

Extraído del libro

“La edad de la vida. Hacia un envejecimiento saludable y competente”

Matia - Erein

Se estima que la enfermedad de Alzheimer (E.A.) representa entre un 60% y un 80% del total de las demencias que sufren las personas mayores (el resto de las demencias pertenecerán a las denominadas multiinfarto o mixtas) y se considera prudente una prevalencia del 7% de las enfermedades demenciales.

El dramatismo de la E.A. y otras demencias tiene en su origen, al menos, las siguientes circunstancias:

- La discapacidad y la dependencia pueden ser extremadamente graves. La situación de "dependencia grave" afectaría a un 25% del total de la población que padece demencia.

- Requiere atención casi permanente, que exige gran dedicación y alto coste para las familias y el sistema socio-sanitario de atención.

- Las previsiones epidemiológicas y demográficas destacan un agravamiento del problema.

- Desconocimiento, hasta hace relativamente poco tiempo, por parte de la opinión pública (sigue siendo dudoso que exista un gran conocimiento) casi completo de las cuestiones relativas a las demencias.

4.11.2 La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Análisis general.

Las demencias constituyen actualmente el tercer problema sanitario de las personas mayores, después de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. El mayor envejecimiento de la población y los progresos en diversos campos científicos, con el consiguiente aumento de la longevidad y el incremento de las personas mayores en general y de los mayores de 80 años en particular, hace aumentar las previsiones de crecimiento de estas enfermedades.

- De lo anterior se deriva una escasa atención por parte de la mayoría de los profesionales de los servicios sociosanitarios, que no están debidamente formados, especialmente los profesionales de atención primaria y servicios sociales comunitarios.

- No se han asignado los recursos necesarios para atender las necesidades existentes en la actualidad y, menos aún, las necesidades cada vez mayores que se vaticinan en el futuro.

- Los familiares se ven, en la mayoría de los casos, sin la información y formación necesaria, para atender a sus allegados.

- Desatención generalizada a los cuidadores y falta de reconocimiento social y legal del papel que juegan.

- Falta de protección jurídica a las personas que lo padecen.

- Solo recientemente se ha empezado a desarrollar la investigación básica sobre la E.A. y otras demencias; y la investigación aplicada brilla por su ausencia.

Por otra parte, la familia constituye, sin ningún género de dudas, la que provee protección social básica a las personas que padecen esta situación de dependencia y

es, la que está dando mayoritariamente respuesta a este problema (se calcula que el 72% del total de cuidados que reciben las personas dependientes los proporcionan las familias y allegados), con una repercusión (en la mayor parte de las veces negativa) del cuidado en las relaciones familiares y en la salud de los cuidadores. Además esta protección social gratuita e invisible, que ofrecen los cuidadores no se va a mantener invariante a lo largo del tiempo; es más, como es sabido **el potencial cuidador va a disminuir en los próximos años**, lo cual significa que el sistema actual de cuidados informales no será mantenible en el núcleo familiar de manera exclusiva.

Hacen falta pues, reduciendo inevitablemente de forma excesiva, de cara a un futuro posibilitar los siguientes recursos y acciones, desde los actores de la política social:

- Sistemas de atención domiciliaria de carácter sociosanitario que respondan a las necesidades de las personas mayores y sus familias, con profesionales capaces. Es necesario una red sólida de programas y servicios de respiro (centros de día, centros de noche, estancias temporales), etc.

- Incremento de los **servicios institucionales** (residencias, centros sociosanitarios) y de **recursos especializados** en los

mismos (unidades de psicogeriatría, unidades de apoyo a familias, etc.), puesta en marcha de **recursos de carácter preventivo** y de **nuevos recursos polivalentes y flexibles**.

- **Nuevos modelos de atención** más integradores, de carácter **sociosanitario** y de **calidad**, basados en conocimientos técnicos.

- Serán necesarios **profesionales con la suficiente capacitación**, tanto en labores de diagnóstico, como terapéuticas o de intervención interdisciplinar (con las personas mayores y sus familias) y con un adecuado sistema de formación permanente.

- **Centros que permitan y desarrollen investigación aplicada.**

4.11.3 Matia Fundazioa y la atención psicogeriatría.

Ante las necesidades y el reto que plantean las enfermedades y síndromes demenciales Matia Fundazioa quiere realizar una apuesta por una atención psicogeriatría basada en los siguientes principios:

- La necesidad de un planteamiento que basado en la **continuidad de la atención** (el no dejar desatendidos en ningún

caso a personas que sufren esta enfermedad y sus familias en ningún estadio de la misma) oferte **diferente recursos tanto comunitarios como especializados**, y que en éstos tengan cabida tanto las personas mayores como sus familias, desde un punto de vista global e interdisciplinar.

- Que Matia Fundazioa a través de la atención psicogeriatría oferte **nuevos modelos de trabajo** con personas que padecen demencia y sus familiares, que puedan servir de modelos de atención al resto de la sociedad.

- Con un **sistema interno y externo de formación y reciclaje profesional**; así como con proyectos de **investigación aplicada**, que sirvan tanto para la propia atención psicogeriatría, como para el resto de las actividades de Matia Fundazioa, así como para la sociedad en general.

Desde este planteamiento anterior se deriva la necesidad de trabajar dentro de un proyecto de atención psicogeriatría, las siguientes líneas generales:

- **Creación de recursos** de valoración y atención tanto comunitarios como especializados para la adecuada valoración, atención, intervención y tratamiento de personas que padecen demencia en sus diferentes tipos y sus familias.

- Diseño, puesta en marcha y evaluación de **nuevos modelos de trabajo sociosanitarios**.

- **Formación y reciclaje profesional** interno y externo.

- **Investigación aplicada** sobre nuevos modelos de intervención y trabajo en el área psicogeriátrica.

- El proyecto de atención psicogeriátrica se denominará **UNIDAD DE MEMORIA Y ALZHEIMER** y tendrá como objetivo básico atender las necesidades relacionadas con trastornos patológicos y no patológicos de las funciones cognitivas, así como el de otros trastornos asociados.

4.11.4 Objetivos generales de la Unidad de Memoria y Alzheimer.

- Ofertar recursos de valoración e intervención a la comunidad que cubran la continuidad de la atención.

- Mejorar la detección (dentro de un servicio de orientación y valoración) y tratamiento precoz de la enfermedad y de las consecuencias de la misma en el entorno de las personas que padecen demencia.

- Ofertar una atención integral e interdisciplinar que favorezca el retraso de la incapacidad asociada.

- Realizar planes de cuidado en función de las diferencias individuales y grado de evolución.

- Favorecer, impulsar e intervenir con los cuidadores informales.

- Potenciar la formación básica y continuada de profesionales, trabajadores, cuidadores informales y voluntarios.

- Mejorar a través de investigación, intervenciones y modelos de trabajo de carácter sociosanitario novedosos, el conocimiento de la demencia y sus trastornos asociados en sus aspectos médicos, clínicos y psicosociales.

- Fomentar el desarrollo de políticas sociales entorno a estas situaciones.

4.11.5 Modelo general de la Unidad de Memoria y Alzheimer.

El proyecto de Atención Psicogeriátrica de Matia Fundazioa que se propone en este documento y que está inserto en el Plan de I + D, consta de dos subunidades paralelas: una unidad de valoración y una unidad de intervención y tratamiento.

1.- La Unidad de Valoración (UVA) está formada por un equipo interdisciplinar

compuesto por: un médico-geriatra, una psicólogo especialista en gerontología psicosocial y neuropsicología, un neurólogo especialista en psiquiatría y una trabajadora social. También tomarán parte otro tipo de consultores como son: enfermeras, psiquiatra, farmacéutica, etc.

2.-La Unidad de Intervención (UIN) está compuesta por siete recursos diferenciados, que se pretenden que ofrezcan un continuo en la atención a las personas que padecen deterioro cognitivo y/o demencia (con sus trastornos asociados) y a sus familias.

Esto siete recursos están clasificados en tres grupos diferentes:

- Un primer grupo de recursos **están orientados a las personas cuidadoras** (familiares en su mayor parte): unidad de apoyo a familias (UAF) y una parte de la unidad de apoyo domiciliario (UAD).

- Un segundo grupo está formado por los recursos en los que **se interviene con las personas que padecen deterioro cognitivo y/o demencia así como con los trastornos asociados** y que son en función de menos a más especializados los siguientes: unidad de mejora del rendimiento cognitivo (UMRC), unidad de apoyo domiciliario (UAD) en la parte de atención a las

personas mayores, un centro polivalente de atención nocturna y diurna, módulos de atención integral en residencias (MAI) y una unidad de psicogeriatría hospitalaria (UPH).

- El tercer grupo de recursos lo conformaría una **unidad de docencia e investigación** sobre psicogeriatría.

En el cuadro adjunto se pueden ver las fases típicas de la enfermedad de alzheimer (obviamente reducidas) y los recursos que se han ideado para las personas que sufren demencia y sus familiares (al referirnos a la demencia tipo alzheimer, obviamente la introducimos como reflejo de todos los tipos y subtipos de demencia al ser la más común).

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

1ª Fase: LEVE	2ª Fase: MODERADA	3ª Fase: SEVERA
<ul style="list-style-type: none"> • Quejas de pérdida de memoria, (fundamentalmente en ubicación de objetos, recordar nombres, citas...) • Ansiedad leve, el enfermo suele estar frecuentemente irritable. • Problemas de concentración manifiestos. • Evidencia de bajo rendimiento laboral. • No afecta sustancialmente a su entorno familiar y sociolaboral. 	<p style="text-align: center;">EFFECTOS MÁS COMUNES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para reconocer personas, objetos y lugares. • Alteraciones del comportamiento: altibajos emocionales, agresividad, vaga por la casa... • Mecanismo de negación: niega actos que comete, no reconoce tener problemas, dice no necesitar ayuda.... • Olvido de hechos cotidianos o recientes. • Problemas en realizar actividades que requieren de planificación. • Incapacidad de desempeñar el puesto laboral y mantener una vida social fluida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desorientación espaciotemporal. • Necesita asistencia en actividades de la vida diaria y aseo personal. • Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales. • Presenta cambios en la personalidad (delirio, agresividad, etc.) y la afectividad. • Alteraciones del sueño. • Incontinencia urinaria. • En la última fase, pérdida de las funciones psicomotoras básicas (andar, comer...) • Incremento de la dependencia del enfermo.

PÉRDIDA GRADUAL DE LAS CAPACIDADES COGNOSCITIVAS

RECURSOS PARA EL ENFERMO		
<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de valoración. • Seguimiento neuropsicológico y médico. • Unidad de mejora del rendimiento cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de valoración. • Seguimiento neuropsicológico y médico. • Servicio de ayuda a domicilio. • Centro de día. • Programas de psicoestimulación. ----- • Unidad de psicogeriatría hospitalaria para casos agudos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de valoración. • Seguimiento neuropsicológico, médico y psiquiátrico. • Unidad de psicogeriatría hospitalaria para casos agudos. • Atención diurna, atención nocturna, fines de semana ... • Módulos en residencias. • Unidad de psicogeriatría hospitalaria.
RECUR. PARA LA FAMILIA		
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación e Información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Apoyo a Familias. • Unidad de Apoyo Domiciliario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Apoyo a Familias. • Unidad de Apoyo Domiciliario.

4.11.6 Unidad de valoración.

La valoración que se plantea en esta unidad es una valoración que tiene las siguientes características:

- Interdisciplinar: La realizan diferentes profesionales (médico-geriatra, psicólogo, neurólogo, trabajadora social...), con una metodología determinada, no sumando contenidos, sino interaccionando.

- Se valora a la persona que sufre un problema en su funcionamiento cognitivo, como a la familia.

- Tan importante es el diagnóstico, como la traducción a la realidad social de lo que significa tal o cual diagnóstico en la vida de cada persona y de cada familia, es decir, de poder formular un plan individualizado de atención.

- Este plan individualizado de atención cubre todas las áreas que pueden ser objeto de intervención: salud física, medicación, rehabilitación cognitiva, apoyo psicoafectivo, intervención a nivel conductual, etc. ; y es consensuado con la persona que tiene esos déficits y la familia.

Los contenidos de la misma muy resumidamente son:

TIPOS DE VALORACIÓN	ÁREAS	SUBÁREAS	
VALORACIÓN (NEURO)PSICOLÓGICA	Información y orientación		
	Atención		
	Cálculo		
	Lenguaje		Fluidez
			Denominación
			Repetición
			Comprensión escrita
			Comprensión auditiva
	Aprendizaje y memoria		Parámetros(perseveración, circunloquios, jergafasia....)
			Memoria diferida
			Memoria lógica
	Habilidades visuoespaciales		Aprendizaje verbal auditivo
Funciones ejecutivas y razonamiento			
Praxias		Ideacionales	
		Ideomotoras	
Depresión			
Ansiedad			
Situación conductual			
VALORACIÓN BIOMÉDICA	Antecedentes familiares		
	Antecedentes personales		
	Medicamentos		
	Historia clínica del cuadro actual		Inicio
			Evolución
	Clínica de Inicio		
	Motiva la consulta		
	Situación funcional: Escala de Lawton y Escala de Barthel		Básica
			Instrumental
			Compleja
	Riesgos		Caídas, autolesiones....
Exploración		Actitud, soplo carotídeo, arritmias....	
Escala de Hachinski			
Pruebas complementarias		Análisis de sangre	
		Neuroimagen	
VALORACIÓN SOCIAL	Carga		
	Necesidad de recursos		Formación-Información
			Materiales
			Centros
Necesidad de apoyo en la tarea cuidadora			

4.11.7 Unidad de intervención.

Los recursos que en este documento se esbozan forman un **continuo en la atención**, de tal manera que una persona pudiera ir pasando de un recurso al otro según la evolución de su patología; pero además pueden ser utilizados de manera alternativa o puntual, según las necesidades existentes.

Estos seis recursos son:

- **Unidad de Apoyo a Familias (UAF):** Se trata de un recurso orientado a facilitar el cuidado informal, es decir un recurso de "apoyo" al apoyo informal. Deberá estar basado en estrategias de formación, información, promoción de hábitos saludables, prevención (primaria, secundaria y terciaria) de cualquier problema o trastorno (físico, psíquico y social) derivado de la provisión de cuidados.

- **Unidad de Apoyo Domiciliario (UAD):** Se trata de un recurso que contiene al menos dos vías de acción complementarias: un posible servicio de ayuda a domicilio de carácter sociosanitario y un servicio de atención y orientación a los cuidadores a nivel domiciliario (conectado con la UAF).

- **Unidad de Mejora del rendimiento Cognitivo (UMRC):** Atenderá a nivel comunitario deterioros no patológicos y patológicos relacionados con el deterioro de ciertas funciones cognitivas (orientación, atención, percepción, fijación, memoria y juicio), así como las consecuencias que estos deterioros pueden producir en la vida diaria de las personas que los padecen o en su entorno circundante. Así pues, la UMRC atenderá dos tipos de situaciones relacionadas con déficits en funciones cognitivas: no patológicos (olvido senil benigno-OSB y trastornos de memoria asociados al envejecimiento-AMAE) y de carácter patológico (demencia y cuadros psiquiátricos que cursan con trastornos de memoria como son la depresión, los trastornos obsesivo-compulsivos y esquizofrénicos).

- **Centro de Día/Centro de Noche:** Es un centro polivalente que sea capaz de proporcionar atención comunitaria a personas con deterioro cognitivo y/o demencias (podría no ser exclusivo para este tipo de patología), entendiéndose este recurso como un servicio de carácter sociosanitario y de apoyo familiar (conectado con la UAF) que ofrecería atención tanto diurna como nocturna (a distintos colectivos) a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales, promoviendo su autonomía personal y la permanencia en su entorno

habitual. Con respecto a la atención nocturna el Centro de Noche es un centro de atención a personas mayores dependientes con trastornos del sueño y trastornos de comportamiento, que permite regular los ritmos sueño-vigilia, manejar adecuadamente los trastornos comportamentales y descargar a la familia en sus horas del cuidado, garantizando la posibilidad de asegurar el descanso nocturno y el cuidado de su familiar durante el día.

- **Módulos de Atención Integral en Centros Gerontológicos:** Estos recursos nacen desde el Plan General de Intervención en Servicios Sociales de Matia Fundazioa. Pretenden la atención a personas con deterioro cognitivo y/o demencia desde una visión integral (todas las áreas vitales) y una oferta de programas y atención correspondiente a las características de estas personas. Estos módulos específicos se realizarán en espacios adaptados, con programas (aparte de los especificados para la atención de personas con deterioro cognitivo y/o demencias) de manejo de comportamientos y programas que incidan en el funcionamiento psicoafectivo que supongan una disminución de los aspectos negativos de los trastornos de estas personas y una mejora de su calidad de vida. Esto supondría la protocolización de los diferentes aspectos y capacidades de las personas, así como de los tratamientos a realizar a lo largo de las 24 horas del día.

- **Unidad de Psicogeriatría:** Esta unidad atendería a personas con demencia que necesiten un control exhaustivo de cualquier variable relacionada con la enfermedad (control de medicación, trastornos del comportamiento, enfermedades asociadas, etc.) que necesiten una supervisión e intervención de carácter mucho más intensivo que en los anteriores recursos. Atendería casos en las que la severidad del trastorno, los trastornos asociados, etc. devinieran en una sintomatología mucho más acusada y de difícil o imposible control en recursos de menor nivel de atención.