

ATENCIÓN DE LA DEMENCIA EN EL MARCO DE LA DEPENDENCIA

Juana Prieto Torrijos, coordinadora del SED
Elena Calcerrada Lara, Fisioterapeuta
Ana Calvo Lara, Psicóloga

Centro de Día para Enfermos de Alzheimer de Ciudad Real

INDICE.

1.- INTRODUCCION. LOS CENTROS DE DIA COMO RECURSO ASISTENCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA.

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA DEMENCIA. PERFIL DE USUARIO.

3.-EL CENTRO DE DIA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. EQUIPO DEL CENTRO. FUNCIONAMIENTO.

4.- LA ADMISIÓN EN EL CENTRO. LA VALORACION.

5.- PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO.

6.- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CENTRO DE ALZHEIMER.

7.- REQUISITOS PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DEL SED.

8.- SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACION EN EL SED DE ALZHEIMER.

9.- SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL SED DE ALZHEIMER.

10.- SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL SED DE ALZHEIMER.

1.- INTRODUCCION. LOS CENTROS DE DIA COMO RECURSO ASISTENCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA.

La demencia senil es uno de los problemas más importantes a los que tienen que enfrentarse todas las sociedades desarrolladas, tanto desde los campos sociales, como desde los sanitarios y económicos.

Hoy día, la aparición de demencias en la población española es diez veces superior a la que existía a principios de siglo, encontrándose entre sus causas fundamentales el envejecimiento de la población, una mejor actuación médica y una mayor sensibilización de la población, por la aparición de problemas cognitivos en las personas mayores.

El envejecimiento de la población española está aumentando considerablemente en los últimos años, situándose en la actualidad el número de personas mayores de 65 años por encima del 14% de la población total. La prevalencia de la demencia en personas mayores de 65 años es de alrededor del 7%, pasando al 25% cuando se superan los 80 años. Ello supone una problemática sociosanitaria y económica difícil de resolver, que necesita de actuaciones concretas de coordinación, no sólo sociosanitaria, sino también familiar, ya que la familia juega un papel fundamental en el cuidado de los mayores con demencia, pues dos tercios de estos enfermos se encuentran en sus domicilios o en el de sus hijos.

El centro de día, se trata en estos supuestos, de un recurso sociosanitario asistencial dirigido a personas mayores que padecen algún tipo de demencia, que viven en sus domicilios o en el de sus hijos, pero que precisan de un tratamiento de mantenimiento durante el día, que les proporcione una posibilidad de valerse mejor por sí mismas y que permita a sus familiares desarrollar una vida social y laboral dentro de unos límites más normales, proporcionando, si es posible, una mayor dignidad al enfermo y una mejor calidad de vida a sus familiares, ofreciéndoles, a su vez, la posibilidad de apoyo y enseñanza en el cuidado de estos enfermos.

El centro de día para mayores dependientes, viene definido como “ centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia” (Rodríguez, P., 2004).

- a) Centro gerontológico terapéutico. Se trata de un recurso dirigido a la atención especializada de las personas mayores. Por tanto la intervención debe estar a cargo de profesionales con formación acorde a las terapias que se apliquen, que conforman un equipo multidisciplinar, que actúa de manera interdisciplinar.
- b) De apoyo a la familia. Los centros de día, cumplen una función esencial de apoyo a las familias, pues, mientras la persona mayor se encuentra en este recurso, la familia puede descansar de su atención y cuidados.
- c) Atención ambulatoria. Es decir, las personas que son atendidas en este recurso viven en su casa y van cada día al centro, para después regresar a su domicilio.
- d) La atención que se presta a las personas en situación de dependencia es integral. El equipo de profesionales elabora y dirige un plan integral individualizado para cada persona mayor, deducido de la valoración realizada.

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA DEMENCIA. PERFIL DE USUARIO.

La demencia y el deterioro cognitivo afectan predominantemente al sector de la población de personas mayores de 65 años, siendo un típico ejemplo de una enfermedad representativa edad-dependiente.

En el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan a las funciones cognitivas en relación con la edad y provocados por un complejo y variado grupo de enfermedades, tanto de carácter específico, neurológico o psiquiátrico como motivadas por el consumo de fármacos o bien por otras enfermedades sistémicas. Por otro lado está la evolución del estado cognitivo en función del envejecimiento fisiológico que presenta una gran variabilidad.

La presencia de deterioro cognitivo y/o demencia presenta importantes consecuencias que afectan a diferentes círculos de la vida individual y familiar del enfermo. El deterioro funcional, la necesidad de asistencia sanitaria, la afectación y sobrecarga del grupo familiar y de cuidadores, la repercusión económica, la necesidad de recursos sociales y de apoyo se ven claramente afectados por la presencia de la enfermedad. Además, se plantean problemas éticos y legales de considerable importancia. Todos estos factores influyen de una forma decisiva en la calidad de vida de estos ciudadanos y sus familias.

La necesidad de intervención para la disminución de estos problemas se convierte por tanto en una prioridad inmediata. Se trata de detectar precozmente la enfermedad, disminuir y atenuar los síntomas tributarios del tratamiento, mejorar la convivencia de la familia y cuidadores, aumentar la supervivencia y evitar la institucionalización y conseguir mediante estas acciones mantener una calidad de vida adecuada para estos enfermos.

Es importante que el usuario venga bien diagnosticado por el equipo de atención primaria del centro de salud y coordinado con los servicios sociales correspondientes al área. Es función del médico de familia, y más concretamente del equipo de atención primaria, el diagnosticar al anciano con demencia.

La demencia ha sido definida como un síndrome adquirido, producido por una patología orgánica que, en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, ocasiona un deterioro persistente de varias funciones mentales superiores, provocando una incapacidad funcional en el ámbito social y/o laboral. Las funciones superiores que se afectan provocan alguno de los siguientes síntomas:

- Pérdida de memoria.
- Alteraciones del lenguaje.
- Abandono del cuidado personal.
- Trastorno de la personalidad y/o alteración de la conducta.
- Desestructuración del pensamiento.
- Desorientación temporoespacial.
- Debilidad emocional.

- Trastornos visoespaciales.

Hoy día, para diagnosticar la demencia, el método de valoración más aceptado es el criterio del DSM IV.

Cuando la demencia está ya diagnosticada, debemos clasificarla:

- Por su etiología pueden distinguirse cuatro grupos principales:
 - a) Demencias degenerativas primarias (enfermedad de Alzheimer).
 - b) Demencia de origen vascular.
 - c) Demencias mixtas.
 - d) Demencias secundarias o de origen incierto.
- Por sus consideraciones clínicas o nivel de gravedad, podemos clasificarlas en :
 - a) Demencia leve. Actividades laborales y sociales alteradas, pero puede realizar su vida independiente y su capacidad de juicio está intacta.
 - b) Demencia moderada. Precisa vigilancia continuada.
 - c) Demencia grave. Precisa ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

Si nos atenemos a los propios usuarios del centro, podemos decir que los rasgos que los definen son:

- El mayor número de usuarios son mujeres, frente al 30,77% de hombres, nos encontramos con un 69,23% de mujeres.

- El estado civil predominante es el de casados (50%), seguido de viudos (38,46%) y ya a mayor distancia, separados (7,69%) y solteros (3,85%).

- El tramo de edad que cuenta con más presencia e el centro, es el comprendido entre 80-84 años de edad (34,61%), seguido por el de 75-79 años (30,75%) y 85-89 años (15,38%). Es significativo que el 7,69% de las personas que acuden al centro tiene más de 90 años.

- En cuanto a la situación de convivencia, decir que ningún usuario vive solo, como consecuencia del gran deterioro que presentan, estando igualados los porcentajes entre los que viven con sus hijos o con su cónyuge (46,15%). El resto convive con un cuidador ajeno a la familia (7,69%).

- La demencia predominante es la de tipo Alzheimer (53,85%), seguido por la demencia senil (19,23%) y la demencia frontotemporal (7,69%).

- Por último decir que las patologías asociadas más comunes son, la diabetes, hipertensión, dislipemias, artrosis, hipotiroidismo, ataques epilépticos, etc.

3.-EL CENTRO DE DIA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER. EQUIPO DEL CENTRO. FUNCIONAMIENTO.

El centro de día para enfermos de alzheimer es un centro público de carácter sociosanitario, cuya titularidad pertenece a la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. El centro cuenta con un total de 30 plazas y comenzó a funcionar el 15 de Julio del 2004, siendo inaugurado el 16 de Diciembre de ese mismo año.

El Servicio de Estancias Diurnas en el Centro de Día de Enfermos de Alzheimer es un recurso social dirigido a personas mayores de 60 años que padezcan algún tipo de demencia o enfermedad de Alzheimer y presenten un grado de dependencia física leve o moderada que pueda ser atendido por dicho recurso.

En el Servicio de Estancias Diurnas se lleva a cabo un variado programa de actividades, dirigido a paliar el deterioro tanto físico como cognitivo de los /as usuarios/as así como ofrecer un espacio de convivencia y relación social, a fin de mejorar la calidad de vida de los/as mayores.

El centro cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Director.
- Trabajador Social-Coordinador.
- Médico.

- Psicólogo.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta Ocupacional.
- Auxiliares de geriatría (5).
- Cocineros (2).
- Conductores (2).
- Personal de limpieza.

Señalar que tanto el director como el médico y el psicólogo están compartidos con el Centro de Mayores II . Decir también que el director, el médico y el trabajador social-coordinador son personal de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. El resto del personal, a excepción del personal de limpieza, pertenecen a la empresa Asociación de Recursos Asistenciales y por lo que se refiere al personal de limpieza, está contratado por la empresa Limpiezas Gredos.

En cuanto al funcionamiento decir que el horario del centro es de 9 de la mañana a 5 de la tarde y los servicios que se prestan son:

- a) Servicio de restauración, que incluye:
 - Desayuno y comida.
 - Elaboración de dietas especiales.
 - Control dietético y calórico de alimentos.
 - Supervisión de aspectos relacionados con la higiene y manipulación de los alimentos.
 - Consejo e información dietética a los usuarios y familiares para continuar la dieta en su domicilio.

- b) Servicio de transporte. Proporciona:
 - Transporte adaptado para los usuarios que lo precisan.
 - Traslado desde el domicilio al centro y viceversa de forma diaria.

- c) Servicio de higiene. Aunque en el centro no se lleva a cabo el baño de los usuarios, salvo excepciones, si que se realiza el cambio de pañal, lavado de manos, dientes, etc., todo ello supervisado por la terapeuta ocupacional.

- d) Servicio de supervisión y promoción de la salud. Este servicio no sustituye al prestado por el equipo de Atención Primaria, ofrece:
- Recogida de información relacionada con la salud al ingreso.
 - Control de las patologías y procesos morbosos que presente el usuario.
 - Control de complicaciones.
 - Planificación de cuidados básicos.
 - Supervisión del trabajo de las auxiliares.
 - Supervisión del tratamiento médico pautado.
- e) Servicio de fisioterapia y rehabilitación. Más adelante se desarrollará el programa que lleva a cabo la fisioterapeuta en el centro.
- f) Servicio de terapia ocupacional, será explicado en puntos posteriores.
- g) Servicio de psicología , que será expuesto más adelante.
- h) Servicio de trabajo social, que será detallado en puntos posteriores.

Las instalaciones con las que cuenta el centro son las siguientes:

- a) Recepción.
- b) Sala de terapia ocupacional.
- c) Despacho del trabajador social.
- d) Sala de convivencia y usos múltiples (manualidades, tv, descanso, etc.)
- e) Comedor.
- f) Cocina.
- g) Gimnasio- Sala de rehabilitación.
- h) Despacho médico.
- i) Despacho de dirección y psicología.
- j) Baños adaptados.
- k) Baño del personal del centro.
- l) Ascensor.
- m) Patio.

4.- LA ADMISIÓN EN EL CENTRO. LA VALORACION.

Los requisitos de acceso al centro son:

- Ser mayor de 60 años.
- Residir y estar empadronado en Castilla la Mancha.
- Residir en un área de influencia no superior a 10 kilómetros de distancia al centro (si se quiere utilizar el servicio de transporte).
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos de conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el centro.
- Tener reducida su autonomía para las actividades de la vida diaria, siempre que su situación de dependencia pueda ser atendida adecuadamente por el SED.
- Carecer durante el día de los apoyos familiares o sociales necesarios o precisar atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial.
- Alcanzar la puntuación mínima establecida.
- Padecer algún tipo de demencia y que ésta haya sido diagnosticada por un especialista acreditado.

Además de estos requisitos de acceso que vienen establecidos en la Orden 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regulan el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de Castilla la Mancha, el solicitante del Sed de Alzheimer debe someterse a una valoración que será efectuada por los profesionales del centro. El proceso es el siguiente:

El solicitante del SED, viene a la cita acompañado de algún familiar o del cuidador principal, en primera instancia es recibido por la trabajadora social, la cual mantiene una entrevista con el usuario y su familia para completar la historia social. En esta entrevista también se le aporta información sobre el funcionamiento del centro, horario, coste, transporte, normas del centro y se despeja cualquier duda que la familia pueda tener al respecto. Posteriormente pasa a ser valorado por el médico, quien completa su historia clínica. A continuación la fisioterapeuta realiza una valoración a nivel físico-funcional. Por último el solicitante es valorado por la psicóloga y la

terapeuta ocupacional, mediante entrevista con el cuidador principal y la utilización de escalas estandarizadas con el solicitante, entre ellas podemos nombrar:

- Índice de Barthel→ se valora la independencia del usuario en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como son el andar, trasladarse (en la cama, de la cama al sillón...), vestirse, comer, bañarse y control de esfínteres.
- Índice de Lawton→ se valora la independencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que abarcan aquellas actividades necesarias para que una persona pueda vivir independiente en la comunidad, y entre ellas se encuentran actividades como cocinar, comprar, lavar la ropa, usar el teléfono, manejar sus finanzas...
- Mini-examen cognoscitivo→ se valoran las capacidades como son: la orientación, memoria, atención y cálculo, lenguaje y praxias.

Tras finalizar la valoración inicial, se reúne el equipo para poner en común las diversas áreas en las que se ha valorado y así decidir si el usuario es susceptible de recibir nuestros servicios. La trabajadora social, se pone en contacto con la familia y le comunica la decisión adoptada por el equipo, si se considera que el usuario es apto para el centro, la familia prepara la documentación necesaria y tras la visita al domicilio por parte de la trabajadora social, se gestiona el expediente. Una vez que el expediente es aprobado por la Delegación Provincial de Bienestar Social, se procede al ingreso del usuario. El día del ingreso el usuario debe venir acompañado por un familiar y debe traer los enseres necesarios para el comienzo del servicio. Ese día se firman los acuerdos del centro y se comunica al familiar la hora y el lugar donde será recogido el usuario para el traslado al centro o viceversa.

5.- PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL EN EL CENTRO.

Para llevar a cabo el programa, trabajadora social realiza las siguientes funciones:

- a. Recibir las solicitudes en el SED, informar sobre el servicio y orientar hacia el recurso más adecuado según las características del solicitante y en colaboración con el terapeuta ocupacional.
- b. Valoración del usuario en el domicilio, con especial atención a su situación social, familiar y económica.
- c. Tramitación y gestión de las solicitudes presentadas para acceso al sed, así como otro tipo de solicitudes.
- d. Mantener contacto directo y continuado con los usuarios y sus familias y/o cuidadores principales, realizar genogramas y valorar la red de apoyos formales e informales del usuario.
- e. Coordinarse con el resto de equipo en las “reuniones de equipo” valorando y evaluando la evolución de la situación social y familiar del usuario.
- f. Colaborar en el diseño, planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre del SED dentro y fuera del centro.
- g. Valorar junto con el equipo el cese en el servicio cuando así se considere presentando las posibles alternativas según los recursos disponibles.

Además como coordinadora del centro, se encarga también de:

- a. Definir los objetivos del servicio junto al resto de profesionales.
- b. Determinar junto con el resto de miembros del equipo, las actividades, coordinando las tareas específicas de cada uno de ellos.
- c. Implicar a los profesionales del equipo en la consecución de los objetivos individuales y colectivos trabajando conjuntamente y ordenando la comunicación y la colaboración entre los miembros.

- d. Aunar y ordenar criterios en el trabajo en equipo, incentivando la participación activa y la asunción de responsabilidades por parte de sus miembros.
- e. Ser receptor de las dificultades y problemas del trabajo diario, tanto individual como del equipo, ordenar las posibles soluciones y plantear al grupo la discusión de las mismas.
- f. Convocar y dirigir las reuniones del equipo, orientándolas hacia la consecución de los objetivos.
- g. Comunicarse con las familias e intentar solucionar cualquier situación conflictiva siempre con la colaboración del resto de profesionales.
- h. Defender los intereses de los usuarios respetando en todo momento la autonomía de los mismos y los principios de justicia, igualdad, equidad y privacidad.

6.- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CENTRO DE ALZHEIMER.

Uno de los objetivos de los SED es mantener al mayor en su medio. Esto incluye en muchas ocasiones a la familia donde está integrado el mayor. En cualquier caso es uno de los objetivos el apoyar y orientar a la familia y/o los cuidadores para que la dependencia del mayor la altere en el menor grado la normal dinámica familiar.

Para conseguir estos objetivos, necesitamos de la participación activa de la familia o los cuidadores principales en su ausencia. La familia es para el usuario el mejor apoyo para continuar las intervenciones que se plantean en el SED. No olvidemos que el mayor pasará con su familia una gran parte de su tiempo, en el cual no deben olvidarse los tratamientos que se han puesto en marcha.

Para conseguir esta colaboración es imprescindible el conocimiento por parte de la familia y/o cuidadores de los objetivos y actividades del “plan de intervención individual”.

Por lo anteriormente mencionado, queda claro que debe existir una comunicación eficaz entre la familia y el equipo de trabajo del SED. Esta comunicación es asimismo importante si se quiere conseguir el objetivo de apoyar a la familia en las difíciles situaciones por las que va a pasar y que pueden perturbar su normal dinámica. Así pues, desde el primer contacto con el usuario se hace partícipe a las familias en el proceso de atención integral, para que conozcan el centro, los servicios que se van a realizar con su mayor, etc. También se llevan a cabo entrevistas multiprofesionales con las familias para informar del programa de intervención, asesorar en los aspectos relacionados con el proceso de adaptación, etc.

Entre las distintas formas de comunicación con la familia y/o cuidadores, podemos destacar:

Comunicación oral.

- Informal.

Se producirá de manera continua una comunicación oral informal, desde la diaria de las auxiliares en el momento de recogida o llegada del usuario, donde se transmitirá información puntual sobre aspectos concretos de la marcha del servicio (por ejemplo sobre circunstancias de la alimentación de ese día), hasta las visitas no regladas de la familia al usuario en el servicio.

- Formal.

Periódicamente, según el cronograma del plan de intervención individualizado, se citará a la familia, para tratar aspectos concretos de la evolución, el tratamiento o las particularidades del mayor. Se harán sesiones formativas (individuales o colectivas) donde se tratarán aspectos relacionados con el manejo de las dependencias.

Comunicación escrita.

- Periódica

Cada mes el usuario y la familia reciben en su domicilio una carta en la que se comunica el importe de las tasas por la prestación del servicio acompañada del menú mensual. Es importante el conocimiento de este menú, pues, para cumplir el programa de nutrición del SED debe completarse de manera lógica la alimentación que se da en el mismo con la domiciliaria.

Semanalmente se manda al usuario y su familia un cuaderno de valoración en el que se incluyen objetivos generales del servicio, objetivos de tratamiento con el usuario, plan de intervención individual, evolución en cada una de las áreas intervenidas, valoración global del mayor dependiente, normas de funcionamiento del SED, notas puntuales sobre la evolución particular del mayor y necesidades detectadas. Este cuaderno es de “ida y vuelta”, siendo la vuelta de especial importancia, ya que la familia hará anotaciones sobre como ha transcurrido el fin de semana y las posibles incidencias.

- Puntual.

Cualquier actividad que se realice en el centro, tanto para usuarios del SED como generales, es informada a los usuarios y familiares. En alguna de ellas se invita directamente a la familia a participar en la actividad como parte del tratamiento del mayor.

Se realizará también comunicación escrita puntual siempre que aparezcan entidades de importancia que precisen de informe escrito (por ejemplo. Enfermedades donde esté indicada la visita a su médico de familia o a especialistas, informes sobre evolución anómala del mayor que requieran intervención de otros profesionales, etcétera).

Cualquier modificación de horario en los servicios, días de cierre y cualquier cambio en la dinámica normal del centro se notificará a los usuarios y familiares por escrito.

7.- REQUISITOS PARA UN BUEN FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DEL SED.

El equipo puede definirse como el conjunto de personas que interactuándose mutuamente, realizan un trabajo que influye en el trabajo de todos los demás, y su trabajo es influido asimismo por el del resto, dirigidos todos los esfuerzos hacia un objetivo común.

Para que el equipo multiprofesional funcione es necesario querer, saber y poder trabajar en equipo. Es decir, implica creer en el trabajo de equipo y respetar a su integrantes, requiere un buen nivel técnico, formación según necesidades, reparto de roles y precisa de un suficiente apoyo administrativo y de infraestructura .

Existe una serie características que debe cumplir un equipo de Centro de Día para un funcionamiento óptimo, estas son:

- Objetivos comunes aceptados y conocidos por todos.
- Tolerancia, respeto y sentido del humor.
- Motivación y ayuda a los miembros menos integrados.
- Reparto de responsabilidades.
- Sentimiento de responsabilidad de cada miembro con respecto a su labor y al resultado global.
- Necesidad de autoevaluación y continua corrección..
- Aprovechamiento de las cualidades individuales de cada componente para lograr cohesión.

Conseguir que se cumplan estas características, la asunción por cada uno de los miembros del equipo de sus funciones propias y el compartir intereses comunes, es lo que va a hacer que el Equipo Multiprofesional funcione de una forma óptima y eficiente. En todo este contexto debemos hablar de las reuniones de equipo, pues de ellas depende en gran medida el buen funcionamiento y la buena relación entre profesionales. Evidentemente debe existir una comunicación informal permanente entre los miembros del equipo y una comunicación formal igualmente permanente, habitualmente escrita, en forma de historia clínica. Además debe existir comunicación en forma de paneles informativos, notas y cualquier medio que sea oportuno.

Por último decir que, los temas a tratar en las reuniones de equipo son muy variados, pero pueden ordenarse de la siguiente manera:

1. Valoración inicial de usuarios.
2. Valoración periódica de usuarios.
3. Valoraciones globales del servicio e individuales de los distintos programas.
4. Organización de horarios generales.
5. Organización de servicios.
6. Puesta en marcha de nuevas ideas e iniciativas.
7. Planificación de actividades con los usuarios del servicio.
8. Planificación de las actividades con familias.
9. Planificación de las actividades de formación continuada.
10. Problemas y soluciones.

8.- SERVICIO DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACION EN EL SED DE ALZHEIMER.

El programa de fisioterapia y el de terapia ocupacional, del SED para enfermos de Alzheimer, son recursos sociosanitarios, que deben coordinarse con los servicios sanitarios pero nunca sustituirlos. En el SED para enfermos de Alzheimer es muy importante la relación con la familia, y desde este área existe un gran contacto para informarles de temas como:

- Higiene postural en el domicilio.
- Ayudas técnicas más adecuadas para la marcha.
- Ejercicios para realizar en el tiempo libre.
- Vestimenta y calzado apropiado.

Funciones del fisioterapeuta:

- 1- Exploración y valoración global, en concreto físico-funcional del usuario.
- 2- Valoración del usuario en el domicilio cuando sea necesario, básicamente indicado por el resto del equipo.
- 3- Prescripción y realización del tratamiento adecuado según la valoración realizada o según las directrices del médico. Así mismo se realizarán los tratamientos que, en coordinación con la terapeuta ocupacional, se consideren oportunos para cada usuario.
- 4- Hacer seguimientos y evaluaciones de la aplicación de los tratamientos, modificándolos cuando sea preciso.
- 5- Informar detalladamente al paciente (o a un familiar) del tratamiento que se le aplica para que pueda realizarlos también en su domicilio si se diera el caso.
- 6- Realizar historias fisioterápicas, informes durante el proceso y el alta, realización de estadísticas etc...
- 7- Mantener un contacto continuado con los familiares.
- 8- Colaborar en el diseño, planificación y organización de las actividades de ocio y tiempo libre del SED dentro y fuera del centro.

Plan de actuación:

- Objetivos generales:

- Retraso del deterioro fisiológico.
- Búsqueda de motivación y colaboración del usuario.
- Independencia en la ABVD.
- Funcionalidad e integración social en el medio.
- Retrasar o evitar la institucionalización o ingreso hospitalario.

- Objetivos específicos:

El paciente con Alzheimer es incapaz o tiene mucha dificultad para aprender cosas nuevas, por lo que debemos mantener capacidades existentes:

- Prevenir deformidades.
- Evitar debilidad muscular y osteoporosis (sedentarismo).
- Mantener amplitudes articulares.
- Mantener fuerza y resistencia muscular.
- Reeduación del equilibrio, esquema corporal y propiocepción.
- Reeduación de la marcha en todas sus fases, disociación de cinturas pélvicas, transferencia de peso, utilización de ayudas técnicas.
- Cambios posturales.
- Motricidad fina y ejercicios bucofaringeos.

A través del ejercicio podemos actuar a nivel:

- Digestivo (evitar estreñimiento).
- Circulatorio (a través del ejercicio aerobio).
- Respiratorio (fisioterapia respiratoria).
- Genitourinario (ejercicios para evitar la incontinencia urinaria)
- Evitar la alteración del sueño-vigilia.

A nivel específico, en los enfermos de Alzheimer el ejercicio les ayuda a distraerse y relajarse, relacionarse y mantener las funciones motoras durante más tiempo. Las actividades hay que procurar que mantengan una rutina para no desorientar al usuario y generarle confusión o malestar. Es importante evitar ropa, calzado incómodo o que el ejercicio le produzca dolor.

Historia de fisioterapia

La historia de fisioterapia que se abre a cada usuario al ingreso contiene los diferentes apartados:

- 1- Anamnesis.
- 2- Patologías asociadas.
- 3- Valoración: - Exploración física
 - Inspección
 - Localización de dolor
 - Balance articular
 - Balance muscular
 - Tono muscular
 - Postura en sedestación y bipedestación
 - Deformidades
- 4- Función motora fina
- 5- Balance funcional- cambios posturales
- 6- Valoración neurológica: - Consciencia
 - Exploración sensorial
 - Exploración sensitiva
 - Coordinación
- 7- Equilibrio
- 8- Marcha
- 9- Test de tinetti (marcha y equilibrio) y valoración de caída.

Posteriormente cada 4-6 meses se realiza un seguimiento volviendo a pasar los test iniciales. Se valora los beneficios del tratamiento que se ha llevado a cabo para posteriormente llegar a unas conclusiones positivas o no que determina el cambio o no del tratamiento impuesto.

Programas que se desarrollan:

En todos los programas a describir se plantearan inicialmente unos objetivos generales y específicos, un perfil de usuario, un seguimiento del programa, así como los análisis de resultados para obtener unas conclusiones sobre los beneficios o no que ha experimentado el usuario. Como se ha descrito anteriormente en la historia clínica.

1.- Actividades físicas individuales o grupales:

Es un elemento terapéutico fundamental en el centro de día, que debe ser programado, dirigido y controlado por el fisioterapeuta. Los ejercicios pautados deben adaptarse a las necesidades específicas de cada usuario, teniendo en cuenta la colaboración, el estado físico y mental.

Se podría definir como un trabajo con aparatos sencillos: Poleas de autopasivos, jaula de Rocher, bicicleta estática (pedaleador gerontológico) barras paralelas, lanzamiento de balón, ejercicios para la motricidad fina de las manos. Este tipo de actividad podría ser apoyado con deportes de personas mayores; andar, jugar a la petanca, billar...

El ejercicio se realizará siguiendo una serie de normas:

- El ejercicio que se realice en el gimnasio será tranquilo.
- El ejercicio será personalizado y progresivo.
- Se realizará en sesiones cortas de 45 min. tres o cuatro veces por semana, en función del estado físico, mental y la edad.

2- Programa de musculación:

Consiste en la utilización de aparatos para mejorar el tono muscular, la fuerza y la amplitud articular. Se lleva a cabo aumentando las cargas, resistencias y repeticiones del ejercicio según la zona anatómica que se quiere mejorar. Los aparatos más utilizados por articulaciones son:

- Mano: mesa de actividades de mano.

- Muñeca: pronosupinadores
- Hombro: rueda de hombro, poleas, autopasivos, pesas de 0,5 Kg a 1,5 Kg.
- Miembro inferior: bicicleta geriátrica aumentando la resistencia, rampa y escalera, ejercicios con gomas (theraband) de diferentes resistencias, paralelas con obstáculos, marcha con obstáculos...

Dentro de este programa podemos destacar la realización de tablas de ejercicio dirigidas por el fisioterapeuta, para grupos de 10 usuarios que compartan similar capacidad física y mental. Éstas mejoran las relaciones sociales y estimulan la atención y concentración.

3.- Programa de movilizaciones pasivas y activas:

Es la utilización de diferentes técnicas para la movilización de las articulaciones afectas o con predisposición a la rigidez o/y deformidad, con colaboración del usuario o sin ella.

4.- Programa de terapias antiálgicas:

Aplicación de terapias físicas no agresivas, basadas en el afecto analgésico del calor, la electroterapia y el efecto antiinflamatorio del frío.

Al tratarse de enfermos con demencia la aplicación de estas terapias no les tiene que provocar ansiedad, inseguridad o nerviosismo, si es así se suspenderá el tratamiento.

Las técnicas más utilizadas y sencillas son:

- *Termoterapia:* Normalmente utilización de rayos infrarrojos para termoterapia superficial y para termoterapia profunda, onda corta, microonda, rayos láser...
- *Masaje:* se puede utilizar mecánico o manual, así como superficial o profundo.
- *Electroterapia:* con corrientes analgésicas como el TENS principalmente.

5.- Programa de prevención de caídas y mejora de equilibrio:

Las caídas entre las personas mayores es un hecho muy común y una causa frecuente de incapacidad. Con este programa intentamos disminuir el número y la gravedad de las caídas, enseñando al usuario a levantarse del suelo, mejorar la estabilidad y reeducar la marcha aconsejando, si lo requiere, la utilización de alguna ayuda técnica.

En Alzheimer este programa es fundamental en la primera y comienzos de la segunda fase, cuando sus capacidades físicas empiezan a mermarse y aun tienen un nivel cognitivo que le permite reaccionar ante diferentes acontecimientos.

Consiste en realizar ejercicios para que el anciano pueda levantarse del suelo por si mismo, rehabilitar la estabilidad del anciano desarrollando la propiocepción de cada una de las articulaciones y los centros que controlan el equilibrio a nivel central. De igual modo reeducar la marcha insistiendo en evitar el arrastre de los pies y recomendando la utilización de bastón o andador según convenga.

6.- Programa de incontinencia urinaria.

Principalmente dirigido a mujeres que tras varios partos han perdido la tonicidad de la musculatura del periné y presentan incontinencia urinaria por estrés (pérdida de orina durante las actividades que causan presión intra-abdominal como toser, estornudar o empujar).

Consiste en realizar una serie de ejercicios llamados ejercicios de Kegel, para mejorar la musculatura periuretral en el caso del hombre y perivaginal en el caso de mujer. Para ello debemos de tener una gran conciencia de esa zona del cuerpo y si no es así practicar hasta conseguirla. Estaría indicado en las primeras fases del Alzheimer para prevenir posteriormente la precipitación del uso de pañal y las complicaciones que eso conlleva.

7.- Programa de fisioterapia respiratoria:

Conjunto de ejercicios que mejoran la movilidad del diafragma y potencian la musculatura que interviene en la inspiración y en la espiración. Se trata de enseñar la llamada respiración abdomino-diafragmática y a realizar diferentes actividades que incentiven el aumento de la capacidad pulmonar (hinchar globos, soplar a través de un canutillo...). De igual modo se realizan ejercicios bucofaringeos para evitar o retrasar la atrofia de la musculatura de la cara, masticación, fonación, deglución...

9.- SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL SED DE ALZHEIMER.

La terapia ocupacional es una disciplina de carácter socio-sanitario que a través de la valoración de las capacidades y problemas físicos, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado tratamiento, capacitarle para alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria, contribuyendo a la recuperación de su enfermedad y/o facilitando la adaptación a su discapacidad.

Programas de Intervención desarrollados en Terapia Ocupacional.

Los programas de Terapia Ocupacional que desarrollamos en nuestro Servicio de Estancias Diurnas (S.E.D.), consisten y recaen de manera global sobre el usuario para la estimulación y el mantenimiento de las capacidades funcionales y cognitivas que se han visto alteradas por la demencia, más concretamente en enfermos de Alzheimer, ocasionando trastornos a nivel físico, cognitivo y social.

Los diferentes programas llevados a cabo en el Centro de Día para enfermos de Alzheimer son los siguientes:

1. **PROGRAMA COGNITIVO**

Consiste en el mantenimiento de las funciones mentales que se pierden en la demencia: memoria, lenguaje, capacidades para hacer cosas, capacidad de conocer, socialización, etc.

- **ATENCIÓN:** tareas simples que ayuden a reforzar la activación mental.

Objetivos:

- Estimular la capacidad sensorial, visual y espacial.
 - Estimular la capacidad sensorial auditiva.
 - Estimular la capacidad sensorial olfativa.
-
- **ORIENTACIÓN TEMPORAL, ESPACIAL Y PERSONAL:** tareas básicas de situación en el momento temporal y espacial, biografía personal y de su entorno más inmediato para mantener a la persona en contacto con la realidad que le rodea.
-
- **MEMORIA:** mediante ejercicios de repetición de series para potenciar la memoria inmediata con ejercicios cortos que faciliten la fijación y el recuerdo para reforzar la memoria reciente, mediante la repetición continuada de ejercicios para mantener el mayor tiempo posible la memoria reciente.

Objetivos:

- Estimular la memoria reciente.
 - Estimular la memoria inmediata.
 - Estimular la memoria autobiográfica.
-
- **CÁLCULO:** tareas de cálculo mental, resolución de problemas aritméticos, operaciones y juegos numéricos.

Objetivos:

- Estimular la agilidad mental.
- Ejercitar la escritura numérica.
- Promover la resolución de problemas aritméticos.
- Ejercitar la capacidad de discriminación de conceptos numéricos.

- **RAZONAMIENTO:**

Objetivos:

- Estimular la capacidad de razonamiento lógico-concreto.
- Ejercitar la capacidad de razonamiento abstracto.
- Estimular la capacidad de resolución de problemas.

- **LENGUAJE:** tareas de redacción, lectura de textos, descripción de láminas temáticas, escritura de frases o palabras etc...

Objetivos:

- Estimular la capacidad de conversación.
- Estimular la capacidad de denominación, categorización y reconocimiento visual.
- Ejercitar la comprensión verbal.
- Estimular la denominación escrita.

- **PRAXIAS:** mediante tareas de dibujo libre o guiado, uso simbólico de objetos, gestos, copiar dibujos...

Objetivos:

- Estimular praxias constructivas.
- Estimular praxias ideomotoras.
- Estimular praxias ideatorias.
- Estimular praxias del vestir.

2. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN AVD.

Las actividades de la Vida Diaria (ABVD) son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, y por ello conforman uno de los objetivos primordiales de la Terapia Ocupacional.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) corresponden a; control de esfínteres, alimentación, movilidad, aseo e higiene, deambulación, vestido, transferencias...

En el Centro nos basamos simplemente en el auto-mantenimiento de las Actividades de la Vida Diaria (ABVD), puesto que no tienen capacidad para la estimulación en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

3. PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD.

Es una técnica psico-corporal. A través del cuerpo humano y del movimiento pretende desarrollar las facultades motóricas, cognitivas y de relación.

Objetivos

- Desarrollar, mejorar y rehabilitar el esquema espacial, corporal y temporal de la persona.
- Conservar y desarrollar la movilidad.
- Lograr una mejor utilización del espacio.
- Establecer relaciones con el medio y con el grupo que lo rodea.

4. PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIO-CULTURAL/ LÚDICO.

Brinda al usuario una serie de alternativas y posibilidades con diferentes actividades lúdicas, a ser posible grupales, con fin terapéutico, además de potenciar la motivación.

Objetivos:

- Descubrir actividades de ocio y habilidades para desarrollarlas.
- Aumentar la autoestima y la confianza en uno mismo.
- Estimular los contactos sociales.
- Fomentar el sentimiento de pertenencia a un grupo.
- Estimular capacidades cognitivas.

5. PROGRAMA DE LABORTERAPIA.

Mantener al usuario mediante labores o trabajos manuales.

Objetivos:

- Fomentar la creatividad, habilidad y destreza.
- Lograr actitudes y comportamientos más creativos y gratificantes.
- Favorecer la capacidad de concentración.
- Reforzar el sentimiento de utilidad y auto-prestigio.
- Estimular la motricidad fina.
- Fomentar la autoestima.
- Evitar el aislamiento potenciando las relaciones interpersonales.
- Potenciar la composición estética.

6. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIO-FAMILIAR.

Este programa va destinado a los familiares y/o cuidador, para ofrecerle un apoyo integral de los cuidados y/o necesidades que requieran.

Objetivos:

- Información y asesoramiento en el manejo de la dependencia en las AVD.
- Favorecer y asesorar sobre el empleo de su tiempo libre.
- Formación para el incremento de la comunicación con la persona mayor.
- Apoyo emocional.
- Información y asesoramiento sobre la accesibilidad a su propia vivienda para el usuario enfermo, para garantizar la autonomía, seguridad, dignidad, confort y ahorro de tiempo.

TRATAMIENTOS INDIVIDUALES.

En el Servicio de Estancias Diurnas (S.E.D) se dispone de tratamientos individualizados, para aquellos usuarios que no puedan integrarse en un grupo debido a su comportamiento o porque precisen un tratamiento más exhaustivo, y precisen la dedicación completa del mismo profesional.

Se trabajan las mismas actividades y con los mismos objetivos que en los tratamientos grupales.

METODOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES.

Las sesiones se llevan a cabo en el departamento de Terapia Ocupacional. Las sesiones grupales constan de 3-5 usuarios por grupo, asociados según nivel cognitivo, con sesiones de 45 minutos por grupo.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) se realizan de forma individual.

10.- SERVICIO DE PSICOLOGIA EN EL SED DE ALZHEIMER.

1. ¿Qué es la demencia?

El término demencia deriva del latín "demens, dementatus" que significa sin mente. La demencia es definida por la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de las enfermedades - Décima Edición (CIE-10, 1992), **"como un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores.... que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo"**.

Entre las funciones corticales superiores que el enfermo va perdiendo figuran la memoria, el entendimiento, el juicio, el habla, el cálculo, el pensamiento, la orientación, etc. No todas se deterioran simultáneamente, sino que es un proceso continuo en el que cada vez se percibe mayor número de funciones afectadas y con progresivo mayor deterioro; siendo generalmente la memoria la primera observación de alteración que percibe el enfermo o sus parientes más próximos. La pérdida única de la memoria sería una amnesia, y el deterioro único de la misma, una dismnesia. En ningún caso, si no existe otra alteración cognoscitiva se puede hablar de demencia.

El diagnóstico de demencia, hoy en día y en la mayoría de los países, se hace siguiendo las recomendaciones propuestas por Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992) y por la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) -recogido en el Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM-IV, 1994) - y son los siguientes:

1. Según la CIE-10 en la demencia se encuentran estos síntomas (que pueden evaluarse objetivamente con pruebas específicas en muchos casos siempre que sea necesario):

1.- Deterioro de memoria: alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva. Pérdida de contenidos mnésicos, o memorizados, relativos a la familia o al pasado.

2.- Deterioro del pensamiento y del razonamiento: la demencia es más, y más profunda y anómala, que una dismnesia o alteración patológica de la memoria.

-Existe reducción en el flujo de ideas

-Existe deterioro en el proceso de almacenar información

-Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez

-Dificultad para cambiar el foco de atención

3.- Interferencia en la actividad cotidiana

4.- Existe una conciencia clara inicialmente, pero hay la posibilidad de superposición delirio/demencia.

2. Según la DSM-IV para diagnosticar demencia tienen que existir:

a) Pruebas evidentes de deterioro de la memoria a corto y largo plazo.

b) Al menos uno de los siguientes síntomas:

-Deterioro del pensamiento abstracto

-Deterioro de la capacidad del juicio

-Otros trastornos de las funciones corticales posteriores, como afasia, apraxia, agnosia y "dificultades constructivas".

-Modificaciones en la personalidad

c) La alteración en a) y b) debe interferir de forma significativa en las actividades laborales o sociales habituales, o en las relaciones con los demás.

d) Debe estar presente de manera continuada y no aparecer exclusivamente durante el curso de un "delirium".

e) Tiene que existir una de estas dos razones para la demencia:

-Una causa demostrable específica que se estima bien relacionada con esta alteración clínica.

-Puede presuponerse que existe demencia cuando no exista ningún tipo de trastorno mental al que pueda achacarse la patología que se observa (diagnóstico de exclusión) (este es el caso típico de las demencias neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer).

Demostrados por exploración psicopatológica y testimoniadas por informante. Para realizar el diagnóstico de demencia según la CIE-10 o la DSM-IV, es necesario:

-Que los síntomas estén presentes y/o progresen al menos durante seis meses.

-Que se afecte más de una función cognoscitiva

-Que haya una causa de demencia

-La historia clínica y la evaluación neuropsicológica son dos componentes esenciales para el diagnóstico de la demencia. Además de ello se realizarán todos los exámenes neurológicos y las pruebas de laboratorio indicadas para poner de manifiesto todas las posibles causas de demencia.

Por la historia clínica se recoge información sobre la vida sanitaria, cultural y social del paciente, los antecedentes familiares sobre enfermedades relacionadas con la demencia, las funciones cognoscitivas que se han visto afectadas, en qué orden y cómo es la forma y el tiempo de evolución, los trastornos conductuales y los cambios de personalidad, la capacidad del individuo para realizar sus actividades de la vida diaria y mantener las relaciones sociales y laborales, la confirmación, por parte del informador próximo a su entorno cotidiano, de los problemas que describe el paciente, y es

interesante incluir también la valoración que el propio sujeto hace de su enfermedad y de su repercusión en la vida diaria.

El examen cognoscitivo del paciente, el registro de las manifestaciones mostradas por el sujeto durante la entrevistas, la exploración neurológica, los datos de los fármacos que toma el paciente, las pruebas complementarias y la entrevista psiquiátrica estructurada a un familiar o cuidador, nos lleva a detectar de forma global el deterioro cognoscitivo y el grado de evolución del trastorno.

2. Clasificación de las demencias

Las demencias se pueden clasificar en función de distintos sistemas atendiendo a la edad de inicio, la causa o etiología, los signos neurológicos acompañantes y si son o no tratables.

1.Edad de inicio: la clasificación más clásica, en la que se distingue entre las demencias seniles y preseniles o juveniles en función de la edad de inicio, apenas es ya utilizada. Sólo sirve de complemento para diferenciar subtipos (p.e., demencia Alzheimer senil o esporádica frente a demencia alzheimer juvenil o familiar).

2.Estructuras cerebrales afectadas: en función de las estructuras cerebrales afectadas, podemos hablar de demencias corticales, las cuales son consecuencia de cambios degenerativos en la corteza cerebral y se evidencian clínicamente por amnesia, afasia, apraxias y agnosias, así como dificultades en la memoria operativa de trabajo (p.e., la Enfermedad de Alzheimer), y de demencias subcorticales, que son el resultado de una disminución en la estructura profunda de la sustancia gris y blanca, que afectan los ganglios basales, el tálamo, los núcleos de la base y las proyecciones de estas estructuras hacia el lóbulo frontal.

Clínicamente, estas últimas se caracterizan por alteraciones más llamativas en el nivel de vigilancia y en la atención, así como en presentar dificultad en el procesamiento de la información, retraso psicomotor, dificultades en la evocación y capacidad de abstracción, problemas en la capacidad de desarrollar estrategias y alteraciones del afecto y personalidad, tales como depresión y apatía (p.e., la demencia

talámica, la parálisis supranuclear progresiva, la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, etc.).

3.Etiología (causa o agente que produce la demencia): en relación con la etiología, las demencias se dividen en primarias o sin causa conocida (como la demencia tipo Alzheimer o demencia de Pick) y secundarias, donde la demencia aparece como consecuencia de un trastorno principal (p.e., la demencia consecutiva a una hidrocefalia o a un déficit vitamínico).

3. Demencias más importantes

1.Demencia en la Enfermedad de Alzheimer: es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuropsíquicos característicos.

2.Demencia vascular: la demencia vascular o multi-infarto en realidad comprende todo un grupo de alteraciones cognoscitivas demenciales consecutivas a diversos tipos de alteraciones originadas por hemorragias, trombos, infartos, etc., en el cerebro. Se distingue de la demencia EA por el modo de comienzo, las características clínicas y la evolución. El comienzo de la enfermedad tiene lugar en la edad avanzada. El cuadro suele ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado y el deterioro cursa con brotes pues normalmente ocurren accidentes o microaccidentes repetidos. El nivel de discapacidad dependerá de la zona del cerebro lesionada por las apoplejías. Después de un empeoramiento, suele haber periodos de recuperación parcial, al ponerse en marcha los mecanismos de reparación cerebral. Los factores de mayor riesgo para padecer una demencia de tipo vascular son: hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, etc.

El deterioro cognoscitivo suele ser desigual, de tal manera que puede haber una pérdida de memoria, un deterioro intelectual, labilidad emocional con episodios depresivos pasajeros, llantos o risas intempestivas, obnubilación de conciencia o de delirium transitorios, a menudo provocados por nuevos infartos y signos neurológicos

focales, mientras que la conciencia de enfermedad y la capacidad de juicio pueden estar relativamente conservadas. La confirmación vendrá sola, en algunos casos, de la tomografía axial computerizada o, en último extremo, de la neuropatología.

3. Demencia en la enfermedad de Huntington: se trata de una demencia que se presenta formando parte de una degeneración selectiva de tejido cerebral a nivel de los ganglios basales. Es transmitida por un único gen autosómico dominante. Los síntomas surgen hacia la tercera o cuarta década de vida y la incidencia en ambos sexos es probablemente la misma. En algunos casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas claramente paranoides, acompañados de cambios de personalidad. La evolución es lenta, llevando a la muerte normalmente al cabo de 10 a 15 años. Las pautas de diagnóstico son la asociación de movimientos coreiformes, demencia y antecedentes familiares de enfermedad de Huntington, aunque hay casos esporádicos.

4. Demencia en la enfermedad de Parkinson: la enfermedad de Parkinson se caracteriza por una degeneración del sistema dopaminérgico sobre todo por la afectación de la substancia nigra y el locus coeruleus. Su etiología es desconocida, aunque tiene un posible origen genético. El inicio se sitúa entre los 40 y 70 años, de los cuales entre un 20 y un 30% de los enfermos desarrollan demencia. La demencia que aparece especialmente en las formas más graves de la enfermedad. Se han propuesto algunos factores que pueden influir como la edad de inicio de la enfermedad, el tiempo de evolución, el sexo, la raza, una predisposición genética, la exposición a tóxicos, las infecciones, el estrés, la vitamina E, el tabaco, etc.

La afectación neurológica se caracteriza por las dificultades en la concentración y la tendencia a la distracción, trastornos visuoespaciales, enlentecimiento del pensamiento. Alteraciones de tipo frontal como reducción en la capacidad para realizar secuencias, problemas para ordenar temporalmente un hecho autobiográfico, y dificultad en las tareas que requieren cambios o alteraciones.

5. Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ): es una demencia progresiva con multitud de síntomas y signos neurológicos, debidas a alteraciones neuropatológicas específicas (encefalopatías espongiiforme subaguda), cuya supuesta etiología es un agente transmisible (prión). El inicio tiene lugar normalmente hacia la mitad o el final de la vida (entorno a los 50 años, aunque puede presentarse en cualquier

momento). El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno o dos años. Debe sospecharse de este tipo de enfermedad en los casos de demencia de evolución rápida, acompañada por múltiples síntomas neurológicos.

Esta enfermedad suele presentar una parálisis espástica progresiva de los miembros, acompañada de síntomas extrapiramidales tales como temblor, rigidez y movimientos coreo-atetoides.

6. Demencia de los Cuerpos de Lewy: Presencia de deterioro cognitivo progresivo de magnitud suficiente con interferencia de funciones ocupacionales normales. Dos de las características centrales para su diagnóstico son: fluctuación de la capacidad cognitiva con variaciones importantes de atención y estado de alerta y alucinaciones visuales recurrentes bien formadas ya detalladas. Se manifiestan características motoras espontáneas de Parkinsonismo. Los síntomas son: alteración de la memoria, muy evidente en fases tardías; déficit de atención; déficit de habilidades fronto – subcorticales; y déficit de capacidad visual espacial. Se sufren caídas repetitivas, síncope, pérdida de conciencia transitoria, sensibilidad neuroléptica, delirio sistematizado y alucinaciones de otras modalidades.

4. Diagnóstico diferencial de las demencias

Existen otras patologías que pueden confundirse con la demencia, que hay que tener muy en cuenta a la hora del diagnóstico, tales como: el deterioro normal para la edad ("olvido benigno del anciano"); trastornos psiquiátricos (conocidos como pseudodemencias - depresión, síndrome de Ganser, esquizofrenia, histeria, simulación, etc.); síndromes cerebrales focales: síndrome parietal, frontal, amnesia, afasia, etc; síndromes cerebrales difusos (síndrome confusional agudo o "delirium").

Los olvidos benignos del anciano son considerados por algunos autores como un paso previo a la Enfermedad de Alzheimer y sería la etapa más adecuada para el tratamiento preventivo.

La pseudodemencia, es una variante de la depresión que aparenta una pérdida de funciones cognitivas por una voluntaria desconexión con el entorno vital.

El "delirium" es un síndrome cerebral de causa variada caracterizado por alteraciones de las funciones cognitivas junto a trastornos de la conciencia y atención, de la motilidad psíquica, de las emociones y del ciclo vigilia-sueño. Se diferencia de la demencia en que la conciencia no está clara y que la intensidad y la duración son variables y fluctuantes. El delirium no es una demencia pero en la demencia puede haber fases de delirium.

El retraso mental o la falta de instrucción. En el diagnóstico de las demencias tienen un gran valor diagnóstico las pruebas psicotécnicas, las cuales deben ser adaptadas a las condiciones socioculturales de cada paciente para evitar falsos diagnósticos.

5. La Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA), según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª Edición, OMS 1994 -25), se define como: "un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo".

Esta enfermedad, se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de las funciones cerebrales superiores o cognitivas, con pérdida de memoria, juicio, lenguaje. Es decir, clínicamente se manifiesta como una demencia. En algunos casos, en las primeras fases de la enfermedad, se acompaña de síntomas de otro tipo de alteraciones mentales no cognitivas (psicosis, depresión, ansiedad, apatía, etc) y del comportamiento (agitación, irritabilidad, etc). Antes o después, según los síntomas que se presentan, se produce una interferencia grave en la realización de las tareas diarias, originándose una gran discapacidad y una dependencia, que llega a ser total, del cuidador.

El periodo evolutivo puede ser corto, dos o tres años en algunos casos extremos, o bastante largo. En España, a falta de datos oficiales, puede considerarse actualmente una duración media de 12 años a partir del diagnóstico definitivo (el aumento de la vida media y la mejora de la calidad de vida de estos enfermos en los últimos años se debe a la mayor y mejor atención que se les presta).

El conocimiento que se tiene actualmente de ella es muy extenso, aunque aún se desconoce la causa y patología, lo que impide que aún no se disponga de un tratamiento curativo o preventivo. La opinión más general es que la EA tiene un origen multifactorial con predisposición genética e influencia de factores ambientales desconocidos.

La enfermedad se manifiesta de forma lenta y progresiva. Los primeros síntomas van asociados a una disminución de la "memoria reciente" o inmediata, es decir, la que corresponde a hechos que se han producido recientemente.

Otra de las alteraciones que desarrolla la persona enferma de Alzheimer son los cambios en el comportamiento y en la personalidad. Se muestra irritable y con frecuentes cambios de humor, y puede llegar a aislarse de su entorno familiar.

Aunque la persona enferma continúe razonando y comunicándose bien con los demás, tiene, sin embargo, problemas para encontrar las palabras precisas. Sus frases son más cortas y mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

Otros síntomas característicos de la enfermedad.-

-Dificultad en la ejecución de gestos espontáneos y movimientos corporales.

-Confusión al realizar las tareas cotidianas.

-Abandono del cuidado personal.

-Desorientación en el tiempo y el espacio.

-Alteraciones del sueño.

Desde que la Enfermedad de Alzheimer se declara, puede durar entre los tres y quince años; durante los cuales el enfermo va perdiendo sus facultades hasta alcanzar un estado similar al de un recién nacido; sin control de esfínteres; con una total pérdida de memoria, juicio y lenguaje.

Debido a esto, muchos especialistas grafican la Enfermedad de Alzheimer como un progresivo desaprendizaje.

Estadios Clínicos de la Demencia según el DSM-IV.

ESTADÍO I: DEMENCIA LEVE.

Trastornos de memoria (reciente). Alteración del lenguaje. Alteración de conducta y de la efectividad. Alteración de la comprensión y del juicio. Desorientación topográfica.

Esta fase suele durar entre 1 y 3 años.

Los primeros síntomas de la enfermedad, con frecuencia, son los trastornos de la memoria reciente y de fijación. La persona sufre olvidos ocasionales, despistes (no recuerda dónde acaba de colocar algún objeto, deja el fuego de la cocina encendido...), le cuesta incorporar nueva información (desprecia lo nuevo, prefiere sus rutinas habituales), etc.

El lenguaje tiende a empobrecerse, con tendencia apreciable a la reiteración.

Aparecen, de forma esporádica, episodios de desorientación, tanto temporal (no sabe qué hora, o día es), como espacial (puede perderse en trayectos conocidos).

Cuesta trabajo organizar las propias ideas y tomar decisiones. La persona se suele encontrar apática, indolente y es frecuente la aparición de cuadros depresivos.

En ocasiones aparecen ideas delirantes o paranoides (alguien le roba o le esconde las cosas, etc.), que causan angustia tanto en el paciente como en la familia.

ESTADÍO II: DEMENCIA MODERADA.

Desorientación temporoespacial. Deterioro más acusado de la memoria. Alteración del lenguaje y de la efectividad. Apraxias ideomotoras y conductuales: Incapacidad de realizar actos a partir de un orden o pensamiento. Agnosias.

Dura entre 2 y 8 años.

Los trastornos de la memoria se acentúan, afectando también a la memoria remota (olvida pasajes de su propia vida).

La desorientación temporoespacial se hace prácticamente continua (se pierde en su propio domicilio, no puede encontrar el aseo, etc.)

El lenguaje se reduce aún más, perdiendo contenido y tendiendo a repetir la última sílaba o palabra (ecolalia).

Comienzan a fallar en las actividades cotidianas. Son precoces las apraxias en el vestido (incapaces de elegir las prendas, no pueden abrocharse los botones, etc.) Progresivamente, requerirán ayuda para el aseo, comida, etc.

La actividad motora suele disminuir, aunque con frecuencia puede haber inquietud psico-motora, que se traduce en actitudes de vagabundeo (deambular de un sitio a otro, sin objetivo; siguen constantemente al cuidador, etc.)

A nivel afectivo siguen siendo frecuentes los trastornos depresivos, siendo también habitual la tendencia a la indiferencia afectiva y al retraimiento.

Son frecuentes las ideas delirantes y alucinaciones.

Puede haber alteraciones del sueño por cambios del ritmo sueño - vigilia.

ESTADÍO III: DEMENCIA SEVERA.

Marcado deficiente intelectual. Grandes dificultades apráxicas. Agnosias. Lenguaje muy alterado. Incontinencia de esfínteres. Reflejos primitivos Ocasionalmente convulsiones. Historia pelvocrural en fléxico: A nivel de pelvis y con tramo final de columna.

Suele durar entre 2 y 4 años.

La pérdida de memoria es prácticamente completa, así como la desorientación (no reconocen a sus familiares y cuidadores).

La dependencia funcional llega a ser absoluta. El paciente tiende a la inmovilidad, en actitud de flexión. Suelen aparecer alteraciones de la deglución e incontinencia de esfínteres.

El lenguaje desaparece, reduciéndose a monosílabos o sonidos sin sentido.

La muerte suele sobrevenir por algunas de las complicaciones derivadas del síndrome de inmovilidad.

Factores que no causan la Enfermedad de Alzheimer:

- Escasa actividad intelectual.
- Excesiva actividad intelectual: el exceso de trabajo provoca estrés, problemas familiares, etc., pero no parece literalmente imposible que destruya las células del cerebro.
- La Enfermedad de Alzheimer no es una enfermedad infecciosa, la convivencia con una persona afectada lo único que puede provocar es estrés, depresión del cuidador. Los problemas de memoria o concentración que experimente el cuidador son probablemente debidos a dicho estrés, y no a la Enfermedad de Alzheimer.
- La Enfermedad de Alzheimer no es consecuencia de cambios rutinarios.

Factores de riesgo de padecer Enfermedad de Alzheimer:

- Edad: Prevalencia de demencia en el individuo occidental: Mayores de 65 años: 5-10% Mayores de 80 años: 20-40% Internados en centros sociosanitarios: 11-40%. Una vez que se alcanza una edad próxima a los 90 años de edad el riesgo vuelve a disminuir.
- Lesiones de la cabeza: Estas lesiones pueden haber tenido lugar hace muchos años.

- Antecedentes familiares de Enfermedad de Alzheimer.

Impacto psicológico en las familias

La preocupación familiar se inicia al observar que el paciente cambia su comportamiento habitual familiar, social y profesional. Inicialmente, al no considerarlo anormal, pueden provocarse incidentes de relación y el paciente puede deprimirse o irritarse.

Ante la persistencia de estos problemas, la familia sospecha una posible enfermedad (algo que no es fácil de detectar pues los síntomas se pueden camuflar sobre todo si el enfermo vive en un domicilio diferente al del resto de la familia) y propone la consulta médica, cosa a veces fácil de conseguir y otras difícil, depende de la relación de comunicación mantenida con el posible enfermo.

Durante esta fase, la familia intenta corregir los errores, pidiéndole que preste más interés en lo que hasta ahora realizaba correctamente, o que se esfuerce en recordar los olvidos.

Al comprobar que existe una enfermedad, se crea un sentimiento de culpabilidad por no haberle prestado comprensión o ayuda, sino que hemos estado reprendiéndole. Aunque en aquellos momentos se desconocía su enfermedad, este recuerdo perdurará durante y después de la misma.

La familia también sufre un duro golpe con el diagnóstico, tanto si es inesperado o se suponía. Cada persona encaja el golpe y reacciona según su sensibilidad y peculiar forma de ser, al tener que afrontar un futuro incierto en su evolución y duración.

Aparecen aquí los sentimientos de preocupación y miedo respecto al futuro. Una vez que se conoce la noticia, la familia puede aceptarla y entenderla, pero después debe afrontarla y eso es más difícil.

De entrada variará para siempre su actividad en conjunto como familia, aparecerá la figura del cuidador principal y cada familiar aportará su colaboración según sus posibilidades personales a la atención del enfermo y ayuda al conjunto familiar.

La familia va sufriendo impactos continuados a medida que van disminuyendo las facultades del enfermo, con la aparición de la incontinencia, la invalidez, el encamamiento y cuando se pierde toda relación compartida con el enfermo, excepción hecha del afecto. Cuando el cuidador ya mantiene una rutina en base al estado del enfermo, un cambio en el mismo, origina de nuevo una modificación en todo el día a día. Es una "rutina en constante cambio".

6. Fundamentación

El fomento de la independencia y autonomía del individuo, de su participación en la vida social, la solución independiente de sus problemas, y la permanencia de las personas mayores en su domicilio y entorno habitual son recomendaciones que deben ser enfatizadas desde todas las áreas de trabajo.

El psicólogo ha pasado a tener un papel relevante en la intervención con las personas mayores desde esta perspectiva del envejecimiento como una etapa evolutiva especialmente importante en el que la calidad de vida se ve especialmente amenazada. El objetivo es ayudar en este proceso adaptativo tanto con intervenciones sobre el propio sujeto como con su entorno familiar o de convivencia.

La patología de mayor impacto entre la población mayor es la enfermedad de Alzheimer, la cual, dadas sus características clínico-evolutivas provoca un progresivo deterioro cognitivo del enfermo, a la vez que una intensa carga física y emocional en el cuidador, lo que termina por afectar a todo el sistema familiar. La intervención psicológica aporta un importante valor tanto a nivel neuropsicológico con el enfermo, en el ámbito clínico y psicosocial con el trabajo con cuidadores.

La Enfermedad de Alzheimer genera incapacidad tanto a nivel físico como psicológico y social, lo que a medida que se desarrolla el síndrome se traduce en una creciente dependencia del enfermo respecto de la persona que le cuida, y que termina por causar la muerte al enfermo, sin que hasta el momento exista curación. Esta dependencia del enfermo para cualquier actividad de la vida diaria (ya sea básica o instrumental) hace que surja necesariamente la figura del cuidador.

El cuidador principal va a ser la persona que asumirá el cuidado del enfermo durante la mayor parte del tiempo. A veces puede abarcar periodos muy prolongados en el tiempo, lo que implica una fuente de aislamiento social para el cuidador y de afrontamiento de frecuentes situaciones, para las que no se está preparado ni formado, y que son continuas fuentes generadoras de estrés.

Los Centros de Día son un recurso social intermedio que se definen como centros gerontológicos socio-terapéuticos y de apoyo a la familia, que durante el día prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas, psicológicas y sociales de la persona mayor con o sin demencia, favoreciendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

La finalidad que guía este recurso es mejorar la calidad de vida en el mayor grado posible tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor dependiente, a través de una intervención dirigida a proporcionar una atención integral tanto a una como a otro.

Los objetivos específicos sobre los que gira la intervención a realizar en el Centro de Día pueden ser agrupados en torno a los dos protagonistas básicos de la Intervención:

- Objetivos dirigidos a la persona mayor:
 - Mantener el mayor grado de independencia posible
 - Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y estimulación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
 - Favorecer un estado psicoafectivo adecuado
 - Evitar la desconexión del entorno y ofrecer un marco adecuado donde poder desarrollar relaciones y actividades sociales gratificantes

- Objetivos dirigidos a la familia:
 - Proporcionar tiempo libre y descanso
 - Proporcionar orientación y asesoramiento

- Dotar de conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la persona mayor
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados
- Favorecer la colaboración de la familia en el Centro

7. Funciones del psicólogo

1. Evaluación del usuario a su llegada al Centro con el fin de facilitar su adaptación al mismo.
2. Seguimiento del usuario a lo largo de su estancia en el Centro.
3. Planificación y programación de intervenciones.
4. Tratamiento de conductas disruptivas, déficit conductuales, depresión y otros trastornos mentales.
5. Prevención y promoción de la salud.
6. Atención al personal de atención directa en prevención del estrés y la ansiedad.
7. Formación del personal en habilidades y recursos para ejercer su rol profesional.
8. Participar en la comisión de supervisión y seguimiento del usuario en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de los usuarios del Centro de Día, lo cual se hará en colaboración con el médico, director, el trabajador social y otros profesionales de acuerdo con la situación física de los usuarios, los objetivos a conseguir y las características del Centro.
9. Atención al familiar del usuario (orientación, asesoramiento y apoyo psicológico)

8. Objetivos a conseguir

- **Para los usuarios:**

1. Potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral.
2. Potenciar y/ mantener las funciones mentales básicas: atención, concentración, memoria, resolución de problemas...
3. Mantener la orientación temporo-espacial.
4. Conservar habilidades de cálculo, léxicas, lenguaje...
5. Potenciar la iniciativa.
6. Disminuir la ansiedad y la confusión que puedan manifestar.
7. Aumentar la autoestima dando un sentido de totalidad e integridad a la historia de vida de la persona mayor.
8. Mejora del estado de ánimo.
9. Prevenir trastornos depresivos.
10. Prevenir, en lo posible, situaciones de un mayor deterioro físico o psíquico.
11. Favorecer las relaciones interpersonales y la integración social.
12. Potenciar la calidad de vida presente.
13. Que la persona mayor adquiera un mejor conocimiento de las propias emociones derivadas de la adaptación al proceso de envejecimiento.
14. Desarrollar un estilo asertivo para una mejora de las relaciones interpersonales.
15. Facilitar la permanencia de las personas mayores, dependientes o no, en su entorno habitual, evitando o retrasando en lo posible los ingresos no deseados en un Centro Residencial.
16. Preparar al usuario para afrontar la evolución de su estado de salud y la necesidad de otra atención más especializada.
17. Ofrecer recursos que ayuden a organizar una vida sana y equilibrada, aspectos esenciales como son: actitudes abiertas o positivas al cambio, desarrollo de hábitos saludables, habilidades de organización del tiempo, de esfuerzo personal, de toma de decisiones, de desarrollo de un espíritu crítico constructivo, de valoración de familia y amistades, de aprender a motivarse...

• **Para la familia:**

1. Proporcionar una información general y básica en temas relacionados con el cuidado de la persona mayor.
2. Dotar de conocimientos y habilidades a la familia para la realización de las tareas de cuidado (cómo resolver los trastornos del comportamiento; cuando no reconoce a personas y cosas; cuando tiene alucinaciones o ideas delirantes; cuando esté nervioso e inquieto...).
3. Cómo mejorar la comunicación con su familiar.
4. Cómo reconocer las señales de bienestar y malestar.
5. Ayudar a comprender la situación y aceptar el papel del cuidador.
6. Prevenir y solucionar, en su caso, los posibles conflictos que se producen en el en el entorno familiar.
7. Mantener informada a la familia sobre la evolución del mayor, así como de los problemas que surjan puntualmente.
8. Aprender a cuidarse a sí mismos y mejorar su estado psicológico (combatir las ideas negativas; controlar el estrés; combatir los pensamientos absurdos; discernir lo importante de lo urgente...)
9. Proporcionar tiempo libre y descanso.
10. Desarrollar habilidades que mejoren el estado psicofísico de los cuidadores reduciendo su nivel de estrés.
11. Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
12. Reconocer y reforzar la labor de los cuidadores.
13. Orientar a la familia sobre otros recursos y ayudar que puedan completar la atención a la persona mayor, de cara a satisfacer sus necesidades en su domicilio.
14. Orientarla, igualmente, sobre otros recursos más especializados, una vez que el Servicio no es el adecuado debido al empeoramiento de la salud física y psíquica del usuario.

9. Desarrollo del trabajo

Como requisito antes de un ingreso se realiza una valoración previa a cada usuario desde cada una de las áreas de trabajo (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta,

trabajador social, médico, psicólogo...). Su objetivo es conocer de una forma rápida y precisa las capacidades y los problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares de los posibles usuarios del Centro de Día.

La valoración se realiza, por un lado, con el mayor, abordando temas como su estado cognitivo, afectivo, comportamiento, hábitos,... Por otro lado, se realiza una entrevista con la familia, donde se contrastan los datos obtenidos del posible usuario con la información que ofrecen los familiares. Esta entrevista también incluye temas más profundos como pueden ser la situación familiar, el estado psicológico de la familia con respecto al cuidado del mayor... Además de todo esto, significa la primera toma de contacto entre la familia y el equipo del Centro, por lo que también se aprovecha para ofrecer las primeras pautas y recomendaciones en el cuidado del familiar.

Una vez se produce un ingreso en el Centro, se procede a realizar una evaluación completa del estado cognitivo y emotivo-conductual del usuario para conocer el grado de deterioro del usuario y para asignarle a un grupo de trabajo donde sus compañeros compartan el mismo nivel cognitivo.

Se intenta conocer los aspectos que se conservan y el nivel para poder llevar a cabo un tratamiento individualizado y conocer su estado emocional para intervenir sobre él.

Con los datos obtenidos tras la valoración del usuario se prepara un programa personal para cada uno. Se trabajan los aspectos cognitivos y los aspectos emotivo-conductuales, siempre buscando los objetivos propuestos. Dicho programa es elaborado bajo los principios de:

- Flexibilidad
- Personalización
- Actividad y participación

A la hora de desarrollar el citado programa, en el diseño, selección y desarrollo de los objetivos y consecuentes actividades y tareas se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Que se respete la edad adulta de la persona mayor sin infantilizar a los usuarios
- Que, en la medida de lo posible, sean significativas para el usuario
- Que no se prolongue una actividad durante periodos largos, procurando establecer pausas y variedad de actividades
- Que el usuario debe ser estimulado pero no obligado
- Que estén adaptadas a las capacidades preservadas y a los aspectos motivacionales del usuario
- Que sean objeto de revisión continuada para lograr una auténtica adaptación a la persona

Semestralmente se realizan reuniones de seguimiento para poner en común, desde las distintas áreas de trabajo, el estado en el que se encuentra el usuario, la evolución que ha sufrido, y se establecen posibles pautas de actuación frente a los posibles problemas que puedan haber surgido.

Tras conocer al usuario y comprobar el estado cognitivo-emocional en el que se encuentra, se procede a realizar una entrevista con los familiares y/o cuidadores principales.

Tras compartir con la familia el estado del usuario tanto en el Centro como en casa, se procede a comprobar el estado psicológico de la familia con respecto al cuidado del usuario, las estrategias utilizadas en casa ante problemas de comportamiento...etc.

La entrevista mantenida con la familia tiene como objetivo, entre otros, servir como desahogo, consultar dudas o solicitar información sobre algún tema concreto de la enfermedad...

Se tratan dos aspectos fundamentales:

- Aspectos relacionados con el usuario, entre los que destacan:

- La Enfermedad de Alzheimer: necesidades informativas y orientativas, evolución de la enfermedad en su familiar...
 - Cómo manejar con éxito las actividades básicas de la vida diaria
 - Cómo ocupar el tiempo libre: manejo de las actividades de ocio
 - Cómo resolver los trastornos del comportamiento
 - Cómo mejorar la comunicación con su familiar
 - Cómo complementar en el hogar el tratamiento Cognitivo – Conductual propuesto en el Centro
- Aspectos destinados al familiar como cuidador principal :
- Consejos prácticos para cuidarse así mismo:
 - Combatir las ideas negativas
 - Controlar el estrés
 - Combatir los pensamientos absurdos
 - Discernir lo importante de lo urgente
 - La comunicación no verbal como reductor del estrés...
 - Preparar a los familiares para la posible salida o baja en el servicio

Las sesiones tienen un carácter individual. La frecuencia de las mismas varía dependiendo de cada situación familiar y de problemáticas individuales.

Una vez valorado al cuidador e identificadas sus necesidades particulares, se establece un plan de recomendaciones dirigidas a fomentar el cuidado de su salud, así como a prevenir y saber manejar las situaciones que le provocan mayor grado de sobrecarga. Se incidirá, en cada caso particular, en los aspectos que afecten más a su calidad de vida, sin olvidar la necesidad de descarga y “respiro”

10. Escalas utilizadas

1. Test del Barcelona

Representa una sistematización de la exploración neuropsicológica, realizada a partir de métodos clásicos, de métodos presentes en la literatura especializada y de

pruebas de diseño original. El programa implica la suma de todos los datos del paciente: historia clínica, observaciones de conducta, datos aportados por los tests, datos neurológicos y datos de exploraciones complementarias. El test está formado por 42 subtests, que evalúan diversos aspectos.

El Test Barcelona valora todas las funciones cognitivas mediante distintos test con el fin de obtener un “perfil clínico” basado en las capacidades preservadas y alteradas.

2. Mini - examen cognoscitivo de Lobo (MEC)

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), (Lobo et al., 1979), consiste en una prueba breve de detección de demencia a través de la evaluación del rendimiento cognitivo del paciente con unas pocas preguntas.

Esta prueba es una adaptación modificada al español del Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975). La prueba de Lobo y colaboradores proporciona una puntuación total de entre 0 y 35, obtenida a través de la suma directa de las puntuaciones que proporcionan los aciertos en la prueba.

El punto de corte establecido para detección de demencia en población española se sitúa en 23 o menos y las puntuaciones se distribuyen así:

- Mayor o igual 30: Normal
- 29-24: Discreto déficit. Puede ser ocasionado por enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural
- Menor de 24: Deterioro cognitivo (punto de corte: 23-24)
- 19-23: Deterioro cognitivo leve
- 14-18: Deterioro cognitivo moderado
- Menos de 14: Deterioro cognitivo grave

3. Escala de Deterioro Global (GDS – FAST)

La Escala de Deterioro Global establece siete estadios posibles, que van desde el 1: estado normal, hasta el 7: deterioro intelectual muy severo.

Define cada estadio en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. Sin embargo, dado que la secuencia de aparición de los síntomas es, a menudo, variable, se ha argumentado que la inclusión de un paciente en un estadio de acuerdo a un criterio rígido podría conducir a errores; no obstante, se trata de una de las escalas más completas, simples y útiles para la estimación de la severidad de la demencia.

4. Cuestionario Portátil del estado mental de Pfeiffer

Es un instrumento de administración rápida que ha acreditado su fiabilidad en estudios epidemiológicos, llegando a superar, incluso, al prestigioso MMSE de Folstein, siendo, por ello, uno de los más recomendables en Atención Primaria y Geriátrica.

Es una prueba muy breve que no requiere ninguna preparación especial, aportando, en pocos minutos, información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente sobre memoria y orientación.

Consta de 10 ítems que hacen referencia a cuestiones generales o personales, confiriéndole un carácter transcultural.

Este test es especialmente útil en invidentes, personas de avanzada edad y analfabetas, aún cuando se corrige el resultado en función del grado de instrucción, permitiendo un error más, en sujetos de bajo nivel educativo, estableciéndose, por el contrario, un error menos, en individuos con estudios superiores.

La interpretación de los resultados se realiza contabilizando los errores en los 10 ítems del test. De 0 a 2 se considera normal; de 3 a 4 deterioro intelectual leve; de 5 a 7 deterioro intelectual moderado y de 8 a 10, deterioro severo. El punto de corte para la demencia se establece en 5 errores.

5. Set - Test de Isaacs

Se caracteriza por su simplicidad, con ítems fácilmente memorizables por el explorador, siendo útil para una primera aproximación sin ningún tipo de soporte documental.

Mide la influencia verbal de tipo categorial, al solicitar el sujeto que cite hasta un máximo de diez respuestas de cuatro categorías.

Se le da un minuto para cada serie y cambiaremos a la siguiente cuando haya dicho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno aunque no haya agotado el minuto de tiempo. Se contabilizarán las respuestas hasta un máximo de 40, valorándose como caso dudoso los valores inferiores a 24 y demencia establecida por debajo de 15. Delimitando el punto de corte por debajo de las 25 respuestas.

Normalidad: Adultos ≥ 29 . Ancianos ≥ 27 .

6. Test del dibujo del Reloj (TDR)

El Test del Dibujo del Reloj (TDR) es una prueba de detección (screening) sencilla, rápida y de fácil aplicación empleada tanto en la práctica clínica como en investigación para valorar el estado cognitivo del sujeto. Evalúa diferentes mecanismos implicados en la ejecución de la tarea, fundamentalmente funciones visoperceptivas, visomotoras y visoconstructivas, planificación y ejecución motoras. Proporciona valiosa información acerca de diversas áreas cognitivas activadas en la ejecución de esta breve prueba que corresponden a funciones cognitivas semejantes a las que valora el Mini-Mental State Examination de Folstein, entre ellas, lenguaje, memoria a corto plazo, funciones ejecutivas, práxicas y visoespaciales.

Diversos autores, basándose en los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, proponen la utilización del TDR como una herramienta eficaz en la detección del deterioro cognitivo en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer. Esta prueba es altamente sensible y específica, discriminando perfectamente entre sujetos con diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer probable y sujetos sin tal patología. La ejecución en el TDR de los pacientes enfermos de Alzheimer es peor, obtienen una puntuación menor, que los sujetos no afectados por este proceso demenciante sin importar la escala de baremación que se emplee en su corrección.

Cuando se solicita a un paciente que dibuje un reloj, podrá llevarlo a cabo si conserva determinadas capacidades. Por ejemplo, un paciente que deba escribir todos los números y simultáneamente ordenarlos correctamente en el espacio, necesitará realizar una planificación adecuada para coordinar esta tarea; también necesitará poseer organización visual y motora, así como capacidad de procesar simultáneamente la tarea que está ejecutando. Si dicha tarea incluye entre sus instrucciones el que el reloj marque una determinada pauta horaria, tendrá que almacenar en la memoria y posteriormente recuperar esa información, para ubicar correctamente las manecillas. Todos éstos procesos de lenguaje, memoria, coordinación visuo-espacial, implican la participación de zonas cerebrales corticales y subcorticales, anteriores y posteriores, así como del hemisferio cerebral derecho e izquierdo.

Según los criterios de puntuación, se ha establecido una puntuación máxima de 2 puntos por el dibujo de la esfera, 4 puntos por los números y 4 puntos por las manecillas.

Se debe aplicar en dos fases sucesivas, según el orden establecido:

1. Test del reloj a la orden (TRO). Se le presenta al sujeto una hoja de papel completamente en blanco, un lápiz y una goma de borrar, y se le proporcionan las siguientes instrucciones: “Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible”.

2. Test del reloj a la copia (TRC). En esta segunda condición, se le presenta al sujeto un folio en posición vertical, con un reloj impreso en el tercio superior de la hoja. Se le pide que preste la máxima atención al dibujo y copie de la forma más exacta posible el dibujo del reloj que aparece en la parte superior de la hoja. Dado que en esta fase tampoco se establece un tiempo límite, se le sugiere que la realice con tranquilidad y que emplee la goma de borrar en caso de que cometa algún error.

Puntos de corte para la estimación del deterioro cognitivo asociado a la demencia tipo Alzheimer:

En la condición de TRO, el punto de corte que muestra una mayor eficacia es el 6. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la orden” es menor o igual a 6, y como negativo si la suma de las puntuaciones es mayor de 6. Las puntuaciones altas sirven para descartar la enfermedad, especialmente las puntuaciones próximas al 8 y al 9.

En la condición de TRC, el punto de mayor eficacia es de 8. Por tanto, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) “a la copia” es menor o igual a 8, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 8.

El punto de corte de mayor eficacia del TRO+ TRC es 15. Así pues, se considera el test como positivo si el valor de la suma de las tres puntuaciones (esfera, números y manecillas) en las dos condiciones del test (orden y copia) es menor o igual a 15, y como negativo si la suma de las puntuaciones es superior a 15.

La aparición de rotación inversa o alineación numérica, así como de perseveración de errores en cualquiera de las dos condiciones experimentales (TRO y TRC) puede indicar un probable deterioro cognitivo.

7. También se utilizan pruebas como la **Escala de Satisfacción de Filadelfia** y la **Escala de Depresión Geriátrica (GDS)** para comprobar el estado emocional de los usuarios que creamos se encuentran en una situación de riesgo, aunque en algunas ocasiones deben adaptarse estas escalas teniendo en cuenta el deterioro cognitivo de los usuarios que queramos valorar.

8. Escala de demencia de Blessed

Fue diseñada para establecer una correlación anátomo-funcional entre una escala y las lesiones cerebrales objetivables en enfermos de Alzheimer. Esta prueba no sólo

valora el deterioro de tipo cognitivo, sino que aporta, en una de sus subescalas, una evaluación conductual.

Consta de 22 ítems divididos en tres apartados: cambios en la ejecución de las actividades diarias, de hábitos y de personalidad, interés y conducta. Su puntuación máxima es de 28 puntos, situándose el punto de corte a partir de 9. Una puntuación de 4 ó más puede interpretarse como sospecha de demencia mientras que puntuaciones mayores de 15, indican demencia moderada a grave.

9. Test del Informador

Es un test validado en España que valora a través de un informador (fidedigno) el declinar cognitivo-funcional del paciente en los últimos 5 a 10 años. Es independiente de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y la edad. Su validez parece superior al MMSE de Folstein, tanto en la evaluación clínica como en el cribado del deterioro cognitivo leve, de ahí su utilidad en Atención Primaria.

El tiempo requerido para su administración oscila entre 10-5 minutos, aunque habitualmente lo cumplimentará el familiar/informador en el propio domicilio, sin la presencia de ningún entrevistador, pero con una pequeña explicación dada en la consulta. Es aconsejable revisar si existen preguntas sin contestar y la coherencia de las respuestas al recibir el test. Se valora la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva de y de juicio.

10. Escala de Zarit

Este cuestionario mide la sobrecarga del cuidador. A través de una serie de preguntas, se puede comprobar el estado en el que se encuentran los cuidadores de personas dependientes debido a los cuidados que éstos necesitan.

11. Programas de intervención

1. Dirigidos a los usuarios:

Los programas de intervención psicológica van dirigidos de forma concreta y específica a las áreas que requieren más intervención, trabajando de forma individualizada y utilizando técnicas de modificación de conducta.

Se ofrece también el apoyo emocional que cada usuario necesita para evitar el aislamiento social, las conductas inadaptadas, los sentimientos depresivos, etc.

Programas propuestos:

1. Programa de intervención en el área cognitiva: personalizado para cada usuario en función de las capacidades mantenidas por cada uno de ellos. Se realiza de forma individual y se abordan diferentes aspectos, como pueden ser, entre otros:

- Psicoestimulación: lenguaje, praxias, gnosias ...
- Orientación a la realidad
- Reminiscencias
- Entrenamiento de memoria...

Este programa persigue una mejora y un mantenimiento funcional en las áreas cognitivas, psicoafectiva y social, potenciando las capacidades residuales de la persona con demencia. En el entrenamiento cognitivo es tan importante la mejora, mantenimiento y compensación de las habilidades, como su transferencia a situaciones de la vida diaria.

2. Programa afectivo-conductual: se persigue una prevención de trastornos afectivos y una modificación de las conductas desadaptadas o pensamientos y creencias erróneas.

3. Programa de memoria: Tiene como objetivo la evaluación individual de la pérdida de memoria, estimulación del aprendizaje y favorecer la autoestima.

4. Programa de educación para la salud: realización de actuaciones educativas centradas en la capacitación y la potenciación de recursos personales para promover cambios, realizar elecciones y tomar decisiones que afectan a sus vidas y para asegurar una vida autónoma y satisfactoria.

5. Programa de educación emocional: centra su intervención en la adquisición de competencias básicas para afrontar situaciones que la vida plantea y, a su vez, fomentan el desarrollo integral del individuo; pueden tener tanto un carácter preventivo como de tratamiento. Estos programas en mayores contribuyen a paliar los efectos del envejecimiento ofreciendo a la persona la posibilidad de descubrir nuevas formas de adaptación a las situaciones vitales planteadas, comprender aquello que les está ocurriendo, contribuyendo a su bienestar personal y social, entre sus muchas ventajas.

2. Dirigidos a las familias:

Los programas dirigidos a la familia ofrecen información y asesoramiento sobre el estado en que se encuentra el usuario y los cuidados necesarios, así como el apoyo emocional que la mayoría requieren debido a la sobrecarga que suelen mostrar.

Los programas propuestos son:

1. Programa de asesoramiento socio-familiar: Como complemento a la atención del usuario, nos proponemos atender también a las familias, favoreciendo su vida laboral, social y de ocio, así como proporcionarle la información necesaria en torno a la enfermedad, los recursos sociales disponibles y, muy especialmente, la ayuda que pueden obtener de los grupos de auto-ayuda o ayuda mutua. También se ofrecerán las pautas más importantes para el cuidado del cuidador. Tienen como objetivo general disminuir la carga que experimentan las personas que cuidan a ancianos dependientes, el estrés y malestar asociados al cuidado y, por otra parte, mejorar la calidad de los cuidados que reciben estos ancianos.

2. Programa de respiro a familiares cuidadores: el objetivo es facilitar a las familias periodos de descanso y posibilitar que los cuidadores principales puedan desarrollar otras actividades que les permitan mantener el contacto con su entorno y prevenir la aparición de los problemas de salud, personales, sociales y familiares derivados del tipo e intensidad de la atención que requieren estos mayores; al mismo tiempo, se ofrece a la persona afectada la atención que precisa y que le puede ayudar a mantener su máximo nivel de autonomía.

3. Programa específico de apoyo a familias: su finalidad es favorecer la permanencia de las personas mayores en su medio ambiente habitual y facilitar a las familias ayudas y apoyos para la convivencia y/o atención de sus miembros de edad más avanzada, especialmente cuando éstos poseen limitaciones en su capacidad funcional; también se persigue aliviar a los cuidadores de la atención permanente del enfermo, obteniendo así una mejor calidad de su cuidado dentro del hogar, sin desestructurar el entorno familiar.

4. Programa de mediación: técnicas de negociación y mediación familiar para la resolución de problemas. Su finalidad es intervenir desde una posición externa a la familia, en los casos en los que ésta lo solicite, para tomar decisiones conflictivas en las que la familia no se pone de acuerdo, y por su relación, es difícil solucionar dichos problemas.