

MANUAL PARA CUIDADORES

Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

**Jornadas de Sensibilización para Cuidadores
Domiciliarios de Personas con Enfermedad de
Alzheimer y/u otras demencias**



C u i d a d o s
D o m i c i l i a r i o s

Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA



200 AÑOS
BICENTENARIO
ARGENTINO



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

AUTORIDADES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Jefe de Gabinete de Ministros

Dr. Aníbal Fernández

MINISTRA DE DESARROLLO SOCIAL

Dra. Alicia Kirchner

SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Lic. Marcela Paola Vessvessian

DIRECTORA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES

Dra. Mónica Roqué

FACULTAD DE PSICOLOGIA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Decana Prof. Lic. Nélide Carmen Cervone

Vicedecana Prof. Dra. Lucía Arminda Rossi

PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS DOMICILIARIOS

Coordinadora Nacional

Com. Soc. Adriana Morbelli

EQUIPO TÉCNICO y ADMINISTRATIVO

***Lic. Constanza
Fernández Salvador***

Lic. Norma Torrecilla

Lic. Mariana Nadal

***Lic. Ana Paula
Villanueva***

***Lic. Anabella
Rodríguez Parodi***

***Psic. Soc. Silvina
Sotelo***

Sr. Cristian Chacón

Sra. Nora Viegas

Srta. Marcela Tejeda

Sr. Darío González

COLABORADORES:

Este material fue confeccionado por profesionales dedicados al trabajo con Adultos Mayores, representantes de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) y la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Dr. Prof. Ricardo Iacub

Lic. Laura Fernández Colmenero

Lic. Eduardo Daniel Irazabal

Lic. Mariana Mansinho

Lic. Myriam Petrongolo

Lic. Rosa Rodríguez Reaño

Lic. Nadia del Médico Zajac

Lic. Jimena Pedeuboy

Lic. Claudia Yavitz

Lic. Victoria Salamé

**ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y/U OTRAS DEMENCIAS
PARA CUIDADORES DOMICILIARIOS**

INDICE

CAPITULO 1

1. Introducción a los conceptos básicos sobre las demencias.....	7
1.1 Cambios esperables en el envejecimiento.....	7
1.2 Definición de demencia.	9
1.3 Clasificación.	10
1. 4 ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?	11
1.4.1 Definición y descripción.....	11
1.4.2 Síntomas cognitivos. El lenguaje en la persona con la enfermedad de Alzheimer	17
1.4.3 Síntomas conductuales.	19
1.4.4 Deterioro funcional.	20
1.4.5 Diagnóstico y tratamiento.	21
1.4.6 Fases de la enfermedad.	23
1.5 Demencia Vascolar	28
1.5.1 Definición y descripción.	29
1.5.2 Síntomas. Diferencias con la enfermedad	29

1.5.3 Diagnóstico y tratamiento.....	31
1.6 Síndrome Confusional Agudo (o Delirium)	33
1.6.1 Definición y descripción.....	33
1.6.2 Síntomas. Diferencias con la enfermedad de Alzheimer.	36
1.6.3 Prevención y cuidados.....	37

CAPITULO 2

2. El familiar de la persona con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias.....	38
2.1 Incidencia de la enfermedad en la familia.....	38
2.2 Fases por las que pasa la familia.....	47
2.3 Sobrecarga del cuidador.....	49

CAPITULO 3

3. Comunicación y habilidades de relación con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias.....	61
3.1 Introducción.....	61
3.2 Cómo debemos y cómo no debemos comunicarnos con la persona con la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias	62
3.3 Claves de comunicación con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias	66
3.4 Habilidades de relación con la persona afectada con la enfermedad	

de Alzheimer y/u otras demencias	69
--	----

CAPITULO 4

4. Manejo de los trastornos de conducta en personas con la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias	72
4.1 Introducción.....	72
4.2 Situaciones generales.....	73
4.3 Manejo de la ansiedad.....	82
4.4 Manejo del riesgo elevado de violencia.....	84
4.5 Cuadros delirantes y alucinaciones	89
4.6 La confusión.....	92
4.7 Otras alteraciones conductuales.....	93
4.8 Caídas y daños físicos	97

CAPITULO 5

5. Modificación del ambiente: recursos básicos de prevención de riesgos en el Ambiente	101
---	------------

CAPITULO 6

6. Ejercicios para estimulación cognitiva en personas con Enfermedad de Alzheimer en fase moderada	111
---	------------

Glosario.....	120
----------------------	------------

CAPITULO 1

1. Introducción a los conceptos básicos sobre las demencias

1.1 Cambios cognitivos esperables en el envejecimiento.

Los cambios cognitivos esperables en la población de adultos mayores se traducen en una disminución del desempeño cognitivo relacionada a cambios fisiológicos, no son cambios patológicos. A esta disminución se la llama *declive cognitivo para diferenciarlo del deterioro*.

Los cambios cognitivos esperables en el envejecimiento no comprometen la autonomía de la persona, no interfieren en el diario vivir.

El declive cognitivo se observa en el adulto mayor cuando existe una menor eficiencia al realizar tareas intelectuales. Estas le insumen más tiempo y más esfuerzo cognitivo, pero alcanzan el resultado correcto. Esta declinación cognitiva en los adultos mayores tiene como **mecanismos principales** (Park, 2002) la disminución en la velocidad de procesamiento de la información, alteraciones particulares en la memoria sobre todo en la evocación espontánea de la información y en la codificación de la misma, cambios en la atención y cambios en las funciones sensoriales que impactan en el funcionamiento cognitivo en su conjunto.

Algunos ejemplos de cambios esperables en adultos mayores sin patología:

- ✓ La persona olvida parte de situaciones o eventos, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista o aparecen espontáneamente más tarde.
- ✓ Las quejas de memoria muchas veces corresponden más a rasgos ansiosos o depresivos que a fallas de memoria propiamente dichas.
- ✓ Disminución de la capacidad de recuperar información almacenada en la memoria (los recuerdos están aunque cuesta evocarlos en forma espontánea, si se le da la primera sílaba de la palabra la persona recupera la palabra o si se le da información del contexto del evento olvidado).
- ✓ Dificultades en la atención y en la organización de la información produciendo fallas en el registro de la información nueva en la memoria con la consiguiente dificultad para su evocación.
- ✓ Enlentecimiento en la velocidad de tratamiento de la información (procesamiento cognitivo) y en el aprendizaje de nueva información.
- ✓ Disminución en la capacidad de atención dividida (hacer dos tareas casi simultáneamente).
- ✓ Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiadas (mayor distractibilidad).

- ✓ Mayor dificultad en la flexibilidad mental y abstracción.
- ✓ Hay una preocupación por la disminución en el rendimiento de la memoria aunque no provoque impacto en ámbitos sociales, familiares y laborales.
- ✓ Las dificultades son relativamente estables en el tiempo.
- ✓ No hay episodios de desorientación espacial o temporal.
- ✓ No aparecen trastornos de la conducta.

1.2 Definición de demencia

Síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El déficit cognoscitivo se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento o de la motivación. Repercute en la actividad diaria del enfermo. (Definición de DEMENCIA según la OMS)

Cuando a una persona se le diagnostica una demencia, es porque da claras señales de deficiencias en la memoria, razonamiento y comportamiento. En general son un conjunto de síntomas que producen distintos daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.

Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Los déficits cognitivos pueden afectar a cualquiera de las funciones cerebrales, particularmente las áreas de la memoria, el lenguaje (afasia), la atención, las habilidades viso-constructivas, motoras y las funciones ejecutivas como la resolución de problemas o la inhibición de respuestas.

Durante la evolución de la enfermedad se puede observar pérdida de orientación tanto espacio- temporal como de identidad. La demencia puede ser reversible o irreversible según el origen etiológico (es decir, la causa) del desorden.

1.3 Clasificación de las demencias

- ▶ **Primarias:** Debidas a una patología degenerativa del SNC, y suelen ser de etiología desconocida. (Por ejemplo: Enfermedad de Alzheimer, Cuerpos de Lewy, Enfermedad de Pick, Parkinson, etc.)
- ▶ **Secundarias:** En ellas el deterioro cognitivo es solo un síntoma más secundario a una enfermedad de etiología conocida. (Por ejemplo: Demencia vascular, demencia por tumores, meningitis, hidrocefalia, etc.)

1.4 ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

1.4.1- Definición y descripción.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos (placas amiloides y ovillos neurofibrilares). El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. (Definición de Enfermedad de Alzheimer según la OMS).

Dicho de otro modo, la enfermedad de Alzheimer es “una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas”. Entre las partes afectadas del cerebro se encuentran las que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Podría decirse que se ven altamente afectadas las funciones cognitivas (memoria, capacidad de aprendizaje, pensamiento y cálculo, lenguaje, orientación espacio-temporal), motivo por el cuál a la persona con demencia se le dificultará cada vez más planificar, argumentar, hacer cálculos y tomar decisiones.

El proceso de la enfermedad es gradual y generalmente la persona se deteriora lentamente. Hasta ahora, la causa de la enfermedad es desconocida

y no tiene cura.

Que no tenga cura no quiere decir que no sea tratable, por el contrario, con tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuado en los comienzos de la enfermedad se puede lograr un enlentecimiento de su progresión. El pronóstico de vida de la persona con EA es de aproximadamente ocho años, pero con un diagnóstico temprano y un buen tratamiento, dependiendo de la persona enferma, se puede vivir entre quince y veinte años una vez comenzada la enfermedad. Brindar un tratamiento adecuado e integral de la enfermedad en todos sus estadios mejora la calidad de vida de la persona con Alzheimer.

Esta enfermedad debe su nombre al psiquiatra y neurólogo alemán Alois Alzheimer (1864-1915), que realizó una descripción en el año 1906 sobre una paciente - llamada Auguste Deter- de tan sólo 51 años de edad. Esta señora presentaba un trastorno de deterioro progresivo de la memoria, que evolucionó hacia desorientación, trastornos del habla e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Su muerte aconteció a los 56 años en un estado que podíamos definir como de demencia avanzada.

Volviendo a la definición inicial de la enfermedad con la que comenzamos este módulo, el factor relevante y decisivo, origen y desencadenante de la enfermedad, radica en la muerte progresiva de las células cerebrales- neuronas-. En nuestro organismo, las células cumplen un ciclo vital, nacen, cumplen su función durante un período de vida y mueren y en su lugar

aparecen otras células nuevas que las sustituyen, es decir, existe recambio. Sin embargo, en el caso de las neuronas esto no es así, nacemos con un número predeterminado de ellas que al morir no tienen recambio¹, lo cual nos lleva a la conclusión que con la edad el número de las mismas van disminuyendo. Cuando sin un origen conocido -todavía- y de forma progresiva, la pérdida de éstas se produce a un ritmo mucho mayor que el normal por el transcurso de la edad, estaremos ante un cuadro de Alzheimer.

Para entender mejor la importancia de las neuronas, conviene saber que su función específica es la de transmitir la información del cuerpo al cerebro y en el otro sentido, transmiten las órdenes del cerebro a los músculos -entre otros- gracias a la llamada corriente nerviosa. Además las neuronas son las responsables de la actividad cerebral y del aprendizaje, información y muchas otras funciones. Por ello, ante la disminución de éstas, la consecuencia más inmediata es la existencia de más dificultad para mantener las funciones intelectuales y cognitivas.

A.- El factor edad

El propio transcurso de la edad, trae como consecuencias en los seres

¹ Desde hace pocos años, han aparecidos estudios que confirman que en nuestro cerebro no sólo hay células madre sino que también hay neurogénesis, es decir producción de nuevas neuronas. Esto alimenta la esperanza de los investigadores, que en un futuro, se desarrollen técnicas de regeneración neuronal que posibiliten el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer u otras como el Parkinson.

humanos, no sólo la disminución de las neuronas - como ya hemos visto, sino también una serie de modificaciones estructurales, entre ellas, la aparición de placas seniles y de ovillos neurofibrilares² que afectan también al normal desenvolvimiento de la actividad neuronal. En esta línea, la edad conlleva también la disminución de los neurotransmisores, es decir, las sustancias responsables de la comunicación entre las células neuronales.

Las neuronas se alimentan esencialmente de oxígeno y de glucosa y son muy sensibles a la falta de ambos, un riego deficiente en cualquier zona del cerebro puede ocasionar daños irreversibles e incurables. Se estima que con la edad llega menos sangre al cerebro (un 25% menos a partir de los 70 años.).

En conclusión, con la edad:

- * El número de neuronas se reduce.
- * Aparecen en las neuronas las modificaciones estructurales: placas y ovillos.
- * Llega menos sangre al cerebro.
- * Disminuyen la cantidad de neurotransmisores.

Obviamente las causas que deterioran o afectan a la actividad neuronal, no

² Las Placas Seniles y los ovillos neurofibrilares son un conglomerado anormal de proteínas compuesto por pequeñas fibrillas entrelazadas dentro de las neuronas.

sólo tienen que ver con la edad, sino que existen otras muchas causas para ello. Por especificar alguna de ellas, tenemos:

- * Trastornos del metabolismo: enfermedades de tiroides (hipo e hipertiroidismo), enfermedades hepáticas, algunas carencias vitamínicas, en especial la vitamina B-12, etc.
- * Alteraciones que afectan a la estructura del cerebro: tumores cerebrales, traumatismos, tóxicos, etc.
- * Infecciones como el SIDA.
- * Enfermedades de tipo degenerativo, la mayoría de ellas con un origen desconocido, las llamadas demencias primarias. Aquí podemos incluir tanto el propio Alzheimer, como la enfermedad de Parkinson, enfermedad de Pick, demencia fronto - temporal, entre otras.
- * Enfermedades vasculares. Entre la más importante la secundaria AVC (Accidente Vascular Cerebral), demencia multinfarto (provocado por falta de riego sanguíneo a nivel cerebral provocando la muerte de las neuronas de forma irreversible y disminuyendo por tanto las capacidades cognitivas de la persona).
- * Otras: trastornos de la nutrición, epilepsia, etc.

B- El Alzheimer como problema socio-sanitario.

En un principio esta enfermedad presentaba una incidencia baja entre la población, pero en la actualidad se ha convertido en uno de los problemas

socio-sanitarios más importantes de los países desarrollados, tanto es así que podemos afirmar que actualmente la Enfermedad de Alzheimer es la primera causa de incapacidad para las personas mayores, deteriorando por tanto, el llamado envejecimiento satisfactorio. El hecho de que en nuestros días su presencia haya aumentado, se basa fundamentalmente al envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida de nuestros mayores.

En América Latina se estima que el número de afectados por la enfermedad de Alzheimer es del 40 % de los mayores de 85 años. En Argentina, la cifra de personas afectadas de esta enfermedad es más de medio millón, convirtiendo esta enfermedad en un verdadero problema socio-sanitario de gran magnitud.

La enfermedad de Alzheimer afecta a cada persona de diferente manera. Su impacto depende, en gran parte, de cómo era la persona antes de la enfermedad, su personalidad, condición física, su formación o estilo de vida. Por esto, no todas las personas con la enfermedad de Alzheimer mostrarán todos estos síntomas, ya que varían de un individuo a otro.

Se pueden entender mejor los síntomas de la enfermedad de Alzheimer en el contexto de tres etapas de desarrollo que dan cuenta de su gravedad:

- etapa inicial o demencia leve
- etapa intermedia o demencia moderada
- etapa final o demencia severa

El conocimiento de estas etapas sirve como guía para entender el avance de la enfermedad. También para ayudar a los Cuidadores a estar alertas a determinadas situaciones y permitir planear las necesidades futuras. Cada persona vivirá el progreso de la enfermedad de una manera distinta.

Algunos de estos aspectos pueden aparecer en cualquier etapa, por ejemplo un comportamiento que aparece en la última etapa puede ocurrir en la etapa media. Además, los cuidadores deben saber que en todos los períodos pueden aparecer cortos momentos de lucidez.

A continuación vamos a abordar los distintos síntomas de la enfermedad; cognitivos, conductuales y funcionales, así como criterios de diagnóstico que nos hagan entender que estamos ante una patología de Alzheimer.

1.4.2.- Síntomas cognitivos

El síntoma inicial más frecuente del cuadro de Alzheimer, es la **pérdida de memoria**, sobre todo la memoria de experiencias personales en un sitio y en un momento determinado de la vida, así los conocimientos generales y las habilidades aprendidas durante la existencia de la persona, se conservan en los estadios precoces de la enfermedad.

Inicialmente tampoco se afecta la atención. Sí se afecta llamativamente la capacidad de recordar palabras o sucesos nuevos, a pesar de intentar aprenderlos mediante repeticiones, olvidándolos muy pronto. Según avanza la enfermedad todo esto se va haciendo más presente, y cada vez hay más dificultad para recordar cosas recientes, incluso sucedidas minutos antes.

Lentamente, tras la aparición de los trastornos de la memoria aparecen los [trastornos del lenguaje](#), siendo muy característica la incapacidad para recordar los nombres de las personas, cosas, y situaciones (por ejemplo, no recordar el nombre de la pareja, no recordar el nombre de los cubiertos, no recordar el nombre de una celebración concreta – bautismo, boda, etc.-); también se deteriora la fluidez verbal, capacidad para comprender el lenguaje escrito y la capacidad para expresarse escribiendo.

Otras capacidades cognitivas que se deterioran son las relacionadas con la [capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas](#) más o menos complejas que requieren la participación de distintas habilidades de la esfera intelectual, como por ejemplo, las relacionadas con la economía, desde la compra de bienes de uso diario y el manejo del dinero (por ejemplo no saber interpretar el precio del pan, la cantidad que se precisa pagar y la que se recibe como vuelto) gestiones bancarias o de recibos (por ejemplo dejar de pagar recibos de luz o teléfono por no entender la necesidad de ello). En estas alteraciones son menos llamativas, en fases precoces de la enfermedad,

aquellas actividades más rutinarias (por ejemplo comprar el pan o el periódico) y llaman más la atención en aquellas actividades nuevas o menos frecuentes (por ejemplo reunir la información necesaria para hacer la rendición a AFIP, intentar llevar a cabo las gestiones administrativas para el funeral de la pareja por fallecimiento de ésta, etc.).

También falla el pensamiento abstracto, la capacidad para razonar, analizar y producir ideas complejas más allá de lo puramente perceptible por los sentidos (se puede detectar simplemente, pidiéndole a la persona que interprete el significado de un refrán).

Otros síntomas son la incapacidad para representar mediante dibujos, objetos sencillos, armar rompecabezas u objetos con piezas sueltas.

Un síntoma más tardío, es la incapacidad para saber, no el nombre, sino para qué sirven determinados objetos (por ejemplo al principio de la enfermedad la persona podía no saber cuál es el nombre "birome o lápiz" pero sí para qué servía y ser capaz de usarlo, y más adelante no saber el nombre, ni usarlo).

1.4.3.- Síntomas afectivos y conductuales

El más frecuente de los síntomas conductuales es la depresión, sobre todo en los primeros años. En especial, en periodos de "lucidez" en donde se da cuenta perfectamente de las lagunas y pérdida de habilidades, lo cual le lleva a una situación angustiosa y de impotencia ante ello.

El resto de las alteraciones son frecuentes, pero algo más tardías: ansiedad, agitación, pérdida de las inhibiciones (demandas de índole sexual, desnudez en situaciones socialmente improcedentes, lenguaje soez en personas previamente muy correctas etc.). Otras alteraciones pueden conllevar agresividad, delirios o alucinaciones (ver a personas ya fallecidas, animales, escuchar voces, seres desconocidos, pensar que se tiene otra edad, etc.).

1.4.4.- Deterioro funcional

Es la incapacidad para realizar las actividades cotidianas en su vida diaria. Indudablemente se verán más o menos afectadas dependiendo de la fase y progresión de la enfermedad que nos encontremos, así podemos clasificarlas en:

1. **Actividades Básicas:** Son aquellas actividades básicas de autocuidados y movilidad como son; comer, vestirse, desplazarse, asearse y otros.
2. **Actividades Instrumentales:** Son aquellas actividades que le permiten vivir independientemente, como puede ser usar el teléfono, tomar la medicación, etc.
3. **Actividades Avanzadas:** Son aquellas que están relacionadas con

aficiones, participación en actividades comunitarias, ocio, etc.

1.4.5.- Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

¿Por qué es importante el diagnóstico?

Porque como se trata de una demencia degenerativa y cuanto antes se detecte la enfermedad, tendremos más posibilidades de controlar los síntomas y evitar un avance precipitado.

El diagnóstico precoz ayuda al cuidador no solamente a estar informado sobre la enfermedad, sino también a saber cuáles serán las expectativas. Asimismo, es un momento óptimo para la administración de los medicamentos sintomáticos disponibles actualmente y para el inicio del tratamiento no farmacológico (estimulación cognitiva, etc.). Por otra parte, es la primera etapa para planear el futuro donde las facultades mentales de la persona con demencia aun están conservadas y esto permitirá comenzar a identificar las necesidades y directrices en cuanto a la toma de decisiones anticipadas sobre su futuro (testamento vital, designación de tutor, voluntades, etc.).

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer solamente se confirma con un estudio post-mortem del cerebro, es decir, es necesario realizar un estudio anatomopatológico del mismo, esto significa tomar una muestra de tejido

cerebral y analizarlo y comprobar las alteraciones del mismo.

Existen otros medios para realizar dicho diagnóstico (posible - probable con un 10% aproximado de error). Lo realizan neurólogos, geriatras, psiquiatras y neuropsicólogos. No existe una prueba única. Se hace siguiendo criterios y procesos de valoración tanto biológicos, psicológicos y sociales que implican la realización de varias pruebas, entre ellas:

- Entrevistas
- Historia Clínica completa
- Evaluación neurológica y neuropsicológica (test psicométricos, baterías, etc.)
- Pruebas complementarias:
 - Análisis clínicos: pruebas de imagen, analíticas (orina, sangre, líquido cefalorraquídeo, etc.)

En el caso de la presencia de deterioro cognitivo - un personal facultativo calificado- puede realizar determinadas pruebas, tanto las especificadas anteriormente como otras, las cuales sirven para diagnosticar demencias tratables. Si son negativas, nos inducirán a pensar en una enfermedad de Alzheimer, lo cual nos llevará a un diagnóstico por exclusión.

Es importante también la existencia de unos test que miden el deterioro cognitivo, entre ellos tenemos el Mini-examen Cognitivo de Lobo; su uso es

muy frecuente porque nos aporta una información valiosa, es fácil de aplicar y su interpretación no requiere cálculos matemáticos complicados.

¿Hay algún tratamiento para su cura?

No. Por el momento no hay ningún tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, hay muchas cosas que se pueden hacer con, para y por la persona con enfermedad de Alzheimer, además de aliviar la carga que lleva el cuidador.

Actualmente, existen medicamentos para personas que se encuentran en las primeras etapas de la enfermedad. Estos medicamentos pueden ayudar con algunos de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

Asimismo, existe una evidencia empírica que demuestra la eficacia de las terapias no farmacológicas, cobrando cada vez mayor relevancia en la intervención en la enfermedad de Alzheimer. Se basan en un conjunto de técnicas terapéuticas que pretenden potenciar las capacidades y ralentizar el avance de la enfermedad, fomentando la autonomía del adulto mayor y por tanto, su calidad de vida y bienestar psicosocial.

1.4.6.- Fases de la enfermedad

A- Fase Inicial

También llamada **demencia leve**, es una fase que no se sabe aún lo que está pasando, muchas veces es catalogada de forma incorrecta por profesionales, familiares y amigos como vejez o como algo normal en el proceso de envejecimiento. Por ser una enfermedad gradual es difícil de precisar el momento exacto de comienzo. Tiene un comienzo sutil, insidioso, casi sin darnos cuenta, suele durar de dos a tres años. Lo más característico son los fallos de la memoria; los olvidos, con una alteración importante de la fase de fijación.

La propia persona que padece demencia se da cuenta de que algo va mal, pero aún puede ocultarlo a los demás, hasta que sufre desorientación temporal y espacial, es decir, no saben muy bien a qué fecha estamos y se pierden en lugares que son conocidos previamente por él.

Entre los trastornos emocionales que aparecen está la depresión, este tema es importante para un buen diagnóstico precoz de la enfermedad, puede ocurrir que se diagnostiquen erróneamente trastornos depresivos cuando estamos ante una demencia que se está instaurando, aunque también puede ocurrir al contrario, diagnosticar como demencia un trastorno depresivo. Quienes lo padecen suelen perder espontaneidad en las actividades, aunque siguen realizando las actividades básicas de la vida diaria.

Debido a que la persona con demencia es consciente de que algo ocurre, sufre episodios de ansiedad e irritabilidad.

Resumiendo, en esta primera etapa la persona enferma puede:

- Tener pérdida de memoria significativa, especialmente la de hechos recientes o de la memoria de corto plazo.
- Tener dificultades con el lenguaje.
- Estar desorientada en el tiempo.
- Perdersse en lugares conocidos.
- Tener dificultad en tomar decisiones.
- Carecer de iniciativa y motivación.
- Manifestar señales de depresión y agresión.
- Perder el interés por ciertas actividades y entretenimientos.

B.- Fase Intermedia

También llamada **demencia moderada**, es una fase que oscila entre tres y cinco años aproximadamente. A medida que avanza la enfermedad los problemas se van haciendo más evidentes y restrictivos

Los trastornos de memoria que veíamos en la fase anterior se acentúan, no sólo la memoria a corto plazo también la memoria a largo plazo, las

desorientaciones son más frecuentes, pueden llegar a una actitud de vagabundeo cuya consecuencia más grave es la de perderse, incluso en su propia casa o espacios muy conocidos por la persona. Aparecen también alteraciones del lenguaje, de la escritura y del cálculo.

Las actividades básicas de la vida diaria no pueden realizarlas sin que exista una persona que les ayude o supervise. La enfermedad en este punto ya no se puede ocultar.

En cuanto a la comunicación con los demás, debido a los problemas de memoria, es frecuente preguntar repetidamente lo mismo una y otra vez. También pueden olvidar los nombres de las personas queridas, así como citas, conversaciones previas, etc.

No es extraño que aparezcan síntomas de tipo psicótico como alucinaciones, esto hace que la persona con demencia necesite estar bajo una supervisión continua.

Resumiendo, en esta segunda etapa la persona enferma **puede:**

- Tornarse muy olvidadiza, especialmente acerca de episodios recientes y nombres de personas.
- Es incapaz de vivir sola sin problemas.
- No puede cocinar, limpiar o salir de compras.

- Tornarse extremadamente dependiente.
- Necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse
- Tiene una acentuada dificultad con el habla, comienza a deambular y muestra otros comportamientos anormales.
- Perdersse en la casa y en el barrio.
- Tener alucinaciones.
- Comportarse de forma inapropiada en público.

C.- Fase Final

Denominada también **demencia severa**, dura aproximadamente de cinco a diez años. Esta etapa es de total dependencia e inactividad.

La persona con demencia es totalmente dependiente del cuidador, incluso para las actividades básicas; la movilidad es muy reducida o casi nula, no pueden alimentarse solos, ni asearse, aparecen problemas de incontinencia (fecal y urinaria). Estos factores unidos generan una de las complicaciones más temidas por los cuidadores y profesionales sanitarios, que es la aparición de las úlceras por presión.

Aparecen problemas para la deglución, a veces no pueden tragar ni líquidos ni sólidos, creando problemas para la nutrición; pueden aparecer complicaciones derivadas de este problema como son las infecciones

respiratorias graves, como consecuencia de la presencia de alimentos o líquidos en el aparato respiratorio.

Para ayudarles a la alimentación suelen colocarse dispositivos como son las sonda naso gástricas, siendo éstas un factor más de stress para los familiares cuidadores al cargo.

No reconocen ni a los familiares cercanos e incluso no se reconocen a sí mismos, no se reconocen en el espejo. La comunicación verbal está muy limitada, casi desaparecida, se limita a veces a gritar, gruñidos o pocas palabras de tipo incoherentes.

Resumiendo, en esta tercera etapa la persona enferma puede:

- Tener dificultades al comer.
- No reconocer a familiares, amigos y objetos conocidos.
- Tener mucha dificultad, casi incapacidad, en entender e interpretar situaciones.
- Tener dificultades al caminar.
- Tener incontinencia urinaria y fecal.
- Estar en silla de ruedas o postrada en cama.

1.5 Demencia Vascular

1.5.1 Definición y descripción

La Demencia Vascular pertenece al grupo de las demencias secundarias. Es la segunda causa de Demencia más frecuente, luego de la Enfermedad de Alzheimer, representando entre el 10% y 20% de los casos. El sistema vascular es la red de vasos sanguíneos que proveen de oxígeno y nutrientes al cerebro, cuando hay un bloqueo en el mismo se obstruye la llegada de oxígeno. Cuando la llegada de oxígeno a las células del cerebro se interrumpe, las mismas mueren, provocando los síntomas de una demencia.

La Demencia Vascular se origina por un daño cerebral que puede ser producido por alteraciones cerebro-vasculares o cardio-vasculares. El accidente cerebro vascular (ACV) produce este daño cerebral siendo una de las causas más comunes de este tipo de demencia. Y las alteraciones cardiovasculares pueden ser producidas por: paro cardíaco o arterial grave. Los factores de riesgo de este tipo de patologías, causantes de daño del sistema vascular, son: edad, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, Ictus previo, colesterol elevado, diabetes y tabaquismo.

1.5.2 Síntomas y diferencias con la enfermedad de Alzheimer

El comienzo puede ser repentino o gradual. El primer síntoma a notar es generalmente la pérdida de la memoria reciente. Después más y más

habilidades se pierden.

Algunos síntomas pueden ser similares a otros tipos de demencia, pero los característicos de la Demencia Vascular son:

- Dificultad para organizarse o resolver problemas complejos.
- Enlentecimiento del pensamiento
- Distractibilidad, problemas para atender o concentrarse: “estar ausente”
- Dificultad para “encontrar las palabras”
- Caminar con pequeños pasos
- Dificultades del lenguaje
- Dificultad para seguir instrucciones
- Confusión o agitación
- Problemas de memoria
- Aumento de frecuencia o urgencia al orinar, incontinencia
- Depresión

Diferencias con la Enfermedad de Alzheimer:

-La demencia vascular puede afectar distintas partes del cerebro, por lo tanto, ciertas capacidades pueden permanecer intactas. Esto no sucede en la enfermedad de Alzheimer, ya que la enfermedad afecta el cerebro completo.

- Algunas personas que presentan demencia vascular pueden notar que el deterioro es progresivo, con curso fluctuante pero con deterioros súbitos y

repentinos. En cambio en la enfermedad de Alzheimer la declinación es más constante.

-Las personas con demencia vascular pueden entender qué es lo que está sucediendo con ellos, hay más conciencia. Esto los hace propensos a la depresión.

También es posible, y común, contraer ambas formas de demencia (Demencias mixtas). Ya que la EA y la DV puras son dos extremos. La mayoría de los personas con enfermedad de Alzheimer se encuentran en el medio de ambas, constituyendo casos de “demencia mixta”. Es decir, comparten síntomas o condiciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular. Por lo tanto, puede haber personas con enfermedad de Alzheimer que presentan riesgo vascular o lesiones vasculares y personas con demencia vascular acompañada por cambios cerebrales de la enfermedad de Alzheimer.

Un dato importante que hace sospechar más de una demencia vascular es el tiempo que se dio entre un “ataque cerebral” y el comienzo del deterioro cognitivo. Cuanto menos sea el tiempo entre ambos, mayor es la posibilidad que la enfermedad vascular sea la causa de la demencia.

1.5.3 Diagnóstico y tratamiento

Se diagnostica haciendo una historia completa del problema y un examen del

estado físico y mental de la persona. El diagnóstico por imágenes puede revelar si ciertas áreas del cerebro se encuentran dañadas a causa de un accidente cerebro vascular que indicaría demencia vascular. Es importante reconocer qué otras enfermedades vasculares pueden estar causando demencia, e identificar el tipo de demencia, ya que los tratamientos relativos al Alzheimer y la demencia vascular son bastantes disímiles.

En cuanto al tratamiento, no existe tratamiento para curar la demencia vascular, el daño es irreversible, pero sí hay tratamiento para demorar la declinación. También otra parte del tratamiento se abocará a tratar la enfermedad que ha conducido a la disfunción. Sin embargo, lo relevante es prevenir un futuro daño, por lo tanto, el control de la presión sanguínea, bien a través de un régimen, ejercicio y/o medicamentos puede ser una de las mejores medidas.

Es posible reducir el riesgo de desarrollar demencia vascular, a través de reducir el riesgo de tener alta presión, sufrir un accidente cerebro vascular o desarrollar una demencia vascular si:

- No fuma.
- Bebe cantidades moderadas de alcohol.
- Reduce el consumo de sal y grasas.
- Realiza ejercicio regularmente.
- Efectúa un chequeo de presión arterial por lo menos una vez por año.

- Realiza un examen de las medidas de grasa en sangre.

El tratamiento para limitar el deterioro se lleva a cabo a través de tratamiento farmacológico y estrategias no farmacológicas, en el marco de un abordaje interdisciplinario de la enfermedad. Este incluye: estimulación neurocognitiva y rehabilitación, rehabilitación física, apoyo nutricional, musicoterapia y tratamiento fonoaudiológico. Estas actividades pueden desarrollarse en tratamientos individuales y/o grupales de acuerdo a las características de la persona y su padecimiento.

1.6 Síndrome Confusional Agudo (o Delirium)

1.6.1 Definición y descripción.

Es una alteración mental de aparición brusca que puede revertir. Una característica específica de este síndrome es que las alteraciones son fluctuantes (cambiantes) a lo largo del día, pudiendo empeorar durante la noche. Este dato puede ser de vital importancia a la hora de hacer un diagnóstico. Es por ello que se debe prestar atención y comunicarlo a quien corresponda hacerlo.

Encontramos entonces en este síndrome:

- Alteraciones en el nivel de conciencia.
- Afección global de las funciones cognitivas.
- Alteraciones en la atención-concentración con desorientación. La persona se distrae fácilmente y no puede seguir órdenes.
- Exaltación o inhibición psicomotriz que puede llevar al estupor³ o a la excitación.
- Alteraciones en el ritmo vigilia-sueño. Pueden presentarse pesadillas e insomnio.

La persona se encuentra adormecida, confundida, con dificultades para poder percibir, es por ello que se desorienta y no percibe a la realidad tal como es.

Pueden presentarse alucinaciones visuales (en su mayoría), generando malinterpretaciones. Esto puede ser vivido con mucho miedo y angustia por parte del adulto mayor, además de generarse ansiedad. La persona puede mostrarse intranquila y muy sensible a ciertos estímulos visuales y auditivos.

El delirium es uno de los desórdenes cognitivos que tiene mayor importancia en el adulto mayor por su prevalencia.

Cuando una persona con SCA está confundida, requiere mayor atención del

³ La persona necesita estímulos fuertes para responder.

personal que lo cuida. A su vez, si la persona está agitada, se dificulta su manejo y crecen las posibilidades de que pueda caerse y/o fracturarse.

El lenguaje también se ve afectado, resultando incoherente.

Su pensamiento se encuentra fragmentado y puede mezclar los tiempos, ocasionando una desorientación respecto a la realidad. Esto no quita de que existan períodos de lucidez (ya que como se dijo al principio, es fluctuante).

¿Qué causa el SCA?

El SCA puede ser causado por diferentes patologías, ya sean clínicas, neurológicas o tóxicas. Infecciones respiratorias o urinarias también pueden causar este síndrome. Otras patologías que originan el SCA son: insuficiencias (renales, hepáticas, respiratorias, cardíacas), diabetes descompensadas, constipaciones prolongadas, hipoglucemia, traumatismos severos con fracturas, hipotiroidismo, deficiencias vitamínicas, anemia, uso de anestésicos, entre muchas otras.

La polifarmacia (es decir, la toma de muchos medicamentos) también pueden originar este síndrome.

IMPORTANTE: El SCA NO es una demencia, aunque comparte algunos de los síntomas antes explicados.

1.6.2 Síntomas y Diferencias con la enfermedad de Alzheimer.

El siguiente cuadro comparativo expone los puntos claves para poder dar cuenta de la patología ante la cual nos estamos enfrentando:

Características	SCA	Demencia
Comienzo	Agudo	Insidioso
Evolución	Fluctuante	Estable
Duración	Transitorio	Persistente
Nivel de Conciencia	Disminuido	Normal
Alucinaciones	Visuales	Infrecuentes
Ilusiones	Transitorias	Infrecuentes
Movimientos involuntarios	Frecuentes	Infrecuentes
Enfermedad orgánica	Sí	No
Ciclo vigilia-sueño	Alterado	Normal en su mayoría, salvo estadíos más avanzados.
Atención	Alterada	Normal (según estadío)

Orientación	Variable	Variable
Lenguaje	Incoherente	Afasia frecuente

1.6.3 Prevención y cuidados

Es importante mantener hidratada, alimentada y con buena circulación de aire (por el oxígeno) a la persona que padece el SCA.

Consultar al médico ante cualquier síntoma o complicación.

Mantener el ambiente físico tranquilo y que haya elementos que permitan orientar a la persona con demencia, como son relojes, calendarios, etc.

La compañía de sus seres queridos es sumamente importante, ya que compartir el espacio con gente conocida y que brinda bienestar, ayuda a la persona con demencia a tranquilizarse y sentirse más familiarizada con su entorno. Esto es de utilidad si se tiene en cuenta los estados confusionales o de emociones intensas como el miedo, la angustia y la ansiedad.

La iluminación del espacio físico debe ser adecuada, ni mucha ni poca.

Por último, la presencia de los objetos conocidos donde duerma, es también importante, ya que permite un ambiente conocido y no ansiógeno.

CAPITULO 2

2. El familiar de la persona con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias

2.1.- Incidencia de la enfermedad en la familia

“Era una mañana agitada, eran las 8:30, cuando un señor mayor, de unos 80 años, llegó al hospital para que le sacaran los puntos de un pulgar. El señor dijo que estaba apurado y que tenía una cita a las 9:00 a. m.

Comprobé sus señales vitales y le pedí que tomara asiento, sabiendo que quizás pasaría más de una hora antes de que alguien pudiera atenderlo. Lo vi mirando su reloj y decidí, que ya que no estaba ocupado con otro paciente, podría examinar su herida. Durante el examen, comprobé que estaba curado, entonces le pedí a uno de los doctores, algunos elementos para quitarle las suturas y curar su herida.

Mientras le realizaba las curas, le pregunté si tenía una cita con otro médico esa mañana, ya que lo veía tan apurado.

El señor me dijo que no, que necesitaba ir al geriátrico para desayunar con su esposa. Le pregunté sobre la salud de ella. Él me respondió que ella hacía tiempo que estaba allí ya que padecía de Alzheimer.

Le pregunté si ella se enfadaría si llegaba un poco tarde. Me respondió que hacía tiempo que ella no sabía quién era él, que hacía cinco años que ella no podía ya reconocerlo. Me sorprendió, y entonces le pregunté, '¿Y usted sigue yendo cada mañana, aun cuando ella

no sabe quién es usted?' Él sonrió y me acarició la mano, me contestó; Ella no sabe quién soy, pero yo aún sé quién es ella. "

ALICIA

"Deseaba ser madre, tanto que me sometí a tratamientos de fertilidad durante muchos años, casi cuando tiré la toalla después de 14 años, me quedé embarazada, mi hijo tiene actualmente 3 años y medio y justo cuando nació, a mi madre le diagnosticaron Alzheimer, paso mucho tiempo cuidándola y aunque mi responsabilidad la comparto con otra hermana porque mi padre está muy mayor, no he podido disfrutar hasta ahora de mi hijo, pero no voy a dejar de cuidar a mi madre, es lo que debo hacer, es lo que tengo que hacer..."

MARÍA

"Tenía un trabajo que me gustaba, una vida sin agobios, con unos hijos ya crecidos independientes, un día mi madre empezó a perder la memoria, no recordaba cosas habituales, su comportamiento era extraño, hasta que poco a poco sin avisar, llegó un día que a la que no recordaba era a mí, creo que experimenté el mayor vacío que puede experimentar una persona en su vida, la cuidé hasta el día de su muerte, aún no me he recuperado..."

Estos son tres testimonios reales, de los muchos que podíamos extraer, de comentarios de familiares a los que un día el Alzheimer entra en sus vidas a través del padecimiento de esta enfermedad sobre sus mayores. A partir de este momento se convierten en cuidadores a los que el futuro les deparará, de forma imprevista y progresiva, una dura realidad a la que tienen que hacer frente y a la que rara vez están preparados.

Para introducirnos en el tema, podemos decir que la familia es el primer ambiente social para todos los seres humanos, es decisiva para el desarrollo posterior del individuo y en ella se adquieren los hábitos de salud futuros (positivos y negativos). La incidencia de la enfermedad dentro de la familia dependerá de múltiples factores, entre ellos la composición de la misma, su estructura, su nivel económico, su cohesión... etc. Podemos distinguir distintos tipos de familias, según el aspecto concreto que analicemos en la misma; así podemos tener la familia nuclear o elemental, la familia extensa o consanguínea, la familia monoparental, la familia rígida, la familia sobreprotectora, la familia centrada en los hijos, la familia permisiva, la familia inestable, la familia estable... etc.

A los efectos que nos ocupa vamos a distinguir dos tipos de familias; la primera, a la que podríamos llamar flexible o abierta y otra a la que podríamos denominar rígida o cerrada. Irá de una a otra según el grado de cohesión interna de sus miembros y el grado de dependencia afectiva entre

sí. Según esto y en atención a las consecuencias inmediatas de la enfermedad sobre la misma tenemos:

- ✚ En las familias flexibles o abiertas; necesitarán menos tiempo para la adaptación por su tipo de estructura.
- ✚ En las familias rígidas o cerradas, por el contrario, precisarán más tiempo para la adaptación ante cualquier fenómeno estresante.

La demencia no solamente afecta a la persona enferma sino a toda la familia. La peor carga la lleva el cuidador. El estrés personal y emocional de cuidar a una persona con EA y/u OD es enorme y el cuidador informal debe planear la manera de manejar la enfermedad en el futuro. El comprender sus propias emociones le ayudará a manejar satisfactoriamente los problemas de la persona con EA y los suyos.

En este proceso de adaptación, según la evolución de la enfermedad, se pasa por diferentes momentos; un primer momento de desorganización en el que se produce una ruptura con la estructura y la dinámica habitual de la familia, hay que reconducir cosas y plantearse nuevas situaciones; y una segunda fase o periodo de recuperación, donde la familia empieza a digerir la nueva situación, se producen los primeros síntomas de adaptación. En el tercer momento, o momento de reorganización, se establece una nueva distribución de roles o papeles dentro del entorno familiar. Se producirá un mayor o

menor impacto según el lugar destacado que la persona enferma ocupe dentro de la estructura básica de la familia. Es aquí donde aparece la figura principal del cuidador o cuidadores, es decir aquél o aquellos miembros de la familia que asumen el rol de atención principal a la persona enferma. En este momento acepta una responsabilidad muy importante y que provoca un esfuerzo psicológico, físico, social, laboral y familiar de primer orden.

Algunas de las emociones que se pueden experimentar son: pena, culpa, enojo, vergüenza, soledad, entre otras.

Pena

Esta es una respuesta natural para alguien que haya experimentado una pérdida. Por causa de la EA y OD puede sentir que ha perdido un compañero, un amigo, o uno de los padres y muy a menudo lamentarse por lo que fue esa persona. Justo cuando usted se adapta, la persona vuelve a cambiar de nuevo. Puede ser devastador cuando la persona no lo reconoce más. Muchos cuidadores informales han encontrado que la integración en grupos de autoayuda es la mejor manera de poder continuar.

Culpa

Es muy común sentirse culpable por sentirse incómodo por el comportamiento de la persona, por enojarse con ella, o por sentir que ya no puede continuar y está pensando en una internación. Puede ser útil hablar con otros cuidadores informales y amigos sobre estos sentimientos.

Enojo

Su enojo puede estar combinado. Puede estar dirigido a la persona con EA, a Usted, al médico o a la situación, dependiendo de las circunstancias. Es importante distinguir entre su enojo por el comportamiento de la persona, producto de su enfermedad, y su enojo con la persona. Puede ayudarle el buscar consejos con amigos, familia y grupos de apoyo. A veces, la gente se siente tan enojada que está a punto de lastimar a la persona que está cuidando. Si éste es su sentimiento, debe buscar ayuda profesional. Puede tener a su cargo varias responsabilidades como pagar cuentas, arreglo de la casa o cocinar. Esta suma de responsabilidades puede resultarle muy estresante. Puede ser útil que lo hable o comparta con otros miembros de la familia o un profesional.

Vergüenza

El cuidador informal puede sentir vergüenza cuando la persona tiene un comportamiento inapropiado en público. Su incomodidad puede desaparecer cuando comparta sus sentimientos con otros cuidadores que están pasando por las mismas situaciones. También ayuda el dar explicaciones sobre la enfermedad a amigos y vecinos para que puedan comprender mejor los comportamientos de la persona.

Soledad

Muchos cuidadores terminan apartándose de la sociedad y se limitan a estar

con la persona enferma en sus casas. Ser un cuidador puede resultarle solitario, puede haber perdido la relación con la persona y haber perdido otros contactos sociales debido a las exigencias de su tarea. La soledad dificulta el sobrellevar los problemas. Es importante mantener las amistades y contactos sociales.

El cuidador o más apropiado la cuidadora – suelen ser mujeres-, se identifica como aquella persona que adopta el papel principal de atender a las necesidades de la persona enferma –en nuestro caso de Alzheimer y/u otras demencias-. Entre ellos, cuidador y enfermo, existe un lazo afectivo bien sea familiar, de amistad o de otra índole (vecindad, vocacional, voluntariado... etc.). Es precisamente este lazo quien subordina la relación entre ambos y la condiciona en el presente y el futuro, subjetivándola y cargándola de un factor estresante muy importante. Por supuesto excluimos, en esta definición de cuidador en el entorno familiar de una retribución económica por sus funciones de atención a la persona enferma, es más un vínculo moral, afectivo o de obligación.

PERFIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE LA PERSONA CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

- Persona de género femenino: 90 % mujeres frente a un 10 % de varones.
- La mayoría no tienen una actividad laboral remunerada.
- Suelen compartir domicilio con la persona que cuidan.
- Con edad media de 52 años.
- Mayoritariamente casados.

La mayoría de los cuidadores prestan dichos cuidados porque creen que es su obligación, es lo que moralmente deben hacer. Al inicio de los cuidados, el cuidador no es consciente de cuánto tiempo va a durar la situación ni que él o ella vaya a asumir dicho rol, tiene la necesidad de preguntar en torno a estas cuestiones, desde en qué consiste la enfermedad hasta cuánto va a durar la situación en la que se encuentra.

No suele prever las consecuencias que su nuevo papel le va a acarrear en un futuro. Imaginemos el golpe de cuidar día a día a una persona que depende totalmente de nosotros, tiene un gran impacto físico, psíquico y social. Y aunque cuidar no es una experiencia única, no todos los cuidadores reflejan la misma actitud y vivencia frente al cuidado; depende del tiempo que se disponga, de la personalidad del individuo, el tiempo que lleva sometido a dicha tarea, etc. Sí es común una situación de stress personal y de influencia notable en su vida cotidiana antes de la aparición de la enfermedad.

Para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia. Dentro de lo posible, es importante aceptar ayuda de otros miembros de la familia, y no llevar la carga uno solo. Si se siente angustiado porque la familia no está ayudando y hasta pueden llegar a criticarlo, porque desconocen la enfermedad de Alzheimer, puede ser útil convocar a una reunión familiar para hablar del cuidado de la persona.

A continuación, daremos unos consejos prácticos al familiar:

⇒ **Comparta sus problemas**

Es necesario que comparta con otros sus sentimientos y experiencias como cuidador. Si se los guarda para sí puede ser más difícil cuidar a la persona con EA y OD. Si puede ver que lo que usted está viviendo es una respuesta natural a su situación, le será más fácil el manejo. Trate de aceptar ayuda cuando otro se la ofrezca, aunque tenga la sensación de que lo pueda molestar. Trate de pensar con anticipación y tener a alguien a quien recurrir en caso de emergencia.

⇒ **Tiempo para uno mismo**

Es esencial que tenga tiempo para usted. Esto le permitirá estar más tiempo con otras personas, disfrutar de su pasatiempo favorito y lo más importante, divertirse.

Si usted necesita más tiempo, trate de encontrar a alguien que se haga cargo del cuidado de la persona enferma para que usted pueda descansar.

⇒ **Conozca sus límites**

¿Cuánto más puede aguantar antes de que sea demasiado? Mucha gente se dará cuenta de cuánto puede aguantar antes de llegar al punto en el que el cuidado lo abrume. Si su situación es insostenible pida ayuda para evitar una crisis.

2.2. Fases por las que pasa la familia

PRIMERA FASE

En la que aún no se ha asumido o no se ha adquirido el rol del cuidador. Como decíamos anteriormente, en esta fase con toda probabilidad la persona no sabe con certeza que será la parte de la familia en la que recaerá la responsabilidad de los cuidados y menos aún, desconoce que esta situación se puede alargar durante muchos años.

Como en la Enfermedad de Alzheimer el comienzo es lento y progresivo, si la persona con dicha enfermedad convive y hasta la fecha era independiente, la forma de comienzo de la aplicación de los cuidados también presenta las mismas características.

SEGUNDA FASE

En la que el cuidador sí ha asumido ese rol del que hablábamos anteriormente, ya se da cuenta que la persona enferma no puede ser independiente, necesita a alguien. Suele ser la fase más larga, al ser de este modo, suelen aparecer con más frecuencia los aspectos negativos asociados al cuidado (stress, irritabilidad, efectos sociales, laborales, familiares,

impotencia ante la situación, periodos depresivos... etc.). Es aquí donde el cuidador pregunta por la enfermedad, así como la duración probable de la prestación de cuidados. Para muchos es la fase principal del proceso.

TERCERA FASE

Es en esta fase cuando se plantea la decisión de institucionalizar a la persona objeto de cuidado, suelen presentarse discrepancias y tensiones en el seno familiar, pueden existir opiniones encontradas, además de complejo de culpa derivadas de la obligación moral que asumimos con el familiar con la enfermedad de Alzheimer.

Cuando se produce el hecho de la institucionalización desaparecen algunos estresores de la vida del cuidador y de la familia en general pero aparecen otros nuevos, relacionados con las dudas que aparecen de si la persona estará lo suficientemente cuidada como lo estaba en casa, es lo que se llama cuidadores a distancia, es vital para ellos relacionarse con el personal de la residencia y estar continuamente informados.

CUARTA FASE

Cuando la persona con demencia fallece, desaparece el rol del cuidador pero no los efectos del cuidado.

Recordemos:

- ⇒ Situación donde nada está claro
- ⇒ Se adquiere el rol del cuidador
- ⇒ Conflictos por la decisión de institucionalización
- ⇒ Muerte de la persona con demencia

Estas fases no aparecen automáticamente en todas las situaciones, dependen de la enfermedad, de la motivación del cuidador, por ejemplo, en el caso de la patología de Alzheimer en fases avanzadas la comunicación está totalmente deteriorada, este es un punto o característica propia de la enfermedad por la que el cuidador, también sufre más.

2.3.- Sobrecarga del cuidador

Antes de la decisión de la institucionalización de la persona con demencia, la familia y en concreto quien está a cargo de la misma, puede estar tan sobrecargado que puede aparecer un síndrome bastante frecuente que es el llamado **síndrome de la sobrecarga del cuidador**. Es un cuadro que puede aparecer a mediano o largo plazo. Como hemos visto anteriormente, el cuidador principal en una cifra muy elevada suele ser mujer. La cuidadora se ve sometida a un alto grado de estrés que le repercute negativamente en la percepción de su propia salud.

2.3.1.- Factores que provocan mayor sobrecarga

Diferentes investigaciones, no siempre coincidentes, han identificado como posibles factores de riesgo de sobrecarga psicofísica en el cuidador familiar los siguientes factores:

A) En relación a la persona enferma:

- Demencia ya intensa o profunda
- Larga duración desde el diagnóstico de la enfermedad
- Alucinaciones, delirios o confusión (psicosis y delirium)
- Agresividad, agitación y negativismo
- Incontinencia, vómitos y escaras (llagas)
- Factores que le impiden dormir por la noche (voceo, paseos)
- Factores con múltiples dolencias médicas

B) En relación al cuidador:

- Mala salud física previa
- Historial previo de depresión o de trastornos de personalidad
- Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos
- Mayor o anciano
- Sin otra actividad aparte del cuidar

- Sin otros parientes que convivan en el domicilio
- Bajo nivel económico
- Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles)
- Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico

2.3.2.- Trastornos Físicos en el Cuidador

A pesar de presentar un alto índice de problemas fisiológicos, no suelen acudir a consultas médicas, aún reconociendo padecer tales trastornos. Asimismo realizan menos “conductas de cuidado de la propia salud” tales como no dormir lo suficiente, alimentarse de forma inadecuada, realizar escaso ejercicio físico, abusar del tabaco o alcohol, no vacunarse, automedicarse, incumplir los tratamientos médicos, etc.

2.3.3. Problemas Psicológicos en los Cuidadores de Personas con Enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias

La salud mental de los familiares, cuidadores principales de los Adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias, aparece en diversos estudios, sistemáticamente más afectada que la salud física. Se puede citar como ejemplo:

Problemas

- Ansiedad lo padecen un 54% (nerviosismo, angustia, tensión, y estrés).
- Depresión o síntomas depresivos un 28% (tristeza, pesimismo, apatía).
- Padecen de hipocondría y otras ideas obsesivas el 17% de los cuidadores.
- En un 17% de ellos se detecta ideación paranoide.
- Muestran accesos de angustia (hasta llegar al pánico) el 11%.
- El 11% tienen alguna vez ideas suicidas.

Modificación de rasgos de personalidad

- Muchos cuidadores, el 63%, se sienten inundados y desbordados por el problema (sobre implicación emocional con el enfermo, centrarse obsesivamente todo el día en la persona con demencia, estar pensando en ella todo el tiempo).
- El 28% nota que empieza a conceder demasiada importancia a detalles diarios nimios sin relevancia.
- El 17% está más irritable que de costumbre (con hostilidad hacia la persona enferma u otras personas).
- Actos rutinarios repetitivos (exceso de limpieza, ... etc.) lo muestran un 17% .

Psicosomática

- La gran mayoría, el 69% de los cuidadores, desarrollan problemas

psicosomáticos (dolores de cabeza y de otras zonas, anorexia, temblor fino, problemas gástricos, disnea respiratoria, arritmias cardíacas y palpitaciones, sudoraciones y vértigos, alergias inmotivadas)

- Un 42% sufre de insomnio o de sueño no reparador
- El 17% muestra fatiga crónica
- El 11% muestran trastornos objetivos de la memoria y la concentración (no sólo quejas subjetivas)

Comportamientos negativos:

- El 54% de los cuidadores descuidan o abandonan las atenciones que daban a otros familiares
- El 33% abandonaban el cuidado personal (peluquería, alimentación, ropa, etc.)
- Muestran menos interés por actividades que sí importaban antes en el 33% de los casos (desatención de actividad laboral, amistades o incluso relación conyugal)
- El 28% consumen exceso de café, tabaco, alcohol, y/o ansiolíticos e hipnóticos

Obviamente estas alteraciones no aparecen en todos los cuidadores, depende de factores personales que modularán la aparición o no de los síntomas que hemos descrito anteriormente, así como la intensidad de los mismos.

Existen una serie de factores de riesgos o predisposición a padecer estos tipos de trastornos. Entre ellos:

- La edad.
- No disponer de una red familiar cercana que pueda ser punto de apoyo en el cuidado de la persona con demencia.
- Fase de la enfermedad, es mucho más duro al inicio del diagnóstico por el impacto que supone la enfermedad en sí y al final de la misma donde la persona con demencia presenta un cuadro más incipiente.
- La presencia de cuadros confusionales y de agitación en la persona hace que el cuidador pueda sobrecargarse más.
- Los periodos de agitación y más conflictivos suelen ser más frecuentes en la noche, lo que influye en los periodos de descanso del cuidador, suelen descansar un promedio de 3 horas diarias cuando aparecen periodos de agitación, lo que hace que aparezcan enfermedades por falta de descanso.
- No disponer de medios cercanos, como médico de familia, unidades de día o de respiro donde la persona que padece demencia pueda pasar unas horas al día y la cuidadora pueda descansar y retomar actividades de su vida diaria.
- Disponer de poca información de la enfermedad, lo que hace que la familia no disponga de recursos adecuados para poder enfrentarse a

las situaciones que pueden aparecer en cualquier momento.

- No pertenecer a ninguna asociación de ayuda. En dichas asociaciones se aporta sobre todo grandes dosis de apoyo emocional, algo que necesitan estos familiares en un grado alto. Estas asociaciones intentan cubrir el vacío que sufren los cuidadores, de esta forma se facilita el contacto con otras personas que se encuentran en situaciones similares. De esa manera, a través de las asociaciones especializadas, se pueden pedir ayudas para dar soluciones a los múltiples problemas que pueden aparecer en las personas con demencia, a modo de presión social hacia las Instituciones Públicas.

2.3.4.- El llamado Síndrome de Burnout o Síndrome del Cuidador quemado

Síndrome de Burnout.

Este síndrome fue descrito por primera vez en Estados Unidos en 1974. Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a una persona con una enfermedad crónica, incurable, tal como es la persona con la enfermedad de Alzheimer. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo, generalmente en solitario durante ya muchos años, a la atención de la enfermedad.

Los autores expertos en el tema señalan que el Síndrome de Burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos"; es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente, paciente, ciudadano, personas en general": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc.

Se considera producido por el estrés continuado de tipo crónico (no el de tipo agudo de una situación puntual) en un batallar diario contra la enfermedad con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor- impotencia- y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador. Es decir es un desgaste emocional y reiterado que la relación cuidador-persona enferma va produciendo.

Incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia las personas enfermas a las que se cuida, desmotivación, depresión-angustia, trastornos psicossomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación.

A pesar de esta información, existen pocos estudios realizados acerca de las variables que influyen en la aparición de este síndrome en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Actualmente los estudios van

encaminados en relacionar las variables implicadas en los trabajadores- en general- y aplicarlas al contexto de los cuidadores familiares, entre ellas:

VARIABLES SÍNDROME DE BURNOUT

- Tipo de personalidad del cuidador
- Interacciones con la persona con demencia
- Apoyos familiares
- Apoyos sociales, ayudas de las instituciones por ejemplo
- Edad del cuidador
- Sexo del cuidador
- Autoestima
- Relación con el familiar
- Otros

¿Pero qué podemos hacer o saber para prevenir este síndrome en los cuidadores? o dicho de otra forma ¿Cómo podemos Cuidar al Cuidador?:

- 1.El primer paso de todo programa de ayuda consiste en que el cuidador de la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer reconozca que necesita ayuda, y que ello no le distraerá de su labor de cuidar sino que le hará más eficaz. En todo caso el disimulo de lo que le puede estar ocurriendo a sí mismo no mejorará la situación personal.

2. Aceptar que estas reacciones de agotamiento son frecuentes e incluso previsibles en un cuidador. Son reacciones normales ante una situación "límite", pero que necesitan apoyo.
3. No olvidarse de sí mismo, poniéndose siempre en segundo lugar. El "auto sacrificio total" no tiene sentido.
4. Pedir ayuda personal al detectar estos signos, no ocultarlos por miedo a asumir que "se está al límite de sus fuerzas", ni tampoco por culpa de no ser un súper-cuidador.
5. No temer acudir a un profesional (psiquiatra o psicólogo) y a grupos de auto-ayuda de asociaciones de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, que resultan ser muy eficaces.
6. Aprender técnicas de relajación psicofísica, visualización distractiva, yoga, etc.
7. Solicitar información y formación adecuada sobre aspectos médicos de la enfermedad (evolución futura, previsión de complicaciones, medicación) y conocimientos prácticos para enfrentar los problemas derivados tales como nutrición, higiene, adaptación del hogar, movilizaciones de la persona con demencia, etc. Todo ello incrementa el sentimiento de control y de eficacia personal.
8. Marcarse objetivos reales, a corto plazo y factibles en las tareas del cuidar. No mantener expectativas irreales ("La persona enferma no va a empeorar más de lo que está"), ni tampoco ideas omnipotentes sobre uno ("Voy a solucionar todos los problemas yo sólo").
9. Ser capaz de delegar tareas en otros familiares o personal contratado

- (sanitario o del hogar). No creerse imprescindible.
10. Mantenerse automotivado a largo plazo, auto reforzarse en los éxitos, felicitándose a sí mismo por todo lo bueno que va haciendo.
 11. No fijarse sólo en las deficiencias y fallos que se tengan.
 12. Cuidar especialmente los propios descansos y la propia alimentación: parar 10 minutos cada dos horas, dormir las horas suficientes y mantener una dieta adecuada.
 13. Tomarse también cada día una hora para realizar los asuntos propios. Asimismo permitirse un merecido descanso diario o semanal, fuera del contacto directo con la persona enferma.
 14. Si se puede, realizar ejercicio físico todos los días, ya que elimina toxinas corporales y despeja la mente.
 15. Evitar el aislamiento: obligarse a mantener el contacto con amigos y otros familiares. Salir de la casa con otras personas, no quedarse "enclaustrado". Los vínculos afectivos cálidos amortiguan el estrés.
 16. Saber poner límite a las demandas excesivas de la persona con demencia; hay que saber decir NO, sin sentirse culpable por ello.
 17. Expresar abiertamente a otros las frustraciones, temores o propios resentimientos, es un escape emocional siempre beneficioso.
 18. Planificar las actividades de la semana y del día. Establecer prioridades de tareas, diferenciando lo urgente de lo importante. Decidir qué cosas no va a poder realizarlas con bastante probabilidad. La falta de tiempo es una de las primeras causas de agobio.
 19. Promocionar la independencia de la persona con demencia. No debe

realizar el cuidador lo que la persona enferma pueda hacer por sí mismo, aunque lo haga lento o mal.

20. Usar Centros de día o residencias de respiro temporal.

CAPITULO 3

3. Comunicación y habilidades de relación con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias

3.1 Introducción

Ya hemos visto cómo durante las primeras etapas de la enfermedad, las personas que padecen Alzheimer tienen problemas de comunicación y son conscientes de ello. Para la gente normal, poder comunicarse es a veces un problema por motivos diversos, puede ser por timidez o por enfado. Para aquellos que padecen Alzheimer, la incapacidad para comunicarse es difícil de gestionar porque les produce una frustración extrema. A juicio del Dr. Molinuevo, Responsable de la Unidad de Memoria- Alzheimer del Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Barcelona: «los enfermos para los cuales el lenguaje se deteriora antes, se frustran porque son conscientes de sus dificultades». Sin embargo, la disminución gradual para comunicarse no afecta a todas las personas con demencia por igual y depende de los subtipos de enfermedad. Según el Dr. Molinuevo, «lo más frecuente en esta enfermedad es que la memoria se deteriore primero, que después aparezcan los problemas del lenguaje, luego los de comprensión y finalmente problemas de emisión del lenguaje», donde la persona con demencia tiene dificultades para entender las palabras que utiliza. Se estima que en términos de frecuencia, los trastornos del lenguaje se presentan en el 40% de las

personas con deterioro ligero a moderado y en el 100% de los casos con demencia severa. Los problemas de trastorno del lenguaje, afectan también a la familia y a todas las personas que cuidan adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, ya que la propia persona enferma les traslada su ansiedad al ver que ni siquiera su familia es capaz de entender lo que quiere expresar. Si los seres que lo rodean no son prudentes pueden contribuir a aumentar su angustia si intentan corregirlo, manifestar alarma o aflicción.

A estos trastornos del lenguaje se les denomina de una forma genérica como Afasia, (incapacidad para expresarse y comprender con normalidad) y que junto con la llamada Anomia (dificultad para reconocer y nombrar las cosas) suponen las barreras fundamentales para entablar una comunicación básica con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer.

Barreras fundamentales para la comunicación básica con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer
--

Anomia: dificultad para reconocer cosas

Afasia: dificultad para expresarse y comprender

3.2 Cómo debemos y cómo no debemos comunicarnos con la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer.

Conocidas las alteraciones del lenguaje en cuanto a su expresión y su

comprensión, pasaremos a detallar brevemente algunas pautas de conductas que debemos de observar en la comunicación con estas personas que padecen demencia:

Lo que deberíamos de hacer en la comunicación con estas personas enfermas:

- Llamar la atención de la persona. Establecer el contacto visual antes de hablar. Hablar en forma clara y lenta, con frases cortas y sencillas.
- Mantener un mensaje simple, utilizando instrucciones de un solo paso. Fomentar y demostrar cariño cogiéndole las manos sin importar lo que se dice o qué no se dice.
- Mantener un tono de voz afectuoso y tranquilo para que ellos se sientan tranquilos. Utilizar la diversión y el humor para vencer la resistencia.
- Comenzar la conversación con información orientadora: identifíquese por su nombre: “Soy yo, María”.
- Hablarle de adulto a adulto: tratándole con dignidad y respeto.
- Repetirles las cosas tantas veces como sea necesario, con un lenguaje amable y un tono de voz adecuado. Si la persona no puede encontrar las palabras adecuadas, ofrecerle sugerencias. Reforzar lo que uno está diciendo con indicaciones y gestos físicos. Utilizar el lenguaje corporal.
- Dejarles el tiempo que necesiten para procesar la información, la enfermedad hace que todas las funciones cognitivas estén más enlentecidas o deterioradas. Las preguntas deben ser simples, de tipo

cerrado y de conceptos sencillos. Al igual que las indicaciones, por Ej. “Ponte la camisa..., ahora ponte el jersey” en lugar de “ahí tienes toda la ropa sobre la silla, vístete”

- Prestar atención al tono que utilizan, con frecuencia se olvidan de los conceptos y de los nombres de los objetos por su comunicación no verbal y por el contexto podemos esclarecer lo que nos quiere transmitir.
- Ante el lenguaje reiterativo, -ya que existirán momentos en los cuales repetirán las mismas palabras una y otra vez-, seremos pacientes.
- Si utiliza palabras inventadas porque no recuerda la original le ayudaremos con ejemplos.
- Debido a que la afasia empeorará al ritmo de progreso de la enfermedad, debemos prestar atención a la conducta no verbal, nos ayudará a interpretar lo que la persona con demencia nos quiere decir.
- Usaremos el contacto físico, demostrándoles y transmitiéndoles cariño, algo fundamental en la comunicación con este tipo de personas enfermas.

Una persona que demuestra su calidez y comprensión puede lograr muchas cosas si entrega los mensajes en un tono alegre y afable, pese a los problemas de comunicación que presenta la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, es fácil mandar sugerencias pero a veces es muy difícil ponerlas en práctica. Por este motivo, las familias necesitan asesoramiento, apoyo psicológico y moral para ser capaces de entender y sobrellevar la desintegración psíquica que se produce en un ser humano cercano y querido.

Por el contrario, no deberíamos de hacer:

- No discutir, no levantar el volumen de la voz, generaría desconfianza y al mismo tiempo aumentaría las probabilidades de aparición de un episodio de agitación.
- Decirles que no pueden hacer esto o aquello; es mejor decirles lo que pueden hacer, es decir, comunicarles en positivo no en negativo, no con restricciones.
- No intentar razonar ni aplicar la lógica.
- No hablarles como si fuera un niño pequeño, eso generará frustración, rabia y dificultaría el proceso de la comunicación.
- Evitar expresiones como “José ¿no recuerdas...?”.
- No preguntar directamente por algo que necesiten hacer un gran esfuerzo de memoria (que en estos casos está alterada).
- Evitarles la comunicación de malas noticias, aunque después las olviden ya que pasarán un mal momento aunque sea transitorio.
- El cuidador o profesional no debe transmitirle los sentimientos negativos, cansancio, disgustos que ellos mismos estén sufriendo en ese momento.
- No respetarle los silencios.
- No forzar la comunicación cuando la persona con demencia no está preparada para ello o bien no le apetece en ese momento.
- El cuidador debe evitar hablar con la persona que sufre esta

enfermedad y con otras personas al mismo tiempo, pueden provocar confusión en ella.

- El ambiente debe ser tranquilo, no ruidoso, ni con interferencias que dificulten el proceso de la comunicación.
- No se debe responder a una queja de la persona con demencia con otra queja por nuestra parte. Nuestra voz debe sonar suave, fluida pero hablaremos de una manera lenta, sin prisas Transmitiremos calma no ansiedad.

Cuando el lenguaje verbal ya está muy deteriorado, el lenguaje no verbal es efectivo. Las personas no sólo se comunican con palabras sino también con lenguaje corporal: gestos, tonos de voz, expresión facial, postura y tacto.

3.3.- Claves de comunicación con la persona que sufre la enfermedad de Alzheimer

La persona afectada con la enfermedad de Alzheimer encuentra que cada vez es más difícil recordar las palabras, expresarse con claridad hasta el punto de tener problemas para entender lo que él mismo dice y escribe. Se siente muy irritado porque aunque se esfuerce mucho por superar esta situación, no logra comunicarse de forma precisa. En este sentido se suelen producir cambios tales como:

- No encuentra las palabras y las sustituye por otras aunque éstas no tengan ningún sentido.

- Tiene problemas a la hora de escribir y no entiende lo que escribe.
- Recuerda lo que le ha sucedido en un pasado lejano pero carece de toda memoria inmediata.
- Tiene problemas de adaptación social. Interrumpe las conversaciones y no contesta cuando se le habla porque ignora su interlocutor.
- No gestiona bien sus emociones con lo cual puede sufrir cambios de ánimo drásticos de forma súbita: empieza por reír, después llora y finalmente se enfada. Balbucea y utiliza frases inconexas.

Frente a ello, lo importante es tratar de que nos entienda al igual que tratar de comprender lo que nos está diciendo. Es una labor muy difícil. Sin embargo, hay que pensar en que las personas no sólo se comunican con palabras sino también con lenguaje corporal: gestos, tono de voz, expresión facial, postura y tacto. A esto lo llamamos lenguaje no verbal y resulta muy importante el dominarlo para comunicarnos con una persona con enfermedad de Alzheimer, y es que cuando las habilidades lingüísticas se deterioran, el lenguaje corporal se transforma en una herramienta fundamental para transmitir un mensaje. «La comunicación no verbal permite comunicarse con una persona que sufre la enfermedad de Alzheimer. Todo está en cómo utilizar el lenguaje para instaurar la comunicación, a través de miradas, a través de los gestos. La persona enferma cuando ve un contacto afectivo importante, sabe identificar que la persona que está con él, es una persona cercana» explica el Dr. Molinuevo. Las personas que tienen que esforzarse en establecer esta comunicación no verbal, es la gente que les

rodea. Ellos ya hacen un esfuerzo suficiente, sobrellevando su enfermedad.

COMUNICACIÓN VERBAL:

Utilizar un mensaje cada vez, simple, fácilmente comprensible

Evitar frases largas y demasiadas complejas.

En fases avanzadas, con toda seguridad no nos reconozcan, es imprescindible que les recordemos quienes somos. Dirigirnos por su nombre, es importante que captemos su atención.

Evitar expresiones como “José ¿no recuerdas...?”

COMUNICACIÓN NO VERBAL:

Nuestra posición deber ser a su altura, frente a ellos, si están sentados nos sentaremos.

Utilizar el tacto es importante, el contacto físico denota proximidad y transmite seguridad. Evitar gesticulaciones excesivas, de lo contrario se puede alterar el ánimo de la persona que padece demencia.

Mirarle a los ojos, no de una forma fija ya que intimidaría, pero sí con un contacto visual adecuado.

3.4 Habilidades de relación con la persona afectada con la enfermedad de

Alzheimer:

Ofrecer cuidado puede resultar muy difícil por momentos. Sin embargo, hay maneras de manejar la situación. He aquí algunos consejos que resultaron útiles a otros cuidadores:

⇒ Establezca rutinas pero mantenga las cosas normales.

Una rutina puede disminuir la toma constante de decisiones y traer orden y estructura a la vida diaria, que de otra forma resultaría un tanto confusa.

⇒ Una rutina puede, además, representar seguridad para la persona con la EA.

A pesar de que una rutina puede ser útil, es importante mantener las cosas lo más normales posible. En la medida que lo permita la situación cambiante, trate a la persona de la misma manera.

⇒ Mantenga la independencia de la persona.

Es necesario que la persona conserve su autonomía, su independencia, el mayor tiempo posible. Ayuda a mantener la autoestima y disminuye la carga que deberá soportar usted mismo.

⇒ Ayude a mantener la dignidad de la persona.

Recuerde que la persona que usted cuida es un individuo con sentimientos. Lo que usted y otros digan y hagan puede molestar.

⇒ Evite discusiones.

Cualquier tipo de conflicto causa estrés innecesario en usted y en la persona afectada. Evite llamarle la atención por algún fracaso y mantenga la calma. Recuerde que es la enfermedad y no la culpa del enfermo. Siempre ponga su mirada en la persona y no en la enfermedad.

⇒ Simplifique las tareas.

Trate de simplificarlas. En el trato diario no le ofrezca demasiadas posibilidades para elegir.

⇒ Conserve el buen humor.

Ríase con la persona y no de ella. El humor puede aliviar el estrés.

⇒ La seguridad es importante.

La pérdida de la coordinación física y de la memoria aumentan las posibilidades de lesionarse; proponga a la familia que vive con la persona con la EA adecuar la casa, de tal manera que sea lo más segura posible.

⇒ Estimule la salud física.

En muchos casos esto ayudará a mantener las habilidades físicas y mentales de la persona por un tiempo. El ejercicio apropiado dependerá de las condiciones de la persona. Aconseje a la familia a consultar con el médico.

⇒ **Ayude a aprovechar las habilidades de la persona.**

Algunas actividades planeadas pueden elevar el sentido de la dignidad y autoestima de la persona dándole un propósito y un significado a la vida. Una persona que ha sido ama de casa, jardinero, comerciante o ejecutivo puede sentirse mejor si practica las habilidades relacionadas con estas tareas. Es probable que la familia no sepa esto. Asesórese con ellos e incentive a la persona a practicarlas. Pero recuerde, la Enfermedad es progresiva, las habilidades y lo que le gusta y no le gusta pueden cambiar con el tiempo.

El cuidador deberá asesorarse, observar y ser flexible en la planificación de actividades.

⇒ **Use ayuda-memoria.**

En las primeras etapas de la EA, el 'ayuda-memoria' puede servir a la persona con la EA para recordar y ayudarlo a prevenir la confusión. Incentive la utilización del mismo.

- Proponga a la familia que, en lo posible, exhiba fotos grandes, claras y con los nombres de familiares para que la persona los reconozca.
- Proponga colocar etiquetas en las puertas de las habitaciones con palabras y colores brillantes.
- Estas ayudas resultarán útiles en el primer estadio de la enfermedad.

CAPITULO 4

4. Manejo de los trastornos de conducta en personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias

4.1.- Introducción.

Ya conocemos cómo las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer presentan una serie de trastornos conductuales que pueden ocasionarles problemas a ellas y a las demás personas que los rodean, de ahí la importancia de tener conceptos claros a la hora de manejar dichas alteraciones comportamentales.

En este módulo trataremos una serie de situaciones que pueden darse; situaciones que elevarán el nivel de estrés del cuidador y/o del profesional a cargo de la persona con demencia si no son manejadas adecuadamente.

Entre estas situaciones, trataremos pautas generales a tener en cuenta entre diferentes aspectos y situaciones diarias. El manejo de la ansiedad, con las medidas específicas a tomar; el manejo del riesgo de violencia o la agitación de la persona con demencia, así como las alteraciones del sueño. Destacaremos, asimismo, una parte muy importante que debemos prevenir que son las caídas provocadas por estos desórdenes. Caídas que en caso de los ancianos pueden tener consecuencias muy graves. Otro tema de gran

importancia es el manejo de las ideas delirantes y alucinaciones y para terminar el módulo hablaremos del manejo de la confusión en las personas con demencia.

4.2. Situaciones Generales

4.2.1.- Medidas generales:

- Evitar los cambios en el entorno de la persona que padece demencia.
- Para realizar cualquier actividad, ofrecer a la persona instrucciones cortas y fáciles de seguir, dejándole tiempo para que procese la información.
- A la persona con demencia se le debe ayudar, pero no sustituirle en las tareas que todavía es capaz de realizar.
- El cuidador debe siempre animar, potenciar y estimular. Hay que evitar hacerle más dependiente.
- Mantenga, en la medida de lo posible, las relaciones sociales de la persona con demencia. Mantenga una adecuada nutrición e hidratación de esta persona.
- Restrinja, en la medida de lo posible, el número de fármacos, en especial, los que tengan efectos secundarios a nivel del sistema nervioso.

4.2.2.- Organización de la casa y el cuidado de la personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

- Habitaciones Generales:

- No cambiar de sitio los objetos de uso cotidiano.
- Señalar los recorridos a la habitación, cocina, baño. Se pueden colocar dibujos sencillos o el nombre en la puerta, para recordarle dónde está.
- Colocar un reloj con números grandes y un calendario, donde ir tachando los días que pasan.
- Evitar el ruido y la confusión.
- Cuando la enfermedad esté más avanzada, en ocasiones, es necesario cubrir los espejos, la persona con demencia puede no reconocerse y pensar que es un extraño.
- Tener un horario rutinario para cada actividad.

- Dormitorio:

- Instalar una luz piloto que permanezca encendida durante la noche.
- Colocar bandas luminosas en el suelo para señalar el camino hacia el baño, o deje la luz encendida de éste.
- Sujetar bien la lámpara de la mesa de luz, de manera que la pueda encender sin tirarla.

4.2.3.- Higiene Corporal

La persona con demencia puede olvidarse de las tareas de auto-lavado (peinarse, cepillarse los dientes, lavarse la cara, etc.) o considerarlo no necesario, o haberse olvidado de cómo se hace, o no entender cómo hacerlo.

⇒ Sugerencias para el aseo personal:

- Mantenga la rutina anterior del lavado de la persona en todo lo que sea posible, asesorándose con los miembros de la familia de la persona con Alzheimer.
- Organice el baño; coloque los implementos en un lugar visible, por ejemplo el cepillo de dientes, el dentífrico y el vaso juntos. En etapas avanzadas, saque los implementos necesarios para una sola actividad de aseo personal.
- Trate de que el baño sea un momento de placer y relajamiento para la persona con EA.
- Preparar la bañera antes de que la persona esté en el cuarto de baño.
- Sustituir la bañera, siempre que sea posible, por una ducha a ras de suelo.
- Controlar la temperatura del agua.
- No dejar nunca sola a la persona.
- Es necesario seguir siempre la misma rutina, seguir siempre los mismos pasos a la hora del baño.
- Simplifique la tarea lo más posible.
- Si se resiste al baño, pruebe más tarde cuando esté de buen humor.
- Permita que la persona se maneje sola lo más posible.

- Si la persona se siente incómoda, puede ser útil no desnudarla totalmente, hágalo por partes.
- Tenga en mente la seguridad. Algo firme para agarrarse, alfombras antideslizantes, una silla extra.
- Si el baño es motivo de conflicto, lavarla de pie puede dar buen resultado.
- Vigilar posibles roces en la piel. No utilizar esponjas ni toallas ásperas para no dañar la piel.
- También es importante el cuidado de las uñas de las manos y los pies, y observar el cuidado oral diario.

⇒ Artículos que facilitan las tareas de arreglo personal:

- Duchas manuales.
- Barra para agarrarse.
- Sillas para sentarse en la ducha.
- Cepillos o esponja de baño de mango largo.
- Alfombra de goma.

4.2.4.- Incontinencia urinaria

Esta tarea involucra muchos pasos a cumplir, comienza con reconocer la necesidad de ir al baño, encontrar el baño, abrir y cerrar la puerta, quitarse la

ropa sentarse en el inodoro, higienizarse, reajustarse la ropa, limpiar el inodoro, lavarse las manos, secárselas y salir del baño.

La persona con la EA puede perder la noción de cuándo ir al baño, dónde se encuentra el inodoro o cómo usarlo.

⇒ **Sugerencias para el uso del inodoro:**

- Cree un horario metódico para el baño.
- Intentar que la persona con demencia acuda de manera regular al baño, aproximadamente cada 2 horas.
- Evitar que beba dos horas antes de acostarse.
- Colocar una funda impermeable en el colchón.
- Si la incontinencia es permanente usar pañales para adultos y fundas absorbentes para la cama.
- Hay que mantener siempre limpia y seca a la persona, para evitar que se formen escaras.
- Hacer que el cuarto de baño sea fácil de encontrar y de usar.
- Proponga a la familia la colocación de señales indicando el camino a seguir para llegar al baño, por ejemplo, ponga fotos de un inodoro con flechas para marcar el camino.
- Ponga un cartel en la puerta del baño con letras grandes y brillantes.
- Deje siempre la puerta del baño abierta para facilitar encontrarlo.
- Asegúrese de que la ropa sea fácil de sacar.

- Al igual que con el aseo, organice el baño dejando a la vista pocos objetos. Esto puede ayudar a disminuir la confusión de la persona con demencia.

4.2.5.- Vestido

La persona con demencia a menudo se olvida de cómo vestirse y puede no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa. A veces aparece en público con ropas no adecuadas o vestido a medias.

⇒ Sugerencias para vestirse:

- Preséntele la ropa en el orden en que debe ponérsela.
- Proponga la provisión de ropa para la persona con la EA evitando que sea con cierres complicados.
- Procure que tenga independencia al vestirse el mayor tiempo posible.
- Si es necesario repita las indicaciones.
- Proponga la provisión de zapatos con suela de goma anti-deslizante
- Eliminar las ropas difíciles de quitar, evite botones.
- Usar ropa de tejidos que se laven fácilmente.
- Disponer las ropas en el orden en que debe ponérselas.
- Elegir previamente las ropas que debe ponerse.

4.2.6.- Alimentación

Las personas con demencia a menudo se olvidan si ya comieron o cómo usar los cubiertos. En las últimas etapas, una persona con la EA tendrá que ser alimentada, ya que hay una pérdida de interés por la comida. A medida que avanza la enfermedad, aparecerán algunos problemas físicos tales como el no poder masticar bien o tragar, en algunos casos con riesgo de aspiración. También existe una tendencia a guardar o esconder los alimentos.

⇒ Sugerencias para facilitar la tarea de alimentación:

- Tendrá que recordar a la persona cómo comer.
- Evite distracciones en el momento de comer, como conversar o tener la televisión o radio encendida.
- Utilice manteles y platos, tazas y platos que contrasten entre sí, por ejemplo un mantel de color rojo con platos blancos.
- Servir comida que pueda comerse con la mano.
- Cortar la comida en pequeños trozos. En las últimas etapas, para prevenir el ahogo de la persona, puede licuar la comida.
- Recuérdele a la persona con la EA que debe comer despacio.
- Sea consciente de que puede no distinguir entre frío o caliente y quemarse la boca con líquidos o alimentos calientes.
- No deje a la persona sola cuando él o ella esté comiendo, ya que se puede ahogar o no comer por no entender cómo hacerlo.

- Cuando tenga dificultad para tragar, infórmele a un familiar lo que ocurre para que consulte con el médico para aprender la técnica de estimular el tragar.
- Cuando comienzan los problemas al tragar, éstos se manifiestan cuando la persona comienza a toser mientras o después que come o bebe algo; o a babear mientras come; o tener saliva después de tragar.
- Sirva una porción de comida por vez.
- La ingesta de comida debe variar, trate de darle varias comidas en pequeñas porciones en vez de tres comidas, la comida principal debería darse por la mañana, momento en que la persona con demencia está más descansada.
- Tenga en cuenta las preferencias de alimentos de la persona y asegúrese que esté a temperatura adecuada.
- Planificar semanalmente que comerá cada día. Es necesario conseguir una dieta equilibrada: proteínas, carbohidratos, lácteos, frutas y verduras.
- Mantener siempre un horario fijo para comer.
- Reducir el número de cubiertos al mínimo.
- Si tiene problemas para tragar o masticar, hay que triturar los alimentos.
- Asegurarse siempre de que el alimento o bebida no estén demasiado calientes y que la persona se pueda quemar.
- Hacer beber, la persona con demencia olvida que tiene que hacerlo.
- Si no come, es necesario observar el estado de la dentadura.

- Si come demasiado, no dejar comida a su alcance y distraerlo con algo para picar.
- Evitar el estreñimiento.

4.2.7- Mejorar la función intelectual

Conviene realizar diversas técnicas de estimulación intelectual como pueden ser:

- Pruebas de orientación de la realidad: orientación en el tiempo, lugar y persona. Reconocimiento de objetos de uso cotidiano, etc.
- Estimulación de la memoria remota, que cuente cosas de su pasado, que hable de situaciones que recuerde.
- Animarlo a que lea, ayudarlo cuando no lo entienda y enseñarle fotos.
- Escuchar música relajante.
- Estimulación social: que participe en actos familiares, en las conversaciones, que lo visiten amigos.
- Pedirle la opinión sobre algo que ha oído o ha visto en la tele.
- Estimulación de la memoria: describir objetos, completar frases, reconocer personas, decir refranes, jugar a las adivinanzas, etc.
- Realizar actividades manuales creativas y bajo la supervisión del cuidador, de la vida cotidiana, como ayudar en la cocina.
- Evitar las opiniones negativas cuando haga algo mal. Refuerzo positivo ante las cosas bien hechas.

- Mantener la actividad física, dar paseos.
- Evitar posiciones estáticas durante largos periodos de tiempo.

Es muy importante mantener siempre el contacto con la persona con demencia. Son importantes las muestras de afecto, las caricias, las sonrisas. Hacerle sentir que es querida y necesaria.

4.3.- Manejo de la ansiedad

Dicha ansiedad está directamente relacionada con las amenazas reales o percibidas o también provocadas por los cambios. Imaginemos a una persona con demencia recién institucionalizada, el cambio de ambiente y de contexto que sufre es superior al de una persona sin problemas de adaptación o sin problemas cognitivos; y todo ello unido a la imposición de nuevas rutinas, así como la instauración de técnicas que a veces son de tipo agresivo.

Algunas de las acciones específicas que debemos de tener en cuenta y realizar, para evitar y controlar, en la medida posible, cuadros de ansiedad :

- ⇒ Permanecer tranquilos cuando se esté con la persona con demencia, se deben emplear gestos calmados y pensados. Es un dato contrastado que la persona que sufre esta enfermedad suele reflejar las emociones que perciben los demás, por tanto, si presentamos una actitud ante ellas de nerviosismo, es lo que reflejarán aumentando su

confusión.

- ⇒ El tono de voz que empleemos será bajo y tranquilizador, es mucho más importante el tono que lo que realmente digamos (la forma es más importante que el contenido). Se le dejará tiempo para expresar sus sentimientos de temor, miedo y preocupación, debemos escucharles con respeto. Como hemos tratado con anterioridad, las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer necesitan tiempo para encontrar las palabras adecuadas.
- ⇒ Durante estos episodios debemos evitar cambiarles de habitación. Los que conserven la capacidad lectora les será de utilidad leer cualquier folleto, números o una nota que les recuerde por qué están institucionalizados, eso les hará ver que no están abandonados.
- ⇒ Debemos aconsejar a los allegados de las personas con demencia a traerles objetos familiares para que ellos los conserven. Otra actividad sería ayudarles a encontrar objetos perdidos, etiquetándoles los cajones y pertenencias.
- ⇒ Entre algunas actividades diversas tenemos, por ejemplo, que evitar el consumo de cafeína (es un estimulante comprobado), le podemos aconsejar la deambulación, muy beneficiosa para disminuir la ansiedad, así como flexibilizar los horarios de visitas de los familiares.

Pero es posible que aún utilizando estas indicaciones, la ansiedad lejos de reducirse, aumente. Bien porque no le haya surtido efecto la batería de

actuaciones realizadas por el personal cuidador o bien porque se encuentre en una fase más evolucionada de la enfermedad, en cuyo caso el deterioro es mayor y la capacidad para dar una respuesta eficaz es menor. En este caso el problema sería otro y nuestras actuaciones irían encaminadas a otros aspectos. Nos encontramos seguramente con actuaciones violentas o tendentes a la violencia.

⇒ El comportamiento repetitivo

La persona con demencia puede olvidarse de lo que dijo de un momento para otro, repitiendo la pregunta y las acciones una y otra vez.

Sugerencias:

- Distraiga a la persona enferma con algo distinto para ver, oír o hacer.
- Escriba la respuesta a las preguntas más frecuentes.

⇒ El apego

Puede ser que se vuelva muy dependiente y siga al cuidador o cuidadora a todos lados. Esto puede ser frustrante y difícil de manejar. Actúa de esta manera porque se siente insegura y teme que, cuando usted se vaya, no regrese. El temor al abandono es una de las ideas delirantes que aparecen con más frecuencia en las demencias. Procure que se entretenga con algo mientras usted está ausente.

4.4.- Manejo del riesgo elevado de violencia

A menudo, la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta. Puede

deberse a muchas razones como la pérdida de control social y discernimiento, pérdida de la habilidad para expresar sin violencia sus sentimientos negativos y pérdida de la habilidad para entender las acciones y las habilidades de otros.

Dicho de otra manera, la persona se vuelve más agresiva, para sí misma y para los demás; agresividad que está directamente relacionada con el deterioro cognitivo que presenta, sobre todo en etapas más evolucionadas. El objetivo que debemos proponernos es la disminución de dicha agresividad y que no sufra ningún daño secundario a la misma.

Lo primordial es realizar una evaluación de la agitación que presenta la persona, agitación que puede desencadenar en un cuadro de agresividad, tanto para él como para otras personas con demencia, así como para su propia familia y para el personal que está a su cuidado.

Dicha evaluación comprende los principales apartados:

- Garantizar la seguridad de la persona con demencia y de los que la rodean.
- Recogida de datos que puedan explicar la reacción de la persona con demencia; si es necesario recabar datos de los propios familiares (frecuencia de estas alteraciones, desde cuando aparecen, qué medidas tomaron...).
- Decisión de la medida a utilizar para contrarrestar el episodio.

Lo importante es reseñar que lo que la persona con demencia sufre y siente en todos los cuadros, es de un alto grado de ansiedad, por tanto todas las medidas y actuaciones irán encaminadas a reducir al máximo los niveles de la misma.

Algunas acciones específicas que debemos realizar ante una situación de potencialidad violenta pueden concretarse en:

- Si la persona con demencia lleva poco tiempo con nosotros, debemos recabar información con sus cuidadores más cercanos, preguntarles qué medidas tomaban en estas situaciones y qué grado de efectividad tenían.
- Vigilar signos de aumento de la ansiedad. Un buen síntoma premonitorio es la imposibilidad poder expresar adecuadamente sus sentimientos que le llevarán a la frustración y de ahí a la agitación.
- Es importante que identifiquemos qué le ha provocado el problema, puede ser desde un simple olor a algo más grave como puede ser la presencia de dolor. Es importante que mantengamos la calma, nuestras manos deben estar visibles, evitando el acercarnos a la persona con demencia de una forma brusca, nuestro tono de voz debe seguir calmado y en tono bajo. Está demostrado que algunas personas con demencia suelen responder positivamente al contacto físico ligero.
- Debemos reducir los estímulos ambientales, personas que entran y

salen de la habitación, así como apagar la televisión si ésta se encontrara encendida.

- En caso de que la persona con demencia se encontrara abiertamente agitada, existen normas básicas que debemos seguir:
 - Nos acercaremos a la persona de costado en vez de cara a cara.
 - Permaneceremos de pie a su lado a una distancia prudente.
 - No debemos darles la espalda.
 - Localizar las posibles salidas que puede tomar en caso de huida.
 - Evitar arrinconarlo o ser arrinconados.
 - En estos casos siempre debemos pedir ayuda a un compañero.

Recuerda: Nunca debemos intentar reducir solos a una persona con demencia que se encuentre en un estado agresivo o agitado, hay que buscar ayuda. En caso de que todas las medidas anteriormente expresadas no den efectos, habrá que recurrir a la sujeción mecánica y la sedación con fármacos, ambas deben ser prescritas por personal médico y la administración de sustancias por vías parenterales (intramuscular, intravenosa y/o subcutánea) por personal de Enfermería. Es muy importante que documentemos y registremos todo lo sucedido, para evitar en el futuro los factores desencadenantes, si los hemos podido identificar.

Por tanto ante una persona con demencia que se encuentre agitada debemos recordar:

- ✓ La conducta que presenta la persona con demencia es un síntoma de su enfermedad.
- ✓ No debemos ofendernos por sus comentarios.
- ✓ Mantendremos una actitud firme, pero no una conducta agresiva.
Escuchar a la persona, si necesita comunicarse.
- ✓ No discutir con él, aumentaría su agitación.
- ✓ Hay que protegerle de los peligros en los que pueda exponerse por su comportamiento. No responder a los comentarios de tipo excesivo cuando están en fase maníaca.
- ✓ Puede ser necesario la contención física. A veces se necesitan de 3 a 4 personas para poder realizar dicha contención.

El método que se recomienda para la contención física:

- Uno sostendrá a la persona por encima de las rodillas.
- Otro por las muñecas.
- Y un tercero por los hombros.
- Evitar sujetar el pecho (por riesgo de fracturas de costillas) ni tampoco el abdomen.
- No amenazar con la sujeción como un castigo, se le explicará en todo caso que nuestra actitud es para evitar que se lesione o cause lesiones a los demás.

4.5 Cuadros delirantes y alucinaciones

Es común que la persona con la EA experimente falsas ilusiones y alucinaciones y con éstas las ideas delirantes, las ideas paranoides (persecución y perjuicio) son las más prevalentes. Por ejemplo, la persona puede pensar que está bajo amenaza por parte del Cuidador. Esta falsa idea es muy real, causa temor y puede dar como resultado comportamientos angustiosos.

Antes de referirnos a las actitudes a tomar, es necesario que describamos lo que es un delirio y una alucinación.

Delirio

Para que una idea sea calificada como delirio o idea delirante debe cumplir unas series de características, entre ellas:

- Ser falsa.
- Ser irrefutable a toda argumentación lógica; por mucho que utilicemos la lógica con la persona con Alzheimer no lograremos convencerla de que está inmersa en un error.
- Se establecen por vía patológica, es decir, son consecuencias de una enfermedad, en este caso de los trastornos cognitivos de la Enfermedad de Alzheimer.
- Se apartan de las creencias del grupo sociocultural de referencia al que pertenece la persona enferma.

Un ejemplo de una idea delirante: José es una persona con un deterioro cognitivo establecido y se niega a comer porque está convencido que su esposa (cuidadora principal) lo quiere envenenar lentamente.

Existen muchos tipos de delirio, nombraremos los más importantes:

- a) Autorreferentes. O de alusión, la persona con demencia hace suyos, hacia su persona, hechos o circunstancias de otras personas, Ej. “la gente murmura de mí, se ríen de mí...”
- b) De perjuicio. La persona con demencia refiere encontrarse acosada, perseguida, el ejemplo anterior nos lo muestra: “me quieren envenenar”.
- c) Celotípicos. Las personas con demencia tienen una convicción patológica de infidelidad por parte de su pareja.
- d) Hipocondríacos. Son delirios dirigidos hacia el propio cuerpo.
- e) Expansivas o delirio megalomaniaco, la persona con demencia expresa poderes, bienes, capacidades inusitadas, por Ej. “tengo dos mil millones de pesos en el banco, soy dueño de todas las televisiones, gobierno el mundo”.

Alucinaciones

Una alucinación consiste en que la persona ve y oye cosas que no existen: personas al pie de la cama o gente hablando en la habitación.

Son percepciones sin objeto, existen diversos tipos de alucinaciones

90

dependiendo del órgano de los sentidos afectado o bien de la topografía corporal alterada, así nos encontramos ante alucinaciones; visuales, gustativas, táctiles, del sentido muscular, etc.

No olvidemos que con el envejecimiento existe una pérdida sensorial en mayor o menor grado (disminución de la agudeza visual, sordera, entre otros), si a eso añadimos el deterioro cognitivo provocado por la demencia, y el aislamiento social como consecuencia de todo lo anterior, favorecen o agravan la actividad delirante y la presencia de alucinaciones.

Algunas acciones específicas que debemos realizar:

- Debemos transmitir a la persona con demencia, confianza, de que vamos a escucharlas por muy extrañas que nos parezcan sus ideas.
- Mantener en todo momento una actitud de respeto. Salvaguardar su privacidad.
- No discutir ni intentar rebatir ideas delirantes y menos con comentarios descalificadores. No decirles “usted está mintiendo” o “eso es mentira” lo que debemos hacer es transmitirles que no vemos las cosas como él las está viendo.
- Cuando la persona está asustada trate de calmarla.
- Distraiga a la persona mostrándole algo real en la habitación.
- En ese estado de confusión siempre debemos presentarnos ante la persona que sufre demencia y dejarles claro cuál es nuestra función

como profesional, lo que podemos y no podemos ofrecerles como cuidadores.

- Nunca debemos seguirles la corriente. No es ético ganarnos su confianza con declaraciones engañosas. Nuestra actitud es decir la verdad y nuestra comunicación será clara. Es mejor un silencio que una mala respuesta si no sabemos qué responder.
- No realizar comportamientos que puedan desencadenar una crisis en la persona afectada con demencia, por ejemplo, evitaremos decir palabras a media voz, cuchicheos, juicios de valor o bromas.
- Si la persona con demencia nos insulta en el transcurso de un proceso delirante, no debe ser tomado como algo personal.
- Aconseje a la familia, consultar con el médico sobre la medicación que está tomando, eso puede contribuir al problema.

4.6.- La confusión en la persona con enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias

La confusión podemos definirla como la falta de claridad en el pensamiento; en este caso la persona con demencia no puede pensar con la claridad habitual, no es capaz de distinguir lo que es real de lo que no, su lenguaje es incoherente, suelen estar desorientados y sufrir alucinaciones.

Suelen ser de inicio brusco, con una duración no permanente, si el

92

tratamiento se instaure con rapidez suelen recuperarse. Los síntomas suelen empeorar por la noche.

Debemos tener claro que la confusión no forma parte del envejecimiento normal.

Algunas acciones específicas que debemos realizar:

- ✓ Establecer una buena comunicación con la persona, manteniendo contacto ocular y utilizando el tacto.
- ✓ Identificarnos, con nuestro nombre y con nuestra profesión.
- ✓ Es conveniente transmitirles tranquilidad, explicándoles las actividades que vamos a realizar.
- ✓ No aislarlo, pues sin duda aumentaría su confusión y temor.
- ✓ Tomaremos precauciones en el caso que la confusión le lleve a un estado de agitación.
- ✓ Mantener un ambiente tranquilo y con algo de luz.

4.7.- Otras alteraciones conductuales

4.7.1.- Las alteraciones del sueño

La persona con demencia puede estar inquieta durante la noche (este puede ser uno de los problemas más agotadores que tenga un Cuidador).

Otros de los factores a tener en cuenta son las alteraciones del sueño, que son muy frecuentes en las personas con enfermedad de Alzheimer y que suelen repercutir negativamente en el comportamiento de los mismos. Con la edad, estas personas necesitan menos horas de sueño y éste se vuelve de peor calidad, así se presentan despertares frecuentes y la sensación de no haber descansado lo suficiente o con una profundidad que sea compatible con el descanso.

El patrón del sueño se altera, existe una tendencia marcada a dormir durante el día y estar desvelado y/o agitado durante la noche.

Estas alteraciones suelen estar relacionadas con la intranquilidad y la desorientación. Un objetivo que debemos marcarnos es que la persona con demencia duerma al menos unas seis horas o un tiempo adecuado a cada persona dependiendo de sus características.

En cuanto a las acciones específicas a realizar:

- Lo ideal es planificar actividades intercaladas con periodos de descanso, de forma que la persona cuidada realice siestas.
- Asegúrese de que se encuentre lo más cómodo posible en la cama.
- Asegúrese que el dormitorio no se encuentre excesivamente caliente (entre 15º a 24º grados sería lo más aconsejable)

- Evitar que la persona con demencia duerma de día, si tiene pautado alternar periodo de tiempo de cama a sillón, cuando permanezca en éste, procurar que mantenga una postura erguida.
- Utilizar sólo en casos precisos las sujeciones mecánicas, ya que pueden aumentar la agitación. Como hemos comentado deben utilizarse en casos extremos, cuando la seguridad e integridad de la persona con demencia y de los que la rodean corran peligro.
- La habitación debe permanecer con luz encendida (aunque no debe ser excesivamente fuerte).
- La pauta de dormir debe seguir una cadencia en cuanto al horario, puede ser conveniente el administrar un pequeño tentempié antes de dormir.
- Administrar sedantes cuando esté prescrito de forma y hora indicada.
- Si tiene luz en la cabecera, evitar encenderla para disminuir el grado de confusión de la persona con demencia.
- Sería conveniente la disminución de la ingesta de café, té, o cualquier otra sustancia estimulante, con ello favoreceremos la relajación.
- Cena ligera, al menos unas dos horas antes de acostarse.
- Es importante saber que existe una menor necesidad de sueño con la edad. Asegurar unas buenas condiciones higiénicas en el dormitorio, que no existan ruidos, que la ropa de cama esté limpia y seca, que la temperatura ambiental sea la adecuada.
- Cuando el trastorno del sueño no es secundario a otro problema más

importante, un vaso de leche caliente, una infusión y nuestros cuidados que demuestren el interés por la persona suelen ser más efectivos que un fármaco.

- Mantener la máxima actividad durante el día. Propóngale a la persona con EA realizar caminatas y que aumente la actividad física durante el día.
- Llevarlo al baño antes de acostarse.
- Un baño o una ducha caliente pueden ayudar a relajarse.
- Los muñecos de peluche pueden darle sensación de seguridad.
- Cuando se despierte, tranquilizarle, hablarle suavemente, recordándole que es de noche.

En definitiva, proporcionar las medidas de comodidad que favorezcan el descanso.

4.7.2.- El comportamiento sexual inapropiado

La persona puede presentar un comportamiento sexual inadecuado, pero no es común. Puede desnudarse en público, acariciar sus genitales o tocar a otra persona de forma inadecuada.

⇒ Sugerencias para estos casos:

- Trate de no reaccionar exageradamente, recuerde que es efecto de la

enfermedad.

- Trate de distraer a la persona con otra actividad.
- Si la persona se desnuda, amablemente no apruebe este comportamiento y trate de distraerla

4.7.3.- Vagabundeo

Esto puede ser un problema preocupante que le toque manejar. La persona enferma puede vagar por la casa o salir y vagar por el barrio. Puede perderse. La seguridad es lo más importante cuando la persona con demencia está sola en la calle.

⇒ Sugerencias:

- Asegúrese de que lleve consigo alguna identificación.
- Cuando la persona aparece, sugiérale a la familia que evite demostrar el enojo, que le hablen pausadamente y con mucho cariño.
- Aconseje a la familia de la persona afectada tener una foto actual de ella, en caso de que se pierda y necesite pedir ayuda.

4.8.- Caídas y daños físicos

Imaginemos por un momento una persona con demencia, con una crisis de

agitación extrema. Si no somos capaces de manejar la situación, una consecuencia grave es un riesgo de traumatismo; traumatismo que será más o menos importante dependiendo de la intensidad del mismo.

Este riesgo de traumatismo está relacionado con las dificultades cognitivas que puede presentar la persona con demencia, así como a una falta de previsión por parte de los cuidadores a la hora de instaurar las medidas de seguridad. Nuestro objetivo principal será la prevención de las caídas y accidentes, pero ¿qué podemos hacer?

- Hay que tener identificados todos los déficits cognitivos y físicos de la persona que cuidamos, como pueden ser trastornos de la orientación, pérdida de la memoria, así como trastornos de la marcha, entre otros.
- Valorar y evaluar el ambiente donde la persona con demencia se desenvuelve, para eliminar todos aquellos riesgos innecesarios, como pueden ser suelos inadecuados, escaleras sin barandillas, baños sin adaptar.
- Debemos adiestrar a la familia en la prevención y manejo de situaciones diversas, desde la ayuda a la marcha hasta actitudes ante la agresividad de las personas que sufren la demencia.
- La cama debe estar provista de barandillas bilaterales, que cubran la longitud de la cama y la altura suficiente.
- La iluminación debe ser adecuada, ni muy estridente ni muy tenue. Debe ser adecuada para facilitar la visibilidad y que no deslumbre.

- Quitar los cerrojos de las puertas interiores, para que la persona no pueda encerrarse.
- Colocar cierres de seguridad en ventanas y puertas, para que la persona con demencia no pueda abrirlas sola.
- No dejar que agarre objetos pequeños que pueda tragarse.
- Proteger los radiadores de calefacción con una rejilla de protección para evitar quemaduras. Regular la temperatura del agua caliente de manera que no se queme.
- No dejarla sola en balcones, terrazas, etc.
- Colocar barandillas en las escaleras de casa.
- Colocar pegatinas antideslizantes y agarraderas en el cuarto de baño.
- No dejar a mano cerillas ni mecheros.
- Guardar en lugar seguro los productos de limpieza y fármacos.
- Colocar en lugar seguro los objetos cortantes y punzantes.
- Si la persona con demencia tiene dificultades para andar es necesario usar un andador o un bastón.
- Procurar que el suelo esté siempre seco, las alfombras bien sujetas al suelo, quitar los obstáculos que dificulten la circulación.
- Asegurarse de que haya buena luz en todas las habitaciones, por la noche es necesario que el baño y el pasillo estén bien iluminados.
- Quitar o acolchar los salientes de los muebles que se encuentren en zonas de paso. Comprobar las suelas de los zapatos, que estén en perfecto estado, para evitar resbalones y tropiezos.

- Usar electrodomésticos simples, conocidos por la persona y con sistemas de alarma o que se desconectan automáticamente.
- Poner sistemas de seguridad para el gas de la cocina.
- Identificar a la persona con demencia por si se pierde, haciéndole llevar en su cartera su nombre y dirección o con placas colgadas del cuello en las que conste su nombre y un teléfono de contacto.
- Poner campanas u otra indicación acústica en las puertas que den al exterior.

CAPITULO 5

5. Modificación del ambiente, recursos básicos y prevención de riesgos en el ambiente

Adecuar el ambiente donde vive la persona con la enfermedad de Alzheimer (EA) y/u otras demencias (OD) influirá sobre el desempeño de las actividades cotidianas, en la independencia y la autonomía, lo que a su vez mejorará su bienestar y calidad de vida.

Adaptar el medio ambiente a las necesidades de la persona, permitirá minimizar los posibles problemas como el riesgo de caídas, facilitar una movilidad segura y favorecer la orientación espacio- temporal.

Las condiciones ambientales (luz, ruido, temperatura, etc.), a pesar de no ser tangibles, también influyen en la comunicación, la autonomía personal y el bienestar de la persona.

Uno de los aspectos más importantes del cuidado de una persona con Alzheimer es garantizar su seguridad. Sabemos que en el Alzheimer y en otros tipos de demencia, los estados de confusión y olvido de la persona afectada pueden llevar a situaciones peligrosas.

En la etapa temprana, como la persona aún se maneja con independencia, no

cuenta con una supervisión permanente. Por esta razón, los cambios o el empeoramiento de su estado no son advertidos. Entonces, sucede que la persona puede salir de su hogar y, en medio de la calle, olvidar el camino de regreso a casa.

Hay ocasiones en que personas con Alzheimer son encontradas deambulando ya sea por su barrio o por zonas muy alejadas de su domicilio, sin poder precisar su dirección, su nombre o algún dato que permita su identificación.

Situaciones como ésta, de pérdida, confusión, olvido, que llevan a producir accidentes, correr riesgos y peligros, son angustiantes tanto para la persona que padece Alzheimer, como para el cuidador y los familiares.

Otro aspecto importante en la modificación del ambiente es la necesidad de estimulación. El diseño ambiental debe promover y contribuir a la realización de las actividades de la vida diaria de la persona con demencia; y debe tratar de compensar los déficits en las capacidades físicas y mentales que se producen en el progreso de la enfermedad.

Finalmente, un tercer aspecto clave es la identidad personal. Esto apunta al bienestar emocional de la persona con Alzheimer. “El ambiente debe mantener esa frescura de hogar, preservando su identidad, y favoreciendo el recuerdo de sus memorias más remotas. Esto ofrece al paciente seguridad, reafirmando el valor de sus experiencias vividas” (Manes, 2005, p.146). Es

muy importante considerar esto, ya que en la persona con Alzheimer o con otros trastornos cognitivos, se va incrementando la dificultad de reconocer los cambios realizados en su entorno, y por ese motivo recurre a rutinas y automatismos establecidos a lo largo de toda su vida. Por eso, “para evitar problemas de desorientación, ansiedad y agitación es importante mantener el entorno lo más estable y familiar posible” (Manes, 2005, p.146).

Recursos básicos y precauciones a tomarse en cuenta:

⇒ **Cronograma y rutina**

Establecer rutinas puede disminuir la confusión, ya que brinda orden y organiza la vida diaria. (Alzheimer’s Disease International - OMS, 1994). Escribir la rutina diaria y colocarla en un lugar visible. Ajustar las alarmas para recordar cosas.

Usar “ayuda-memoria” le sirve a la persona con EA (sobre todo en las primeras etapas) a recordar y ayudar a prevenir la confusión. Las “ayuda-memoria” que puede utilizar son:

- * Dejar instrucciones escritas y recordatorios, tales como “tomar la medicación”, “cerrar la llave de gas”, son útiles en las etapas tempranas, en las etapas posteriores no utilizarlas porque puede generar mayor confusión.

- * Exhibir fotos grandes, claras y con los nombres de los familiares para que la persona los reconozca. También puede exhibir fotos de lugares que frecuentaba para favorecer el diálogo y recordar vivencias.

- * Colocar etiquetas en las puertas de las habitaciones (“baño”, “cocina”, etc.) y en los cajones de ropa que utiliza con mayor frecuencia. Utilizar palabras y colores grandes y llamativos. (Alzheimer’s Disease International - OMS, 1994).

⇒ **Recordatorios**

El uso de despertadores, calendarios grandes, relojes de pared con un tamaño adecuado que permita ver los números fácilmente, pizarras y notas en la heladera ayudan a recordar la rutina pautada, favorece la orientación temporal y estimula su uso.

Contar con un pastillero que organice la medicación, colocar una etiqueta (algunos ya vienen con etiquetas) con el nombre de los días y la hora en que debe tomarse. Esto ayudará tanto a la persona con demencia como al cuidador.

⇒ **Identificación**

Es muy importante darle una identificación personal a la persona con Alzheimer, en caso de que se pierda en la calle. Puede llevarla en un brazalete, un collar, en la billetera o en la cartera.

Tener siempre a disposición una foto actualizada, por si es necesario pedir ayuda a la policía para encontrarla.

⇒ **Seguridad**

Quitar las llaves y cerraduras de las puertas de las habitaciones (dormitorios, baño, cocina, etc.) para evitar encierros.

Cuando se padece la enfermedad de Alzheimer y/u otras demencias, se deteriora el equilibrio, la coordinación y la motricidad, se deteriora entonces la capacidad de reacción frente a una posible caída. Por esa razón, es importante colocar barandas en escaleras y en diversos ambientes de la casa, donde se realizan tareas que requieren un mayor equilibrio y coordinación, como son el cuarto de baño, las escaleras, la cocina y el dormitorio.

Si la persona tiende a deambular (vagabundeo) es preferible mantener bajo llave las puertas de la casa.

Es importante mantener la casa ordenada, mantener en el mismo lugar los muebles, utensilios, adornos y objetos significativos que hacen parte de la

rutina.

Quitar las alfombras y otros elementos movedizos o afirmarlos muy bien en el suelo. O colocar alfombras antideslizantes (sobre todo en el baño). Quitar los muebles que tengan esquinas peligrosas, puntiagudas o filosas.

Guardar en lugares de difícil acceso utensilios cortantes como cuchillos, navajas, tijeras, afeitadoras y alicates. Hacer lo mismo con los medicamentos, los productos químicos, de limpieza y herramientas peligrosas.

Ubicar fuera del alcance de la persona enferma, los fósforos y los encendedores. De ser necesario, retire las perillas del horno y hornallas.

Preguntar a los familiares si la cocina, la estufa y la casa cuentan con un sistema de seguridad para evitar incendios, si es así, aprender a utilizarlos.

Si la persona fuma, además de intentar quitarle ese hábito gradualmente (o de que posiblemente lo vaya olvidando), déjela fumar sólo bajo su supervisión.

Preguntar a la familia si la casa cuenta con sensores de movimiento, sonido o presión, sobre todo en los casos de que la persona deambule de noche. Si no los tienen, sugerir su adquisición (se adquiere en casas de alarmas o

electricidad) y su instalación (según las posibilidades económicas de la familia) ya que es bastante sencilla.

Tener cuidado con los radiadores calientes, éstos deben estar debidamente protegidos. Retirar estufas eléctricas que pueden provocar quemaduras o incendios.

⇒ **Teléfono**

Guardar en la memoria del teléfono o tener siempre a mano el listado de los números de las personas más cercanas. Si la casa cuenta con varios teléfonos (anexos, inalámbricos), saber la ubicación de cada uno de ellos, para en caso de emergencia acudir al que tenga más cerca.

Evitar que el cable de teléfono y de otros artefactos esté en el paso donde transita la persona frecuentemente.

⇒ **El ruido**

Es considerado contaminación ambiental y genera efectos nocivos en la salud, el bienestar y el rendimiento personal. En las personas con demencia, el ruido al no poder codificarlo adecuadamente (no entenderlo), puede favorecer la aparición de síntomas conductuales como irritabilidad, agitación,

ansiedad y agresividad.

⇒ **La iluminación**

Será necesario observar cuáles son las necesidades de la persona y mantener una luz adecuada de manera constante. Lo más recomendable es utilizar una iluminación mixta (natural y artificial) y acorde a la actividad que se quiera realizar.

El hecho de que las personas dependientes tengan acceso a la luz natural y vistas al exterior influye positivamente en su estado de ánimo, favorece la orientación temporo- espacial y predispone positivamente a la comunicación. Se disponga o no de espacio exterior es recomendable realizar paseos cuando las condiciones climáticas así lo posibiliten.

Se debe mantener la casa bien iluminada, tanto en el interior como en el exterior, sobre todo donde haya escalones o desniveles.

⇒ **La temperatura**

También es importante ya que si es inadecuada puede causar varias alteraciones. Por ejemplo, el exceso de frío genera malestar, pérdida de destreza manual y tendencia al aislamiento, mientras que temperaturas elevadas producen un rápido agotamiento, afecta las relaciones sociales,

provocando una mayor tendencia a las reacciones hostiles y disminuye el deseo de interacción.

Asimismo, es necesario mantener niveles apropiados de ventilación y humedad, ya que de lo contrario pueden aparecer síntomas de malestar y abatimiento, entre otros, que afectan el comportamiento.

⇒ **Exteriores**

Las puertas de vidrio, sean fijas o corredizas muchas veces no son percibidas fácilmente; colocar adornos con ventosas o calcomanías.

Si la casa cuenta con terraza y/o azotea inspeccionarla, si representa un peligro es mejor cerrar con llave su acceso.

Observar la superficie del suelo, estar atento a desniveles, grietas o ramas caídas que pueden hacer tropezar a la persona con demencia.

Si tienen muebles de jardín, verificar que estén en buenas condiciones.

Si la casa tiene pileta, sugerir la colocación de una lona de protección o ver la forma de controlar el acceso a la misma.

El nivel de comprensión y de funcionamiento de la persona con demencia se modifica, volviendo necesario ajustar el ambiente y la actividad.

CAPITULO 6

6. Ejercicios para estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer en fase moderada

Memoria

1. Léale a la persona la serie de números y pedirle que los repita. En la segunda pasada solicitarle que los repita de atrás para adelante

2 - 7 - 10

8 - 9 - 7

2 - 6 - 2 - 3

8 - 11 - 2 - 3

5 - 2 - 4 - 2

7 - 7 - 3 - 8 - 2

2. Léale a la persona las palabras (de a una a la vez) y pídale que las deleetree (mostrarle con la primera palabra CASA: C A S A). En la segunda pasada solicitarle que las deleetree de atrás para adelante (mostrarle con la primera CASA: A S A C).

CASA

BUZON

TENIS

TRUCHA

ARAÑA

ASADO

SALPICON

3. Explique a la persona que van a trabajar con memoria. Muéstrela las imágenes y pídale que trate de recordarlas, para ello trabaje con asociaciones, historias, etc.). A continuación tápelas y pídale que diga todas las imágenes que recuerde.



Praxias

1. Pídale que mediante mímica realice las siguientes acciones.

Parar un colectivo
 Abrir una botella
 Lavar los platos
 Inflar un globo

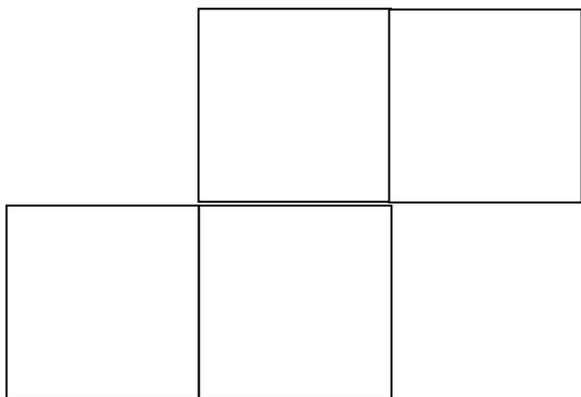
Ponerse una bufanda
 Servir sopa en dos platos
 Lavarse el pelo
 Cepillarse los dientes

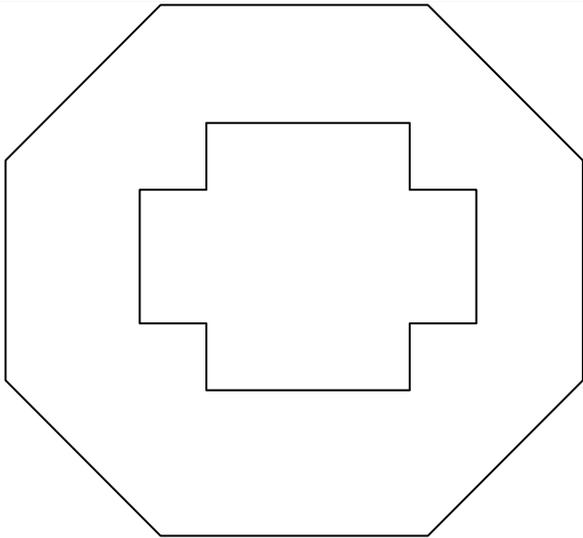
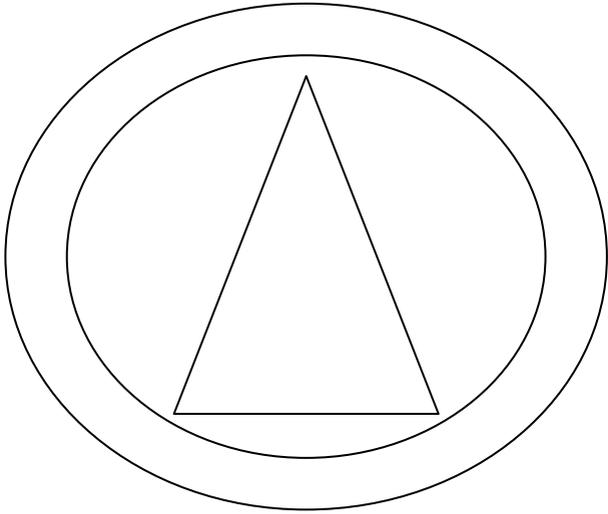
2. Pídale que vaya dibujando lo que usted detenidamente le va diciendo.

* Dibuje un círculo. A su izquierda dibuje un triángulo. A la derecha del círculo dibuje un rectángulo.

* Dibuje un cuadrado. Dentro del rectángulo dibuje un círculo. A la derecha del cuadrado dibuje un rectángulo.

* Dibuje un triángulo. Abajo del triangulo dibuje otro triángulo. Dentro del primer triangulo dibuje un círculo

3. Pedirle a la persona que dibuje el modelo de la derecha en el casillero de la izquierda (no utilizar regla).



Lenguaje.

1. Pídale a la persona que escriba el sinónimo de las siguientes palabras.

Lindo	Igual Antiguo
Alegre	Infancia
Educar	Comer
Canción	Huésped
Cubrir	Inicio

2. Pídale que escriba 8 nombres de:

- Animales.
- Géneros musicales
- Deportes que utilicen pelota
- Países latinoamericanos
- Flores

3. Pídale a la persona que escriba el nombre de las personas que se dedican a:

- Redactar noticias
- Interpretar canciones
- Construir casas
- Curar a las personas
- Llevar alimentos a casas particulares.
- Transportar personas en aviones
- Reparar o instalar tuberías de agua.
- Preparar comida en restaurantes.

4. Pídale a la persona que complete los siguientes refranes

- El que mal anda...
- Más vale pájaro en mano...
- El que pega primero...
- Tanto va el cántaro a la fuente...
- El que siembra tormentas...
- Cría cuervos...

5. Pídale a la persona que escriba el nombre de los objetos que se definen a continuación:

Mueble con respaldo que sirve para sentarse
Abertura en la pared que permite el ingreso de luz y ventilación.
Recipiente que permite conservar la temperatura de los líquidos incluidos en él.
Barra de grafito que sirve para escribir y dibujar.
Aparato que permite cocinar o calentar alimentos.
Libro con hojas en blanco que permite anotar información.
Utensilio manual y portátil que permite proyectar luz.
Instrumento óptico para ver a larga distancia
Insignia de tela con los colores de una nación

6. Pídale a la persona que defina para qué sirven los siguientes objetos:

Cacerola
Hamaca
Escritorio
Regla
Disco
Toalla

Funciones Ejecutivas

Pídale a la persona que le indique qué tienen en común los siguientes grupos de palabras:

Una guitarra, un violonchelo y un charango.
Una rosa, una margarita y una amancay
Una multiprocesadora, una batidora y una freidora
Una abeja, un tábano y una chaqueta
Una lancha, una canoa y un bergantín
Unas corales, una cobra y una culebra
Un círculo, un octágono y un paralelogramo

Cálculo

1. Pídale a la persona que observe los números y luego complete las consignas:

3.244 926.738 134 333 980.761 22.899 23 579 2629 701

- Escriba todos los números pares
- Escriba todos los números impares

- Ordene los números de mayor a menor
- Ordene de menor a mayor todos los números pares
- Ordene de mayor a menor todos los números impares

2. Pídale a la persona que realice las siguientes operaciones aritméticas:

$11 + 24 =$ $73 + 16 =$ $17 + 35 =$ $22 + 81 =$ $35 + 18 =$	$54 \times \square 2 =$ $64 \times 4 =$ $30 \times \square 3 =$ $49 \times 5 =$ $92 \times 8 =$
$125 - 61 =$ $79 - 22 =$ $198 - 65 =$ $827 - 93 =$ $86 - 73 =$	$82 : 2 =$ $93 : 3 =$ $3575 : 5 =$ $4228 : 4 =$ $1250 : 5 =$

3. Pedir a la persona que a partir de los números de la siguiente cifra:

2 9 6 1 1

- Forme la cifra más baja
- Forme una cifra impar
- Forme la cifra más alta
- Forme una cifra que empiece por 4 y acabe por 7
- Lea las cifras que ha escrito

BIBLIOGRAFIA

- Acrich L. (1993). Memoria y cognición: dos temas esenciales en Gerontología. *Revista argentina de Clínica Psicológica II*, p. 190- 195.
- Entorno médico, disponible en: http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=364:incontinencia-urinaria&catid=43:enfermedades-con-i&Itemid=379
- Doctísimo, disponible en <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico>
- DSM IV (1995). Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Ferreres, A. (2001) Temas de neurociencias modulo IV. Cátedra de Neurofisiología. UBA.
- Iacub, R. (2007). Módulo N° 2 “Dolor Psíquico en el Envejecimiento y la Vejez” Ficha Inédita. Cátedra de 3ra. Edad y Vejez. Facultad de Psicología. UBA
- Infermera virtual (2011). Actividades de la vida diaria. Disponible en: <http://www.infermeravirtual.com/es-es/actividades-de-la-vida-diaria.html>
- Katz, A. (2010). Guías esenciales para la salud. Alzheimer. Buenos Aires: Katz.
- Laplanche J. Pontalis J. (2001) Diccionario de psicoanálisis. Paidós. México.
- Olivera Pueyo, J. y Pérez Tausía D. (2005): La experiencia delirante en los ancianos. Salud (Servicio Aragonés de la Salud)FUENTE: INTERPSIQUIS. 2005
- Petrongolo M. y Rodríguez R. (2009). Trastornos del sueño. Ficha Cátedra de 3ra. Edad y Vejez. Facultad de Psicología. UBA
- Organización Mundial de la Salud. Department of Social Change and Mental Health World Ealth. (1994) Ayuda para cuidadores de personas con demencia. Génova
- Salvarezza, L. (2002). Psicogeriatría. Teoría y Clínica. (cap.3). 2a. ed. revisada y ampliada, Buenos Aires: Paidós.

- Vernengo, P. (2011). Apego, disponible en: <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/numero4/resenaapego4.htm>
- Wikipedia, la enciclopedia libre, disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada>
- Diccionario Wordreference (2009). Disponible en <http://www.wordreference.com>
- Bonifacio, A. y Jaskilevich, J. Módulo sobre Deterioro Cognitivo (2011) Ficha Inédita. Buenos Aires.

GLOSARIO

Abatimiento: falta o pérdida de ánimo, fuerza o energía

Actividades de la vida diaria: las actividades de la vida diaria son aquellos requisitos que las personas, en un marco temporal concreto, han de satisfacer para su propio beneficio, a fin de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible.

Acústica: generación y recepción de las ondas sonoras

Adquisición: ganar, conseguir o lograr algo

Afasia: Alteración del lenguaje de carácter adquirido, no se explica por déficit sensorial, motores o trastorno mental. Se encuentran alterados los procesos normales de codificación y decodificación de los signos lingüísticos.

Alteración: sobresalto, inquietud/deterioro

Alucinaciones: es una percepción que no corresponde a ningún estímulo físico externo. Sin embargo, la persona siente esa percepción como real.

Amancay (también amancaya o amancayo, del quechua amanqay o hamanq'ay) es el nombre en español de varias especies vegetales.

Andador: aparato que sirve para caminar y prevenir caídas al andar.

Ansiedad: se caracteriza por tres conjuntos de fenómenos: Sentimiento de peligro inminente, actitud de espera frente al peligro y el desconcierto.

Angustia: Estado de preocupación constante relacionado o no con un objeto exterior. También puede ser desencadenada ante situaciones traumáticas.

Apego: es un comportamiento que se define como toda conducta por la cual una persona mantiene o busca proximidad con otra persona considerada como más fuerte (en diversos aspectos: físico, emocional, etc.). Sintiéndose segura en esa otra persona, podrá explorar entornos desconocidos y después retornar a ella utilizándola como refugio en momentos de alarma

Atención: es la condición previa al registro de la información debido a que es un proceso por el cual uno se focaliza voluntaria y selectivamente.

Autonomía: estado y condición de la que no dependen de otros en determinados aspectos

Bergantín: es un barco, generalmente de dos mástiles, con todo su aparejo formado por velas cuadradas; es decir, velas dispuestas en los mástiles colgando de velas transversales respecto al eje longitudinal de la nave (el que va desde la proa hasta la popa).

Brazaletes: adorno que rodea el brazo, distintivo.

Cadencia: serie de sonidos o movimientos que se suceden de un modo regular o medido.

Comportamientos estereotipados: Los movimientos estereotipados son actividades o comportamientos rutinarios o repetitivos del cuerpo o acciones que envuelven objetos

Concentración es la base de la memorización debido a que permite seleccionar aquello que se requiere recordar y es condición necesaria para organizar el pensamiento.

Confusión: disminución de la actividad de la conciencia.

Crisis: Cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, o para agravarse la persona.

Charango: El Centrales (Cordillera de los Andes). Posee cinco pares **charango** es un instrumento de cuerda usado en la región de Los Andes de cuerdas dobles, aunque hay variaciones con menos o más cuerdas, pero (casi) siempre en cinco órdenes o juegos.

Deambulaci3n: caminar sin direcci3n definida

Déficit: Carencia o escasez de algo que se juzga necesario

Déficit cognoscitivo: El concepto de **cognici3n** (del latín: *cognoscere*, "conocer") hace referencia a la facultad de los animales y seres humanos de procesar informaci3n a partir de la percepci3n, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la informaci3n y actuar en consecuencia.

Delirio: del término latino "de-lirare" que significa salir del surco al labrar la tierra... Describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño.

Depresi3n: s3ndrome que se caracteriza por un humor triste o disf3rico, por un cambio psicomotriz (oscila desde la inhibici3n de la iniciativa y de los pensamientos hasta la agitaci3n o inquietud ansiosa) y sentimientos de autorreproche.

Despersonalizaci3n: es una alteraci3n de la percepci3n o la experiencia de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos.

Discernimiento: es la capacidad de distinguir entre lo real y lo ilusorio o lo falso y lo verdadero.

Etiolog3a: la **etiolog3a** es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina se refiere al origen de una enfermedad. La palabra se usa en Filosof3a, Biolog3a, F3sica, y Psicolog3a para referirse a las causas de los fen3menos.

EA: Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad degenerativa: Aquella que causa la pérdida de la estructura celular y de sus propiedades esenciales.

Enfermedades hepáticas: o hepatopatía" se aplica a muchas enfermedades y trastornos que provoca que el hígado funcione inadecuadamente o que deje de funcionar.

Estridente: que molesta por su extravagancia o exceso. Que produce ruido o estruendo

Estupor Abarca desde un estado en el cual la persona no reacciona sino a los estímulos simples: su nombre, ruido, luz fuerte, sacudir al sujeto,... hasta una persona enferma que no reacciona frecuentemente más que a estímulos nocivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo pincharlos o perforarlos).

Exaltación psicomotriz: aumento de la actividad motora y expresiva, usualmente acompañado de taquipsiquia (aceleración del pensamiento).

Fármaco: un fármaco es una sustancia que produce efectos sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse. Medicación usada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de enfermedades

Fase de fijación: Corresponde a la fase de registro, en donde son fundamentales el buen funcionamiento de los procesos cognitivos de percepción y atención.

Funciones cognitivas: Son funciones intelectuales que se dividen en 4 clases:

1- Las funciones receptoras que permiten la adquisición, el procesamiento, la clasificación y la integración de la información.

2- La memoria y el aprendizaje permiten el almacenamiento y el acceso a la información;

3- El pensamiento o la razón relacionadas con la organización y la reorganización mental de la información;

4- las funciones expresivas permiten la comunicación ó la acción.

Funciones intelectuales: Funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital.

Hostilidad: conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en violencia emocional o física.

Ideas delirantes: ideas falsas, extravagantes, que no concuerdan con la realidad. Son producto de una enfermedad o proceso de enfermedad.

Identificación: documento o carnet que brinde información sobre una persona

Ilusiones: El término **ilusión** se refiere a cualquier distorsión de una percepción sensorial (olfato, mental, óptica, auditiva, gusto, tacto)

Independencia: autonomía

Ingesta: cantidad de sustancias o nutrientes ingeridos

Inhibición psicomotriz: consiste en un enlentecimiento visible y generalizado de los movimientos y del lenguaje. El pensamiento también se hace más lento y aunque este proceso no es observable directamente, se evidencia por un lenguaje enlentecido y porque los sujetos transmiten que pensar les cuesta un «gran esfuerzo»

Incoherente: Falta de conexión entre lo que se dice y lo que se hace.

Incontinencia urinaria: es la pérdida del control vesical, que genera un fuerte impacto psicológico y social, y puede afectar gravemente el estilo de vida de la persona.

Irritabilidad: Capacidad del organismo para detectar y responder, de una manera no lineal, a un cambio negativo del medio ambiente.

Memoria a corto plazo: es aquella que retiene la información por consolidación de los datos registrados.

Memoria a largo plazo: es aquella que es el sostén de la evocación de la información

Motricidad: capacidad de moverse. Acción del sistema nervioso que determina la contracción muscular ante ciertos estímulos.

OD: Otras demencias

OMS: Organización Mundial de la Salud

Patrón de sueño: Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día

Personas dependientes: Son aquellas personas que no pueden llevar a cabo solos al menos una de las actividades de la vida diaria.

Personas autónomas: Son aquellas personas que pueden llevar a cabo sin dificultad todas al actividades de la vida diaria.

Previsión: Suposición o conocimiento anticipado de algo a través de ciertas señales o indicios.

Pegatinas: trozo de papel plástico con adherente en uno de sus lados.

Placas: son metálicas y sirven para identificación de la persona

Precaución: reserva, cautela con que se actúa para evitar dificultades

Psicótico: situación de enfermedad mental que presenta un desvío en el juicio de realidad. Los sujetos psicóticos suelen experimentar (o no) alucinaciones, pensamientos delirantes (siempre si están en período de estado), y trastornos formales del pensamiento (cambios de las relaciones semánticas y sintácticas).

Punzante: que pincha

Síndrome: grupo significativo de síntomas y signos que concurren en tiempo y forma, y con variadas causas o etiología, por lo que es muy común que las personas que poseen algún síndrome presenten rasgos fenotípicos similares.

SNC: sistema nervioso central

Tenue: débil, delicado, suave, con poca intensidad o fuerza.

Tiroides: La tiroides es una glándula en forma de mariposa ubicada en el cuello, justo arriba de la tráquea. Es una de las glándulas endocrinas que producen hormonas. La glándula tiroides ayuda a establecer el metabolismo - la manera en la cual el cuerpo obtiene energía de los alimentos que se ingieren.

Topología: es una disciplina que estudia las propiedades de los espacios topológicos y las funciones continuas

Trastorno de personalidad: son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.

Trastorno: enfermedad o alteración de la salud

Traumatismo: Se considera traumatismo, en general, cualquier agresión que sufre el organismo a consecuencia de la acción de agentes físicos o mecánicos.

Vagabundeo: la persona empieza a inquietarse, removerse en su silla, querer pararse, andar por toda la casa, abriendo cajones, puertas, ventanas, armarios; deambular por la casa queriendo salirse argumentando que esa no es su casa y que tiene que ir a la suya; o bien, que tiene que ir al trabajo, a la escuela o a verse con unos señores, es algo que sucede con mucha frecuencia.

Violoncelo: instrumento musical de cuerda.

Vitamina B-12: La vitamina B12, al igual que las otras vitaminas del complejo B, es importante para el metabolismo, ayuda a la formación de glóbulos rojos en la sangre y al mantenimiento del sistema nervioso central



**Secretaría Nacional
de Niñez, Adolescencia y Familia**
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



FACULTAD DE PSICOLOGIA