

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA



TEMA:

Las creencias de los médicos neurólogos y psiquiatras sobre el abordaje kinésico en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, en la ciudad de Rosario, en el año 2004.

AUTORA:

Ugarte, Griselda Soledad

TUTORA:

Lic. Kinesiología y Fisiatría Ana María Lerda

ASESOR METODOLÓGICO:

Cappelletti, Andrés

- Febrero 2005 -

ÍNDICE:

| | |
|--|-----------|
| <i>Introducción</i> | <u>2</u> |
| <i>Problemática</i> | <u>3</u> |
| <i>Objetivos</i> | <u>5</u> |
| <i>Fundamentación</i> | <u>6</u> |
| <i>Métodos y Procedimientos</i> | <u>32</u> |
| <i>Tipo de estudio</i> | <u>32</u> |
| <i>Sujeto de estudio</i> | <u>32</u> |
| <i>Área de estudio</i> | <u>32</u> |
| <i>Técnicas de recolección de datos</i> | <u>32</u> |
| <i>Desarrollo (resultados y comentarios)</i> | <u>33</u> |
| <i>Conclusión</i> | <u>39</u> |
| <i>Referencias bibliográficas</i> | <u>42</u> |

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es: determinar los conocimientos que poseen los médicos sobre la importancia de la atención Kinésica en el estadio precoz, en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Trata sobre la importancia de que médicos neurólogos y psiquiatras conozcan los beneficios del tratamiento Kinésico en estadios precoces en la enfermedad de Alzheimer.

La problemática plantea en qué medida las creencias de los médicos Neurólogos y Psiquiatras inciden en la ausencia del tratamiento Kinésico en pacientes con enfermedad de Alzheimer, **en un primer estadio**, en los diferentes hospitales municipales de la ciudad de Rosario en el año 2004 y comienzo del año 2005.

La mayoría de los médicos entrevistados coinciden en que la actividad kinésica es importante en el momento de instalación de los síntomas de la enfermedad, mientras que otros simplemente la consideran como una herramienta de trabajo en donde no todos los pacientes se pueden adaptar a la misma. Solamente dos de ellos coinciden en la importancia de la integración del kinesiólogo en un primer estadio de enfermedad.

La investigación remarca la importancia de la actividad en equipo para atender a una enfermedad polisintomática; es decir en la formación de un grupo interdisciplinario de trabajo, ya que se trata sobre pacientes crónicos de evolución en forma progresiva.

PROBLEMÁTICA.

En que medida las creencias de los médicos Neurólogos y Psiquiatras inciden en la ausencia del tratamiento Kinésico en pacientes con enfermedad de Alzheimer, **en un primer estadio**, en los diferentes hospitales municipales de la ciudad de Rosario en el año 2004 y comienzos del año 2005.

La enfermedad de Alzheimer puede ser de comienzo lento y progresivo o bien aparecer en forma brusca.”¹

“Clínicamente se caracteriza por trastornos cognitivos, amnesia progresiva, trastornos en la atención, en el sistema locomotor, nutricionales, de la conducta; afasia amnésica y agnosia visual”.²

Es una patología muy compleja en donde va deteriorando al individuo en forma progresiva llegando hasta un nivel máximo de postración, el cual muere generalmente por sepsis.

Teniendo en cuenta las características de la enfermedad; es indispensable mantener la calidad de vida de dichos pacientes, como así también de su núcleo familiar.

Ante una enfermedad crónica y progresiva como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, de la que todavía no podemos hablar de curación, la mentalidad de tratamiento multidisciplinario se impone para el tratamiento de estos pacientes.

¹ Enfermedad de Alzheimer como modelo predictivo de demencia, Revista Neurología Argentina, suplemento Nº1, p.32.

² R. González Mas, Rehabilitación Medica en Ancianos, Ed: MASSON, España.

Existen diferentes tipos de fármacos utilizados en el tratamiento médico específico, el cual en la actualidad es difícil acceder por el alto costo económicos; por otro lado existen diferentes técnicas utilizadas desde la Psicología, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Kinesiología, favoreciendo al tratamiento no farmacológico de dichas personas.

Con la siguiente investigación, nos proponemos analizar, las creencias de los médicos Neurólogos y Psiquiatras sobre la intervención Kinésica en estadios precoces de la enfermedad de Alzheimer.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Determinar los conocimientos que poseen los médicos sobre la importancia de la atención Kinésica en el estadio precoz en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos específicos:

- Evaluar el conocimiento que poseen los médicos neurólogos y psiquiatras sobre los beneficios del tratamiento Kinésico en personas con enfermedad de Alzheimer en estadios precoces.

- Averiguar la existencia de derivaciones al sector de kinesiología por parte del Área de Neurología y Salud Mental de los Hospitales Municipales, de personas diagnosticadas enfermas de Alzheimer.

FUNDAMENTACIÓN.

La enfermedad de Alzheimer.

“La enfermedad de Alzheimer fue descubierta en 1906 por el Dr. **Alois Alzheimer**, quién publicó la descripción de la entidad en 1907, con la denominación de enfermedad grave de la corteza Cerebral. La denominación de *Enfermedad de Alzheimer* fue introducida en 1910 por Kraepelin.”³

“La enfermedad de Alzheimer es considerada un proceso degenerativo del Sistema Nervioso Central de gran repercusión en países de todo el mundo. Es la demencia de origen incierto caracterizada por alteraciones en la memoria senescente. Afecta a más de 6% de las personas mayores de 65 años y se presenta en las variedades senil y presenil. Puede ser de comienzo lento y progresivo o bien aparecer en forma brusca.”⁴

Clínicamente se caracteriza por trastornos cognitivos; amnesia progresiva; trastornos en la atención, en el sistema locomotor, nutricionales, de la conducta; afasia amnésica y agnosia visual.

Es una patología muy compleja en donde va deteriorando al individuo en forma progresiva llegando hasta un nivel máximo de postración, el cual muere generalmente por sepsis.

“En la enfermedad de Alzheimer existe una lesión a nivel de la corteza de asociación formada por los lóbulos parietales, temporal y frontal. Es la responsable de gran parte del procesamiento de la información que tiene lugar luego del ingreso de estímulos través de las

³ disponible en : www.alz.org.ar

⁴ Boletín neurológico, formas clínicas de enfermedad de Alzheimer, fundación Alfredo Thomson, N° 35, pag. 11-12.

aferencias sensitivas y antes de la salida una respuesta a través de las aferencias motoras. Dichas actividades cerebrales comúnmente se denominan *cognición*, lo que literalmente significa el proceso por el cual llegamos a conocer el mundo que nos rodea. Existe a nivel neuronal un aumento en la síntesis del glutamato, el mismo es un neurotransmisor, que provoca una alteración en el funcionamiento de las neuronas con muerte de las mismas, luego de una sobreexcitación.”⁵

El neurotransmisor más afectado es la acetilcolina, ya que parece ser el más implicado en los procesos de almacenamiento de información (memoria).

“La enfermedad suele aparecer en la sexta década de la vida aunque existen casos aislados de comienzos más tempranos, llamada *presenil*, esto comienza antes de los 65 años. Es de presentación más precoz que la demencia senil. Los fallos de la memoria producen reacciones angustiosas, sentimientos de desvalorización y depresión. La evolución de la enfermedad de Alzheimer suele ser de forma progresiva e irregular. Los sucesos adversos y las hospitalizaciones agravan el cuadro.”⁶

Esta patología presenta un curso evolutivo de término promedio de entre 6 y 12 años.

Etiopatogenia de la enfermedad de Alzheimer.

“La causa de producción no se conoce con exactitud, existen diferentes tipos de factores los cuales en mayor o menor medida se relacionan con la enfermedad, *factores genéticos*, la presencia de antecedentes en parientes directos incrementa cuatro veces el riesgo de padecer la enfermedad; *la edad*, es considerada el factor más importante por presentarse en individuos mayores de 60 años, *factores proteicos*, en muchos casos se descubrió acumulación de proteínas anómalas en el cerebro, se vio reflejado en los tres principales signos de la enfermedad (nudos neurofibrilares en las neuronas, sustancias amiloidea que invaden los vasos

⁵ Purves D., Augustine G. .J., Fitzpatrick D., Invitación a la Neurociencia, Ed: Panamericana, buenos Aires, 2001.

⁶ Disponible en: <http://salud.discapnet.es/discapacidades+y+deficiencia/desarrollo+cognitivo/alzheimer+15/>

cerebrales y placas neuríticas amiloidea que sustituyen a los axones degenerados); **factores infecciosos**, se ha observado un déficit inmunológico que predispone a tal infección viral, también se ha encontrado anomalías en la función fagocitaria de granulocitos y monocitos periféricos; **factores tóxicos**, **factor cerebrovascular** y **metabólico**. En la enfermedad de Alzheimer existe una reducción del flujo sanguíneo y consumo de oxígeno del 30% por debajo de los índices de los individuos normales de la misma edad, y está reducido el metabolismo del glicógeno en áreas cerebrales, a nivel Frontal. Parietal y Temporal, **factor colinérgico**, existe un déficit de la colinacetyltransferasa de hasta el 90% como resultado de una afección degenerativa del núcleo basal magnocelular de Meynert que envía normalmente proyecciones colinérgicas a la corteza cerebral, lo cual parece tener relación con la aparición de placas seniles y con la gravedad del proceso, **la educación** o bajo nivel de educación; **trabajo**, exposición a campos magnéticos, **tabaquismo**, a pesar de algunos estudios epidemiológicos no es acertado decir que el fumar tiene un efecto protector para la enfermedad de Alzheimer.

También se han encontrado cierta relación de comienzo de enfermedad con: alcoholismo; síndrome de Down y traumatismo craneo cefálico.”⁷

El depósito de aluminio que se encuentra en el cerebro de estos enfermos, estaría dada por el ingreso al SNC por vía nasal como silicato de aluminio.

Manifestaciones Clínicas.

⁷ Gonzáles Mas, Rehabilitación Médica en ancianos, OP CIT. p. 36.

La iniciación de la enfermedad suele ser de carácter progresivo (alteraciones de la memoria, disminución de la actividad, alteraciones del lenguaje, errores profesionales, o domésticos y depresión).

En menos ocasiones, la presentación es brusca, frecuentemente tras un suceso precipitante con incapacidad para resolver algún tipo de actividad o necesidad social como primer signo. La evolución suele ser irregular, con fases de estabilización y agravaciones bruscas. Cualquier clase de hospitalización produce efectos gravísimos y facilita las agravaciones.

Los síntomas se desarrollan en la **memoria**; está es la que se encarga de registrar la información fijarla y restituirla. Existen diferentes tipos de memoria; **memoria sensorial** (se encarga de registrar los estímulos sensoriales visuales, auditivos y kinéticos); **memoria a corto plazo** (es transitoria y dura pocos minutos; a veces solo segundos. Puede almacenar de cinco a siete elementos, es la utilizada para recordar un número de teléfono); **memoria secundaria** (se la considera permanente, duración puede ser de días, meses o años. . Implica operaciones complejas y una búsqueda consciente de significados, dentro de ella se encuentra la **memoria explícita o declarativa**, tiene que ver con conocimientos y la **memoria implícita o de procedimiento**, tiene que ver con el aprendizaje de habilidades motoras, de acción. Implica la facilitación de evocar un recuerdo por medio de un estímulo igual, semejante o estrechamente relacionado con él); este tipo de memoria es la más afectada en las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer.

A continuación se enumeran los síntomas más característicos:

Amnesia progresiva, estos trastornos de la memoria son su primera expresión patológica.

Los olvidos de lo cotidiano o de nombres propios llaman la atención sin conseguirse mejorías con el empleo de ayudas mnemotécnicas. Los recuerdos antiguos se conservan mejor, pero la vida socioprofesional se dificulta.

Trastornos de atención, muy marcados, determinan ineptitud para organizar asociaciones nuevas, trastornos críticos y el juicio, lo cual potencia el deterioro.

Afasia amnésica. La lectura de textos se mantiene, mientras se declina la comprensión de textos, igualmente se altera la memoria visual y los aprendizajes visomotores. Dificultades en la imitación de gestos y la realización de secuencias motrices y gráficas.

Agnosia visual, es más un defecto de memoria que un verdadero desorden perceptivo, y se observa incapacidad para reconocer todos los elementos de una figura completa o recordarlos.

Se presenta un déficit en el reconocimiento de fisonomías, así como de la memoria de olores.

Trastornos afectivos, aparecen la *angustia* provocada por sentimientos de desvalorización y mutismo que aumentan la *depresión* y producen en muchos casos respuestas agresivas, llegando en algunos casos al **suicidio**. Se presenta en una primera fase de evolución de la enfermedad.

Apraxia constructiva gráfica, con dificultades en el reconocimiento visual de imágenes y de localización de los dedos.

Trastornos en el lenguaje, uso de perífrasis, cambio de una palabra por otra, dificultades de imitación de gestos complejos con las manos, problemas en la esterognosia bilateral.

Trastornos práxicos, las alteraciones de uso de objetos y manipulaciones ordinarias pueden presentarse bajo la forma de: apraxia ideatoria, ideomotriz, reflexiva.

Trastornos neuromotores, entre ellos podemos encontrar la falta o disminución de la estabilidad por afección del equilibrio, cambios en la biomecánica normal de la marcha, por aumento de rigidez, disminución de la coordinación, disminución del sincronismo normal en la realización de movimientos por desorientación en tiempo y espacio, y apraxias motoras.

Trastornos nutricionales. Son generados por la falta de praxias ideatorias, desorientación, y problemas en el funcionamiento normal de la deglución.

Trastornos de la conducta, suspicacia, acusaciones, conducta crítica-demandadora, paseo nocturnos, acumulaciones secretas de objetos, dificultades en la comunicación, incontinencia y violencias, disminución de la iniciativa, afección emocional, pérdida de interés emocional, terquedades, egocentrismo, reacciones agresivas, mordidas, arrojar objetos, gritar, y presentar inquietud permanente.

Las ideas delirantes están determinadas por falsas creencias o pensamientos y constituyen una de las manifestaciones más frecuentes del grupo de síntomas neuropsiquiátricos.

Diagnostico de la enfermedad de Alzheimer.

“El diagnostico de la enfermedad de Alzheimer es clínico ya que hasta el presente no existen marcadores biológicos o pruebas diagnósticas que permitan identificar positiva y selectivamente a la enfermedad, más allá de la valoración anatomopatológica definitiva.

Siendo la valoración clínica la herramienta más importante se cuenta además con la colaboración de la neuropsicología y de algunos métodos complementarios de diagnostico.

Se considera importante la distinción de aspectos cognitivos y no cognitivos que se utilizarán como criterio organizativo y didáctico ya que en la clínica la coexistencia y la superposición de estos fenómenos es habitual.”⁸

“Actualmente existe una creciente presión por un diagnóstico temprano y preciso. Esto de debido al advenimiento de nuevas terapias farmacológicas o estrategias protectoras en la Enfermedad de Alzheimer que están desplazando el abordaje nihilista que sostenía que no había razón en hacer un diagnóstico incierto en una enfermedad intratable. Parece razonable asumir que nuevas terapias serán más efectivas en los estudios tempranos de la EA cuando todavía no existe un grave deterioro cognitivo. Por estos motivos la resonancia magnética nuclear (RM) cumple un rol importante en la investigación de la demencia. La combinación proveniente de estudios de imágenes estructurales con la información de cambios metabólicos proveniente de la imagen funcional podría brindar un buen marcador para la enfermedad de Alzheimer”⁹

La prueba fidedigna es la realización de una biopsia.

Evolución y pronóstico de la enfermedad.

⁸ Disponible en: www.alz.org.ar

⁹ Revista Neurología Argentina, Resonancia Magnética Nuclear en la EA, volumen 25, N°1, pag.29, año 2000

No hay un orden ni tiempo preciso en cuanto a los hechos que se van desarrollando en el transcurso de la enfermedad, pero si existen etapas donde se diferencian.

Primera etapa

Esta primera etapa tiene una duración aproximada de 2 a 5 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria. La persona olvida eventos recientes no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho determinado.

El paciente puede no recordar que ya comió u olvidar una conversación que tuvo minutos antes. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada.

En la persona empieza a surgir una típica desorientación de lo que lo rodea, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no recuerde cómo llegar a lugares donde habitualmente frecuentaba. Desorientación en tiempo y espacio. Disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Junto a ello, a la persona se le comienza a notar inquieta, mostrando agitación y ansiedad. Estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche.

Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.

Segunda etapa.

En esta segunda etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, durante el cual se producen

importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de afasia, apraxia y agnosia.

Aparecen algunos rasgos de tipo psicótico. Imagina que ve gente la cual no existe, escucha ruidos que nadie oye o piensa y cree firmemente que alguien va a llegar por él. Empieza a preguntar por personas que ya murieron (su papá, su mamá, su hermano) y todas estas imágenes que pasan por su mente, realmente le inquietan. Asimismo, el embotamiento o represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes.

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, flojo, apático o somnoliento.

La persona empieza a hacer actos repetitivos en forma obsesiva. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, empieza a esculcar y escudriñar cajones, ordena la ropa o los papeles varias veces al día, su mirada cambia y sus ojos parecen ser dos faros que se mueven, muchas veces, en sentidos contrapuestos.

En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto, dificultad en la toma de decisiones, dificultad en la planificación del futuro y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo.

Finalmente, en esta segunda fase puede apreciarse cierto grado de Parkinson, ya que es muy común ver movimientos bruscos de manos, brazos o pies, cuando la gente enferma está, por ejemplo, sentada o dormitando.

Tercera etapa

En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

El enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que llega a desconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo. Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza totalmente dependiente del cuidador, con un síndrome de postración.

Métodos de evaluación de la enfermedad de Alzheimer.

A continuación se enumeran las evaluaciones para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer. Son métodos que presentan una gran sensibilidad ante dichos pacientes y son utilizados por los médicos neurólogos, psiquiatras y psicólogos.

Son una herramienta importante para luego planear el desarrollo del tratamiento.

Las evaluaciones son:

- ***Miniexamen cognoscitivo de Folstein,***
- ***Test cognitivo de Pfeiffer,***
- ***Test cognitivo de Katzman;***

- *Escala del deterioro cognitivo, en la enfermedad de Alzheimer,*
- *Escala para la valoración de la demencia de Alzheimer,*
- *Escala de GBS para evaluación de la demencia,*
- *Escala de Blessed para la demencia.*

Las más utilizadas son:

- *Exploración de praxias ideomotrices e ideatorias.*

Se realizará las siguientes acciones:

- Decir adiós con la mano,
- Ademán para que alguien se acerque,
- Saludo militar,
- Simular en ausencia del objeto, las acciones de: beber, peinarse, lavarse los dientes, clavar un clavo, usar una llave, llenar un vaso de una botella con tapón.
- Imitar posiciones manuales varias: Índice y medio en extensión y los otros flexionados.
- Tocar con el pulgar el resto de los dedos.
- Colocar ambas manos perpendicularmente, con los dedos y muñecas en extensión.
- Llevar una o ambas manos en diferentes partes corporales, por imitación y o orden verbal.

- Realizar, por imitación u orden verbal acciones bucofasiales como: sacar y meter la lengua, desplazarla lateralmente.

- Enseñar los dientes y protruir los labios.
- Inflar los carillos y soplar.

Ideatorias. Se realizaran las siguientes acciones:

- Realizar un envoltorio. Introducir un papel en un sobre.
- Llenar un vaso con una jarra.
- Abrir y cerrar una cerradura con la llave.
- Realizar un recortado con tijeras.
- Anudarse los zapatos.
- Hacerse el nudo de la corbata.
- Abrochar botones.

➤ ***Prueba del reloj para la detección de trastornos visuoespaciales:***

Hay que dibujar un reloj, la esfera, los números y las manecillas que señalen las 11:10.

Se realizará la siguiente escala de interpretación:

- Intentos de dibujar una hora.
- Los trazos manecillas y números forman parte de la esfera.
- La esfera está completamente cerrada.
- Dibuja un número y lo señala, de algún como la hora.

- A distribuido la mayoría de los números en una esfera cerrada.
- Al menos tres de los cuadrantes tienen uno o mas de sus números correctos.
- La mayoría de los números están ordenados correctamente.
- Todos los números están dentro de la esfera.
- A dibujado un once y lo señala como hora.
- A dibujado los doce números.
- No a repetido ninguno.
- No hay mezcla de guarismos árabes y romanos.
- No hay números superiores a doce.
- Los números están a igual distancia del borde la esfera.
- Siete o más números del mismo tipo están ordenados secuencialmente. Se puntúa

alguna manecilla.

- Ambas manecillas están bien centradas.
- Una manecilla es claramente más larga que la otra.
- A dibujado dos manecillas diferentes y claramente separadas.
- Las manecillas están totalmente dentro de la esfera.
- Las manecillas señalan la hora nombrada anteriormente.

➤ ***Escala de Hamilton para valoración de la depresión.***

1. humor deprimido.(0-4 puntos).
2. Culpabilidad. (0-4 puntos).
3. Suicidio. (0-4 puntos).
4. Insomnio inicial (0-2 puntos).

5. Insomnio a mitad del sueño. (0-2. puntos).
6. Insomnio Tardío. (0-2. puntos).
7. Trabajo y otras actividades. (0-2 puntos).
8. Retardación. (0-4 puntos).
9. Agitación. (0-4 puntos).
10. Ansiedad. (0-4 puntos).
11. Ansiedad con síntomas somáticos. (0-4 puntos).
12. Síntomas somáticos digestivos. (0-2 puntos).
13. Síntomas somáticos generales. (0-2 puntos).
14. Síntomas genitales. (0-2 puntos).
15. Hipondriasis. (0-4 puntos).
16. Pérdida de la introspección. (0-2 puntos).
17. Pérdida de peso. (0-2 puntos).
18. Variaciones diurnas. (0-2 puntos).
19. Despersonalización. (0-4 puntos).
20. Síntomas paranoides. (0-4 puntos).
21. Síntomas obsesivos. (0-4 puntos).

Referencia de la escala.

- **Humor deprimido.** (actitud melancólica, pesimista acerca del futuro, sentimiento de tristeza, tendencia a llorar). 0 ausente; 1 estos no son comunicados si no se lo interroga al paciente, 2 son expresados verbalmente; 3 son comunicados no verbalmente; 4 el individuo comunica estos afectivos en expresiones espontánea verbales y no verbales.
- **Culpabilidad:** (0 ausente, 1 autorreprochable, 2 idea de culpa; 3 la enfermedad actual es un castigo, 4 alucinaciones de culpa)
- **Suicidio,**(0 ausente, 1 siente que la vida no vale la pena vivirla, 2 desearía morirse, 4 tiene ideas suicidas, 4 intentos de suicidio).
- **Insomnio inicial,** (0 no tiene dificultad para dormirse, 1 eventualmente presenta dificultades, 2 tiene dificultades cada noche para quedarse dormido).
- **Insomnio a mitad del sueño,** (0 no tiene, 1 se encuentra inquieto y alterado durante la noche, 2 se despierta durante la noche).
- **Insomnio tardío,** (0 no tiene, 1 se despierta a la madrugada, 2 no puede dormir de nuevo).
- **Trabajo y otras actividades**(0 ninguna dificultad, 1 sentimientos de negligencia, indecisión, vacilación de lo que esta realizando, 2 pérdida de interés por la actividad que realiza, 3 disminución de la actividad o producción laboral, 4 dejar de trabajar a causa de la enfermedad actual)
- **Retardación,**(0 normal, 1 ligero retardo durante la entrevista, 2 evidente retardo, 3 entrevista dificultosa, 4 completo estupor)
- **Agitación,**(0 no tiene, 1 enervamiento, 2 juega con sus manos, cabellos, etc., 3 agitado no puede estar quieto, 4 se retuerce las manos, se muerde las uñas se muerde los labios)
- **Ansiedad psíquica,**(0 ninguna, 1 tensión o irritabilidad, preocupación por asuntos menores, 3 actitud aprensiva, 4 temores).

- **Ansiedad somática**, (0 ausente, 1 discreta, 2 media, 3 grave, 4 trastornos respiratorios, hiperventilación, sudoración, transpiración)
- **Síntomas somáticos digestivos**, (0 ninguno, 1 pérdida de apetito, 2 dificultad para comer, necesidad de laxantes).
- **Síntomas somáticos generales**,(0 ninguno, 1 palidez en miembros inferiores, espaldas, cuello, pérdida de energía y fatigabilidad, 2 anotar si cualquiera de los síntomas anteriores son muy evidente)
- **Síntomas genitales**,(0ausente, 1 ligero, 2severo)
- **Hipocondriasis**, (0 ausente, 1 atención concentrada en el cuerpo, 2 preocupaciones por la salud, 3 quejas frecuentes, peticiones de ayuda, 4 ideas delirantes hipocondríaticas).
- **Pérdida de la introspección**, (0 reconoce que esta deprimido y muerto, 1 reconoce que esta enfermo pero lo atribuye a otras causas, 2 niega que esta enfermo).
- **Pérdida de peso**, (0 no hay, 1 ligero, 2 importante).
- **Variaciones diurnas**, (0 no hay variación, 1 ligera variación, 2 marcada variación).
- **Despersonalización**, (0 no hay, 1 ligera, 2 moderada, 3 grave, 4 incapacitante).
- **Síntomas paranoides**, (0 ninguno, 1 sospechoso, 2 ideas de referencia, 3 delirios de referencias y de persecución).
- **Síntomas obsesivos**, (0 ausentes, 1 ligeros, 2 graves).
- ***Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria***

El índice de Katz (Figura 20) tiene 6 ítems ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Los clasifica en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse (siguiendo este orden). Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización.

- A.** Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B.** Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C.** Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- G.** Dependiente en las seis funciones.
- H.** Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F

Abordaje interdisciplinario de la enfermedad de Alzheimer.

Ante una enfermedad crónica y progresiva como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, de la que todavía no podemos hablar de curación, la mentalidad de tratamiento multidisciplinar se impone.

El equipo multidisciplinar es mas que la suma de sus integrantes, existe una profunda interrelación entre sus miembros que hace imposible realizar tareas por separado, ya que existe un gran número de tareas comunes, así como un plan de acción prefijado en el que cada miembro desempeña una tarea específica y conoce claramente su rol y funciones.

Para que el equipo multiprofesional funcione es necesario querer, saber y poder trabajar en equipo.

Es decir, implica creer en el trabajo en equipo y respetar a sus integrantes, requiere un buen nivel técnico, formación según necesidades, reparto de roles y precisa de un suficiente apoyo administrativo y de infraestructura.

Las características que deben tener los equipos multiprofesionales para un óptimo desempeño son:

- Objetivos comunes aceptados y conocidos por todos.
- Tolerancia, respeto y sentido del humor.
- Coordinador/ a capacitado/ a, ecuánime, resolutivo/ a y que proporcione estímulo al equipo.
- Reparto de responsabilidades.
- Sentimiento de responsabilidad de cada miembro con respecto a su labor y al resultado global.
- Necesidad de autoevaluación y continua corrección.
- Adaptación al cambio.

Este equipo interdisciplinario debe ser dinámico porque está determinado por la necesidad cambiante del paciente.

El tiempo prolongado de los tratamientos representa la condición más “democrática” y difícil de la medicina moderna porque admite la autonomía de los colaboradores determinadas por el médico conductor en coherencia con el equipo.

Los procedimientos terapéuticos de neurorehabilitación para la enfermedad de Alzheimer, al ser ésta, de origen crónica, degenerativa y progresiva, exige principios de intensidad y sistematicidad continuos.

El programa de rehabilitación integral tiene por objeto el tratamiento neurorestaurativo, multifactorial, intensivo y personalizado.

La responsabilidad del equipo de neurorehabilitación es: lograr en cada paciente el mayor nivel de autonomía posible, en relación con la magnitud de su lesión neurológica y con sus características personales, para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y de relación social; al mismo tiempo que entrenarlo en aquellas técnicas o habilidades que le permitan en el futuro mantenerse saludablemente y en forma.

El equipo neurorehabilitador se encarga de:

- Potenciar las capacidades preservadas.
- Prevenir la atrofia muscular y posibles retracciones y deformidades.
- Aplicar las diferentes técnicas neurorehabilitadoras (masoterapia, movilizaciones, ejercicios, etc.) y/o terapéuticas físicas (electroterapia, magnetoterapia, ultrasonido, etc.)
- El entrenamiento de las actividades de la vida diaria.

- Promover el aprendizaje de nuevas habilidades y capacidades físicas perdidas o no desarrolladas previamente por el paciente.
- El adiestramiento para la utilización de ayudas técnicas, prótesis y/o ortesis.
- Asesorar y orientar en la adaptación de la vivienda.
- Al estar compuesto por un equipo interdisciplinario, el paciente dispone de un servicio completo de acuerdo a sus necesidades. Este equipo interdisciplinario esta integrado, para cada paciente, por los distintos profesionales son: medico neurólogo, medico psiquiatra (encargados del diagnostico), psicología, el kinesiología, terapia ocupacional, etc.

Tratamiento médico específico: se basa en la capacidad de reparar determinados sistemas de neurotransmisión afectados, en concreto la actividad colinérgica, que está relacionada con la memoria. Los fármacos aprobados por la FDA organismo americano que vela por la seguridad y eficacia de los medicamentos, son:

Tacrina, (1993) fue el primer fármaco que se utilizó en pacientes con DTA. pero fue retirado del mercado por la toxicidad del hígado y por la poca eficacia que producía.

Donezepilo, (1996) presenta menos efectos adversos que el anterior, desprovisto de hetotoxicidad, facilita su administración en una sola toma diaria.

Rivastigmina, (2000) menos efectos secundarios.

Galantamina (2001) efectos adversos habituales agitación, insomnio e irritabilidad.

Memantine es una droga nootrópica que actúa bloqueando los receptores NMDA, se la administra en dosis de 30mgs. Diarios, los pacientes presentan índices de mejoría estadísticamente significativos, cuando los cuadros fueron leves o moderados. Las reacciones adversas incluyen inquietud, acatisia, y molestias gastrointestinales leves.

Tratamientos sintomáticos y conductuales. La agitación psicomotriz, la inversión del ritmo del sueño, la depresión y las alucinaciones se tratan con psicofármacos.

Benzodiazepina: se administra para tratar la agresividad, la inestabilidad emocional, agitación, insomnio, se pueden tratar con neurolépticos. Cuando domina la ansiedad se puede utilizar.

Antioxidantes: La vitamina E, (tocoferol): demostró tener propiedades protectoras ante el daño neuronal en estudios en animales, esto inspiró la conducción de ensayos clínicos con pacientes con demencia. Se lo utilizó en dosis de 2000UI al día, evidenciándose un retraso en la progresión de la enfermedad por siete meses, pero sin mejoras en los síntomas.

Demostó tener bajos efectos adversos, siendo estos principalmente trastornos en la coagulación sanguínea.

Seleginina: inhibidor irreversible de la monoaminoxidasa "B" a dosis bajas y de la monooxidasa "A" a dosis altas, utilizado para el tratamiento de la Depresión y de la enfermedad de Parkinson. El principal efecto adverso es la náusea, mareos, molestias abdominales y sequedad bucal. Esta droga está contraindicada en pacientes que reciben antidepresivos tricíclicos.

Tratamiento no farmacológico.

Psicología.

En esta área se realizan talleres de memoria, expresión oral y reconocimiento.

Los talleres de memoria son un tipo de intervención basado en la estimulación cognitiva y en la neuropsicología aplicada, que aprovecha los recursos de memoria existentes, favorece su ejercicio y los preserva mediante el deterioro cognitivo leve o moderado. El taller de memoria se complementa con un programa psicoeducativo dirigido a familiares de las personas afectadas que se desarrolla periódicamente, con dos o tres sesiones por semana de una hora a hora y media, en pequeños grupos de cinco o seis personas dirigidos por profesionales.

Musicoterapia.

Se realizan talleres con psicoexpresión con musicoterapia, ritmo y coordinación.

Terapia Ocupacional.

Talleres ocupacionales para mantener las habilidades conservadas y la integración social. Desde el enfoque ocupacional, la valoración del paciente con demencia ha de

centrarse en destacar las áreas ocupacionales para suplir déficit y adaptarse al entorno. Se trata de establecer la conexión entre la alteración de los componentes ocupacionales y el

deterioro de la ejecución de las actividades cotidianas que el anciano venía realizando para el desempeño de sus roles y hábitos.

Aseguran profesionales de Terapia Ocupacional, Roberto Gonzáles uno de los fundadores de *ALMA* destacó la importancia de estimular en el paciente las áreas que la enfermedad no ha afectado: “El estímulo para el desarrollo de hobbies y actividades cotidianas pueden mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer o al menos crear una “meseta” ante el avance del mal.”

Kinesiología.

Objetivos del tratamiento:

- Mejorar o mantener el grado de movilidad articular, la fuerza muscular y el estado físico.
- Permitir un escape de energía que a veces se manifiesta por un estado de agitación o de permanente deambular.
- Proporcionar una oportunidad de deleite y alegría a través de los movimientos del cuerpo.
- Mejorar el estado de vigilancia física para el estímulo de movimientos físicos;
- Mantener el grado de funcionalidad.
- Estimulación de Reacciones Posturales, de Equilibrio y Anticaídas.
-

- Estimulación de la coordinación general y óculo-manual, cambio de posiciones, traslados, transferencias, bipedestación y marcha (planos inclinados, escaleras, obstáculos)
- Estimulación de Traslados y transferencias.
- Estimulación de la bipedestación y marcha.

Precauciones.

- Adaptación de los ejercicios a las características de las personas;
- Evitar ejercicios y movimientos que requieran llevar la cabeza hacia atrás al igual que el cuello;
- Evitar movimientos bruscos;
- Planificación de sesiones cortas;
- Hacer siempre una demostración de la actividad a desarrollar;
- Efectuar ejercicios a la misma hora y en el mismo lugar.

Beneficios que produce la practica de Actividad Física.

“El ejercicio físico constituye una necesidad biológica, disminuyendo el riesgo cardiovascular, a la vez que incrementa la mayoría de las funciones fisiológicas, así como la actividad cerebral y el sueño. Mejora la actividad psicomotora o la capacidad para reaccionar ante información exterior y modificar el movimiento, y es también un positivo estimulador de las funciones psicológicas y las capacidades cognitivas. La práctica de

ejercicios físicos en el anciano, debe velar muy especialmente por los signos de alarma de esfuerzo (dolor anginoso, extrasístoles o pulso anormal).”¹⁰

Con la realización de actividad física se incrementan la capacidad funcional y la secreción de sustancias neurotransmisoras del Sistema Nervioso Central, por ejemplo las catecolaminas (acetilcolina), y las beta endorfinas produciendo una sensación de placer y bienestar, provocando indirectamente la disminución de signos depresivos; Además de mejorar el mantenimiento de la memoria reciente, por recibir estímulos del exterior, en el cual el organismo se adapta a cada uno de ellos.

Cabe recordar que: las actividades grupales fomentan la cooperación, la amistad y la socialización entre ellos.

Se desarrolló en la Universidad de Santiago de Chile una actividad en la cual afirman la ***relación existente entre: la Actividad Física y Actividades de la vida diaria.***

El paciente portador de demencia tipo Alzheimer tiene una gran diferencia con el niño, ha tenido una gran caudal de décadas de experiencias, ya sea en Actividades básicas (comer, vestirse, asearse etc.) y no básicas (normas sociales, actividades ocupacionales, preparar alimentos, recreación) cuyos esquemas se conservan aun después de declarada la demencia. Si bien se pierde la memoria "evocativa" inmediata (recordar nombres, fechas, instrucciones, circunstancias) la "constructiva" (cuchara a la boca, jabón a la cara, saludar, sacarse la ropa) se puede conservar hasta fases muy postreras, si es convenientemente estimulada; ya que depende de la integridad del Neocerebelo, el cual no es afectado sino hasta las últimas etapas.

Por lo tanto, estimular las actividades de la vida diaria es quizás uno de los recursos más efectivos y fáciles de implementar. La mayoría de los gestos que se realizan en nuestras actividades cotidianas consideran movimientos y ajustes posturales activos. Estos gestos a medida que se realizan, se vuelven automáticos, si a esto le sumamos el

¹⁰ Gonzáles Mas, Rehabilitación Médica en ancianos, OP. CIT. p. 38.

hecho que, por ejemplo, la capacidad de comer por su mano la tiene un niño antes de los tres años, su realización ininterrumpida por 60, 70 o más años ha formado un esquema que no debiera perderse tan fácilmente. Un caso muy claro lo constituye el vestuario; un paciente puede intentarlo durante más de una hora y al cabo de ella haberse vestido en forma inadecuada e impresentable, siendo necesario corregirlo: Si bien el resultado no es "funcional" (ya que, en definitiva el paciente sigue siendo dependiente), es una actividad, desde nuestro punto de vista, válida; pues se tuvo al paciente durante un largo lapso concentrado en una actividad, debiendo tomar iniciativa (¿qué me pongo primero?, ¿para qué lado?) y , simultáneamente, realizando un ejercicio activo, flexibilizando sus extremidades, mejorando la coordinación óculomanual etc. En conclusión, cuando estimulamos las actividades de la vida diaria en un paciente con Alzheimer lo hacemos en función de analizar los objetivos o beneficios terapéuticos que ese gesto proveerá, más que en la eventual recuperación o mejoría del nivel de independencia-dependencia que se alcance. Si paralelamente se logra (ejemplo, lograr comer en forma independiente parte de su almuerzo) doblemente útil.

Distribución de la Salud Pública en la ciudad de Rosario.

La Salud Pública es asumida por la gestión municipal como un derecho fundamental que hace al desarrollo de una vida plena y armónica para todos los ciudadanos. El sistema organizado en distintos niveles de atención acompaña el proceso de descentralización y política del municipio. La concepción de un sistema que trabaja en red, cuenta sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exigió la actualización de muchos conceptos de la práctica médica.

La estrategia es llevada a cabo por medio de tres niveles de atención:

- Primer nivel: se constituye en el espacio de mayor resolutiveidad y está formado por los Centros de Salud municipal y algunas vecinales,
- Segundo nivel: constituido por tres Hospitales, el Roque Saenz Peña, Intendente G. Carrasco y el Juan Bautista Alberdi, un Instituto de Rehabilitación (ILAR), y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), de rápido diagnóstico y resolución. Se vinculan con los cincuenta centros de Salud de Atención Primaria distribuidos en los distintos distritos en que está dividida la ciudad de Rosario.
- Tercer nivel: está constituido por áreas de mayor complejidad y tecnología, Hospital Dr. Clemente Alvarez y el Hospital de Niños Victor J. Vilela.

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Tipo de estudio.

El presente trabajo constituye una investigación de campo. El objeto de estudio fue analizar el discurso de los médicos neurólogos y psiquiatras, con respecto a la creencia que poseían sobre el abordaje kinésico en personas con enfermedad de Alzheimer.

Para el desarrollo de esta investigación se requirió un diseño de tipo cualitativo.

Sujeto de estudio.

Profesionales correspondientes al Área de Salud Mental, Psiquiatras y Neurólogos.

Área de estudio.

Hospitales municipales de la ciudad de Rosario: Hospital Intendente Carrasco; Hospital Roque Saenz Peña; Hospital Alberdi y el Centro de Emergencias Médicas Ambulatorias de Rosario.

Técnica de recolección de datos.

Se utilizó un modelo de entrevista abierta que comprende cinco preguntas dirigidas a profesionales del Área de Salud Mental y Neurología de los Hospitales Municipales, con una duración de entre diez y veinte minutos tomando nota en forma

textual de cada una de ellas. El número total de entrevistas fueron de doce, siendo cuatro a Neurólogos, y ocho a Psiquiatras.

DESARROLLO

Como resultado del análisis de los datos obtenidos por las entrevistas realizadas a Profesionales médicos del Área de Salud Mental y de Neurología del Área Municipal, quedan reflejados distintos aspectos que dejaremos constancia en el siguiente trabajo.

Todos los entrevistados trabajan a diario con pacientes enfermos del Alzheimer, tanto en el ámbito municipal, en diferentes hospitales de la ciudad de Rosario, como así también desarrollan su profesión de manera privada.

Ellos manifestaron haber atendido mayor cantidad de pacientes en el ámbito privado que en el ámbito municipal. Tres de los entrevistados creen que la ausencia de dicha atención en los hospitales municipales se debe a la falta de recursos económicos tanto para el hospital como para el paciente, hay que tener en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad relativamente nueva y que los fármacos que existen en el mercado son costosos, además los estudios diagnósticos son solamente para personas que presentan obras sociales o prepagas.

Médica del área de Salud Mental del Hospital Roque Sáenz Peña:

“Creo que la ausencia de atención médica se debe a la falta de recursos económicos para acceder a los costosos fármacos que recetamos los médicos a los pacientes con Alzheimer.”

Médica Psiquiatra del Hospital Intendente Carrasco:

“Nosotros en nuestro servicio no atendemos pacientes con Alzheimer; sino que los derivamos al Área de Neurología.”

Otro dato importante a considerar, es que en el Centro de Estadística perteneciente al CEMAR no existen registro de la cantidad de pacientes atendidos con diagnóstico de enfermedad Alzheimer en los hospitales municipales, generalmente dichos pacientes

ingresan con otro tipo de diagnóstico por ejemplo: deshidratación, en donde se descubre el Alzheimer en forma secundaria.

En el discurso de todos los profesionales médicos pudimos observar que toman como principal tratamiento del Alzheimer los fármacos y en forma secundaria a los demás integrantes del equipo de Salud incluyendo entre ellos a la Kinesiología. Aunque en la gran mayoría de las entrevistas tanto neurólogos como psiquiatras consideran importante el trabajo Kinésico en dicha patología, expresando lo siguiente:

Medica neuróloga Directora del Comité Científico de ALMA:

“Es importante para evitar retracciones articulares y mantener el buen estado de salud de la persona; por otro lado es importante para mantener la independencia del enfermo no sobrecargando al cuidador”

Medica neuróloga del Hospital Carrasco y Hospital Alberdi:

“Todo lo que sea estimulación es importante para mantener el estado cognitivo de la persona, como así también la funcionalidad”

El Médico Psiquiatra del Hospital Alberdi:

“Pienso que el kinesiólogo forma parte del equipo de salud de dicho pacientes, es una demencia, en la cual existe una relación entre la mente y los demás sistemas del cuerpo. La kinesiología es fundamental desde comienzo de la enfermedad, es difícil derivar porque la persona se encuentra lúcida y no existen una sintomatología marcada. Es importante para mantener el estado de cognición, la sociabilización y el placer por la realización de actividades mediante el aumento de betas endorfinas”.

Medica psiquiatra del Hospital Alberdi:

”Es importante para el mantenimiento de la calidad de vida de la persona y ayuda para que exista mayor confort en el trato familiar, es decir no es lo mismo atender a una persona demencia en una silla de ruedas que atenderla si ésta se encuentra caminando.”

En un solo caso en particular una médica neuróloga del Centro de emergencias médicas ambulatorias de rosario consideraba importante el tratamiento Kinésico sin saber él porque del mismo y lo creía importante en el último estadio:

“Es importante, no sé realmente por qué...”

Distintas opiniones tienen los médicos psiquiatras del Hospital Alberdi y del Hospital Roque Sáenz Peña, ya que nos dijeron que el trabajo kinésico es de escasa importancia:

“No creo que sea importante, pienso que es una herramienta más de trabajo en el tratamiento de personas con Alzheimer.”

“No creo que sea imprescindible sino que es una alternativa más en el tratamiento de personas que padecen Alzheimer”.

Aunque la gran mayoría considera importante la derivación de los pacientes con Alzheimer a tratamiento kinésico al preguntar en que etapa de la misma las haría la mayoría nos contestaban que se tendrían que hacer en el tercer estadio:

Médica Neuróloga del Centro de emergencias medicas ambulatorias de rosario:

“La derivación al Kinesiólogo es en el tercer estadio para evitar complicaciones mayores de las que existen.”

Medica Psiquiatra del Hospital Alberdi:

“Se tendría que hacer en le último estadio, es decir en la parte de internación, aunque en la parte municipal es difícil que el kinesiólogo acceda porque los pacientes se encuentran totalmente demenciados sin medicación.”

Psiquiatra del Hospital Roque Sáenz Peña:

“Es importante que el kinesiólogo actué en el tercer estadio de enfermedad, para evitar el síndrome de postración.”

Médico Psiquiatra del Hospital Alberdi:

“Es importante derivar en un estadio de internación...”

Otros en cambio derivarían en una segunda etapa por comenzar con la sintomatología, porque consideraban que gracias a la kinesiología se puede retardar:

Medica neuróloga directora del Comité Científico de ALMA:

“Pienso que sería importante comenzar a derivar en el comienzo de la segunda etapa, aunque depende de las características de cada paciente. Sería bueno que no solo el enfermo realice kinesiología sino también el familiar para aliviar las cargas que el produce el mismo cuidado de la persona”.

Psiquiatra del Hospital Alberdi:

“La kinesiología es fundamental desde comienzos de la enfermedad, se debería realizar la derivación en un segundo estadio, momento por el cual la persona manifiesta síntomas característicos del Alzheimer”.

Medico psiquiatra del Hospital Intendente Carrasco:

“Derivo pacientes en la segunda etapa y creo en la importancia que tiene realizar actividad física en forma regular desde comienzo de la enfermedad.”

Una médica neuróloga especializada en pacientes con enfermedad de Alzheimer:

“Es muy importante comenzar el tratamiento no farmacológico con la realización de actividad física en forma preventiva para evitar complicaciones en forma reciente de la enfermedad. Pero la mayoría de los casos que he atendido derivé en una segunda etapa de la enfermedad”.

Un solo caso considera importante la derivación de pacientes con Alzheimer en un primer estadio.

Médico psiquiatra del Hospital Alberdi:

“El estadio más indicado para realizar la derivación es en estadios precoces de la enfermedad, porque en etapas finales no queda nada por hacer. En el Hospital Roque Sáenz Peña no derive nunca, por la simple razón de que es un Hospital Municipal y las

personas que ingresan al mismo son de bajos recursos económicos, en donde muchas no terminan el tratamiento”.

Una médica neuróloga del Hospital Intendente Carrasco y Hospital Alberdi nos relató: que la falta de derivación en el espacio Municipal es porque no se realizan trabajos interdisciplinarios con este tipo de patologías haciendo inexistente la posibilidad de atención por parte de otros integrantes del equipo de salud que no sean los médicos mismos:

“En los hospitales municipales los kinesiólogos no tratan en forma habitual pacientes con este tipo de demencia”.

En las entrevistas se tuvo en cuenta que al ser una una patología crónica y progresiva no solo afecta a que la padece sino a su entorno inmediato como ser familia o cuidador.

La mayoría de los médicos creen que lo más difícil de la enfermedad de Alzheimer para el cuidador es la *perdida de un ser querido*, y todo lo que vendrá con ello.

Otro profesional piensa que lo más difícil es adaptar el entorno al ser querido que se encuentra enfermo. Es decir cambiar las rutinas, aumentar las visitas de personas conocidas por el paciente, tratarlo como adulto y no como niño, no despreciarlo y quererlo, el amor es fundamental en este tipo de pacientes crónicos.

Fue notorio que todos los médicos de las dos Áreas tanto de Salud Mental como de Neurología, destacan que la incurabilidad y el deterioro físico y mental sea lo más difícil que debe atravesar un enfermo de Alzheimer en un estadio precoz, además de nombrar las complicaciones que podría llevar esta desesperación por la persona como son la depresión y el suicidio.

Y uno solo de los médicos entrevistados manifestó lo que le provoca a profesionales del área de Salud Mental el tratar a pacientes que pierden la cognición,... y es el encargado de dar la noticia tanto al paciente como al entorno inmediato:

“Cuando terminé de atender a la madre de una amiga mía, vino desesperada al consultorio y cerro la puerta, expreso mucha tristeza por que temía padecer lo mismo que la madre, en ese momento no sabía como tratarla hasta que de poco le fui explicando que la enfermedad de Alzheimer es relativamente nueva y que hasta la Ciencia se encuentra desorientada en cuanto al origen de la misma.”¹¹

¹¹ La letra *cursiva* expresa la opinión de los médicos entrevistados.

CONCLUSIÓN.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través del análisis subjetivo de las entrevistas realizadas a los médicos psiquiatras y neurólogos que forman parte del Área de Salud Mental y Neurología de los diferentes Hospitales Municipales de Rosario; y en concordancia con la problemática planteada , y los objetivos, llegamos a la siguiente conclusión.

La mayoría de los médicos de los diferentes Hospitales municipales de la ciudad de Rosario, creen importante la derivación de personas con enfermedad de Alzheimer a kinesiólogos en un tercer estadio. No tienen en cuenta que la participación del kinesiólogo y demás profesionales del equipo interdisciplinario de salud, en etapas tempranas, podrían retardar las complicaciones y evitar la postración y muerte por sepsis. El equipo multidisciplinar es más que la suma de sus integrantes, existe una profunda interrelación entre sus miembros que hace imposible realizar tareas por separado, ya que existe un gran número de tareas comunes, así como un plan de acción prefijado en el que cada miembro desempeña una tarea específica y conoce claramente su rol y funciones.

Para que el equipo multiprofesional funcione correctamente es necesario querer, saber y poder trabajar en equipo.

También hay que tener en cuenta que es muy importante que la persona enferma sea lo más independiente posible, ya que favorece al entorno directo de la misma, como a su bienestar individual.

A su vez creen que el kinesiólogo no debe tener participación con dichos pacientes por que en la mayoría de los casos no se les puede administrar los fármacos por el elevado costo económico, o bien no presentan un buen entorno directo, siendo que a

través de la kinesiología, se puede llegar a estimular áreas que la enfermedad no ha afectado, aunque los pacientes no se encuentren medicados.

El Terapeuta Roberto Gonzáles, miembro fundador del grupo ALMA expresa, “El estímulo para el desarrollo de hobbies y actividades cotidianas pueden mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer o al menos crear una “meseta” ante el avance del mal”¹².

Estas creencias se pueden atribuir a la falta de Servicios de Kinesiología en la Red Municipal consecuencia de desconocimiento del trabajo realizado por el kinesiólogo con este tipo de personas, en donde podemos nombrar acciones importantes como: la estimulación de las actividades de la vida diaria, es quizás uno de los recursos más efectivos y fáciles de implementar, para mantener la funcionalidad; mejorar o mantener el grado de movilidad articular, la fuerza muscular y el estado físico; permitir un escape de energía que a veces se manifiesta por un estado de agitación o de permanente deambular; proporcionar una oportunidad de deleite y alegría a través de los movimientos del cuerpo; mejorar el estado de vigilancia física para el estímulo de movimientos físicos; estimulación de reacciones posturales, de equilibrio y anticaidas; estimulación de la coordinación general y óculo-manual, cambio de posiciones, traslados, transferencias, bipedestación y marcha (planos inclinados, escaleras, obstáculos).

Algunos de los profesionales entrevistados piensan que la Kinesiología es una herramienta de trabajo, aunque ellos no le dan participación como parte del tratamiento, siendo que una herramienta es un utensilio útil que debe ser usado.

De acuerdo a los resultados obtenidos los pacientes con enfermedad de Alzheimer son derivados a los Hospitales con diagnósticos como deshidratación haciendo más difícil su intervención y posterior tratamiento, siendo que la salud pública es asumida por la gestión municipal como un derecho fundamental que hace al desarrollo de una vida plena

¹² Material extraído del Diario La Capital, Proponen terapia ocupacional para pacientes con Alzheimer, miércoles 4 de agosto, suplemento Salud, página 4.

y armónica para todos los ciudadanos. El sistema organizado en distintos niveles de atención acompaña el proceso de descentralización y política del municipio. La concepción de un sistema que trabaja en red, cuenta sus acciones sobre las necesidades del paciente, y exigió la actualización de muchos conceptos de la práctica médica.

Por último podemos decir que es muy difícil conseguir un buen tratamiento para personas con enfermedad de Alzheimer, ya que las mismas acceden a espacios municipales públicos, son de bajos recursos y es difícil enfrentar todos estos factores para el hospital.

En la ciudad de Buenos Aires se realizó una experiencia, en la cual se calculó el gasto que genera para la comunidad pacientes con enfermedad de Alzheimer, en donde se encontraron los siguientes resultados:

“El costo global anual fue de \$8.069 en los pacientes que permanecían en la comunidad y de \$11.698 aquellos que se encuentran institucionalizados. En la severidad de los pacientes leves el total es de \$6.739 y de los severos \$9.539. El costo aumenta de los pacientes con enfermedad de Alzheimer con la severidad y con la institucionalización de los mismos. El aumento proyectado de las personas en riesgo de desarrollar la enfermedad en los países emergentes sumado a este gasto determina un problema sanitario mayor. ***Toda la intervención que permita retrasar la progresión de la enfermedad redundará en un ahorro significativo***¹².”

Existen diferentes opiniones en cuanto al momento preciso de derivar pacientes con enfermedad de Alzheimer a Kinesiólogos, por ejemplo desde el año 2001 hasta el 2004 y comienzos del año 2005, pero ***la mayoría deriva en el tercer estadio de enfermedad.***

¹³ Revista Neurología Argentina, Impacto económico en la enfermedad de Alzheimer, N°1, pag.99, año 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Actas españolas de Psiquiatría, Juan J. Lopez Ibor, noviembre y diciembre 2000, nº6, vol. 28, relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte memorial en pacientes con demencia tipo Alzheimer, pag373

- Actas españolas de Psiquiatría, Juan J. Lopez Ibor, julio- agosto 2002, sobrecarga del cuidadores pacientes con Alzheimer, vol. 30, nº4

- Actas españolas de Psiquiatría, Juan J. Lopez Ibor, mayo y junio 1999, vol.27, nº3, Risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos afectivos y trastornos de la conducta asociado a la demencia tipo Alzheimer, pag. 185.

- Adams Víctor, Principios de la Neurología, Ed: Interamericana, Chile, año 1997

- Basmajian, terapéutica por el ejercicio, editorial Panamericana, Buenos Aires.
Cuando el día tiene 36 horas, Nancy L.Mace, Rabins Peter V., Ed pax Mexico, Méjico, 1991

- Bermejo F., Aspectos sociales y familiares del paciente con demencia, Ed: Diaz de Santos, 1998.

- Boletín de la oficina sanitaria panamericana, volumen 117 nº 2, tratamientos para la enfermedad de Alzheimer, pagina 167, agosto 1994.

- Boletín neurológico, fundación Alfredo Thomson, n°35, forma, clínica de la enfermedad de Alzheimer.
- Eloy G. González Vera y otros, Manual para la atención de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Ed: Academia, 1998.
- José Luis Cabellos Flores, Programa de Rehabilitación de las capacidades atencionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer y enfermedades cerebrovasculares, año 2002, MAPFRE Medicina, vol. N°13, 2002, pag.186 hasta 203.
- Juan R. Pareño, Tercera Edad Sana Ejercicios Preventivos y Terapéuticos, Editorial Inst. Nacional de Servicios Sociales, Madrid, 1990.
- León Mínguez, Alzheimer familiares y cuidadores, Ed.. Caja España de Inversiones, Caja de Ahorros Y Monte de Piedra, España, año 2001.
- Pilar Pont Geis, Tercera Edad Actividad Física y Salud, Edit. Paidotribo, Barcelona, año 2003.
- Propuesta de Criterios para es diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer, pagina 17, 2002.
- Revista Neurológica Argentina, volumen 24, N°3, la escala de evaluación de Enfermedad de Alzheimer en la Argentina: instrucciones para su administración, página 139, año 1999

- Revista Neurológica Argentina, Etiopatogenia y fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer, volumen 24, suplemento 1, , año 1999.
- Revista Neurológica Argentina, enfermedad de Alzheimer cuadro clínico, volumen 24, suplemento 1, año 1999.
- Revista Neurológica Argentina, resonancia magnética nuclear en la Enfermedad de Alzheimer, volumen 25, N°1, , página 29, año 2000.
- Revista Neurológica Argentina, La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer, volumen 25, suplemento N°1, , página 11, año 2000.
- Revista Neurológica Argentina, Terapéutica del deterioro cognitivo en Enfermedad de Alzheimer, volumen 25, suplemento N°1, , página 33, año 2000
- Revista Neurológica Argentina, Una batería Neurocognitiva para detección de Enfermedad de Alzheimer en siete minutos, volumen 26, N°4, , página 160, año 2001.
- Revista Neurológica Argentina, Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer, volumen 28, N°1, , página 16, año 2003.
- Revista de la facultad de U.N.Córdoba, ciencias Medicas, La Enfermedad de Alzheimer, vol.59 N°1, año 2002, , pag.13.

- Revista Panamericana de Salud Pública, Enfermedad de Alzheimer, volumen 10 N°4, octubre 2001, OPS, año 2001.
- R. González Mas, Rehabilitación Médica en Ancianos, Ed: MASSON, España.
- Selmes J., Vivir con la enfermedad de Alzheimer, Ed: Meditor, 1990.
- Sir Roger Bannister, Lord Brain, Neurología Clínica, Ed: Panamericana, Buenos Aires, 1988.
- Terapeuta ocupacional, Diario La Capital, miércoles 4 de agosto, “Proponen terapia ocupacional para pacientes con Alzheimer”, suplemento Salud, página 4.
- Trabajo de investigación de tesis, realizado por los alumnos Barbarito Ricardo y Bianchi Andrés, sobre enfermedad de Alzheimer, Rosario, año 2001

Material extraído de internet.

- Información extraída de Internet:
- www.alz.org.ar
- <http://salud.discapnet.es>
- www.terapia-ocupacional.com,

- www.estafiloco.com.ar/alzheimer.htm

- www.familialzheimer.org/taller-equipo.asp

- www.grador.com.ar

- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000760.htm-41k

- www.salud.discapnet.es/discapcidades+y+deficiencias/desarrollo+cognitivo/alzheimer+15/

- www.movimientoybioenergia.cl

- www.rnarg.com

- www.medicinainformacion.com/rudimentos_7_1_1.htm