

ADAPTACIONES DEL ENTORNO Y DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ENFERMOS CON ALZHEIMER DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

ADAPTATIONS OF THE ENVIRONMENT AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S FROM OCCUPATIONAL THERAPY



Sara Fernández Méndez

Graduada en Terapia Ocupacional. Experto en Demencia tipo Alzheimer.

E-mail de contacto:

sara-fernandezmendez@hotmail.com



Andrea García García

Graduada en Terapia Ocupacional.

E-mail de contacto: andrea.garciagarcia@hotmail.com

Introducción: debido al envejecimiento de la población, el cual va en aumento, las enfermedades degenerativas se encuentran a la orden del día, siendo el Alzheimer la más común y teniendo un impacto muy importante a nivel funcional, cognitivo, social y familiar. El objetivo es conocer el papel que desempeña el terapeuta ocupacional en el tratamiento de estos pacientes. **Método:** se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet y Google Académico, en la que se incluyeron publicaciones como guías o artículos. También se realizó la búsqueda de información en libros de carácter personal. **Conclusión:** desde Terapia Ocupacional se realiza un abordaje no farmacológico intentando prevenir que aparezcan más afectaciones o contribuyendo a modificar todos aquellos factores que impidan o hagan más difícil la convivencia, así como la realización de las actividades por sí solos.

Introduction: Due to the aging of the population, which is increasing, degenerative diseases are a current topic, being Alzheimer's disease the most common and having a very important impact on a functional, cognitive, social and family level. The objective is to know the role that the Occupational Therapist plays in the treatment of these patients. **Methods:** A bibliographic review was performed using the following databases: Dialnet and Google Scholar. They were included publications as guides or articles. Information was also searched on personal character books. **Conclusion:** From Occupational Therapy a non-pharmacological approach is carried out trying to prevent the appearance of more symptoms or contributing to modify all those factors that prevent or make living together more difficult, as well as the performance of the activities by themselves.

DeCS Enfermedad de Alzheimer; Terapia Ocupacional; Actividades de la Vida Diaria; Ambiente.

MeSH Alzheimer disease; Occupational Therapy; Daily Life Activities, Environment.

Texto recibido: 18/07/2019 Texto aceptado: 21/10/2019 Texto publicado: 30/11/2019

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

La demencia es una enfermedad que se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones globales de las personas, que repercute principalmente en el desarrollo de actividades cotidianas, así como en la autonomía personal y funcional. En las fases iniciales de esta enfermedad las funciones cognitivas aún están relativamente conservadas, es decir, la pérdida de autonomía puede ser ralentizada.

El Alzheimer es un tipo de demencia (el más común), que se caracteriza por una afección precoz de la memoria con un posterior deterioro cognitivo de otras funciones superiores. En España, entre el 10% y el

14,9% de la población mayor de 60 años se ve afectada por trastornos cognitivos. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Cerebrovasculares señala una prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, de un 60-70%.

Las demencias están caracterizadas por una pérdida progresiva de más de una función cognitiva, lo que conlleva a una afectación de la autonomía personal y funcional de las personas que lo padecen. Éstas tienen dificultades para resolver problemas, así como controlarse emocionalmente (cambios de personalidad y/o conducta). El síntoma más común y conocido es la pérdida de memoria, aunque para poder diagnosticarla es necesario que se haya dado la pérdida de dos o más funciones cerebrales (capacidad de hablar, memoria, juicio o razonamiento).

Nos referimos a Alzheimer cuando el cuadro clínico está ligado a una evidencia anatomopatológica (redes neurofibrilares, placas seniles, cambios granulovascuales y gliosis). La demencia senil o presenil tipo alzheimer ocurre cuando no hay existencia de estudios anatomopatológicos pero si hay la presencia de cuadro clínico.

Existe una relación directa entre prevalencia de la demencia y la edad de la persona que la padece; en personas de 65 años se sitúa entre 1 – 5%. Cada 5 años este porcentaje se duplica, de manera que en personas de entre 80 y 85 años hay una prevalencia aproximada de 20 – 32%. Las previsiones indican que en 2030 el 75% de personas mayores de 65 años padecerán Alzheimer. En España, en 2010 las personas mayores representaban casi el 17% de la población total. Para 2050 se estima que la cifra alcance el 30%.⁽¹⁾

En cuanto a los síntomas generales, según González – Cosío son: disminución de la memoria reciente o inmediata, alteraciones del comportamiento y personalidad, y dificultad para encontrar la palabra adecuada. También es importante destacar otros síntomas que se van a dar según avance la enfermedad y entre los que podemos encontrar: pérdidas de memoria episódica, semántica y conductual. Afectaciones del lenguaje, siendo las más comunes la afasia anómica, sensorial y transcortical y las agnosias visuales, auditivas, asomatognosia, anosognosia, táctil, olfativa y gustativa. Trastornos intelectivos, viso-espaciales. Trastornos práxicos y constructivos como las apraxias constructivas, ideomotriz e ideacional. Alteraciones gnósticas, prosopagnosia.

También podemos encontrar trastornos cognitivos como depresión y alteraciones de estado de ánimo, delirios, alucinaciones, cambios de humor, labilidad emocional, reacciones catastróficas y enfados. Agitación, violencia y agresiones. Alteraciones de la función neurodegenerativa, como son del sueño, trastornos de conducta alimentaria y apetito, desinhibición y alteraciones de la actividad sexual. Alteraciones de la actividad psicomotora. Trastornos neurológicos extrapiramidales, discinesias, mioclonías, crisis convulsiva y paratonia. Alteraciones de la marcha y signos piramidales.⁽²⁾

Como se ha señalado anteriormente, en la actualidad, se llevan a cabo dos tipos de tratamientos. El tratamiento farmacológico y el no farmacológico. Este último caracterizado por terapias de memoria ocupacional y de orientación de la realidad, musicoterapia o psicomotricidad.⁽³⁾

Hay que tener en cuenta que debido al deterioro progresivo que van sufriendo estos pacientes, se requiere de unas necesidades específicas. No solo son necesarios los tratamientos que se hacen de forma directa con el paciente, sino que hay que analizar todos aquellos factores tanto intrínsecos como extrínsecos del mismo.

Aquí se destacan las adaptaciones que van a ir requiriendo las personas que padecen Alzheimer en función del avance de la enfermedad; con el objetivo de facilitar en todo momento que mantengan su autonomía el mayor tiempo posible, puedan sentirse a gusto en su hogar sin tener que desplazarse a un centro especializado, así como facilitar la vida de los cuidadores con los que pasarán tanto tiempo, disminuyendo su carga de trabajo.

Es importante tener presente que la enfermedad no solo repercute en el organismo y la calidad de vida del enfermo, sino que trasciende al entorno familiar provocando un desgaste emocional, a la vez que genera un coste económico y social al colectivo que asume su prevención y tratamiento.

Objetivos

- Conocer el papel que desempeña el terapeuta ocupacional en el tratamiento de estos pacientes



MÉTODOS

Adaptación del entorno

Por adaptación del entorno se entienden aquellas modificaciones que se pueden realizar en el ambiente que rodea a la persona mayor y que facilitan que pueda realizar las actividades cotidianas de una manera más segura, sencilla e independiente. Cuando se habla de adaptación del entorno físico y social lo más relevante es facilitar el día a día al enfermo y a sus familiares y cuidadores. Para ello hay varios motivos por los que sería aconsejable realizar adaptaciones según Izal y col. (4):

- Para prevenir la ocurrencia de situaciones peligrosas.
- Para facilitar la realización de actividades.
- Para aumentar la calidad de vida de las personas (comodidad, intimidad, entre otros).
- Para optimizar el aprovechamiento de las capacidades funcionales de la persona.
- Para evitar comportamientos problemáticos.
- Ventajas para el cuidador. Cuanta mayor independencia tenga la persona mayor, la carga del cuidado disminuirá.
- Beneficios psicológicos.

Cómo adaptar el entorno

Ante la situación de tener que tomar decisiones sobre qué modificaciones pueden ser útiles, hay que plantearse modificaciones generales y otras específicas en función de las capacidades y limitaciones de cada persona según Izal y col. (4)

- Evitar estímulos distractores.
- Evitar lo desconocido.
- Utilizar señales facilitadoras de comportamientos y capacidades.
- Procurar evitar cambios bruscos en el ambiente.
- Adaptar la vivienda.

Se debe de tener en cuenta los aspectos más generales en relación a las adaptaciones de los enfermos de Alzheimer en los que recalamos las adaptaciones físicas, en este caso como una prioridad. Ver FIGURA I

La Adaptación para el paciente debe cumplir los requisitos de (6): VER FIGURA II

Se debe tener siempre en mente que lo principal es mantener la seguridad en las personas con Alzheimer por lo que hay que evitar el acceso a lugares que puedan resultar peligrosos y evitar que estén en contacto con productos tóxicos o medicamentos. (5)

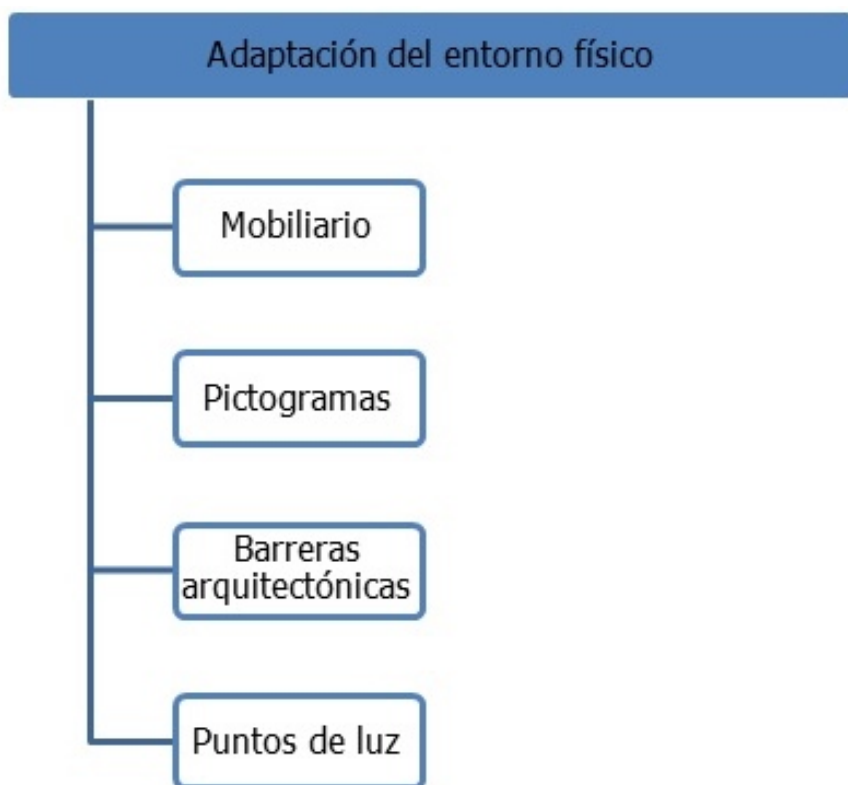


FIGURA I. Mapa conceptual de la adaptación del entorno físico y social del paciente con demencia tipo Alzheimer. Elaboración propia. Año 2019 (5)

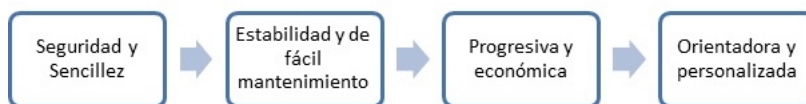


FIGURA II: Requisitos de adaptación del hogar. Elaboración propia. Año 2019

DESARROLLO

Modificaciones del entorno desde terapia ocupacional y prevención de caídas⁽⁷⁾

1. ILUMINACIÓN: Evitar luces deslumbrantes y directas. Buena iluminación en todas las estancias e interruptores accesibles y cercanos a las puertas.
2. SUELOS: Evitar suelos resbaladizos, irregulares, encerados o mojados, alfombras, cables sueltos o que crucen por las estancias, obstáculos por el suelo. Utilizar tiras adhesivas antideslizantes en zonas conflictivas y productos para dar brillo al suelo antideslizante.
3. PUERTAS: evitar puertas giratorias o correderas. Tiradores accesibles.
4. MUEBLES: estables, sin obstaculizar el paso y en el mismo sitio.
5. ASIENTOS: graduados en altura, profundidad y ancho.
6. COCINA. Simplificación de espacios, dejando solo a mano aquellos utensilios que se utilicen con regularidad y no cambiarlos de sitio. Ayudas visuales. Es preferible la cocina eléctrica y un calentador que regule la temperatura del agua más bien baja⁽⁸⁾
7. DORMITORIO. Graduación de la altura de la cama, colchón firme. Evitar posibles deslizamientos de la cama.
8. CUARTO DE BAÑO. Se aconseja que el cuarto de baño se encuentre próximo al dormitorio. Color claro. Colocar asideros, sujetos firmemente a la pared o suelo. Espacios amplios evitando cajoneras debajo de los lavabos. Inodoro a una altura adecuada. Es preferible utilizar el lavabo con grifos automáticos, así como cambiar bañera por ducha. Suelo seco y de un material antideslizante. Utilizar un asiento de bañera o ducha, si la persona no aguanta mucho tiempo de pie. Precaución con aparatos eléctricos, evitar posibles quemaduras y con botiquín cercano.
9. SALÓN: Las lámparas deben estar fijas en las paredes sin cables ni alfombras por el suelo para evitar tropiezos y caídas. Mobiliario sin aristas y que no sea de cristal.
10. PASILLOS: Libre de obstáculos.
11. ESCALERAS: Buena iluminación. Interruptores de un color que contraste con la pared. Utilizar cintas antideslizantes y pasamanos a ambos lados. Mantener en buen estado la escalera.
12. TERRAZAS, BALCONES Y VENTANAS: eliminación de pestillos o cambio por alguno no manipulable. Evitar obstáculos en las ventanas que les lleven a confusión con puertas.



FIGURA 3. Mapa conceptual MF6. UD2.2. Pilares fundamentales a tener en cuenta para efectuar los cambios. Elaboración propia. Año 2019

TABLA 1. Indicaciones para la realización de las ABVD.

AVD	PAUTA
VESTIDO	Posibilidad de elección de ropa. Dar tiempo a vestirse solo. Ropa colocada en el mismo orden. Fácil de vestir.
BAÑO Y ASEO	Horarios fijos. Preservar la intimidad. Respetar los tiempos.
USO DE WC	Programar horarios de micción y deposición. Alzas en el inodoro.
ALIMENTACIÓN	Participación en la preparación de las comidas. Mantener un ambiente tranquilo. Estar en compañía. Productos de apoyo en la comida y estimular la alimentación.
MOVILIDAD	Motivar a que caminen mediante paseos frecuentes y la utilización de productos de apoyo si es necesario. Fomentar que realice las transferencias solo.
DORMIR Y DESCANSAR	Favorecer una correcta rutina de vigilia - sueño y fomentar la realización de ejercicio por la tarde.

Elaboración propia. Año 2019 ^(9,10)

Para que los cambios sean acertados debemos centrarnos en tres pilares fundamentales (ver figura 3). En relación a las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD) es importante que se tengan en cuenta unas indicaciones (ver tabla 1)

Es recomendable comenzar a dar ayuda poco a poco, es decir, que realice lo que pueda, o iniciar el movimiento para que finalice la persona. Lo más importante es mantener su autonomía. Las adaptaciones visuales con el uso de pictogramas en el hogar también son de gran utilidad para orientarles. ⁽¹¹⁾

DISCUSIÓN

En relación a las adaptaciones existe normativa reguladora en la que podemos basar la justificación de éstas. Por un lado, está el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en su artículo 22 de Accesibilidad. El artículo 23 trata sobre las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación y el Artículo 6. Autonomía de las personas con discapacidad. ⁽¹²⁾

Por otro lado, la Constitución Española, a través de los mandatos establecidos en los artículos 9.2, 14 y 49. ⁽¹³⁾ El terapeuta juega un papel importante en el tratamiento no farmacológico de las demencias ya que interviene tanto en la seguridad, readaptación y suplencia de las carencias, así como el mantenimiento y reentrenamiento en las capacidades restantes.

Es por ello que el terapeuta se encarga de la valoración del desempeño del paciente en las Actividades de la Vida Diaria (en adelante AVD), su entrenamiento y reeducación, de la aplicación de programas de psicoestimulación, la adecuación del entorno y la reestructuración ambiental, la utilización de ayudas técnicas, entre otros, con el objetivo de retrasar el deterioro y conservar o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que dificultan su independencia. ⁽⁹⁾

El Terapeuta Ocupacional es uno de los profesionales de un equipo multidisciplinar que realiza la función de adaptaciones, ya que estudia, conoce, analiza y adapta productos, tareas, herramientas, espacio y entorno a las personas que tengan dificultad para su realización para prevenir, compensar o corregir la disfunción ocupacional.

El objetivo principal de la intervención con enfermos de Alzheimer es mantener al paciente en un nivel neuropsicológico funcional durante el mayor tiempo posible, ralentizando el progreso de la enfermedad y procurando mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. ⁽¹⁰⁾

Objetivos del terapeuta ocupacional en adaptación del entorno⁽⁹⁾

- Prevenir situaciones peligrosas, mejorando la seguridad en el domicilio.
- Facilitar la realización de actividades cotidianas obteniendo independencia personal y optimizando el aprovechamiento de las capacidades funcionales.
- Favorecer la integración, participación y utilización de recursos en un entorno estable.
- Aportar beneficios psicológicos, ofreciendo confianza en el usuario y satisfaciendo otras necesidades personales.
- Aumentar la calidad de vida de las personas y dar ventajas para el cuidador y/o profesionales que le asistan.
- Evitar ingresos prematuros o inadecuados en instituciones debido a dificultades para el desempeño ocupacional en el propio hogar.

Principios básicos de adaptación domiciliaria en terapia ocupacional⁽¹⁴⁾

- Proporcionar el espacio suficiente para la realización de transferencias, giros, sensación de amplitud.
- Organizar el espacio para minimizar la movilidad necesaria y así facilitar la realización de las tareas en casa.
- Eliminar cualquier barrera que dificulte e impida la movilidad y, por tanto, pueda causar caídas.
- Colocar los distintos muebles, electrodomésticos y útiles a una altura que sea funcional.
- Proporcionar accesibilidad al domicilio, eliminando todo tipo de barreras.

Se debe hacer un entrenamiento en el uso de la adaptación con el enfermo en situaciones reales, con seguimiento tanto en el domicilio, como en el centro donde acuda a tratamiento.

CONCLUSIÓN

Cuando se habla de personas con demencia lo principal es mantener el mayor tiempo posibles las funciones conservadas y evitar que el deterioro aumente; para ello darles facilidades en su entorno es importante ya que vamos a favorecer que siga realizando sus rutinas el mayor tiempo posible, así como ejecutando de manera independiente las ABVD.

Para favorecer que se realicen estas actividades, la adaptación del entorno es muy importante, ya que la persona va a realizar la mayor parte de su vida en el domicilio y se hace necesario adaptar el hogar a las necesidades que va a ir requiriendo, con el objetivo de seguir desempeñando las mismas funciones que realizaba antes de padecer la enfermedad.

El Terapeuta Ocupacional puede ser el profesional de referencia para realizar las adaptaciones oportunas con los enfermos de Alzheimer y de esta forma también colaborar con las familias a que no dependan tanto de éstas para realizar las actividades.

Hay que tener en cuenta todas aquellas barreras que puedan limitar la actividad del enfermo; por ello hay que suprimir todo lo que sea un riesgo de caída, quemadura, entre otros. Lo ideal es ir adaptando en función de las necesidades ya que resulta innecesario realizar grandes costes de manera repentina.

Como conclusión, se puede decir que el Terapeuta Ocupacional es un profesional que trabaja sobre el tratamiento no farmacológico en todos sus aspectos, siendo muy importante la mejora de las condiciones y adecuación del entorno a sus necesidades, facilitando la convivencia dentro del hogar, dándole al enfermo la oportunidad de mantener el papel que realizaba en su casa antes de la misma para que pueda seguir sintiéndose lo más cómodo posible. Para ello, hay que evaluar continuamente al paciente e ir brindándole apoyo en lo que vaya necesitando.

En estadios más avanzados, en los cuales la persona ya no puede realizar por sí sola las actividades, lo principal sería ayudarles a que no empeore más la situación. Para ello hay que tener muy en cuenta las pautas básicas que aparecen en el documento en función de aquellas actividades en las que vayan perdiendo la independencia y saber cómo reaccionar ante situaciones que puedan surgir.

AGRADECIMIENTOS

Este documento se ha realizado sin financiación y sin conflicto de intereses por parte de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niño V. Alzheimer: el enfermo y su entorno. Contenciones mecánicas en geriatría: recomendaciones de uso y propuestas técnicas. Universidad de Valladolid; 2014. Disponible en: <http://docplayer.es/37585904-Alzheimer-el-enfermo-y-su-entorno-contenciones-mecanicas-en-geriatria-recomendaciones-de-uso-y-propuestas-tecnicas.html>
2. García F, Ceballos R. Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida. Formación Alcalá. 2017; (5).
3. Libre J, Guerra M. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Revi Cubana Med Integr (La Habana). 2002; 18(4): 264-269.
4. Izal M, Montorio I, Díaz-Vega P. Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Madrid: IMSERSO; 1997.
5. Unión General de trabajadores de Andalucía. Atención especializada para enfermos de Alzheimer. Módulo 6: La familia del paciente con demencia tipo Alzheimer. La figura del cuidador. Junta de Andalucía; 2011.
6. Sanjurjo G. La adaptación del entorno. Una facilitación para las ABVD. Fisaude. 2010. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/AVD-Sanjurjo.shtml>
7. Segura del Real E. Terapia Ocupacional. Temario general Vol II. Madrid: Editorial CEP; 2010.
8. Padilla I, Moreno A. El papel fundamental del Terapeuta Ocupacional en la adaptación domiciliar en los Servicios Sociales Básicos de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, en el marco de un Proyecto Piloto de Atención a la Dependencia en el Medio Rural. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/social/forma/pdf/PonenciaPTOAD.pdf>
9. Carretero VI, Pérez C, Sánchez- Valladares V, Balbás A. Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofia. 2011. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/EXPERTO%20ALZHEIMER/Guia%20practica%20familiares%20de%20enfermos%20de%20Alzheimer_final.pdf
10. Gómez V, Serrano M. Terapia Ocupacional. Temario general Vol I. Madrid: Editorial CEP; 2010.



11. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades. Fundación La Caixa: 1999.
12. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
13. Boletín oficial del estado, nº 311, de 29 de diciembre de 1978.
14. Romero D, Morales P. Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.

Derechos de autor

