

ALZHEÍMER

Guía práctica para cuidadores

Técnicas, cuidados y actitudes eficaces
para la atención diaria

Miguel Rodríguez López



Índice

Presentación	9
Capítulo 1. Qué es la enfermedad de Alzheimer	11
Demencia	11
Desarrollo de la enfermedad	14
Tratamiento médico	18
Capítulo 2. Cuáles son las afectaciones del mal de Alzheimer	19
Salud mental	19
Salud física	23
Personalidad	28
Capítulo 3. Cuidados y actividades para la atención de pacientes con alzhéimer	37
Estimulación cognitiva	41
Estimulación emocional	48
La comunicación con la persona que padece alzhéimer	50
La organización de la familia	54
Seguridad en el hogar	57
Terapia física	59
Capítulo 4. Vivienda, cuidados físicos y consideraciones legales	71
Asilos, residencias de retiro y cuidadores externos	71
Cuidados físicos o de enfermería	72
Algunas consideraciones legales	98

Capítulo 5. Autocuidado para el que cuida	101
El colapso del cuidador	103
La muerte de la persona con alzhéimer	106
Anexos	109
Cultura de la vejez	109
La felicidad	110
Glosario	113
Bibliografía recomendada	119
Acerca del autor	121

Capítulo 2

Cuáles son las afectaciones del mal de Alzheimer

Salud mental

Para describir las afectaciones del mal de Alzheimer, es importante explicar qué es la memoria. El modelo del funcionamiento de la mente más aceptado divide el procesamiento de información en tres niveles y sus correspondientes tipos de memoria. El primer nivel corresponde a la memoria sensorial: la información captada por los sentidos se procesa en fracciones de segundo o se borra. El segundo es el de la memoria operativa o de trabajo, cuya función es almacenar y elaborar temporalmente la información (memoria a corto plazo). En este nivel intervienen procesos como la atención y el razonamiento; la memoria a corto plazo nos permite estar conscientes. El tercer nivel es el de la memoria a largo plazo, que permite recuperar la información del pasado (figura 1).

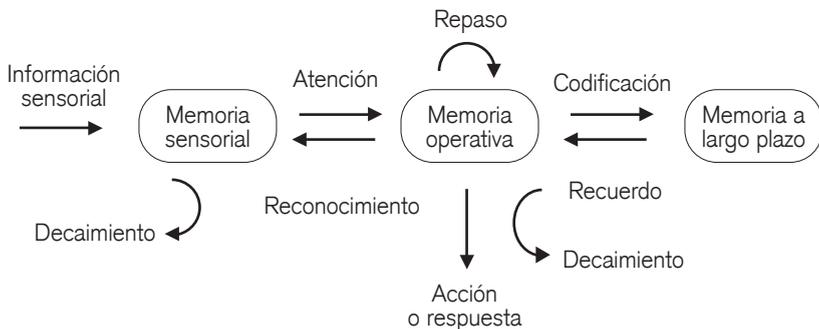


Figura 1. La memoria

Las alteraciones en el funcionamiento del cerebro provocadas por el mal de Alzheimer pueden clasificarse en cuatro categorías: a) alteraciones de

la atención o déficit de la memoria operativa, *b*) alteraciones de la percepción o agnosia, *c*) alteraciones del lenguaje o afasia y *d*) alteraciones de las habilidades físicas o apraxia.

Alteraciones de la memoria

Como la información de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) está manejada por la memoria operativa o de corto plazo, solo se retiene unos segundos mientras la procesamos, ejecutamos una acción de respuesta, la almacenamos en la memoria a largo plazo o la olvidamos. La memoria operativa relaciona esta información de los sentidos para darle significado, planear acciones y tomar decisiones. El mal de Alzheimer afecta sobre todo las funciones de esta memoria que nos permite ser conscientes de nosotros mismos y de la realidad. Las funciones de la memoria de corto plazo son:

- *Latencia*: Se refiere al tiempo que transcurre entre un estímulo y la respuesta que origina; es decir, se mantiene “latente” en la memoria la percepción de un estímulo. Esta capacidad nos permite evocar el tema de una conversación o el objetivo de una acción.
- *Tono o resistencia a la fatiga*: Se refiere a la capacidad de mantener la atención durante un tiempo, mientras se lleva a cabo una actividad sin cansarse ni distraerse. Esta es una habilidad que se desarrolla con el trabajo intelectual y en general dura diez minutos.
- *Volumen*: Es el número de ideas que podemos mantener en la memoria al mismo tiempo. Esta cantidad, en una persona sana, es siete.
- *Dominio*: Es la capacidad de dirigir la atención voluntariamente a un estímulo o un pensamiento. Si no hay control voluntario la atención se dirige hacia cualquier estímulo intenso o contrastante.
- *Concentración y dispersión*: La primera, que también se llama tono o fuerza, es la capacidad para enfocar o concentrar todo el volumen de la memoria en un objeto. La dispersión, en cambio, divide la atención para hacer dos cosas al mismo tiempo, aunque sea de forma parcial.
- *Traslado*: Es la capacidad de interrumpir una actividad para hacer otra diferente, regresar a la primera, y continuar donde se dejó.

La enfermedad de Alzheimer afecta la memoria operativa al disminuir la capacidad de estas funciones y finalmente suprimiéndolas. Algunos de los

signos de la disminución de estas funciones ordenados de acuerdo con su gravedad, y según las etapas descritas en el capítulo anterior, son los siguientes:

- En el estado 3 (detrimento cognitivo leve): la persona presenta signos que quizá parezcan poco importantes, como dificultad para aprender nuevos códigos y utilizar aparatos, distracciones u olvidos, por ejemplo, dónde estacionó su automóvil.
- En el estado 4 (mal de Alzheimer leve): la persona no recuerda a individuos o episodios ocurridos recientemente, está desorientada en el tiempo y tiene dificultad para hacer planes y tomar decisiones.
- En el estado 5 (mal de Alzheimer moderado): la persona no puede mantener una conversación ni recordar lo que dijo o de qué está hablando. No puede hacer operaciones aritméticas. Pierde la capacidad de aprender cosas nuevas. Es incapaz de abstraer ideas y de tomar decisiones. No recuerda dónde guarda objetos valiosos. Reacciona como si todo fuera nuevo.
- En el estado 6 (mal de Alzheimer moderadamente severo): hay pérdida del control voluntario del organismo, como el caso del control de esfínteres. La persona no tiene noción del tiempo, primero olvida el mes, luego el día de la semana y la hora del día. No puede ordenar, clasificar o seriar objetos. No entiende las situaciones que se desarrollan a su alrededor.
- En el estado 7 (mal de Alzheimer severo): no es posible observar ninguna actividad de la memoria a operativa.

Alteraciones de la percepción

Las personas con alzhéimer desarrollan paulatinamente agnosia o dificultad para reconocer los objetos, decir su nombre y para qué sirven. Es una dificultad para reconocer los estímulos sensoriales, aunque la más notable es la agnosia visual: no reconocen objetos al verlos, pero si al tocarlos. Esta alteración tiene un diagnóstico clínico y no está relacionada con una enfermedad, amnesia ni déficit de los sentidos:

- Durante el estado 4 (mal de Alzheimer leve): las personas tienen dificultad para reconocer objetos o personas que le fueron presentadas recientemente, confunde números y letras.
- Durante el estado 5 (mal de Alzheimer moderado): también con-

funden los rostros y la voz de las personas cercanas y algunos objetos con otros. Se pierden en lugares conocidos.

- En el estado 6 (mal de Alzheimer moderadamente severo): el paciente no puede leer y utiliza unos objetos en lugar de otros. Siente el agua caliente pero no sabe qué hacer. Confunde su propia imagen en el espejo e incluso tiene alucinaciones.
- En el estado 7 (mal de Alzheimer severo): no reconoce a las personas ni su imagen.

Alteraciones del lenguaje

Las personas con enfermedad de Alzheimer desarrollan afasia, que es la dificultad para crear y comprender el lenguaje, la escritura y los gestos; no está relacionada con una alteración verbal o articularia ni con un déficit de audición: se debe a una lesión cerebral.

- En el estado 3 de la enfermedad se notan algunos cambios en las personas, como dificultad para aprender palabras nuevas o evocar palabras poco usuales, así como dificultad para entender bromas, el sarcasmo, chistes, proverbios y analogías.
- En el estado 4 la afasia empeora: las personas reducen de forma notable su actividad verbal, manifiestan dificultades para expresarse, no les agrada platicar y dejan de escuchar tanto la radio como la televisión.
- En el estado 5 las personas pueden tener dificultad para comprender las palabras, confunden palabras parecidas, manifiestan latencias y silencios. Pueden describir un objeto, pero no saben su nombre. Confunden los nombres de las cosas o de las personas. No pueden decir la hora en un reloj de manecillas.
- En el estado 6 los pacientes no pueden leer. Su expresión se hace sintética, utilizan pronombres demostrativos e interjecciones para expresarse. Se desesperan porque no se pueden comunicar. Llegan a describir objetos, pero no saben para qué sirven. Piden que se les repita o se les recuerde algo, no entienden las instrucciones que se les dan, no comprenden cuando se les habla aunque se esfuercen. Dejan de conversar, pero les agrada que les hablen.
- En el estado 7 los pacientes tienen tantas dificultades que no hablan, no utilizan el lenguaje para comunicarse, algunos utilizan gestos y ademanes, otros solo gimen o lloran.

Alteraciones de las habilidades físicas

Las personas con mal de Alzheimer desarrollan apraxia o dificultad para realizar acciones seriadas o coordinadas: como cocinar, vestirse o caminar. Se trata de un trastorno del cerebro que no está relacionado con la alteración motora ni con debilidad. Las personas pierden la habilidad para realizar movimientos simples, aunque se esfuercen, da la impresión de que los piensan mucho o que los han olvidado, no pueden programar una serie de movimientos.

- En el estado 4 sus movimientos son lentos, tardan mucho en arreglarse, dejan de cuidar su aspecto personal y abandonan actividades que les agradaban.
- En el estado 5 presentan torpeza para comer, dejan de manejar, lavar, cocinar y asear su casa.
- En el estado 6 no pueden vestirse ni bañarse solos, tampoco comer, no pueden lavarse los dientes. No pueden salir a la calle.
- En el estado 7 es necesario darles de comer. No pueden caminar y se quedan en cama; como no pueden moverse para acomodarse, se les hacen escaras o úlceras en la piel debido a la presión de su cuerpo.

Salud física

Este mal no afecta a ningún órgano en particular, sino al organismo en general. Los déficits cognitivos que presentan los pacientes no les permiten cuidarse ni atenderse y generan o complican las disfunciones físicas; las más comunes son incontinencia urinaria y fecal, insomnio y desnutrición.

Incontinencia urinaria

La micción o expulsión de la orina se realiza al contraer el músculo detrusor, que forma parte de la vejiga, para iniciar el vaciado de la vejiga a través de la uretra.

La pérdida del control voluntario de todos los músculos del cuerpo en el mal de Alzheimer afecta la micción y se presenta incontinencia urinaria. Las personas expulsan pequeñas cantidades de orina, primero de forma irregular y luego de forma permanente.

Es preferible mantener la autonomía de la persona que limitarla por motivos de limpieza: es mejor dejar que la persona trate de ir al baño, aunque no pueda contener la orina, que incapacitarla obligándola a usar pañal.

RECOMENDACIONES PARA ATENDER LA INCONTINENCIA URINARIA

- Preguntar a la persona, a intervalos regulares, si quiere ir al baño.
 - Llevar a la persona al baño antes de dormir, al levantarse o antes de salir.
 - Llevar a la persona durante intervalos regulares al baño y, si es necesario, sentarla.
 - Sugerir o dirigir la serie de acciones para usar el baño: bájate los pantalones, siéntate, déjalo salir, etc.
 - Acompañarlo al baño y revisar que se vista y se lave las manos.
 - Colocar un retrete portátil en el cuarto de la persona.
 - Tener a la mano un cómodo o un “pato” para ofrecérselo periódicamente.
 - Usar pañales para adulto. Véase “Cambio de pañal” (p. 95).
-

Incontinencia fecal

El esfínter externo del ano es un músculo que pierde fuerza con la edad. Mientras se mantiene en un estado de contracción tónica, no hay defecación, pero cuando se relaja de forma voluntaria, se activa la respuesta refleja para defecar, que a su vez está estimulada por el colon o la entrada de alimento al estómago.

Las personas con alzhéimer pierden el control voluntario de los movimientos musculares de manera que manifiestan incontinencia fecal. Comienzan por tener necesidad de ir al baño varias veces en el día, luego no llegan y defecan fuera del retrete o en la ropa, no pueden aguantar el tiempo que transcurre mientras avisan y se sientan en el retrete, porque no pueden contraer el músculo y así contener la defecación.

Capítulo 3

Cuidados y actividades para la atención de pacientes con alzhéimer

Las actividades que deben realizarse con una persona enferma con mal de Alzheimer no son las mismas que para el cuidado de una persona mayor, ya que no se limitan a la alimentación, la medicación y el cuidado físico (aseo, movilidad, distracción).

En las páginas siguientes se recopila una lista de cuidados y actividades con las que se puede diseñar un plan de acción. No es necesario incluir todos los cuidados descritos en el manual, porque muchos están dirigidos a enfermos graves. Tome aquellos que ofrezcan mejores resultados para el cuidado de cada persona en particular.

Se recomienda la asesoría de un gericultista, quien brinda atención integral a los ancianos no solo en el área de la biología —cuidados de enfermería, nutrición, prevención de enfermedades— sino también en los ámbitos psicológico, social y espiritual, o de una enfermera con especialidad en geriatría para el diseño de este plan.

Plan de actividades

Se requiere diseñar, desde la primera etapa, un plan de actividades de estimulación, pero NO es posible elaborar una guía o plan para todas las personas. Es necesario, según las necesidades de cada paciente, sus hábitos anteriores, sus preferencias personales y sus condiciones de salud, diseñar un plan de actividades particular.

Como una técnica de estimulación cognitiva, se puede colocar este plan de actividades en la puerta del cuarto como una ayuda para programar su conducta.

Es muy importante la aplicación de un plan de actividades, ya que tiene mejores efectos que el tratamiento farmacológico tanto en la salud como en la calidad de vida de la persona.

Cuadro 1. Cuidados para los pacientes con Alzheimer según el estado funcional

ESTADO 1 <i>Normal</i>	ESTADO 2 <i>Olvidos normales de la edad</i>	ESTADO 3 <i>Déficit cognitivo leve</i>	ESTADO 4 <i>Mal de Alzheimer leve</i>	ESTADO 5 <i>Mal de Alzheimer moderado</i>	ESTADO 6 <i>Mal de Alzheimer moderadamente severo</i>	ESTADO 7 <i>Mal de Alzheimer severo</i>
No requiere atención	No requiere atención	No requiere atención	Requiere orientación, pero todavía es independiente. Organización de la familia. Seguridad en el hogar	Requiere atención parcial	Requiere atención todo el tiempo	Requiere cuidados continuos
Consideraciones legales	Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva	Estimulación cognitiva: terapia ocupacional y recreativa	Estimulación cognitiva: terapia ocupacional y recreativa	Estimulación cognitiva: terapia ocupacional y recreativa	Estimulación cognitiva
Consideración sobre asilos y residencias	Estimulación emocional	Estimulación emocional	Estimulación emocional	Estimulación emocional	Estimulación emocional	Estimulación emocional
	Comunicación	Comunicación	Comunicación	Comunicación	Comunicación	Comunicación
	Duración: 12 años	Duración: 2 años	Duración: 2 años	Duración: 2 años	Duración: 2 años	Duración: 2 años
			Atención al cuidador. Duración: 2 años			

<p>Cuidados físicos o de enfermería: Arreglar el cuarto de la persona. Alimentación. Corte de cabello. Corte de uñas.</p>	<p>Cuidados físicos o de enfermería: Vestir. Cambio de pañal. Aseo matinal. Baño en regadera. Aseo bucal para personas conscientes. Cuidado de prótesis dentales. Aseo del cabello. Rasurar. Cuidado de la piel.</p>	<p>Cuidados físicos o de enfermería: Mover a la persona en su cama. Preparación para el sueño. Aseo bucal para personas inconscientes. Baño en cama o de esponja. Aseo de manos. Aseo de pies. Aseo genital. Prevención y curación de escaras.</p>
<p>Duración: 1.5 años</p>	<p>Duración: 2.5 años</p>	<p>Duración: 6 o más años</p>

- Reducir los objetos de aseo a los más indispensables y que estén a la mano.
- Instalar una luz nocturna permanente para orientar a la persona durante la noche.

En la cocina

- Instalar candados o chapas de seguridad en la puerta de la cocina, el refrigerador y en los armarios donde se guarden productos de limpieza y aparatos electrodomésticos.
- Instalar una llave de paso, escondida, para el gas de la estufa.
- Mantener el piso limpio y seco para evitar resbalones.
- Utilizar vasos y platos de plástico, ya que son menos peligrosos y no se rompen.
- Guardar los objetos punzantes y cortantes como los cuchillos y abrelatas fuera del alcance de la persona.
- Revisar regularmente que las llaves de gas estén cerradas.

El automóvil

- Esconder las llaves.
 - Colocar dentro del auto un interruptor cortacorriente.
 - Bloquear la marcha del automóvil o guardarlo en otro lugar donde la persona no lo busque.
-

Terapia física

Cuando, por motivo de la enfermedad, la persona con mal de Alzheimer está inactiva, es necesario mantener el movimiento de las articulaciones del cuerpo y de la musculatura que las rodea, para esto lo mejor es contratar los servicios profesionales de un fisioterapeuta. Sin embargo, en la primera etapa o cuando esto no es posible, se le pueden ofrecer los cuidados que se describen a continuación.

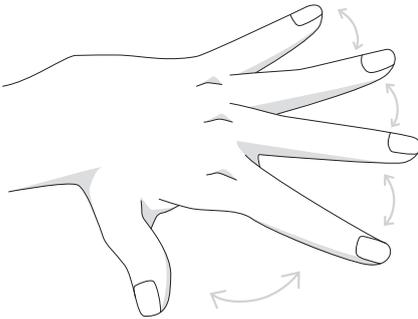
Ejercicio regular

Realizar algunas de las actividades diarias, como barrer, cocinar o lavar los trastes, pero también efectuar algún tipo de ejercicio de forma regular, como dar paseos, asegurándose de que se movilizan todas las articulacio-

nes. Caminar es una excelente actividad, promueve contactos sociales y es relajante tanto para la persona como para el cuidador. La frecuencia sugerida es tres veces al día, con intensidad moderada, en períodos de 15 minutos.

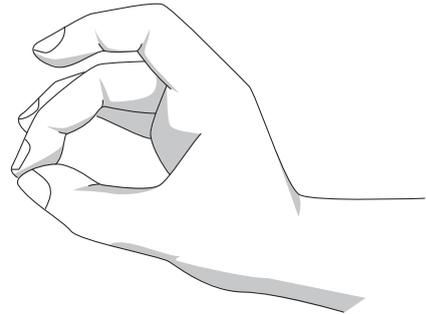
Para los dedos de las manos

Se recomienda realizar los siguientes ejercicios:



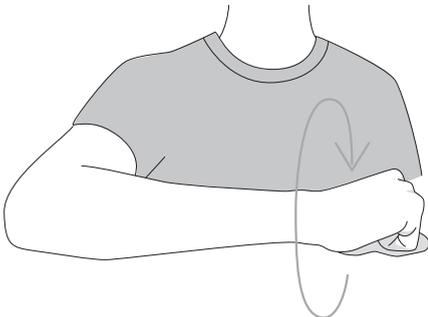
EJERCICIO 1: De pie o sentado, que el paciente extienda ambos brazos al frente, a la altura de los hombros, con las palmas de las manos hacia abajo. Que separe lateralmente los dedos de la mano lo máximo posible y los vuelva a juntar. Repetir este ejercicio cinco veces.

EJERCICIO 2: Extender y flexionar los dedos uno por uno y presionar la yema del dedo pulgar contra cada uno de los otros dedos.



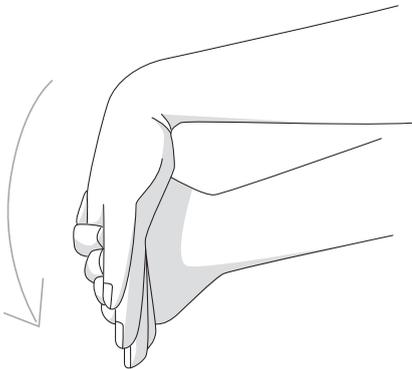
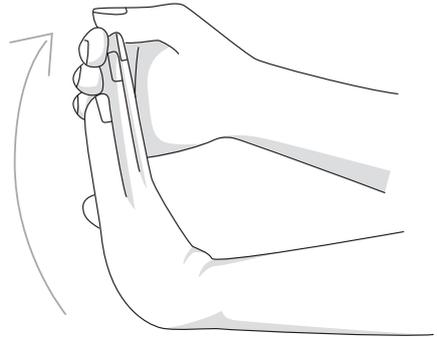
Para manos y muñecas

Se recomienda realizar los siguientes ejercicios:



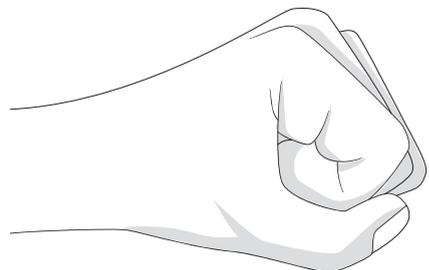
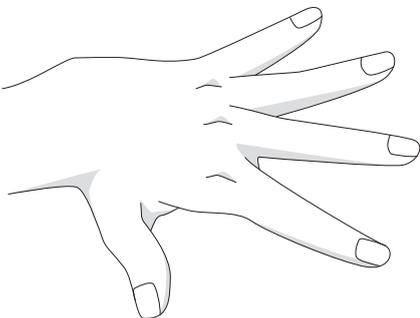
EJERCICIO 1. Con el brazo flexionado de manera que forme un ángulo de 90 grados con el antebrazo, y con el puño cerrado, girar el puño a izquierda y derecha, manteniendo el antebrazo inmóvil. Repetir cinco veces.

EJERCICIO 2. De pie o sentada, que la persona extienda los brazos al frente, con los codos ligeramente flexionados y las palmas de las manos hacia abajo. Con la ayuda de la otra mano, extienda los dedos y la muñeca, hacia atrás en dirección al antebrazo.



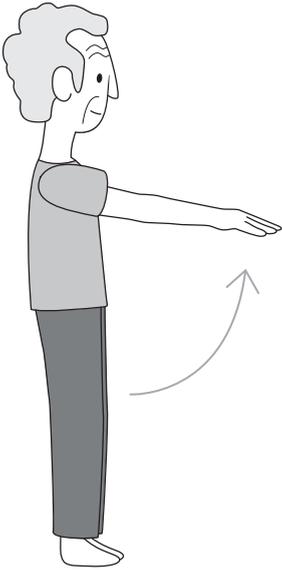
Enseguida, con la muñeca relajada, empuje los dedos hacia abajo. Repetir este movimiento cinco veces. Hágalo después con la otra mano cinco veces.

EJERCICIO 3. Con la palma hacia abajo y los dedos extendidos: flexionar los dedos y cerrar el puño, abrir los dedos y extender la palma.

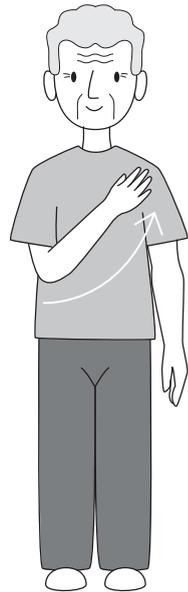


Para hombros y brazos

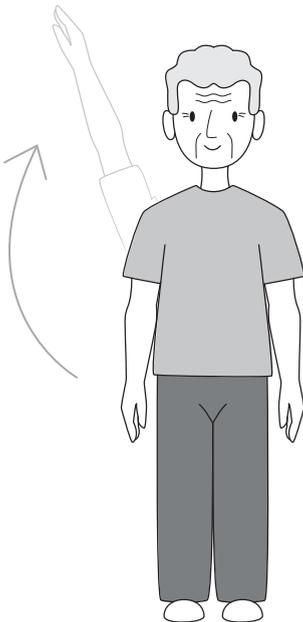
Se sugiere llevar a cabo los siguientes ejercicios:



EJERCICIO 1. De pie o sentado, el paciente levanta un brazo al frente, lentamente, hasta la altura del hombro, luego continúa hasta la altura de la cabeza. Bajar el brazo a su posición de reposo.



Levantar el brazo cruzándolo hasta la altura del hombro. Bajar el brazo a su posición de reposo. Repetir cinco veces. Continuar con el otro brazo de la misma manera.



EJERCICIO 2. Con la persona parada o sentada: levantar un brazo a un lado, lentamente, hasta la altura del hombro, continuar hasta la altura de la cabeza. Bajar el brazo a su posición de reposo. Repetir cinco veces y continuar con el otro brazo.