

L a atención psicológica a personas con demencia senil desde el programa "UNIDAD DE DIA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER".

Carlos Alberto Cañas Pérez.

Psicólogo. Centro Social Senabre.

Joan Ferri Campos.

Psicólogo. AFA Ontinyent

RESUMEN

Presentamos el trabajo que realizamos con enfermos/as de Alzheimer desde el Centro Social Senabre. Junto al apoyo a familiares, trabajamos con un grupo de enfermos/as a través de la estimulación psicológica teniendo como objetivo ralentizar el proceso involutivo de la enfermedad. Para ello llevamos a cabo un taller de gimnasia, un taller de entrenamiento cognitivo y un taller de expresión y AVD.

Aunque los efectos de la estimulación psicológica y ambiental tienen unos efectos limitados estamos logrando proporcionar una mayor autonomía en los casos tratados, mejoramos los problemas emocionales causados por la enfermedad y al mismo tiempo proporcionamos un tiempo de descarga al familiar-cuidador.

Se trata de un programa que consigue retardar el momento del internamiento de los enfermos/as y por tanto evitamos el aislamiento del enfermo/a con su familia, proporcionando a su vez al familiar las estrategias necesarias para ello.

PALABRAS CLAVE

Demencia Senil. Enfermedad de Alzheimer. Estimulación cognitiva. Estimulación ambiental.

1.- INTRODUCCION

A nadie se le puede escapar la idea de que la Enfermedad de Alzheimer es uno de los mayores problemas que nuestra sociedad debe afrontar a finales de este siglo.

Se ha convertido ya en la tercera causa de mortalidad en países industrializados, y en nuestro país las estimaciones son de más de 300.000 casos afectados. Pero la situación se agrava si consideramos el hecho de que la Enfermedad de Alzheimer es padecida no sólo por las personas afectadas sino por todas aquellas que conviven en el núcleo familiar. (La media de personas que conviven en un domicilio es de cuatro, lo que

nos da unas cifras de 300.000 x 4

= 1.200.000 personas afectadas de forma directa por la enfermedad en nuestro país).

Pero no debemos pensar que el problema de la Enfermedad de Alzheimer viene por el cada vez mayor número de casos afectados, sino por las consecuencias de un proceso involutivo que afecta a lo más profundo de las personas, modificando su personalidad al alterando el yo.

2. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, aproximadamente el 54% (Juncqué 1994.), que suele manifestarse entre los 65 y los 85 años de edad.

Por demencia entenderemos "un deterioro global de la facultad intelectual, emocional y conativa hasta llegar a un estado de conciencia permanentemente alterado" (Roth, 1980).

Para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer, el grupo de trabajo NINCDS-ADRA (National institute of neurological and communicative disorders and stroke: de Alzheimer's and related disorder association) desa-

PRAXIS

rrollan los siguientes criterios (McKhann, 1984):

EA posible:

1. Síndrome de demencia en ausencia de otras enfermedades neurológicas, psiquiátricas o sistémicas que puedan causar una demencia, con variaciones en el inicio, la presentación o el curso.

2. En presencia de otra enfermedad sistémica o neurológica, la cual no sea considerada como causa de demencia.

EA probable:

1. Deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.

2. No existe trastorno de conciencia.

3. Inicio de la enfermedad: 40-90 años, generalmente después de los 65 años.

4. Otra enfermedad no explica el deterioro del paciente.

EA definitiva:

1. Se reúnen los criterios de EA probable.

2. Hallazgos neuropatológicos característicos de la enfermedad.

El proceso degenerativo llevará al enfermo/a a ir presentando de forma paulatina y progresiva alteraciones en:

- Memoria.
- Afasias, apraxias, agnosias.
- Función visual-espacial.
- Función ejecutiva.

Esta pérdida producida por la enfermedad irá provocando en la persona afectada una tendencia a la inactividad, al aislamiento, estados de ansiedad e inquietud, depresión y confusión y dependencia asistencial junto con una necesidad cada vez mayor de sentir afecto (!).

3. EL FAMILIAR DEL ENFERMO/A DE ALZHEIMER.

Toda enfermedad crónica en la tercera edad provoca cambios en la familia, pero ninguna requiere tantas modificaciones como la demencia.

El familiar en primer lugar debe sobreponerse al impacto producido por el diagnóstico (con mayor o menor grado de aceptación, momento en el que los psicólogos/as debemos o deberíamos jugar un papel importante), impacto agravado en un elevadísimo número de ocasiones por la falta de información sobre la enfermedad.

Pero una vez pasado el primer contacto con la enfermedad, el familiar va a ir observando el deterioro del enfermo/a, y llegará a convertirse en su cuidador durante las veinticuatro horas del día, con todo el cansancio que tanto a nivel físico y psicológico conlleva esta situación que además suele ir acompañada de angustia, sentimientos de soledad e impotencia y en un gran número de ocasiones miedo al futuro.

Como consecuencia de la situación que debe vivir el familiar es frecuente encontrar casos en los que se ha perdido la independencia, y que se desatienden a sí mismos/as y que han adquirido una responsabilidad que difícilmente pueden o saben sobrellevar solos/as.

Esto suele producir una serie de sentimientos en el familiar como pueden ser tristeza, preocupación, soledad, depresión, irritabilidad, vergüenza, culpa, impotencia, fracaso y frustración. (En Díaz, 1994.)

Es importante apuntar también que el cuidado de un enfermo/a de Alzheimer suele llevar aparejado un coste económico considerable (medicación, cuidados asistenciales, pérdida de puestos de trabajo, etc.), que no suelen venir cubiertos por la administración.

4. MÉTODOS TERAPÉUTICOS.

Podemos clasificar los métodos terapéuticos de la enfermedad de Alzheimer en dos: Terapias farmacológicas y Terapias de estimulación.

Los fármacos específicos para la enfermedad de Alzheimer se basan en la potenciación de la actividad colinérgica inhibiendo la acetilcolinesterasa (Collado, 1997.). Sus efectos se reducen a las primeras fases de la enfermedad y pueden llevar consigo, en algunos casos considerables efectos secundarios que obliguen al paciente a abandonar el tratamiento.

Las terapias de carácter ambiental ofrecen un amplio abanico de posibilidades para paliar los efectos de la enfermedad. Se supone que los efectos de la psicoestimulación con los enfermos/as de Alzheimer tiene al menos los mismos efectos que las terapias farmacológicas (Junqué, 1994). "La rehabilitación cognitiva...podría tener un efecto importante sobre el grado y la calidad de la respuesta terapéutica" (Collado, 1997.). Aunque todavía no se han demostrado a nivel experimental el potencial de sus efectos.

5. RECURSOS PRIVADOS. RECURSOS PÚBLICOS.

"No existe presupuesto público capaz de hacer frente a la totalidad de las necesidades que los enfermos/as de Alzheimer plantearán". (Moragas, 1994.pg.27). Lo normal es que las soluciones planteadas desde la administración tiendan a la institucionalización del enfermo/a (Residencia, bono-residencia) y por tanto a su aislamiento frente a la familia, aunque ante ciertas circunstancias se puede plantear como la mejor alternativa.

A nivel privado encontramos como soluciones la terapia individual al familiar, los Centros de Día, Residencias y Servicios de Asistencia a Domicilio. Su mayor inconveniente suele venir por sus elevados precios, y en ocasiones por la limitada capacidad en recursos humanos, ya que es en personal donde por desgracia, suele verse una alternativa frecuente para reducir gastos.

6. EL PROGRAMA “UNIDAD DE DÍA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER”

Se trata de un servicio donde un grupo de enfermos/as de Alzheimer en primera-segunda fase son atendidos de Lunes a Viernes de 10h. a 13.30h. en los locales del Centro Social Senabre.

Durante su estancia en el centro trabajamos con el fin de ralentizar su proceso de demenciación a través de la estimulación. Para ello, trabajamos a nivel físico, cognitivo, comunicación, actividades de la vida diaria (AVD) y emocional.

Nuestros objetivos se centran en dar un tiempo de respiro al familiar, evitar el aislamiento y el internamiento del enfermo/a y retardar el proceso de la enfermedad potenciando las habilidades que todavía mantiene.

El programa se concreta en la realización de los siguientes talleres:

6.1 GIMNASIA

Es el primer taller de la mañana. Como objetivos marcamos: Evitar la inmovilidad, favorecer la independencia en la realización de actividades cotidianas, mantener el cumplimiento de instrucciones y prevenir posibles fracturas y lesiones óseas.

6.2 ENTRENAMIENTO COGNITIVO

Se trata de un taller donde trabajamos de forma individualizada los déficits a nivel cognitivo que presentan los casos atendidos. Para ello se realizan evaluaciones de forma periódica a través de las escalas MMSE, ADAS y escala de AVD.

La programación de las actividades se realiza de forma diaria e individual atendiendo y adaptando los ejercicios a las aficiones de los casos.

6.3 TALLER DE EXPRESIÓN Y AVD.

Al tratarse de la última hora tratamos de que sea el taller más entretenido. Durante la hora que dura trabajamos con AVD, manualidades, ejercicios en grupo, juegos y cualquier tipo de actividad lúdica que pueda despertar su interés.

7. RECURSOS HUMANOS

Para el funcionamiento del programa contamos con la colaboración de 28 voluntarios/as, 3 estudiantes en prácticas, 5 objetores y un psicólogo.

El desarrollo de este programa sólo es posible gracias a la aportación de esta gente. Y es en la aportación de todos los colaboradores donde encontramos la principal cualidad de la Unidad de Día para enfermos/as de Alzheimer. El poder contar con 37 monitores dispuestos a ayudar a un grupo de personas consideradas como enfermos/as terminales es precisamente donde está nuestra riqueza, ya que en definitiva, para el trabajo con enfermos/as de Alzheimer es la calidad humana de un servicio lo que fundamenta su adecuación a este tipo de problemáticas.

8 OTRAS AYUDAS.

Desde este centro también ofrecemos otro tipo de ayudas, más directamente dirigidas al apoyo a las familias como son:

- Servicio de información.
- Grupos de formación a familiares.
- Grupos de apoyo.
- Reestructuración de ambientes.
- Acompañamiento domiciliario.

Todo ello orientado al tratamiento integral de la enfermedad, abordando tanto los problemas del enfermo/a como los del familiar-cuidador, intentando proporcionarle los recursos necesarios para la mejora de su vida.

9. CONCLUSIONES.

Si ya resultan escalofriantes hoy las cifras de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, es difícil imaginar la problemática que representará en un futuro no muy lejano.

Considerando las consecuencias de la enfermedad tanto en los enfermos/as como en sus familiares se ve como imprescindible la aportación de la psicología para ellos/as.

Sabemos que la enfermedad hoy no tiene cura. Sabemos que los efectos de los fármacos por ahora son muy limitados. Pero también sabemos que un cada vez mayor número de personas necesitan el apoyo de la sociedad, el apoyo de la administración y la ayuda de profesionales de la psicología para poder hacer frente a las consecuencias de una terrible enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Junqué, C. y Jurado M., (1994). *Envejecimiento y demencias*. Martínez Roca. Barcelona.
- Moragas, R. (1994). *El Centro de día para enfermos de Alzheimer*. UCB Pharma. Barcelona.
- Collado R. (1997). *Hablemos de la enfermedad de Alzheimer*. ACV. Barcelona.
- Díaz, M., Doménech, N., Elorriaga, C., Elorriaga, S., Ortíz, A., Perex, M., Sendagorta, B. *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. AFA. Bizkaia.
- Roth, M. (1980). *The epidemiology of Dementia*. Oxford. University Press.
- Mc Khann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E.M. (1984). *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of department of Health and human services task force on Alzheimer's disease*. Neurology, nº34.