

Diagnóstico, prognosis y tratamiento

Hay dos tipos de daño cerebral, el progresivo (en el que entran enfermedades como el Alzheimer o la parálisis cerebral infantil), y el adquirido (provocado, por ejemplo, por un traumatismo craneoencefálico). El curso «Estimulación cognitiva del daño cerebral», dirigido por Andrés Pérez Melero, profesor del Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, centra su atención en el daño cerebral adquirido. De ahí que gran parte de las prácticas del curso se hagan en centros como el Instituto Provincial de Rehabilitación y el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral, en los que se diagnostica con precisión, se pronostica y se trata a los pacientes.

TEXTO: JAIME FERNÁNDEZ



Las dos imágenes que rodean estas líneas fueron tomadas durante la visita que hicieron los estudiantes del curso al Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

A. MATILLA

«¿Quién tiene la Nintendo?», pregunta Andrés Pérez Melero, el director del curso. Una alumna latinoamericana levanta la mano. El profesor le acerca un juego nuevo, el «Big Brain Academy» y le anima a que lo utilice junto al «Brain Training» que ya tiene en casa. Dejar a los estudiantes una consola es algo novedoso en esta edición del curso. Pérez Melero asegura que esos dos productos para la consola son juegos, pero «su uso, bien desarrollado por neuropsicólogos, permite que sean realmente efectivos como estimulación cognitiva». Además hay un valor añadido y es que la juventud conoce a la perfección el mundo de las consolas y su uso no requiere un gran esfuerzo.

Algunos de los estudiantes de este curso son Iván Linares, de México, Sandra Lorena Bermúdez, de Colombia, y Emma Tarragó, de Madrid. Cada uno de ellos representa una formación distinta. Iván estudia medicina, Sandra Lorena es fisioterapeuta y Emma es psicóloga. Los tres han descubierto que tenían lagunas en su formación que este curso les ha permitido llenar. Es cierto que a todos les hubiera gustado tener más prácticas, pero es algo que sucede desde la primera edición de este curso (el mismo año que comenzó la Escuela Complutense de Verano). No es que tengan pocas prácticas, sino que los alumnos están tan motivados que siempre quieren más. De hecho consideran que lo ideal sería tener un paciente para cada uno.

PRÁCTICAS

Después de introducir a los alumnos en la teoría sobre el daño cerebral y sobre las funciones específicas y comunes del equipo asistencial, así como darles a conocer los aspectos sociosanitarios, legales y éticos, se pasa a la parte práctica, que es la más deseada por los alumnos.

Una vez en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), lo normal es dividir la clase en grupos para que puedan valorar sesiones realizadas por especialistas del centro. La mayor parte de las ocasiones, los estudiantes no asisten directamente a una sesión, sino que la siguen por vídeo. El director considera que así es mejor, porque permite detener la grabación en cualquier momento y realizar análisis pedagógicos más completos. Eso sí, otras veces a los pacientes no les importa que haya un grupo de estudiantes mientras les atiende, por ejemplo, un neuropsicólogo, e incluso acceden a que los alumnos hagan preguntas. Siempre, es evidente, con el asesoramiento del profesional.

Las prácticas suponen más o menos el 50 por ciento de las clases y son la base del trabajo final que servirá para evaluar a los estudiantes. Lo que tienen que presentar es un supuesto práctico en el que diseñan una estrategia global de estimulación cognitiva de los pacientes.

CAUSAS Y PREVENCIÓN

El daño cerebral adquirido tiene múltiples causas. El director médico del CEADAC, Luis Gangoiti, asegura que la más común es el traumatismo craneoencefálico, que está motivado

Si se lleva a cabo un programa de estimulación cognitiva en pacientes que han sufrido daño cerebral se puede hablar de una mejora de un 40 por ciento más que si no se realiza dicho programa

principalmente por los accidentes de tráfico, seguidos por los de trabajo y los de deportes de riesgo. Los daños cerebrales también pueden producirse por isquemias y hemorragias. Existe además un tercer grupo de causas, que son secuelas de tumores, infecciones y paradas cardiorrespiratorias. Hay, eso sí, medidas preventivas para minimizar



A. MATILLA

algunos de los riesgos que provocan el daño cerebral.

En lo que respecta a los accidentes de circulación, la Dirección General de Tráfico elabora una

exhaustiva lista en la que se encuentran, entre otros, el uso del cinturón de seguridad en los automóviles y el casco en las motocicletas. En lo que respecta a los accidentes de trabajo también existe una legislación que regula el uso de materiales que minimicen los riesgos, aunque es cierto que el número de accidentes en el trabajo no disminuye demasia-

do. En lo que se refiere a los deportes de riesgo, el doctor Gangoiti no comprende que alguien se pueda subir a una *quad* sin llevar un casco ni por qué alguien se lanza de un puente sin antes verificar la seguridad.

Para la isquemia, o infarto cerebral, sirven las mismas recomendaciones que para el infarto de miocardio. Es decir, vida sana, reducción del colesterol, una buena dieta, algo de deporte... Más difícil son los demás casos, por ejemplo los de infecciones. Así como en el mundo occidental la distribución de antibióticos está generalizada y las enfermedades infecciosas no suelen provocar daños cerebrales, no ocurre lo mismo en zonas en desarrollo. En lo que respecta a los daños provocados por una parada cardiorrespi-

ratoria, Gangoiti asegura que lo mejor es que las técnicas de resurrección sean tempranas y bien realizadas.

En todos los casos, los programas de estimulación cognitiva sirven para recuperar gran parte de la memoria y, sobre todo, para mejorar la vida cotidiana. Gangoiti considera que «si se lleva a cabo un programa de estimulación se puede hablar de una mejora de un 40 por ciento más que si no se realiza». Es cierto que hay unos primeros meses en los que la recuperación puede ser espontánea, pero más allá de los seis u ocho meses del daño cerebral es necesaria la ayuda de los especialistas. Conseguir que varios profesionales sean capaces de diseñar esos programas de estimulación cognitiva ha sido el objetivo de este curso. □

del daño cerebral



A. MATILLA



TC

La causa más común de daño cerebral adquirido es el traumatismo craneoencefálico, que está motivado principalmente por los accidentes de tráfico, seguidos por los de trabajo y los causados en deportes de riesgo.

A la derecha, el Centro de Magnetoencefalografía de la UCM, otro de los lugares visitados durante el curso. Arriba a la derecha, los profesores Andrés Pérez Melero y Luis Gangoiti

OTROS CURSOS

♦ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CATÁSTROFES Y EMERGENCIAS

El programa de este curso va encaminado a formar a profesionales y estudiantes de últimos años de carrera de distintas especialidades, en el manejo de estrategias de evaluación e intervención psicosocial en situaciones de catástrofe y emergencias. Dirigido por los profesores Manuel Muñoz López y José Juan Vázquez Cabrera, la cuarta edición de este curso se desarrolla en la Facultad de Educación, donde los alumnos además de las exposiciones teóricas tienen la oportunidad de participar en situaciones de *role-play* y simulacros en la propia clase. Si bien todo el curso tiene un enfoque eminentemente práctico, las intervenciones se centran sobre el análisis de casos concretos, profundizando tanto en las estrategias utilizadas y los éxitos conseguidos como en las dificultades encontradas al implementar en el terreno los aspectos teóricos.

♦ LA SALUD DE LAS MUJERES: ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En los últimos veinte años se vienen observando diferencias en la forma de enfermar y morir entre hombres y mujeres. Esto ha dado pie a reflexionar sobre la existencia de un posible sesgo entre ambos sexos en los temas relacionados con la salud, que ha facilitado la llamada «invisibilidad» de la mujer en las áreas de investigación sobre la salud, la formación de profesionales y los cuidados asistenciales. Por ello las profesoras María del Pilar Sánchez López y Virginia Dresch idearon un programa formativo que se mantiene en la Escuela desde su inicio, y que se imparte en la Facultad de Odontología. Los contenidos se confeccionaron para ofertar a los profesionales del campo de la salud una mirada distinta y complementaria de la tradicional, al estar enfocado a la especificidad de la mujer.

♦ PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: PRINCIPALES SÍNDROMES Y SU TRATAMIENTO

Se estrena este curso en la Escuela de Salud y Biomedicina, con un programa enfocado a impartir un conocimiento claro de los síndromes más importantes en psiquiatría infantil y neuropediatría, su tratamiento y técnicas de psicoterapia elementales. Dirigido por los profesores Francisco Montañés Rada, Luis Miguel García Moreno y Javier Expósito Torrejón, plantea unos contenidos relacionados con el estudio de los síndromes, las situaciones especiales a nivel social y legal, diversas técnicas de exploración, tratamiento farmacológico o el estudio de las terapias de aplicación más propicia. Asimismo el programa incluye, entre sus actividades prácticas, la exposición de casos clínicos, una visita a la Fundación Hospital Alcorcón y a otros centros de psiquiatría infantil o la proyección de vídeos y prácticas de *rol playing*.

EL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL (CEADAC) ES EL ÚNICO RECURSO PÚBLICO ESPECIALIZADO EN TODA ESPAÑA PARA LOS CASOS DE DAÑOS ADQUIRIDOS

Los alumnos del curso «Estimulación cognitiva del daño cerebral» han tenido el privilegio de realizar parte de sus prácticas en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC). Luis Gangoiti, director médico del Centro, explica que estas son las únicas instalaciones públicas especializadas en tratar y valorar a los pacientes y las familias de las personas que sufren un daño cerebral adquirido. Si bien es cierto que existen otros centros privados y concertados que también se especializan en este tipo de daño cerebral, el CEADAC es el que tiene más experiencia por el volumen de pacientes que ven cada año. Gangoiti informa de que en los cuatro años que llevan en funcionamiento, han pasado por sus salas cerca de 500 pacientes.

Para cada uno de ellos se diseña un programa específico de evolución que tiene que estar consensuado con los pacientes (en el caso de que tengan capacidad de decisión) y con sus familiares. Gangoiti asegura que estos progra-

mas se definen en base a un lenguaje común para que puedan ser entendidos por cualquiera. Los familiares casi nunca tienen bastante con los programas establecidos, porque siempre buscan una recuperación integral. Por desgracia, según Gangoiti, eso es imposible e incluso en los casos de daño cerebral leve quedan secuelas. Es cierto que en estas ocasiones las secuelas no son llamativas, pero pueden desatarse en situaciones de estrés o de esfuerzo y se reflejan en aspectos como comportamientos inadecuados, pérdidas de memoria y falta de atención.

El objetivo del CEADAC es que la familia esté dentro del programa de rehabilitación. A veces es duro y por eso el centro ofrece apoyo psicológico a los familiares que lo requieren. En muchas ocasiones la rehabilitación se alarga después de la estancia en el centro, y se tienen que dar unas pautas de comportamiento, pero el director médico tiene claro que «no hay que vivir para hacer rehabilitación, sino justo al revés, hay que hacer rehabilitación para vivir».



A. MATILLA