

ARTÍCULOS ESPECIALES

HÁBITAT Y DEMENCIA

Arq. Graciela Irazabal¹, Dra. Diana Scharovsky², Arq. Juan N. Escudero y Arq. Daniel Pasantino

En un equipo interdisciplinario la arquitectura es una de las profesiones que puede aportar sus conocimientos para mejorar la calidad de vida del anciano.

Este estudio aborda una de las problemáticas de la vejez desde la arquitectura. Pretende definir cómo deben ser los espacios para la tercera edad, con el fin de propiciar ambientes aptos para los adultos mayores (según las necesidades de este segmento de la población, incluyendo tanto al envejecimiento normal y patológico y sus posibles enfermedades discapacitantes), en particular nos referiremos a las necesidades medio ambientales de las demencias y dentro de ellas fundamentalmente a la enfermedad de Alzheimer (EA).

La demencia es una enfermedad de desarrollo largo y penoso con serias consecuencias para el enfermo, su familia y la sociedad. Requiere un abordaje multidisciplinario. Es una enfermedad de diagnóstico complejo, por la multiplicidad de sus síntomas sobre todo en los estadios iniciales y a menudo se la confunde con cambios propios de la edad avanzada. El caso más frecuente de demencia es la de tipo Alzheimer, que produce deterioro de las funciones cognitivas en forma progresiva y puede llegar a comprometer totalmente la independencia del paciente.

Este trabajo pretende conocer cuáles son los requerimientos que definen un ambiente propicio para el enfermo de Alzheimer con el objeto de que pueda permanecer el mayor tiempo posible en su propio hábitat.

Para que esto sea posible debe estar su casa preparada para dar respuesta a los nuevos requerimientos y necesidades que plantea el envejecer (en este caso patológicamente) a través de espacios adaptados y flexibles, acordes al estado biopsicosocial del anciano.

La autonomía se basa fundamentalmente en el concepto de adaptabilidad, entendiendo que tanto el

ambiente individual como el social deberían adaptarse paulatinamente a los cambios del envejecimiento.

Desde la arquitectura se abordará esta problemática, interactuando junto a otras disciplinas, en la definición de la capacidad de estimulación del ambiente físico, como una terapia más que contribuya al tratamiento no farmacológico.

El objetivo de este trabajo es contribuir al conocimiento de las características que definen un espacio propicio para la vivienda del anciano demente desde la estimulación balanceada del ambiente.

En primera instancia, es importante aclarar que existen algunos conceptos básicos que fundamentan y sostienen lo planteado como hipótesis de esta investigación.

En las demencias, y en especial la que es más frecuente, la enfermedad de Alzheimer, se produce la muerte progresiva de las neuronas, por consiguiente el cerebro pierde sus funciones, se dificulta el aprendizaje de nuevos conceptos o situaciones y es evidente un desaprendizaje progresivo (involución).

Entonces nos preguntamos ¿cómo se actúa en y desde el ambiente físico frente a estas alteraciones?

A partir del concepto de neuroplasticidad, es posible la intervención terapéutica no farmacológica; es aquí donde podría asentarse la colaboración desde el ambiente como una alternativa más en el tratamiento. Según Tarraga Mestre, para un Programa de Psicoestimulación terapéutica en el tratamiento de las demencias, encontramos que:

....."un punto de partida con base científicamente demostrada, en el que se asienta la intervención terapéutica no farmacológica en el campo de las demencias es la neuroplasticidad, la capacidad plástica del cerebro. Se entiende por neuroplasticidad como la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones para restablecer el equilibrio alterado. Recientes investigaciones ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas lesionadas para regenerarse y establecer conexiones nuevas. Existe neuroplasticidad en el cerebro del anciano, incluso en el demente si bien en menor intensidad. Es evidente que en las fases de elevado deterioro cognoscitivo, la neuroplasticidad será nula debido a la gran pérdida de

¹ Arquitecta Graciela Irazabal. Docente e Investigadora de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Equipo: Hábitat y Comunidad para la Tercera Edad. Email: carla@cybertech.com.ar

² Médica geriatra consultora. Jefa del Departamento de Atención Primaria de la Salud del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina. E-mail: dms@hpc.org.ar

masa neuronal, desarborización sináptica y bloqueo de neurotransmisores.

La plasticidad neuronal es gobernada por dos tipos de factores: factores intrínsecos y factores extrínsecos. Corresponderá a los factores intrínsecos la información genética, la llamada memoria biológica que tanto tiene que ver en el proceso de envejecimiento. Las influencias ambientales constituirían los factores extrínsecos, como lo es el grado de escolarización, controvertido factor de riesgo en las personas con Enfermedad de Alzheimer¹.

Es entonces sobre los factores ambientales en donde es posible actuar desde las terapias no farmacológicas.

Considerando entonces dentro de los factores extrínsecos, las influencias ambientales, y dentro de éstas, a las influencias del ambiente físico, se podría pensar en el ambiente como un elemento más que intervendría en la estimulación.

Además de la plasticidad neuronal se debe considerar paralelamente otro concepto, el de la psicoestimulación: "...aquél conjunto de estímulos generados por la psicología intervencionista con finalidad rehabilitadora. No se trata de una sobreestimulación desorganizada, tan negativa al enfermo con demencia, sino de una estimulación lo más individualizada posible, y por tanto adecuada a las capacidades funcionales residuales que le permitan su ejercicio y el "despertar" de aquellos "olvidos" abandonados..."².

Por lo tanto tenemos aquí dos conceptos que interactúan desde una terapia basada en acciones sobre el ambiente:

"El objetivo básico en los tratamientos de psicoestimulación es el de favorecer la neuroplasticidad mediante la presentación de estímulos, debidamente estudiados, que eliciten las capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de forma integral"³.

Será necesario por lo tanto conocer en profundidad el origen y la naturaleza de las limitaciones cognitivas, las alteraciones de la conducta y las consecuencias funcionales con el fin de ajustar y balancear los recursos y las estrategias físico-ambientales que intentarán compensar el desajuste provocado por la naturaleza involutiva de esta enfermedad.

INTERRELACIÓN ENTRE DEMENCIAS Y AMBIENTE FÍSICO

La enfermedad de Alzheimer, como otros tipos de demencia, se caracteriza por una gran heterogeneidad sintomática y estos síntomas no se manifiestan en forma similar en cada paciente, sino que hay diferentes patrones que producen una presentación particular según el caso.

El avance de la enfermedad va deteriorando el es-

tado general de la persona, que se evidencia en un declinar de sus facultades cognitivas, emocionales y sociales con sus consecuentes repercusiones en el uso y la relación con el ambiente en su sentido amplio (físico-social).

Esta dificultad frente al ambiente tanto físico como social, hace que el paciente paulatinamente vaya perdiendo contacto y desenvolvimiento en el espacio que habita, como así también en lo que respecta a su ambiente social, se alteran sus vínculos sociales y relaciones familiares.

Será necesario conocer los requerimientos ambientales en relación con el proceso involutivo que presenta esta enfermedad para plantear las sucesivas adaptaciones del espacio físico acordes a tal deterioro.

Es por esto que se ha hecho necesario estudiar, conocer, comprender en profundidad el desarrollo de la compleja y múltiple sintomatología de la enfermedad.

Recordemos que el enfermo de Alzheimer pierde progresivamente sus facultades intelectuales, por lo tanto se comporta de manera diferente en el ambiente físico. Este deterioro cognoscitivo provoca una pérdida progresiva de autonomía y el enfermo es cada vez más dependiente como consecuencia de la disminución de sus facultades intelectuales y físicas. Estas dificultades se traducen inmediatamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) y en los riesgos de sufrir accidentes en el hogar como consecuencia de la aparición tardía de alteraciones motoras, por lo que será de vital importancia la adaptación de la vivienda del enfermo de manera de aumentar la seguridad, disminuir los accidentes, mantener la autonomía y sus capacidades remanentes.

Se abordará el problema proponiendo acciones en dos líneas a saber:

Una, en relación a los aspectos dirigidos al logro de un AMBIENTE SEGURO, "PREVENCION"; y la otra, dirigida al logro de un AMBIENTE TERAPÉUTICO, "ESTIMULACIÓN" que apunta a la estimulación ambiental como recurso terapéutico.

AMBIENTE SEGURO "PREVENCION"

¿Qué significa un ambiente seguro?

Un ambiente seguro es un ambiente protegido, donde se aumentan las previsiones para evitar accidentes. Se busca evitar situaciones peligrosas en la vivienda del enfermo atendiendo a sus limitaciones físicas a través de un conjunto de recomendaciones y pequeñas modificaciones. Estas recomendaciones están dirigidas para el paciente con demencia y en particular para el Enfermo de Alzheimer, sin embargo son abarcativas para las dificultades que presentan las personas de edad avanzada acorde a las transfor-

maciones fisiológicas del envejecimiento.

Tres conceptos son de importancia al momento de pensar en un ambiente protegido: seguridad, confort y accesibilidad indispensables para la prevención.

La eliminación de barreras y obstáculos, la redistribución y la adaptación del equipamiento, muebles y objetos y el mantenimiento del orden son algunas de las acciones más sencillas que nos permiten controlar los conflictos con el ambiente.

Se sabe que el enfermo con demencia está incapacitado para tomar decisiones y tendrá una persona, "el cuidador", quien deberá resolver las dificultades que se presenten en la vivienda.

El cuidador puede ser formal o informal. En su mayoría es un familiar cercano (cónyuge, hija, etc.). El cuidado de un enfermo con demencia es una tarea muy agobiante, que genera un alto grado de estrés (peso del cuidador). Atender los aspectos que hacen a la seguridad contribuirá en cierta medida con la tarea del cuidador. Para el enfermo de Alzheimer su propia casa puede convertirse en un lugar conflictivo, como hemos visto anteriormente, es por esto que su vivienda deberá reorganizarse atendiendo de manera integral la signo - sintomatología del enfermo.

El ambiente físico en el que vive un enfermo con enfermedad de Alzheimer tiene que permitirle, en la medida de lo posible, participar de las actividades familiares y cotidianas.

¿Qué aspectos que tienen que ver con la seguridad?

Para poder realizar un plan de prevención en la vivienda existen una serie de recomendaciones que se pueden considerar. Es importante buscar asesoramiento de gerontólogos (arquitectos, médicos y otros), quienes deberán en primera instancia hacer un diagnóstico médico / ambiental profundo para evaluar las condiciones físicas de la vivienda, detectar el riesgo del ambiente y la posibilidad de aplicar estas recomendaciones en forma total ó parcial según corresponda, acorde a la evaluación que el médico haya realizado detectando el nivel de las funciones intelectuales superiores y funcionales del paciente.

La reorganización de la vivienda no representa un elevado costo, como se cree habitualmente, si se trata de elegir acertadamente entre los recursos disponibles para elaborar las soluciones.

La vivienda deberá reorganizarse entonces de manera de prevenir caídas, accidentes y al mismo tiempo lograr un espacio adaptado y flexible con una imagen familiar y acogedora, lo menos terapéutica posible. Sabemos que dentro de la vivienda hay sitios más peligrosos que otros, como por ejemplo el baño y la cocina.

"La familia tiene que organizar la casa o el apartamento evitando caídas y accidentes, organizando

el espacio donde vive y arreglando su dormitorio. Conviene subrayar que existen habitaciones especialmente peligrosas para el enfermo en las que ocurren la mayoría de los accidentes. La cocina y el cuarto de baño son dos lugares en los que la integridad física del enfermo senil tipo Alzheimer resulta especialmente vulnerable. (...) La mayor parte de las caídas se producen en el domicilio del paciente con E.A. Tal vez se debe a la falta de acondicionamiento del lugar de estancia habitual, exceso de confianza, olvido de la discapacidad y de la lentitud para reaccionar, escaleras mal iluminadas, alfombras con arrugas ó deslizantes cables eléctricos en el recorrido, bañeras no adaptadas, suelos encerados, agua en los baños, aceite en las cocinas, etc. La incidencia de las caídas en este tipo de enfermos es de aproximadamente un 30% a los 70 años aumentando con la edad hasta un 40% en los mayores de 75 años. Las caídas son una causa frecuente de muerte y complicaciones en los ancianos; casi el 50% de los ancianos hospitalizados por una caída no sobreviven al año siguiente"⁴.

Todas las recomendaciones respecto de la seguridad en la vivienda son informadas detalladamente en publicaciones (manuales y folletos) difundidos ampliamente por las organizaciones y grupos de autoayuda que trabajan con esta enfermedad, por lo que sería redundante profundizar en este aspecto. Enumeraremos las más importantes:

Protección de aberturas (puertas y ventanas)

Deberá prestarse atención al sistema de cierre y apertura de puertas (interiores y exteriores) y ventanas, verificar su correcto funcionamiento, y colocar dispositivos como trabas para aquellas puertas y ventanas que presenten riesgo por su ubicación dentro y fuera de la vivienda (salidas directas a la exterior contacto directo con la vereda, con áreas peligrosas o por encontrarse en pisos altos), eliminar las cerraduras de puertas interiores, etc.

Protección de instalaciones

Revisar los dispositivos de cierre y apertura de instalaciones de gas, encendido y apagado de instalaciones eléctricas y proteger los elementos de calefacción (radiadores, calderas, calefactores), etc.

Protección en la cocina

Este es un espacio particularmente peligroso por la gran cantidad de objetos que se utilizan, será importante poner bajo llave todos los electrodomésticos, utensilios filosos, objetos de vidrio, sustancias tóxicas (lavandinas, detergentes, polvos limpiadores, etc.), proteger la apertura de alacenas y heladera.

Protección en el baño

Poner bajo llave sustancias peligrosas (colonias, cremas, shampoo), elementos cortantes, y colocar elementos como agaderas en duchas o bañeras, pisos antideslizantes, buena iluminación, que ayudarán a evitar accidentes.

Protección en escaleras

Será necesario bloquear el ingreso a escaleras colocando una puerta ó barrera móvil.

AMBIENTE TERAPÉUTICO, "ESTIMULACIÓN"

¿Que significa un ambiente estimulante?

Al inicio de este trabajo se habló sobre la manera en que desde la arquitectura se podría intervenir conjuntamente con otras disciplinas en el tratamiento no farmacológico de las demencias, estamos hablando de incorporar las alternativas de adaptación del ambiente para contribuir a mejorar la performance de un enfermo con demencia en el conjunto de las llamadas terapias blandas y sus tratamientos de psicoestimulación⁵.

Ahora es necesario volver a los conceptos de neuroplasticidad y psicoestimulación pilares fundamentales en los que se basa esta propuesta, para entender que a pesar de la pérdida paulatina de la memoria y la capacidad de aprendizaje, sería posible atenuar el deterioro de esta enfermedad creando "ambientes terapéuticos y estimulantes" que si bien no revertirán el proceso involutivo, atenuarán el deterioro durante su evolución.

"En la enfermedad de Alzheimer se observa una capacidad de aprendizaje muy reducida y limitada, pero existente, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no esta tan avanzado... En este "período de declive" existe una capacidad de aprendizaje manifiesta en cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales abandonadas por el desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias"⁶.

Sabemos que la propuesta desde la intervención ambiental apunta a elaborar adaptaciones que no solo mejoren físicamente el ambiente sino que se traduzcan en estímulos a los sentidos que ayuden a sostener las capacidades remanentes del enfermo. La compleja sintomatología y su presentación atípica hace que las decisiones o cambios a proponer en el ambiente atiendan a:

- a) No tomar las decisiones de manera individual para cada síntoma.
- b) Considerar que las decisiones o cambios a pro-

poner en el ambiente atiendan al problema de manera integral, es decir contemplando la posibilidad de que una decisión sea abarcativa para dar respuesta a varios síntomas al mismo tiempo.

c) Controlar los cambios en virtud de no caer en un ambiente sobreestimulante.

d) Evaluar los alcances o repercusiones de cada cambio periódicamente, acorde con el carácter involutivo de la enfermedad, situación verdaderamente compleja, por lo menos a nivel de experiencias locales.

Un ambiente estimulante será aquel que contemple la multiplicidad y heterogeneidad de esta patología, logrando al mismo tiempo contribuir a estimular de alguna manera las facultades intelectuales preservadas aún en el cerebro, acordes con el carácter involutivo de la misma.

Se sabe que dentro del amplio espectro de síntomas que pueden presentarse durante el desarrollo de la enfermedad, la alteración de la memoria es uno de los signos clínicos más relevantes, ocasionando los primeros problemas de relación con el ambiente. La orientación en el espacio, el reconocimiento de un lugar, y la comprensión del mismo, están comprometidos como consecuencia de la deficiencia mnésica, desencadenando el principal conflicto, esto es, la imposibilidad de lectura del espacio físico, ya que están afectados de alguna manera todos los sentidos.

Restablecer la legibilidad del ambiente físico es un recurso indispensable para lograr un ambiente estimulante, es por esto que los recursos ambientales con lo que se cuenta deberán apelar a la mayor cantidad de sentidos posible al mismo tiempo, de eso se trata la estimulación ambiental.

Asociadas directamente a la pérdida de memoria aparecen el resto de las manifestaciones clínicas, como las dificultades del lenguaje, las apraxias, las agnosias y las alteraciones del comportamiento.

¿Cuales serán entonces los recursos ambientales con los que se cuenta para adaptar el ambiente y compensar este déficit?

Recordar que los recursos ambientales no deberán utilizarse en forma aislada, sino de la manera que cubran la mayor cantidad de sentidos comprometidos.

Cabe aclarar que las siguientes recomendaciones están planteadas para readaptar una vivienda existente, mientras que éstas serán pautas de diseño básicas cuando se trate de una vivienda nueva diseñada atendiendo al concepto de diseño universal, así como también podrán aplicarse para el caso de instituciones.

Recursos ambientales que contribuyen a mejorar el déficit de memoria

Los primeros conflictos con el ambiente que pro-

voca la pérdida de la memoria son: la desorientación en el espacio y el tiempo, los falsos reconocimientos de lugares y personas y la dificultad en la comprensión de signos y señales.

Para contribuir a mejorar la ubicación en el espacio de la persona con demencia se podrá apelar a la utilización de diferentes recursos, por un lado la utilización de "objetos del pasado" y por otro al tratamiento del espacio en cuanto a su organización funcional, formal y perceptiva. La utilización de "objetos del pasado", se refiere a mantener en el ambiente objetos personales del enfermo como cuadros, fotografías, recuerdos, muebles y todos aquellos elementos que hayan tenido un significado especial en su vida, es importante mantenerlos ubicados siempre en el mismo lugar.

El tratamiento del espacio en cuanto a su organización se refiere a la necesidad que surgirá de reorganizar la vivienda frente a posibles situaciones de desorientación. El enfermo con demencia tiene dificultades para registrar las imágenes y situaciones espaciales, como consecuencia de la falla mnésica es posible que se pierda o se desoriente aún dentro de su propia casa. No puede enlazar distintos registros de imágenes sucesivas por lo tanto pasar de un lugar a otro de la vivienda puede ser motivo de desorientación, no sabe de donde viene, ni hacia donde va.

En la medida de lo posible se deberá organizar la distribución de los espacios de la vivienda tendiendo a unificar el lugar donde está el enfermo, la reorganización de la vivienda con la menor cantidad de transferencias espaciales, el concepto de un único espacio, sectorizando en él las áreas para las diferentes actividades de la vida diaria podría ser una alternativa conveniente.

La utilización de "pistas orientadoras" contribuirán a guiarlo dentro de su vivienda, entendiendo a éstas como carteles con el nombre de cada ambiente de la vivienda, ubicados en la puerta de cada uno de los mismos o en el frente de armarios, alacenas y todo lugar de guardado y almacenamiento. Los carteles deberán tener letras grandes de imprenta y tener bien diferenciado el texto del fondo por contraste. Recordar que la comprensión de lenguaje también está comprometida, pero sin embargo el lenguaje es una facultad que se preserva hasta los estadios más avanzados, "lo primero que se aprende en la vida es lo último que se olvida", el enfermo puede leer un cartel y así saber donde está.

En cuanto al reconocimiento del espacio la persona afectada con demencia tiene alterada la comprensión del lugar, por lo tanto lo entenderá y se le presentará de manera diferente. Para el tratamiento de las superficies que conforman los ambientes, los lugares de las viviendas, se cuenta con los recursos del

color, la textura y la iluminación, que utilizados en forma solidaria mejorarían la lectura del espacio físico, provocando los contrastes adecuados. Por ejemplo: en un ámbito genéricamente claro, un color de pared diferenciado puede servir para identificar el área de comer; o la puerta de acceso y las paredes del dormitorio del mismo tono ayudarán a su reconocimiento.

El color y la textura pueden contribuir significativamente a mejorar la lectura del espacio frente a las dificultades producidas por las agnosias visuales y las alteraciones de las capacidades visuoespaciales.

Se recomienda el uso de colores claros, la diferenciación de color entre planos horizontales (pisos y cielorrasos) y verticales (paredes). Las texturas pueden contribuir conjuntamente con el color para marcar diferencias entre planos, deberán evitarse texturas brillantes, que produzcan reflejos o destellos, como así también superficies con espejos, que alteran la lectura de los límites concretos y reales de un determinado espacio y crean situaciones de percepción virtual o fenoménica, como sería el caso de aumentar la profundidad real o duplicar los límites de un lugar.

Se deberá evitar la utilización de revestimientos en paredes de baños y cocinas (revestimientos cerámicos), como en otros ambientes (empapelados), con diseños geométricos o abstractos, que requieren ser interpretados por áreas más elaboradas del cerebro, afectadas en los pacientes con demencia, siendo preferible la utilización de revestimientos lisos (cerámicas y papeles) y de colores claros.

La iluminación de la vivienda también es un punto importante a considerar, tanto la iluminación natural como la artificial. Es importante permitir el paso de la luz natural desde el exterior; los ambientes con buena luz natural son beneficiosos para la regulación del metabolismo, tanto en el envejecimiento normal como en el patológico. Una buena iluminación contribuye a paliar una de las alteraciones más estresantes de la enfermedad: "las alteraciones del sueño". El "síndrome de la caída del sol" (*sundowning*) y la alteración de los ciclos del sueño (los ritmos día /noche) pueden atenuarse con los efectos de una buena regulación lumínica que permita disminuir o aumentar la intensidad de la luz según sea necesario. Contrarrestar el efecto del anochecer con una buena iluminación artificial podría contener los efectos de este síndrome, como la inquietud, agitación y nerviosismo.

Existen también conflictos en el reconocimiento de los sonidos, por lo que se deberá plantear cómo responder a este conflicto y transformarlo en un recurso positivo. Al estar alterada la discriminación auditiva, es decir que el enfermo no es capaz de discriminar entre un sonido y otro, un ambiente sin el debido tratamiento acústico puede ser perjudicial. La superpo-

sición de diferentes fuentes sonoras, tanto para el ruido ambiental que proviene del exterior como para el ruido ambiental en el interior de la vivienda, puede generar episodios de confusión, stress o intranquilidad en el enfermo y acentuar aun más la alteración del sueño que presentan estos enfermos. La aplicación de materiales acústicos de aislamiento y absorción apropiados para controlar el ruido ambiental exterior e interior es recomendable, por ejemplo el ruido exterior del tránsito, construcciones vecinas etc., como así también entre un ambiente y otro de la misma vivienda (televisión, radio, electrodomésticos, etc.).

El sonido en sentido positivo podría ser utilizado como recurso orientador, por ejemplo la música en una sala de estar, en este caso como un recurso personalizado, atendiendo a las preferencias o gustos del paciente y a su vida pasada, la música puede recordar o evocar situaciones del pasado y tener un componente altamente significativo en algunos casos.

Hemos visto que todos los sentidos están alterados en mayor o menor grado durante el desarrollo de la enfermedad, existen dificultades en el reconocimiento de los olores sin embargo el olor, un olor familiar (del almuerzo, de un perfume, de alguna flor) también podrá ser utilizado de manera positiva en el ambiente, apelar de alguna manera al recuerdo, y ser un elemento orientador.

"...Se sabe que estas personas no se sienten perturbadas por estimulaciones comunes sino por aquellas que no comprenden: rock, colores brillantes, cuidadores gritándose unos a otros, extraños, descortesés. El medio para ellos se crea a partir de alrededores familiares, un sentimiento de residencia, olores a comida, música que puedan recordar" 7.

Frente al deterioro de las actividades motoras también contamos con recursos de diseño que nos ayudarán a compensar estas discapacidades, como el diseño del equipamiento y el diseño de los objetos en el microambiente (interruptores en general, llaves, cerrjos, trabas, agarraderas). En este caso se trata de un diseño más personalizado, de un ajuste antropométrico, según el caso, donde se deberá balancear el recurso frente a la dificultad motora a compensar.

Esta dificultad de realizar movimientos en cadena se traduce en el desempeño de las actividades de la vida diaria, como por ejemplo sacar objetos de un armario o alacena, manipular elementos en la cocina, usar el equipamiento de cualquier ambiente de la casa. Se recomienda revisar el equipamiento existente y adaptarlo si fuera necesario, siendo preferente el uso de aristas redondeadas, evitando bordes salien-

tes. El color del equipamiento deberá contrastar con los colores del piso y las paredes. Es mejor utilizar un único color en las superficies de apoyo diferenciando con otro color los bordes. Minimizar la textura utilizando un solo material en cada mueble u objeto. Es conveniente que su diseño sea sencillo, de superficies lisas y opacas, de manera de simplificar su lectura. Se recomienda distribuir el equipamiento de manera perimetral en el ambiente ó concentrado por sectores de manera de dejar espacios más amplios y despejados para el área de circulación, así se reducirán los riesgos de accidentes (golpes, caídas). Es importante que el equipamiento guarde siempre el mismo orden, propiciando el "anclaje perceptual" que beneficiará la orientación.

Recursos ambientales que contribuyen a mejorar los síntomas psiquiátricos o comportamentales

Uno de los comportamientos característicos de esta enfermedad y que puede aparecer en forma precoz durante su desarrollo es el vagabundeo o deambulación, que se presenta como una necesidad constante de caminar. En la reorganización de la vivienda será necesario disponer de un espacio para esta actividad, espacio que podrá ser tanto interior como exterior (patios, jardines). Este espacio deberá estar liberado de muebles y objetos si es interior, tener un piso antideslizante o debidamente tratado (sin ceras) y sin obstáculos (escalones, peldaños) de manera de disminuir el riesgo de accidentes. El caminar sin sentido puede mejorarse si en este espacio se disponen algunos puntos de interés como por ejemplo cuadros o fotografías que distraigan al paciente en su deambular constante, y dé un sentido más terapéutico al caminar, colocando estas situaciones de interés.

Es importante la buena iluminación tanto natural como artificial, sobre todo si pensamos que esta actividad se desarrolla en cualquier momento de día, se deberá instalar dispositivos de iluminación con sensores que se enciendan automáticamente si el enfermo se levanta durante la noche a deambular, y siempre tener en cuenta los dispositivos de seguridad en puertas y ventanas.

Retomando lo dicho anteriormente con respecto a las alteraciones del sueño, estos pacientes tienen dificultades para conciliar el sueño por lo que también habrá que resolver la iluminación nocturna tanto en lugares de circulación, como en el baño y la cocina con algún dispositivo que permita la regulación de la intensidad.

Las alteraciones del sueño pueden mejorar trabajando adecuadamente con el recurso de la luz. La luz puede tener un efecto estimulante por ejemplo aumentar la intensidad de la luz al atardecer puede contrarrestar el síndrome de la caída del sol, como también

ayudar a regular los ciclos del sueño-vigilia (ritmo circadiano).

CONCLUSIONES

Frente a las propuestas aquí enunciadas se harán algunas consideraciones que permitan reflexionar y plantear a futuro una profundización sobre el tema.

La problemática aquí planteada se ha estudiado a partir de antecedentes y experiencias desarrolladas en otros países, donde ha sido posible la comprobación de las virtudes del ambiente en la modificación de los comportamientos que plantea esta enfermedad como se ha visto a lo largo del desarrollo de este trabajo.

A nivel local la experiencia se ha realizado desde el contacto directo con el grupo de autoayuda GAMA (Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes), donde ha sido posible realizar observaciones directas de las actividades de pacientes que se encuentran en estadios leve y moderado y donde se han realizado entrevistas a familiares y cuidadores.

Datos recogidos de las entrevistas han sido de gran aporte para el análisis de la situación a nivel local. En ellas se han relevado diferentes aspectos como las características físicas de la vivienda donde vive el paciente, las conductas del paciente durante los distintos momentos del día, las actividades por el desarrolladas, el nivel deterioro cognoscitivo (alteraciones de la memoria y del comportamiento). También se ha recopilado información sobre la necesidad de cuidados que requiere cada paciente y sobre las modificaciones que se han realizado en la vivienda desde que se presentó la enfermedad.

Esto ha permitido recabar gran cantidad de datos, que valorados desde su aspecto cualitativo han permitido aproximarse a la problemática planteada y abrir un espectro de necesidades a resolver en el marco local.

Uno de los datos más relevantes de estas entrevistas es que en casi todos los casos las modificaciones en relación al ambiente han sido mínimas, casi respondiendo exclusivamente a los aspectos que hacen a la seguridad, y en algunos casos se han aplicado recursos en cuanto a beneficiar la orientación (utilización de carteles, pistas orientadoras) para apuntalar el desempeño de las actividades de la vida diaria, siendo la terapia de estimulación que realizan en este centro el único sostén de las capacidades remanentes del enfermo.

Por tratarse de experiencias muy recientes en países desarrollados, a nivel local necesitaremos de al-

gún tiempo de experimentación en la aplicación de los recursos ambientales con sentido terapéutico para poder confirmar si existe esta posibilidad de actuar en el ambiente físico como una terapia más que sumada al resto de las terapias de estimulación cognoscitiva puede mejorar el estado biopsicosocial del enfermo y sostener su calidad de vida.

Será necesario poder construir estos ambientes con sentido terapéutico ya sea a partir de adaptar viviendas existentes ó desde la construcción de ambientes pensados y proyectados desde cero atendiendo a recursos planteados, para poder evaluar más a largo plazo la validez de estos recursos.

La propuesta es crear un instrumento de evaluación ambiental a largo plazo (3 años aproximadamente.) que permita tener registros año a año de la necesidad de las modificaciones ambientales en correlato con el desarrollo de la enfermedad para tener datos más concretos de la experiencia en el ambiente.

Si el ambiente físico tendrá un rol significativo en tanto ambiente estimulante requerirá de modelos experimentales a largo plazo que permitan su comprobación, mientras tanto será importante la difusión y transferencia en el entorno social de enfermo, pues aún si estos recursos se aplican aunque sea parcialmente, podrán contribuir en cierta medida a mejorar la calidad de vida del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tarraga Mestre L. *Terapias blandas: programa de psicoestimulación integral, alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de alzheimer*. Fundación ACE, Barcelona, España. *First International Congress on Neuropsychology in Internet*, pag. 6 y 7.
2. Tarraga Mestre L. *Terapias Blandas: Programa de psicoestimulación integral, alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de Alzheimer*. Fundación ACE, Barcelona, España. *First International Congress on Neuropsychology in Internet*, pag. 7.
3. Tarraga Mestre L. *Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación integral, alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de Alzheimer*. Fundación ACE, Barcelona, España. *First International Congress on Neuropsychology in Internet*, pag. 7.
4. Flores Lozano, José Antonio. *Enfermedad de Alzheimer: Aspectos Psicosociales*. Editorial Edika Med, España. 1996; 96-7.
5. Tarraga Mestre L. *Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación integral, alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de Alzheimer*. Fundación ACE, Barcelona, España. *First International Congress on Neuropsychology in Internet*.
6. Tarraga Mestre L. *Terapias blandas: Programa de psicoestimulación integral, alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer*. Fundación ACE, Barcelona, España. *Neurología* 1998; 51-2.
7. Zeisel J. *Chapter 7: Life quality alzheimer care in assisted living. Aging, autonomy and architecture. Advances in assisted living*. Edited by Benyamin Scharz and Ruth Brent, The Johns Hopkins University Press, Baltimore and London. 1999; 116.