

Alzheimer: Enfermos y terapia

1-Abstract y key words

Alzheimer's disease is a neurodegenerative disorder that provokes a progressive loss of the cognitive functions, the motor ones and it also produces behavioral changes. The cases of the illness have increased massively in last decades, due to the progressive ageing of the population in the development countries.

Knowing that there's no curative pharmacological treatment, the cognitive stimulation is the only way to keep patients' capacities at the same level and improve their quality of life, by using techniques like therapy with music and psycho-mobility.

Key words: neurodegenerative, cognitive functions, ageing, pharmacological treatment, cognitive stimulation, therapy with music and psycho-mobility.

La enfermedad de Alzheimer es un desorden neurodegenerativo que provoca una pérdida progresiva de las capacidades cognitivas, de las motoras y además produce cambios conductuales. El número de casos de la enfermedad ha aumentado enormemente en los últimos años, debido al progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados.

Sabiendo que no existen fármacos curativos, la estimulación cognitiva es el único modo de mantener sus facultades y de mejorar su calidad de vida, usando técnicas como la musicoterapia y psicomotricidad.

Palabras clave: neurodegenerativo, capacidades cognitivas, envejecimiento, tratamiento farmacológico, estimulación cognitiva, musicoterapia y psicomotricidad.

2. Introducción y justificación del trabajo

La esperanza de vida no deja de crecer, pero esta buena noticia tiene su cara mala: las enfermedades degenerativas como el Alzheimer o la demencia senil están aumentando. Además estos enfermos que hace unas décadas hubieran sucumbido rápidamente ante la enfermedad, ahora pueden vivir mucho tiempo gracias a avanzados tratamientos médicos, con una calidad de vida no siempre tan buena como se desearía. Para intentar mejorar esta calidad de vida, tanto del enfermo como de los cuidadores, numerosas asociaciones han surgido desde la década de los 90, y en este trabajo profundizaremos en el funcionamiento de uno de estos centros, en las terapias que realizan y en los enfermos de Alzheimer.

La explosión social que ha alcanzado el Alzheimer en un mundo occidental cada día más envejecido y con la máxima esperanza de vida de la historia, hace que esta sea una de las enfermedades en la que investigadores y científicos han volcado con mayor ahínco sus esfuerzos en las últimas décadas, desde que se descubriese la enfermedad en 1906. Fue el Dr. Alois Alzheimer quien diagnosticó por primera vez la enfermedad, que posteriormente llevaría su apellido. Auguste, que así se llamaba la enferma presentaba demencia senil a la temprana edad de 51 años; pese a un profundo estudio neurológico del caso por Alzheimer, su disertación clinicopatológica no despertó el interés de la sociedad médica. El Dr. Alzheimer publicó sus observaciones en 1907, sin saber que alcanzaría fama mundial.

En la década de los sesenta, gracias a los avances tecnológicos existentes se concluye que la enfermedad descrita por el Dr. Alzheimer es la causa de demencia más frecuente en personas mayores de 65 años. Esta afirmación supone el pistoletazo de salida para la conquista de la enfermedad, ya que se presenta como un gran problema de salud pública y una alta prioridad investigadora. La sociedad envejecida tomó conciencia de la envergadura de esta epidemia; comenzó así el asociacionismo de familiares de estos enfermos en EE.UU. y a partir de 1990 las asociaciones se iniciaron en España y Europa.

Brevemente reseñaré que la enfermedad es el resultado de la acción perversa de dos proteínas anormales, la amiloide beta y la tau hiperfosforilada, que se acumulan en el cerebro y son tóxicas para las neuronas. Pese al desconocimiento que aún existe de la

enfermedad, cada vez se conoce más y mejor cómo y por qué se producen, y por tanto, cómo se pueden tratar. En este momento hay 11 medicamentos para atacar la enfermedad en distintas fases de experimentación. Los más avanzados son el tramiprosato (Alzhemed) y el R-flurbiprofen (Flurizan) cuyos resultados definitivos serán dados a conocer en 2009. También se estudia la posibilidad de trasplante de células sanas productoras de acetilcolina en el cerebro de las víctimas, ya se ha observado en monos una notable recuperación de la memoria con este tratamiento.

El número de enfermos de Alzheimer es cada vez mayor y el coste económico que supone para los gobiernos el cuidado de estos enfermos es inmenso. Pero es esperanzador el hecho de que el 95% de los grandes descubrimientos sobre esta enfermedad han tenido lugar en los últimos quince años, hace afirmar a los expertos que en la próxima década llegará el control de la enfermedad.

Como digo la dimensión social que ha alcanzado esta enfermedad, me ha llevado a escoger este tema. También han ayudado el padecimiento de la enfermedad por parte de un familiar y la ocupación de otro familiar en el centro, que contándome sus vivencias me despertó la curiosidad y el interés. Y es que lo que más me asombrado de esta enfermedad es su perversidad, pues despoja a la persona de todo atisbo de raciocinio, y lo hace sin que el enfermo pueda ser consciente de su venida.

3. Objetivos

Debido a la dificultad de una investigación propiamente patológica, dada la carencia de conocimientos en la materia y medios de los que disponer, he enfocado el tema desde el punto de vista del estudio del diagnóstico y la valoración de los pacientes, y del estudio de las diferentes técnicas para realizar la terapia cognitiva. Para ello visité durante dos jornadas, dos de los centros que dirige la Asociación Alzheimer Bierzo.

Desde el primer momento, he tenido como objetivo no realizar una simple observación y estudio del funcionamiento del centro y de cada departamento, sino acompañarla de una actividad clínica, terapeuta y de investigación en la medida de lo posible, extrayendo las conclusiones pertinentes. Para ello me he centrado en grupos de pacientes de las 3 fases de la enfermedad (fase inicial, moderada y avanzada), guiado y

aconsejado por la terapeuta, psicóloga, fisioterapeuta y demás personal profesional del centro, y acorde con las actividades que se realizan en cada uno de los departamentos.

4. El Centro y sus características principales

La Asociación Alzheimer Bierzo se constituyó en el año 1998 por deseo de un grupo de familiares de enfermos, el apoyo de algunos voluntarios y la ayuda de profesionales del CEAS del ayuntamiento de Ponferrada. El centro de día en Ponferrada está destinado a atender de una forma integral a todos los enfermos con demencia tipo Alzheimer, que conserven ciertas capacidades cognitivas y conductuales que permitan la integración con otros. Dicha asociación es de naturaleza privada, con carácter benéfico y sin ánimo de lucro.

El centro Terapéutico de día permanece abierto todos los días, menos festivos que caigan entre lunes y viernes y ofrece una estancia completa (desde las 10 h hasta las 18:30 h), o una estancia por turnos de mañana o tarde. Además se ofrece un servicio de transporte y de comida. Mi labor se llevó a cabo principalmente en los talleres de memoria del centro de detección de demencias y en el centro terapéutico de día.

4.1 Ubicación

El centro Terapéutico de Día para Enfermos de Alzheimer está situado provisionalmente en la cuarta planta de la residencia Mixta de Personas mayores de la gerencia de Servicios Sociales de la Junta, en la calle Ramón González Alegre en Ponferrada, hasta la construcción de un edificio propio. El ámbito de actuación es comarcal. En El Bierzo, contamos con una población muy envejecida, estudios recientes informan del elevado número de personas que padecen demencia en nuestra comarca, siendo una de las zonas con más afectados de toda la Comunidad Autónoma.

4.2 Objetivos del centro

- Enlentecer en la medida de lo posible el proceso de la enfermedad, ya que aunque no se pueden recuperar las facultades perdidas, se pueden mantener mediante el desarrollo de actividades terapéuticas.
- Aliviar a la familia de la dependencia que supone tener una persona en el hogar con algún tipo de demencia.
- Asesorar e informar en cuestiones médicas, psicológicas, legales y económicas o de asistencia social relacionadas con el Alzheimer.
- Informar y sensibilizar a la sociedad.

4.3 Programa y servicios

El programa que sigue el centro se basa en un desglose de actividades diarias a lo largo de la semana, llevado a cabo por la Terapeuta ocupacional y la Psicóloga variando distintos talleres: Estimulación Cognitiva, Estimulación Psicomotriz, Taller de dramatización, Taller de ocio y entretenimiento, Laborterapia, Musicoterapia..., que explicare en próximos puntos.

Entre los servicios que ofrece el centro encontramos:

- Servicios para el paciente: Centro Terapéutico de Día, taller de memoria, servicio de fin de semana, servicios en el domicilio y unidades de respiro en zonas rurales.
- Servicios para los familiares: apoyo psicológico y servicio de información, formación y asesoramiento.
- Servicios para la sociedad: proyectos de voluntariado, proyectos de formación en zonas rurales y campañas de sensibilización y formación.

4.4 Modo de derivación al centro

El usuario llega al centro por diferentes vías:

- De forma directa: la familia recibe información y acude por su cuenta al centro o llama por teléfono.
- Por medio del CEAS Bierzo (Centro de atención social)
- Por vía del médico de cabecera

- También son derivados por la Trabajadora social del Hogar del Pensionista y del Centro de Día *El Plantío*, en Ponferrada.

En su llegada al centro, a cada paciente se le realiza (la trabajadora social y la psicóloga) una evaluación en la que se observan los déficit que han producido su patología. Tras esta evaluación inicial, la terapeuta ocupacional realiza una programación con actividades dentro de las capacidades del enfermo (dependiendo del estadio de la enfermedad) y va elaborando una evaluación diaria de dichas capacidades, que va recogiendo en un informe. Todos los usuarios del centro realizan la terapia ocupacional, en la medida en que sus capacidades lo permitan.

4.5 Recursos humanos del centro

El equipo multidisciplinar del centro está compuesto por: (Anexo 1)

- Dos terapeutas ocupacionales, encargadas de la organización diaria de las actividades: actividades de estimulación cognitivas (orientación espacio-temporal, fichas de trabajo...)
- Una psicóloga, que realiza la valoración neuropsicológica y marca los objetivos terapéuticos, así como se encarga de evaluar los programas de psicoestimulación.
- Una trabajadora social, encargada de las comunicaciones entre el Centro y la familia.
- Una fisioterapeuta, cuya función es mantener y promover los movimientos voluntarios y funcionales, y tratar las patologías propias de la edad.
- Doce auxiliares de Enfermería, que asisten al enfermo en la realización de las AVD¹ y colaboran en los distintos programas de intervención.
- Un oficial administrativo, una coordinadora de los auxiliares sanitarios, los voluntarios y personal de servicios.

4.6 Recursos materiales

¹ Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, y son uno de los objetivos primordiales de la Terapia Ocupacional. Las AVD se pueden dividir en Básicas (continencia de esfínteres, aseo e higiene, movilidad, alimentación...) e Instrumentales (manejo del dinero, realización de las tareas del hogar, administración de la medicación...).

En el centro A o centro de detección y valoración precoz solamente hay una sala, en la que se realizan los talleres de memoria, con una terapeuta y la ayuda de una auxiliar. La sala tiene cabida para 10 personas y se dispone de:

-Mobiliario: Mesas, sillas, pizarras, armarios y cajones, lavabos, papeleras y percheros con sus nombres.

-Materiales: Un cuaderno por persona, láminas de ejercicios, material de escritura y pintura (gomas, lápices, pinturas, pegamento, tijeras...), un equipo de música, calendarios y periódicos. Todos estos materiales se relacionan con la estimulación cognitiva que en este centro se realiza.

En el centro B o Centro terapéutico de día, tiene aforo para 24 personas en jornada completa. El centro consta de ocho salas: (Anexo 2)

-En la sala 1, se realizan los talleres de estimulación para enfermos en fase leve y talleres de estimulación temprana.

-En la sala 2, se realizan los talleres de estimulación, para enfermos en fase moderada y avanzada.

-La sala de asistidos y el comedor se encuentran en la sala 3.

-En el ala contraria de la planta, se encuentra el gimnasio, donde cada tarde los distintos grupos realizan ejercicios de psicomotricidad y mantenimiento mecánico.

-Para desempeñar su tarea la Psicóloga y la Trabajadora Social disponen de un despacho propio, en ellos se realizan las evaluaciones psicológicas con enfermos y cuidadores, y se produce la comunicación centro-familia.

-Por último el centro dispone también de baños y una sala de vestuarios. Los baños cuentan con WC y duchas.

Mobiliario y recursos materiales de las salas:

-Mesas, sillas, sofás y sillones, pizarras, armarios, material de cocina, material de baño, papeleras y percheros con sus nombres.

-Un cuaderno para cada enfermo, láminas de ejercicio y trabajo, material de escritura, calendarios y periódicos, instrumentos de música, material de psicomotricidad

(pelotas, aros...), material de laborterapia (cosedores, cartulinas, hilos...), equipo de música y material para la estimulación temporo-espacial 24 horas por los pasillos (decoración de las estaciones, calendarios...).

5. Usuarios

5.1 Cuadro clínico

Principalmente los usuarios del centro presentan demencias tipo Alzheimer, si bien muchos de estos enfermos presentan la combinación de varios tipos de demencia, siendo considerada la demencia por médicos, como un síndrome (signos y síntomas) y no una enfermedad. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, alrededor de un 60% de todos los pacientes con demencia padecen Alzheimer. Para estimar que un enfermo padece algún tipo de demencia que no es Alzheimer, hemos de fijarnos en los siguientes signos y síntomas:

Síntomas y Signos sugerentes de demencia diferente al Alzheimer

<u>CURSO CLÍNICO</u>	<u>SÍNTOMAS COGNITIVOS</u>
Inicio antes de los 60: -Demencia frontal -Enfermedad de Pick	Afectación prominente y precoz del lenguaje: -Demencia frontal -Demencia vascular
Inicio rápido: -Demencia vascular -Neoplasia	Déficit no uniforme de funciones corticales: -Demencia vascular

Curso fluctuante: -Demencia vascular -Demencia cuerpo Lewy	Afectación de sólo un área: -Demencia focal
Incontinencia precoz: -Hidrocefalia	

Normalmente el motivo de una primera consulta suele ser la pérdida de memoria, especialmente de la memoria reciente. No recuerda el paciente dónde ha dejado las cosas, olvida citas, recados... y no recuerda a las personas que acaba de conocer, ni es capaz de aprender a manejar los nuevos aparatos tecnológicos (móviles, electrodomésticos...). Estos serían los síntomas o signos iniciales genéricos de la EA:

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral. Al principio olvidan acontecimientos recientes, pero posteriormente olvidan sucesos del pasado.
- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares, o incluso tareas aparentemente sencillas como vestirse.
- Problemas con el lenguaje y el cálculo.
- Desorientación en tiempo y lugar.
- Juicio pobre o disminuido.
- Problemas con el pensamiento abstracto.
- Cosas colocadas en lugares erróneos.
- Cambios en el humor o en el comportamiento. Las personas con esta demencia suelen estar agitadas y nerviosas, a menudo no descansan por la noche.
- Cambios en la personalidad.
- Pérdida de iniciativa. Su capacidad para planificar y hacer previsiones queda prácticamente anulada.

Con frecuencia la etapa inicial pasa inadvertida y se atribuye erróneamente al proceso normal de envejecimiento, pero en realidad el paciente se encuentra en la fase de Predemencia.

El desarrollo de la enfermedad es clasificable dentro de una de las siguientes fases, dependiendo de los síntomas cognitivos y psiquiátricos o comportamentales:

-Fase inicial o demencia inicial, caracterizada por la pérdida de coordinación y ejecución de los movimientos (apraxia²), por la dificultad del lenguaje (afasia³) y el reconocimiento de las percepciones (agnosia⁴). En esta fase la memoria reciente está bastante afectada, sin embargo la memoria a largo plazo, la memoria semántica (o de hechos aprendidos) y la memoria implícita se afectan en menor grado. El paciente mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.

-Fase media o demencia moderada: a medida que la enfermedad avanza, los pacientes pueden realizar tareas con cierta independencia (como usar el baño), pero requerirán asistencia en la realización de tareas más complejas (como ir al banco, pagar cuentas...). Se empieza a observar cómo al enfermo le cuesta reconocer objetos y personas. Pueden manifestarse cambios de conducta como arranques violentos incluso en personas que jamás han presentado este tipo de comportamiento. Aumentan los problemas con el lenguaje (parafasia), el enfermo utiliza palabras erróneas, las sustituye... La memoria a largo plazo, que hasta ese momento estaba poco afectada, se deteriora. Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son las distracciones, el desvarío y los episodios de confusión, así como la irritabilidad (el paciente llora y ríe inapropiadamente e incluso agrede y opone resistencia a sus cuidadores). En aproximadamente el 30% de los pacientes aparecen ilusiones en el reconocimiento de personas. También puede aparecer la incontinencia urinaria.

-Fase grave o demencia avanzada: El enfermo suele estar encamado. Presenta incapacidad de alimentarse solo e incontinencia. Normalmente en estos estadios de la enfermedad, los enfermos mueren no por la propia enfermedad, sino por infecciones

² Enfermedad neurológica caracterizada por la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos de propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física (tono muscular y coordinación) y el deseo de realizarlos.

³ Disfunción en los centros o circuitos del lenguaje del cerebro que imposibilita o disminuye la capacidad de comunicarse mediante el lenguaje oral, la escritura o los signos, conservando la inteligencia y los órganos fonatorios.

⁴ Interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o de aprender nuevos estímulos sin haber deficiencia en la alteración de la percepción, lenguaje o intelecto.

(úlceras, neumonía...). Su capacidad de comunicación se reduce al campo de las señales emocionales. Los pacientes no podrán realizar ni las tareas más sencillas por sí mismos y requerirán constante supervisión, quedando así completamente dependientes.

5.2. Descripción general de los diagnósticos

Es muy importante diagnosticar la enfermedad cuanto antes, de esta manera los cuidadores dispondrán de más recursos para planificar el futuro y podrán prepararse para lo que pueda pasar. Del mismo modo antes se podrá tratar el Alzheimer, y aunque no se pueda recuperar lo perdido, se pueden ir manteniendo los niveles cognitivos.

El diagnóstico se basa primero en la historia clínica (anamnesis⁵) y la observación clínica, tanto del profesional de la salud como la que es referida por los familiares, basada en las características neurológicas y psicológicas, así como en la ausencia de condiciones alternativas: un diagnóstico de exclusión. Durante una serie de semanas o meses se realizan pruebas de memoria y de funcionamiento o evaluación intelectual. Entre las más utilizadas se encuentran: (explicaré con más profundidad tras este epígrafe, aquellos test que utilicé para los casos clínicos)

-Escala de situación cognitiva, que se centran en los cambios de la personalidad, delirios, alucinaciones, alteraciones del humor, afectivas y del comportamiento (Escala de Struck y Black y la prueba cognitiva de Leganés).

-Test breves, son escalas de rápida aplicación para detección o screening. Los más usados son el Mini Mental test (Mec 35), el Test de Pfeiffer y el test del reloj.

-Actividades de la vida diaria: se usan el índice de Katz, Barthel y la escala de Blessed.

-Actividades instrumentales: Índice de Lawton

-Trastornos psicológicos y del comportamiento: Escala de depresión de Hamilton y escala de depresión de Yesavage.

-Escala de deterioro, ofrecen la posibilidad de graduar la intensidad del trastorno. Escala GDS-FAST

⁵ Información proporcionada por el propio paciente al médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica (antecedentes familiares y personales, experiencias, recuerdos...).

-Escala de clasificación del estado de salud: HUI-3 (Health utility index mark 3)

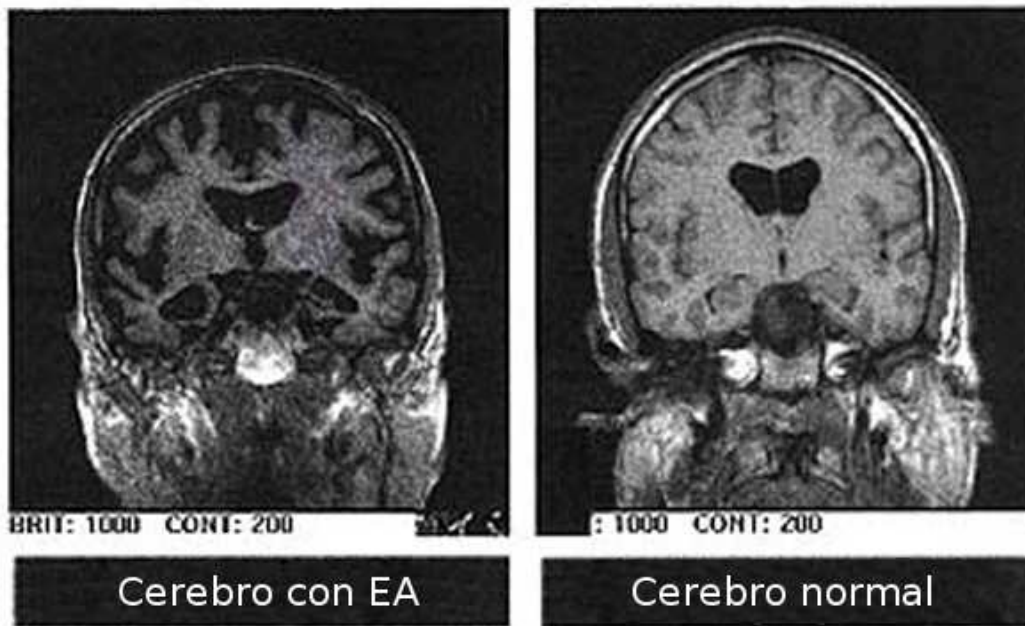
-Escala de afectación del cuidador: Zarit, escala de sobrecarga del cuidador.

Al realizar estas evaluaciones debemos saber que no existe ningún test para diagnosticar concluyentemente el Alzheimer. Por tanto, el diagnóstico definitivo debe realizarse con pruebas histológicas sobre tejido cerebral, obtenidas generalmente en la autopsia. Los TAC Y Resonancias magnéticas muestran diferentes signos de la existencia de la demencia, pero no especifican de cual se trata.

Junto a las pruebas de imagen cerebral, se deben realizar una serie de pruebas complementarias, para ir descartando otras patologías y evidenciar algunos signos: determinación completa en sangre y orina, punción lumbar (sólo si se sospecha de infección del SNC), electrocardiograma y radiografía de tórax.

En los últimos años se ha desarrollado una nueva técnica, conocida como PiB PET para tomar imágenes directamente y de forma clara, de los depósitos beta-amiloides, con el uso de un radiofármaco. Otro marcado objetivo reciente de la enfermedad de Alzheimer es el análisis del líquido cefalorraquídeo en busca de amiloides beta o proteínas tau. Ambos avances de la imagen médica han producido propuestas para cambios en los criterios diagnósticos.

Una vez identificada, la expectativa promedio de vida de los pacientes que viven con la enfermedad de Alzheimer es aproximadamente de 7 a 10 años, aunque se conocen casos en los que se llega antes a la etapa terminal, entre 4 y 5 años; también existe el otro extremo, donde pueden sobrevivir hasta 21 años. Cabe reseñar que los enfermos más jóvenes (alrededor de los 50 años) sufren un desarrollo acelerado de la enfermedad, y por tanto su expectativa de vida se hace más corta.



Resonancia magnética de un cerebro normal y de un cerebro de un paciente de Alzheimer.

5.3 Explicación de los test y escalas de evaluación empleadas en los casos clínicos

Hay que tener en cuenta que a la hora de realizar un test se debe escoger el momento idóneo, el enfermo o el paciente no debe haber realizado antes una tarea que le haya supuesto un gran esfuerzo mental o de concentración, es decir, no debe estar cansado. Tampoco debe estar nervioso, porque no colaboraría en la realización del test. Realicé los test con los grupos leve-moderado y moderado-avanzado, en general no se deben hacer test muy extensos a ninguno de los grupos, porque a partir de cierto punto comienzan a divagar y pierden la concentración, ya que los enfermos de Alzheimer suelen sufrir deficiencias en la capacidad de atención, como ya hemos comentado. En todo caso, reitero que dichos test sirven como detección y evaluación progresiva del enfermo, pero en una primera entrevista deben de ser acompañado por pruebas complementarias.

Explicación:

1. Mini Mental Test (en su versión MEC 35): diseñado en 1975, para proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental. Hoy en día se utiliza principalmente para detectar y evaluar un trastorno cognitivo como el de tipo Alzheimer. Apenas requiere 5 o 10 minutos, si bien con algunos pacientes del grupo avanzado tardamos algo más de tiempo. Al principio hemos de intentar invitar al paciente a la colaboración. Se debe tener cuidado en intentar ayudar al paciente, para obtener un resultado adecuado hay que ordenarle al paciente sólo las instrucciones que indique el test, pues pequeñas variaciones pueden ayudar al enfermo. No se debe corregir al paciente aunque se equivoque.

El test tiene 5 apartados que exploran las distintas áreas cognitivas: orientación, memoria de fijación, atención y cálculo, memoria a corto plazo y lenguaje. Añado un test MEC 35 en blanco (Anexo 3) en el que figuran algunas instrucciones a la hora de realizarlo, así como todas las preguntas. A la hora de realizar este test a los pacientes hemos notado como todos fallaban en una pregunta, lo que me dio a pensar que esa pregunta induce a error; en el apartado de lenguaje se le manda al paciente “COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA (mano izquierda para zurdos), DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA”, el test no especifica si se debe sostener el papel antes de que lo coja o se debe dejar encima de la mesa para que el paciente lo recoja. Si dejamos el papel sobre la mesa el 100% de los que realizamos el test hubiesen fallado al ayudarse de ambas manos, sin embargo al sostenerlo en nuestra mano el error se reduce a un 60% de los pacientes.

A la hora de puntuar, el resultado máximo es 35. El inconveniente de este test es que tiene sesgo o error cultural, existen limitaciones a pacientes de bajo nivel cultural y tanto la edad como la escolarización influyen en los resultados. Tampoco explora todas las áreas cognitivas y algunos casos de Predemencia pasan inadvertidos.

Según los autores obtener 25 puntos o más, supone que el paciente sea normal. Si se obtiene 24 o menos, es que existe una sospecha patológica: según descendemos en los puntos se acusa un mayor deterioro y grado de demencia.

He utilizado este test bajo la supervisión y la ayuda de la psicóloga del centro, ya que me lo ha aconsejado por ser un test sencillo, que no requiere de grandes conocimientos para su realización.

2. A los mismos pacientes a los que realicé el test Mini Mental, les realicé el **Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria**. Dicho test realiza una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Fue propuesto en 1955 y existen múltiples versiones. Añado el Índice en el Anexo 4.

El Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar. Su uso rutinario es recomendable, ya que valora muy bien la evolución del paciente. Además no tiene sesgo cultural.

La máxima puntuación son 100 puntos (90 si va en silla de ruedas), y el umbral de independencia en las habilidades básicas se sitúa por encima de los 60 puntos, si bien el grado de dependencia viene reflejado en la siguiente tabla.

Resultado	Grado de dependencia
Menos de 20	Total
21-60	Severa
61-90	Moderado
91-99	Escasa
100	Independiente

Para la realización de este test me guié tanto de mis propias observaciones como de las indicaciones, que la fisioterapeuta, auxiliares y psicóloga me dieron. En general diré que es un índice bastante sencillo de realizar, y ofrece información fiable y representativa de la evolución de los pacientes. También sirve de ayuda al personal del centro a la hora de planificar la terapia y los cuidados para cada enfermo.

5.4 Casos clínicos. Historia y valoración por medio de los Test Mini Mental y el Índice de Barthel.

Los enfermos a quienes realicé el test pertenecen todos al centro Terapéutico de día, que hemos llamado centro B. La historia y características de cada paciente las he

elaborado gracias a mis observaciones en los distintos talleres y actividades, a observaciones e indicaciones del personal profesional y a algunos de los datos que habían recogido anteriormente en la historia clínica. Los pacientes pertenecen a los distintos grupos, hay casos del grupo leve-moderado y casos del grupo moderado-avanzado.

➤ **L.M.A – Mujer de 72 años**

Características: es una persona tranquila. No presenta ni delirios ni confusión. Mantiene relaciones sociales con sus vecinas con las que sale a pasear por las tardes por el pueblo en el que vive. Vive con su hermana (su cuidadora) que la lleva al centro todos los días y la va a recoger, y muestra un gran afecto por ella. Le gusta cantar y bailar, la naturaleza y jugar a las cartas con sus vecinas y hermana.

Resultados: MEC 35- 23 puntos Barthel – 100 puntos

A nivel conductual: por lo general es una señora tranquila aunque tiene procesos de inquietud y nerviosismo: por ejemplo el día de la entrevista con ella estaba bastante nerviosa porque su hermana, al llevarla al centro, no había podido aparcar en un sitio adecuado y estaba preocupada por ella.

A nivel motor: aunque su hermana la ayuda es bastante autónoma. Es independiente para todas las AVD básicas (aseo personal, deposiciones, movilización...) como se muestra en la puntuación del índice. En cambio para las actividades instrumentales necesita de la supervisión y ayuda de su hermana para controlar los medicamentos, preparar la comida y para los asuntos económicos.

A nivel sensorial: no tiene dificultades visuales ni auditivas.

A nivel cognitivo: conoce a la familia, y se preocupa mucho por su hermana. Puede mantener conversaciones con coherencia. Reconoce tener fallos de memoria (aunque es bastante autónoma) sabe leer y escribir. Tras la realización del MEC 35, los 23 puntos nos muestran que la paciente padece una demencia tipo Alzheimer en su fase inicial. La orientación temporal la tiene bastante dañada porque ha tenido bastantes errores en esa parte, si bien la orientación

espacial la conserva mejor. La memoria inmediata la tiene deteriorada, pero los cálculos simples los ha realizado bien. El área de lenguaje la tiene conservada.

➤ **T.G.O – Hombre de 59 años**

Características: es uno de los usuarios más jóvenes del centro, en el que lleva dos años y medio. Su esposa es su cuidadora, y tiene un hijo bastante joven trabajando fuera, por el que muestra bastante interés. Sus aficiones son el cine, el fútbol, la petanca y los bolos (un tipo de bolos que se juega en los pueblos de la comarca berciana). Le gusta ir al pueblo y pasear.

Resultados: MEC 35 -21 puntos Barthel – 100 puntos

A nivel conductual: está un poco deprimido porque reconoce algunos síntomas de la demencia que padece. No tiene problemas de conducta, aunque hay que tratarle con mucho tacto. Es participativo en las actividades y muestra interés por mejorar.

A nivel motor: Como muestra la máxima puntuación del índice de Barthel es autónomo para todas las actividades básicas. Aunque otras actividades instrumentales como llamar por teléfono o administrar su medicación le cuestan mucho. Cuando va al pueblo es capaz de hacer pequeñas tareas con su ganado.

A nivel sensorial: Usa gafas. Oye bien.

A nivel cognitivo: reconoce a la familia, y mantiene el interés por ellos. Puede mantener una conversación con coherencia, aunque le cuesta encontrar las palabras. Sabe leer y escribir, aunque muy lentamente y con mala caligrafía. Los resultados del test confirman que el paciente padece Alzheimer en fase leve, presenta un mayor deterioro cognitivo que el caso anterior. Tiene desorientación en el tiempo pero no espacialmente. Le cuesta calcular y tiene un gran deterioro de la memoria inmediata, aunque tiene un buen nivel de atención y concentración. Entiende bien las órdenes del test, aunque a la hora de responder y construir las frases tiene problemas.

➤ **J.R.A – Mujer de 83 años**

Características: físicamente es autónoma aunque es un poco lenta. Tiene temblores. Es bastante activa y emprendedora. Sus aficiones son la lectura, las

telenovelas, es muy creyente y colecciona estampitas de iglesias. También le gusta mucho ir al pueblo. Su cuidadora es su hija.

Resultados: MEC 35 – 17 puntos Barthel – 90 puntos

A nivel conductual: es inquieta y ha presentado episodios de confusión mental. Durante mi visita presentaba un delirio⁶, pues ella se pensaba que iba al centro porque le pagaba dinero un patrón, y no hacía terapia porque el patrón le había dicho que solo con ir ya se ganaba el sueldo; además añadía que su hija le robaba el dinero porque ella no veía un céntimo de lo que le pagaban.

A nivel motor: en general es autónoma para todas las AVD pero le cuesta el subir y bajar escaleras, y necesita ayuda para vestirse. No realiza ninguna AVD instrumental (cuidado de la casa, teléfono...).

A nivel sensorial: ha perdido algo de capacidad visual, usa gafas. Manifiesta cierta hipoacusia⁷.

A nivel cognitivo: reconoce a sus familiares, pero no recuerda el nombre. Ha perdido algo de interés en los familiares. No puede mantener una conversación con coherencia, todo el rato se pierde en el pasado. Conserva medianamente la orientación espacio-temporal, tiene muy deteriorada la memoria inmediata y a corto plazo. Tiene dificultades para nombrar objetos, calcular y concentrarse. Los 17 puntos nos indican que la paciente padece Alzheimer en un estado moderado, y quizás se encuentre en una fase inicial de demencia tipo Parkinson por la condición física observada.

➤ **P.C.B.C- Mujer de 60 años**

Características: una de los usuarios más jóvenes del centro. Ha sufrido un rápido deterioro cognitivo. Es muy inquieta e inestable, aunque bastante participativa en todas las actividades. Tiene un título en idiomas. Su marido se encarga de cuidarla. Sus aficiones son escuchar música, el cine y pasear.

Resultados: MEC 35- 11 puntos Barthel – 100 puntos

A nivel conductual: Es una persona inquieta, que presenta delirios y confusiones. Conmigo trató con mucho cariño, al recordarle a su hijo.

⁶ Son creencias falsas y se fundamentan en malinterpretaciones de la realidad. Los delirios son típicos de la fase moderada y avanzada de la enfermedad.

⁷ Pérdida parcial de la capacidad auditiva.

A nivel motor: es autónoma para todas las actividades básicas (máxima puntuación en el test), pero no realiza ninguna actividad instrumental (no es capaz de hacer la compra, administrar los medicamentos, cuidar la casa...)

A nivel sensorial: ve y escucha bien.

A nivel cognitivo: conoce a la familia, pero ha perdido el interés y la preocupación por ellos. Sabe leer y escribir. Repite lo mismo continuamente, a veces se trata de palabras sueltas e inconexas. Ha sido el paciente que ha obtenido puntuación más baja en el MEC 35 de cuantos realicé el test, en este caso se encuentra en la fase moderada-avanzada. Tiene desorientación espacial y temporal. No domina el cálculo y tiene deteriorada la memoria reciente y a corto plazo. Es muy costoso centrar su atención y le cuesta denominar los objetos y construir frases con sentido. En los 4 años que lleva con la enfermedad, ha sufrido una pérdida acelerada de la parte cognitiva, dado que en jóvenes la evolución de la enfermedad se produce más rápidamente.

➤ **D.F.V- Mujer de 85 años**

Características: Es una mujer apática. Le cuesta moverse y para ello se ayuda de un bastón. No le parece que tenga problemas de memoria, le parece poca cosa y no le apetece moverse de casa para nada. La cuidan sus hijos. Sus aficiones son ver telenovelas y escuchar música, también le gusta coser y hacer ropa para sus hijos.

Resultados: MEC 35 – 13 (inacabado, en las preguntas del lenguaje no quiere seguir) Barthel – 50 puntos

A nivel conductual: Apática, de ánimo triste y poco activa. Es miedosa, se asusta con los ruidos y no le gusta quedarse sola.

A nivel motor: Como muestran los 50 puntos en el índice de Barthel, el paciente presenta una dependencia moderada-severa, pues necesita ayuda en escaleras, en el traslado, caminar, ir al servicio, vestirse y comer.

A nivel sensorial: fue operada hace algunos años de cataratas y ahora ve mejor, y padece cierta hipoacusia.

A nivel cognitivo: Reconoce a los familiares y se preocupa por ellos. Es una persona que habla poco, pero puede mantener una conversación con coherencia. Se encuentra un poco desorientada en el tiempo, pero no en el espacio. La

memoria inmediata la tiene algo deteriorada. No le gusta que le hagan los test, y mediado el mismo se negó, en algunas preguntas de cálculo y lenguaje. Ha sido la paciente entrevistada con mayores problemas para la realización de las AVD básicas, a consecuencia del Alzheimer y también por el deterioro físico propio de su edad. El deterioro cognitivo es menor que el deterioro físico, encontrándose en una fase leve-moderada de la enfermedad.

Los test los realicé tras un periodo de descanso que tienen a media mañana, donde comen algo de fruta y se relajan de la terapia, para que estuviesen más centrados y relajados. La duración de cada test no fue superior a 20 minutos, si bien con algunos enfermos tuve problemas a la hora de que atendiesen o que quisieran continuar con el test. Sólo con la mujer de 85 años no se pudo acabar el test.

6. Tratamiento terapéutico (no farmacológico): **Estimulación cognitiva**

Estas terapias incluyen un amplio número de técnicas cognitivas, conductuales, afectivas y psicomotoras que pretenden prevenir y tratar tanto los síntomas cognitivos como los conductuales y afectivos de las personas con Alzheimer. Las medidas no farmacológicas deben ser recomendadas en todos los casos, adaptándolas al enfermo y fase de la enfermedad, incluyendo siempre las recomendaciones para los cuidadores.

Las técnicas deben realizarse por personal especializado, igual que hay una rehabilitación de una fractura de cadera, la rehabilitación mental es posible, efectiva y necesaria. Parece lógico pensar que ante dos personas, una sin rehabilitación y otra con rehabilitación, con entrenamiento de los diferentes ámbitos mentales, la persona en rehabilitación tenga mejores resultados que la que no sigue ningún programa de rehabilitación. La rehabilitación cognitiva engloba técnicas que intentan estimular las áreas relativamente preservadas del paciente reforzando tareas de orientación y de memoria.

6.1 Marco de referencia aplicado y técnicas utilizadas.

El marco de referencia nos explica el conjunto de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento que constituyen los fundamentos científicos de la

práctica. En este caso, el Marco primario de referencia es el Marco psicológico, en el cual importa la conducta y se trabaja con pacientes con problemas de percepción, memoria, aprendizaje y ejecución. Dentro de éste, según las actividades que realizamos en el centro, nos basamos en el MAR Cognitivo Conductual, trabajando una serie de ejercicios, basándonos en la forma de ser de los usuarios debido a su patología.

Como modelos profesionales de terapia ocupacional, se ven reflejados en la manera de trabajar de la terapeuta, dos modelos:

-El Modelo de Discapacidad Cognitiva de Claudia Allen. Una patología, en este caso el Alzheimer, altera la cognición, viéndome reflejado en una alteración de las AVD básicas e instrumentales. Este modelo analiza el entorno y las actividades con el fin de modificarlos de acuerdo a las capacidades del usuario.

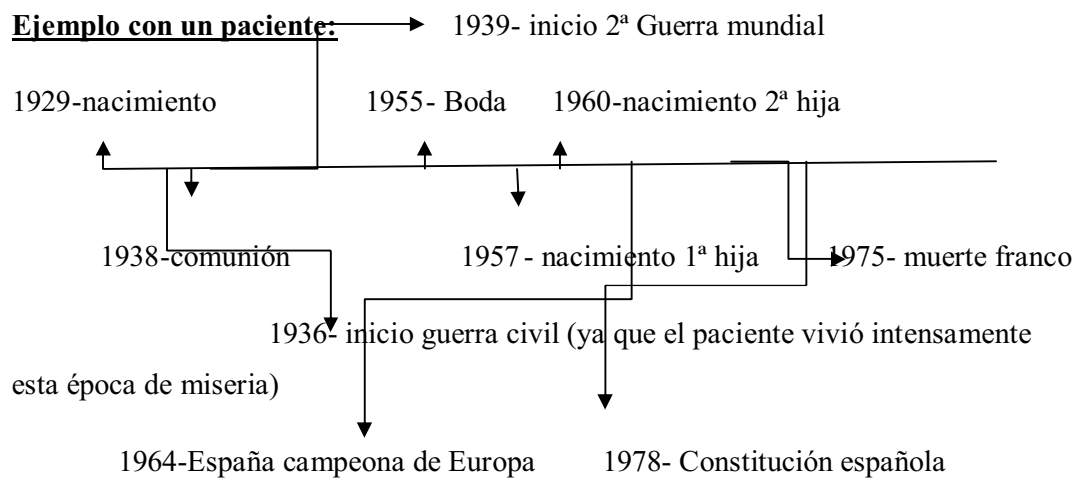
-El Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner. El hecho de realizar diariamente tareas con los enfermos, favorecerá el enlentecimiento de la evolución patológica. “La necesidad de ser activo, se considera como algo consustancial en los seres humanos, que emerge espontáneamente, o lo que es lo mismo, la propia naturaleza de la persona le dispone a actuar”.

Basándose en los marcos de referencia explicados, en este centro se utilizan varias técnicas y actividades dentro de los programas de tratamiento: (Aquellas actividades en las que haya participado las explicaré posteriormente con más detalle)

- Actividades de estimulación y actividad cognitiva. Son aquellas dirigidas a que la persona mantenga su capacidad cognitiva y evitar en todo lo posible la rapidez del deterioro. Con estas actividades se evalúan y valoran áreas tan diversas como el lenguaje, cálculo, escritura y lectura, atención y concentración, razonamiento, esquema corporal, la memoria o la gestualidad. Con ellas se logra un mejor rendimiento cognitivo y mayor autonomía personal. Según el examen previo neuropsicológico se conocerán las áreas cognitivas a mejorar y con ello los ejercicios a realizar.

- Terapia de orientación a la realidad. Ejercicios de orientación espacial, temporal y orientación personal, es decir, consiste en mantener al enfermo de Alzheimer orientado en relación a quién es, dónde está y en qué momento está.

-Terapia de reminiscencia. Se trata de estimular la propia identidad y la autoestima de la persona a través de los recuerdos personales. Se hacen tareas para evocar recuerdos, fechas señaladas, familiares... Algunos ejercicios útiles son mostrarle fotos de viajes, de su familia, de cuando era pequeño, etc. Preguntarle por cosas del pasado, recetas, música, cocina... Uno de los ejercicios más importantes es la línea del tiempo, se trata de representar en una línea en la que aparecen por un lado los acontecimientos mundiales o nacionales, y por otro los acontecimientos personales. En el espacio de los hechos personales se anotan los datos biográficos importantes del paciente (nacimiento, servicio militar, comunión, fecha de inicio de trabajos, boda o nacimiento de hijos), y estas fechas quedan en paralelo con los acontecimientos públicos.



(Porque al paciente le gustaba mucho el fútbol)

-Laborterapia. Se realizan actividades como la costura o las manualidades (recortar, pegar, pintar, dibuja, etc.)

-Musicoterapia. Utilización de instrumentos y de la música para realizar ejercicios de atención y ritmo.

-Psicomotricidad. Esta técnica intenta mantener el máximo de tiempo posible las funciones psíquicas y motoras que el enfermo todavía conserva. Además le proporciona sensaciones de seguridad al ser consciente de que se está intentando rehabilitar su déficit.

-Programas de Actividad. Actividades relacionadas con fechas señaladas: Navidad, Semana Santa o Carnaval. Durante mi visita no coincidí con ninguna de estas actividades especiales.

6.2 Objetivos de la estimulación cognitiva

- ❖ Fomentar la realización de actividades diarias para prevenir en la medida de lo posible que el proceso de esta enfermedad evolucione rápidamente.
- ❖ Mantener su capacidad cognitiva.
- ❖ Fomentar las actividades de contacto social y evitar la desconexión con el entorno.
- ❖ Minimizar el estrés.
- ❖ Mantener en cierta manera actividad física (con los ejercicios de psicomotricidad).
- ❖ Realizar actividades de ocio con el fin de estimular lo que le guste a cada usuario.
- ❖ Adaptar su autonomía.
- ❖ Mejorar su calidad de vida.

6.3 Planificación y actividades realizadas en los distintos centros

La derivación del usuario a los distintos programas de la estimulación, se basa en el estadio que tiene el enfermo. Esta derivación a los distintos grupos es llevada a cabo por la Trabajadora social y la Psicóloga, quienes se encargan de pasar las evaluaciones y los test a los usuarios y a las familias. Como mencionaba anteriormente, la terapeuta ocupacional es la encargada de la organización diaria de las actividades de la estimulación cognitiva (Anexo 5- Organización de la estimulación semanal- he de decir que no se sigue estrictamente). Lo primero que tiene en cuenta para valorar estas actividades, es el estadio en el que se encuentran los usuarios, el currículo del enfermo. La terapeuta irá evaluando el resultado de las actividades realizadas por cada usuario en un informe, y las modificará o mantendrá dependiendo de la evolución y resultado de sus observaciones. La terapeuta dispone de dos horas para realizar el programa que se va a llevar a cabo el día siguiente tanto en el centro A como en el centro B.

6.3.1 Estimulación cognitiva en el centro A o de detección precoz

La estimulación cognitiva la realicé con este grupo ya que en el centro B, los pacientes están en fases más avanzadas y tienen muchos problemas, así que por consejo de la terapeuta realicé las actividades cognitivas y el taller de memoria con el grupo del centro A y la psicomotricidad, relajación, laborterapia y musicoterapia la realicé en el centro B o centro terapéutico de día. Los pacientes de este grupo (un total de 10) se dividen en 2 mesas, son pacientes que se encuentran en la fase de Predemencia y fase leve. El programa elaborado por la terapeuta se pone en práctica con los enfermos por la propia terapeuta y la tallerista. El programa empieza con ejercicios de orientación espacio-temporal y personal. Se saluda a los usuarios y tras indicarles nuestro nombre y función (terapeuta, tallerista...) se les pregunta por su nombre, por sus cuidadores, situación personal, se les pide que nombren a sus compañeros y demás personal. Luego se les pregunta por qué día de la semana es, día del mes, estación y año. Rápidamente observamos los problemas que tienen para contestar a nuestras preguntas, les cuesta mucho recordar los nombres de los compañeros, los confunden y a menudo necesitan pistas para contestar. La orientación temporal la tienen muy deteriorada en general, al menos 8 contestaron mal a las preguntas sobre el día mes y la estación, y ninguno acertó en qué año estábamos, todos se refirieron a años del siglo anterior. También se les mandaba señalar el día en que estábamos en un calendario. Rápidamente me percaté de las dificultades que presentaban los usuarios de cada mesa y de la correcta colocación de los mismos según su deterioro. Para recordarle su identidad personal se le pregunta por quién les acompañó al centro, con quién vive y se les pide que escriban en un papel su nombre, pueblo, provincia y país, así como su edad. Cuando hablen de su pueblo, familiares o vivencias pasadas, la terapeuta les sonsaca y les invita a hablar más del tema y a recordar más acontecimientos. Ya desde los primeros errores los pacientes se dan cuenta de sus problemas, pero los justifican añadiendo que hoy tienen un mal día, se levantaron mal, que están nerviosos por algo que les pasó o que tienen la cabeza atontada. En esta parte se han trabajado los tres tipos de orientación.

En la siguiente parte del programa se les pregunta por el Santoral (personas conocidas o famosas con ese nombre) o la festividad del día; el día que asistí al centro coincidió con el día de la constitución. Se les pregunta por qué es la constitución, si recuerdan que se celebra, etc. Uno de los enfermos lee un fragmento de texto preparado relacionado con la constitución y los derechos humanos, para incitarles al debate y a la conversación. Uno por uno hablan sobre el tema, pero les cuesta mucho mantener e iniciar una

conversación del tema y son la terapeuta y tallerista quién a base de preguntas y de hacer relaciones e involucrarles en el tema consiguen aumentar el ritmo de la conversación. De esta forma se trabaja el juicio y razonamiento. Me sorprendió observar como aunque previamente habían leído el texto, les costaba recordar lo leído o iniciar una conversación; si cuando estaban escuchando el texto permanecían bastante atentos e incluso afirmaban que ya se acordaban, pero a la hora de tomar ellos la iniciativa les costaba mucho. También he de destacar, que una paciente cada vez que se le daba la palabra se ponía muy nerviosa y siempre quería mostrar su gratitud a las terapeutas invitándolas a ellas y a los compañeros a su casa para tomar café.

El programa continúa con la ficha oral, que en este caso se trataba de resolver adivinanzas uno por uno, con lo que se trabajaba la memoria y el lenguaje. En la mayoría de los casos se necesitaron más datos o la ayuda de los compañeros.

Normalmente en la siguiente parte se realizan diferentes fichas con el fin de que cada día trabajen un área distinta: lenguaje, cálculo, memoria, atención, percepción, abstracción, razonamiento... En este caso a una mesa le tocó una ficha de reminiscencias (Anexo 6) y a la otra mesa le tocó una ficha de memoria y trabajo de la percepción sensorial (Anexo 7). Algunos usuarios al acabar antes la tarea realizaron una ficha con preguntas sobre su aspecto físico (Anexo 8).

El siguiente punto del día era la actividad en equipo, que en este caso era elaborar una lista de la compra, porque teníamos la nevera vacía y ese día llegaban invitados. Fue muy común repetir lo que había dicho el compañero anterior, hubo gente que no le salían las palabras y argumentaba que a él le hacían la compra.

En la última parte del día, se observaba ya cierto cansancio y falta de concentración. Los enfermos más deteriorados realizaron manualidades, pintar dibujos, recortarlos y pegarlos en su cuaderno. Me llamó la atención como les costaba mucho tomar la iniciativa en el proyecto, no podían decidir que colores utilizaban y como realizaban la tarea, y continuamente requerían la ayuda de la tallerista. El grupo menos deteriorado realizó un dictado sobre una noticia del día y ojeó el periódico. Se trabaja así la caligrafía y la escritura.

Además de ayudarles en la estimulación, la tallerista y terapeuta se encargaban de escribir el resultado de las distintas tareas, si las realizaron por sí solos o si necesitaron alguna ayuda.

Esta estimulación con el grupo A duró dos horas, desde las 10 hasta las 12 horas. Durante la estimulación, en determinadas actividades, se ponía música de fondo para relajar el ambiente. En general el ambiente era tranquilo, y los usuarios se sentían muy agradecidos de estar allí y del trabajo de la terapeuta y tallerista. Los pacientes intentaban mostrarse activos en la medida de lo posible e intervenir en las actividades. En general, había una buena atmósfera de compañerismo y ganas de superar su déficit.

En la estimulación propiamente cognitiva del centro B no participé, se realiza con usuarios en fase más avanzada (leve-moderado y moderado-avanzado), la estructura de intervención es igual, constaba de las mismas partes que acabo de nombrar, pero con actividades mucho más sencillas y la mayoría orales. En la estimulación del centro B, participaba todo el mundo, aunque en la medida de lo posible, ya que algunos (en fase avanzada) no entendían ni eran capaces de realizar la estimulación.

6.3.1.1 Taller práctico de las actividades de estimulación realizadas en el centro A

Para ver si había entendido la estimulación cognitiva y para ponerme en el lugar de un enfermo de Alzheimer y ver cómo se siente, la terapeuta ocupacional me propuso hacer un taller práctico, que debería rellenar con la información que encontrase y la información obtenida en mi visita al centro, y que después ella me corregiría.

Primer ejercicio propuesto:

La primera parte del taller es la realización de un cuestionario de identificación.

Debemos rellenar cada una de las cuestiones, que tratan sobre situaciones en las que fácilmente se encuentra un enfermo de Alzheimer:

“Si fueras enfermo de Alzheimer... ¿Cómo te sentirías? ¿Cómo te gustaría que reaccionasen los demás?”

<u>Situaciones</u>	<u>¿Cómo te sientes?</u> (cuadro rellenado con mis respuestas)	<u>¿Qué reacciones prefieres?</u> (Respuestas escogidas por mí)
Vas al médico porque te encuentran raro y te diagnostican la enfermedad de Alzheimer.	Me sentiría triste, con miedo, preocupado, disgustado al ver a lo que me conllevaría esta enfermedad e impotente por no poder poner remedio a lo inevitable.	<p>A. Que tu familia te lo sugiera.</p> <p>B. Que el médico te lo diga.</p> <p>C. Que nadie te lo diga</p> <p>D. Que tu familia te lo diga claramente.</p>
Tienes continuos fallos de memoria y tu vida comienza a ser un desastre.	<p>Iría al neurólogo y que él me aconsejase y me recomendase cómo afrontar el problema.</p> <p>Estaría bastante preocupado, negativo e inseguro.</p>	<p>A. Que nadie se quiera dar cuenta.</p> <p>B. Que se sientan mal, pero que te pregunten, te den consejos y te muestren su ayuda y comprensión.</p> <p>C. Que se sientan mal por ti, pero que no hablen del tema.</p> <p>D. Que te recriminen que no pones de tu parte.</p>
Una vez más no encuentras las llaves y les preguntas a todos repetida y desesperadamente.	Estaría muy desconcertado, nervioso e impotente, no entendería nada.	<p>A. Que te tranquilicen y le quiten importancia.</p> <p>B. Que se rían de ti.</p> <p>C. Que te repitan que siempre te pasa lo mismo.</p>

		D. Que se enfaden contigo.
Durante una conversación no te salen las palabras adecuadas para expresarte y te pones muy nervioso...	Estaría bastante frustrado por no poder expresarme. Esa frustración la mostraría llorando o gesticulando nerviosamente.	A. Que nadie diga nada. B. Que te presionen para que te calmes. C. Que te recuerden que es por tu falta de atención.
Te das cuenta de que ya no puedes hacer las cosas que hacías antes.	Me sentiría inútil y dependiente, perdería la sensación de que soy una persona autónoma. Estaría bastante triste y desanimado, quizás algo depresivo.	A. Que te dejen hacer algunas cosas más fáciles. B. Que ni te pregunten si quieres hacer algo. C. Que te dejen sentado y no te permitan hacer nada. D. Que te ofrezcan nuevas actividades sencillas y de cierta utilidad, manteniéndote entretenido y ocupado.
Te encuentras perdido, no sabes qué día es y no estás seguro de dónde te encuentras.	Estaría muy intranquilo e inseguro, y adoptaría una postura bastante a la defensiva para protegerme de lo desconocido.	A. Que ignoren tus temores. B. Que te digan que no lo necesitas saber. C. Que te sitúen temporal y espacialmente con

		<p>ayuda del reloj y el calendario.</p> <p>D. Que le quiten importancia al hecho.</p>
<p>Alguien al que no reconoces te pregunta constantemente, ¿te acuerdas de mí?</p>	<p>Me encontraría muy angustiado por no poder contestarle, me sentiría triste y adoptaría una postura de ausentismo.</p>	<p>A. Que te permitan hacerle creer que sí le conoces.</p> <p>B. Que te dé toda la información de quién es.</p> <p>C. Que no se crea que no le conoces.</p> <p>D. Que te permita ser sincero.</p>
<p>A la hora de ponerte un pañal...</p>	<p>Me sentiría bastante avergonzado e impotente. Tendría una sensación de incapacidad y de no valer para nada.</p>	<p>A. Que te traten como a un niño.</p> <p>B. Que lo hagan rápidamente y sin hablar.</p> <p>C. Que te lo hagan despacio y explicándote el porqué.</p> <p>D. Que te dejen evitarlo.</p>
<p>La persona que te cuida tiene que salir un momento para algo importante.</p>	<p>Me sentiría solo y abandonado, como una carga que ya nadie quiere.</p>	<p>A. Que se vaya sin decir nada.</p> <p>B. Que se vaya explicándote que enseguida vuelve.</p> <p>C. Que se vaya encomendándose</p>

		<p>una tarea.</p> <p>D. Que te haga creer que sigue allí.</p>
<p>Veo personas que no existen</p>	<p>Estaría muy nervioso y frustrado porque no entendiesen mi realidad.</p>	<p>A. Que te dejen gritando.</p> <p>B. Que te tranquilicen.</p> <p>C. Que te digan que es mentira.</p> <p>D. Que te digan que te calles.</p>

Con este cuestionario he conocido mejor el funcionamiento del cerebro de un enfermo de Alzheimer, me he puesto en su lugar y por tanto ha despertado en mí empatía⁸. El ejercicio me ha hecho reflexionar mucho sobre cómo quieren los enfermos de Alzheimer ser tratados y como se les debe tratar. Creo que este test lo deberían realizar todo el personal que trabaja con enfermos de Alzheimer, cuidadores de enfermos, familia... y es que para saber si uno está haciendo bien las cosas y si está tratando correctamente a un enfermo de Alzheimer, no hay nada mejor que ponerse en la piel de uno de ellos y pensar ante cada situación típica de la enfermedad como quisiésemos que nos trataran, y tras haber reflexionado no quedarse en la reflexión sino aplicarla: “trata a los demás como tú quisieras que te trataran en dichas situaciones”.

2º Ejercicio propuesto:

Este ejercicio es una pregunta teórica:

Al dar un paseo por la calle se favorece:

- La motricidad (al andar)
- La orientación (dejando que el enfermo nos guíe)
- El cálculo (hablando con él para que calcule el tiempo que tardaremos en llegar al destino)

⁸ Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.

- La memoria (qué locales comerciales, edificios, supermercados... hay a lo largo del trayecto)
- Percepción.

Ahora bien, ¿Qué se favorece al realizar una sopa de letras?

Mi respuesta:

Los terapeutas recomiendan la utilización de distintos juegos de mesa, a la hora de estimular al enfermo. Son útiles sopas de letras, crucigramas, las cartas... y favorecen:

- La memoria y los recuerdos, sobre todo si el enfermo era aficionado, recordará episodios de su vida relacionados con el juego, así como la memoria visual.
- La atención y capacidad de concentración, ya que los sopas de letras son juegos que requieren estas capacidades para su realización.
- Desarrollo del lenguaje, aprendizaje o repaso de vocabulario y adquisición de mayor fluidez semántica.
- Desarrolla la capacidad cognitiva del cerebro y lo mantiene activo.
- Favorece la percepción, sobre todo en el ámbito visual.
- La lectura

La terapeuta coincidió conmigo en todos los aspectos, no modificó ningún punto, si bien añadió alguno más:

- Se estimula al enfermo (pues se le está encomendando una tarea) y se le entretiene. Durante el ejercicio debemos animarle y ayudarle si lo necesita, y tanto si lo realiza bien como mal valorar su esfuerzo. La actividad debe servir para la relajación y nunca para tensionar al enfermo. El enfermo se da cuenta de que está intentando corregir su déficit y se siente bien.

Tercer ejercicio propuesto:

Ahora la terapeuta me presenta un caso práctico a partir del cual, debo elaborar una estimulación que desarrolle de manera ecológica las distintas áreas cognitivas.

Caso Práctico

A. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

Pedro Navarro Rodríguez, nacido en cacabelos (población cercana a Ponferrada), tiene actualmente 63 años y reside en Ponferrada con su mujer Isabel. Tiene dos hijos: Fernando y Sara.

B. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace un año y medio que le notaban raro en casa, solía tener despistes – los achacaban a la presión del trabajo-. Sin embargo, en el trabajo no mejoraba, sino todo lo contrario, raro era el día que no venía con broncas y problemas. Al principio los médicos le dijeron que no tenía nada, pero más tarde, le hicieron pruebas y le diagnosticaron la enfermedad de Alzheimer. A pesar de todo lo está llevando bien, ya que no tiene que aguantar la presión del trabajo y ahora tiene más tiempo para su familia y sus hobbies. Es consciente de su enfermedad. Su familia ha decidido que acuda por las mañanas al centro terapéutico de la Asociación Alzheimer Bierzo y él lo ha aprobado.

C. ESTUDIOS Y PROFESIONES

Es diplomado en electrónica. Su primer trabajo consistía en arreglar radios y televisores. Su trabajo predominante fue de electrónico en una empresa de electrodomésticos (últimos 33 años).

D. AFICIONES

Es un manitas, arregla las averías de la casa y de los amigos. Le gusta hacer maquetas de barcos y aviones. Acostumbra a salir a pasear con su mujer por las tardes. Cuando puede, le gusta jugar al billar con sus amigos en el barrio.

E. HISTORIA MUSICAL

Lo que más le gusta es la ópera: Plácido Domingo, Luciano Pavarotti y José Carreras. Nunca le gustó bailar.

F. HISTORIA CINEMATOGRAFICA

Disfruta bastante con el cine. Sus películas favoritas son “Doctor Cívago”, “Lo que el viento se llevó” y “La vida es bella”. Su actor favorito es Marlon Brando.

G. HISTORIA DEPORTIVA

Su pasión es el ciclismo. Siempre ha montado en bici y le ha gustado seguir las grandes vueltas: Giro y Tour. Miguel Induráin y Federico Vahamontes son, a su juicio, los mejores ciclistas de todas las épocas.

H. INTERESES ACTUALES

Fundamentalmente le interesa su salud, su mujer, sus hijos, la felicidad de la familia y la ópera.

I. PERFIL COGNITIVO

Presenta frecuentes despistes, olvidos cotidianos, cierta dificultad para realizar operaciones de cálculo, alteración en la fluidez verbal y leve desorientación temporal.

J. PERFIL FUNCIONAL

Se jubiló hace tres meses por motivos de la enfermedad, no podía seguir el ritmo de trabajo. Es independiente para todas las actividades básicas, aunque algunas actividades instrumentales como manejar las finanzas le cuestan más que antes. A veces no quiere salir sólo a hacer recados en sitios que no conoce bien.

¿Cómo estimularías cada una de las áreas de la forma más ecológica posible?

En este caso, Pedro es un paciente que se encuentra en la fase de Predemencia, es bastante independiente y sufre poco deterioro cognitivo y motor. El modelo de estimulación que sugiero a continuación son ejercicios sencillos, que podría realizar el paciente tanto en el centro como en casa, supervisado entonces por su familia.

Mi modelo de estimulación cognitiva:

-Orientación temporal: En este caso, se puede estimular la orientación temporal a través de los medios de comunicación (leyendo el periódico, escuchando la radio o viendo la televisión), ya que el paciente tiene poco deterioro en sus capacidades. Tratar de asociarle los días con algún acontecimiento, situación o evento musical o deportivo que le gustase. Se podría hacer un calendario, para que pusiese el mes, año y estación en que se encuentra.

-Orientación espacial: Sería bueno llevarlo a sitios que frecuentaba cotidianamente, como el lugar donde trabajaba, los bares que frecuentaba... Como le gustan mucho los paseos con su mujer, realizarlos cada día y que su mujer se deje guiar por él y le pregunte sobre los lugares por donde pasan. El paseo ha de producirse siempre por los mismos sitios.

-Orientación personal: Enseñarle álbumes con fotos, preguntándole por los que aparecen en las mismas. Hacerle preguntas por amigos y familiares. Fomentando las llamadas a

sus personas queridas y las visitas y cenas con amigos, es decir mantener su vida social activa. Las partidas en el bar con sus amigos también le ayudarán.

-Reminiscencias: La música es el instrumento que mejor hace aflorar nuestros recuerdos, ponerle música de ópera, y la música que escuchase anteriormente, esto le acercará montones de recuerdos. De la misma manera son también muy útiles las películas, en este caso podemos ponerle sus películas preferidas y las protagonizadas por Marlon Brando, y fotografías de distintos acontecimientos de su vida.

-Cálculo y gestión del dinero: Al costarle las finanzas, podemos dejarle que haga ejercicios sencillos que no requieran demasiado esfuerzo, como darle el dinero exacto para que realice pequeñas compras.

-Motricidad: Las habilidades que mayor predisposición tendrá a realizar serán la bicicleta estática, y los paseos (el ejercicio más recomendable para cualquier enfermo de Alzheimer). Con su música preferida también se podrían realizar sesiones de musicoterapia.

-Actividades sensoriales: Mediante musicoterapia y laborterapia, en el primer caso con su música preferida y en el segundo realizando talleres de maquetas o juegos electrónicos.

-Lenguaje: Mediante la lectura de periódicos, periódicos deportivos, biografías de sus ídolos tanto musicales como deportivos. Ejercicios lúdicos, como sopas de letras o crucigramas. Fomentando la conversación diaria con sus familiares y amigos, a quienes deberá contar lo que ha hecho ese día, como se siente o alguna noticia que haya escuchado.

Cuarto ejercicio propuesto:

De nuevo, la terapeuta me asigna un caso práctico, pero esta vez para que elabore una observación de las capacidades del enfermo, determine el deterioro de las mismas y rellene un esquema sencillo.

Caso practico

A. DATOS PERSONALES

Julia García de 82 años. Viuda desde los 72 años, estuvo casada con Manuel durante 53 años. Nació en Ponferrada y reside también en Ponferrada. Tiene dos hijas, Juana y Antonia; un hijo, Miguel y cuatro nietos.

Sabe leer y escribir pero no realizó otro tipo de estudios. Desde muy joven se dedicó a ayudar a su madre en las tareas del hogar y cuidado de sus hermanos menores.

Siempre le gustó todo lo relacionado con el hogar y la familia. Especialmente tenía mucha maña para la cocina y la jardinería. Otro de sus pasatiempos, al que dedicó mucho tiempo desde su juventud, fue la costura. Le encantaba hacer vestidos para sus hijas y nietas. Sus familiares la recuerdan como una mujer alegre, que siempre estaba cantando, cosa que tampoco se le daba mal.

B. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Los primeros despistes comenzaron cuando Julia tenía 74 años, tras lo cual se decidió que se fuese a vivir con su hija Antonia. A los 75 años las quejas de memoria fueron mayores y más frecuentes y tras acudir al médico, le fue diagnosticada la enfermedad de Alzheimer. Sus hijos recuerdan hoy la angustia con la que recibieron la noticia. No sabían qué hacer ni adónde acudir, hasta que un amigo les habló de la Asociación Alzheimer Bierzo.

C. FICHA DE REGISTRO

No reconoce a nadie, aunque a veces sonrío o emite algún sonido cuando escucha la voz de sus hijos. No habla, y tampoco comprende lo que se dice, sin embargo es capaz de apreciar las emociones del hablante.

No se puede mover sola. No sabe dónde está, ni tampoco el día ni la hora que es. Es capaz de percibir por el tacto las caricias, los abrazos y los besos y le gusta escuchar su música favorita y voces familiares.

Su vida se resume en la ida y venida desde la cama al sillón, lo cual no puede hacer sin ayuda. Sus actividades instrumentales están todas afectadas y desde hace un tiempo necesita ayuda para las AVD básicas.

A partir del caso práctico rellene el esquema y argumente las razones.

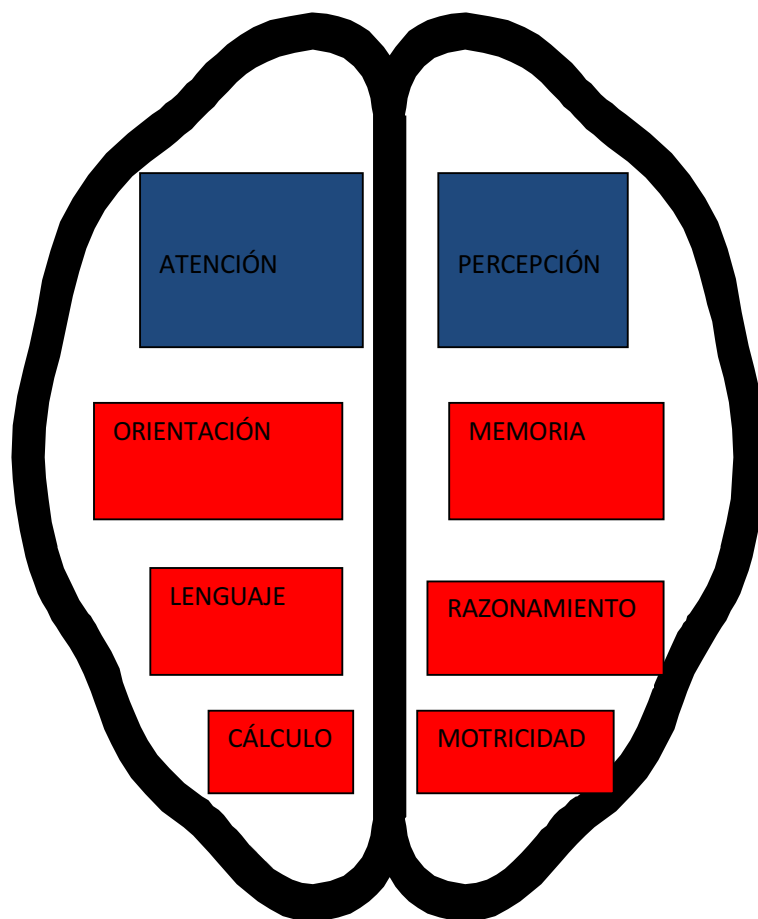
El esquema nos muestra una visión superior de los dos hemisferios del cerebro, y en ellos aparecen representados las ocho áreas cognitivas: atención, percepción, orientación, memoria, lenguaje, razonamiento, cálculo y motricidad.

Se nos manda colorear cada área cognitiva según la leyenda:

- ❖ Blanco: deterioro leve
- ❖ Azul: deterioro moderado
- ❖ Rojo: deterioro Avanzado

Tras rellenar el esquema debo justificar las respuestas.

ESQUEMA DEL PERFIL COGNITIVO



Según la ficha de registro dada en el caso práctico, la paciente se encuentra ya inmersa en la tercera fase o fase avanzada de la enfermedad, como revelan su percepción del medio, que se produce solamente a través de emociones; su dependencia para la realización de las AVD básicas e instrumentales y que siempre se encuentra encamada o en el sillón.

En cuanto a la observación de las capacidades de la enferma, en general sufre un gran deterioro cognitivo (moderado o avanzado):

- Las facultades cognitivas menos deterioradas según mi parecer son la percepción y atención. Pese a no reconocer a su familia, es capaz de crear estímulos emocionales y centrar la atención en ellos, es decir, en cierta manera los reconoce o percibe emocionalmente. La percepción no la tiene totalmente deteriorada, ya que como se dice en el texto, la mujer es capaz de percibir las emociones del hablante, si está enfadado, alegre, triste... De la misma manera percibe mediante el sentido del tacto (abrazos, caricias, besos) y el sentido del oído (su música preferida y voces familiares), y centra su atención al escuchar estas voces familiares.
- La facultad de motricidad está muy dañada, pues siempre está o encamada o en el sillón, y para los traslados entre uno y otro necesita ayuda. El texto indica también que no se puede mover sola.
- El lenguaje es nulo como tal, solamente permanece en su faceta emocional, pues no habla ni comprende el lenguaje hablado.
- Su memoria está gravemente deteriorada, pues no recuerda el lenguaje ni reconoce a nadie.
- Como se dice en el texto la capacidad de orientación está muy deteriorada, no sabe en qué día ni dónde vive, y en cierto modo esto podría corregirse si no estuviese encamada o si entendiese el lenguaje por ejemplo.
- En el texto no se hace referencia explícita al razonamiento y al cálculo, pero dadas todas las incapacidades comentadas anteriormente, el estadio avanzado de la enfermedad y que tiene totalmente deteriorado el lenguaje no emocional, que es fuente de todo razonamiento y cálculo, obviamos que tanto razonamiento como cálculo sufren un gran deterioro

La terapeuta tras evaluar nuestro trabajo, dijo que estaba bien argumentado y que la gradación de deterioro de las capacidades parecía lógica y estaba bien argumentada, pero que también se podrían aceptar otras interpretaciones del esquema.

6.3.2 Estimulación cognitiva en el centro B o centro terapéutico de día

En este centro realicé la estimulación cognitiva pero por medio de la laborterapia, psicomotricidad y musicoterapia. Detallaré en qué consiste cada una, así como los ejercicios y repercusiones que tienen en los enfermos de Alzheimer.

La laborterapia y musicoterapia, se realizaban a última hora de la mañana, tras las actividades cognitivas y el taller de memoria, y tras un breve descanso que tenían para tomar una fruta y relajarse tras el esfuerzo de las actividades cognitivas. La hora de realización de la laborterapia y musicoterapia estaba pensada pues, para seguir realizando la terapia cognitiva pero de una forma más descansada y relajada, (ya que habían hecho anteriormente un gran esfuerzo mental) y que en general les gustase más a los enfermos. La psicomotricidad se realizaba por la tarde, tenía una duración de media hora con cada grupo, y mientras un grupo realizaba la psicomotricidad, los otros grupos realizaban diversos talleres (teatro, relajación...). Todos estos talleres se realizan en grupos homogéneos, un grupo con enfermos en fase leve- moderada y un grupo con enfermos en fase moderada- avanzada.

Laborterapia y arteterapia

Los talleres de laborterapia y arteterapia están especialmente pensados para estos enfermos. La laborterapia sirve para distraerles de su sufrimiento personal, de difícil comprensión para los demás. Consiste en talleres de actividades manuales sencillas: como pintar, dibujar, coser... Los talleres de laborterapia son pensados por la terapeuta en función del deterioro del grupo y capacidades. La sesión en que estuve durante mi visita, los enfermos estaban realizando una especie de cestas pequeñas mediante entrelazados de fibras sintéticas. Las auxiliares los acompañaban durante el taller para ayudarles, darles ánimos y resolverles las dudas, que eran muchas; a muchos pacientes había que explicarle las cosas muchas veces para que lo entendiesen.

Pude comprobar cómo los usuarios mostraban gran predisposición para realizar las tareas, y al culminar la tarea se sentían satisfechos por su esfuerzo y útiles.

Durante mi estancia en el centro no se produjo ningún taller de arteterapia. Estas actividades sirven para expresar y explorar emociones difíciles de los pacientes, e incluyen danzaterapia y socioterapia.

Musicoterapia

La musicoterapia es el uso estructurado e intencionado de los sonidos, la música y el movimiento con fines terapéuticos. Es uno de los tratamientos no farmacológicos con mayor repercusión en la calidad de vida de los enfermos con Alzheimer. La efectividad de la musicoterapia en los enfermos radica en la capacidad que tiene la música para acercar recuerdos y vivencias, y es al mismo tiempo un medio de expresión no verbal que canaliza sus sentimientos. Además esta actividad produce efectos relajantes y placenteros.

Las sesiones de musicoterapia en el centro al igual que las de laborterapia están diseñadas por la terapeuta, en función de las capacidades de los enfermos, y son llevadas a cabo por las auxiliares. Tienen una duración de 30 minutos, pese a que el tiempo ideal empleado en esta actividad debe ser de 45 minutos. La musicoterapia la realicé con el grupo de enfermos en fase leve-moderada. Al inicio se trata de situar a los enfermos, explicándoles que van a realizar musicoterapia, ya que había que hacerles saber la actividad que se iba a realizar y prepararlos para ella.

En la primera parte se le da un xilófono a cada enfermo y tenían que repetir uno por uno el ritmo que las auxiliares marcaban. Se trabaja así la atención y el ritmo. La mayoría de los pacientes superaron la prueba sin cometer grandes errores.

Después se ponía una canción distinta para cada usuario, y él tenía que responder si conocía la canción, que recuerdos le traía...etc. Al principio pensé que no serviría de mucho este ejercicio, pero tras escuchar las canciones, vi como la conversación crecía y la gente intervenía para contar sus recuerdos e historias que evocaban gracias a las canciones. Las canciones eran tranquilas y pausadas, eran de corte popular y de décadas pasadas, acorde con la edad del enfermo. A una paciente la canción le trajo recuerdos de un magosto de su pueblo y a partir de este comentario se inició una conversación bastante distendida y amena.

Por último se ponía una canción tranquila y de ritmo lento, y las auxiliares pedían a los enfermos que acompañaran el ritmo con palmas, movimientos de cabeza y flexo-extensiones de los brazos. Se mejoraba así la motricidad y percepción rítmica.

Al igual que la laborterapia, todos los usuarios mostraron una alta participación y predisposición a realizar los ejercicios. El ambiente que había cuando entré en la sala al ambiente que había durante y tras la sesión era muy distinto; ahora había una atmósfera relajada, se había cambiado el estado de ánimo de los usuarios y se había mejorado el autoestima de los enfermos.

Me sorprendió gratamente el poder terapéutico de la musicoterapia, desde mi punto de vista es una de las terapias no farmacológicas con mayor capacidad de mejorar la vida del enfermo.

Psicomotricidad y Fisioterapia

La estimulación cognitiva a través de la psicomotricidad y fisioterapia es una técnica que pretende retardar las pérdidas de memoria, atención y percepción, además de intentar mantener el máximo de tiempo posible las funciones que el enfermo todavía conserva, preservando las AVD y adquiriendo un mayor dominio del cuerpo.

Realizamos dos sesiones de fisioterapia con el Grupo 1 (deterioro moderado) y el grupo 2 (deterioro avanzado). Los ejercicios que se realizan son los mismos para ambos grupos, si bien hemos de tener cuenta de las posibilidades de cada uno en el ejercicio. Las sesiones están diseñadas conjuntamente por la terapeuta ocupacional y la fisioterapeuta, y duran media hora. Cada día de la semana se trabaja un área cognitiva específica por medio de los distintos ejercicios aplicados.

La sesión del día que fui eran ejercicios de psicomotricidad basados en distintos juegos de memoria, coordinación, percepción y relajación. Las sesiones de fisioterapia y psicomotricidad tienen lugar en el gimnasio, y para esta sesión necesitamos materiales básicos como cintas, pelotas, aros, sillas, globos y picas. Partes de la sesión:

- ❖ Ejercicios de calentamiento y preparación. Antes de iniciar la sesión, los enfermos deben sentarse en círculo. El objetivo es que los pacientes aprendan a sentarse correctamente, ya que una mala postura les puede ocasionar molestias

físicas (agujetas, dolor...). Este ejercicio les ayudará a mantener la capacidad de reconocer su propio cuerpo y de identificar su situación con respecto a un espacio concreto.

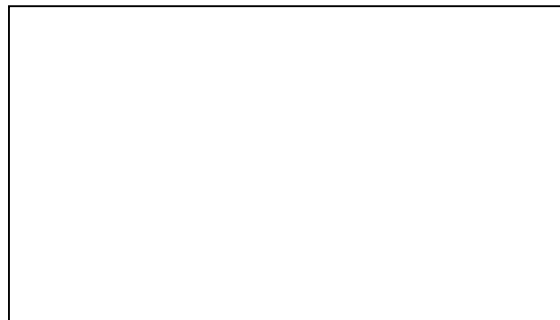
Realización del ejercicio:

-Colocarse bien sentados en una silla, apoyando la espalda, que debe estar recta, en una posición cómoda. Los pies deben estar apoyados en el suelo con las puntas abiertas y las piernas un poco separadas. Los brazos deben estar apoyados con las manos colgando.

-Respirar tranquilamente, inspirando aire por la nariz y expulsándolo despacio por la boca.

-Iniciar movimientos lentos de todas las articulaciones, acompañados a la inspiración –expiración, según el mandato de la fisioterapeuta.

Este ejercicio además de predisponer a los enfermos para la sesión, les sirve para recordar las diferentes partes del cuerpo, relajarse, mejorar la movilidad articular y desarrollar el aprendizaje postural.



- ❖ Dar palmadas y caminar. Con este ejercicio se trabaja la memoria a través del ritmo. Para ello, debemos imponer un ritmo sencillo, con palmadas, que se repetirá tantas veces como sea necesario hasta que todos los usuarios del grupo lo memoricen y repitan correctamente. Una vez aprendido el ritmo, los pacientes deben andar al paso que marca el ritmo, acompañándolo con palmadas. La dificultad de este ejercicio está en la coordinación que los pacientes deben desarrollar, entre manos y pies, y esta se va incrementando a medida que se introducen órdenes sencillas: cambiar el sentido o parar son ejemplos...

Realización del ejercicio

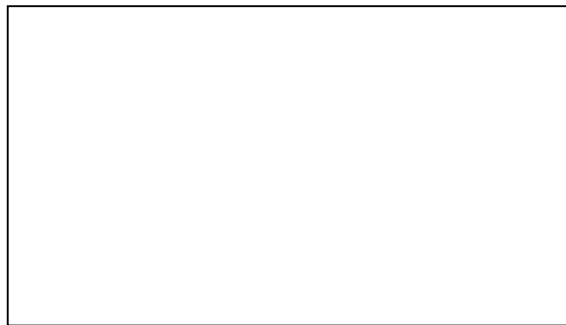
-Los pacientes están en círculo caminando.

-Marcamos un ritmo dando palmadas, mientras los pacientes lo memorizan y repiten hasta que lo aprenden.

-Cuando todo el grupo lo ha memorizado, caminan siguiendo el ritmo con los pies y dando palmas.

-Mientras caminan, deben atender a órdenes de parar, reanudar y cambiar el sentido.

De esta manera tan sencilla estimulamos la memoria inmediata, el reconocimiento de pies y manos, la coordinación, la atención y la comprensión, y el cumplimiento de órdenes.



- ❖ Tercer ejercicio. Teniendo un arcón lleno de pelotas de distintos colores, el enfermo debe pasar a su compañero la pelota del color que se le indique.



Con este ejercicio se trabaja la memoria inmediata, se recuerdan los colores, se mantiene la atención y se trabaja la coordinación entre el movimiento y una orden auditiva que se debe recordar.

- ❖ Ejercicios con los aros. La finalidad de este ejercicio es trabajar aspectos de la lateralidad en grupo, a partir de conceptos como arriba y abajo, dentro y fuera..., acabaremos con un ejercicio de distinguir colores haciendo puntería en un pivote cuando nombremos el color que tengan.

Realización del ejercicio

-Los pacientes se sitúan en círculo cada uno con su aro.

-En esa posición, alzan y bajan los brazos.

-Cuando todo el grupo cumple la orden, se imparte una nueva orden, levantarse o sentarse (las órdenes se dan de forma aleatoria).

-A cada paciente se le asigna un color, y al nombrar ese color debe hacer puntería con el aro en un codo colocado en el suelo.

- ❖ Relajación: Para terminar con la sesión es aconsejable realizar ejercicios de relajación, para que los enfermos terminen tranquilos, tras el esfuerzo realizado. Por medio de respiraciones pausadas y tranquilas, suaves ejercicios de estiramiento, y sugiriéndoles pensamientos relajantes, como por ejemplo las olas del mar.

El grupo 1 formado por usuarios en fase moderada, ha comprendido perfectamente los ejercicios si bien ha habido algunos fallos en la realización, sobre todo han tenido problemas con los ejercicios de coordinación.

Para el grupo 2 con enfermos en fase avanzada, con un mayor deterioro cognitivo y motor, los ejercicios han sido los mismos, pero con ligeras modificaciones para hacerlos más sencillos y han recibido ayudas en todo momento. Un enfermo no ha podido realizar los ejercicios por no poder estar tanto tiempo en pie. Los errores han sido comunes y algunos ejercicios se han tenido que sustituir por la bicicleta estática.

Si bien el grupo 1 ha intentado tener una buena predisposición y los resultados han sido satisfactorios, el grupo 2 ha necesitado mucha motivación e impulso por parte del personal para que realizaran los ejercicios, y en muchos momentos no han querido hacer los ejercicios, con argumentos tales como que eso son cosas de niños. Según mi punto de vista la musicoterapia les subió más la autoestima que la fisioterapia, pero las dos actividades son indispensables para una buena estimulación cognitiva.

7. CONCLUSIONES

Durante las dos jornadas de trabajo en ambos centros, y gracias al trabajo personal que he realizado, he podido extraer todo tipo de conclusiones sobre la terapia, el centro, y el tratamiento y gestión de enfermos.

He podido observar las valoraciones y test anteriores que se realizaron a los mismos enfermos a los que yo valoré mediante el test Mini Mental y el índice de Barthel, y he comprobado que a medida que el paciente llevaba más tiempo realizando la estimulación cognitiva su deterioro deceleraba progresivamente. Los efectos del tratamiento no farmacológico tienen una importancia significativa en la calidad de vida de los pacientes, sus cuidadores, familias y la sociedad en general. Las áreas que han sufrido un menor deterioro gracias a la estimulación cognitiva, varían dependiendo del enfermo, pero suelen ser la memoria, lenguaje y orientación.

A día de hoy no hay suficientes evidencias para recomendar ningún fármaco, dado que la mayoría están en periodo de pruebas o no cumplen su función, por tanto hasta que no se produzca el hallazgo del medicamento específico, la estimulación cognitiva es con creces, la forma más ecológica de fomentar la calidad de vida de un paciente y motivarle. Y aunque se encontrase un medicamento curativo de la enfermedad, la terapia cognitiva sería complementaria a este medicamento, aunque quizás encaminada a un proceso de rehabilitación cognitiva y funcional de la persona, que el medicamento por sí solo no podría conseguir.

A mi modo de ver, los centros terapéuticos como del que hablo en este trabajo son necesarios e indispensables, y en ningún momento debemos asociar este tipo de centros a residencias de ancianos o “apartadero de ancianos”. Este tipo de centros mejora, mediante las actividades que empeña, la calidad de vida del enfermo, descarga a la familia de la presión de tener un enfermo de Alzheimer y trata de inmiscuir a la sociedad en esa gran meta de acabar con la enfermedad.

Hay que darse cuenta de que aproximadamente el 6% de la población mayor de 65 años sufre la enfermedad, y de seguir este ritmo de envejecimiento la cifra habrá alcanzado el 8% en las tres siguientes décadas. Por todos estos motivos es una necesidad real que la

sanidad pública asegure la existencia de centros de día, de tratamiento del Alzheimer, y personal médico, terapeuta y de enfermería, así como un fomento de la investigación científica de la enfermedad, para que el Alzheimer no pase a engrosar la lista de epidemias del siglo XXI.

Espero que este trabajo sirva para aclarar a los lectores del mismo, la sintomatología de la enfermedad y el diagnóstico, las diferentes pruebas de valoración del enfermo, así como las diferentes técnicas y formas de tratar y estimular al enfermo. Pero además de reflejar estos conocimientos sobre la patología, he tratado de meterme en la piel de la enfermedad, para hacer mostrar la cruda vida del enfermo al lector y esperar que este no mire para otro lado: porque todos de una manera u otra tenemos ancianos y personas con demencia senil, a las que podamos ayudar, porque el día de mañana quizás necesitemos que otros nos cuiden.

8. Valoración de la experiencia

El trabajo desarrollado tanto en los centros de la Asociación Alzheimer Bierzo, como a nivel personal ha sido muy positivo y útil. He cumplido mis expectativas de profundizar mis conocimientos sobre la enfermedad y el funcionamiento del centro, y he extraído conclusiones y clarificado mi postura social ante la enfermedad.

Además destaco la experiencia del trato directo con los enfermos, y la evaluación de los mismos. En todo momento, los enfermos han sido muy amables y acogedores, y creo que mi estancia en el centro les ha agradado.

En relación con el personal del centro, agradecer su profesionalidad y el trato conmigo, ya que en todo momento estaban pendientes de mí para resolver mis dudas, tanto cuando estaba en el centro como a distancia. En todo momento la terapeuta ocupacional, psicóloga y fisioterapeuta, me explicaron el trabajo y actividades que realizaban sobre la enfermedad, dejándome intervenir y dirigir algunos ejercicios (bajo su supervisión) y corrigiendo mis errores.

Creo que esta experiencia me ha servido para aprender mucho sobre todo lo relacionado con la enfermedad, pero también ha añadido recursos a mi formación tanto en el ámbito personal como en un futuro ámbito profesional.

9. Referencias Bibliográficas

- ❖ Willard y Spackman. *Terapia ocupacional*. Edición Jims.
- ❖ Romero Ayuso, D. y Moruno, P. *Terapia ocupacional, teoría y técnicas*. Ed. Masson.
- ❖ *Enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia, conceptos y hechos*. Ed. Fundación “La Caixa”.
- ❖ *Manual para la estimulación de enfermos de Alzheimer*. Ed. Fundación “La caixa”
- ❖ *La psicomotricidad: un método de estimulación cognitiva*. Ed. Fundación “La caixa”
- ❖ Selmes, A. y Selmes, J. *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*.
- ❖ Bermejo Pareja, F. *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*.
- ❖ Página web: www.medicinainformacion.com
- ❖ Página web: www.hipocampo.org
- ❖ Página web: www.afabierzo.org
- ❖ *Diccionario de la real academia española*. 22ª Edición (2001)