



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
FAMILIARES DE
ENFERMOS DE
ALZHEIMER
Y OTRAS DEMENCIAS

CEAFA

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



EXCELENCIA
EUROPEA

3000+
EFMD

FASES DEGENERATIVAS DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

Demencia Moderada

- **Memoria:** Empeoramiento progresivo, desorientación temporo-espacial.
- **Lenguaje:** aumento de la anomia, empobrecimiento del vocabulario, reducción de la comprensión.
- **Escritura:** reducida o distorsionada
- **Praxis:** Alteración de tareas sin significado y dificultades en secuencias de movimientos complejas.
- **Personalidad y comportamiento:** cambios de personalidad, alucinaciones, manifestaciones obsesivas, ansiedad, agitación.
- **Capacidades abstractas e intelectuales globales:** graves alteraciones del juicio y razonamiento, pérdida de iniciativa, trastornos de atención y concentración

Demencia Grave

- La persona con demencia es dependiente y todas sus capacidades cognitivas están alteradas.
- Lenguaje mínimo o ausencia del mismo
- Repeticiones (sin sentido) → ecolalias
- Comprensión alterada
- Problemas de movilidad serios
- No reconoce a las personas de su entorno

ATENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA: Estimulación cognitiva

Intervención terapéutica con finalidad **estimuladora** de las habilidades cognitivas (memoria, atención, lenguaje, praxia,....).

OBJETIVOS:

- Mantener las capacidades mentales
- Potenciar la autonomía y la autoestima
- Orientar en la realidad
- Evitar reacciones psicológicas anómalas
- Mejorar la calidad de vida

- **EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA**
- **PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN INTEGRAL**

TÉCNICAS:

- Terapia cognitiva.
- Reminiscencia.
- Orientación a la realidad
- Musicoterapia
- Ergoterapia
- Terapia de validación



CONFEDERACIÓN
ESPAÑOLA DE
FAMILIARES DE
ENFERMOS DE
ALZHEIMER
Y OTRAS DEMENCIAS

CEAFA

CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS



EXCELENCIA
EUROPEA 300+
EFQM

• Metodología:

- ✓ Programa de atención: plan individual de actuación para mejorar la situación o frenar el deterioro.
- ✓ Intervenciones:
 - Atención neuropsicológica.
 - Nivel físico-sanitario.
 - Se trabaja el aspecto funcional (A.V.D.) potenciando su autonomía.
 - Terapia social: relación entre los usuarios.

• Seguimiento:

- ✓ Diario, semanal (F.I.S.E.C.).
- ✓ Revisión trimestral de todos los aspectos antes citados y fuera el caso de otras revisiones mas frecuentes.

FUNDAMENTOS BÁSICOS E.C.

- **Neuroplasticidad:** El cerebro es plástico, cuando hay una lesión cerebral hay partes de ese cerebro que pueden adoptar la función de esa parte lesionada y sustituirla. Esta capacidad es muy elevada en la infancia, disminuye en la edad adulta y se va perdiendo en la vejez, pero aún tenemos esta capacidad residual. En el demente, esta capacidad es muy pequeña, casi nula, por eso, cambiamos el término de rehabilitación por el de estimulación para mantener durante el máximo tiempo posible las conexiones todavía preservadas y que suponen el sustento de las capacidades de las que el enfermo dispone que vamos a intentar potenciar para frenar o ralentizar el proceso de deterioro.
- **Representación redundante;** Los ámbitos o funciones cognitivas no están representados o localizados en una única área o zona del cerebro, sino que son fruto de varias interconexiones entre diferentes zonas del mismo, y esto es lo que vamos a potenciar si sabemos la localización de la lesión o la zona más afectada, intentaremos potenciar aquella zona del cerebro que pueda realizar la misma función.
- **Restitución farmacológica:** Aprovechar el beneficio del fármaco para rentabilizar al máximo nuestra intervención.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Para estadios leve y moderado
Tres tipos de abordaje:
 - Cognitivo
 - Psicomotor
 - Ocupacional/Funcional
- Para estadios graves
 - Reeducción de la marcha
 - Contacto físico
 - Reforzar buenos momentos
 - Cuidados básicos generales

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Orientación en tiempo, persona y lugar
- Memoria remota: reminiscencia
- Lenguaje: espontáneo, denominación, escritura, lectura, repetición , ..
- Atención y concentración: visual y auditiva
- Cálculo: comprensión y reconocimiento de números, manejo de dinero, operaciones aritméticas,...

ESTIMULACIÓN COGNITIVA

- Ejercicios de lápiz y papel
- Nuevas tecnologías: programas informáticos:
 - Gradior
 - Smartbrain
 - Rehacom,.....

MOTRICIDAD Y TERAPIA FUNCIONAL

- Movilización activa y pasiva
- Coordinación y ritmo
- Entrenamiento/Mantenimiento en AVD
- Pintura, costura, jardinería,...
(respetar los gustos previos del paciente)

Terapia física

- Las personas con la enfermedad de Alzheimer, al igual que cognitivamente, sufren un deterioro físico. Normalmente este viene motivado por la edad o por patologías asociadas a la misma. En la demencia clásica de persona mayor los problemas físicos vienen relacionados a la edad, artrosis, osteoporosis, diabetes, etc. En las demencias precoces, el enfermo suele tener un patrón asociado de parkinsonismo que hace para el control motor de los movimientos.

- Todos los enfermos de reciben un tratamiento individualizado, pero en las terapias grupales se intentan, entre otros, los siguientes objetivos:
 - Mantener el recorrido articular funcional
 - Mantener un tono muscular adecuado
 - Trabajo de los aparatos circulatorio y respiratorio
 - Evitar la somnolencia de la medicación
 - Mantenimiento de reflejos posturales
 - Trabajo de la atención y concentración

Ejercicios para fase I

El enfermo trabaja por imitación y entiende las órdenes verbales. El terapeuta trabaja en grupos circulares para los enfermos puedan ver bien las órdenes.

Todos los grupos empiezan con un calentamiento inicial, normalmente se levantan los brazos unas 10 veces acompañando con la respiración.

Los ejercicios van desde la cabeza, extremidad superior, tronco y extremidad inferior, para que el enfermo tenga un mayor control corporal (no es bueno marearlos intercalando muchos ejercicios que impliquen articulaciones diversas).

La sesión en esta fase suele durar de 35 a 45 minutos, por ejemplo:

- o Cuello: flexión anterior, extensión lateralizaciones y rotaciones.
- o Extremidad Superior: mano a la cabeza, flexión codos, abrazarse, supinación-pronación, abrir-cerrar manos, rotación muñecas, oposición pulgar-con los demás dedos.
- o Tronco: flexión anterior, lateralizaciones, elevación de glúteos y levantarse-sentarse de la silla varias veces.

- o Extremidad inferior: extensión-flexión de rodillas, flexión-extensión de cadera, flexión-extensión de tobillos (levantar puntas o talones y ambos a la vez alternativamente), rotaciones de tobillos, apertura-cierre de caderas, cruzar las piernas varias veces.
 - o Para terminar volvemos a levantar los brazos unas 10 veces. Dejamos unos minutos de descanso y desconexión.
- Normalmente se pueden hacer de 8 a 10 repeticiones de cada ejercicio de forma lenta y suave. Los ejercicios deben ser indoloros, si provocan dolor dejaremos de pautarlos hasta orden médica.

Ejercicios para fase II

El enfermo en fase II puede trabajar los imitaciones hasta un punto y normalmente entiende las órdenes verbales, pero no entiende las órdenes más complejas y normalmente los ejercicios combinados no los saben hacer.

La tabla suele ser la misma con los ejercicios adaptados a sus problemas de comprensión. Si el enfermo no los puede hacer le asistimos, los ejercicios se llaman activo-asistidos.

Ejercicios para fase III

Desde la fisioterapia se considera al enfermo en fase III como una persona que necesita mucha ayuda para deambular o es un encamado. En los casos que la enfermedad está muy avanzada los cuidados son de tipo pasivo (se los hacemos al enfermo).

Se haría la tabla de la fase I pero de forma totalmente pasiva. El enfermo acostado se movería también en un orden, primero extremidad superior y luego la inferior. Por último cabeza y cuello. Movilizar el tronco necesita mucha fuerza para movilizar a alguien acostado y no se suele hacer en estas fases, deben ser ejercicios que nos permitan realizar la higiene de manera sencilla, así como vestir al enfermo de la forma más adecuada.

- ❖ Todos los ejercicios se harán de forma suave sin provocar dolor. En cuanto veamos que la articulación está caliente, inflamada o sudorosa, no movilizaremos.
- ❖ Tampoco se movilizará si la persona está con fiebre.
- ❖ Se pueden hacer las repeticiones según la tolerancia del enfermo (a veces la movilización es molesta).

Seguimiento y coordinación socio-sanitario con otros recursos comunitarios.

- La necesidad de una variedad de recursos asistenciales es evidente al tratarse de una patología evolutiva, con diferentes estadios evolutivos y un alto grado de heterogeneidad clínica dentro de los mismo, y situada en contextos socio-familiares muy diferentes, pero esta variedad debe estar unida a una coordinación de los diferentes recursos para evitar problemas como los vacíos asistenciales en el paso de un recurso a otro, y crear recursos específicos para una mayor calidad de vida.

Otros recursos

- **Atención primaria:** asistencia mas cercano al usuario y que mejor conoce al propio enfermo y su evolución sobre la enfermedad.
- **Unidad de memoria y demencias:** son las unidades de referencia y que diagnostican, tratan y hacen el seguimiento de los enfermos, así como realizan tareas de formación (familiares y enfermos) y también de investigación. Normalmente están ubicados en hospitales.

- **Taller de Memoria:** taller de estimulación cognitiva con una duración de 1 hora/día. Los estudios demuestran que la intervención cognitiva en las primeras fases de la demencia (con un deterioro cognitivo leve), es útil para hacer más lenta la progresión de las alteraciones, así como, el aporte de hábitos que más tarde le serán beneficiosos al enfermo/a y a la propia familia.
- **Unidad de Respiro:** centros donde se trabaja la estimulación integral con una horario de mañana y/o de tarde.
- **Hospital:** centros sanitarios que ofrecen servicios específicos para cualquier patología.

- **Centros de Día específicos:** recursos asistenciales de atención diurna, donde el objetivo principal es mejorar la calidad de vida de la persona con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, a través de terapias no farmacológicas con:
 - programas de atención sanitaria, programas de rehabilitación y mantenimiento física
 - Programas de estimulación cognitiva
 - Programas de atención social.

- Y también nos permite trabajar con la familiar a nivel grupal e individual.
- Y la familia puede compaginar su vida laboral y familiar y el cuidado del familiar.
- **Atención Domiciliaria:** asistencia profesional en el domicilio del enfermo. Se realizan diversas tareas, desde sanitaria, higiene,... y de estimulación cognitiva en el domicilio.
- **Estancias temporales:** residencias donde permiten ingresar al enfermo. La duración oscila desde 15 días 3 meses, bien para el descanso propio de la familia o bien por ingresos hospitalarios de algún familiar.

- **Residencias asistida:** centros socio-sanitarios con asistencia interdisciplinaria y de atención las 24 horas/día.
- **AFA's:** asociaciones sin ánimo de lucro que ejecutan diversos programas para mejorar la calidad de vida de las personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias y de sus familias.

(Apoyo psicosocial al cuidador, SAD/SADE, Centro de Día, Voluntariado, Formación para profesionales y familiares, Taller de Memoria, Unidad de Respiro, Información Legal, Difusión y sensibilización y otros....)

Recursos Fase I-Leve

- Taller de memoria
- Atención domiciliaria específica
- Manual de estimulación
- Unidad de Respiro

Recursos fase II-Moderada

- Unidad de memoria y demencias
- Centro de Día específico
- Atención especializada

Recursos Fase III-Grave

- Atención especializada
- Residencias
- Atención domiciliaria

Apoyo complementario a la familia

- Hay que ayudar a que el cuidador adopte una actitud positiva y adecuada facilitando una buena relación con el enfermo.

Todo esto se puede programar a través de charlas o de escuelas de familias para que entiendan la situación del propio enfermo.

Esta actitud positiva puede reflejarse en una serie de comportamientos:

- Respetar las pequeñas cosas de cada día, puesto que para el enfermo pueden ser muy importantes (su intimidad en el baño y al desnudarse..), no hablar de él ante otras personas, respetar sus creencias, sus costumbres y sus gustos..
- Expresar los sentimientos de aprecio con palabras afectuosas y con caricias; estimularle para que demuestre su afecto; ser receptivo ante cualquier forma de expresión. Es conveniente mantener el sentido del humor, ya que en muchos casos aún es capaz de reír, y eso le beneficia.
- Tener paciencia e intentar disfrutar con el enfermo. No intervenir nunca sin darle antes la oportunidad de hacer solo. Si lo hace mal, es importante dejar transcurrir un tiempo por si él mismo se da cuenta del error y lo corrige.

- Sentir empatía, es decir, intentar entender sus emociones y sentimientos.
- Ser comprensivo y tolerante, no regañarle nunca, no avergonzarle delante de otras personas ni realizar comentarios negativos.
- Ser receptivo a cualquier intento de comunicación que haga el enfermo; saber escuchar, hablarle a la altura de los ojos, tocarle, hacer gestos sencillos mientras se le habla y observar la expresión de su rostro. Antes de hablarle, tocarle suavemente para advertirle que se le va a decir algo.

- Ser flexible, es decir, ser capaz de a las necesidades y ritmo del enfermo, así como aceptar los cambios de papel. Es importante saber que los cambios de comportamiento son imprevisibles, por lo que las soluciones que ayer funcionaban pueden no ser útiles hoy. La flexibilidad, la adaptación y la imaginación son instrumentos adecuados para afrontar situaciones de cambio.
- Controlar la propia salud sin dejar de organizar el cuidado del enfermo. La sensación de pérdida de libertad puede llegar a angustiar al cuidador habitual. Por este motivo, es importante que la familia, los amigos o una 3ª persona de confianza se impliquen en el cuidado del enfermo para así, el cuidador habitual pueda descansar un poco al día, hacer pequeñas escapadas... El cuidador lo agradece y el enfermo se beneficia de ello. De todas formas, en los momentos de cambios es necesario pedir consejo y ayuda profesional.

Temas para escuela de familias

- ❖ Seguridad en el entorno: ambiente estable, sencillo y rutinario.
- ❖ Problemas de incontinencia
- ❖ Necesidades del enfermo
- ❖ Alteraciones conductuales
- ❖ Y otros.....