

# Trabajo multidisciplinar con profesionales

M<sup>a</sup> José Orduña Bañón

Terapeuta Ocupacional.  
Servicio de Geriatría del  
Hospital Clínico

## Introducción

El problema que se nos plantea en la Enfermedad de Alzheimer viene dado por las consecuencias inmediatas y a largo plazo que origina la propia enfermedad. Afecta por igual la función física y psíquica. Incapacita progresiva y paralelamente autonomía y calidad de vida, genera cuidados de larga duración y, en consecuencia, una dependencia sanitaria, social y familiar. (Figura 1). El impacto que sobre la familia origina (el 80% de las familias se encargan de los cuidados) nos dicta la necesidad de crear programas de tratamiento en los que estén integrados todos los recursos terapéuticos y sociales de los que disponemos. El acercamiento se hace de forma multidisciplinaria, coordinando a todos los profesionales que rodean al enfermo, incluyendo en el proceso al familiar y cuidador, en la idea de planificar un programa de intervención en donde la continuidad en los cuidados y la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, hospitalarios y extra hospitalarios, sean dos constantes desde que se diagnostica la enfermedad. (Figura 2)

## Objetivo de terapia ocupacional en la enfermedad de alzheimer

Si bien la curación, de momento, no es un objetivo alcanzable en la enfermedad de Alzheimer, la aplicación de

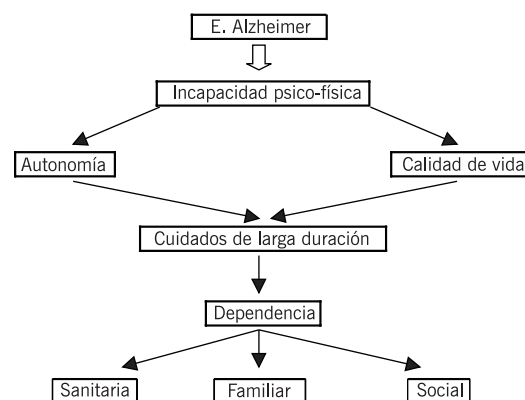


Fig 1.  
Repercusiones de la  
Enfermedad de  
Alzheimer

diferentes Terapias no farmacológicas sí ha obtenido resultados a tener en cuenta, como son entre otros, la reducción de los síntomas y la mejoría en la calidad de vida y de las funciones sociales.

Por otra parte, hacer un pronóstico tanto en medicina como en rehabilitación es siempre arriesgado (es una apuesta que a menudo se pierde) y en esta enfermedad siempre se tiende, en principio, a subestimar, con una gran falta de esperanza, siendo la sorpresa en muchas ocasiones la norma con la que nos encontramos.

La Terapia Ocupacional centra su actuación en conseguir "el mantenimiento en los autocuidados a lo largo de la evolución de la enfermedad". Cuando el paciente es valorado en terapia Ocupacional nos podemos encontrar con dos situaciones:

- Con una función no afectada, siendo la base del tratamiento potenciar y mantener esta función el mayor tiempo posible.
- Con una función afectada por varios motivos: por la propia enfermedad, por el proceso de envejecimiento normal, por falta de uso y motivación o por otros procesos intercurrentes susceptibles de tratamiento (por ejemplo depresión). En el primer caso la actuación se centrará en retrasar el progreso de la enfermedad y en el segundo caso será recuperar las funciones y mantenerlas activas el tiempo que la evolución de la enfermedad lo permita (Figura 3).

Esta última situación puede crear en las familias falsas esperanzas de curación que deberán ser aclaradas al inicio de la participación del paciente en el programa de Terapia Ocupacional. Al recibir un tratamiento de estimulación global, funciones no utilizadas o afectadas por las causas anteriormente expuestas (excepto por la E. Alzheimer), se recuperan dando la imagen de curación que no es tal, siendo en realidad, haber ubicado al paciente en el grado verdadero de deterioro que le corresponde.

Por lo tanto las fases del tratamiento de Terapia Ocupacional serán las siguientes:

- Restituir las funciones psico-físicas potencialmente reversibles, con objeto de evitar la disfunción y cronicidad, devolviendo la autonomía.
- Potenciar la utilización máxima de las funciones residuales.
- Reducir la necesidad de empleo de aquellas funciones que ha perdido y son irrecuperables, facilitando

al paciente la realización de las actividades de la vida diaria.

- Asesorar y formar a los familiares y cuidadores en las habilidades específicas de manejo y cuidados.

### Intervención de terapia ocupacional en la enfermedad de alzheimer

La realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) implica una serie compleja de movimientos, previamente aprendidos y seleccionados que un cerebro normal ejecuta con un fin determinado y que un cerebro dañado no es capaz de hacer o, al menos, no correctamente. Intervienen para su ejecución por igual la función física como psíquica, incluyendo la función familiar por la gran repercusión que sobre ella se origina. Por lo tanto trabajamos:

- Función psíquica:
  - Cognitiva
  - Perceptiva
  - Anímica
- Función física: estado global del sistema músculo-esquelético
- Función familiar:
  - Información
  - Educación
  - Programación

### Protocolo de valoración

Deber realizarse ajustándose al siguiente planteamiento: Considerar al paciente en su globalidad, dando respuestas que cubran las necesidades tanto de la patología, como del enfermo y el entorno vital. Posteriormente, identificados los problemas, se fijarán los objetivos concretos y realistas y se planificará la estrategia de actuación.

- Historia personal del paciente: Datos más relevantes en cuanto a gustos, estudios, costumbres y hábitos, aficiones y amistades. Se aprovecha para contactar con el cuidador principal.
- Función cognitiva: Memoria, atención, orientación, tiempo, espacio y persona. Las escalas de valoración más utilizadas son las siguientes:
  - Mini Examen Cognoscitivo. (MEC)
  - Examen de la función cognitiva de Cambridge (CAMCOG)
  - Test Conductual de Memoria Rivermead (RBMT)
  - Test de la Serie de Dígitos. Se utiliza específicamente para valorar las alteraciones en la atención.
- Función perceptiva: Visual, motriz, táctil y sonora. Esquema corporal, capacidad de programación, comprensión y articulación del lenguaje.
- Función física: Reflejos posturales de soporte y enderezamiento.. Marcha. Temblor y contracturas. Otras patologías afectadas que aceleren el deterioro. Las escalas de valoración más utilizadas para medir la función física son las siguientes:
  - Test de equilibrio y marcha de Tinetti
  - Prueba del alcance funcional
- Independencia en las A.V.D.: Se valorarán a través de la realización práctica por parte del enfermo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, interesándonos conocer no sólo cuántas realiza sino también cómo las realiza, identificando

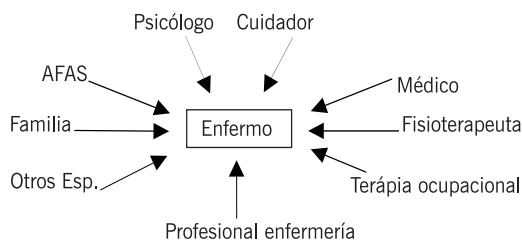


Fig 2.  
Aproximación a la Enfermedad de Alzheimer

aquellas áreas más afectadas, y los elementos de riesgo que puedan ocasionar accidentes. Las escalas utilizadas en rehabilitación son:

- Índice de Barthel, e índice de Katz para las actividades básicas
- Índice de Lawton para las actividades instrumentales
- Función afectiva: Es importante por la frecuencia con que se altera y por sus defectos en algunas de las áreas funcionales. La presencia de ansiedad puede llegar a bloquear el impulso a la actividad y bajar el nivel de rendimiento en su realización. Con alta frecuencia, en el inicio y grado moderado de la enfermedad, nos encontramos con estados depresivos secundarios a la dependencia en las A.V.D. más que por la propia enfermedad.

Las escalas de valoración que pueden utilizarse son las siguientes:

- *Hamilton Rating Scale for Anxiety*
- *Geriatric Depression Scale (GDS de Yesavage)*
- Función familiar: Durante el proceso del tratamiento y posteriormente, pensando en la continuidad de los cuidados en el domicilio, es primordial la figura de los familiares y cuidadores contratados si los hubiese. Éstos, deben conocer, comprender y ser ayudados a aceptar la enfermedad y su evolución, así como aquellas incidencias que de forma directa afecten a la convivencia familiar (por ejemplo trastornos del comportamiento y pensamiento). Debemos conocer el grado de colaboración que estén dispuestos a prestar, ya que llegará un momento en la enfermedad, en que se hará más fácil modificar la conducta de los cuidadores que la del paciente. El ambiente en donde éste se encuentre debe facilitar su integración y cuidados. Otros datos a tener en cuenta son los siguientes:

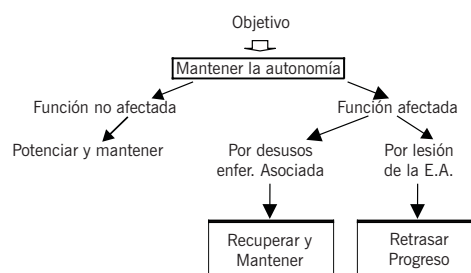


Fig 3.  
Objetivo de la terapia ocupacional en la Enfermedad de Alzheimer

- Grado de preocupación (poca o excesiva)
- Rol que ocupa en el cuidado del enfermo
- Grado de protección que ejerce sobre el enfermo (le exige más de lo que puede dar o por el contrario hace todo por él).
- Si hubiese trastornos del comportamiento o conducta se debe conocer si la reacción de los cuidadores es la correcta ante estas situaciones.

Además de la entrevista personal con el cuidador principal, que será la que más datos nos aporte, se puede utilizar la Escala de Valoración de Carga del Cuidador.

### **Principios generales de actuación**

Conviene reseñar algunas premisas básicas a tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento rehabilitador:

- Adaptarse a los límites reales de la capacidad, y evitar embarcarse en largos programas que si no están adaptados a la realidad del paciente pueden dar lugar a situaciones de frustración y desesperanza
- Aplicar los tratamientos progresivamente adaptados al número de etapas o secuencias que puede realizar el enfermo
- Conocer al enfermo por sus capacidades evitando describirlo por sus déficits.
- Valorar y tener presentes las soluciones que el enfermo ha desarrollado para manejarse en su entorno.
- Trabajar en tándem con el resto del equipo.

### **Niveles asistenciales de actuación**

La Terapia Ocupacional desarrolla su labor terapéutica en los tres pilares de la atención geriátrica: Atención primaria, Atención hospitalaria y en los recursos sociales en la Comunidad. En Atención primaria la labor irá encaminada participando en los programas de salud, a prevenir, detectando áreas deficitarias en las actividades de la vida diaria y adecuando el entorno domiciliario en la idea de mantener al paciente en él, el mayor tiempo posible..

En la Atención hospitalaria, se incide directamente sobre las funciones ya afectadas a través de los programas de Terapia Ocupacional que se realizan en el Hospital de Día y en la Unidad de Media Estancia.

En los recursos sociales en la Comunidad, como son lo Centros de Día y Residencias, realizando programas de mantenimiento de las habilidades para la autonomía personal y funciones sociales.

### **Protocolo de actuación**

El programa de tratamiento actuará sobre todas las áreas previamente valoradas:

En la función cognitiva:

1. Terapia sensorio-motriz
  - Visual: Actividades de asociación, identificación de objetos, discriminación de forma, tamaño, textura y función. Utilizar los sentidos para facilitar reconocimiento.
  - Motriz: Actividades de imitación de actividades corporales. De expresividad facial. De automatización de gestos para realizar actividad con intención manipulativa.
  - Esquema corporal: Reconocimiento de segmentos del cuerpo. Señalar y tocar.

- Recepción y articulación lingüística: Actividad de articulación y vocalización. Utilización de oraciones simples con demostración para propiciar comunicación verbal-contextual.
- Percepción sonora: Actividades de atención y ritmo.

### 2. T. Orientación a la realidad.

- Facilitación cognitiva a través de la estructuración del entorno.
- Actitud ante el contacto diario.
- Actividades de apreciación de la y distancia

### 3. Refuerzo memoria.

- Programa de ejercicios adaptados de *Lihane Israul. Método de entrenamiento de la memoria.*
- Sistematización del acto.
- Reminiscencia.

En la función física

- Fuerza: ejercicios que potencien la fuerza muscular
- Tono muscular: Relajación/Contracción. Localización en el cuerpo de las contracciones musculares. Control de la posición de equilibrio e inmovilidad.
- Equilibrio: Actividades de miembros superiores e inferiores con movimientos simultáneos, disociados y alternos.
- Marcha: Ejercicios de diferentes formas de marcha.
- Destreza y coordinación manual: Actividades de movimientos amplios. Simultáneos bimanuales. Restringidos y de precisión.

En la función afectiva

- Actividades ocupacionales cortas y gratificantes, buscando la creatividad no la rentabilidad. Deben ser actividades ya conocidas y realizadas.
- Actividades que faciliten la relación interpersonal

En la función familiar

- Asesoramiento sobre las AVDB y AVDI y de relación social que puede el paciente:
- Hacer solo
- Solo supervisado
- Ayudado
- Programa de entrenamiento en habilidades específicas: como actuar para realizar las AVDB y AVDI y ante los trastornos del comportamiento y del pensamiento si los hubiese.
- Modificación del entorno. Normas básicas de seguridad, haciendo éste no sólo accesible sino inteligible.

## **Bibliografía**

1. Del Ser Quijano T. Peña Casanova J. *Evaluación neuropsicológica de la demencia.* Barcelona. J. R. Prous S.A. 1994
2. Grupo de estudio de demencias de la S.E.G.G. *El médico de familia y la demencia.* Guía de actuación. Madrid. Ergon 1993
3. Hodges J. *Valoración cognitiva.* Barcelona. Prous Science 1996
4. *Manual práctico de evaluación y entrenamiento de la memoria. Unidad de memoria.* Área de salud/consumo. Ayuntamiento de Madrid 1998
5. Nossenboim S. Vroman C. *Interaction By Design. The positive interactions Program for Persons with Alzheimer's Disease.* Geri-Active consultants. St. Louis 1989.
6. Orduña Bañón M.J. Gil Gregorio P. *La enfermedad del olvido.* Grupo Zeta. Barcelona 1995