

Intervenciones prácticas en enfermos de alzheimer institucionalizados

**Alberto Castellón
Gustavo Rodríguez
Ferrer**

Especialistas
en Geriátría
Equipo Docente
de Gerontología
Universidad
de Granada

Resumen

Las personas mayores con demencia experimentan grandes pérdidas asociadas a la enfermedad.

Describimos algunas intervenciones en problemas diarios del paciente con EA, fruto de la práctica geriátrica diaria: Orientación, agitación, riesgo de lesiones, riesgo de aspiración, alteraciones del sueño, vagabundeo, preguntas repetitivas, reacciones catastróficas, empeoramiento al atardecer, quejas e insultos, alucinaciones y delirios y dificultad de comunicación

Palabras clave: Ancianos. Institucionalizados. Intervenciones. Alzheimer.

Summary

Elder people with dementia suffer from great damages related to the disease.

We describe some interventions in daily problems of patients with EA, they are the result of our daily geriatric practice: To lose the bearing, agitation, risk of injuries, breathing difficulties, disorders of sleep, to wander aimlessly, repetitive questions, catastrophic reactions, to get worse in the evening, complaints and insults, hallucinations, deliriums and a difficult communication.

Key words: Elder people. institutionalized. Practical interventions. Alzheimer disease.

Introducción

Las personas mayores con demencia experimentan grandes pérdidas asociadas a la enfermedad. La atención diaria en una institución para demenciados es como un centro recreativo de otro planeta. Para un visitante, la acción es difícil de seguir sin ayuda. Se omiten frases en las conversaciones o se repiten como un disco rayado; los juegos y ejercicios son abreviados y se practican sin las normas habituales; se suspenden los hábitos convencionales en la mesa, se pueden ver a personas solitarias caminando sin un destino claro por los pasillos, patios y salas¹...

En las instituciones de mayores demenciados hay una tranquilidad inquietante, falta la conversación, salvo la que mantiene el personal. La naturaleza de la relación que surge entre el grupo social y los gerocultores en el día a día tiene mucho que ver con que el entorno social y físico permita o no a las personas pasar un buen día. A pesar de los objetivos terapéuticos y con independencia de la documentación clínica sobre la función o el deterioro de los destinatarios de los cuidados; la tarea principal de los gerocultores y las personas mayores es pasar el tiempo juntos.

En la residencia tenemos que adoptar un ritmo diferente y ajustarnos a experiencias sensitivas nuevas. Muchos enfermos se mueven lentamente por la edad y la confusión² sobre cuando, hacia donde y como moverse. Hay atascos de tráfico en pasillos y puertas de acceso a salas comunes. Para organizar una actividad se requiere un tiempo considerable, debido al lento proceso de conducción de las personas a lo largo del espacio hasta el lugar de la actividad. El ritmo horario parece arrastrarse lentamente a lo largo del día.

El mundo sensitivo del cuidado de las personas con demencia es un plano que se distingue del mundo exterior por diferentes tipos de estimulación. Deseáramos que las residencias fueran entornos hogareños y no institucionalizados. La mayoría de las instituciones tienen el ambiente de centros sanitarios, de salas de rehabilitación o de clínicas mentales. En la mayoría existe la preocupación de limitar el color, el desorden y demás información sensitiva que pueda ser sobreestimuladora. Se tiene miedo a que las personas se muestren más agitadas³ si existe una estimulación excesiva, lo que aumenta los problemas para el personal cuidador.

Material, métodos y objetivos

El objetivo principal del estudio ha sido comprobar si una intervención educativa, con los cuidadores for-

Correspondencia:
A. Castellón
Plaza de España, 3
04880 Tíjola. Almería
E-mail:
cassan@arrakis.es
acastellons@semergen.es

males, en habilidades de trato y comunicación mejora la calidad de vida del mayor y del propio cuidador. Los objetivos secundarios han sido estimular la atención institucional a nuestros mayores demenciados y disminuir el estrés de los cuidadores formales.

El estudio lo hemos realizado en dos residencias públicas asistidas de mayores con trastornos demenciales en distintos estadios desde moderados a graves. Hemos seleccionado aleatoriamente en los dos centros 42, 46 mayores y 18 cuidadores formales en cada uno. Vemos la distribución por edades y sexo en la Tabla 1.

El estudio lo realizamos a lo largo de un año. A todos los mayores se les realiza, al comienzo del estudio, el MMSE (Miniexamen del estado mental de Folstein)⁴ y el Neuropsychiatric Inventory⁵.

El MMSE es una escala de treinta puntos que mide la función cognitiva; las mayores puntuaciones indican mejor funcionamiento integral del mayor.

El inventario neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory) evalúa los trastornos neuropsiquiátricos con una escala de doce ítems, basada en la información proporcionada por los cuidadores formales en cuanto a la conducta del paciente y la sobrecarga asociada que siente el cuidador. Las puntuaciones van de 0 a 144 para la clasificación de la evaluación del paciente y de 0 a 60 para la clasificación de sobrecarga del cuidador. 0 indica la puntuación óptima en ambos casos.

Este estudio lo realizamos durante 54 semanas. En la primera residencia realizamos, las cuatro primeras semanas, un curso de formación en habilidades del personal cuidador a los 18 auxiliares de clínica geriátrica, explicando una serie de intervenciones prácticas relacionadas con los cuidados diarios del mayor demenciado. En la segunda residencia realizan los cuidados habituales sin adiestramiento alguno.

Insistimos en el curso, en habilidades y actitudes⁶ del gerocultor, en una serie de cualidades que creemos mejoran el comportamiento y alivian la aparición de trastornos conductuales en los demenciados:

1. Actitud de empatía, paciencia, amabilidad, cariño y calor hacia el mayor
2. Tratar de entender las causas y el significado de los comportamientos
3. Actitud pausada y sin prisas
4. Personalidad flexible que capacita al cuidador para no sobrepasar la capacidad de aguante
5. Adaptabilidad y capacidad para aceptar los cambios diarios del enfermo
6. Mantener expectativas realistas sobre las capacidades del mayor
7. Relativa tolerancia hacia conductas problemáticas como pueden ser las actividades repetitivas o el vagabundeo
8. Compromiso de procurar mantener al mayor involucrado en las actividades cotidianas
9. Fomentar el sentimiento de individualismo en el enfermo
10. Permitir que el mayor perciba que controla su vida y su entorno
11. Sentimiento real de preocupación por el bienestar del enfermo y sus intereses
12. Respeto al mayor como persona con sentimientos y emociones
13. Sentido del humor y mantenerlo
14. Desarrollar y mantener una estructura de apoyo emocional
15. Ser intuitivo en cuanto a saber cuidar las necesidades propias
16. Capacidad para expresar los sentimientos y reconocer las limitaciones personales
17. Capacidad para obtener sentimiento de satisfacción en relación con las actividades propias del cuidado
18. Creatividad en el manejo diario de los mayores demenciados
19. Capacidad de análisis y detección de factores desencadenantes de trastornos o incidentes
20. Capacidad y voluntad para solucionar los problemas diarios

Los cuidadores formados (Res 1) deberán realizar una serie de intervenciones en los problemas diarios

Residencia 1	18 cuidadores	12 mujeres	6 hombres	
Residencia 2	18 cuidadores	15 mujeres	3 hombres	
		Sexo		Edad
Res 1	42 mayores	73,3% mujeres	26,7% hombres	75,3±8,14 años
Res 2	46 mayores	64,7% mujeres	35,3% hombres	75,7±7,26 años

Tabla 1.
Distribución por edades y sexo

del paciente con enfermedad de Alzheimer, que a continuación describimos.

Dificultad de Orientación

Medida por la imposibilidad de encontrar, sin otra persona que lo ayude, la habitación o dormitorio a partir del comedor principal de la institución

Intervenciones

- Reorientación diaria y frecuente del enfermo en el lugar y tiempo
- Ayudar al autoreconocimiento del enfermo llamándolo por su nombre preferido.
- Presentarnos con nuestro nombre en cada contacto con el enfermo
- Asignarle siempre, a los enfermos, los mismos cuidadores
- Mantener la rutina diaria, anticipándonos a cualquier actividad para ayudar a recordar.
- Explicar cada cosa que realizamos y para qué, así disminuirémos la ansiedad y facilitaremos la comprensión⁷.
- Colocar grandes calendarios y relojes, hacer referencias al día y hora.
- Mantener un horario adecuado y fijo de luz y oscuridad.
- Valorar en cada caso el efecto positivo o negativo de la radio y la televisión para orientar al enfermo o causar confusión.
- Realizar juegos de colocación de objetos en un lugar concreto, de dibujo, etc.

Agitación

Caracterizada por signos de frustración, confusión, intranquilidad crónica, actividad incansable y sin propósito, deambulación continuada, risa y gritos sin motivo aparente, etc.

Intervenciones

Si hay signos de frustración o agitación, como signos de confusión, disminuir la cantidad y complejidad de los estímulos, trabajar con el enfermo con la ventana y las cortinas cerradas.

- Apagar la radio y televisión cuando trabajemos con el enfermo.
- Valorar el efecto positivo o negativo del compañero de habitación.

- Hablarle despacio y con calma, proporcionándole los cuidados sin prisas.
- Mantener un ambiente sencillo, disminuyendo la sobrecarga sensorial.
- Observar y anotar los factores que precipitan la agitación, tratando de modificarlos o eliminarlos.
- Ofrecer el tratamiento y las comidas en un ambiente tranquilo, ayudando al enfermo a centrarse en el ejercicio y en las tareas a realizar con las manos⁸.

Riesgo de lesiones

Lesiones físicas, especialmente caídas, cortes, traumatismos, etc.

Intervenciones

- Precauciones frente a la actividad comicial que puede producir lesiones: barandillas, almohadillas, aparatos de succión.
- Procurar un ambiente sencillo y despejado. La estimulación exagerada aumenta la frustración del paciente.
- Eliminar de las habitaciones objetos de borde afilado y materiales potencialmente lesivos como el cristal, la loza, hojas de afeitar, vasos, espejos, cuadros, cerillas, mecheros, soluciones antisépticas, productos líquidos de limpieza, etc.
- Colocar cristales blindados en las ventanas.
- Colocar cinturones de cama si el enfermo intenta levantarse o cinturones de seguridad en las sillas, si el enfermo no es controlable.
- Colocar un sistema de aviso que el enfermo pueda y sepa usar (timbre, luz, etc.)
- Los cuidadores ayudaran a los mayores, en las actividades de la vida diaria, pero no les suplirán haciendo estas actividades.
- Controlarlos cada 15 m. o con videocámara.
- Ayudar a la autoidentificación del paciente, marcando la ropa, con pulseras, placas de identificación, etc.
- Colocar cierres antiincendio en las puertas de salida y colocar sistemas de seguridad que eviten que los pacientes se pierdan o salgan de la unidad sin ser detectados⁹.

Riesgo de aspiración

Aspiración de alimentos especialmente que pueden bloquear las vías respiratorias.

Intervenciones

- Proporcionar un ambiente tranquilo, supervisado, sin distracciones, permitiendo que el enfermo se centre en la comida.
- Nunca alimentar al anciano si no existe el reflejo nauseoso, aunque la presencia del reflejo no significa necesariamente que la deglución sea eficaz.
- Tener siempre a mano un equipo de aspiración para caso de necesidad.
- Evaluar la deglución en caso de necesidad por un logopeda experto.
- La posición mas adecuada del cuerpo para facilitar una deglución adecuada es sentar al anciano en un ángulo de 90º o inclinarlo ligeramente hacia la comida.
- Comenzar siempre con pequeñas cantidades de comida semisólida o líquidos espesos.
- Estos pacientes suelen tener más problemas con los líquidos menos espesos.
- Le recordaremos que mastique bien la comida antes de deglutirla, el exceso de impulsividad puede hacer que el paciente intente deglutir antes de haber masticado.
- La cabeza ligeramente inclinada hacia abajo ayudará a mantener la vía aérea cerrada durante la deglución.
- Procuraremos que coma despacio, deglutiendo cada bocado antes de tomar otro, el enfermo tiende a meter en su boca varios trozos de comida antes de deglutirlos.
- Si conseguimos que piense en deglutir de forma consciente, le ayudaremos a disparar el reflejo de la deglución.
- A veces rozar ligeramente el cuello puede disparar la deglución.
- La presencia de tos, nauseas, regurgitación nasal o presencia de comida en la boca, son signos de posible aspiración.
- Los cuidadores deben aprender la maniobra de Heimlich para utilizarla en caso de necesidad¹⁰.

Alteraciones del sueño

Caracterizado especialmente por la dificultad de inducción al sueño.

Intervenciones

- Mantener la máxima actividad diurna.
- No dormir siesta.

- Ir al servicio antes de acostarse.
- Cuando se despierte, hablarle suavemente recordándole que es de noche.
- Observar las condiciones del confort¹¹.

Vagabundeo

Deambulación continua sin sentido ni orientación, puede formar parte de la agitación o aparecer como síntoma singular.

Intervenciones

- Identificar al anciano con un brazalete, o una cartera, donde ponga sus datos personales.
- Buscar la causa y tratarla si se puede.
- Aumentar su nivel de actividad durante el día¹².
- Facilitar la orientación en el medio institucional.

Preguntas repetitivas

Se caracterizan por una reiteración en las demandas o temas relacionados con sucesos cotidianos, necesidades personales o actividades de la vida diaria.

Intervenciones

- Distraerle con otros temas, introduciéndole en otra actividad.
- Tranquilizarle, darle seguridad.

Reacciones catastróficas

Son respuestas exageradas frente a situaciones cotidianas. Con frecuencia, se presentan ante el baño, cuando queremos llevarle a otro lugar de la institución, etc.¹².

Intervenciones

- Ante estas situaciones debemos evitar siempre el razonamiento. Es conveniente dejar que descargue su ira, para luego tranquilizarlo. A menudo da resultado proponerle otra actividad u otra conversación. inunca tratar de convencerle!, incluso aunque ese día no podamos llevar a cabo la actividad que habíamos planeado.
- Para prevenirlas, debemos evitar situaciones confusas como las que se producen cuando tienen lugar visitas, cambios de habitación, cambios bruscos de rutina, preguntarle varias cosas a la vez, o pedirle que realice alguna actividad que sabemos de antemano que no puede hacer¹³.

- El baño suele ser traumático por varias razones. Una de ellas, que es a su vez poco tenida en cuenta, es el pudor, por lo que deberemos recomendar que se busque la manera de favorecer la intimidad. Otra es que se trata de una actividad muy compleja, por lo que es aconsejable realizarlo por etapas: en primer lugar habrá que indicar que acompañe al cuidador, una vez allí habrá que indicarle que se vaya quitando la ropa pieza a pieza, y así hasta terminar el proceso.

Empeoramiento al atardecer

Para el enfermo con demencia resulta agotador estar todo el día intentando aclarar la confusión que hay a su alrededor, por lo que al llegar la tarde tiene peor capacidad para adaptarse al medio en el que se encuentra, ya que es un momento en el que en suele haber más movimiento: la cena, el baño, cambio de turno de cuidadores, etc.

Intervención

- La estrategia a seguir consiste en disminuir las actividades en este momento del día o favorecer que el enfermo se encuentre en el lugar más tranquilo¹⁴.

Quejas e insultos

Es difícil aceptar que a una persona a la que se está cuidando y atendiendo todo el día haya que aceptarle también que nos critique por abandonarla o maltratarla.

Intervención

- La actitud conveniente en esos casos es la de intentar comprender qué hay detrás de la queja. Por ejemplo, cuando dice: Eres cruel conmigo, es probable que esté diciendo la vida es cruel conmigo.
- Los gerocultores deberán hacer un esfuerzo constante para comprender cómo y por qué se siente el enfermo perdido, aislado, confuso y desorientado. Esto ayudará a aceptar que en ocasiones sea injusto o cruel con quien le cuida⁸.

Alucinaciones y delirios

Alucinar es ver, sentir, oler u oír algo que no existe, pero que el paciente percibe como auténticamente real. Este trastorno aparece en las primeras fases de la enfermedad. Este tipo de sensaciones puede atemorizar al enfermo.

Delirar es tener una idea falsa o engañosa. Por ejemplo, al perder su cartera queda convencido de que se la han robado y acusa a todos de ello¹⁵.

Intervención

- En estos trastornos, nuestra actitud debe ser especialmente de tranquilidad, evitando razonamientos y, sobre todo, evitando convencerle de que su percepción no es real. Apoyaremos y confortaremos al paciente hasta que disminuya su nivel de ansiedad.

Dificultad de comunicación

Se caracteriza por la imposibilidad de comunicar aquello que esta elaborando mentalmente

Intervenciones

- Es preciso descartar déficits sensoriales y paliarlos si existen. En todo caso, que oiga menos o que padezca una demencia no son motivo para excluirlo de la conversación.
- Integrar al paciente con demencia en las conversaciones, le hará que se sienta miembro del grupo, evitando el aislamiento que contribuirá a un mayor deterioro del lenguaje.

En esta situación podemos reconocer dos problemas:

- Entender al enfermo.
- Que el enfermo nos entienda.
- Lo primero que debemos hacer es conectar con él, por lo que se hace necesario un acercamiento físico con contacto visual. La comunicación puede establecerse de dos formas:
 - *Verbal*: hablando lenta y claramente. Lenguaje concreto, frases cortas y sencillas, dar un solo mensaje cada vez. Repetir cuantas veces sea necesario.
 - *No verbal*: cercanía física, mirar de frente y a la misma altura, tocar al enfermo para tranquilizarle, entonación adecuada.
- Hay que resaltar que no sólo comunicamos con nuestras palabras, sino que también lo hacemos con nuestro cuerpo. Si nos sentimos nerviosos o cansados, es mejor esperar otro momento para contactar ya que transmitiremos nuestro malestar. Se hace necesario que coincidan palabras y actitudes (gritarle tranquilízate, resultará contradictorio para él).

A las cincuenta y cuatro semanas volvemos a evaluar a los mayores de los dos centros con el MMSE y el NPI.

		No completan estudio		Bajas por estrés a lo largo del estudio			
Res 1	18 cuidadores	2		0			
Res 2	18 cuidadores	3		3			
			MMSE	MMSE	NPI	NPI	
Res 1	42 mayores	6	8,8±3,22	8,1±3,13	22,8	0,1±15,42	p<0,001
Res 2	46 mayores	8	7,8±3,96	7,2±3,64	21,5	2,9±16,42	

Tabla 2.
Valores del MMSE y los del NPI al principio y al final del estudio

Realizamos un análisis estadístico de resultados de eficacia con la prueba de Wilcoxon para muestras independientes a los cambios respecto a la situación basal.

Resultados y discusión

A lo largo del año 2002 hemos realizado el estudio con 2 (Res 1) y 3 (Res 2) bajas entre los cuidadores, por enfermedad y 6 (Res 1) y 8 (Res 2) bajas en los mayores, por fallecimiento

Podemos ver en la Tabla 2 los valores del MMSE y los del NPI al principio y al final del estudio.

No existen diferencias significativas en el MMSE en los dos grupos de mayores entre el principio y final del estudio. La evolución del deterioro cognitivo es independiente de esta intervención. Si hay diferencias significativas en las medias de los valores del NPI, especialmente en la puntuación de sobrecarga del cuidador. Hay una mejoría en la conducta de los mayores y la sobrecarga del cuidador es significativamente menor en la institución donde hemos preparado a los cuidadores y estos han intervenido con los mayores.

Las intervenciones descritas son consecuencia de la clínica geriátrica habitual han mejorado la calidad de los cuidados y en consecuencia la calidad de vida de nuestros mayores institucionalizados y han reducido el nivel de estrés de nuestros gerocultores¹⁶.

Podemos comprobar la mejor calidad de los cuidados por un menor número de acontecimientos adversos informados, menor número de episodios de agitación, menor número de caídas, insomnio, orientación, lesiones y reacciones catastróficas (Tabla 3)

También hay una mejora en trabajo de los cuidadores gerocultores, comprobado a lo largo del año, por el menor número de bajas laborales por estrés (Tabla 2) en el centro residencial al que aplicamos la intervención formativa en habilidades y actitudes.

Como conclusión afirmar que es precisa la formación en las instituciones de los equipos sociosanita-

	Residencia 1	Residencia 2
Cualquier acontecimiento adverso	82%	87%
Agitación	18%	32%
Caídas	6%	11%
Insomnio	8%	10%
Desorientación	9%	12%
Lesiones	7%	9%
Reacciones catastróficas	6%	11%

Tabla 3.
Acontecimientos adversos informados con mayor frecuencia

rios, trabajando y unificando criterios que ayuden a mejorar la calidad de los cuidados, contribuyendo a mantener el bienestar del mayor y de nuestros gerocultores.

Bibliografía

1. Finkel SL. The signs of the behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinician* 1998;16(1):33-42.
2. Wilson RS. Hallucinations, delusions and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 2000;69(2):172-7.
3. Devanand, *et al.* The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimer's disease. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:257-63.
4. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12: 189-98.
5. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gorbain J. The Neuropsychiatry Inventory: comprehensive assessment of Psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
6. Burgio I. Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease: Behavioral approaches. *Int Psychogeriatr* 1996;8(Supl 1):45-52.
7. Falsetti AE. Risperidone fir control of agitation in dementia patients. *American Journal of Health-System Pharmacy* 2000;57(9):862-70.
8. Cohen- Mansfield J. Conceptualization of agitation result based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and

- the Agitation Behavior Mapping Instrument. *In Psychogeriatr* 1996;8 Supl 3:309-15.
9. Hinchiffe AD, *et al.* Behavioral complications of dementia-can they be treated? *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:839-47.
 10. Whall AL, Black EM, Groh CJ, Yankou DJ, Kupferschmid BJ, Foster NL. Efecto del entorno natural sobre la agitación y la agresión en pacientes con estado avanzado de demencia. *American Journal of Alzheimer's Disease* 1997;Sept-Oct.
 11. Andrew T, Moriarty J, *et al.* Outcome of referral to social services departments for people with cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000;15(6):515-20.
 12. Haupt M. Emotional liability, intrusiveness and catastrophic reactions. *Int Psychogeriatr* 1996;8 (Supl 3):409-14.
 13. Orrell M, *et al.* Social factors and the outcome of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000;15(5):406-14.
 14. Hadassah N, Stutman GF. Terapia de grupo con ancianos. En: Kaplas H, Sadok B. *Terapia de grupo* 1996; 640-51.
 15. Chips, Clanin y Campbel. Trastornos neurológicos en el anciano. *Rev Rol de enfermería* 1995;152:168-76.
 16. González Mas R. Enfermedad de Alzheimer. Rehabilitación. En: *Rehabilitación Médica de ancianos*. Masson, 1995;215-23.