.

Algunos de los objetivos principales a llevar a cabo durante el programa.

- Mantener y mejorar la amplitud articular, permitiendo una movilidad adecuada para realizar las actividades de la vida diaria.
- Mantener el tono muscular y estimular la circulación sanguínea.
- Reeducar los patrones de la marcha, así como enseñar estrategias para superar los bloqueos.
- Reforzar la coordinación de los movimientos.
- Equilibrio
- Fuerza
- Resistencia

El éxito del programa se basa tanto en el análisis y evaluación de las limitaciones del paciente como de la propuesta de unos objetivos reales plasmados en el PIA de cada uno:

- Valoración previa de las limitaciones físicas
- Objetivos realistas con implicación del paciente y su familia.
- Prescripción de unos programas basados en las actividades de la vida diaria.
- Planteamiento de programas flexibles con periodos frecuentes de descanso

La primera actuación por parte del fisioterapeuta es la realización de una valoración inicial que será incluida en el PIA de cada paciente, cada 6 meses se realizará una

reevaluación de estos parámetros para ajustar objetivos de tratamiento y los resultados serán incorporados en la Historia Clínica del usuario que estarán en su PIA.

Desde Fisioterapia se utilizarán diferentes escalas de valoración para determinar el programa de tratamiento adecuado a cada uno, utilizaremos escalas estandarizadas generalizadas para la valoración del paciente y en caso de tener un diagnóstico específico de una patología utilizaremos escalas específicas para su valoración y poder realizar una medición lo más acertada posible. Así utilizaremos la goniometría para el recorrido articular, utilizaremos la escala de valoración de la fuerza muscular, escala de dermalgias reflejas, Tinetti, Escala de Riesgo de Caídas (DOWTON), Asia, Asworth, EVA (Escala Visual Analógica) para el dolor, valoración de los pares craneales...

Los diferentes programas a realizar son los siguientes:

- Programa de funcionalidad
- Programa respiratorio
- Programa de reeducación neuromuscular
- Programa de ejercicio pasivo
- Programa de entrenamiento vestibular
- Programa de marcha
- Programa de entrenamiento inducido por restricción
- Programa de uso forzado

7.1.4 Atención familiar.

El daño cerebral adquirido supone un fuerte cambio para toda la unidad familiar y para el círculo cercano de la persona, todos ellos se encuentran afectados por esta nueva situación, en especial y con mayor intensidad la familia más cercana y con la que convive la persona a diario.

La noticia que recibe la familia sobre una situación de enfermedad con secuelas neuronales y cerebrales que pueden ser temporales o permanentes en un miembro de su familia provoca una serie de situaciones sobre las que tenemos que intervenir en el aspecto social y afectivo emocional, algunas de ellas son:

- Estado de shock ante una situación inesperada.
- Incertidumbre hacia el futuro, qué necesitará, cómo mejorará, cuánto tiempo necesitará, ¿podrá ser autónomo?, ¿necesitará ayuda?

- Frustración por no poder ayudar más a su familiar.
- Sentimientos de rabia e ira por preguntarse por qué les ha ocurrido a ellos.
- Sentimientos encontrados de alegría y decepción por periodos de recuperación frente a otros en lo que no evoluciona o se estanca el desarrollo.
- Resignación ante la situación y adaptación, lo que no quiere decir que sea una aceptación, en muchos casos la familia se adapta ante la situación que tienen, pero no llegan a aceptar por qué les ha sucedido a ellos.

A lo largo de todas estas etapas por las que pasarán las familias debemos de estar presentes para dar el apoyo que requieran, en este caso, el presente proyecto contempla la figura de un trabajador social quien acompañará a las familias a lo largo de toda su etapa.

- **Informar, orientar y asesorar:** Una de las mayores necesidades de las familias es la información sobre todo lo relacionado con el daño cerebral adquirido, tratamientos, efectos, recursos existentes, prestaciones, ayudas y apoyos técnicos, etc.
- **Formación:** La formación tanto al paciente como a la familia es una parte fundamental de este proyecto. Es necesario poder formar a las familias sobre la nueva situación a la que se enfrentan para ofrecer los mejores cuidados y el mejor apoyo para la persona afectada, del mismo modo, formar a la persona es vital para aumentar su calidad de vida y su autonomía personal.
- **Proporcionar apoyo emocional:** Durante todo el proceso que pasa la familia y la persona cuando se encuentra afectada por un daño cerebral adquirido, requerirán de un apoyo emocional que prestará el trabajador social, esta figura es un facilitador y un asesor tanto para la familia como para la persona, realizando un proceso de escucha activa y de comprensión a lo largo de todas sus etapas, normalizando todo tipo de sentimiento y sin juzgar sobre sus pensamientos.
- **Acompañamiento:** Hay que llevar a cabo un acompañamiento a lo largo de todo el tratamiento de rehabilitación y recuperación. Es fundamental tener en cuenta que las situaciones no son estáticas, son cambiantes, y cada familia y persona requiere de una serie de procesos y de necesidades, por lo que debemos de ser

flexibles y acompañar a lo largo de todas las etapas adaptándonos a lo que la familia y la persona requiera en cada momento.

- **Facilitar recursos:** El trabajador social ejerce un gran papel facilitando a las familias y a la persona toda la información relativa a los recursos de los que se puede beneficiar. Si no se ha tenido relación alguna anteriormente con todos los trámites relativos a la situación de dependencia o de discapacidad es complicado conocer cuáles son los recursos y prestaciones a las que tiene derecho, así como tramitar todas las ayudas de las que se puede beneficiar.

Las actividades que se llevarán a cabo en la fase de atención familiar son las siguientes:

- **Acogidas:** Las acogidas son un espacio de reunión entre la familia, la persona y el trabajador social, estas se ocasionan en el primer momento coincidiendo con la llegada al proyecto o servicio del usuario, así como, a lo largo de toda su intervención. En estos espacios se proporciona un clima de confianza, tranquilidad y de armonía con el fin de que las familias puedan sentirse cómodas para poder tratar los temas que les interesen.
- **Reuniones de valoración y evaluación:** Se llevarán a cabo reuniones de valoración y evaluación periódicas, ya que, las situaciones no son estáticas, por lo cual debemos de estar en continuo cambio para podernos adecuar a las necesidades de cada etapa, haciendo de este modo una valoración de la situación y una evaluación de los objetivos individuales que fueron planteados en un inicio.
- **Grupos de apoyo:** Estos grupos están integrados por familias de personas con daño cerebral adquirido, en el cual se reúnen para darse apoyo de manera mutua, tratando temas de interés general y dando soluciones a través de la experiencia de otras personas que han pasado por situaciones similares.
Este grupo está gestionado y mediado por un trabajador social, y en ocasiones acompañado por la psicóloga de la entidad.
- **Escuelas de familias:** Las escuelas de familias es un espacio de formación en diferentes temas, pueden ser: del ámbito social, emocional, afectivo, físico, sobre educación, autonomía, etc. Contemplando todo tipo de temas que le preocupen a las familias.

7.2 Realidad virtual con pacientes hospitalizados.

7.2.2. Voluntariado Hospital. Pilotaje de realidad virtual en UCI.

La asociación Neurorehabilita lleva trabajando desde el año 2023 con el Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina para establecer un convenio de colaboración y desarrollar un pilotaje de realidad virtual con pacientes de UCI. Este pilotaje supondría un gran avance en cuanto a la intervención dentro del propio hospital, ya que, actualmente los pacientes no tienen acceso a terapias de estas características durante su hospitalización.

Este pilotaje contempla la intervención en dos vías:

- **PACIENTES CON DAÑO NEUROLÓGICO:** el uso de la realidad virtual y nuevas tecnologías irá dirigido tanto a pacientes con un daño neurológico agudo o aquellos pacientes que presentan ya una evolución y pueden beneficiarse de nuestro tratamiento.

En estos casos pretendemos una intervención rehabilitadora donde se produzcan avances por el número de repeticiones, la motivación del paciente, la posibilidad de ofrecer un entorno virtual enriquecedor para ellos, disminución del dolor al variar el foco atencional...

- **PACIENTES EN UCI:** para retirada de drenajes, pacientes ventilados mecánicamente, reducir los niveles de estrés y ansiedad, mejorar la activación muscular, disminuir el estado confusional y de delirio...En estos pacientes buscamos unos niveles más bajos de ansiedad, visualizaciones de movimiento y movimientos asistidos para prevenir el trofismo muscular, mejorar los niveles de atención y disminuir la confusión cognitiva...

El principal objetivo que perseguimos con la puesta en marcha de este servicio de voluntariado es favorecer los programas de humanización del Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado encaminado a facilitar y mejorar la estancia de los pacientes dentro del complejo hospitalario. Mediante el uso de estas técnicas los pacientes se encontrarán en entornos elegidos por ellos mismos que se adecuan a sus preferencias y gustos para conseguir desde su motivación poder realizar una intervención con una garantía de éxito

Para desarrollar este pilotaje está siendo necesaria la firma de un convenio de colaboración entre el SESCAM y nuestra entidad, con el fin de poder intervenir en base a los objetivos marcados.

8. METODOLOGÍA

La metodología que se va a emplear por un lado va a ser la **planificación centrada en la persona/familia**. Lo que quiere decir que se trabajará en base a las necesidades y demandas de las familias y de la persona, poniendo siempre al individuo en el centro de todos los tratamientos, trabajando en base a sus demandas y a sus objetivos personales, dándole de esta forma a la persona las riendas de su vida. Además, dentro de esta metodología hay que incluir una figura fundamental para el desarrollo de todo este proyecto, se trata del **paciente experto**, esta persona no es sólo un paciente informado sobre su enfermedad, sino que se trata de un paciente empoderado, que sabe y puede luchar sobre sus derechos y por conseguir la mejor asistencia sanitaria. Es competencia de las entidades, en este caso de la nuestra, capacitar y empoderar al paciente, a través de metodologías que apuesten por poner en valor esta figura, acompañando en todo momento al paciente en su proceso de capacitación y empoderamiento.

Y, por otro lado, se empleará también la metodología de **intervención intensiva**. Lo que quiere decir que se emplearán intervenciones intensivas con el fin de conseguir una rápida recuperación del paciente. Las sesiones se realizarán de forma individualizada y grupal con los usuarios del programa, interviniendo en sesiones de 45 minutos aproximadamente con realidad virtual y el resto de la sesión, en función de las conclusiones derivadas de la evaluación inicial, se repartirán con el resto de profesionales. Al inicio del tratamiento las terapias intensivas serán también individualizadas y con una duración aproximada de dos a tres horas en función del grado de resistencia del paciente. Se intercalarán periodos de trabajo y reposo para no sobrecargar al paciente. En las terapias intensivas los usuarios son tratados con la mayor intensidad posible durante la rehabilitación. El objetivo de la terapia intensiva es ayudar a reaprender y mejorar las capacidades afectadas. La clave para ello es la práctica. Esta terapia ha demostrado ser la más efectiva para conseguir el máximo potencial rehabilitador.

9. CRONOGRAMA

La duración total del programa será de 12 meses inicialmente. Las sesiones durante los dos primeros meses de inicio del tratamiento serán de manera más individualizada e intensiva para poder trabajar sobre la neuroplasticidad cerebral en los primeros meses de aparición DCA y poder conseguir los objetivos planteados. Una vez conseguido los objetivos a corto plazo la forma de trabajo va a ir variando para poder irnos ajustando a las necesidades de cada uno de los pacientes. El tiempo de tratamiento de cada uno va a depender de la afectación y la capacidad de recuperación de cada uno de ellos. Cada paciente funciona de una manera totalmente diferente, no podemos hablar de un patrón común. A medida que vayamos consiguiendo los objetivos establecidos en el plan inicial de intervención, la dinámica de las sesiones irá cambiando, pasando de ser más individualizadas a ser más grupales.

10. RECURSOS

10.1 Recursos personales.

El equipo técnico de la asociación Neurorehabilita lo componen diferentes profesionales de la rama sanitaria y social, creando un equipo transdisciplinar que ofrece acompañamiento y asesoramiento a las personas afectadas y a sus familias, rehabilitación cognitiva, funcional y física, autonomía y rehabilitación lingüística y comunicativa a las personas con daño cerebral adquirido. Este equipo de profesionales será quien lleve a cabo el presente proyecto y lo componen:

- Una **Terapeuta Ocupacional** Diplomada en Terapia Ocupacional y especializada en Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido, con más de veinte años de experiencia en el tratamiento de patologías neuronales y degenerativas.
- Una **Psicóloga** licenciada en psicología y con un master en Salud, Integración y Discapacidad por la Universidad Complutense de Madrid, con una amplia experiencia en el tratamiento psicológico de la persona afectada por daño cerebral adquirido y con sus familias.
- Una **Fisioterapeuta** graduado en fisioterapia con la mención y especialización en actuación fisioterapéutica en Neurología, con una gran experiencia en el

tratamiento de patologías neuronales y neurodegenerativas, en continua formación sobre métodos de intervención innovadores y de vanguardia.

- Una **Logopeda** graduada en logopedia y con una gran experiencia en el trabajo de la rehabilitación lingüísticas y la comunicación de las personas con discapacidad intelectual y física.
- Una **Trabajadora Social** diplomada en trabajo social y con más de diez años de experiencia en la atención y el asesoramiento de las personas con discapacidad intelectual y física y sus familias, así como una amplia experiencia en el desarrollo y la gestión de las entidades del tercer sector.

10.2 Recursos materiales.

En cuanto a los recursos materiales contamos con equipamiento de materiales de intervención y de herramientas específicas para el uso de realidad virtual, pero no son suficientes para la intervención, es necesario poder tener una amplia biblioteca de aplicaciones que puedan ser compatibles con el desarrollo del proyecto y de la intervención con daño neurológico. Además, necesitamos también otro tipo de dispositivos tecnológicos para la intervención, como por ejemplo otras gafas de realidad virtual oculus quest con sensores de movimiento en manos y pies, pizarra digital y otros dispositivos específicos que nos permitan seguir trabajando con terapias intensivas e inmersivas

11. EVALUACIÓN

Este proceso conduce hacia una serie de actuaciones tales como:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar la interrelación con otros procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso.

Al poder ejercer un control continuo sobre los procesos individuales y sus vínculos e interrelaciones dentro del sistema de procesos (incluyendo su combinación e interacción) se pueden conocer los resultados que obtiene cada uno de los procesos y cómo los mismos contribuyen al logro de los objetivos generales de la organización.

Se realizarán valoraciones periódicas para controlar y valorar la evolución del problema de salud y el seguimiento de las indicaciones y pautas aprendidas por parte de los profesionales de la intervención y desarrollo del programa.

Las evaluaciones serán iniciales, procesuales y finales.

También se preguntará sobre motivaciones, aficiones y qué cosas les gustan y no les gustan, para adaptar las intervenciones al usuario, eligiendo los juegos que más se adapten tanto a sus capacidades y características como a sus demandas y motivaciones.

Todas las actividades que se realicen tendrán sentido para ellos, no serán rutinarias. Esto supone que los profesionales adapten las intervenciones, busquen alternativas...por lo que su implicación en este modelo es también determinante.

- Las fases de trabajo del equipo multidisciplinar contemplan:
- Información, valoración y orientación a las personas que acudan al centro
- Entrevistar al nuevo usuario y a la familia para realizar la valoración inicial, que se incluirá en el Plan Individual de Atención.
- Realizar el Plan Individual de Atención. Hacer la reevaluación semestral y el anual del Plan.
- Promover las relaciones con la familia y con la comunidad, favoreciendo la promoción de actividades conjuntas de los residentes con las familias tanto individual como colectivamente.
- Recopilar la Documentación de Atención al usuario, la historia clínica y los diferentes registros para poder tener toda la información sobre su estado y su evolución, para planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona.
- Realizar los protocolos relacionados con sus funciones.
- Realización anual de la memoria que sirva para realizar un balance.

La consecución de los objetivos planteados anteriormente será verificada tanto por los profesionales que acompañan al usuario en cada proceso a través de escalas estandarizadas, como al usar medios tecnológicos que nos permiten graduar las actividades y recoger los datos de cada uno de los pacientes en la consecución de los objetivos con el consiguiente paso a actividades que van aumentando su complejidad en función de los puntos obtenidos

Todos los programas descritos generarán los correspondientes procedimientos de actuación, registros e indicadores, para la evaluación tendrán especial relevancia:

- La evaluación de los procedimientos, así como las incidencias, el programa de quejas, sugerencias y oportunidad de mejora y los cuestionarios de satisfacción.
- Por otro lado, para comprobar la incidencia en la calidad de vida, recuperación y promoción de la autonomía personal e independencia de los usuarios, los procedimientos de intervención generarán indicadores que recogerán los siguientes datos:
 - Cumplimiento de objetivos marcados por cada plan individualizado de atención, analizando las causas que hayan propiciado los no cumplimientos.
 - Comparativa de escalas de valoración que permita contrastar las tasas de recuperación por periodos anuales.

El uso de la tecnología nos permite medir datos biométricos de cada paciente y establecer comparaciones entre los resultados obtenidos para poder representar gráfica evolutiva de los mismos.