

FEDERACIÓN DE ASOCIACIÓN GALEGAS DE  
FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER E OUTRAS  
DEMENCIAS  
-FAGAL-

MANUAL DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN  
DEMENCIAS PARA COIDADORES NON  
PROFESIONAIS

Febreiro 2010

<b>Coordinadora-Autora</b>		<b>Entidade</b>
Maximina Rodríguez Fernández	Psicóloga, especialista en Neuropsicología	AFAGA
<b>Autores</b>		
Juan Bonome Rodal	Psicólogo, posgrao en demencias e enfermidade de Alzheimer	AFACO
David Facal Mayo	Psicólogo, doutor en Psicoloxía Evolutiva e da Educación	AGADEA
María Laura Méndez Gómez	Pedagoga e logopeda	AFACHAN
María Solla Piñeiro	Psicóloga, experta en xestión e dirección de centros xerontolóxicos e da 3.ª idade	AFAPO
Lucía Vieitez Sotelo	Educadora social, experta en xerontoloxía social e práctica	AFAMO

# MANUAL DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN DEMENCIAS PARA COIDADORES NON PROFESIONAIS

## Índice xeral

Módulo 1: Introducción á enfermidade de Alzheimer e outras demencias	4
Módulo 2: Síntomas cognitivos na enfermidade de Alzheimer e outras demencias	31
Módulo 3: Síntomas non cognitivos da enfermidade: trastornos psicolóxicos e do comportamento	48
Módulo 4: Terapias non farmacolóxicas	83
Módulo 5: Comunicación coa persoa enferma	108
Módulo 6: Coidado do coidador	125
Bibliografía	149

## Índice de táboas

Táboa 1.1: Fases dunha demencia. Escala de deterioración global (GDS)	19
Táboa 2.1: Capacidades cognitivas alteradas nas demencias	32
Táboa 3.1: Síntomas psicolóxicos	77
Táboa 3.2: Síntomas condutuais	79
Táboa 4.1: A psicoestimulación	105
Táboa 4.2: As actividades da vida diaria	105
Táboa 5.1: Características da linguaxe na enfermidade de Alzheimer	116
Táboa 6.1: Fases do familiar dun enfermo de Alzheimer	131
Táboa 6.2: Intervencións grupais con familias	147

## Índice de figuras

Figura 2.1: Tipos de memoria	35
Figura 3.1: Clasificación dos síntomas psicolóxicos e do comportamento	52
Figura 4.1: Tratamento combinado para tratar o Alzheimer e outras demencias	84
Figura 5.1: O proceso de comunicación: roles da persoa emisora, da persoa receptora e da(s) canle(s) de comunicación, e a mensaxe como produto	109

# Módulo 1: Introducción á enfermidade de Alzheimer e outras demencias

## Índice do módulo

1.	Concepto de demencia	5
2.	Tipos de demencia	6
3.	Definición e peculiaridades da enfermidade de Alzheimer	7
4.	Diagnóstico	9
a.	Diagnóstico diferencial	10
b.	Valoración neuropsicolóxica e funcional	10
c.	Electroencefalograma (EEG)	11
d.	Diagnóstico por imaxe	11
e.	Análises de sangue	11
f.	Punción lumbar	11
5.	Factores predispoñentes	12
6.	Etioloxía	14
a.	Cambios específicos nas estruturas cerebrais	14
b.	Factores xenéticos	15
c.	Oxidación e resposta inflamatoria	16
d.	Factores ambientais e outros	17
7.	Fases	19
8.	Tratamento farmacolóxico e non farmacolóxico	24
	Tratamento farmacolóxico	24
a.	Tratamento dos síntomas cognitivos da enfermidade	24
i.	Fármacos que protexen o sistema colinérxico	24
ii.	Antiinflamatorios non esteroideos	25
iii.	Outros tratamentos	25
b.	Tratamento dos síntomas psicolóxicos e da conduta da enfermidade	26
	Tratamento non farmacolóxico	27
9.	Preguntas de autoavaliación	29

## 1. Concepto de demencia

A demencia é unha diminución da capacidade intelectual en comparación co nivel previo de función. Polo xeral, esta diminución vai acompañada de cambios psicolóxicos e do comportamento e dá lugar a unha alteración das capacidades sociais e laborais de quen a padece.

A demencia non é unha enfermidade en concreto senón un conxunto de síntomas relacionados cunha diminución das capacidades mentais (memoria, linguaxe, xuízo, cálculo, abstracción, capacidades visoespaciais, emotividade e características da personalidade). Por todo iso podemos dicir que a demencia é unha “síndrome” (conxunto de síntomas e de signos).

### *Características:*

- Perda intelectual en comparación co nivel previo de función.
- Polo xeral, a perda das funcións mentais é progresiva; ocorre de forma gradual ou en estadios discretos; pero tamén se pode manifestar de forma non progresiva e desenvolverse de maneira aguda ou subaguda despois dunha lesión cerebral por anoxia, traumatismos ou desmielinización masiva.
- Non existe alteración a nivel de conciencia.
- Aínda que a alteración da memoria adoita ser o síntoma inicial e o máis significativo, a deterioración intelectual afecta tamén a outras funcións cognitivas (linguaxe, xuízo, cálculo etc.).
- Entre un 10 % e un 20 % das demencias poden tratarse, pódese frear a deterioración cognitiva e funcional e, nalgúns casos, esta é reversible.
- A deterioración cognitiva provoca unha importante alteración funcional, social e ocupacional da persoa, limitando a súa autonomía persoal.
- Algunhas persoas que presentan demencia poden padecer alteracións da conduta ou psicopatolóxicas.

### *Criterios diagnósticos da demencia segundo o DSM-IV:*

- Desenvolvemento de múltiples trastornos cognitivos manifestados por:

- Alteración da memoria: incapacidade para fixar novos recordos ou para evocar recordos antigos.
- Alteración dun ou máis dos seguintes aspectos:
  - Afasia: alteración da linguaxe (comprender, expresarse etc.).
  - Apraxia: alteración dos xestos e movementos (manipular obxectos).
  - Agnosia: incapacidade para recoñecer obxectos.
  - Alteración da función executiva: planificar, secuenciar, abstraer...
- Alteración significativa das relacións familiares, sociais ou laborais.
- Inicio gradual e diminución cognitiva continuada respecto do nivel previo de funcionamento.

## 2. Tipos de demencia

Se temos en conta que algunhas causas de demencia son curables —aínda que sexan as menos frecuentes— e que outras se poden tratar para mellorar a súa evolución e aliviar os seus síntomas, podemos diferenciar tres tipos:

- Demencias tratables e potencialmente reversibles: Son síndromes demenciais producidas por unha serie de trastornos que, se son diagnosticados e tratados a tempo, poden remitir. Exemplo: enfermidades metabólicas e carenciais, intoxicación por drogas e metais, enfermidades infecciosas, etc.
- Demencias tratables e irreversibles: Son aqueles trastornos crónicos que producen demencia pero cun tratamento eficaz dende un punto de vista paliativo. Exemplo: demencias vasculares, a postraumática e as alcohólicas.
- Demencias non tratables e irreversibles ou dexenerativas: Son síndromes demenciais que non teñen tratamento, polo que a súa evolución é a miúdo crónica e irreversible. Exemplo: enfermidade de Alzheimer, enfermidade de Pick, enfermidade de Huntington etc.

Se atendemos ás causas que as provocan, podemos clasificar as demencias en tres tipos:

- **Primarias:** Estas enfermidades son en si mesmas un tipo de demencia; non son debidas a unha enfermidade de base. Son progresivas, de evolución lenta, dexenerativas e irreversibles. Están producidas pola perda de neuronas e sinapse debido a alteracións intrínsecas no metabolismo neuronal. Exemplo: enfermidade de Alzheimer, demencia con corpos de Lewy, demencias fronto-temporais (enfermidade de Pick, demencia frontal, etc.), enfermidade de Huntington, demencia na enfermidade de Parkinson, etc.
- **Secundarias:** Non son unha demencia en si mesmas, pero ao longo do seu desenvolvemento, e como consecuencia, poden desencadear unha demencia. O factor patoxénico principal é unha disfunción ou perda neuronal, aínda que por causas externas ao metabolismo neuronal. Algunhas son reversibles, dependendo da súa causa e, xa que logo, non dexenerativas. Exemplo: trastornos vasculares, procesos infecciosos, trastornos endócrinos, metabólicos, carenciais, etc.
- **Mixtas:** Combinación das primarias e das secundarias. O tipo máis frecuente é a enfermidade de Alzheimer xunto a lesións de tipo vascular.

### 3. Definición e peculiaridades da enfermidade de Alzheimer

Esta enfermidade foi descrita por vez primeira por Alois Alzheimer no ano 1906. Xa a partir de 1901 Alzheimer ocupárase dunha enferma chamada Augusta D., ingresada aos 51 anos no Hospital de Frankfurt cun grave e progresivo cadro de deterioración mental que incluía perda de memoria, desorientación temporoespacial, paranoia, alucinacións e delirios e linguaxe incoherente. Cando esta paciente morreu en 1906, o seu cerebro foille remitido a Alzheimer para o seu estudo, dando así lugar á primeira descrición anatomoclínica do que se pasou a coñecer, a partir da edición de 1910 do *Manual de Psiquiatría* de Kraepelin, como “enfermidade de Alzheimer”. No seu estudo, Alzheimer mostraba a asociación entre esa clínica determinada e unha serie de cambios morfolóxicos na codia cerebral. En 1911 describiu un segundo caso, e nese mesmo ano Fuller publicou a primeira revisión de 13 casos da enfermidade.

O Alzheimer é unha demencia primaria, dexenerativa e de carácter progresivo. Descoñécese a súa orixe, pero sábese que afecta ás células cerebrais, causando a morte progresiva das

neuronas e, como consecuencia, o enfermo perde a capacidade de desenvolver as funcións que dependían desas neuronas mortas. Esta perda vaise desenvolvendo de maneira moi lenta ao principio da enfermidade e por iso os primeiros síntomas poden pasar desapercibidos tanto para os familiares coma para o propio enfermo. Co paso do tempo a enfermidade evoluciona máis rápido e son máis evidentes os cambios que está a sufrir a persoa, que pouco a pouco vai ir perdendo a capacidade de coidar de si mesma.

O DSM-IV establece a seguinte definición:

A. A presenza dos múltiples déficits cognoscitivos maniféstase por:

1. Deterioración da memoria.

2. Unha ou máis das seguintes alteracións cognoscitivas:

- afasia
- apraxia
- agnosia
- alteración da execución

B. Os déficits cognoscitivos da memoria e as alteracións cognoscitivas provocan unha deterioración significativa da actividade laboral ou social e presentan unha diminución importante do nivel previo de actividade.

C. O curso caracterízase por un inicio gradual e unha deterioración cognoscitiva continua.

D. Os déficits cognoscitivos da memoria e as alteracións cognoscitivas non se deben a ningún dos seguintes factores:

1. Outras enfermidades do sistema nervioso central que provocan déficits de memoria e cognoscitivos.

2. Enfermidades sistémicas que poden provocar demencia.



### 3. Enfermidades inducidas por substancias.

- E. Os déficits non aparecen exclusivamente no transcurso dun delirium.
- F. A alteración non se explica pola presenza doutro trastorno.

#### **Sinais de alarma:**

- Perdas de memoria que afectan ás capacidades de traballo.
- Dificultades para realizar tarefas familiares.
- Problemas de linguaxe.
- Desorientación no tempo e no espazo.
- Pobreza de xuízo.
- Problemas de pensamento abstracto.
- Perder cousas ou gardalas en lugares incorrectos.
- Cambios no humor e na conduta.
- Cambios na personalidade.
- Perda de iniciativa.

#### **4. Diagnóstico**

Cando unha persoa detecte nun familiar algún dos sinais de alarma deberá contrastar os déficits observados con outros membros da familia, consultar co médico de cabeceira, observar as reaccións e actitudes da persoa enferma durante o proceso de diagnóstico e solicitar información, asesoramento e axuda. Ás veces dáse o caso de que durante unha visita médica se detectan sinais sospeitosos e o médico indica a conveniencia de realizar un estudo diagnóstico.

O diagnóstico precoz é moi importante porque permite detectar e tratar posibles demencias reversibles. Nas primeiras fases os tratamentos contra a deterioración cognitiva son máis eficaces, retárdase máis o avance da enfermidade e a familia pode planificar mellor a súa vida e a do seu familiar con demencia.

Profesionais que diagnostican a enfermidade:

- Médico de cabeceira: diagnostica os primeiros síntomas.
- Neurólogo: diagnostica e trata as enfermidades relacionadas co sistema nervioso e co cerebro.
- Psiquiatra.
- Xeriatra.
- Psicoxeriatra.
- Psicólogo clínico.

#### **a. Diagnóstico diferencial**

O primeiro obxectivo será descartar aquelas situacións que poden producir perda de memoria ou demencia. Hai tres causas principais de demencia nas persoas anciás: a enfermidade de Alzheimer, a demencia vascular e a enfermidade dos corpos de Lewy. Normalmente é bastante difícil distinguir estes tres tipos de demencia e, por outra banda, hai multitude de enfermidades, algunhas moi frecuentes, que poden provocar determinados síntomas moi semellantes aos da enfermidade de Alzheimer.

#### **b. Valoración neuropsicolóxica e funcional**

- Valoración cognitiva.
- Valoración da orientación.
- Valoración da conduta.
- Valoración afectiva.
- Avaliación de trastornos psicopatolóxicos.
- Valoración funcional das actividades da vida diaria básicas e instrumentais.

### c. Electroencefalograma (EEG)

A electroencefalografía mostra a actividade das ondas cerebrais. Nalgúns enfermos de Alzheimer esta proba mostra as chamadas ondas lentas. Aínda que estas ondas son comúns noutras patoloxías, serven, por exemplo, para distinguir un posible Alzheimer dunha depresión severa, na que o trazado do EEG non presentaría anomalías.

### d. Diagnóstico por imaxe

- TAC (*Tomografía axial computarizada*): detecta reducións no grosor da codia cerebral, infartos nunha determinada área, tumores que poden ser a causa do problema.
- RM (*Resonancia magnética*): apréciase a patoloxía vascular.
- SPECT (*Tomografía computarizada por emisión de fotón simple*): rexistra os cambios cerebrais relacionados coa actividade metabólica do cerebro, proporcionando imaxes deste. É o máis utilizado e ofrécenos un diagnóstico diferencial.
- PET (*Tomografía por emisión de positróns*): proporciona unha imaxe detallada das áreas afectadas no cerebro; mostra a actividade que existe nas diferentes áreas e como se reduciu esta nas zonas máis afectadas.

Estas probas pódense utilizar para confirmar a enfermidade de Alzheimer en pacientes con outros indicios. Ademais, permiten detectar ou descartar a presenza dunha demencia multi-infarto, embolia cerebral, tumores e hidrocefalias.

### e. Análises de sangue

Estas análises axudan a descartar outras enfermidades, sobre todo trastornos metabólicos.

### f. Punción lumbar

Realízase en casos especiais. Está indicada para descartar certas infeccións do sistema nervioso central, hidrocefalia, demencia inusual ou rapidamente progresiva, inmunosupresión, etc.

Non existe polo de agora ningunha proba que permita establecer un diagnóstico con seguridade absoluta. Por iso os especialistas clasifican o diagnóstico da enfermidade en tres categorías:

Posible:

- Demencia con variacións no inicio ou na avaliación.
- Presenza dun trastorno xeral ou cerebral doutro tipo.
- Déficit cognitivo progresivo único.

Probable:

- Demencia claramente definida por historia clínica e probas neuropsicológicas.
- Trastorno progresivo da memoria e doutra capacidade neuropsicológica.
- Ausencia de trastornos a nivel de conciencia.
- Idade de inicio entre os 40 e os 90 anos.
- Historia familiar de Alzheimer.
- Ausencia de calquera trastorno xeral ou cerebral que poida causar demencia.

Definitiva:

- Criterios clínicos de probabilidade da enfermidade de Alzheimer.
- Confirmación da enfermidade de Alzheimer na autopsia ou biopsia cerebral.

## 5. Factores predispoñentes

O factor máis importante é a idade, de xeito que a partir dos 65 a probabilidade de padecela aumenta o dobre cada 5 anos, ata chegar aos 85 anos, en que case a metade da poboación a padece.

Tamén é importante un compoñente familiar e sábese que as persoas con familiares afectados teñen un risco máis alto de padecela. Existe unha pequena porcentaxe de casos (5 % ou menos) en que a enfermidade se transmite segundo un modelo de herdanza autosómico dominante. Trátase das formas ligadas a mutacións no xene da proteína precursora amiloide (APP), no xene da presenilina 1 e no xene da presenilina 2.

Outro factor de risco xenético constitúeo a presenza de determinados polimorfismos no xene da apolipoproteína E (apo-E).

No que se refire ao sexo, polo xeral está admitido que esta enfermidade se presenta máis frecuentemente en mulleres.

Comprobouse que a hipertensión arterial se asocia cunha maior deterioración mental nas persoas maiores, o que supón un maior risco de padecer trastornos de atención e memoria a curto prazo, así como a enfermidade de Alzheimer e demencia. Por outra banda, constátase tamén que estes riscos son máis elevados canto máis alta é a presión arterial; ao mesmo tempo, está probado que cun control eficiente da hipertensión favorece a diminución destes trastornos.

En relación coa síndrome de Down, comprobouse que os suxeitos que a padecen tenden a desenvolver alteracións cerebrais moi parecidas ás da enfermidade de Alzheimer cando superan os 40 anos, aínda que as manifestacións clínicas poden atrasarse incluso ata os 70 anos.

Os adultos con síndrome de Down presentan lesións cerebrais propias da enfermidade de Alzheimer uns 30 anos antes do que normalmente sucede nun proceso de envellecemento normal. Nos casos con síndrome de Down, os pacientes teñen tres copias do cromosoma 21 en lugar de dúas. Crese que este cromosoma extra fai que se produza un exceso de proteína beta-amiloide; a súa acumulación dá lugar a placas senís, á perda de neuronas e á aparición dos novelos neurofibrilares.

Traumatismo cranial: o risco de desenvolver a enfermidade multiplícase nas persoas que sufriron un traumatismo cranial con perda de conciencia polo menos un ano antes de desenvolver a demencia.

## 6. Etioloxía

Téñense descuberto varios factores biolóxicos relacionados coa enfermidade de Alzheimer que interactúan con diferentes compoñentes de tipo xenético ou ambiental e contribúen ou desencadean os procesos polos que os tales factores acaban destruíndo a célula nerviosa e conducindo á enfermidade.

### a. Cambios específicos nas estruturas cerebrais

As dúas características fundamentais da enfermidade de Alzheimer son un conglomerado anormal de proteínas composto por pequenas fibrilas entrelazadas dentro das neuronas e coñecido como *novelo neurofibrilar*, e o depósito dunha substancia viscosa de tipo proteico chamada *beta-amiloide*. Estes novelos neurofibrilares e a beta-amiloide interveñen no desenvolvemento da enfermidade mediante os seguintes mecanismos:

- Os *novelos neurofibrilares* son restos de *microtúbulos danados*. Os microtúbulos forman a estrutura que permite o fluxo de nutrientes a través da neurona. Un compoñente fundamental destes novelos é a proteína tau, que na súa forma “normal” contribúe á formación da estrutura adecuada dos microtúbulos. Porén, a proteína tau anómala bloquea a acción da proteína tau san.
- A *beta-amiloide*, chamada tamén *beta-A*, é unha proteína insoluble que se acumula en forma de “parches” chamados placas neuríticas (placas senís) que aparecen rodeados polos restos de ramificacións destruídas das neuronas afectadas. A beta-amiloide é, pola súa vez, un fragmento da chamada proteína precursora amilode (APP), que de feito é unha proteína de gran tamaño, protectora do tecido nervioso e que seica é degradada por determinados encimas e cortada en “anacos” que corresponderían á beta-amiloide. Este proceso de degradación é controlado por determinados factores coñecidos como *presenilinas*. Comprobouse que nalgúns casos de enfermidade de

Alzheimer de tipo hereditario e comezo precoz o que se dá é unha alteración xenética da APP ou das presenilinas.

- Comprobouse que os niveis altos de beta-amiloide se asocian cuns niveis baixos de *acetilcolina*, que é un importante neurotransmisor, o mensaxeiro químico que transmite os sinais entre as neuronas cerebrais. A acetilcolina forma parte do sistema colinéxico, fundamental para a memoria e a aprendizaxe, e que é progresivamente destruído nos pacientes da enfermidade de Alzheimer. Ao mesmo tempo, a beta-amiloide dana as canles iónicas, encargadas do transporte do sodio, do potasio e do calcio. Estes ións son os responsables das cargas eléctricas que permiten a transmisión do impulso nervioso, que se ve así alterada.

#### **b. Factores xenéticos**

A investigación céntrase fundamentalmente en coñecer por que a beta-amiloide se produce e deposita nuns individuos e non noutros. Verbo disto, chegouse a diferentes conclusións segundo se trate da enfermidade de Alzheimer de inicio tardío —a forma máis común— ou de inicio precoz.

En canto á **enfermidade de Alzheimer de comezo tardío**, os achados máis significativos refírense á chamada apolipoproteína E (Apo-E), que intervén nos mecanismos de mobilización e distribución do colesterol para a reparación das células nerviosas no curso do seu desenvolvemento e despois dunha lesión. O xene para o Apo-E preséntase en tres formas principais:

- Apo-E4: os depósitos máis grandes de beta-amiloide prodúcense nos portadores deste xene, o que o converte no principal factor de risco para o Alzheimer de inicio tardío.
- Apo-E3: os depósitos son menores, pero observouse que a súa combinación co Apo-E4 podería inducir o desencadeamento da resposta inflamatoria no cerebro.
- Apo-E2: é o que produce menos depósitos, e actualmente pénsase que podería ter un papel protector.

Hérdase unha copia dun tipo de xene de cada un dos proxenitores; mais, con todo, a enfermidade non se dá de modo inexorable inda que se posúan dúas copias de Apo-E4. Segundo os autores, polo xeral considérase que as persoas sen Apo-E4 teñen un risco de desenvolver Alzheimer aos 85 anos de entre o 9 % e o 20 %; cunha copia de Apo-E4 o risco estaría entre o 25 % e o 60 %; e con dúas copias o risco situaríase entre o 50 % e o 90 %. Porén, só o 2 % da poboación porta as dúas copias do xene Apo-E4.

A maioría de persoas con enfermidade de Alzheimer de inicio tardío non son portadoras do xene Apo-E4, polo que os investigadores agora pensan que hai outros factores xenéticos implicados, a colaboración dos cales sería fundamental en distintas fases da produción ou degradación da beta-amiloide.

Os científicos identificaron de modo bastante fiable os xenes anómalos implicados na **enfermidade de Alzheimer de comezo precoz**, unha forma rara e extremadamente agresiva da enfermidade:

- A maioría dos casos de Alzheimer precoz parecen levar implícitas mutacións dos xenes presenilina-1 (PS1) e presenilina-2 (PS2). Semella que estes xenes defectuosos aceleran a formación da placa de beta-amiloide e a apoptose ou morte celular programada, que é o mecanismo normal polo cal as células do organismo se autodestrúen.
- Atopáronse tamén diversas mutacións nos xenes que controlan a proteína precursora amiloide, APP, implicados no Alzheimer precoz. Estas mutacións estarían, por exemplo, na orixe do Alzheimer precoz característico do síndrome de Down.

### **c. Oxidación e resposta inflamatoria**

Parece que os procesos de oxidación e resposta inflamatoria poderían dar a clave de por que a beta-amiloide resulta tóxica para as células nerviosas. A degradación da beta-amiloide libera radicais libres, que se unen a outras moléculas mediante o proceso coñecido como oxidación. Un dos efectos biolóxicos da oxidación é a resposta inflamatoria. Por outro lado, un dos factores da resposta inflamatoria importante na enfermidade do Alzheimer é a encima



ciclooxixenase (COX) e os seus produtos, chamados prostaglandinas. Os niveis excesivos destes produtos incrementan os niveis de glutamato, un aminoácido con propiedades excitantes da célula nerviosa e tremendamente tóxico para esta en grandes cantidades.

#### **d. Factores ambientais e outros**

- **Virus e bacterias:** os virus lentos do tipo do kuru e a enfermidade de Creutzfeldt-Jacob causan enfermidades dexenerativas do cerebro. Malia que non se puido demostrar a relación causal entre virus específicos e a enfermidade de Alzheimer, algúns investigadores pensan que as persoas cunha susceptibilidade xenética fronte á enfermidade de Alzheimer poderían ser especialmente sensibles á acción de certos virus, sobre todo en circunstancias en que a inmunidade estea diminuída. Entre estes virus atoparíase o herpesvirus tipo 1 (HSV 1) ou a bacteria Chlamidia Pneumoniae, causante de certas infeccións respiratorias.
- **Metais:** algúns estudos de laboratorio mostran a formación de placas de beta-amiloide en presenza de niveis altos de ións metálicos coma zinc, cobre, aluminio e ferro. Semella que esta acción se incrementa nun medio lixeiramente ácido. Por outro lado, observouse tamén que precisamente estas condicións de elevado nivel de zinc ou cobre nun medio acidificado danse como parte da resposta inflamatoria local fronte á lesión.
- **Campos electromagnéticos:** algúns estudos parecen mostrar que as persoas expostas a campos electromagnéticos intensos terían unha alta incidencia da enfermidade de Alzheimer. É controvertido o mecanismo polo que se produciría este efecto; para algúns autores sería a través de cambios na concentración de calcio dentro das células, mentres que para outros sería a través dun incremento directo da produción de beta-amiloide.
- **Traumatismos cráneo-encefálicos:** sinalouse unha asociación entre este tipo de traumatismos nos comezos da idade adulta e o desenvolvemento da enfermidade de Alzheimer. Porén, non está claro se isto se debería a un desencadeamento directo da

enfermidade ou, máis ben, a un aceleramento na presentación da enfermidade en persoas que xa son susceptibles a ela.

- Malnutrición infantil: segundo un estudo, unha nutrición deficiente na infancia pode facer que o cerebro sexa máis susceptible á deterioración mental en idades avanzadas, incluíndo a enfermidade de Alzheimer.
- Vitamina B: semella que a deficiencia de B12 e ácido fólico, relacionada coa protección do tecido nervioso, podería ter algún papel na produción da enfermidade de Alzheimer.

## 7. Fases

Táboa 1.1: Fases dunha demencia. Escala de deterioración global (GDS)

FASE	Deterioración cognitiva	Nivel de demencia	Descrición
GDS 1	Sen deterioración cognitiva	Normalidade	Non hai queixas subxectivas de perda de memoria. Non se observa déficit de memoria na entrevista clínica.
GDS 2	Deterioración cognitiva moi leve	Esquecemento benigno senil	Hai queixas subxectivas de perda de memoria, máis frecuentemente nas seguintes áreas: a) Esquecemento do lugar onde deixou obxectos familiares. b) Esquecemento de nomes familiares. Non hai evidencia obxectiva de déficit de memoria na entrevista clínica. Non hai déficit obxectivo no traballo nin en situacións sociais. Actitude apropiada respecto da súa sintomatoloxía.
GDS 3	Deterioración cognitiva leve	Compatible coa enfermidade de Alzheimer incipiente	Primeiros déficits claros. Manifestacións en máis dunha das seguintes áreas: a) Adoita perderse cando viaxa a lugares non coñecidos. b) Evidénciase o seu baixo rendemento laboral. c) Faise evidente a perda de palabras e nomes. d) Retén relativamente pouco material cando le un parágrafo dun libro. e) Demostra unha diminución no recordo de nomes de persoas que acaba de coñecer. f) Perde ou extravía obxectos de valor. g) Na exploración clínica pódese evidenciar un déficit de concentración. Evidencia obxectiva de déficit de memoria que se pon de manifesto nunha entrevista exhaustiva. Diminución do rendemento nas áreas laboral e social. Empeza a negar os déficits. Estes síntomas van acompañados de ansiedade leve ou moderada.

GDS 4	Deterioración cognitiva moderada	Demencia leve	<p>Déficits evidentes ao realizar unha cuidadosa historia clínica. Os déficits son manifestos nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminución no coñecemento de acontecementos actuais e recentes.</li> <li>- Pode presentar algún déficit no recordo da súa historia persoal.</li> <li>- Déficit na concentración, que se fai evidente na subtracción de series.</li> <li>- Diminución da capacidade para viaxar, manexar o diñeiro, etc.</li> </ul> <p>Non adoita haber déficit nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientación en tempo e persoa.</li> <li>- Recoñecemento de persoas e caras familiares.</li> <li>- Capacidade para se desprazar a lugares coñecidos.</li> </ul> <p>Incapacidade para realizar tarefas complexas.</p> <p>A negación é o principal mecanismo de defensa.</p> <p>A resposta afectiva debilítase e o individuo retráese ante situacións de maior esixencia.</p>
GDS 5	Deterioración cognitiva moderadamente grave	Demencia moderada	<p>O paciente xa non pode pasar sen algún tipo de axuda.</p> <p>O paciente é incapaz de recordar detalles relevantes da súa vida actual; por exemplo, o seu enderezo, o número de teléfono que ten dende hai anos, os nomes de parentes próximos...</p> <p>A miúdo presenta desorientación temporal (data, día da semana, estación...) ou de lugar.</p> <p>Unha persoa con educación formal pode ter dificultade ao contar cara atrás dende 40 de 4 en 4 ou dende 20 de 2 en 2.</p> <p>As persoas neste estadio acórdanse de moitos datos importantes referentes a eles mesmos e aos demais.</p> <p>Invariablemente saben o seu propio nome e o do seu esposo/a e fillos.</p> <p>Non require axuda para o aseo nin para comer, pero pode ter algunha dificultade en elixir que roupa poñerse.</p>
GDS 6	Deterioración cognitiva grave	Demencia moderadamente grave	<p>Pódese esquecer ocasionalmente do nome do seu esposo/a, de quen depende para todo.</p> <p>Non será consciente de acontecementos e experiencias recentes.</p> <p>Retén algún recordo da súa vida pasada, pero é pouco preciso.</p> <p>Polo xeral, non é consciente da súa contorna, nin no tempo nin no espazo.</p>

---

			<p>Ten dificultade para contar de 10 cara atrás e, ás veces, cara adiante.</p> <p>Requirirá asistencia nas actividades da vida diaria; por exemplo, pode ser incontinente, precisará axuda para se desprazar, pero ocasionalmente mostrará capacidade para se trasladar a lugares coñecidos.</p> <p>Frecuente alteración do ritmo diúrno.</p> <p>Con frecuencia distingue as persoas coñecidas das descoñecidas.</p> <p>Case sempre recorda o seu propio nome.</p> <p>Aparecen cambios emocionais e da personalidade. Estes son bastante variables e inclúen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condutas delirantes; por exemplo, os pacientes acusan ao seu esposo/a de ser un impostor/a, falan con figuras imaxinarias do seu círculo ou co seu propio reflexo no espello.</li> <li>- Síntomas obsesivos; por exemplo, a persoa repite continuamente actividades sinxelas de limpeza.</li> <li>- Síntomas de ansiedade, axitación e mesmo de conduta violenta que non existía ata entón.</li> <li>- Abulia cognitiva; por exemplo, perda de forza de vontade por non poder manter a intencionalidade o tempo suficiente para determinar como transformala en acción.</li> </ul>
GDS 7	Deterioración cognitiva moi severa	Demencia grave	<p>No curso deste estadio perderanse todas as habilidades verbais. Ao principio deste estadio verbalizará palabras e frases moi concretas. Ao final, non hai linguaxe, só gruñidos.</p> <p>Incontinencia urinaria. Require asistencia para o aseo e a alimentación.</p> <p>A medida que avanza o estadio pérdense as habilidades motoras básicas como, por exemplo, a capacidade para andar.</p> <p>O cerebro xa non semella capaz de lle dicir ao corpo o que debe facer. Aparecen a miúdo sinais e síntomas neurolóxicos xeneralizados e corticais.</p>

---

Non todas as persoas que padecen esta enfermidade seguen un mesmo modelo de evolución: a súa personalidade, a súa historia vital e o seu círculo familiar inflúen no seu curso.

Outra posible clasificación sería:

- Fase leve (GDS 2-3): os cambios iniciais son cognitivos, emocionais e sociais. A persoa ten alterada a memoria recente e cóstalle adquirir e reter nova información; padece unha leve desorientación temporoespacial na contorna non cotiá; pode ter dificultade para seguir unha conversa cun grupo de persoas e, a medida que avanza esta fase, ten dificultade para encontrar a palabra adecuada; empeza a ter dificultade na capacidade de abstracción e de xuízo; a nivel emocional e de conduta pode padecer ansiedade, inquietude ou irritabilidade; a conduta social non adoita presentar alteracións e é apropiada en canto a normas e valores sociais, pero empeza a haber interferencia nas actividades de lecer e sociais; comeza a ter dificultade para levar a cabo actividades complexas, o rendemento laboral é baixo e pouco a pouco vense afectadas as actividades instrumentais e básicas da vida diaria.
- Fase moderada (GDS 4-5): acentúanse e consolídanse os cambios cognitivos, emocionais e sociais. A persoa ten cada vez máis afectada a memoria recente e a súa memoria remota vaise deteriorando progresivamente; aumenta a súa desorientación temporoespacial e, debido a iso, comeza a perderse en lugares familiares; tocante á linguaxe, ten alterada a comprensión e a expresión verbal; o seu léxico empobrécese pouco e pouco e empezan a ser típicas as parafasias, os circunloquios, as reiteracións constantes, etc. Empeza a sufrir progresivamente a síndrome afaso-apraxo-agnósica; comezan os primeiros trastornos psicomotrices e de mobilidade e aumenta o risco de caídas e posibles accidentes a medida que avanza esta fase. A nivel emocional e de conduta, a persoa sofre maior ansiedade, inquietude e irritabilidade; ten ideas delirantes e paranoides, fabulación e/ou alucinacións, sofre alteración da conduta sexual ou alimentaria e recorre á negación como mecanismo de defensa á hora de realizar as tarefas máis complexas. A nivel social existe unha tendencia ao illamento, unha perda de roles sociais e unha deterioración importante das actividades de ocio; as actividades instrumentais da vida diaria vense totalmente afectadas e depende por completo doutra persoa para realizalas; aínda que baixo supervisión si poida realizar as máis sinxelas,

cotiás e familiares, empeza a ter dificultade para planificar, organizar e secuenciar a tarefa e necesita a supervisión do coidador/a.

- Fase severa (GDS 6-7): dáse unha disfunción global a nivel cognitivo, motor emocional e social que se manifesta cunha severa incapacidade funcional, con perda da súa autonomía e, debido a iso, a persoa é totalmente dependente da súa contorna familiar. A memoria está totalmente afectada e padece amnesia global (memoria en branco); está totalmente desorientado a nivel espacial, temporal e persoal e pérdese incluso no domicilio, son típicas as fugas e está totalmente desconectado da súa contorna; sofre unha alteración severa da linguaxe, son típicas as frases estereotipadas, a anomia, os monosílabos, a linguaxe incomprendible e mesmo o mutismo, e só comprende algunhas ordes sinxelas; a síndrome afaso-apraxo-agnósica está totalmente instaurada; a deterioración das capacidades motoras é máis severa, son frecuentes as caídas debidas á severidade dos problemas de coordinación psicomotriz e á diminución e case inexistencia da resposta de reacción ante as situacións de risco, é típica a deambulación sen rumbo e aparecen trastornos da deglución; a nivel emocional e de conduta aumentan as ideas delirantes e as alucinacións e a agresividade e son frecuentes o insomnio e a resistencia; a nivel social existe unha perda total das actividades de lecer e sociais; as actividades instrumentais da vida diaria están totalmente perdidas e para as actividades básicas necesita asistencia as 24 horas debido á perda de autonomía e á súa total dependencia do seu coidador, é incontinente total. A medida que avanza nesta fase e entra na fase terminal, a persoa perde totalmente as súas funcións, sofre encamamento e inmovilidade, aumenta a rixidez e vai adquirindo unha “posición fetal” debida á perda de ton muscular e á flexión das extremidades; comezan a aparecer os reflexos primarios de prensión e de succión e tamén mioclonías ou convulsións; a comunicación verbal é case inexistente e en fases de axitación psicomotora pode emitir berros ou gruñidos; para sobrevivir depende totalmente do coidador. Esta fase remata coa morte.

## 8. Tratamento farmacolóxico e non farmacolóxico

### Tratamento farmacolóxico

A maioría dos fármacos utilizados actualmente ou en fase de desenvolvemento para o tratamento da enfermidade de Alzheimer teñen como obxectivo retardar a progresión da enfermidade, pero ata o de agora non existe un tratamento que sexa curativo.

#### a. Tratamento dos síntomas cognitivos da enfermidade

##### i. Fármacos que protexen o sistema colinérxico

Son os fármacos de elección para o tratamento da enfermidade de Alzheimer e actúan sobre a encima que degrada a acetilcolina, chamada *colinesterase*. Con todo, os seus efectos non son precisamente espectaculares. Arredor da metade dos pacientes con enfermidade de moderada a severa mostran unha lixeira melloría, mentres que a deterioración continúa cando se deixa de tomar o fármaco. Todos estes fármacos teñen efectos secundarios sobre o tracto dixestivo, incluíndo náuseas.

- Tacrina (COGNEX™), primeiro fármaco desenvolvido, con efectos beneficiosos moderados e non efectivo en pacientes portadores do xene Apo-E4. Pode ser tóxico para o fígado, polo que normalmente se prefiren os fármacos máis actuais. Actualmente apenas se utiliza.
- Donepezilo (ARICEPT™), é quizais o fármaco máis utilizado. Ademais dos seus efectos sobre a cognición e sobre a función global, reduce a taxa de perda de actividades da vida diaria e mellora a conduta en pacientes con enfermidade de Alzheimer moderada a severa. Tamén mellora os síntomas de depresión, ansiedade e apatía. É igual de efectivo nos pacientes portadores do xene Apo-E4. É un inhibidor da acetilcolinesterase.
- Rivastigmina (EXELON™ e PROMETAX), tamén bastante utilizado. Ten efectos beneficiosos sobre a función global e a cognitiva, reduce a discapacidade para as actividades da vida diaria e mellora a conduta do paciente. Parece ser especialmente



beneficioso en pacientes con enfermidade de progreso rápido e pode mellorar o estado do paciente mesmo en casos de enfermidade avanzada. É un inhibidor da acetilcolinesterase.

- Galantamina (REMINYL): ademais de actuar sobre o sistema colinérxico, actúa tamén sobre os receptores nicotínicos, que están afectados na enfermidade de Alzheimer. Mellora a función global, a cognición e as actividades da vida diaria. Reduce os trastornos da conduta e aprécianse efectos beneficiosos sobre os síntomas de apatía, desinhibición, ansiedade e axitación. A sobrecarga dos cuidadores asociada aos cambios de conduta do paciente tamén se ve reducida. É un inhibidor da acetilcolinesterase.
- Memantina (AXURA, EBIXA), é un inhibidor do glutamato. Reduce o número de horas de dependencia do cuidador.

Aínda faltan estudos que demostren cal destes axentes é máis beneficioso e presenta os menores efectos secundarios.

Sistema colinérxico: é o sistema que usa a acetilcolina como neurotransmisor. Estes grupos de neuronas desempeñan un importante papel na activación do cerebro e nas capacidades de memorización.

## **ii. Antiinflamatorios non esteroideos**

Propuxéronse estes fármacos tanto para a prevención como para o tratamento da enfermidade de Alzheimer. Sábese que estes fármacos, do tipo da aspirina, ibuprofeno, etc., actúan bloqueando as prostaglandinas, que son factores da resposta inflamatoria que semellan ter unha contribución importante no Alzheimer. Porén, un estudo do ano 2000 mostrou que estes axentes melloraban as facultades mentais en persoas maiores, pero non detiñan a progresión da enfermidade.

## **iii. Outros tratamentos**

- **Ginkgo Biloba:** é unha herba medicinal con propiedades antioxidantes e de mellora do fluxo sanguíneo cerebral. Algúns pequenos estudos mostran que podería mellorar lixeiramente a memoria dos pacientes con enfermidade de Alzheimer, con resultados incluso comparables aos da tacrina e do donepezilo e sen os seus efectos secundarios. Non obstante, faltan estudos máis completos ao respecto, e hai que salientar tamén que non por ser un “remedio natural” é inocuo, senón que necesita un control médico adecuado, polo risco, por exemplo, de hemorraxias, sobre todo cando se usa ao mesmo tempo que algúns fármacos anticoagulantes.
- **Nicotina:** a nicotina actúa sobre o sistema colinérxico e mellora a concentración e a memoria a curto prazo. Algúns estudos suxiren que protexe as células nerviosas e axuda a previr a formación de beta-amiloide.

Na actualidade estanse a estudar, con resultados máis o menos prometedores, outros fármacos.

#### **b. Tratamento dos síntomas psicolóxicos e da conduta da enfermidade**

- **Depresión:** unha depresión maior con demencia pode ser unha manifestación precoz da enfermidade de Alzheimer en persoas maiores. Algúns autores pensan mesmo que se pode atrasar a progresión da enfermidade utilizando un dobre tratamento a base de antidepressivos, como fluoxetina (PROZAC, ADOFEN, RENEURON), sertralina (AREMIS, BESITRAN) ou paroxetina (FROSINOR, MOTIVAN, SEROXAT). Evítanse fármacos antidepressivos con efecto anticolinérxico, xa que non interesa frear a transmisión colinérxica na enfermidade de Alzheimer.
- **Apatía:** a miúdo confundida coa depresión, pero máis común en pacientes de Alzheimer ca esta, caracterízase por unha falta de emocións, interese e entusiasmo, máis que pola tristeza ou desesperanza propias da depresión. Pode ser tratada con fármacos como o metilfenidato (RUBIFEN).
- **Ansiedade:** os fármacos máis usados son as benzodiazepinas, que teñen un efecto ansiolítico e sedante de duración curta ou intermedia. As benzodiazepinas presentan

reaccións adversas como son a redución da capacidade de realizar movementos coordinados, somnolencia, amnesia, desorientación... Estes fenómenos poden propiciar as caídas. Nalgúns casos, especialmente en anciáns, pódese presentar unha reacción paradoxal: agresividade, irritabilidade, pesadelos, ansiedade, excitación, etc., pero a longo prazo estes efectos poden diminuír. Alprazolam (TRANKIMAZÍN), bromazepam (LEXATIN), lorazepam (ORFIDAL, IDALPREM) e oxacepam (ADUMBRAM, APLAKIL).

- Síntomas psicóticos: estes inclúen fugas, irritabilidade e agresións, alucinacións, etc. Foron tratados cos fármacos antipsicóticos tradicionais, como o haloperidol, que poden presentar graves efectos secundarios (aumentan os efectos extrapiramidais —os que se encargan do control do ton muscular e dos movementos coordinados— provocando parkinsonismo. Efecto extrapiramidal: HALOPERIDOL, MELERIL e SINOGAN). Na actualidade prefírense os antipsicóticos de nova xeración, tipo risperidona (RISPERDAL) ou olanzapina (ZIPREXA), que melloran significativamente estes síntomas sen tantos efectos secundarios. A carbamezepina (TEGRETOL) e outros anticonvulvantes poden ser tamén efectivos para o tratamento da axitación e a demencia.

Algúns neurolépticos poden actuar freando os sistemas de transmisión colinérxica (actividade anticolinérxica): tioridazina (MELERIL), levomepromazina (SINOGAN).

- Trastornos do sono: parecen mellorar mediante a exposición a unha luz intensa durante as horas do día. Tamén se están empezando a realizar ensaios con melatonina, hormona que contribúe a desencadear o sono nas horas nocturnas. Polo xeral poden ser tratados con benzodiazepinas (opiáceos sintéticos) de acción intermedia ou curta, como o lorazepam (ORFIDAL e IDALPREM), que tamén serán útiles polo seu efecto ansiolítico. Desaconséllanse as de acción longa, tipo diazepam (VALIUM). O médico tamén pode indicar clometiazol (DISTRANEURINE), fármaco indicado como sedante e hipnótico e empregado tamén nos casos de axitación.

### **Tratamento non farmacolóxico**

A función cognitiva é a área que máis temperá e intensamente se ve alterada nas persoas con demencia. Non obstante, a investigación demostrou que estas persoas son capaces de

aprender nova información e de mostrar cambios de conduta mediante un adestramento apropiado, incluso en fases avanzadas da enfermidade. As persoas con demencia manteñen preservada parte da súa capacidade de aprendizaxe e reaccionan ante estímulos ambientais durante toda a evolución da enfermidade. Isto é posible debido á capacidade plástica do cerebro, coñecida como neuroplasticidade, que se define como “a resposta que dá o cerebro para adaptarse ás novas situacións e restablecer o equilibrio alterado, despois dunha lesión” (Geschwind, 1985). Investigacións recentes poñen en evidencia a capacidade que teñen as neuronas lesionadas para se rexenerar e establecer conexións novas (Goldman, 1995). Existe neuroplasticidade no cerebro demente, inda que en menor intensidade ca no cerebro ancián. Pero, en fases de elevada deterioración cognitiva, esta será nula debido á grande perda de masa neuronal, á desarborización sináptica e ao bloqueo de neurotransmisores.

As persoas con demencia manteñen certa capacidade de neuroplasticidade, un potencial de plasticidade cognitiva, de aprendizaxe ou capacidades de reserva que poden ser desenvolvidos e estimulados a fin de modificar e optimizar a súa adaptación ao medio, especialmente nos estadios leve e moderado, onde o proceso neurodexenerativo non está tan avanzado. Neste período de declive existe unha capacidade de aprendizaxe manifesta nos cambios de conduta, a adecuación a novos estímulos e ambientes, mellora das habilidades instrumentais, abandonadas polo desuso, e na adquisición de esquemas e estratexias.

Con base no mencionado con anterioridade xorden diferentes terapias non farmacolóxicas. Tan importante é o tratamento farmacolóxico como o non farmacolóxico; é necesaria a complementariedade de ambos. Os tratamentos non farmacolóxicos teñen dúas vertentes de intervención, a terapéutica e a cotiá.

A intervención terapéutica inclúe unha serie de terapias (xerontoximnasia, estimulación cognitiva, musicoterapia, etc.) que se ampliarán no módulo 4 con programas que son planificados previamente, con exercicios encamiñados a potenciar as capacidades cognitivas e funcionais preservadas segundo o grao de afectación.

A intervención cotiá potencia dinámicas de actividade transportables á vida cotiá (adaptación cognitivo funcional da contorna), tanto da persoa enferma como da familia ou dos cuidadores da persoa afectada.

## 9. Preguntas de autoavaliación

- Cita tres sinais de alarma que nos fagan pensar nunha posible enfermidade de Alzheimer.
- Existe algunha proba que estableza un diagnóstico da enfermidade de Alzheimer con seguridade absoluta? Como se clasifica o diagnóstico da enfermidade?
- Cita tres factores de predisposición a padecer enfermidade de Alzheimer.
- Cita tres características da fase severa da enfermidade (GDS 6-7).
- Existe algún tratamento farmacolóxico que sexa curativo?
- Indica, rodeando ou riscando, a que fase corresponden os seguintes síntomas de acordo coa Global Deterioration Scale (GDS) de Reisberg (1982).

- a. Ten dificultade para contar de 10 cara atrás e, ás veces, cara adiante.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

- b. A negación é o principal mecanismo de defensa.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

- c. A medida que avanza o estadio pérdense as habilidades motoras básicas, por exemplo, a capacidade para andar.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

- d. Actitude apropiada respecto da súa sintomatoloxía.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

- e. Evidénciase o seu baixo rendemento laboral.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

- f. A miúdo presenta desorientación temporal (data, día da semana, estación...) ou de lugar.

GDS1      GDS2      GDS3      GDS4      GDS5      GDS6      GDS7

## Módulo 2: Síntomas cognitivos na enfermidade de Alzheimer e outras demencias

### Índice do módulo

1.	Introdución	32
2.	Alteracións na capacidade de orientación	33
3.	Alteracións da memoria: amnesia	33
4.	Alteracións da linguaxe verbal: afasias	37
5.	Alteracións da linguaxe escrita: alexia e agrafía	39
6.	Alteracións da xestualidade: apraxias	39
a.	Apraxia ideatoria	40
b.	Apraxia ideomotora	40
c.	Apraxia da marcha	41
d.	Apraxia do vestir	41
e.	Apraxia construtiva	42
7.	Alteracións do recoñecemento: agnosias	43
a.	Prosopagnosia	44
b.	Agnosia para as cores	44
c.	Simultagnosia	44
d.	Agnosia topográfica	45
8.	Alteración das capacidades executivas: síndrome disexecutiva	45
9.	Preguntas de autoavaliación	47

## 1. Introducción

Habitualmente, a sociedade fala das demencias e, en particular, da enfermidade de Alzheimer como da enfermidade da memoria, pero hai que ter moito coidado, porque non só nas demencias se ve afectada a capacidade cognitiva da memoria senón moitas outras capacidades que son tan importantes coma ela e que están relacionadas entre si co fin de que calquera ser humano se poida desenvolver na súa totalidade e manter unha vida independente; ademais, o Alzheimer non é o único tipo de demencia, como xa se aclarou no módulo anterior.

Todas as demencias afectan ás capacidades cognitivas, pero a súa deterioración non é homoxénea nin similar dun enfermo a outro, senón que depende de moitas variables (tipo de demencia, zonas cerebrais afectadas, tempo de aparición dos primeiros síntomas, tratamentos globais aplicados...). Por esta razón sempre hai que pensar na persoa que temos diante e intentar descubrir qué capacidades cognitivas mantén e cáles están deterioradas para poder entender mellor as súas condutas, poder entender mellor o que está sentindo e así poder proporcionarlle as mellores atencións por parte de todos os que participan no seu coidado.

Tampouco debemos esquecer que a persoa enferma é un todo; un todo composto polas súas capacidades cognitivas, emocionais, funcionais e sociais... e que todas elas se influen entre si.

A complexidade do tema require que recordemos e analicemos algunhas das funcións cognitivas superiores que se alteran ao longo do proceso evolutivo da demencia seguindo os criterios diagnósticos de demencia do DSM-IV, que xa se expuxeron no módulo previo.

*Táboa 2.1: Capacidades cognitivas alteradas nas demencias*

<b>Capacidades</b>	<b>Alteracións</b>
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desorientación temporal</li> <li>• Desorientación espacial</li> <li>• Desorientación persoal</li> </ul>
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memoria de traballo</li> <li>• Memoria a curto prazo ou inmediata</li> <li>• Memoria a longo prazo (procedemental e declarativa)</li> </ul>



Linguaxe oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia anómica</li> <li>• Afasia sensorial transcortical</li> <li>• Afasia global</li> </ul>
Linguaxe escrita Lectura/escritura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alexia</li> <li>• Agrafía</li> </ul>
Praxia (xestualidade)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apraxia ideatoria</li> <li>• Apraxia ideomotora</li> <li>• Apraxia da marcha</li> <li>• Apraxia do vestir</li> <li>• Apraxia construtiva</li> </ul>
Gnosias (recoñecemento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosopagnosia</li> <li>• Agnosia para as cores</li> <li>• Simultagnosia</li> <li>• Agnosia topográfica</li> </ul>
Capacidade executiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención</li> <li>• Planificación</li> <li>• Xuízo/Razoamento</li> </ul>

## 2. Alteracións na capacidade de orientación

A evolución da enfermidade leva consigo unha progresiva alteración da capacidade de orientación: primeiro no que respecta ao tempo; a continuación, no que se refire ao espazo, e máis adiante respecto á propia persoa (nivel persoal).

- Desorientación temporal: o paciente vai perdendo progresivamente a súa orientación no tempo; non sabe en que día da semana vive, nin en que mes, nin en que ano.
- Desorientación espacial: non recoñece o lugar onde se atopa. Pode confundir o lugar actual co lugar onde viviu de mozo.
- Desorientación persoal: perde a información referente á súa propia identidade: lugar de nacemento, nome, traballo... en definitiva, a súa identidade persoal.

## 3. Alteracións da memoria: amnesia

A deterioración da memoria é unha das principais características clínicas da demencia e o seu estudo foi o principal obxectivo da investigación experimental.

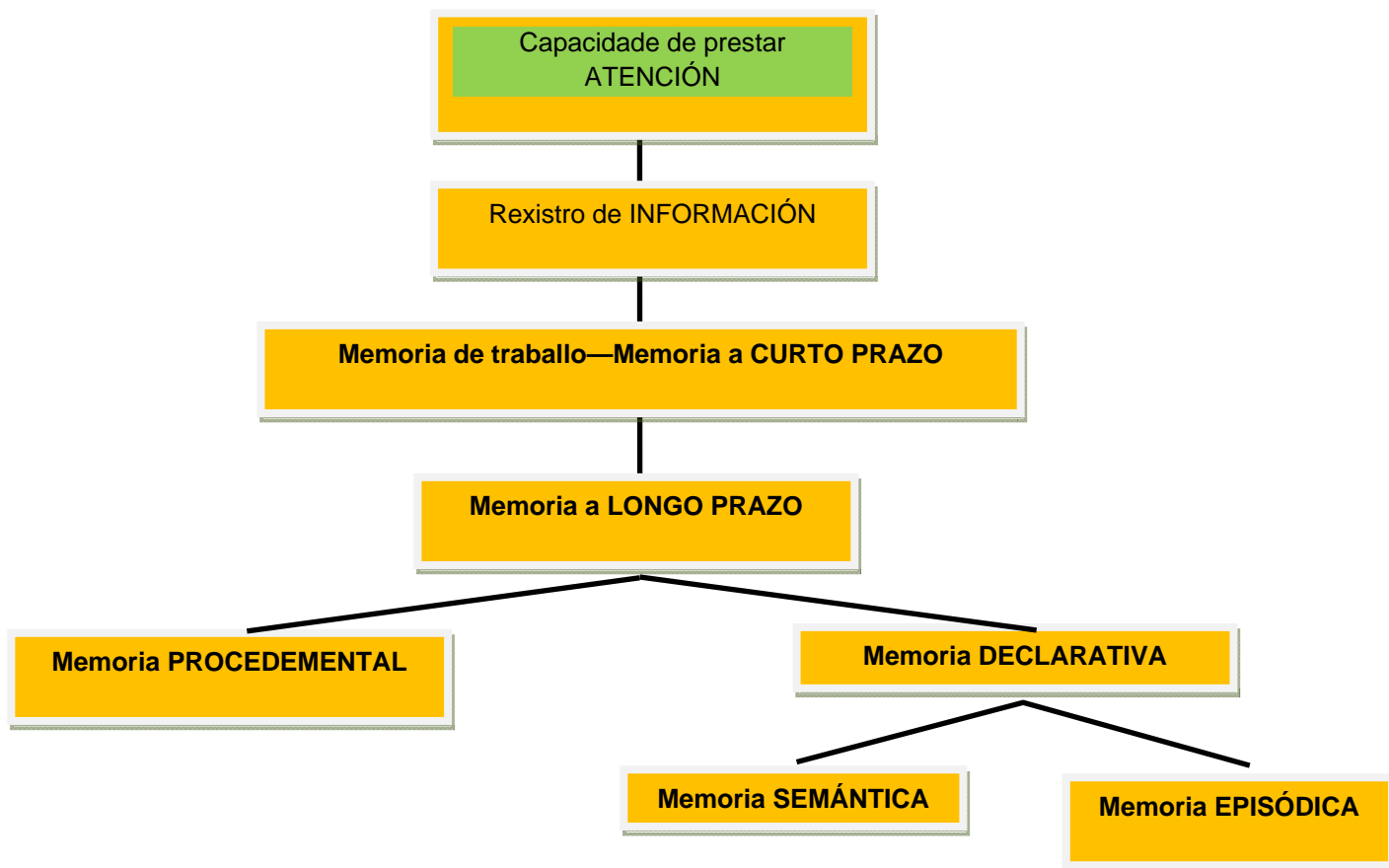
A memoria non é un proceso unitario; aparentemente existen varios subtipos de memoria que difiren entre si nos seus modos de actuación, nas clases de información que procesan e nos substratos anatómicos que soportan. Aínda que estes subsistemas de memoria interactúan, son relativamente independentes e poden verse alterados en diferente medida segundo a enfermidade que os afecten.

Os nosos cerebros almacenan unha gran cantidade de información e experiencias pasadas. O proceso de aprendizaxe comprende o rexistro de información, o seu almacenamento e a súa posterior recuperación.

Nun intento de “organizar” os coñecementos relacionados coa memoria, na figura 2.1 resúmense os “percorridos” mentais: dende a capacidade de prestar atención (totalmente ligada ao rexistro paralelo de información) ata a conceptualización dos diferentes subtipos de memoria.

O **rexistro de información** é a capacidade de recordar de maneira inmediata o acabado de aprender e dura soamente escasos segundos. Pódese considerar que precede á memoria o que é o inicio da memoria a curto prazo.

Figura 2.1: Tipos de memoria



A memoria a curto prazo ten unha capacidade limitada e pódese saturar facilmente, mentres que non existen límites evidentes no almacenamento da memoria a longo prazo.

Nos últimos anos, ampliouse o concepto de memoria a curto prazo co de **memoria de traballo**, que é un concepto máis xeral para o almacenamento temporal e limitado, que permite a posibilidade de conservar varios tipos de información e que require distintas áreas cerebrais de almacenamento temporal, así como a manipulación da información.

Os termos de **memoria a longo prazo** e **memoria semántica** aplícanse aos procesos de memoria relacionados co recordo da información que foi almacenada despois dalgúns segundos e que inclúe tanto o material relativo a un pasado moi recente como moi remoto.

O termo **memoria recente** é utilizado en clínica como sinónimo da información adquirida nun pasado recente, namentres que o de *memoria remota* se aplica ao coñecemento de sucesos persoais e sociais que aconteceron nun tempo pasado de incluso décadas.

Pódense considerar dous tipos de memoria a longo prazo: a de **procedemento** e a **declarativa**. A primeira relaciónase co recordo de como executar unha serie de habilidades (conducir, nadar, etc.). Coa práctica inicial e a conquista da habilidade motora, a memoria de procedemento vólvese **implícita**; é dicir, realízase a tarefa sen ter conciencia clara dela (sen darse de conta).

A memoria **declarativa** comprende os feitos e datos tanto verbais como no verbais (imaxes, sons...) distintos a habilidades e procedementos; é explícita, posto que debe ser recordada nun estado “*de conciencia clara*”. Pola súa vez, na memoria declarativa pódense considerar a memoria episódica e a memoria semántica. A primeira delas fai referencia tanto ao almacenamento como á lembranza dos acontecementos autobiográficos que dependen de apoios contextuais, temporais ou espaciais, para a súa recuperación (recordo de feitos secuenciais). A información *na memoria semántica* é almacenada de forma libre do contexto e sen as referencias autobiográficas que caracterizan á *episódica*. Refírese ao coñecemento xeral, que consiste en feitos e conceptos aprendidos que non dependen de apoios de contexto para a súa recuperación.

O **cadro amnésico** coma tal —no que falla a codificación da memoria e, en consecuencia, esta non pode ser almacenada nin recuperada— é característico da enfermidade de Alzheimer e en ocasións tamén se pode observar en demencias con corpos de Lewy e en demencias vasculares con afectación temporal medial.

O fallo na recuperación da memoria prodúcese debido á alteración dos circuitos frontosubcorticais. Nestas circunstancias, a codificación da memoria está conservada e pode ser recoñecida con pistas ou eleccións múltiples. Este tipo de alteración é característica da demencia frontotemporal, a maioría das demencias vasculares, a enfermidade de Creutzfeldt-Jakob e todas as demencias subcorticais.

*Deseguido mostraremos algúns exemplos do que lle ocorre a un enfermo na súa vida cotiá segundo o tipo de memoria que se ve afectada:*

- O trastorno da memoria episódica dá lugar a síntomas como, por exemplo, o de ir visitar unha persoa e non recordalo, preguntar repetidamente sobre algo, esquecer os encargos ou as citas, negar feitos recentes... Estes exemplos corresponden a erros na memorización, é dicir, a novos sucesos vividos despois do inicio da enfermidade (amnesia anterógrada).
- Cando os trastornos son máis graves, os pacientes poden esquecer o nome dos familiares máis próximos, o lugar onde traballaron ou viviron... Estes exemplos corresponden á supresión de información xa rexistrada previamente ao inicio da enfermidade (amnesia retrógrada).
- Cando falla a memoria máis recente e aínda está preservada a remota poden darse situacións como, por exemplo, esquecer que hai pouco se celebraron as vodas de ouro, pero recordar relativamente ben detalles do día da voda.
- O trastorno das capacidades da memoria de traballo ponse de manifesto en tarefas como calcular o diñeiro para unha compra, seguir conversa entre varias persoas... Normalmente, os pacientes fallan en tarefas que requiren planificación e control; as chamadas tarefas “executivas” (que ampliaremos máis adiante).
- A alteración da memoria semántica (memoria de coñecementos) maniféstase no esquecemento progresivo dos coñecementos adquiridos ao longo da vida; vaise perdendo o coñecemento dos obxectos, do seu uso, dos xestos, das palabras...
- A memoria procesual (memoria de aprendizaxes non conscientes, como ir en bicicleta, nadar...) adoita estar preservada nas fases iniciais de calquera demencia; o paciente aínda é capaz de realizar aprendizaxes de tarefas, aínda que sexa incapaz de recordar o seu proceso de aprendizaxe; é unha aprendizaxe non consciente.

#### **4. Alteracións da linguaxe verbal: afasias**

A comunicación humana establécese mediante mecanismos verbais e non verbais. A expresión facial, a posición corporal, os xestos e os debuxos forman parte da linguaxe non verbal,

namentres que as letras, as palabras e as frases utilizadas segundo regras gramaticais constitúen os elementos verbais.

Na linguaxe hai que considerar os compoñentes semántico e motor: o primeiro é o relacionado coa transmisión do contido ou significado e o segundo inclúe a articulación, os fonemas e morfemas (unión dun conxunto de palabras), as expresións faciais e xestuais e a escritura.

Nas primeiras fases da evolución da enfermidade, os trastornos da linguaxe oral son habitualmente moi sutís. En xeral, os trastornos iníciase cunha dificultade para evocar as palabras (anomía); os enfermos tenden a usar palabras máis xerais, ou a dicir “isto” ou “aquilo” para se referiren aos obxectos.

Existe unha evolución típica dos trastornos da linguaxe dende as etapas máis temperás ás etapas finais: desde trastornos mínimos ata a ausencia total de linguaxe verbal.

Pódense distinguir tres patróns sucesivos:

- **Afasia anómica:** na fase inicial aparecen fallos na evocación de palabras e tamén fallos de comprensión relativamente leves. A repetición realízase con normalidade, a menos que se presenten frases ou textos longos que o paciente non sexa capaz de recordar.
- **Afasia sensorial transcortical:** a comprensión vese significativamente afectada pero o paciente segue a ser capaz de repetir. O paciente pode realizar “ecolalias” ou repeticións automáticas do que di o seu interlocutor.
- **Afasia global:** fase terminal na que existe unha grave redución de todas as capacidades da linguaxe, tanto na comprensión como na expresión.

Existen casos atípicos, como o da dexeneración frontotemporal, nas súas variantes de presentación clínica: Demencia frontotemporal (DFT), Demencia semántica (DS) e Afasia primaria progresiva non fluente (APP), onde predominan certas manifestacións verbais progresivas. Nestes casos a alteración céntrase na linguaxe (chegando ao mutismo total)

namentres que a memoria e o resto das capacidades están, en comparación, relativamente preservadas.

## 5. Alteracións da linguaxe escrita: alexia e agrafía

Os pacientes con demencia presentan trastornos da lectura (alexia) que son moi sutís no inicio da enfermidade. En casos pouco frecuentes as alteracións da lectura destacan no contexto de trastornos visuais máis xerais.

A alteración da lectura pode dar lugar a unha curiosa situación na cal o paciente é capaz de ler en voz alta pero é incapaz de comprender o que le. Nas fases máis avanzadas da demencia, esta capacidade pérdese por completo.

Polo xeral, os trastornos da escritura (agrafía) son paralelos aos da lectura, se ben nalgúns casos está máis preservada a escritura e noutros a lectura. A agrafía caracterízase por trastornos do grafismo ou por unha alteración na selección e encadeamento de letras e palabras.

Nas fases avanzadas da demencia, a capacidade de escribir está sumamente afectada e mesmo pode ocorrer que o paciente soamente sexa capaz de realizar *palotes*, trazos ou garabatos.

Para avaliar estas capacidades sempre hai que ter en conta que a persoa tivese un dominio total da lectura e da escritura.

## 6. Alteracións da xestualidade: apraxias

Unha **praxia** defínese como a acción motora organizada para conseguir un obxectivo. Algúns dos movementos que realizamos para levar a cabo as diversas actividades prodúcense involuntariamente, de xeito automático, mentres que outros requiren un control voluntario da acción.

Ademais, a realización dunha actividade ou tarefa non supón só a realización do acto motor senón a súa organización, planificación e, finalmente, execución. Así mesmo, moitas destas

accións están determinadas pola nosa percepción, linguaxe e coñecementos previos. Así, o feito de poñer unha cafeteira implica unha aprendizaxe previa (saber como se usa), un recoñecemento visual e semántico do obxecto (“o que vexo é unha cafeteira e sei que é e para que se usa”) e levar a cabo a acción de modo apropiado. A alteración desta función é o que se coñece como **apraxia**.

Para que exista unha apraxia os trastornos xestuais non se poden explicar por unha lesión motora, nin por unha lesión sensitiva, nin por unha alteración intelectual.

Supón ademais unha disociación automática-voluntaria, é dicir, o suxeito mantén intactas as potencialidades para realizar correctamente os movementos, pero é incapaz de facelos cando se lle pide.

Dependendo do modo de realización de cada acción clasificaremos os diferentes tipos de apraxia. Aquí imos describir as máis frecuentes ao longo da evolución das demencias:

#### **a. Apraxia ideatoria**

A apraxia ideatoria defínese como a incapacidade para manipular obxectos. Supón unha alteración da secuencia de movementos tendentes a un fin tendo presente o obxecto. O paciente realiza correctamente os movementos individuais necesarios para levar a cabo unha acción, pero ao realizar a secuencia completa do movemento falla. Suprime elementos da serie, altera a secuencia correcta ou usa o obxecto inadecuadamente.

Así, por exemplo, un paciente é capaz de servir leite nun vaso, de botar azucre na cunca, etc., pero non é capaz de realizar a secuencia completa de servir o leite na cunca, botar o azucre e remover, podendo alterar a orde (botar o azucre directamente no cazo, botar o leite na cunca antes de quentalo, etc.), ou non sabendo como usar cada uno dos obxectos necesarios para levar a cabo a actividade.

#### **b. Apraxia ideomotora**

A apraxia ideomotora é o tipo máis frecuente de apraxia. Refírese á incapacidade de realizar xestos simples e secuencias de movementos sen a presenza real do obxecto.



O suxeito non é capaz de saudar ou de dicir adeus cando se lle pide, non imita adecuadamente posturas adoptadas polo examinador, pero si pode levalas a cabo cando ocorren de modo automático.

É posible que en lugar de realizar a conduta intente verbalizar a acción (exemplo: solicítaselle ao paciente: *Faga o xesto de usar un martelo*, e en canto de facer o xesto, o paciente responde: *Cóllese o martelo, ponse enriba do obxecto e golpéase*, pero non realiza a acción). Pode usar partes do corpo como obxectos (exemplo: usa o dedo coma se fose un cepillo de dentes), ou tomar algún outro obxecto como substituto.

### **c. Apraxia da marcha**

Denomínase apraxia da marcha a incapacidade de empregar convenientemente dos membros inferiores. A persoa non pode avanzar os seus membros de modo alternativo para andar ou o faíno de xeito rudimentario, con tendencia á retropulsión.

Ademais, é difícil de diferenciar dos trastornos dos movementos automáticos como os trastornos da marcha e do equilibrio de tipo parkinsoniano, que se dan de forma habitual na demencia tipo corpos de Lewy.

### **d. Apraxia do vestir**

Trastorno que se dá sobre todo en fases avanzadas da enfermidade: o paciente ten verdadeiros problemas coa roupa, non atopa as mangas, non sabe colocar a roupa en relación co corpo... Nestes casos, o problema débese normalmente a trastornos múltiples de recoñecemento, como de lateralidade do obxecto ou do propio corpo; ou a dificultades para recoñecer a propia peza de vestir.

As súas manifestacións no día a día dun enfermo con demencia poden ir dende unha fase moi leve, como a incapacidade de facerlle un nó á garabata, ata a imposibilidade total a medida que evoluciona a enfermidade.

O paciente pode mirar a peza de vestir sen saber que facer con ela, dálle voltas unha e outra vez e, por ensaio e erro, pode chegar a colocar adecuadamente unha das mangas quedando a

outra colgando. Noutras ocasións non respecta a orde de colocación das pezas ou pon varias pezas unhas sobre outras.

#### **e. Apraxia construtiva**

A apraxia construtiva refírese a unha alteración na capacidade para construír, planificar e executar as accións motoras que permiten formar un conxunto.

Normalmente inclúense como funcións construtivas dous tipos de actividades: debuxar e construír ou ensamblar.

A construción combina unha actividade perceptual, unha conduta motora e un compoñente espacial. Require polo tanto da participación de diferentes elementos neuropsicolóxicos:

- Percepción adecuada do estímulo: en caso de estímulos visuais requírese unha adecuada capacidade visual e asociativa. En caso de que o estímulo sexa verbal, por petición dunha orden dada, necesítase unha comprensión verbal adecuada e as súas conexións cos sistemas semánticos e a representación mental da figura que se vaia realizar.
- Planificación da tarefa solicitada: relaciónase directamente coa complexidade da tarefa que se vaia realizar, xa que a maior complexidade desta, maior planificación esixirá a súa realización.
- Dominio das coordenadas e das relacións espaciais da percepción e da execución.
- Adecuación dos sistemas motores de control da man.
- Fase de execución e control sucesivo das realizacións parciais previas ao resultado final.

Consérvanse as proporcións e a idea global da construción pero téndese a omitir detalles e a realizar unha produción pobre. É frecuente observar o fenómeno de *closing in*, no que o suxeito inscribe o debuxo no interior do modelo dado.

En xeral, todas estas alteracións práxicas se dan nun curso evolutivo das demencias de forma tardía, excepto aquelas que afectan á capacidade de realizar series de actos, que levan consigo unha maior complexidade.

As alteracións nesta capacidade son observables en múltiples tarefas da vida diaria do paciente: incapacidade para usar as chaves, o garfo, o coitelo... Nas fases moderadas aparece a apraxia do vestido: o paciente ten verdadeiros problemas coa roupa, non atopa as mangas, non sabe dispoñer a roupa en relación co corpo... Estes casos, como dixemos, adoitan deberse a trastornos múltiples, como poden ser os problemas visoespaciais, que comentaremos a continuación.

As apraxias maniféstanse abertamente cando a enfermidade xa está nunha fase avanzada, pero os expertos poden detectar alteracións en fases relativamente precoces cando se levan a cabo probas moi sensibles.

## **7. Alteracións do recoñecemento: agnosias**

O termo *agnosia* implica unha perda da capacidade de recoñecer os obxectos captados polos nosos sentidos. A *agnosia visual* supón un trastorno no recoñecemento que realiza o noso cerebro dos obxectos captados polo sentido da vista, en ausencia dun trastorno de linguaxe ou de función sensitiva. Tamén se distinguen *agnosias táctiles* ou *auditivas*. Ademais, poden diferenciarse outras modalidades segundo o tipo de estímulo, coma cores, obxectos, caras. Os suxeitos con agnosia adoitan tela a máis dun tipo de estímulo e máis dunha modalidade.

E difícil imaxinar a vida dunha persoa que non recoñece obxectos de uso cotiá, que non se sitúa no espazo, que non ten capacidade de saber en que posición están os seus brazos e as súas pernas, que percibe o mundo que o rodea en constante movemento, ou que vive nun mundo sen olor.

Desta definición deducimos que para realizar o correcto diagnóstico de agnosia cómpre excluír outras causas que poidan explicar os síntomas que o paciente aduce: por exemplo, temos que descartar que exista un trastorno afásico que impida nomear correctamente un obxecto que se recoñece ben ou que exista un problema de visión grave, etc.

Aínda que non é propiamente un síntoma inicial na enfermidade de Alzheimer, agnosias de diferentes modalidades estarán presentes con variacións na evolución de calquera das

demencias dexenerativas máis frecuentes. Mención especial merecen as alteracións gnósicas visuais nas dexenerativas focais (atrofia cortical posterior).

A continuación describiremos brevemente os tipos de agnosias que poden aparecer habitualmente ao longo do curso evolutivo das demencias:

#### **a. Prosopagnosia**

A prosopagnosia é un tipo de agnosia visual específico para os rostros.

- O paciente non é capaz de recoñecer caras familiares, e nos casos máis graves non logra recoñecer persoas famosas, os seus achegados ou nin sequera a súa cara nun espello.
- O recoñecemento acaba lográndose mediante procedementos substitutivos: voz, forma de andar, particularidades no vestir, etc.
- A dificultade para recoñecer as caras é máis evidente con elementos estáticos, como una fotografía, que en situacións reais.
- Os suxeitos son capaces de emparellar caras idénticas, distinguir unha cara entre outros obxectos, copiar e debuxar unha cara.

#### **b. Agnosia para as cores**

Agnosia visual caracterizada pola incapacidade de recoñecer as cores a pesar de que si existe a percepción da cor.

- Fallan ao colorear debuxos e obxectos coas súas cores correspondentes.
- O paciente mostra un mal rendemento en tarefas verbo-verbais (exemplo: “de que cor é un tomate?”) sen que existan signos de afasia. Esta é outra diferenza coa anomía para as cores que non afecta a este tipo de tarefas.

#### **c. Simultagnosia**

Tipo de agnosia visual que se caracteriza pola dificultade para interpretar imaxes complexas, aínda que si se identifican os seus compoñentes por separado.

- Se ao enfermo se lle amosan debuxos superpostos ou formando parte doutros non os recoñece; só percibe un estímulo cada vez.
- Moi frecuentemente vai asociada a unha alexia agnósica, que se caracteriza pola incapacidade para ler, aínda que se conserva a capacidade de ler palabras curtas ou letras iniciais dunha palabra.

#### **d. Agnosia topográfica**

É unha agnosia específica que se refire á incapacidade de recoñecer rúas e edificios familiares, aínda que o suxeito sexa capaz de clasificar categorialmente os tales edificios.

- O suxeito non recoñece as rúas, edificios, prazas, etc. que lle son familiares.
- O paciente non adoita ter problemas para orientarse ben, nin na súa casa nin nos percorridos habituais que realiza.
- En lugares pouco coñecidos é frecuente que teña grandes dificultades para orientarse debido á súa incapacidade para utilizar referencias útiles que lle axuden a memorizar percorridos.
- Son capaces de recordar relacións topográficas entre dous puntos. E poden explicar un percorrido coñecido sen problema, a diferenza do que sucede na amnesia topográfica.

### **8. Alteración das capacidades executivas: síndrome disexecutiva**

As capacidades executivas son as encargadas do razoamento, a planificación e a flexibilidade para regular e verificar patróns de conduta adaptados ao medio e ás normas sociais e que nos permiten resolver problemas cotiás do fogar, traballo...

As funcións máis detalladas que realizan as devanditas capacidades consisten en:

- Dirixir a atención cara a unha información específica inhibindo os estímulos non relevantes.
- Recoñecer os patróns de prioridade: recoñecer as xerarquías e significado dos estímulos que percibimos.

- Formular unha intención, un obxectivo: recoñecer e seleccionar as metas que nos formulamos.
- Plan de consecución ou logro: análise de actividades necesarias, recoñecemento das fontes e necesidades, elección de estratexias.
- Execución do plan: iniciar ou inhibir actividades, valorar o progreso, modificar as estratexias segundo a prioridade do plan, manter a secuencia de actividades e o esforzo.
- Recoñecemento do logro: recoñecer a necesidade de alterar o nivel da actividade, detela ou xerar novos plans.
- Estratexia e planificación.
- Controlar o desenvolvemento doutros procesos cognitivos.
- Flexibilidade.
- Adaptar a conduta aos cambios no ambiente.
- Loitar contra distraccións involuntarias; é dicir, inhibir información non relevante.

No día a día das persoas que padecen algún tipo de demencia, a síndrome disexecutiva pódese manifestar en:

- Dificultade para organizar tarefas de forma ordenada.
- Tendencia á distracción.
- Dificultade para resolver problemas.
- Dificultades para planificar actividades.
- Lentitude á hora realizar cambios de rutina.
- Dificultade para recordar palabras.
- Séntense perdidas en situacións novas.
- Dificultade para realizar tarefas rutineiras longas.

Estas funcións están controladas a nivel anatómico polo lóbulo frontal, por iso a sintomatoloxía que acabamos de describir é típica das demencias frontotemporais. Pero non esquezamos que poden aparecer en calquera tipo de demencia.

### **9. Preguntas de autoavaliación**

- Nomea 3 capacidades cognitivas que se vexan afectadas pola aparición dunha demencia.
- Que tipo de memoria é a que almacena información sobre os nosos acontecementos persoais pasados?
- A dificultade que manifesta un enfermo con demencia para utilizar e manipular correctamente obxectos da vida diaria denomínase...
- Como se chama “a alteración no proceso da lectura”?
- Nomea 3 funcións cognitivas que formen parte das capacidades executivas.

## Módulo 3: Síntomas non cognitivos da enfermidade: trastornos psicolóxicos e do comportamento

### Índice do módulo

1.	Introdución	49
2.	Principais síntomas psicolóxicos e do comportamento	50
3.	Principios básicos para tratar os problemas condutuais e psicolóxicos nas demencias	53
4.	Síntomas psicolóxicos	54
a.	Trastornos afectivos: depresión, apatía e ansiedade	54
b.	Trastornos perceptivos: delirios, alucinacións, erros de identificación	59
c.	Trastornos de personalidade: labilidade emocional, cambios de personalidade	64
5.	Síntomas condutuais	66
	Cambios na conduta psicomotora	66
	Vagabundeo	66
	Agresividade e axitación	68
	Trastornos do sono	69
	Trastornos da conduta alimentaria	71
	Trastornos da sexualidade	73
6.	Outras condutas	74
	Comportamentos ruidosos	74
	Condutas automáticas	75
	Acusacións inxustas	75
	Demandas excesivas	75
	Persecución	76
	Comportamento repetitivo	77
7.	Presentación dun caso práctico	80
8.	Preguntas de autoavaliación	82



## 1. Introducción

A primeira idea que lles vén á cabeza ás persoas que reciben a noticia por parte do médico de que o seu familiar padece unha demencia é a visión da última fase da enfermidade (idea que se formaron partindo da información oída a outras persoas) e comeza o medo e o cambio, dous conceptos en continua relación.

Cando nunha persoa principia a desenvolverse unha demencia, toda a súa vida e mais a das persoas que conviven con ela comeza a cambiar inevitablemente. O primeiro cambio que precisamos comprender e compartir está nas súas necesidades: onde antes daba agora precisa recibir.

O medo faise latente cando asoma unha mirada baleira na persoa; mirada que lle pode contaxiar a ese familiar que se sabe responsable dela. O medo volve a quen o sente irritable, susceptible, inseguro, desconfiado, indeciso...

Comprender todos eses cambios e a maneira en que se compartan será fundamental para abordar para cada un dos síntomas; por exemplo, nun intre de tristeza, de ansiedade, de agresividade... cambiar de actividade, de conversa ou de cuarto pode darlle un xiro a todo.

Os cambios na conduta e no estado de animo poden variar en cuestión de segundos; pódese pasar da risa aos choros e viceversa.

Pode suceder que a persoa —nun deses momentos en que a memoria volve atrás no tempo— recorde as cousas e as xentes boas que pasaron pola súa vida, que recupere o sentido do humor, incluso a ilusión, que mostre moito agradecemento (incluso cando non era de facelo). Pódese volver moito máis cariñosa, cantareira, moi presumida, pintar os labios, as uñas, mirarse ao espello e verse marabillosa...

Pode ocorrer que, nun intre de ausencia, unha man que colle a súa lle faga esbozar un sorriso.

Pode ter moitos momentos de lucidez.

É importante que a persoa coidadora non centre o seu traballo en loitar contra o síntoma, senón en buscar xuntas as posibilidades de cada momento e en axudarlle a utilizalas. E que nese “xuntas” haxa dúas vidas. É un feito moi positivo que o coidador saiba e poida pedir axuda; desta maneira tamén lle pode resultar agradable estar co seu familiar enfermo.

Somos relacións. Incluso cando a demencia aparece nas nosas vidas seguimos sendo “seres en relación”, e aínda que as relacións non curen enfermidades, son moi importantes no xeito de vivirlas; hai que melloralas continuamente e encamiñalas ao respecto mutuo.

O máis saudable é un contorno o máis familiar posible, unha dinámica que favoreza na medida unha interrelación familiar activa, onde ata os nenos se ocupen dos avós.

## **2. Principais síntomas psicolóxicos e do comportamento**

Os síntomas condutuais e psicolóxicos relacionados coa demencia coñécense dende a primeira descrición da enfermidade de Alzheimer no ano 1906. Ademais, segundo os expertos, trátase de síntomas que aparecen dende o principio da enfermidade.

O doutor José Luis Molinero (neurólogo do Hospital Clínico de Barcelona) sinala que “os síntomas condutuais e psicolóxicos das demencias non son complicacións do proceso patolóxico senón manifestacións propias, como o son os síntomas cognitivos (perda de memoria...). Na actualidade, aos trastornos da conduta dáselles moita importancia porque sabemos que son condicionantes da evolución da enfermidade”.

Estes trastornos constitúen a principal fonte de sobrecarga para os coidadores e, para facilitarlles o traballo, o primeiro paso consiste en informalos completa e adecuadamente e en formalos na aplicación de estratexias diversas coas que poder afrontar e paliar as repercusións destes trastornos.

Os expertos coinciden en que un gran número de doentes presentarán algún destes síntomas nas distintas fases da enfermidade e que a súa intensidade resulta un aspecto clave. Concretan que máis do 90 % dos enfermos de Alzheimer padecen, polo menos, un trastorno da conduta, aínda que non todos presentan a mesma gravidade. Do mesmo xeito, 70 de cada 100 enfermos amosan estados de axitación ou irritabilidade durante o primeiro ano e o 50 % teñen polo menos catro destes síntomas.

A presenza destas manifestacións psicolóxicas e condutuais produce un grande impacto na calidade de vida do doente, sumándose á deterioración que xa existe, ademais de incrementar

a sobrecarga emocional e condutual dos familiares e coidadores (tensión e esgotamento físico e mental).

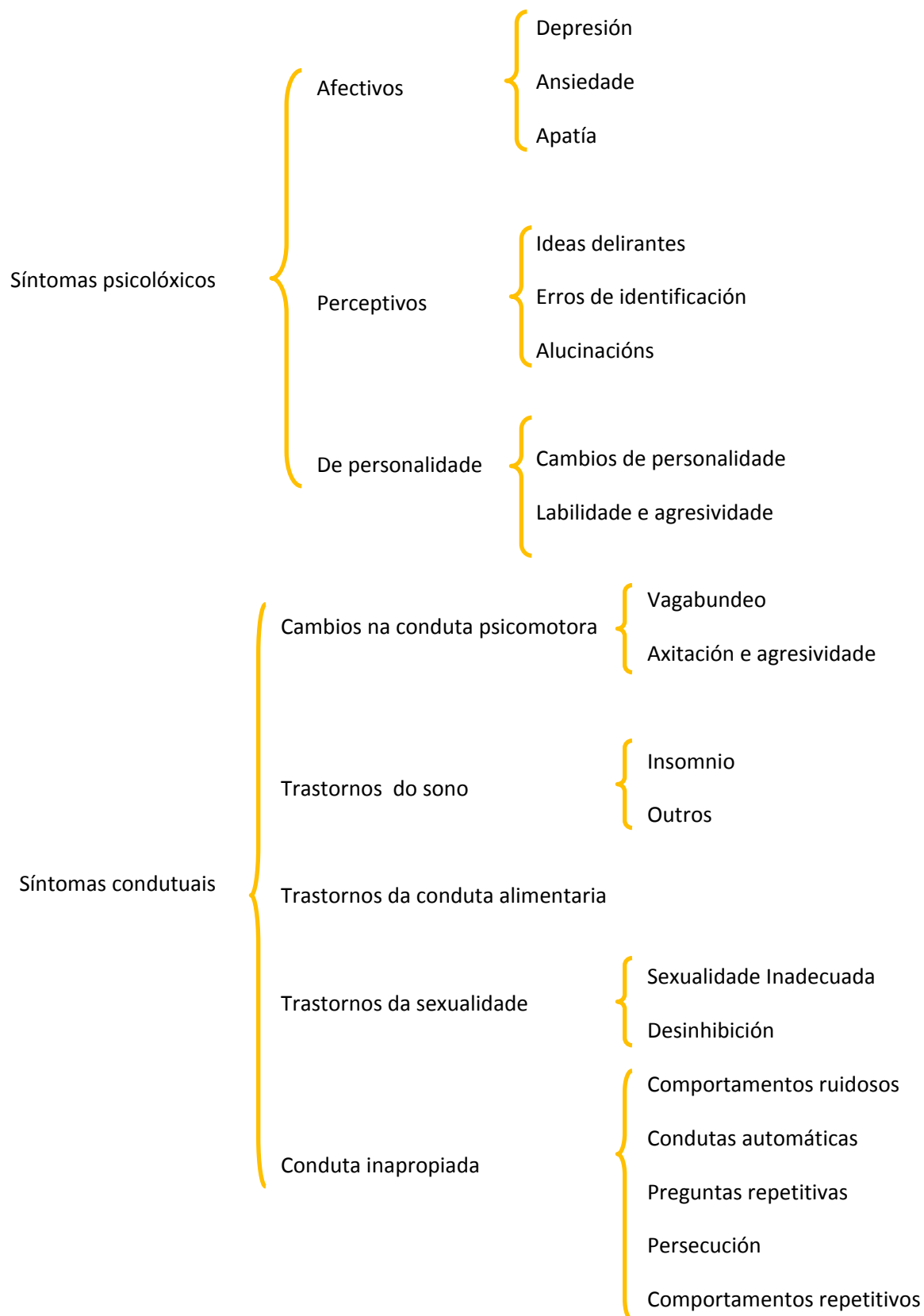
Os síntomas do comportamento na enfermidade de Alzheimer son moi disruptivos dado que distorsionan o ritmo da vida familiar. É frecuente que o coidador pase noites sen durmir, que non controle os síntomas e que sinta frustración por considerar que nada do que fai é suficiente.

De aí a necesidade de coñecer os síntomas e as pautas que cómpre seguir en cada un deles. De maneira xeral podemos indicar que **a prevención** se leva a cabo mediante os cuidados e a técnicas cognitivas e de adaptación cognitiva e funcional do contorno físico e humano (organizar o día a día: rutinas, tarefas, cuidados no aseo, nas comidas, vixilancia do sono, etc.). A **detección** consiste na observación de calquera cambio na actitude e actividade do doente. O **tratamento** será o axeitado para cada tipo de trastorno, intensidade e grao de distorsión persoal e familiar, e sempre debe estar indicado e controlado polo equipo asistencial, con apoio de tratamento médico cando sexa necesario.

Como pauta xeral, en todos os trastornos é necesario avaliar as súas características, as súas consecuencias e descartar posibles factores desencadeantes:

- *Causas relacionadas coa saúde e o estado de ánimo* (efectos da medicación, dificultades sensoriais, enfermidade, deshidratación, estrinximento, depresión, malestar físico).
- *Causas relacionadas co contorno da persoa enferma* (un espazo grande, demasiada estimulación, falta de información ou sinais de orientación, pouca estimulación, un círculo pouco familiar).
- *Causas relacionadas coas tarefas ou actividades que realiza o enfermo* (tarefa demasiado complicada, demasiadas instrucións ou non axeitadas).

Figura 3.1: Clasificación dos síntomas psicolóxicos e do comportamento



### **3. Principios básicos para tratar os problemas condutuais e psicolóxicos nas demencias**

Estas alteracións causan graves problemas no núcleo familiar dos enfermos e inciden na vida diaria de todos os membros. En concreto, a persoa que se ocupa directamente do coidado do doente está sometida ás consecuencias destes comportamentos.

Richard Corney (1.995) estableceu uns principios básicos para a atención ás persoas con demencia:

- Dignificar e respectar: a dignidade da persoa, dereito humano fundamental, debe manterse ante todo.
- Evitar enfrontamentos: as discusións non teñen sentido cando unha persoa ten perdas de memoria e problemas de razoamento.
- Facilitar a independencia e promover a autonomía: hai que axudarlle ao enfermo ata o punto xusto para proporcionarlle seguridade e autonomía.
- Minimizar o estrés: a supresión total do estrés é practicamente imposible dadas as características da enfermidade, pero hai que intentar reduci-lo ao máximo.
- Adaptarse: aceptar as limitacións do doente e as reaccións propias.

Para evitar a aparición dalgúns destes síntomas é necesario establecer un ambiente físico sinxelo (hai que simplificar a vida diaria, pero mantendo os obxectos persoais e os recordos), estable (a rutina será o principio fundamental de cada tarefa) e seguro.

Por outra banda, é importante que o coidador teña unha actitude positiva fronte ao doente. Comprender a enfermidade e comprender ao enfermo constitúen o primeiro paso para mellorar a convivencia e reducir os problemas diarios.

De aí a importancia de coñecer os síntomas e saber responder ante eles. Cando o coidador se atopa de fronte cun destes trastornos é importante definilo ben, analízalo para poder intervir apropiadamente e mellorar a situación. Ante un trastorno, debemos responder a estas preguntas:

- Cando aparece o problema?

- Onde aparece o problema?
- Que sucede antes do problema?
- Como se desenvolve?
- Que sucede despois da aparición do problema?

Unha vez definido o problema é importante implicar a todos os familiares no tratamento e nas pautas que deben seguirse, respondendo positivamente ás actitudes axeitadas e ignorando, na medida do posible, as anómalas.

#### 4. Síntomas psicolóxicos

##### a. Trastornos afectivos: depresión, apatía e ansiedade

Os síntomas relacionados co estado de ánimo máis frecuentes son a depresión, a apatía (que se pode presentar con ou sen depresión) e a ansiedade. O enfermo pódese sentir desinteresado, apático no medio do que o rodea, a que non entende o que pasa ao seu redor, a que non entende as conversacións, non pode ou non sabe realizar as súas actividades, etc.

Dentro deste grupo temos que incluír tamén a deterioración no control emocional e a perda de interese polos sentimentos dos demais.

- **Depresión:**

*A señora X. empezou a ter fallos de memoria cada vez máis importantes e a ter dificultades para realizar as tarefas da casa. Empezou a entristecerse e sentirse inútil, desesperada, baleira, sen atoparlle sentido á súa vida. Perdeu o apetito e adelgazou varios quilos. Deixou de asistir ás clases de piano ás que acudía dende había varios anos. Na consulta, ao preguntarlle se tivera nalgún momento ideas suicidas, rompeu a chorar.*

A depresión aparece frecuentemente nos enfermos con demencia. Pódese explicar como unha reacción ante o feito de que o doente é consciente de que perde capacidades e de que ten unha enfermidade grave e incurable. Aínda así, non todos os doentes presentan depresión; existen casos en que a persoa non é consciente dos problemas de memoria que padece e, por conseguinte, non sufrirá ningunha reacción depresiva. A aparición de depresión na

enfermidade de Alzheimer é variable, pero estímase unha incidencia entre o 40 % e o 50 % dos enfermos.

As manifestacións máis frecuentes na depresión son os choros e o sentimento de culpa, de inutilidade e de constituír unha carga para os demais. É posible que apareza perda de peso, cambios no ritmo do sono e preocupación excesiva pola saúde.

Padecer depresión na enfermidade de Alzheimer é sinónimo dun peor prognóstico; empeora a capacidade funcional do doente, predispón a unha institucionalización máis temperá e asóciase a unha maior morbilidade e mortalidade.

Considérase que a depresión é máis común nos estadios iniciais da demencia, aínda que tamén hai depresións tardías na enfermidade de Alzheimer.

As manifestacións clínicas varían segundo a gravidade da disfunción cognitiva. Cunha afectación leve ou moderada, a depresión pode ser un problema importante. En moitas ocasións complícase con axitación e síntomas psicóticos. Nestes estadios, as manifestacións clínicas son: tristeza, tendencia a chorar, ansiedade, medo, apatía, desacougo, perda de peso... O suicidio é moi raro; a idea suicida é frecuente, pero pouco consistente.

En doentes con demencia moderada, prevalecen a labilidade emocional e os desaxustes motivacionais. Algunhas persoas poden manifestar pensamentos negativos (culpa, desesperanza, pesimismo); outras, irritabilidade ou queixas somáticas múltiples; outras, axitación, cadros delirantes ou bradifrenia.

A depresión propia da enfermidade de Alzheimer presenta cambios de ánimo máis leves, breves e recorrentes.

En relación ao grupo de idade, a depresión ten maior incidencia nos doentes máis novos; os anciáns teñen menos problemas de autoestima e de sentimento de culpa, pero máis queixas somáticas, anorexia e perda de peso, trastornos psicomotores e enfermidades médicas asociadas.

Podemos concluir que a depresión na enfermidade de Alzheimer se presenta usualmente con ansiedade, pero sen grande intensidade. Os síntomas depresivos illados son frecuentes en doentes con enfermidade de Alzheimer e anciáns en xeral.

*Intervención ante a depresión:*

É importante facer un diagnóstico axeitado. O médico debe valorar os síntomas depresivos e a súa intensidade.

Nos casos leves a intervención será non farmacolóxica, e nos casos moderados ou graves debe combinarse o tratamento farmacolóxico co apoio psicolóxico.

*Pautas para manexar situacións depresivas:*

- escoitar a persoa e mostrarlle apoio (se está contando o seu problema constantemente, hai que darlle alternativas porque senón reforzamos a súa situación depresiva).
- Non insistir todo o tempo en que o doente “se anime” e intente saír da depresión. Esta insistencia pode aumentala e a persoa pode sentirse, ademais, incomprendida.
- Ofrecerlle un plan de actividades agradables que inclúa, se é posible, a relación con outras persoas e actividades físicas.
- Animala a que tome decisións sobre a súa propia vida.
- Empatizar coa persoa para entender como se sente.
- Intentar explicarlle que todo non é tan terrible como cre, pero sen desvalorizar a súa opinión.
- Non presionar a persoa, darlle tempo. A depresión non se soluciona nun día.
- Se a depresión non remite, terá que valorarse o tratamento farmacolóxico ou psicolóxico.
- Chamar o médico se aparecen sinais de empeoramento como non querer erguerse da cama, illamento total, autoagresións, ideas de suicidio, etc.

- **Apatía**

Impasibilidade do ánimo. Falta de vigor ou enerxía, indolencia.



A apatía é o síntoma neuropsiquiátrico común na enfermidade de Alzheimer, cunha prevalencia entre o 70 % e o 90 % segundo o estadio evolutivo no que se atope a enfermidade.

Pódese definir como a falta de emoción, de motivación, de entusiasmo. É un termo psicolóxico para un estado de indiferenza no que o individuo non responde aos aspectos da vida emocional, social ou física.

A apatía clínica considérase depresión no nivel máis moderado e diagnósticase como **trastorno de identidade dissociativo** no nivel extremo.

O aspecto físico da apatía asóciase coa deterioración física, a perda de músculo e a falta de enerxía chamada astenia.

A apatía pode ser **específica**, cara a unha persoa, actividade ou ambiente. É unha reacción común ante o estrés, maniféstase como “impotencia aprendida” e está comunmente relacionada coa depresión, aínda que pode aparecer sen esta. Tamén pode reflectir unha falta non patolóxica de interese polas cousas que non se consideran importantes.

A apatía ten graves consecuencias para o enfermo. Prodúcese unha redución importante das actividades da vida diaria e das relacións sociais. O enfermo non ten gana de saír da súa casa; cada vez interésase menos polos familiares e os amigos, non ten gana de ir ao cine...

A diminución das relacións afectivas produce un empobrecemento das relacións coa familia e coas persoas do seu círculo, o que contribúe ao illamento e á exclusión social, non só do enfermo senón tamén da súa familia. Ao mesmo tempo modifícanse as reaccións emocionais: o enfermo reacciona menos ante acontecementos felices ou desgraciados.

Estes momentos de indiferenza alternanse con períodos de ansiedade nos cales o suxeito chora e grita. Estes comportamentos contribúen a afastalo progresivamente do seu círculo.

Non se sente seguro de si mesmo, ten medo de exhibir os seus problemas ante os demais, non se relaciona, e isto provoca un aumento das súas discapacidades. Polo medo ao fracaso prefire non actuar. A apatía pasa a ser un mecanismo de defensa contra o fracaso.

Como norma xeral, a apatía débese diagnosticar despois dunha avaliación neuropsiquiátrica. É importante o medio no que se move o doente e as súas aspiracións; factores que están

influenciados pola experiencia, a educación, a clase social, a idade e o nivel cultural. Todos estes aspectos deben terse en conta no momento de avaliar a incidencia da apatía.

O tratamento efectivo deste síntoma comportará un mellor prognóstico. Nestes casos, o tratamento farmacolóxico é pouco empregado.

*Pautas nunha situación de apatía:*

- Ofrecerlle actividades que potencien as relacións sociais.
- Realizar actividades lúdicas do seu agrado; recorrer a hobbies que a persoa tiña con anterioridade á enfermidade.
- Reforzo positivo.
- escoitar, animar...

- **Ansiedade**

A ansiedade é un estado emocional subxectivo caracterizado por apreensión e síntomas obxectivos de hiperactividade no sistema nervioso.

É un síntoma frecuente no ancián e tamén na enfermidade de Alzheimer. Ás veces non se identifica o trastorno por presentarse en forma de somatizacións ou porque os doentes non explican o seu trastorno debido á súa deterioración cognitiva.

A persoa que se atopa en situación de dependencia pode sentirse máis nerviosa e intranquila do normal. Isto aumenta a súa ansiedade e tradúcese en consecuencias físicas (taquicardias, sensación de afogo, dor de estómago, cefaleas, dores musculares, sudación, tremor, alteracións do sono e do apetito, etc.), cognitivas (sensación de medo, pánico, alarma, preocupación, etc.) e condutuais (alteracións na expresión facial, movementos...)

A ansiedade pode chegar a causar irritabilidade, depresión, insomnio, falta de concentración, perda de efectividade...

Javier Merino Aguado (véxase bibliografía) diferencia varios tipos de ansiedade e considera que os síntomas son frecuentes e non unicamente nos estadios iniciais da enfermidade:

- Ansiedade ante o desafío: os doentes con enfermidade de Alzheimer poderían presentar síntomas ansiosos ao se daren de conta da súa incapacidade para realizar tarefas (por exemplo, responder a unha pregunta). Nestes casos distinguimos os diversos compoñentes da ansiedade: o compoñente cognitivo (sensación de frustración ante a tarefa que non puido realizar), o compoñente condutual (inquiétude, hipercinesia) e o compoñente somático (taquicardia, sudoración...).
- Ansiedade ante situacións non familiares: é frecuente que presenten ansiedade ante cambios no seu ambiente habitual (cambios dos cuidadores, do lugar de residencia...).
- Ansiedade por illamento ou por falta de vínculos.
- Ansiedade por problemas médicos ou por sensibilidade aos medicamentos.

Ante esta situación, o primeiro paso que cumpriría dar será intentar descubrir se existe unha causa razoada para a súa angustia (como o consumo de substancias excitantes) e poder así solucionarala.

Pautas nunha situación de ansiedade:

- Comprobar se a persoa descansa as horas suficientes; en caso negativo, regularizar os horarios.
- Identificar o que poida facela sentir ansiosa, dialogar con ela e buscar razóns para a súa situación.
- Proporcionar respostas a súa preocupación.
- Darlle seguridade e control sobre as súas cousas.
- Exercicios de relaxación.
- Musicoterapia.

**b. Trastornos perceptivos: delirios, alucinacións, erros de identificación**

As alteracións perceptivas aparecen normalmente nas fases moderadas e avanzadas da enfermidade baixo a forma de delirios e alucinacións (o doente percibe con toda seguridade cousas que os demais saben que non existen).

- **Delirios**

Os delirios son crenzas falsas que se fundamentan en conclusións incorrectas sobre a realidade. O doente mantén a súa falsa crenza a pesar de evidencias contrarias.

Os delirios pódense presentar en calquera momento da enfermidade de Alzheimer e incluso poden ser o primeiro síntoma. En xeral, son máis frecuentes nas fases intermedias e avanzadas da enfermidade.

Varios investigadores afirman que os doentes con delirio presentan un menoscabo intelectual máis rápido. Tamén están máis deteriorados e sofren alteracións da orientación. Adoitan mostrarse máis agresivos, medoños, ansiosos, e máis rebeldes ante as persoas que os axudan.

Os delirios poden adoptar diversas formas: sensacións de prexuízo persoal, de que lles roubaron pertenzas (xoias, cartos, roupa...), de infidelidade, de que a casa na que vive non é a propia, de abandono ou incluso de que as persoas non son quen din ser (síndrome de Capgras), de que na casa viven estraños (contorno fantasma) ou de que as persoas da televisión entran na casa (signo da imaxe).

Entre os máis frecuentes destacan o de ter sufrido un roubo, estar nun fogar distinto ao propio e afirmar que a súa parella é unha impostora. En moitas ocasións o delirio ten que ver cunha persoa falecida (“a miña nai está a punto de chegar”).

Non son infrecuentes os delirios monotemáticos (“os ocupas vixiannos para entrar na casa”). Pode darse o caso de que a crenza falsa consista en que a persoa ten un romance cunha personaxe famosa ou de alto nivel social. O signo da imaxe constitúe a crenza de que as imaxes de TV ou do xornal son reais e existen no espazo tridimensional. Poden darse tamén delirios monosintomáticos (falsa crenza de infestación do propio corpo) ou de morte (“estou podre e morto por dentro”). Os delirios de grandeza ou relixiosos son infrecuentes.

Enténdese facilmente que os delirios xeran moitos problemas de comportamento.

Vexamos algúns exemplos:

- A señora O. tiña un delirio de infidelidade e afirmaba que o seu marido a enganaba cunha veciña. Cada vez que o marido saía á rúa acusábalo de ir ver a veciña. Como non tiña sensación do tempo transcorrido, incluso as ausencias máis curtas ocasionaban graves problemas.
- O señor P. tiña o delirio de que non estaba na súa casa. Ademais, non recoñecía os seus familiares. Sempre dicía que esperaba a súa nai, que ía vir visitalo. Un día presentou unha grande axitación e agresividade porque “o secuestraran”.

#### Intervención ante os delirios:

Se os delirios son pouco frecuentes, non moi importantes e non distorsionan a adaptación do doente ao contorno, poden pasarse por alto e, simplemente é necesario observar a súa evolución.

Se os delirios causan condutas anómalas e afectan ás súas relacións domésticas ou sociais deben ser tratados farmacoloxicamente seguindo as prescricións médicas e con pautas de conduta.

#### Pautas condutuais ante unha situación de delirio:

- Os delirios poden non aparecer nun doente, pero hai que estar preparados por se aparecesen.
- É importante que o delirio non se converta nunha fonte de problemas e discusións. É contraproducente discutir a idea delirante.
- Se o doente está asustado polo delirio, é aconsellable tranquilizalo (palabras cariñosas, caricias...).
- Debe distraerse o doente para que centre a súa atención en temas reais.

#### • **Alucinacións**

Son impresións sensoriais perceptivas que se producen sen que exista un estímulo real que as provoque. Unha persoa que sofre alucinacións pode ver, oír, ulir e ter sensación táctil de cousas que non existen no mundo real. Os doentes poden ser conscientes da falsidade do fenómeno ou actuar en función do falsamente percibido. Segundo a natureza da alucinación, a

resposta pode ser de medo, terror, leducia ou diversión. Na enfermidade de Alzheimer a frecuencia das alucinacións é menor que a dos delirios.

As alucinacións máis frecuentes son as visuais, as auditivas e, por último, as olfactivas. As visuais comprenden persoas e animais, mentres que as auditivas adoptan frecuentemente forma de voces e ruídos.

Exemplos de alucinacións (casos reais):

- Unha señora pedíalle á súa filla que sacase as flores que vía na cociña: “leva as flores; non as deixes na cociña”.
- Un doente dicía de cando en cando: “mira, aí está outra vez esa nena”.
- Un señor constantemente facía acenos e chamaba o can para que “entrase na casa”.

#### Tratamento:

Dado que os defectos visuais e auditivos son causa frecuente de alucinacións, é aconsellable avaliar os posibles defectos sensoriais da persoa.

Por outra banda, a presenza de alucinacións pode sinalar un *delirium* (estado agudo de confusión mental). O *delirium* é motivo de urxencia médica.

É importante buscar as causas desencadeantes da alucinación.

As alucinacións trátanse farmacoloxicamente no caso de que as súas consecuencias teñan características distorsionantes e ameazadoras para a persoa ou para os familiares. Polo tanto, unha alucinación do tipo: “abre a porta que están chamando” é aceptable e non será necesario o uso de fármacos.

#### Pautas condutuais ante unha situación de alucinación:

- Non alarmarse ante unha alucinación. Responder con calma e apoio e non poñer nervioso ao doente.
- Verificar se toma doses elevadas de tranquilizantes, café, alcohol ou drogas.

- Preguntarlle ao médico se o tratamento farmacolóxico que toma pode contribuír ao problema.
  - Acercarse lentamente ao seu campo visual.
  - Non loitar contra a alucinación nin convertela en tema de discusión. Evitar convencer ao paciente de que non percibe feitos reais xa que para el a súa percepción si é real. Discutir a percepción daría lugar a irritación e agresividade.
  - Non dicir que se está de acordo coa falsa percepción. É mellor dar respostas neutras e non comprometerse.
  - Distraer ao paciente para que esqueza a alucinación (cambialo de cuarto cunha excusa).
  - Tranquilizar ao paciente (falándolle suavemente, con contacto físico...).
  - Procurar un ambiente tranquilo e seguro.
  - Promover a realización de exercicio e actividades agradables para evitar un exceso de inactividade, xa que as alucinacións poden producirse por déficit de estimulación.
  - Deixala pasar.
- **Erros de identificación**

As persoas interpretamos o medio no cal nos atopamos; se estas interpretacións son erróneas poden causar trastornos psicolóxicos e do comportamento.

Estas interpretacións erróneas pódense deber a múltiples mecanismos: interpretacións delirantes, interpretacións causadas por trastornos de audición ou visión, interpretacións debidas á falta de razoamento...

Por outro lado, os pacientes con demencia poden perder a capacidade de recoñecer persoas ou obxectos (agnosia).

Tratamento:

Dependerá da causa, pero o obxectivo xeral é axudar ao paciente a interpretar ben a realidade.

Pautas:

- Descartar problemas perceptivos (auditivos ou visuais) e remedialos se é posible.
- Non polemizar.
- Explicar o que está sucedendo en realidade.
- Non falar sobre o paciente na súa presenza.
- Comprobar se estas interpretacións anómalas son delirios.

### **c. Trastornos de personalidade: labilidade emocional, cambios de personalidade**

- **Labilidade emocional:**

*O marido de M. apuntaba: "a miña esposa é imprevisible: pasa de momentos de risa a momentos de enfado, choro e tristeza".*

Quere dicir que os pacientes son propensos a presentar cambios bruscos nos seus sentimentos e emocións. Os pacientes con demencia presentan a miúdo enfados e condutas violentas. A maioría destas condutas son reaccións catastróficas.

Unha reacción catastrófica é unha reacción de axitación e angustia desproporcionada respecto da causa que a provoca.

Estas situacións crean momentos difíciles na vida familiar. Ata un 70 % das familias refiren fenómenos catastróficos durante a enfermidade. Sobre un 51 % de pacientes mostran arranques de ira na enfermidade de Alzheimer e un 21 % conduta violenta e agresiva.

Os síntomas máis característicos son: emociónanse facilmente, presentan reaccións esaxeradas de angustia ante feitos que non teñen tanta importancia. Os pacientes berran, dan golpes, lanzan obxectos, tiran a comida, non se deixan axudar, insultan, acusan, choran....

Nalgúns casos estes comportamentos están dirixidos á familia ou ao coidador, que teme que o agridan ou que o enfermo se autolesione.

#### Tratamento:



É importante saber que situacións desencadean as reaccións catastróficas con maior facilidade para intentar evitalas.

Pautas:

- Non lle pedir ao paciente tarefas que non estean ao alcance das súas capacidades mentais. Non levalo a situacións límite.
- Intentar descubrir as causas dos enfados para evitalos no futuro.
- Reaccionar con calma e evitar discusións.
- Proporcionar apoio emocional e tranquilidade.
- Apartar ao paciente do que lle provocase a reacción anómala.
- Ante un enfado, distraelo e suxerirlle cousas agradables.

- **Cambios de personalidade:**

Os cambios de personalidade son moi frecuentes na enfermidade de Alzheimer.

Alteracións como ansiedade, delirio, irritabilidade... poden dar lugar a cambios de personalidade.

Diversos estudos amosan un 70 % destes cambios nas fases iniciais da enfermidade. E a medida que a enfermidade avanza, os cambios de personalidade son máis graves.

Estes cambios poden ter distintas características, dende a apatía ata a vulgaridade e a desinhibición. Os enfermos pódense volver imprudentes, infantís, irritables e impulsivos.

Pódense establecer distintos cambios de personalidade:

- Lábil, inestable, irritable, ansioso.
- Desinhibido, con alteración do xuízo e actos sexuais inadecuados.
- Agresivo.
- Apático, indiferente, distante.
- Suspica, con delirios de persecución.
- Combinación de varios das características descritas.

**Tratamento:**

A intervención dependerá do tipo de cambio que se produza. Aos enfermos apáticos, haberá que estimulalos. Os comportamentos irritables, ansiosos e agresivos, haberá que inhibilos. En moitas ocasións haberá que complementar o tratamento con medicación.

**Pautas ante situacións de cambios de personalidade:**

- Hai que comprender ao enfermo. Os cambios de personalidade non son condutas deliberadas.
- Consultar ao médico se aparecen cambios bruscos de personalidade.
- Seguir as pautas correspondentes a cada tipo de problema.

**5. Síntomas condutuais****• Cambios na conduta psicomotora**

Os trastornos na conduta psicomotora son frecuentes na enfermidade de Alzheimer.

Presentan dúas características fundamentais:

- calidade de anormais
- actividade motora e verbal aumentadas.

Estes trastornos inciden na vida familiar e afectan aos cuidadores. Algúns trastornos do movemento poderían estar causados pola medicación e nese caso o prognóstico sería negativo.

Poden darse distintos patróns de conduta:

- inquietude motora
- apalpamentos ou manipulacións sen fin
- paseos dun lado a outro
- deambulación errante (xunto cos paseos incesantes, nas fases medias e avanzadas da enfermidade).

**• Vagabundeo**

Cando a persoa deambula sen obxectivo aparente pode significar, entre outras cousas, que busca lugares, cousas ou persoas do pasado.

Esta conduta provoca sobrecarga de traballo no coidador e na familia e dificulta a atención ao enfermo. Pode estar condicionada por causas externas (extravío, desorientación, falta de exercicio, ansiedade...) e internas (lugar da lesión no cerebro).

As causas poderíanse clasificar en somáticas (dor, malestar físico, sensación de fame), psicolóxicas (angustia, medo...) e cambios no contorno (escaseza ou aumento de estímulos, pouca luz...).

A incidencia deste trastorno varía entre un 3 % e un 53 % (Colenda, 1995).

Este vagar sen rumbo pode expresar a necesidade que sente o enfermo de facer cousas, ou ben pode ser consecuencia de algo que lle provoca frustración e xera unha conduta de fuxida. Ás veces, o enfermo desorientase e pérdese, o que lle produce ansiedade e medo. A desorientación temporal pode ser a causa dos vagabundeos nocturnos. Esta conduta pode incrementarse cando o enfermo cambia de domicilio ou se realizan mudanzas significativas no seu contorno.

#### Tratamento:

O primeiro paso é descubrir as posibles causas do vagabundeo. Hai que descartar as causas de orixe orgánica.

As técnicas de orientación á realidade e modificación do contorno poden ser beneficiosas.

Se o vagabundeo é causado por reaccións catastróficas, deberán analizarse as súas causas e evitalas.

Cando a causa é unha mudanza de domicilio (débase evitar a mudanza de domicilio por temporada: a casa dun fillo un tempo, a casa doutro fillo outro tempo), hai que preparar o traslado. O paciente debe participar neste traslado e visitar o novo domicilio varias veces. Tamén é aconsellable colocar mobles e aparellos que lle resulten familiares. A adaptación, nalgúns casos, non é posible polos trastornos da memoria.

#### Pautas na conduta de vagabundeo:

- Manter un ambiente físico seguro.
- Proporcionar orientación frecuente.
- Exercicios de orientación á realidade.
- Cambios graduais, evitando ao máximo posible as mudanzas de domicilio.
- Evitar viaxes innecesarias.
- Uso de tarxetas con instrucións se o enfermo conserva a lectura e a capacidade de seguir as indicacións.
- Uso de brazaletes identificadores.
- Asegurarnos de que sabe onde está o seu cuidador/a en calquera momento.
- Manter rutinas e ordenar as súas cousas sempre no mesmo lugar para que non se desoriente.
- Realizar actividades que inclúan exercicio físico.
- Rodear o paciente con obxectos familiares.

- **Agresividade e axitación**

A agresividade ou axitación é un estado importante de tensión, con ansiedade. Supón unha actividade física (golpes, patadas...), verbal (insultos) ou facial (xestos) inadecuada. Tamén existe a agresividade indirecta contra obxectos propios. É un fenómeno común na Enfermidade de Alzheimer e pode ocorrer independentemente doutros trastornos do comportamento.

Constitúe un gran problema tanto para familiares como educadores, e tanto no fogar como nas institucións.

Os pacientes poden lesionar a outras persoas ou autolesionarse.

Pode ser consecuencia dunha depresión, dun estado de ansiedade ou dunha reacción catastrófica; de frustración por non poder realizar algunha actividade, por sensación de abandono, por cambios nas rutinas, etc. Tamén se pode deber a varios factores: dor, cansazo, efecto dos medicamentos ou a propia demencia.

Os pacientes móstranse ansiosos, coléricos e confusos. Gritan e discuten.

Pódese chegar a situacións límite, necesitándose varias persoas para reducir ao paciente que empuxa, tira obxectos, rompe mobles, etc.

#### Tratamento:

O primeiro paso é comprobar se esta agresividade a provoca algunha causa médica ou algún elemento específico do medio. Neste caso debe tratarse, modificarse e eliminarse a causa. Tamén é importante saber se se debe a alucinacións, a reaccións tóxicas ou a medicamentos.

Se os cambios do medio non son suficientes para suprimila, débese comezar un tratamento farmacolóxico.

Se existe a posibilidade de que o paciente se lesione ou lesione a outra persoa, haberá que usar contencións físicas.

#### Pautas nunha situación de agresividade:

- Intervir canto antes.
  - Apartar o enfermo dos estímulos elicidores da conduta.
  - Usar comunicación non verbal positiva: voz suave e calmada, abordar de fronte e adoptar posturas non ameazantes.
  - Distraer ao enfermo.
  - Ser prudentes nas medidas de contencións físicas. Non son un castigo.
  - Cando a súa actitude sexa positiva, haberá que reforzala e eloxiala para minimizar as situacións agresivas.
  - Darlle prioridade á seguridade do paciente e das persoas que o rodean.
  - Se persiste a conduta, consultar ao médico.
- 
- **Trastornos do sono**

*O señor M. case cada noite levantábase para ir ao lavabo. Desorientábase no propio cuarto e buscábo na porta do armario. Como esta era de corredeira, non a sabía abrir xa que non atopaba o pomo.*

O insomnio é un dos trastornos máis frecuentes nas persoas con Alzheimer. A frecuencia dos trastornos do sono na enfermidade de Alzheimer é moi alta (40 % -70 % dos casos).

Consiste na dificultade de conciliar ou manter o sono, coa sensación de que non se tivo un sono reparador.

É relativamente frecuente o medo, a angustia e a axitación nocturna con somnolencia diúrna, xa que a luz do día proporciona tranquilidade.

As persoas con demencia dormen durante o día, polo tanto necesitan menos horas de sono pola noite. Tamén pode ocorrer que estean pouco activas durante o día e o cansazo sexa escaso ou nulo.

Moitas veces este trastorno únese á desorientación xeral destes enfermos e, particularmente, á desorientación temporal (espertan sen teren conciencia nin da hora que é, nin do lugar onde están).

#### Tratamento:

Consiste en definir as características do trastorno, identificar a causa e intervir adecuadamente. En primeiro lugar, seguir as normas que pretenden facilitar e regular o sono.

Se o enfermo tende a durmir polo día, cómpre activalo, mantelo baixo estímulos luminosos e encargarlle tarefas que poida facer.

Se o doente esperta pola noite, debemos falarlle con suavidade para tranquilizalo e explicarlle que aínda non é hora de erguerse. Non son recomendables as discusións se a persoa insiste en levantarse e vestirse.

En ocasións, os fármacos son de grande axuda para estes trastornos, pero sempre deben administrarse baixo supervisión facultativa.

#### Pautas ante trastornos do sono:

- Aumentar a actividade física durante o día.
- Evitar as sextas longas e múltiples sextas curtas.

- Manter horarios fixos para deitarse.
- Utilizar a cama para durmir; polo tanto, reducir ao máximo o tempo que a persoa está encamada.
- Non inxerir excesivos líquidos antes de deitarse nin facer unha cea copiosa.
- Manter o cuarto comfortable, sen ruídos, con temperatura apropiada.
- Evitarlle preocupacións á persoa que está nunha situación de dependencia.
- Se o enfermo esperta pola noite, tranquilízalo; non discutir.

- **Trastornos da conduta alimentaria**

Os trastornos da conduta alimentaria son frecuentes na enfermidade de Alzheimer (sobre un 60 % dos casos).

O apetito pode aumentar ou diminuír considerablemente. Na enfermidade de Alzheimer pode ser habitual o consumo excesivo de doces.

Nas fases avanzadas da enfermidade, os enfermos perden peso e o seu aspecto físico modifícase. Non se coñecen exactamente as causas deste proceso; en certos casos débese a unha alimentación non adecuada.

Os trastornos da conduta alimentaria poden asumir distintas formas: por unha banda, aumento ou diminución do apetito, e pola outra, trastornos do comportamento no momento de comer.

Estes trastornos pódense clasificar en tres tipos:

- conduta alimentaria excesiva,
- conduta alimentaria insuficiente (ausencia de apetito, con síntomas de ansiedade e depresión),
- conduta de negativismo activo (négase a comer porque cre que xa comeu, por molestias bucofarínxeas que non sabe expresar, non lle gusta o alimento porque non recoñece os sabores, presenta ideas delirantes de envelenamento ou rexeita os alimentos como unha forma de manipular o ambiente, “de enfado”).

É imprescindible detectar a causa do trastorno. Cando se perde o apetito debido á ansiedade ou á depresión, o tratamento farmacolóxico destes síntomas favorecerá a alimentación. A actitude de negativismo activo pode ter motivos diversos e haberá que valorar se existe unha causa orgánica que o xustifique.

Estas condutas varían ao longo da enfermidade en función das capacidades residuais do enfermo. Ao principio poden estar relacionadas coa falta de memoria, permanecendo intacta habilidade para alimentarse. A falta de memoria e da conciencia do paso do día lévao a unha sensación de apetito.

Hai enfermos que comen ás agachadas, incluso alimentos que non lles están permitidos; outros comen con desesperación e quitan a comida do prato dos demais; outros tiran a comida ao lixo ou pola ventá.

#### Tratamento:

É importante diferenciar os aspectos que están relacionados directamente coa alimentación dos que están relacionados co acto de comer.

Respecto á alimentación, débense seguir as normas dietéticas dunha persoa normal, tendo en conta as dietas pautadas para problemas coma a diabeite, o colesterol, a hipertensión... Unha alimentación ou hidratación inadecuadas empeorará a situación do doente.

É fácil que aparezan reaccións catastróficas no momento da comida, por iso é importante adaptar este momento ás capacidades do enfermo (uso de cubertos, capacidade para alimentarse por si sos, etc.).

#### Pautas nos trastornos da conduta alimentaria:

- Establecer horarios e simplificar o acto de comer.
- Esconder os alimentos non permitidos por causa dalgunha enfermidade.
- Pechar despensas e frigoríficos.
- Controlar o peso e consultarlle ao médico a posibilidade de complementos dietéticos se a alimentación non é equilibrada.



- **Trastornos da sexualidade**

As alteracións das actividades sexuais poden adoptar distintas formas. O fenómeno máis frecuente é unha diminución do impulso e do interese sexual. As agresións sexuais son raras no caso de demencia.

En xeral, nas fases iniciais da enfermidade diminúe o interese sexual e é frecuente a impotencia. Tamén aparece desinhibición sexual (7 %) con condutas exhibicionistas como mostrar os xenitais, espirse en público, tocar a outra persoa de maneira impropia, exhibirse en roupa interior, etc.

Sobre un 20-30 % dos homes que viven institucionalizados presenta condutas sexuais relacionadas co persoal feminino.

Polo xeral, estes trastornos teñen que ver coa falta de memoria e coa incapacidade de realizar unha valoración crítica do contorno. Ao faltar esta capacidade crítica, os enfermos sacan a roupa porque lles estorba ou se desabrochan para orixinar en calquera sitio. A causa da masturbación é a mesma; mástúrbanse en público porque lles produce pracer e non perciben que nese momento non contan coa intimidade precisa.

Tratamento:

É importante valorar o tipo de comportamento e o contexto no que acontece.

Cando aparecen condutas embarazosas, podemos levar a persoa a un lugar privado e intentar distraela. É fundamental manter a calma para evitar irritabilidade e reaccións catastróficas. Se nos encontramos ao enfermo espido, levaráselle a roupa para que se vista.

Os homes que presenten condutas de agresión sexual débense tratar farmacoloxicamente. Hai que consultar co médico.

Pautas:

- Reaccionar con calma ante condutas anómalas.

- Pensar que estas condutas son o resultado de lesións cerebrais, aceptalas como algo propio da demencia e non sentirse responsable nin culpar ao doente por elas; non podemos pensar que é un perverso.
- Non anoxarse nin berrar co enfermo; é máis aconsellable razoar con el.
- Se a conduta anómala ocorre durante o baño, intentar que o asee outra persoa.
- Intentar distraer ao enfermo con outras actividades.
- Fomentar actividades sociais, de contacto con outras persoas, xa que o illamento pode ser prexudicial e aumentar as prácticas anómalas.
- Usar pezas de vestir que eviten certas condutas: pantalóns sen bragueta, blusas sen botóns ou con cremalleira nas costas...
- Sempre que sexa posible, sería conveniente respectar o seu desexo sexual e dentro do seu comportamento habitual coa súa parella.
- Non dudar en consultar co médico calquera destes síntomas.

## 6. Outras condutas

- **Comportamentos ruidosos**

Nalgúns momentos as persoas con demencia presentan comportamentos ruidosos (choran, berran...).

As causas destes comportamentos poden ser a manifestación de dores ou molestias que sofre a persoa e non sabe explicar, das alucinacións que asustan ao enfermo ou dun déficit sensorial, de tal xeito que os ruidos son unha forma de estimulación.

### Pautas ante o comportamento ruidoso:

- Observar cando ocorre, en que circunstancias, en presenza de quen...
- Fomentar actividades que distraian ao enfermo e reduzan a conduta.
- Exercicios de relaxación. A música tamén axuda a relaxarse.
- Actuar con calma e con paciencia.
- Pedirle ao médico unha valoración por se a causa é física.

Nota: este apartado tamén é tratado no específico de “labilidade emocional”.

- **Conduas automáticas**

Estes síntomas adoitan darse nas fases avanzadas da enfermidade.

O enfermo repite palabras e accións porque non recorda que as fixera. Esta conduta pode ser valorada como síntoma obsesivo en poucos casos.

A manifestación deste trastorno é a repetición de cancións, palabras, frases, accións... de maneira reiterada e sen sentido.

Pautas ante condutas anómalas:

- Se non entraña perigo nin molesta demasiado, o mellor é deixalo.
- Se a situación é insoportable: non berrarlle, non tomalo como unha ofensa e distraelo cunha actividade física.

- **Acusacións inxustas**

Algunhas persoas en situación de dependencia conciben acusacións falsas contra o coidador/a. Normalmente teñen que ver con roubos de cartos e obxectos persoais. Son menos probables as acusacións por abandonos ou malos tratos.

Pautas ante acusacións inxustas:

- Verificar a falsidade da acusación.
- Transmitirla ao resto da familia para que sexan conscientes do problema.
- Non culpar ao enfermo; ten unha deterioración emocional.
- Ás veces, esta conduta débese á falta de memoria. É importante ter un recambio dalgunhas cousas como as chaves e revisar os cubos do lixo, petos...
- Non esaxerar nin minimizar a gravidade do feito.
- Explicarlle que ninguén lle está a roubar e axudarlle a buscar o perdido.

- **Demandas excesivas**

Este trastorno está relacionado co feito de que as persoas con demencia necesitan que se lles cubran unhas necesidades, pero ás veces as demandas do enfermo son esixencias elevadas.

Algunhas veces as demandas son chamadas de atención e o doente chega a finxir síntomas que non existen.

Se as peticións non son atendidas, poden aparecer gritos e insultos.

Detrás dunha demanda pode haber unha necesidade de descarga emocional porque a persoa está irritada, anoxada, sente frustración...

Pautas nunha situación de demandas excesivas:

- Valorar se a petición é unha demanda excesiva. En caso afirmativo, hai que razoar coa persoa sobre as súas peticións.
- Actuar con paciencia e calma.
- Ante condutas deste tipo que persisten a mellor pauta é ignoralas.

- **Persecución**

*A señora C. dende hai un tempo non soporta a conduta do seu marido, xa que este, enfermo de Alzheimer, non pode estar un momento sen a súa presenza. El está sempre pegado a ela, na cociña, na sala, no baño...*

Nestes casos o enfermo segue ao coidador a todas as partes.

Este é un dos trastornos que poden chegar a ser máis molestos.

Pódese entender dende a perspectiva de que un enfermo de demencia se sente moi desvalido e necesita a presenza constante do coidador, xa que lle proporciona seguridade. Ademais, a sensación do paso do tempo é irreal, por iso cando o coidador se afasta, a persoa angustíase.

Pautas nun trastorno de persecución:

- Entreter ao doente con tarefas adaptadas mentres o coidador realiza outras sen que o doente estea presente.
- Afacelo pouco a pouco a non estar sempre a carón do coidador.
- Comprobar se estas condutas aparecen en momentos determinados (por exemplo, ao anoitecer).

- Buscar axuda antes de que estas condutas cheguen a esgotar ao cuidador (o centro de día pode proporcionar un respiro).
- **Comportamento repetitivo**

Normalmente, o cerebro programa condutas que teñen unha finalidade. Na enfermidade de Alzheimer isto vese alterado e o comportamento repetitivo dáse con certa frecuencia.

Os comportamentos repetitivos maniféstanse reiterando as accións unha e outra vez de maneira incesante, dando a impresión de que a finalidade da acción non se concreta. Normalmente teñen que ver coa vida diaria: manipulan, aplauden, cantan, gritan, dobran a roupa, ordenan armarios, regan as plantas, etc.

Tamén son frecuentes as preguntas repetitivas, por veces obsesivas. O doente pode estar moito tempo preguntando repetidamente “que hora é?”.

Estes comportamentos supoñen cansazo para a familia e en moitos casos chegan a provocar irritación nos cuidadores.

Pautas ante comportamentos repetitivos:

- Manter ao enfermo intentando que se sinta útil.
- Fomentar tarefas distintas ás que fai reiteradamente (pasear, facer exercicio...)
- Distracción (ofrecerlle algo para mirar, oír ou facer).
- Ante preguntas repetitivas, responder con feitos coñecidos (“é a hora de comer”).
- Non contrariar o enfermo tratándoo como un neno polos seus actos.

Táboa 3.1: Síntomas psicolóxicos

Depresión	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Tristeza. Choros. Ansiedade. Medo. Apatía. Desacougo. Perda de peso. Ideas suicidas. Sentimentos de culpa. Inutilidade. Ser una carga para os demais. Labilidade emocional. Desaxustes motivacionais. Queixas somáticas.	escoitar e apoiar a persoa. Proponer actividades agradables, de relación e físicas. Animar a tomar decisións. Establecer empatía. Dar ánimo. Valorar tratamento farmacolóxico ou psicolóxico. Avisar ao médico en caso de que os síntomas empeoren.
Apatía	

Trastornos afectivos

	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>
	Falta de relacións sociais. Escaso interese pola familia e amigos. Ausencia de actividades lúdicas. Escasa reacción emocional ante acontecementos felices ou desgraciados. Inseguridade.	Propoñer actividades que potencien as relacións sociais. Realizar actividades lúdicas do seu agrado. Reforzar positivamente. Animar.
	<b>Ansiedade</b>	
	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>
Cognitivos: Nerviosismo. Intranquilidade. Frustración. Preocupación. Medo. Conductuais: Inquietude. Hipercinesia. Expresión facial. Somáticos: Taquicardia. Sudación. Cefaleas. Dores musculares.	Intentar descubrir a causa da ansiedade. Tratar de buscar razóns para a súa situación. Buscar alternativas á situación. Dialogar. Asegurarse de que as horas de descanso son as necesarias. Proporcionar seguridade. Manter, na medida do posible, as rutinas. Exercicios de relaxación. Musicoterapia.	
<i>Trastornos perceptivos</i>	<b>Delirio</b>	
	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>
	Sensación de prexuízo persoal. Sensación de infidelidade. Sensación de abandono. Síndrome de Capgras. Contorno fantasma. Delirio con persoas falecidas. Delirio monosintomático.	Estar alerta ante calquera indicio de delirio. Non discutir a idea delirante. Tranquilizar ao doente. Distraer e desviar a atención a temas reais.
	<b>Alucinacións</b>	
	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>
	Percibir cousas que non existen no mundo real pola canle visual, auditiva, olfactiva e/ou táctil.	Manter a calma. Acercarse lentamente ao seu campo visual. Distraer a atención. Non discutir a alucinación. Procurar un contorno tranquilo e seguro. Realizar exercicios agradables. Deixalas pasar.
<b>Erros de identificación</b>		
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>	
Interpretacións erróneas da realidade. Non recoñecer persoas ou obxectos.	Descartar problemas perceptivos. Non polemizar. Explicar a realidade. Non falar do doente na súa presenza. Comprobar se son delirios.	
<i>Trastornos da personalidade</i>	<b>Labilidade emocional</b>	
	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>
	Emocíonanse facilmente. Reacción de angustia. Axitación, gritos, choros.	Non levar ao enfermo a situacións límite. Buscar as causas dos enfados para evitalos. Reaccionar con calma. Evitar discusións. Proporcionar apoio emocional e tranquilidade. Apartalo da causa da reacción anómala. Distraelo.
	<b>Cambios de personalidade</b>	
<b>SÍNTOMAS</b>	<b>PAUTAS</b>	
Labilidade. Inestabilidade. Desinhibición. Agresividade. Apatía. Delirios de persecución...	Comprensión. Consultar ao médico. Seguir as pautas dadas a cada un dos problemas.	

Táboa 3.2: Síntomas condutuais

Cambios na conduta psicomotora	<b>Vagabundeo</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Deambulación sen obxectivo ningún. Deambulación errante. Desorientación.	Contorno físico seguro. Proporcionar orientación frecuente. Exercicios de orientación á realidade. Cambios graduais. Evitar cambios de domicilio. Evitar viaxes innecesarias. Usar tarxetas con instrucións. Usar brazaletes identificadores. Presenza do coidador. Manter rutinas. Exercicio físico.
	<b>Axitación e agresividade</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Actividade física (golpes, patadas...). Actividade verbal (insultos). Actividade facial (xestos). Gritos, discusións...	Intervir axiña. Apartar o enfermo dos estímulos elicidores. Comunicación non verbal positiva: voz suave, de fronte, e sen posturas ameazadoras. Distracción. Prudencia nas contencións físicas. Reforzo positivo ante condutas aceptables. Velar pola seguridade do enfermo e do coidador. Consultar co médico.
T. do soño	<b>Insomnio</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Axitación nocturna. Somnolencia diúrna.	Actividade diaria. Se esperta, tranquilízalo. Evitar sestras longas ou múltiples. Horarios estables. Usar a cama para durmir. Tomar poucos líquidos e unha comida adecuada. Cuarto comfortable. Evitar preocupacións.
T. da conduta.	<b>Trastornos da conduta alimentaria</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Aumento ou diminución do apetito. Perda de peso e deterioración física. Negarse a comer.	Establecer horarios e simplificar o acto de comer. Controlar o peso do enfermo. Esconder alimentos non permitidos. Consultar co médico.
T. da sexualidade	<b>Trastornos da sexualidade</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Diminución do interese sexual. Impotencia. Desinhibición sexual. Exhibicionismo.	Manter a calma. Distracción. Razoar. Fomentar actividades sociais. Uso de pezas de vestir que eviten certas condutas. Dentro do posible, respectar o desexo sexual. Consultar co médico.
Outras condutas	<b>Comportamentos ruidosos</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Choros, gritos.	Actuar con calma. Distracción. Relaxación.
	<b>Condutas automáticas</b>	
	SÍNTOMAS	PAUTAS
	Repetición de palabras e accións.	Distraccións.
	<b>Acusacións falsas</b>	

SÍNTOMAS	PAUTAS
Acusacións falsas.	Verificar a acusación. Non culpar ao doente. Razoar.
<b>Demandas excesivas</b>	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Esixencias elevadas.	Actuar con calma. Ignorar a esixencia.
<b>Persecución</b>	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Segue ao cuidador/a a todas as partes.	Ocupalo noutras tarefas. Afazelo a que o cuidador non estea sempre presente.
<b>Comportamento repetitivo</b>	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Accións repetidas sen finalidade.	Distracción.

## 7. Presentación dun caso práctico

A señora M., de 70 anos, casada, con tres fillos e xubilada do seu traballo como dependenta, empeza a presentar síntomas de fallos de memoria. Sempre foi unha muller moi activa; atendía ao seu traballo, a súa casa e coidaba da súa nai que sufría demencia.

As circunstancias fan que os acontecementos se precipiten: a súa nai falece, os fillos marchan da casa e ela e o seu marido teñen que cambiar de domicilio. Neste traslado é cando os sinais de que algo non marcha ben aumentan: non é capaz de recoller ela soa as cousas, a roupa, os libros... cambia as cousas de sitio, pero non recorda que é o que ten que facer con elas.

A vida na nova casa non é fácil; non se lembra dos novos lugares, en ocasións non sabe chegar a ela, non recorda o piso, a letra, como usar o ascensor... Empeza a entrar nunha depresión e abandona pouco a pouco os seus pasatempos (labores, periódico, telenovelas). É frecuente encontrala pola rúa cun atado (unha revista, unha bolsa...) buscando a casa materna (xa desaparecida).

A familia acude a un especialista médico e diagnóstícanlle a enfermidade de Alzheimer (destacar que a saúde xeral é boa, non hai deterioración física).



Ao principio é o marido o que se fai cargo da situación, pero non soporta o estado da muller e empeza a sentirse deprimido, ansioso e culpable. Recorren á axuda dun centro de día e dun coidador.

A vida con M. non é moi difícil; o seu carácter é tranquilo, alegre (canta con frecuencia) e distráese facilmente cunha boneca ou pasando o ferro.

A enfermidade vai avanzando e xa non recoñece os fillos e moito menos os netos. Ao marido noméao cando non está, e na súa presenza recoñéceo. Pregunta repetidas veces pola súa nai e por un irmán, e ás súas irmás confúndeoas coa nai. A modo de anécdota, un erro de identificación: “quen é ese señor que vén comer tódolos días?”, referíndose a un xenro.

Máis adiante non recoñece a súa imaxe e fala coa persoa do espello; ou non se quere espir no cuarto de baño porque hai un estraño.

En canto á conduta psicomotora, gústalle pasear e dá longos paseos co coidador, e nalgúns momentos camiña sen obxectivo. O acto de sentar prodúcelle medo e necesita axuda; tampouco é fácil metela nun coche.

Aparecen dificultades na alimentación no sentido de que non se acorda de comer, pero se lle proporciona a comida, ou unha culler, unha cunca ou un garfo, realiza o acto de comer por si soa.

Ás veces, responde ao seu nome, e o do seu marido aínda o recoñece, pero xa non se dá de conta nin da súa presenza nin da súa ausencia. Cando entra o fillo máis vello, responde ao estímulo coa mirada ou cun sorriso.

Continúa acudindo a un centro de día e xa precisa coidador as 24 horas do día porque empezan a aparecer trastornos do sono, aínda que moi leves.

A medicación, as terapias, os coidados e o cariño da súa familia fan que teña unha calidade de vida digna.

## **8. Preguntas de autoavaliación**

- Cales son os principais síntomas psicolóxicos e de comportamento dunha demencia?
- Cales son os cinco principios básicos para atender as persoas con demencia?
- Que pautas hai que seguir cando un enfermo de Alzheimer sofre unha alucinación?
- Cales son os trastornos máis comúns relacionados coa conduta psicomotora na enfermidade de Alzheimer?
- Cando a persoa que se está a coidar demanda constantemente ao coidador, como se pode modificar esa conduta?

## Módulo 4: Terapias non farmacolóxicas

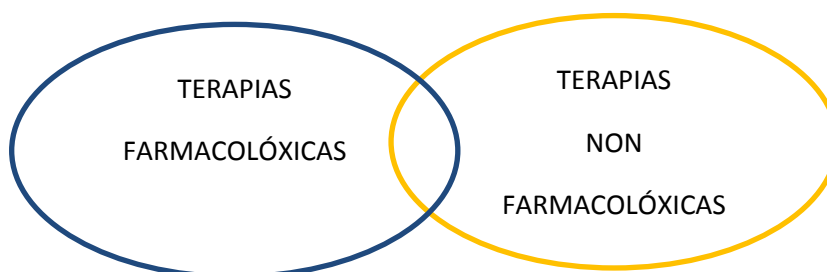
### Índice do módulo

1.	Introdución	84
2.	Psicoestimulación	85
a.	Orientación á realidade	85
b.	Reminiscencia	87
c.	Obradoiro de estimulación cognitiva	88
3.	Terapias funcionais	91
a.	Psicomotricidade	91
b.	Musicoterapia	92
c.	Outras terapias	94
i.	Relaxación	94
ii.	Terapia con animais	94
iii.	Estimulación sensorial	95
iv.	Laborterapia	96
v.	Arteterapia	96
4.	Como enriquecer a vida destes enfermos fomentando rutinas	96
5.	Estimulación das actividades da vida diaria / axudas técnicas	97
6.	A importancia de preservar a autonomía	102
7.	Dinámica de grupo	103
8.	Táboas resumo	105
9.	Preguntas de autoavaliación	106

## 1. Introducción

A demencia afecta directamente ao cerebro de forma progresiva é crónica causando a diminución global das funcións cognitivas e incapacitando funcionalmente á persoa. O incremento da esperanza de vida provocou un aumento das demencias e ocasionou un grande interese dos profesionais por axudar a paliar os seus efectos.

Figura 4.1: Tratamento combinado para tratar o Alzheimer e outras demencias.



Para loitar contra esta dura enfermidade utilízanse as terapias farmacolóxicas clásicas (fármacos) e dende hai varias décadas tamén contamos coas terapias non farmacolóxicas.

As terapias non farmacolóxicas fan referencia ás intervencións realizadas a través de axentes primarios non químicos co obxectivo de mellorar a calidade de vida das persoas. Este tipo de terapia resulta fundamental á hora de abordar todas as enfermidades crónicas, a falta de tratamentos curativos.

Estas terapias deben basearse no método científico, dando resultados positivos e previsibles.

A diferenza das terapias clásicas, que son aplicadas por persoal médico, as non farmacolóxicas poden ser levadas a cabo por persoal non médico (psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, etc).

Este tipo de intervención no campo das demencias baséase na capacidade plástica do cerebro, a neuroplasticidade, definida como a “resposta que dá o cerebro para se adaptar ás novas situacións e restablecer o equilibrio alterado despois dunha lesión”: as neuronas danadas

rexenéranse e establecen novas conexións. Esta plasticidade existe no cerebro ancián con demencia, aínda que evidentemente en fases non avanzadas.

Antes de que se inicie calquera tipo de intervención, e para poder ser estimulado de maneira axeitada, o doente debe ser avaliado por un especialista que determine o grao de deterioración que presenta, a fase da enfermidade na que se atopa e que capacidades mantén.

A flexibilidade na intervención e a personalización (cada doente, a pesar do común da enfermidade, ten unhas características específicas) son claves.

As intervencións non farmacolóxicas abarcan un conxunto de métodos e estratexias que —administrados metodoloxicamente aos enfermos de Alzheimer e outras demencias dende o inicio da enfermidade xunto cos tratamentos farmacolóxicos— teñen por obxectivo mellorar a súa capacidade intelectual e a súa autonomía, evitando a desconexión co seu contorno, fortalecer as relacións sociais e aumentar a súa autoestima e o benestar.

## **2. Psicoestimulación**

### **a. Orientación á realidade**

Unha das características principais das demencias, dende practicamente o seu comezo, é a desorientación no tempo, seguida da espacial. Finalmente, tamén se ve afectada a persoal.

A orientación á realidade foi iniciada nos anos 50 polo psiquiatra James Folsom. É un método que ten por obxectivos: reducir a confusión e desorientación en espazo, tempo e persoal; manter a orientación e activar a memoria persoal ou autobiográfica, e que o doente re-aprenda datos sobre si mesmo e sobre o contorno que o rodea co fin de evitar a desconexión co seu ambiente familiar e social. Ao mesmo tempo con esta técnica exercítanse a atención, a linguaxe e a fluidez verbal.

É unha maneira de axudar a superar os problemas de memoria a curto e medio prazo e de estimular os compoñentes cognitivos.

Para que esta técnica poida aplicarse deben quedar capacidades residuais que apoiem a intervención. Existen dúas modalidades que poden ser aplicadas no domicilio do doente ou en centros:

- Orientación á realidade 24 horas: é a máis básica. Consiste nun proceso continuado de realización de actividades ao longo de todo o día, de tal xeito que ao doente se lle subministra constante información que lle axuda a orientarse (día da semana, lugar no que se atopa e actividade que realiza). Cada vez que o profesional/coidador interactúe con el halle recordar a mesma información. A información debe darse de forma clara e con lentitude, utilizando a mirada e o contacto físico. Sen sobreestimar ou presionar. É necesario establecer un programa de actividades que facilite este traballo e diminúa a desorientación e confusión.

O contorno tamén se debe modificar para ofrecer indicacións orientativas: reloxos grandes, calendarios visibles, axendas, carteis coas actividades que se van realizar, pictogramas nas portas, letreiros cos seus nomes na mesa para xantar, etc.

- Orientación á realidade en sesións: é a parte máis formal da técnica. Consiste en sesións grupais de entre trinta e corenta e cinco minutos onde se traballan distintos aspectos da orientación e ao mesmo tempo se fomenta o contacto entre participantes. Diferéncianse en tres niveis: o nivel básico, no que se tratan e repiten informacións actuais; o nivel estándar, no que se repasa o básico e se tratan temas actuais e do pasado; e o nivel avanzado, no que se establecen temas de discusión sobre a actualidade.

Para obter bos resultados deben aplicarse as técnicas que facilitan a comunicación, así como coidar a comunicación non verbal; non se debe reaccionar de forma brusca ou negativa cando a resposta do doente non sexa a correcta. Será necesario unha selección coidadosa das persoas que participarán nas sesións. Se a técnica vai ser aplicada no domicilio é preciso valorar ao doente e ao coidador.

**Exercicio de orientación á realidade:**

- Orientación Temporal. Preguntar: Que día da semana é? En que mes estamos? En que ano? Que celebramos hoxe? Que hora é?
- Orientación Espacial. Preguntar: Onde estamos? En que cidade? En que provincia...?
- Orientación Persoal. Preguntar: Como se chama? En que ano naceu? Está casado...?

**b. Reminiscencia**

Os enfermos de Alzheimer teñen altamente afectada a memoria recente; non obstante, a memoria da súa mocidade, os recordos antigos ou os que teñen un especial significado emocional están relativamente conservados. Recordan perfectamente feitos da súa infancia, pero non lembran o que cearon o día anterior.

A reminiscencia é unha técnica que serve de canle de comunicación e socialización para tratar esa parte da memoria que se atopa intacta en fases leves-moderadas da enfermidade.

Fomenta a reactivación do pasado persoal e axuda a manter a identidade persoal a través do recordo de acontecementos xerais ou particulares da vida do doente.

Unha vez que se coñecen as características persoais do doente, a reminiscencia pódese realizar en calquera momento (na compra, na cociña, etc.). Resulta imprescindible coñecer as diferenzas individuais para aplicar as técnicas de reminiscencia e respectar a intimidade e a confidencialidade posto que nalgúns casos os doentes estarán altamente interesados en participar, pero noutras situacións podémonos atopar con respostas de ansiedade debido a que determinados feitos do seu pasado lles provocan malestar por seren negativos en si mesmos, ou tristeza ao comparalos co momento presente.

A reminiscencia pódese realizar de xeito individual ou grupal, procurando que o grupo sexa o máis homoxéneo posible e evitando realizar xuízos sobre eses recordos.

Para estimular a memoria autobiográfica pódese recorrer a axudas tales coma: as fotografías, debuxos, libros, cancións, artigos de periódicos antigos ou obxectos persoais, láminas

temáticas sobre situacións da vida cotiá ou láminas con obxectos da vida cotiá agrupados en categorías.

A reminiscencia pode realizarse tamén no propio domicilio utilizando obxectos da casa, ou ao aire libre, visitando lugares importantes ou significativos para o doente, evitando así que o desprazamento constituía un problema.

Con esta técnica non se pretende que os recordos verbalizados sexan estritamente correctos, senón que se fagan presentes e vaian acompañados de emocións positivas, que constitúan unha conexión entre pasado e presente. A súa aplicación produce no doente satisfacción por poder recordar; mellora a autoestima, favorece a comunicación e a socialización e crea unha sensación de continuidade e identidade.

### **c. Obradoiro de estimulación cognitiva**

Trátase de estimular as funcións mentais superiores con exercicios axeitados ao grao de deterioración do doente e ás súas capacidades residuais. As intervencións pódense facer de maneira individual ou grupal, e o obxectivo final é manter ao longo do tempo estas funcións ou recuperar as que se tiñan en desuso.

As sesións poden realizarse de maneira grupal ou individual, pero resulta esencial unha boa valoración neuropsicolóxica previa.

As actividades cognitivas —administradas metodoloxicamente aos enfermos de Alzheimer e outras demencias dende o inicio da enfermidade— contribúen a mellorar as súas capacidades intelectuais, a súa autonomía e o seu benestar.

É moi importante facer estes obradoiros de memoria nun ambiente distendido para evitar tensións; deben minimizarse os erros e reforzar mediante aprobación ou incluso aplauso (no grupo) os logros realizados. A duración do obradoiro non debe exceder de hora e media para non provocar desinterese e esgotamento.

Trabállanse as seguintes funcións:



- **Memoria:** o obxectivo é exercitar os diferentes tipos de memoria a través de exercicios como os seguintes:
  - Memoria episódica: obsérvase demoradamente unha imaxe e o terapeuta comenta co doente os seu detalles. Posteriormente, retira a imaxe e pregúntalle qué recorda.
  - Memoria semántica: lémbrese que festividade se celebra nun día determinado. Por exemplo: o 25 de xullo celébrase.....
  - Memoria biográfica: o doente relata como foi o nacemento do seu fillo.
- **Praxe:** os obxectivos son traballar a motricidade fina, as capacidades visoconstrutivas e manter a mecánica da escritura a través de exercicios como:
  - Praxia xestual: pídeselle que realice unha serie de xestos como son subir unha persiana, poñer unha luva ou saudar coa man.
  - Praxia construtiva: debuxar figuras xeométricas: “Debuxe un triángulo. Dentro, debuxe un círculo”.
- **Gnosias:** os obxectivos son mellorar a atención, exercitar a percepción e maximizar as capacidades lingüísticas.
  - Gnosias Visuais: localizar nun mapa diferentes lugares, sinalar lapis de determinadas cores...
  - Gnosias visoespaciais: observar unha serie de obxectos e indicar mediante arriba, abaixo, dereita e esquerda cómo están situados.
  - Gnosias auditivas: por un disco compacto con diferentes sons: ruído do tren, son do reloxo, un mixto que se prende... O doente debe adiviñar qué está escoitando.
  - Gnosias olfactivas: identificar diferentes olores: café, limón...
- **Funcións executivas:** a súa finalidade é mellorar na formulación de obxectivos, planificación de estratexias e execución de plans a través de tarefas como:
  - Ordenar un grupo de palabras nunha secuencia lóxica. Por exemplo: fillo, avó, bisavó e neto.

- Descubrir en que se diferencian un grupo de palabras. Por exemplo: un avión e un barco.
  - Cun reloxo, ir cambiando a hora seguindo unhas instrucións: colocar as agullas na hora en que cantamos....
  - Cun dicionario buscar unha determinada palabra.
- **Linguaxe:** os obxectivos son maximizar as capacidades lingüísticas conservadas; exercitar a linguaxe automática; mellorar a comprensión e a expresión verbal; potenciar a capacidade de repetición e a fluidez verbal e exercitar a lecto-escritura. Algúns dos exercicios que se poñen en marcha son os seguintes:
    - Linguaxe automática: nomear todos os meses do ano, contar de 5 en 5, completar refráns...
    - Linguaxe espontánea: amósaselle unha fotografía para que describa o que se atopa nela.
    - Comprensión: escoller unha noticia da prensa diaria e que o doente a comente.
    - Evocación categorial: nomear todos os tipos de froita que coñeza, ou os obxectos que se atopan nunha cociña...
    - Repetición verbal: repetir frases, palabras ou letras.
    - Exercicios de lecto-escritura: ler un texto e contestar unhas preguntas sobre el; facer un ditado; escribir unha carta; completar palabras ás que lles faltan letras; por exemplo: S- LENC-O (SILENCIO).
- **Cálculo:** os obxectivos son preservar o coñecemento numérico; activar a lectura de cifras e números; manter as operacións numéricas; optimizar a discriminación de números e cantidades e mellorar a atención en material non verbal. Os exercicios que se poden realizar serían os seguintes:

- Secuenciación de números: marcar de cor verde os números pares, continuar series de números (de 2 en 2, de 5 en 5...) ordenar cantidades de menor a maior e viceversa.
- Operacións aritméticas: sumar, restar, multiplicar e dividir; resolver problemas; mediante folletos de supermercado descubrir cal é o produto máis caro, canto valen dous quilos de laranxas, etc.
- Comprensión numérica: escribe en cifras a seguinte cantidade: 95... Ou escribe en letra a seguinte cantidade: 127...
- Motivar o mantemento das capacidades numéricas a través dun xogo, como podería ser neste caso o bingo.

### **3. Terapias funcionais**

#### **a. Psicomotricidade**

Nas persoas maiores en xeral —e no enfermo de Alzheimer ou outras demencias en particular— é frecuente a fragilidade física. É este un estado en que as reservas fisiolóxicas se ven reducidas e existe unha maior tendencia á discapacidade. A diminución da forza muscular e a inactividade son os factores principais que propician esta situación.

A psicomotricidade é un conxunto de ferramentas corporais coas que se traballa a percepción e recoñecemento do propio corpo (esquema corporal); a percepción do espazo, a localización dun mesmo e de obxectos ou doutras persoas (esquema espacial), e a orientación no tempo e a noción dun mesmo (esquema temporal). Mellórase o ton muscular, o ritmo, o equilibrio, o movemento, a lateralidade, a coordinación, a respiración...

Coa aplicación desta técnica contrárestase o déficit de actividade física e axúdalle ao doente a recoñecer o seu espazo e a relacionarse comodamente con el. Con esta actividade aliviámos a desorientación espacial e a confusión típicas desta enfermidade.

A estrutura do obradoiro debe ter en conta os seguintes aspectos:

- Aplícase en sesións grupais de entre 8 e 12 persoas en fase leve-moderada, facendo os grupos o máis homoxéneos posibles.
- O espazo onde se realice a terapia debe ser amplo, despexado de obxectos innecesarios e luminoso. O chan ten que ser antiescorregante e deben utilizarse cadeiras cómodas.
- A duración non debe exceder dos 60 minutos para evitar o esgotamento e a falta de atención. Os exercicios deben de ir mudando cada 10 minutos aproximadamente. Nos estadios máis avanzados o ritmo ten que ser máis lento.
- Os materiais que se utilicen deben de ser lixeiros, con cores vivas para facilitar a súa identificación, e non perigosos para evitar unha situación de tensión no que unha persoa manque a outra. Algúns dos instrumentos poden ser: fitas de tea, pelotas, pandeiretas ou maracas, manta de cores (paracaídas), globos, aros e un reprodutor de discos compactos.

Algúns exercicios:

- Identificación do corpo: sentados de forma correcta en círculo seguen as ordes do terapeuta; inician a sesión traballando a respiración e a continuación fan movementos lentos coas diferentes articulacións.
- Bater palmas e camiñar: os doentes escoitan un ritmo; así que o aprenden, seguen o ritmo cos pés ou dando palmas. Deseguido, marcan o ritmo camiñando.
- Exercicio coa manta: sitúanse en círculo, collen a manta e soben e baixan os brazos; a continuación o terapeuta dálles diferentes ordes.
- Movementos libres: escoitan música sentados; pouco a pouco van movendo libremente brazos e pernas; despois pódense levantar e danzar libremente ata que para a música e volven aos seus sitios.

#### **b. Musicoterapia**

A musicoterapia é unha disciplina relativamente nova no noso país malia ter unha longa historia fóra del.

A pesar de que os doentes con demencia teñen serios problemas de memoria e linguaxe conservan a capacidade de seguir o ritmo da música e cantar cancións da súa época infantil e de mocidade.

Esta técnica consiste en levar a cabo de forma estruturada unha serie de actividades musicais co obxectivo de mellorar as habilidades físicas, cognitivas, sociais e os problemas de conduta dos enfermos de Alzheimer; a través da música atopamos novas formas de comunicación e expresión.

O traballo de musicoterapia pódese levar a cabo de forma individual ou grupal; debe facerse de forma programada, cunha duración aproximada de 60 minutos e cunha estrutura que facilite a orientación dos usuarios. A terapia tense que adaptar ás características propias de cada persoa, xa que as reaccións poden ser moi diversas.

O material necesario para levar a cabo unha sesión son: instrumentos musicais (guitarra, pandeireta, maracas, triángulo, etc. e un reprodutor de música. É importante dispor de instrumentos sinxelos que non requiran ningún tipo de coñecemento musical previo, xa que así fomentamos a gratificación inmediata.

Algunhas das actividades que se poden realizar :

- Tocar instrumentos.
- Improvisacións musicais.
- escoitar fragmentos musicais, de cancións coñecidas e significativas.
- Cantar cancións típicas do seu ambiente.
- Diálogos musicais (falar cantando).

O fin destas sesións musicoterapéuticas é estimular a memoria e a reminiscencia a través da música; fomentar a autoestima; desenvolver as capacidades expresivas e creativas; facilitar a comunicación interpersonal; mellorar comportamentos verbais e motores e, en xeral, acrecentar a calidade de vida.

### **c. Outras terapias**

#### **i. Relaxación**

A tensión e os nervios son moi frecuentes nos enfermos de Alzheimer, por iso é moi importante a relaxación para liberar a ansiedade e a axitación. Tamén se pode utilizar despois dunha sesión de exercicio físico ou da terapia psicomotriz para recuperar a calma. Para obter uns resultados óptimos, debe realizarse en fase leve ou moderada da enfermidade.

Debemos dispor dunha sala comfortable, cunha temperatura axeitada e luz tenue. Explicámoslle ao doente que nos imos relaxar e comezamos a darlle unhas pautas sinxelas, lentamente e transmitindo tranquilidade. Se ten dificultades, debemos adaptarnos as súas necesidades.

Podemos practicar dúas modalidades de relaxación: a primeira, a través da respiración, tomando aire polo nariz e expulsándoo pola boca; que se concentre en como entra e sae o aire... A segunda, a través de tensión–relaxación: ir pensando nas diferentes partes do corpo (pés, pernas, brazos, mans, pescozo, fronte e boca) para contraer esas zonas e despois relaxalas.

Despois da relaxación espreguizámonos un pouco e coméntanse as sensacións obtidas.

#### **ii. Terapia con animais**

A terapia asistida con animais é un tratamento terapéutico no que se conta cun animal para realizar a actividade. Os animais máis frecuentemente utilizados son principalmente os cans, seguidos de delfíns e cabalos. Cada vez vense máis claros os beneficios de traballar a relación persoa–animal. Esta terapia débena levar a cabo técnicos debidamente experimentados, que fixen os obxectivos da intervención, elaboren o tratamento, avalíen todo o proceso e valoren o progreso obtido.

Algúns dos obxectivos buscados son:

- Mellorar as habilidades motoras

- Incrementar a mobilidade
- Mellorar o equilibrio
- Mellorar a concentración e a atención
- Reducir a ansiedade
- Reforzar a autoestima
- Aumentar as interaccións sociais
- Ampliar o vocabulario
- Mellorar a memoria e os coñecementos de conceptos como 'tamaño', 'cor', etc.

Obtéñense beneficios físicos (acariciar o animal alivia o estrés e baixa a presión arterial), psicolóxicos (serven como contacto coa realidade, melloran o estado de ánimo, facilitan a conversación...) e sociais. En xeral, melloran a calidade de vida das persoas.

Algunhas das actividades que se realizan nas sesións son:

- Dicir o nome do can, o sexo e a idade, traballando así a memoria a curto prazo.
- Preguntarlles se algunha vez tiveron can, exercitando a memoria a longo prazo.
- Observar como se move o animal, xogar cunha pelota, acaricialo ou cepillalo contribúe a mellorar a atención e a mobilidade.

### **iii. Estimulación sensorial**

O adestramento sensorial ten como obxectivo a estimulación dos receptores sensoriais para incrementar a función destes e obter así unha maior resposta do doente ante os estímulos e un mellor coñecemento do medio e da propia persoa.

As actividades de autocoidado son o momento idóneo para favorecer o contacto do doente co seu propio corpo e o seu recoñecemento. A través do contacto co seu corpo e cos utensilios que o doente manexa estímulanse os receptores táctiles e visuais. Por exemplo, o momento da comida é propicio para estimular o olfacto e o gusto. Tamén se organizan sesións específicas

nas que se activan estes receptores. Esta técnica no se adoita aplicar illadamente senón en conxunto con outras.

#### **iv. Laborterapia**

É un método terapéutico que consiste na realización de diversas actividades, como poden ser a poesía, o debuxo, a cestería, o punto e outras manualidades. Estas actividades contribúen a traballar a motricidade fina e a aumentar a autoestima; os pacientes séntense útiles e capaces, ao mesmo tempo que se relacionan socialmente. Cabe ter en conta que se debe axeitar as tarefas ao rendemento da persoa e aos seus gustos para evitar situacións de fracaso e frustración.

#### **v. Arteterapia**

Consiste en facer actividades de certo valor artístico, como poden ser cadros, obras de teatro... adaptándose sempre ás capacidades residuais do doente.

### **4. Como enriquecer a vida destes enfermos fomentando rutinas**

A enfermidade de Alzheimer leva a abandonar pouco a pouco tarefas como conducir, levar as contas, etc., por este motivo é conveniente guialos, motivalos e axudalos a participar das actividades cotiás dentro do fogar e fóra, manter as rutinas habituais, adaptándoas progresivamente para que poidan seguir a efectualas o maior tempo posible.

Mediante as actividades do día a día no seu contorno, pódese enriquecer a vida dos enfermos fomentando a realización de actividades que adoitaban facer: pasear, ir á perruquería... non illalos.

De seguido, exporemos a través duns exemplos como levar a estimulación do enfermo fóra dos centros e das paredes do seu fogar:

- Se a persoa ten por costume saír a comprar o pan ou a prensa diaria, hai que manter esta rutina gratificante para el. Cando comece a ter dificultades co manexo do diñeiro, poderá levar a cantidade exacta; cando xa non poida ir só porque se desorienta, acompañarémolo.



- Se ten por costume quedar un día á semana para reunirse cos amigos a tomar un café, cómpre seguir coa rutina na medida do posible. Podemos aproximalo ao lugar e ir recollelo; en vez de tomar un café que tome descafeinado para que descanse ben.
- Se recibía visitas no seu domicilio de familiares e amigos, convén que as siga recibindo, aínda que non moi numerosas, nin moi frecuentes, tratando de adaptar as conversas á deterioración do doente.

O contorno máis próximo, os amigos e veciños deben estar informados do padecemento do seu amigo ou veciño para que o comprendan e o axuden nalgún momento de confusión.

Estes casos son simples mostras de como a vida en si mesma pode enriquecer ao enfermo.

## 5. Estimulación das actividades da vida diaria / axudas técnicas

Un dos obxectivos primordiais desta área de traballo consiste en manter a autonomía da persoa o máximo tempo posible. Por este motivo debemos traballar as actividades cotiás do enfermo, o que entraña a modificación do seu ambiente para facerlle máis sinxela a realización das súas tarefas diarias.

Existen varios tipos de actividades; dentro delas cabe destacar e diferenciar dous grupos principais:

- **Actividades básicas da vida diaria:** céntranse na mobilidade e no coidado do propio corpo.
  - Mobilidade funcional: moverse dun lugar a outro, levantarse e deitarse da cama.
  - Vestido: seleccionar a roupa axeitada para cada estación do ano e momento do día; vestirse e espirse na orde correcta; abotoar a chaqueta; atar os zapatos.
  - Alimentación: levar a comida ou a bebida correctamente do prato ou vaso á boca, comela de forma apropiada.

- Hixiene persoal: coller e usar axeitadamente os obxectos necesarios para limpar a cara, a boca (próteses incluídas), peitearse, afeitarse, coidar as uñas, botar desodorizante...
- Baño: manter a posición adecuada; coller e usar os obxectos para este fin; enxaboarse, aclararse e secarse.
- Incontinencia: control voluntario de esfínteres e vexiga.
- **Actividades instrumentais da vida diaria:** céntranse na interacción co medio; son máis complexas que as básicas e esixen maior nivel de autonomía persoal.
  - Tarefas domésticas: facer a comida, lavar a louza, facer a cama, o coidado da roupa (lavar, tender, pasar o ferro).
  - Manexo de cartos.
  - Uso de medios de transporte.
  - Manexo dos medios de comunicación: uso do teléfono, televisor, etc.
  - Manexo da medicación: preparar a medicación e tomala á hora correcta.
  - Manexo dos recursos sociosanitarios (médico, farmacia...).

Inicialmente é necesario realizar unha valoración previa no domicilio do doente para observar como leva a cabo as actividades da vida diaria. Posteriormente actuaremos fomentando o seu desempeño e adaptando o seu contorno para facerlle o día a día máis sinxelo e para manter a súa independencia ao longo do tempo.

As persoas con demencia, debido aos trastornos de memoria, teñen unha gran dificultade para recoñecer e adaptarse aos cambios que se realizan ao seu redor; por iso o principio fundamental é manter o **contorno** o máis **estable** que poidamos, evitando, na medida do posible, os cambios de domicilio, xa que lles provocan desorientación, inseguridade e frustración.

Por outro lado, debemos modificar o seu contorno para facilitarlles o seu funcionamento diario baseándonos en tres conceptos clave: **seguridade, prevención e simplificación**.

Como medidas de seguridade que convén tomar destacamos:

- No baño: deixar no lavabo só o necesario (xabón, toalla, cepillo de dentes e dentífrico); as billas deben ter dúas saídas distintas (auga fría / auga quente) para identificalas mellor. Previr o risco de caídas (poñer antiescorregantes, evitar alfombras, ter onde agarrarse para levantarse do baño ou acceder á bañeira), as electrocucións (ter acceso ao secador só no momento de usalo, anular os enchufes...) e evitar o acceso á caixa de primeiros auxilios (pechala con chave).
- Na cociña: evitar a cociña de gas, se pode ser instalar unha eléctrica; vixiar que non deixen potas no lume; colocar nun lugar non accesible produtos e obxectos perigosos (lixivia, coitelos...).
- Evitar o acceso a lugares como escaleiras, balcóns, terrazas, piscinas, xardíns, para que non se produzan fugas ou caídas.

O domicilio debe ter unha boa iluminación e non ter obstáculos (sen alfombras e sen mobles con cantos apuntados ou inestables); estar ordenado (coas cousas importantes sempre no mesmo lugar); ser familiar (con fotos e obxectos familiares); contar con calendarios e reloxos grandes e sinalar os cuartos mediante letreiros ou debuxos para facilitar a orientación.

Por último, o fogar debe ser estable a través da creación de rutinas diarias: facer sempre as mesmas cousas, da mesma maneira, no mesmo lugar e á mesma hora; manter os hábitos adquiridos ao longo de toda a vida.

Deseguido expoñemos algúns consellos destinados ao coidador/a para facilitar a realización das actividades básicas da vida diaria:

No referente ao vestido:

- Cando non sexan capaces de abotoarse substituiremos os botóns ou cordóns por velcro.

- As pezas de roupa que sexan difíciles de poñer deben cambiarse por outras máis sinxelas ou por algún talle máis, pero sempre tratando de respectar o seu estilo habitual.
- Cando comecen a ter dificultades para vestirse sos, axudalos, pero deixando que fagan o que eles poidan aínda facer.
- Se teñen a teima de espirse, poñerlles roupa interior difícil de quitar (bodi, pezas que non se abotoen por diante).
- Se non se queren vestir, hai que tratar de distraelos con paciencia.

No referente ao baño:

- Se algún día non se queren bañar, procurar que se asean ben.

No referente á comida:

- Crear un ambiente tranquilo e ben iluminado; evitar ruídos do televisor.
- Non apuralos; darlles tempo suficiente para comer.
- Dar as ordes de forma clara e sinxela.
- Se tenden a mancharse, poñerlles unha bata.
- Darlles os cubertos que van utilizar un por un; cando non sexan capaces de usalos permitirlles que utilicen os dedos.
- Cando necesiten que lles corten a comida debemos facelo en anacos pequenos.
- Se queren comer con moita frecuencia, aumentaremos o número de comidas, pero reducindo a cantidade.
- Se non queren comer, hai que motivalos elaborando os seus pratos preferidos; ou que colaboren na realización das comidas.

No referente ao sono:

- Se tenden a levantarse a miúdo durante a noite, hai que pechar con chave as portas que non queremos que abran e asegurarnos de que non poidan abrir a porta da rúa, as fiestras ou os balcóns.
- Deben ir ao cuarto de baño antes de deitarse e non tomar moito líquido nas horas previas a conciliar o sono.
- Se espertan, calmarémolos e dirémoslles a hora que é.
- Tamén é conveniente que durante o día se manteñen activos e non fagan as sestras moi longas.

As **axudas técnicas** son uns utensilios que se empregan para axudar nas limitacións funcionais das persoas que o necesitan; o seu obxectivo é conseguir un maior grao de independencia nas actividades da vida diaria e noutros ámbitos. Estas axudas deben ser seguras, fáciles de manexar, feitas con material duradeiro e de fácil limpeza.

Podémolas clasificar en:

- Axudas para a terapia e o adestramento: balóns de diferentes materiais.
- Axudas antidecúbito: colchóns de xel ou de espuma, coxíns e calcañeiras.
- Axudas para a protección e o coidado persoal: materiais antiescorregantes para o chan, elevadores para o inodoro, cadeiras para o baño ou a ducha, banquetas, táboas para bañeiras, contedor para a recollida de cueiros, protector de colchóns, cepillos extensibles, lavacabezas para cadeira ou cama, barras e cadeiras de roda para o baño. Guindastres e arneses.
- Axudas para a alimentación e os labores domésticos: cubertos, pratos e vasos de diferentes formas para facilitar a actividade de comer; mesa para cadeiras de rodas, calzadores de medias e calcetíns, abrocha-botóns e sobe-cremalleiras; tesoiras e cortaúñas adaptados, pastilleiros, partidor e triturador de pastillas, chaveiro xirador, enfiador de agullas.

- Adaptacións de vivendas: camas articuladas, dispositivos para abrir e pechar portas e ventás, produtos para axustar a altura do mobiliario...
- Axudas para a comunicación, información e sinalización: produtos de apoio para ver, escoitar, calcular, telefonar...
- Axudas para o ocio e o tempo libre: xogos e produtos de apoio para facer exercicio.

## **6. A importancia de preservar a autonomía**

Os enfermos de Alzheimer van perdendo pouco e pouco as súas capacidades, o que dificulta enormemente as súas actividades cotiás. A calidade de vida das persoas con demencia vai depender de como se lles coide; o fundamental é tratar de manter o máximo tempo posible a independencia do enfermo e para conseguilo debemos ter presentes as seguintes recomendacións:

- Tratar de manter a forma de vida que o doente levaba habitualmente.
- A medida que vaian aparecendo as limitacións é necesario adaptar o seu contorno para facerlle o día a día máis levado.
- Estimularlos con frecuencia, mantelos activos.
- Utilizar mensaxes curtas, claras e repetitivas; falarlles mirándoos aos ollos e cun ton de voz suave.
- Establecer rutinas e planificar as actividades que se van realizar sen facer demandas excesivas, programando descansos entre tarefa e tarefa.
- Reforzar os logros alcanzados a través de agradecementos e eloxios; non se lle debe rifar cando non sexa capaz de facer algo e non debemos esixirle algo que non é quen de facer.
- A medida que avanza a enfermidade e as súas capacidades de concentración diminúen, tardan máis en facer as tarefas habituais polo que debemos darlles tempo suficiente para que as sigan facendo por si sos; non nos debemos apresurar a axudalos a non ser que verdadeiramente o necesiten.

- Debemos procurar que as persoas que o coidan a diario sexan sempre as mesmas para que lle resulten familiares e non lles provoquen sentimentos de medo e inseguridade.
- Hai que levarlos a miúdo ao médico de cabeceira para controlar a medicación e algunha posible enfermidade, xa que poden tardar en queixarse dalgunha patoloxía que podía ser atallada con anterioridade evitando así que sufrisen.
- É conveniente prestarlle atención á boa adaptación da dentadura, do audiófono e das gafas, xa que se cadra cremos que non son capaces de facer determinada actividade debido á demencia e, en realidade, o problema é algunha deficiencia sensorial. Tamén podemos ter por precaución un segundo par de gafas por se o primeiro se extravía.
- Por ultimo, centrarémonos no coidador principal: para coidar ben e proporcionarlle benestar ao enfermo primeiro hai que coidarse un mesmo. É moi importante a planificación, a organización e buscar tempo de ocio para evitar o esgotamento físico e psicolóxico.

## 7. Dinámica de grupo

### 1ª SESIÓN DUN OBRADOIRO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA ENFERMOS EN FASE LEVE

O grupo está formado por 10 persoas.

A duración da sesión é aproximadamente de hora e media.

- Comezamos cunha técnica de presentación para dar a coñecer a todos os membros do grupo. O material que necesitamos é un nobelo de la. Sentamos formando un círculo; unha persoa toma a punta do nobelo, di o seu nome e tíralle o nobelo a outra persoa, e así ata que participen todos. Despois faise o proceso inverso coa recollida do nobelo.
- A continuación collemos un xornal para facer a lectura da prensa; aproveitamos para orientarnos temporal e espacialmente e comentamos en grupo algunha noticia significativa; deste modo desinhibímonos e comunicámonos uns con outros.

- Sentamos arredor da mesa e entregámoslle a cada doente lapis, goma e un folio con refráns iniciados que eles deben completar para posteriormente poñelos en común e explicalos oralmente. Traballamos con esta actividade a memoria a longo prazo, a escritura, a comprensión, a expresión e o dobre sentido das frases.
- Para terminar a sesión, entregámoslle a cada participante un cuestionario persoal que debe ser contestado de forma individual e breve para fomentar o coñecemento.

Cuestionario:

- Que froita che gusta máis? E cal menos?
- Cal é a túa canción preferida?
- Que hora do día che gusta máis? E cal menos?
- Cal é o túa cor preferida?
- Que comida che gusta máis? E cal menos?
- Cal é o teu entretemento preferido?
- Que día da sema che gusta máis? E cal menos?
- Que é o que máis che cansa?

(Este cuestionario será comentado na seguinte sesión).

- Para a casa: Buscar algunha foto significativa, que lle traia un recordo agradable, para traballar na seguintes sesións (Reminiscencia).



## 8. Táboas resumo

Táboa 4.1: A psicoestimulación

<b>OBXETIVO XERAL: mellorar a calidade de vida</b>	
<b>Técnicas</b>	<b>Obxectivos específicos</b>
Orientación á realidade	Reducir a desorientación temporal, espacial e persoal
Reminiscencia	Activar a memoria e facilitar a comunicación
Obradoiro estimulación cognitiva	Estimular as funcións mentais superiores
Psicomotricidade	Mellorar o recoñecemento do propio corpo, a percepción do espazo e dun mesmo
Musicoterapia	Fomentar a través da música as habilidades físicas, cognitivas e sociais
Relaxación	Reducir a tensión
Terapia con animais	Alentar a socialización e o contacto coa realidade
Estimulación sensorial	Estimular os receptores sensoriais
Laborterapia	Traballar a motricidade fina
Arteterapia	Fomentar a creatividade

Táboa 4.2: As actividades da vida diaria

<b>Actividades básicas da vida diaria</b>	<b>Actividades instrumentais da vida diaria</b>
<i>Céntranse no coidado do propio corpo</i>	<i>Céntranse na interacción co medio</i>
Mobilidade	Tarefas domésticas
Vestido	Manexo de diñeiro
Alimentación	Uso de medios de transporte

---

Hixiene persoal

Manexo de medios de comunicación

---

Baño

Toma de medicación

---

Control de esfínteres

Manexo de recursos sociosanitarios

---

## 9. Preguntas de autoavaliación

- Como definirías as terapias non farmacolóxicas?
- Nomea as diferentes técnicas de psicoestimulación ás que se fai referencia neste manual.
- Que funcións cognitivas se traballan nos obradoiros de estimulación cognitiva?
- Cales son as actividades sásicas da vida diaria?
- Como podemos preservar a autonomía dun enfermo de Alzheimer?

## Módulo 5: Comunicación coa persoa enferma

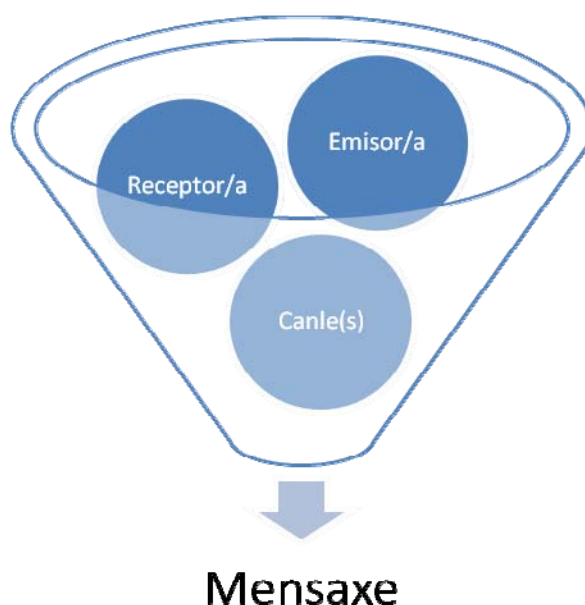
### Índice do módulo

1.	Que é comunicar?	109
2.	Características da linguaxe	111
a.	Linguaxe, avellentamento normal e enfermidade de Alzheimer	111
b.	Linguaxe na fase leve	113
c.	Linguaxe na fase moderada	114
d.	Linguaxe na fase severa	115
3.	Importancia da comunicación non verbal	116
4.	Axudas para mellorar a comunicación	118
a.	O coidador como interlocutor principal	118
b.	Estratexias de comunicación	119
i.	Provocar a comunicación	119
ii.	Evitar unha demanda excesiva por riba das posibilidades da persoa enferma	119
iii.	Estimular a linguaxe	120
iv.	Utilizar un trato axeitado	121
5.	Casos prácticos	121
a.	Caso 1	121
b.	Caso 2	122
c.	Caso 3	123
6.	Preguntas de autoavaliación	124

## 1. Que é comunicar?

Comunicar é transmitir ideas ou pensamentos dunha persoa a outra co obxectivo de crear comprensión no pensamento da persoa destinataria desa comunicación, o receptor. A idea ou pensamento que se comunica é a mensaxe, que se transmite a través dunha ou varias canles de comunicación.

*Figura 5.1: O proceso de comunicación: roles da persoa emisora, da persoa receptora e da(s) canle(s) de comunicación, e a mensaxe como produto*



A comunicación non é un acto illado nin ten carácter unilateral. Trátase dun proceso recíproco que consta de varios elementos interrelacionados; de entre eles, por motivos de simplicidade, destacamos catro:

- A persoa **emisora** é, de partida, quen transmite a información. As habilidades comunicativas da persoa emisora son un factor relevante, que inflúen en si mesma (a maior ou menor confianza nas habilidades e recursos para a comunicación incide nunha maior/menor ou mellor/peor comunicación), no tema (nivel de coñecementos, status sociocultural e, moi relevante na enfermidade de Alzheimer, status cognitivo) e no receptor (capacidade de espertar o interese polo que se comunica e de transmitir a súa significatividade).

- A **persoa receptora** é quen recibe a información. Porén, o proceso de comunicación é recíproco, de xeito que inflúen na dinámica comunicativa as habilidades de escoita da persoa receptora (cara á persoa emisora e cara á mensaxe), pero tamén a súa capacidade para cambiar o rol de emisor a receptor durante o proceso.
- A **mensaxe** ten dúas partes: o contido (o que se di) e a forma (como se di). O **contido** da mensaxe depende das ideas ou dos pensamentos que se busca transmitir, pero en xeral podemos afirmar que comunicar en positivo e empregando un trato apropiado reforza a comunicación. Respecto da **forma**, ten que ser intelixible para a persoa receptora e producir o máximo efecto posible, conseguindo chamar a atención, ser convincente e oportuna.
- As **canles** poden ser a fala, a escrita, a xestualidade ou canles mixtas, empregando elementos de varias canles para potenciar o efecto da mensaxe. As canles teñen que axeitarse, na medida do posible, ao receptor, aos obxectivos do emisor e ao contido da mensaxe. A elección das canles determinará o impacto da mensaxe, así como a maior ou menor economía de recursos necesarios para acadar eficazmente os obxectivos do proceso comunicativo.

Respecto do proceso comunicativo, o emisor/es e o receptor/es situámonos en diferentes

**niveis:**

- A conversa convencional sobre o tempo, a política, etc., na que mostramos un mínimo de nós mesmos.
- Falar sobre terceiras persoas é un nivel máis fondo, pero aínda sen compromiso persoal.
- A manifestación das nosas ideas, tomando posición persoais sobre determinadas situacións.
- A manifestación das nosas emocións e sentimentos, descubrindo máis de nós mesmos.
- A comunicación da nosa identidade, nivel que se acada cando nos identificamos co interlocutor profundamente.

Como veremos a continuación, na enfermidade de Alzheimer os dous primeiros e o último nivel atópanse especialmente comprometidos e de maneira progresiva. Por isto, a manifestación das posición persoais e das emocións e sentimentos da persoa enferma van resultar fundamentais

no transcurso da enfermidade. En xeral, podemos afirmar que as **funcións** da comunicación son:

- Facilitar as relacións interpersoais (por exemplo, manter as canles de comunicación entre persoa enferma e coidador/a).
- Permitir a realización de tarefas colectivas (que, no caso da enfermidade de Alzheimer, poden ser tarefas da vida diaria como o aseo, o vestido ou a alimentación, ou mesmo tarefas de estimulación).
- Resolver conflitos (por exemplo, os xerados pola relación asimétrica entre persoa enferma e coidador/a).
- Valorar as persoas (por exemplo manter a autoestima, seriamente ameazada na enfermidade de Alzheimer).

Coñecendo as características da linguaxe da persoa que sofre enfermidade de Alzheimer en tanto que persoa emisora e receptora de mensaxes, a importancia da comunicación non verbal como canle da comunicación e o uso de estratexias básicas para se enfrontar ás dificultades de comunicación, é posible compensar na vida diaria a deterioración lingüística e manter as funcións da comunicación nas relacións coa persoa enferma.

## 2. Características da linguaxe

### a. Linguaxe, avellentamento normal e enfermidade de Alzheimer

A enfermidade de Alzheimer ten uns efectos nas capacidades lingüísticas dramaticamente distintos ao avellentamento normal, proceso no que o procesamento lingüístico pode estar dificultado pero se mantén. Aínda así, nos estadios iniciais da enfermidade pode chegar a resultar complexo distinguir entre cambios asociados ao avellentamento normal (por exemplo, dificultades auditivas, visuais ou de procesamento cognitivo) daqueles que se producen por unha demencia de tipo dexenerativo. Por este motivo, neste apartado expóñense brevemente os cambios normativos de tipo lingüístico asociados á idade e, nos seguintes, expóñense os cambios patolóxicos asociados á enfermidade de Alzheimer. Para unha descrición máis adecuada dos cambios na linguaxe e na comunicación orixinados pola enfermidade de Alzheimer neste capítulo remítese á división clásica da enfermidade en tres fases (leve,

moderada e grave), que, aínda que imprecisa, se axeita aquí aos obxectivos docentes do presente módulo.

No proceso de avellentamento aparecen cambios normativos no procesamento lingüístico, cambios que non están asociados a ningún proceso patolóxico en concreto senón ás alteracións normais propias do paso do tempo. A pesar de que se puido producir un aumento do vocabulario e do coñecemento xeral do mundo, prodúcese tamén unha redución de certos aspectos lingüísticos, especialmente no acceso léxico e no procesamento sintáctico. As dificultades para atopar a palabra adecuada, unha das queixas de memoria máis citadas polas persoas maiores, concréntanse en dificultades para:

- Atopar a palabra axeitada para nomear obxectos ou accións en tarefas de denominación.
- Dicar nomes a partir dunha categoría (por exemplo, nomes de animais carnívoros).
- Atopar a palabra exacta ante unha definición.

Estas alteracións maniféstanse na vida diaria das persoas maiores nun incremento de episodios do “fenómeno da punta da lingua”, especialmente para os nomes propios de persoa. Cos anos é máis frecuente que, ao querer dicir o nome de alguén, a persoa experimente unha situación de incapacidade para dicilo, acompañada de sensacións dun recordo inminente e da certeza de coñecer ese nome.

Paralelamente, as persoas maiores cun avellentamento cognitivo normal presentan máis dificultades que as persoas novas no uso de oracións complexas, máis dificultades para comprender historias ou noticias complexas. Estas alteracións na linguaxe relaciónanse con procesos máis xerais do avellentamento cognitivo, como decrecementos no nivel de atención, na memoria operativa ou no control inhibitorio.

O avellentamento cognitivo ten, así mesmo, consecuencias sobre a eficacia da comunicación, especialmente en relación á atención compartida e á relevancia da mensaxe. Para que a comunicación sexa relevante, tanto emisor como receptor deben compartir o contido e a forma da mensaxe, así como o nivel do intercambio. Mais nas persoas maiores as alteracións da memoria operativa e do control inhibitorio afectan á capacidade para organizar o discurso comunicativo, o que pode dar lugar a un estilo de comunicación procaz e pouco axustado aos intereses do interlocutor.

## b. Linguaxe na fase leve

Como se sinalou no módulo 1, a fase leve (GDS 2-3) da enfermidade de Alzheimer caracterízase por cambios a nivel cognitivo (deterioración da memoria recente, desorientación temporoespacial leve, dificultade na capacidade de abstracción e de xuízo), emocionais (ansiedade, inquietude, irritabilidade) e de conduta social. Respecto da linguaxe, nesta primeira fase o enfermo evoluciona dende un estadio onde practicamente non ten dificultades de linguaxe a outro no que presenta alteracións caracterizadas polas **dificultades de acceso léxico**.

- Dificultade para atopar a palabra axeitada, que se manifesta en leves titubeos, interrupcións, tatexos, e tamén no uso de palabras ómnibus (“achégame iso” en lugar de “achégame a chaqueta”) e parafasias. Estes signos van unidos a unha percepción subxectiva de dificultades para lembrar os nomes.
- Empobrecemento progresivo do vocabulario, por deterioración da memoria semántica. O número de palabras utilizadas, que nunha persoa sa van de 2.000 a 3.000, vanse reducindo drasticamente por efecto da enfermidade.
- Deterioración da comprensión de frases complexas e dificultades para seguir o fío da conversa por problemas asociados á atención e á memoria operativa que se reflicten nunha conversa con frases máis curtas e simples.
- Desinterese pola conversa sobre temas que antes resultaban familiares ou atractivos, asociado tanto a cambios emocionais como ás propias dificultades da linguaxe.
- Escritura e lectura preservadas, aínda que van aparecendo faltas de ortografía por esquecemento das normas ortográficas e dificultades para a lectura comprensiva, é dicir, para comprender plenamente aquilo que se le.
- Conservadas as habilidades de comunicación non verbal.

Non últimos anos desta fase aparece unha tendencia a divagar, a mesturar ideas, a reiterarse no uso de argumentos, e mesmo a dicir “impertinencias” ou utilizar palabras vulgares.

No coidador obsérvase unha tendencia á negación dos síntomas, que tamén se manifesta na comunicación, e fáiselle difícil adaptarse ao cambio de hábitos comunicativos instaurados ao longo de toda a vida. Tamén se pode producir un duelo polas conversas que se van deixando



de ter, pola relación que vai deixando de ser simétrica. Así, nesta fase, as emocións do cuidador poden interferir de forma significativa no propio proceso de comunicarse coa persoa enferma.

### c. Linguaxe na fase moderada

Como se sinalou no módulo 1, a fase moderada (GDS 4-5) da enfermidade de Alzheimer caracterízase pola consolidación dos cambios cognitivos, emocionais e sociais. Os efectos da enfermidade son plenamente evidentes na persoa afectada e na súa relación co medio. Na linguaxe, as alteracións son tamén indubidables:

- Dificultades graves de denominación. É o cuidador o que debe atoparlle sentido ás palabras a través dos indicios que dea a propia persoa afectada ou de claves contextuais.
- Erros frecuentes de expresión. Ante estes erros de expresión, a cuestión será abordar ou non a súa corrección, o que dependerá en gran medida do grao de coñecemento e recoñecemento da enfermidade da propia persoa enferma, do tipo de relación co interlocutor, das máis ou menos escasas posibilidades de mellora da mensaxe a través da corrección, etc.
- Empobrecemento do contido. A persoa enferma a penas di unhas cantas frases con sentido.
- Linguaxe incomprensible ou estereotipada:
  - A persoa enferma pode presentar respostas moi empobrecidas, con monosílabos, etc.
  - Noutros casos, pódese apreciar unha linguaxe verborreica, é dicir, constante pero cun contido pobre; ou incluso sen contido.
- Lectura sen comprensión. A persoa enferma pode conservar hábitos como ler o periódico, pero non será quen de contar nada sobre o que leu. Aínda así é recomendable manter estes hábitos de lectura mesmo sen comprensión, xa que supoñen en si mesmos actividade e estimulación.

- Aparecen alteracións da comunicación non verbal que, polo xeral, está preservada na fase leve. A persoa enferma non se adecúa ao ton xeral da conversa, aos xestos, ás distancias interpersoais, o volume de voz...

A nivel comunicativo, na fase moderada redúcese a iniciativa para falar. Se non provocamos que fale, a persoa que sofre Alzheimer pode estar calada durante horas. Ademais, adoita producirse unha perda da cadea de comunicación iniciada; é dicir, a persoa enferma perde o fío e abandona a conversa na que estaba participando, ou comeza a amosar que non se sente cómoda na conversa.

A persoa cuidadora experimentará, polo tanto, a necesidade de asumir o peso da conversa e de apreciar o intercambio comunicativo por si mesmo, de valorar o pouco que se diga no contexto no que se diga, porque permite manter as canles comunicativas coa persoa enferma. Nesta fase será necesario tamén tratar de resolver as dúbidas sobre se a persoa enferma comprende ou non o que estamos dicindo. Debemos adaptar a nosa linguaxe ás súas posibilidades, pero preservando este intercambio, asumindo a importancia da comunicación (nas relacións persoais, nas tarefas colectivas, na resolución de conflitos e na valoración das persoas), mesmo en persoas cunha deterioración constatable.

#### **d. Linguaxe na fase severa**

Como se sinalou no módulo 1, a fase severa (GDS 6-7) da enfermidade de Alzheimer caracterízase por unha disfunción global a nivel cognitivo, motor, emocional e social que se manifesta nunha incapacidade funcional severa. Nesta fase a linguaxe expresiva e a comprensión da linguaxe están gravemente afectadas, reducidas a automatismos máis ou menos restrinxidos, o que produce un cambio profundo, tanto cuantitativo como cualitativo, na comunicación.

Non obstante, aínda que a persoa que sofre Alzheimer non nos poida falar, isto non significa que nós non lle falemos; pola contra, seguiremos sendo o punto de conexión da persoa enferma co mundo. A persoa enferma pode seguir respondendo de xeito automático ás nosas preguntas ou propostas de conversa, pode seguir utilizando unhas poucas palabras e mesmo pode seguir lendo palabras illadas e grandes titulares. Algunhas persoas enfermas, que

perderon a capacidade para a fala, así e todo son capaces de cantar unha canción que aprenderon hai moito tempo.

Táboa 5.1: Características da linguaxe na enfermidade de Alzheimer

	<i>Fase leve</i>	<i>Fase moderada</i>	<i>Fase grave</i>
Acceso léxico	Dificultades relativas para atopar palabras	Dificultades severas para atopar palabras	Palabras automáticas repetidas reiteradamente
Vocabulario	Empobrecido	Restringido	Palabras automáticas
Sintaxe	Conservada	Erros frecuentes, estereotipias	Linguaxe automática
Comportamento conversacional	Limitado	Falta de iniciativa; perda da conversa iniciada	Resposta automática
Escritura	Conservada, con faltas de ortografía	Automatismos	Abolida
Lectura	Conservada	Sen comprensión	Automatismos
Comunicación non verbal	Conservada	Expresión ameazada	Expresión alterada, comprensión conservada

### 3. Importancia da comunicación non verbal

Como se indicou no apartado anterior, a comunicación non verbal vese afectada pola enfermidade de Alzheimer, aínda que nun grao moito menor que a comunicación verbal. Máis sinxela estruturalmente e necesitado menos recursos de procesamento, a comunicación non verbal é máis resistente ao proceso de deterioración. En fases moderadas da enfermidade, a comunicación non verbal serve para reforzar a mensaxe e facer máis atractivo o intercambio comunicativo. E en fases avanzadas da enfermidade convértese nunha ferramenta esencial para as persoas coidadoras. Nestas fases a comunicación non verbal de tipo expresivo está alterada, pero é posible detectar estados de ánimo na persoa enferma a través da linguaxe automatizada que utilizan ou, se non o fan, dos sons que emiten. Así, un son suave e rítmico indicaría benestar, mentres que un son agudo ou forte indicaría inquietude e mesmo dor. Por outra banda, a persoa enferma responde á comunicación non verbal, captando afecto a través do noso ton de voz, do noso tacto, mesmo da nosa presenza. En fases moi avanzadas, continuaremos comunicándonos a través da postura e dos movementos do corpo, do ton da voz, etc.

Dentro da comunicación non verbal, é importante ter en conta:

- A postura corporal.

- Os xestos, principalmente de brazos, mans e cabeza.
- A expresión facial, como vehículo relevante e prevalente de expresar afectos e emocións.
- A mirada, especialmente a frecuencia e duración do contacto ocular.
- O sorriso, que expresa proximidade e empatía.
- O ton de voz.
- O ritmo da voz.
- O volume da voz.
- A proxemia ou estruturación do espazo inmediato da persoa.
- O tacto.

O incremento da relevancia da comunicación non verbal nos intercambios esixe da persoa cuidadora dun maior grao de **empatía**, entendida como a capacidade para recoñecer o estado emocional doutra persoa. A empatía diferénciase da simpatía, que é un proceso puramente emocional e nos permite sentir os mesmos estados emocionais que senten os demais, comprendámoslos ou non. A empatía, pola contra, é un proceso intelectual. Supón unha comprensión profunda da perspectiva do outro, dos seus desexos e sentimentos.

Cando nos poñemos no lugar dos demais, facémolo con todos os nosos coñecementos, recursos, habilidades, expectativas e necesidades.

Pero o auténtico exercicio de empatía non queda en “poñerse no lugar do outro”, senón que esixe unha auténtica participación afectiva nunha realidade que nos é descoñecida, como é a experiencia emocional da outra persoa. Na persoa que sofre enfermidade de Alzheimer, a deterioración que implica a propia enfermidade fai aínda máis complicado que compartamos a experiencia de alguén que, progresivamente, vai deixando de compartir os nosos coñecementos, recursos e habilidades, que vai mudando as súas expectativas e que vai tendo unhas necesidades cada vez máis básicas mais que é esencial satisfacer.

Neste sentido, unha escoita activa, intelectual e emocionalmente eficaz, pode compensar estas dificultades relativas á comunicación baseada nos vínculos que se manteñen coa persoa enferma, así como outras de estrés e carga psicolóxica que se explican no módulo 6. Como é ben sabido, unha escoita eficaz mellora a comunicación e o grao de control da situación, demostra interese e mesmo axuda a comprender mellor o mundo que nos rodea. Nas

demencias, cando nos referimos a “escoita activa” non estamos a falar tan só de distinguir entre palabras, senón de atoparlles sentido aos sons, aos xestos que os acompañan e á intención que hai detrás deses actos comunicativos.

#### 4. Axudas para mellorar a comunicación

##### a. O coidador como interlocutor principal

As intervencións que cómpre realizar sobre os aspectos comunicativos da persoa que sofre Alzheimer baséanse:

- Na persoa enferma, a través da estimulación da linguaxe e o reforzamento das habilidades de comunicativas (véxase Módulo 6).
- **MOI ESPECIALMENTE**, na familia e nos coidadores, que son en quen incide principalmente a relación coa persoa enferma. Esta intervención realízase a través de pautas educativas, de modelado a través de exemplos concretos e, se fose preciso, a través de intervención cognitivo-condutuais concretas destinadas ao cambio de esquemas cognitivos desadaptativos que bloquean o fluxo da comunicación entre a persoa enferma e o seu familiar coidador.

Unha regra básica na intervención co coidador, especialmente ante os problemas de comunicación, é que as dificultades que xorden na vida cotiá se deben á enfermidade e non á persoa enferma. No contexto da **díade persoa enferma–coidador**, a comprensión desta premisa básica pode chegar a ser difícil de comprender porque:

- A enfermidade afecta a **TODA** a vida diaria.
- A enfermidade é, na maior parte dos casos, lenta, progresiva e silenciosa.
- Ante a enfermidade, é necesario **cambiar a inercia do sistema de comunicación**.

Todos adaptamos o noso estilo comunicativo á persoa coa que falamos; por exemplo, cando falamos cun meniño ou cunha persoa estranxeira. No caso da enfermidade de Alzheimer, a necesidade de adaptación do noso discurso como coidadores aumenta ao progresar a enfermidade, redundando nun incremento da responsabilidade da persoa coidadora, que ten que axeitar a comunicación estruturando e organizando a conversa.

Aínda que, en relación ao coidado, hai aspectos máis urxentes e determinantes sobre a calidade de vida, como é o mantemento das AVD, o certo é que, incluso para a consecución destas necesidades básicas, a comunicación é fundamental: serán moito máis fáciles a alimentación e a hixiene se a comunicación é fluída, se a persoa enferma entende o que debe de facer ou o que se lle vai facer. Deste xeito será máis probable que colabore activamente. En calquera caso, ter abertas as canles de comunicación posibilita manter a persoa enferma socialmente activa e cognitivamente estimulada.

## **b. Estratexias de comunicación**

### **i. Provocar a comunicación**

1. Captar a atención para iniciar a conversa, sentándose fronte á persoa e proporcionándolle seguridade (sorrir, collerlle a man...).
2. Establecer contacto visual.
3. Utilizar un ton de voz cálido.
4. Eliminar o ruído de fondo.
5. Iniciar a conversa.
6. Manter e incentivar a conversa, reforzando as respostas.
7. Atender a calquera cousa que esperte o interese da persoa enferma.
8. Buscar temas agradables para ambos os interlocutores.
9. Utilizar a lectura como axuda: os periódicos, revistas, etc. axudan a preservar o vocabulario e facilitan a conversa.

### **ii. Evitar unha demanda excesiva por riba das posibilidades da persoa enferma**

10. Empregar frases cortas e sinxelas. Simplificar o que se quere dicir a través de palabras familiares e coñecidas e evitando parágrafos longos.

11. Dar tempo para procesar a información, adaptándose ao ritmo da persoa que sofre Alzheimer en lugar de esperar que ela se adapte ao noso ritmo.
12. Evitar terminar as frases e adiantarnos. Darlle ao doente, sempre que sexa posible, a oportunidade e o tempo para responder ao que lle dicimos.
13. Realizar preguntas cerradas. Facer preguntas sinxelas e, se é preciso, limitar as alternativas de resposta a “si” ou “non”.
14. Eliminar a utilización da expresión “Non te lembrás?”. Empregar: “Esta é a túa prima Maruxa”, en lugar de “Non te lembrás da túa prima Maruxa?”
15. Se aparecen dificultades na comunicación, non insistir. A insistencia en caso de dificultades concretas, que poden ter múltiples causas, pode causar axitación na persoa enferma.

### iii. Estimular a linguaxe

16. Estimular a linguaxe espontánea:
  - a. Conversa sobre temas persoais.
  - b. Conversa sobre temas de actualidade.
  - c. Conversa en relación a datas significativas.
  - d. Descrición a partir de imaxes (prensa, revistas, fotos persoais ou de lugares e personaxes coñecidas).
17. Estimular o acceso léxico e a denominación.
  - a. Tarefas con definicións, adiviñas, etc.
  - b. Denominación de imaxes.
  - c. Denominación por categorías.

18. Estimular a linguaxe automática: recitados, refráns, cancións, oracións, etc.

#### **iv. Utilizar un trato axeitado**

19. Lembrar que a persoa que sofre Alzheimer é un adulto, cunha historia de vida. Evitar utilizar unha fala infantilizada e, en especial, coidar a entoación.
20. Dicirlle á persoa enferma o que debe facer, e non o que non debe facer. Por exemplo, é preferible dicirlle “acouga sentado/a” e non “non te levantes”.
21. Non intentar razoar nin aplicar a lóxica coa persoa enferma. Sempre que sexa posible e non resulte perigoso, seguir a súa realidade. Non berrar, nin intentar corrixir a acción cando non resulte imprescindible.
22. Non utilizar a verdade como argumento.
23. Empatizar, tendo sempre presentes as emocións da persoa enferma. Darlle oportunidades para que exprese as súas emocións.
24. Adaptarse ás súas limitacións.

### **5. Casos prácticos**

A continuación preséntanse tres casos prácticos, un por cada unha das fases da enfermidade expostas máis arriba. Despois de cada caso, indique tres recomendacións xerais que vostede faría en virtude dos coñecementos adquiridos neste módulo.

#### **a. Caso 1**

Antonio é un empregado de banca xubilado, casado con María e con dúas fillas. Comezou hai un par de anos por estar moi apático, como desilusionado polas cousas dende a súa xubilación. María achacouno a que sempre vivira moi pegado ao seu traballo, e realmente tampouco fixera grandes plans tras a xubilación. Antonio pasaba toda a mañá na casa, facendo pouco máis que molestar á súa muller mentres realizaba as tarefas domésticas. Pola tarde, mentres María acudía ás actividades del Centro Sociocultural, Antonio saía a dar un longo



paseo, que o médico lle recomendou tras un problema cardiovascular. Antes Antonio saía con dous amigos, pero recentemente comezou a queixarse de que as súas conversas lle resultaban aburridas e prefería saír só.

No entanto, pouco a pouco, os despistes empezaron a ser cada vez máis frecuentes e importantes. Nun par de ocasións perdeuse pola rúa dando o seu paseo habitual de media tarde. Contouno como unha anécdota, porque preguntando logrou chegar á avenida principal da cidade e a partir dela chegar á súa casa, que está nunha rúa perpendicular. Pero as súas fillas xa estaban realmente preocupadas. Antonio, tan pulcro, comezara a descoidar o seu aseo persoal, e as palabras quedábanlle prendidas na punta da lingua cada vez con máis frecuencia. A María tamén se lle notaba preocupada, máis baixa de ánimo, aínda que cando se lle preguntaba dicía que “só ten fallos cando quere; para as cousas que lle interesan está perfectamente”.

Aínda así, María accedeu a consultar co médico de cabeceira. Empezou un longo proceso que rematou co diagnóstico da enfermidade de Alzheimer meses despois. En realidade, Antonio tampouco empeorou tanto nestes meses; é María a que ten que estar pendente de que se asee tan ben coma sempre e sae con el a dar o seu paseo. Non se queixa, aínda que Antonio cada vez está menos receptivo, fala menos e rosma máis. Está disposta a facer o que faga falla, pero a pesar diso as súas fillas cada vez se preocupan máis pola saúde de ambos.

Orientacións para unha mellor comunicación:

1.

2.

3.

#### **b. Caso 2**

Manuela vive nunha aldea do interior con Xosé, o seu marido, na casa na que criaron a Xan, o seu único fillo. Sempre tivo un carácter duro; é unha muller traballadora que, amais da casa, se ocupaba, man a man co seu marido, da explotación gandeira e dos labores do campo. Cando se xubiláron, Manuela e Xosé venderon as vacas, pero seguiron traballando no campo. Nunca foron moi sociables ni faladores, así que tampouco lle preocupou a ninguén cando Manuela se volveu máis retraída e comezou a traballar a reo nas leiras. Sempre fora a súa vida.

Xosé tampouco falaba moito, nin sequera co seu fillo e a súa nora, que o fixera avó dúas veces e á que adoraba. Non se queixaba de Manuela, pero as fins de semana que ían visitalos, Xan a notaba moi estraña. Nunha ocasión deixou o gas aberto e o matrimonio acudiu ao médico, que lle fixo unhas preguntas e lle diagnosticou una demencia senil. Tamén lle prescribiu unhas pastillas moi caras, pero Xan non tiña moi claro que estivesen seguindo a medicación correctamente. En todo caso, Xosé dicía que todo estaba normal; el sempre lle quitaba importancia ás cousas.

Pero, cando Xosé morre dun infarto, Xan e a súa muller teñen claro que Manuela xa non pode vivir soa e lévana á cidade, a vivir ao seu piso. Unha vez alí, ven que Manuela non recorda nin os sucesos máis recentes e que incluso esqueceu algúns acontecementos da súa vida, como a data da súa voda ou nome dos seus netos. Case non fala con eles; teñen que “sacarlle” as palabras á forza, e cando o conseguen ten moitas dificultades para expresarse.

Os netos nunca tiveron moita relación con Manuela; nunca lles gustou ir á aldea. Tampouco a relación coa súa nora fora nunca boa, e agora cada vez é peor. Non o quere admitir, pero sente que Manuela é unha intrusa e cada cousa que fai lle parece mal. Aínda que se quere controlar, ás veces non pode facelo e lle grita; a Manuela no parece importarlle.

Xan está preocupado; case tanto polo seu matrimonio como pola súa nai.

Orientacións para unha mellor comunicación:

1.

2.

3.

### c. Caso 3

Á nai de Carlota lle diagnosticaron enfermidade de Alzheimer hai xa uns cantos anos. Como viven nunha casa con dous andares e un xardín grande, no que cando a construíron os seus pais era unha aldea e agora son as aforas da cidade, foi conseguindo que a súa nai se manteña activa. Seguiu cultivando a súa horta, indo a misa coa veciña e axudando nalgúns tarefas da casa. Maruxa é unha muller afable, de bo trato, e a verdade é que sempre deu gusto estar con ela, aínda que cada vez diga menos cousas e fale máis baixo. Dende hai tempo non se acordaba do que acaba de facer e Carlota tiña a certeza de que non recoñecía as señoras

que a saúdan cando pasan por diante da casa, pero iso tampouco trastornaba demasiado a súa vida nin a da súa familia. Pola mañá unha auxiliar facíalle compañía, e pola tarde estaba con eles na casa, tranquilamente.

Porén, Maruxa caeu saíndo da casa, no chanzo da entrada, vai un ano. Rompeu unha cadeira e a operación complicouse. O período de hospitalización foi longo e cheo de sobresaltos e, aínda que se foi recuperando pouco a pouco nestes meses, a penas é capaz de andar un par de pasos soa e non fala, tan só balbúcea. Carlota aínda mantén o seu traballo polas mañás e conta co seu marido e o seu fillo cando necesita facer algún recado, pero pasa todas as tardes con Maruxa e, aínda que non se atreva a dicilo demasiado alto, cáelle a casa encima. Dende hai algún tempo séntese deprimida, angustiada pola situación da súa nai, por non poder falar con ela e por non poder levar unha vida normal.

Orientacións para unha mellor comunicación:

1.

2.

3.

## 6. Preguntas de autoavaliación

- Cales son as funcións da comunicación?
- En que fase comeza a ser evidente o empobrecemento do vocabulario?
- Cales son os aspectos da comunicación non verbal que deben terse en conta?
- Por que é importante adaptar o noso estilo comunicativo cando falamos cunha persoa con enfermidade de Alzheimer?
- Como podemos favorecer a comunicación coa persoa enferma?

## Módulo 6: Coidado do coidador

### Índice do módulo

1.	Introdución	126
2.	Afrontamento dos coidados	127
a.	O coidador principal: definición	127
b.	Fases do familiar dun enfermo de demencia	127
3.	Toma de decisións	132
4.	Emocións que cómpre coidar	133
a.	Sentimentos máis frecuentes ao coidar	133
i.	Culpa	133
ii.	Impotencia	133
iii.	Ira	134
iv.	Soidade	134
v.	Vergonza	134
vi.	Esperanza	134
b.	Como manexar estes sentimentos?	134
c.	Aspectos beneficiosos do coidar	136
5.	Alteracións nos coidadores	138
a.	Ansiedade xeneralizada	138
b.	Depresión	139
c.	Duelo	141
6.	Síndrome do coidador	142
a.	Definición	142
i.	Perfil do risco	142
ii.	Sinais de alerta ante esta síndrome	143
b.	Áreas de sobrecarga do coidador principal	144
c.	Tratamento	145
7.	Intervención na atención á familia	146
a.	Áreas de intervención	146
b.	Intervención psicolóxica grupal	147
8.	Preguntas de autoavaliación	148

## 1. Introducción

As enfermidades crónicas propias da vellez, entre elas a demencia, mudan a relación entre as familias e os seu maiores. As melloras sanitarias traen canda si o aumento da esperanza de vida, que, pola súa vez, fai que a prevalencia dunha doenza tan incapacitante como a demencia chegue case que a todos os fogares.

As demencias son na actualidade un problema socio-sanitario de primeira categoría, ao que non se pode responder exclusivamente dende o ámbito familiar, que se ve desbordado en múltiples ocasións polas características desta doenza; é necesaria unha resposta dende unha perspectiva comunitaria e con recursos sociais e sanitarios, xa que o coidado é un reto que con moita frecuencia supera ás familias.

Na maior parte dos casos a decisión de coidar a un ser querido que padece unha enfermidade crónica tómase dende a emoción e vai guiada polo cariño cara ao familiar, sen sospeitar o gasto en enerxía que vai supoñer para o coidador.

As demencias presentan particularidades propias, como son:

- A longa duración da doenza; o carácter inquietante e estraño dos síntomas; a progresiva deterioración das funcións mentais e psíquicas coa consecuente dependencia por parte do afectado, e o longo período de coidados e atencións que vai precisar a persoa doente fan desta enfermidade unha perda de saúde moi característica e peculiar.
- As demencias ocasionanlle tanto ao doente como á familia sufrimento, malestar, ansiedade, desgaste persoal, un alto custo económico á sociedade en xeral e ás familias dos afectados en particular.
- Pero a enfermidade vai influír non só nunha persoa senón en todo o grupo familiar.
- A aparición dunha demencia na vida familiar vai dar lugar a unha situación descoñecida que modifica irremediabilmente e profundamente a vida familiar e cunhas consecuencias a priori totalmente imprevisibles.
- Debido ao alto grao de interdependencia que se dá dentro do seo dunha familia, a

aparición dunha enfermidade crónica nun dos seus membros afectará a todo o grupo e tamén ao funcionamento do sistema familiar, de maneira que provoca un cambio na orde de prioridades e desexos.

Coa decisión de atender a un ser querido estase mantendo un *apoio emocional* que o doente encontrará na súa familia e que se entende como a forma de axuda máis valorada. A este tipo de axuda tamén se lle denomina *apoio extensivo*, e inclúe sentimentos de confianza, aceptación e dignidade de cara á persoa doente.

Sendo así, a familia vai proporcionar unha *axuda de tipo informal* que se basea na apreciación da propia persoa do doente e non na súa incapacidade, a diferenza das institucións sanitarias e sociais, que virían sendo o *apoio formal*.

Esta *axuda informal* ha durar mentres exista a relación afectiva co doente ou ata que a necesidade de coidados supere certos límites que explicaremos posteriormente.

## **2. Afrontamento dos coidados**

### **a. O coidador principal: definición**

Aquela persoa dentro da familia que asume a maior responsabilidade na atención ao ancián será considerada o coidador principal. É necesario diferenciar entre o *coidador familiar*, cando é un membro da familia a persoa encargada de facilitar as atencións, ou ben un *coidador profesional* contratado.

Unha terceira distinción é a figura do *coidador de apoio* (*segundo coidador* ou *coidador secundario*), que é aquela persoa encargada de axudar ao coidador principal e facilitarlle un respiro por momentos nalgunha das súas funcións.

Por exemplo, unha familia onde a enferma é unha muller, o marido o coidador principal e un fillo que, para axudalo coa nai, asume o papel de coidador de apoio.

### **b. Fases do familiar dun enfermo de demencia**

Na maioría das doenzas crónicas acostúmase a chamar 'fases' aos diferentes momentos dese proceso vital. É unha forma descritiva que permite unha mellor comunicación entre familiares e profesionais.

Descubrimos agora as fases da demencia e como inflúen no cuidador principal, tendo en conta que o desenvolvemento das fases do familiar enfermo e do cuidador non teñen por que coincidir plenamente.

#### ■ **Primeira fase: fase da aceptación da doenza**

Na actualidade a representación social da demencia é a perda da memoria. E como aínda se asume que na vellez é normal este síntoma, dependendo da idade da persoa, o impacto emocional que se produce pode non ser tan duro. Dado que a incidencia desta enfermidade é cada vez maior, o traballo de sensibilización das asociacións de familiares vaise notando na sociedade e por iso os familiares dunha persoa enferma saben xa algo das consecuencias de padecer este mal.

##### - Impacto do diagnóstico

Por estraño que poida parecer, que un especialista nos dea un diagnóstico sobre o que padece o noso familiar pode ser beneficioso, xa que así teñen sentido e lóxica os comportamentos inadecuados que estamos a vivir.

Nun segundo momento xorde a angustia do devir, *que vai ser de nós?* É un pensamento recorrente en todos os familiares implicados na atención a un enfermo de demencia.

O diagnóstico fálanos dunha enfermidade crónica, irreversible, que provoca dependencia, perda de capacidades no enfermo e, por último, a morte.

##### - Busca de información

No século da rede de redes, internet, é unha reacción bastante frecuente na familia buscar información na rede, onde se atopan recomendacións e experiencias que, en ocasións, nos levan a ter pensamentos e accións inapropiadas e a centrar a nosa visión nun negativo futuro próximo esquecendo o presente, que é máis positivo do que en ocasións pensamos.

A familia pode ocultarlle o diagnóstico ao enfermo. Isto non vai evitar que a persoa se dea conta do que está a acontecer. Quizais se o afectado coñecese o diagnóstico, e tamén o pronóstico da doenza, a relación puidese ser máis fluída coa familia. Esta ocultación pode resultar un atranco nesta primeira fase, caracterizada sobre todo pola angustia e a tristura.

- Aceptación e negación do diagnóstico

En ocasións atopamos familias que buscan outro diagnóstico que sexa contrario ao de demencia. O grupo familiar débatese entre afrontar a verdade prognosticada ou negala. A negación é un mecanismo de defensa inconsciente que lle impide ao familiar tomar conciencia da realidade do diagnóstico e do pronóstico ata que non se sinta preparado para afrontala.

En realidade, o que a familia intenta é manter unha situación na que parece que nada acontece.

■ **Segunda fase: organización dos coidados do enfermo**

- Cambio na relación:

Nesta fase ten lugar un cambio na relación co enfermo e o cambio de roles na propia familia. A progresiva perda de capacidades do enfermo e as dificultades para desenvolverse no seu medio cotián esixen unha atención e uns coidados cada vez máis continuos; se ata o de agora só era necesario supervisar as súas tarefas, agora temos que facer cousas por el.

Para poder relacionarse co enfermo é necesario manexar información sobre a enfermidade e aprender a relacionarse de modo distinto co doente; é preciso darlle novas atencións e coidados.

Nesta fase os roles da familia son importantes para a definición de quen é quen nas tarefas do coidado.

Alianzas entre fillos, comunicación entre pais e fillos, normas e valores aprendidos na vida son aspectos que deben terse en conta neste cambio familiar.

■ **Terceira fase: coidados do doente**



Este é un período longo no tempo no cal os coidadores inician unha etapa de atencións continuas que durará ata a morte do ser querido.

- Asunción de responsabilidades:

O coidado do doente non só require coñecer ferramentas técnicas para facilitar a vida co familiar; supón tamén coñecer e solicitar recursos e axudas sociais ás que se teñen dereito, estar ao tanto das implicacións xurídicas e fiscais que supón facerse cargo da atención a un doente de demencia... Ademais, a convivencia e a vida familiar en si van mudar notablemente; aspectos como as relacións, a comunicación familiar, a economía familiar e a dispoñibilidade persoal de cada un, é dicir, a súa capacidade para coidar e asumir responsabilidades, afectan e implican a todos os membros da familia e, por conseguinte, á vida familiar que ata ese momento se viña desenvolvendo.

Estes factores van incidir notablemente en como se prestan os coidados continuos, na realización diaria de tarefas, na supervisión constante; ter que lidar coas alteracións presentes no doente vai minguando as enerxías do coidador principal, que nun primeiro momento atende só as necesidades do doente para, posteriormente, sentir a necesidade de atención propia.

Esta situación é difícil de soste sen un coidador de apoio, para o cal é necesaria unha predisposición e actitude favorables na familia.

- Apoio social

Para o coidador é importante encontrar apoio e axuda non só na súa familia se non tamén na comunidade á que pertence. Espera recibir dos demais axuda, comprensión, recoñecemento e protección da Administración, os veciños e voluntarios.

As axudas económicas recibidas polo coidador principal e procedentes da Administración cumpren o papel de satisfacer a necesidade de recoñecemento que este ten polo esforzo e o labor que está a realizar, en ocasións duro e difícil; calman o temor que en ocasións pode sentir de que non vai poder cumprir co obxectivo de coidar ao seu ser querido; diminúen a angustia e o medo a quedar só e desamparado ante a situación que vive co seu familiar.

- Cambios na relación co doente

Para a persoa con demencia só existe un familiar, o coidador principal; é dicir, obsérvase un cambio na relación, que pasa a ser de tipo diádica, *de a dous*, xa que é quen lle proporciona seguridade, tranquilidade, referencia no día a día, e lle cobre os aspectos emocionais e afectivos.

Como consecuencia desta nova relación, o coidador sente que é un apoio insubstituíble para o familiar, e iso pode derivar nunha angustia e unha carga difícil de soste sen claudicar.

Outro aspecto que cómpre ter en conta nesta fase é a convivencia coa degradación psíquica e física; é dicir, observar como pouco a pouco a demencia vai diminuindo as capacidades psicolóxicas e físicas da persoa querida, a perda da identidade, os cambios físicos, a prostración, o encamamento... son feitos que mostran dunha maneira crúa a proximidade da morte.

Para rematar este punto, salientemos que á hora de abordar os coidados será necesario acudir a especialistas para obter a información máis precisa á hora de tomar decisións, posto que a demencia é unha doenza que necesita de profesionais de distinta formación: médico en atención primaria, neurólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, psicólogo, traballador social, avogado... son algunhas das persoas a quen o coidador deberá acudir no proceso de atención e coidados continuos que vive co seu familiar.

Táboa 6.1: Fases do familiar dun enfermo de Alzheimer

<b>1.<sup>a</sup> fase</b>	Aceptación da doenza	- impacto do diagnóstico - busca de información - aceptación ou negación do diagnóstico
<b>2.<sup>a</sup> fase</b>	Organización dos coidados	- cambio de roles na relación familiar
<b>3.<sup>a</sup> fase</b>	Coidados do doente	- asunción de responsabilidades - apoio social - cambios na relación co doente

### 3. Toma de decisións

O proceso de toma de decisións consiste en encontrar unha conduta axeitada para una situación na que hai una serie de sucesos incertos. A definición da situación xa é un elemento que pode entrar no proceso. Hai que elixir os elementos que son relevantes e obviar os que non o son e analizar as relacións entre eles. Unha vez determinada cal é a situación, para tomar decisións é necesario elaborar accións alternativas, extrapolalas para imaxinar a situación final e avaliar os resultados tendo en conta as incertezas de cada resultado e o seu valor. Así obtense unha imaxe das consecuencias que tería cada una das accións alternativas que se definiron. De acordo coas consecuencias, asóciase á situación a conduta máis idónea elixíndoa como curso de acción.

**Factores que van influír na relación familiar cuidador-doente e que serán determinantes na toma de decisións:**

- Personalidade da persoa cuidadora

Sobre todo, a relación previa coa persoa afectada. Considérase un elemento predictor de tensión que a relación anterior fora ambivalente ou pouco satisfactoria coa persoa en situación de dependencia. Por outra parte, o grao de autonomía, a fortaleza do eu e a historia da súa separación con respecto ao obxecto primario van determinar que a persoa cuidadora tome unha posición ou outra na atención.

- O apoio social

Este é un factor determinante nalgúns momentos. Canto maiores sexan os vínculos familiares que manteña o cuidador, máis amparado e apoiado poderá sentirse. Tamén o feito de non sentirse avalado pola familia e os/as amigos/as será un dos factores determinantes da tensión da persoa cuidadora.

Outros aspectos que hai que ter en conta na toma de decisións serán os referentes ao estado emocional do cuidador que desenvolvemos no seguinte punto.

#### 4. Emocións que cómpre coidar

##### a. Sentimentos máis frecuentes ao coidar

Os sentimentos que o familiar pode sentir como consecuencia do contacto coa doenza son múltiples e variados. Algún deles serían:

##### i. Culpa

Definida como a consecuencia de ter cometido unha falta. A culpabilidade é a experiencia de sentirse culpable; a experiencia de crer que fixemos algo malo.

Pode xurdir nestas familias facilmente debido a varios factores sobre os que temos que traballar e entre os que podemos sinalar:

- a. A excesiva *autoesixencia* do coidador ante a situación de dependencia do doente. O coidador esíxese un nivel de atención ao familiar moi superior ao que pode ofrecer obxectivamente, ben pola situación do doente, ben por outras responsabilidades do coidador: traballo fóra do fogar, cativos, etc.
- b. O familiar pode crer que a sociedade lle impón cumprir cos seus *deberes de fillo/a, esposo/a, dun xeito concreto que non pode asumir*.
- c. Cando o coidador se atopa en situacións complicadas de solucionar e non sabe como darlles resposta. Este descoñecemento vívese ás veces coma se fose responsabilidade súa, coma se tivese que saber qué facer ante estas situacións, moitas veces límite, ás que nin sequera ás veces os profesionais e especialistas podemos dar resposta axeitada, como sucede cos trastornos condutuais na demencia e cos coidados paliativos na última etapa da doenza.

##### ii. Impotencia

O coidador renuncia a moitas actividades da súa vida por atender o seu familiar. Coidados sen medida que acabarán por minguar as súas enerxías producíndolle problemas de tipo físico e psicolóxico, diminuindo a súa capacidade de atención e concentración e sentíndose impotente cando afirma que non está facendo todo o suficiente para atender ao seu familiar, e a realidade

é que non atende ás súas propias necesidades.

### **iii. Ira**

Dirixida cara a aqueles que non colaboran na axuda; contra as institucións sanitarias, xa que non atopamos solucións cando acudimos ao especialista; contra a Administración, que non nos proporciona a axuda que precisamos; contra os familiares que non proporcionan respiro. Ata pode o coidador sentir rabia contra o doente que non facilita os labores de asistencia.

Esta agresividade é froito da frustración que xeran os coidados continuos; a sensación de que non teñen fin as atencións e de que a vida do coidador é una lousa que pesa moito.

### **iv. Soidade**

A tarefa de coidar pode ser moi solitaria. As dificultades para comunicarse co doente fan que desapareza o compañeirismo que antes existía e que mude a relación co doente; outro feito que hai que ter en conta é a perda da vida social, froito das atencións continuas.

### **v. Vergonza**

O doente pode esquecer as normas de conduta social aceptables, os modais na mesa, usar palabras malsoantes, ter un comportamento sexual inadecuado, etc. Polo tanto, algunhas familias chegan a sentir vergonza ante o comportamento do familiar. Como consecuencia, ás veces a familia reduce as saídas a actos sociais.

### **vi. Esperanza**

Estado do ánimo no cal se nos presenta como posible o que desexamos. No caso do coidador será a aparición dunha vacina contra a doenza, ou dun medicamento que free o seu avance, que o seu familiar continúe na fase que se atopa a maior cantidade de tempo posible.

O devir lento da doenza fai que este sentimento estea presente durante demasiado tempo no familiar, e cando toma conciencia do avance da demencia xorde unha frustración, que pode dirixirse cara un mesmo ou cara os demais.

## **b. Como manexar estes sentimentos?**

As persoas dispoñemos de diferentes modos de afrontar os nosos problemas, sentimentos e emocións; haberá quen lles mostre sen dificultade aos demais a súa intimidade, exhibindo estes aspectos; quen viva cada acontecemento cunha grande intensidade e, pola contra, quen non teña intención de mostrar as emocións e que, polo tanto, perciba as situacións de xeito diferente.

A aparición destes sentimentos vén condicionada por factores que inflúen na relación entre o coidador e o seu familiar:

- Relación co doente. Se a relación era afectuosa, maior é a dificultade para separar as atencións das emocións e maior a posibilidade de aparición de sentimentos de culpa, ira, impotencia, etc.
- Período de coidados: a maior tempo de atención, máis posibilidade de aparición de sentimentos de culpa, impotencia, ira, etc.
- Valores persoais. Non existe unha única forma correcta de manexar os nosos sentimentos; segundo Rojas (2006) debemos ter en conta aspectos como os seguintes:
  - escoitar as emocións, non ignoralas e procurar expresalas mediante canles axeitadas; do contrario han facernos mal.
  - Diminuír o nivel de autoesixencia nos coidados.
  - Para acadar un mellor rendemento convén organizarse por prioridades, de maneira que todo o importante se fará e só o non esencial quedará por facer.
  - Cando son outros os que che botan a culpa (heteroesixencia), reflexiona que es ti e non eles quen está a cargo da situación. Podes admitir consello, pero de ningún modo debes admitir faltas de respecto.
  - Ten tolerancia contigo mesmo. As situacións que pode sufrir un coidador poden levalo a ter pensamentos negativos acerca da súa valía. Calquera na mesma situación tería eses pensamentos; non os reprimas, permítete ser un pouco imperfecto.
  - A rabia contra un mesmo debe ter unha canle de escape natural; o exercicio físico e a relaxación axudarán.
  - Cando xurda un conflito procura afastarte un pouco da situación; ha axudarche a

ver o problema doutro xeito.

- Aquilo que coñeces en profundidade deixa de ser unha ameaza. Canta máis información teñas con respecto aos coidados, á doenza e ao seu proceso, máis seguro te sentirás.
- Céntrate no aquí e agora; non anticipes situacións futuras negativas.
- Acariñar, bicar, dar masaxes, contactar co doente fisicamente é unha das maneiras de comunicarse co doente e de eliminar a soidade do coidador.

### c. Aspectos beneficiosos do coidar

Non podemos pensar que atender a unha persoa querida supoña exclusivamente aspectos negativos. É certo que lles imos prestar atención especialmente ás cuestións referidas aos síntomas negativos da tarefa de coidar, á fatiga, ao cansazo, aos sentimentos negativos que nacen nos coidadores, pero tamén é necesario e saudable que fixemos a nosa atención nos aspectos beneficiosos que ten para os coidadores atender ao seu ser querido.

Devolver en vida: O feito de poder devolver en vida, mediante coidados e atencións, todo o que o coidador sente que recibiu do seu ser querido é, sen dúbida, o aspecto máis beneficioso de atender ao seu familiar. Este é o motor de moitos coidadores cando asumen a loita de proporcionar os coidados e manter as capacidades e a calidade de vida do seu familiar doente.

Reconciliación: A posibilidade de reparación, da reconciliación en vida; poder perdoar e ser perdoado polos posibles ou reais enfrontamentos anteriores.

Caso real:

*M. e C. non eran un matrimonio ben levado.*

*M. traballaba moito; home sociable, amigo dos seus amigos, cando non estaba traballando, estaba xogando a partida, indo de caza.*

*Pola contra, C. non era moi agarimosa; muller traballadora, costureira, atendeu aos seus fillos, levaba a casa.*

*M. e C. rifaban todos os días, por calquera cousa.*

*Despois de lle diagnosticar unha demencia tipo Alzheimer a C., todo mudou. M. dedícase a atender todo o día a C.; preocúpase pola súa alimentación, estimulación, coidados e hixiene.*

*C. vai pola tarde a un centro de estimulación onde fala marabillas do seu marido.*

*M. acode a charlas para aprender a manter as capacidades da muller, a dar coidados e autocoidados.*

*Agora xa non hai tantas discusións na casa de M. e C.*

Desexos: A decisión de coidar pode vir dada por cumprir desexos ou rogos manifestados ao longo da relación familiar, tales como: *eu non te deixarei; se enfermo, atendédeme na casa; cando sexamos maiores coidarémonos o un ao outro*. Estes son rogos ou desexos que podemos escoitar nos familiares.

Proxecto de vida: Os coidados poden significar e representar para o coidador un proxecto de vida cun obxectivo que pode ser cumprido: ser o coidador do seu familiar ata a fin dos seus días.

Caso real:

*C. e P. son un matrimonio que levan xuntos toda a vida. P está diagnosticada de demencia asociada a Parkinson; C. ten problemas coronarios dende hai 15 anos.*

*C. atende a P. no domicilio coa axuda dos fillos e dunha coidadora profesional.*

*A familia está preocupada xa que P. sufriu un agravamento na súa situación e é posible que faleza, mentres C. se atopa tamén delicado.*

*C. mellora e volver estar atento aos coidados últimos de P.*

*Despois de morrer P., C. afirma que xa non ten sentido a súa vida.*

*Unha semana despois morre C.*

Lazos xeracionais: Se o proceso de interacción entre os membros da familia foi adecuado e se desenvolveu dende a participación e colaboración, as consecuencias que se derivan das atencións poderían resumirse, segundo Parreño Rodríguez (1989), en:

- fortalecemento dos lazos afectivos entre as distintas xeracións;
- posibilidade de compartir experiencias e intereses recíprocos e interxeracionais;
- a convivencia das distintas xeracións baséase no amor e na solidariedade familiar.

Por ser un proceso longo marcado pola aparición de diversas e sucesivas crises ao longo do seu percorrido, o coidador principal —aínda que lle queden as cicatrices e feridas dos diversos impactos sufridos— ha experimentar ao cabo un crecemento persoal único acompañado dun cambio na súa concepción vital con reordenación de prioridades, cambios na escala de



valores, autoestima e, por último, un sentimento de benestar en relación coa actuación desempeñada.

## 5. Alteracións nos cuidadores

Un aspecto que cómpre destacar no labor de coidado do doente xorde cando a dependencia deste aumenta; é dicir, cando necesita axuda para a realización de actividades da vida diaria: vestirse, comer, lavarse.

Os cuidados que require a persoa enferma fanse especialmente relevantes, xa que esta situación vai esixir do coidador unha atención continuada e sen descanso que desembocará nunha forte carga de estrés, de tal maneira que os cuidadores de doentes con demencia son un dos grupos máis proclives a padecer alteracións de tipo psicolóxico. Quizais sexan a ansiedade e a depresión os principais problemas que deben afrontar os cuidadores.

### a. Ansiedade xeneralizada

A ansiedade é un conxunto de respostas cognitivas, fisiolóxicas e motoras que dá unha persoa ante unha situación determinada. Cando esta situación é tensa, desagradable ou angustiada, prodúcese unha activación de todo o organismo co fin de superar esta problemática. Esta activación pode ser de tipo adaptativo ou ben promover condutas repetitivas e que buscan escapar da situación difícil.

As respostas de ansiedade son respostas aprendidas que o organismo pensa (cognitivo), fai (motor) e sente (fisiolóxico).

- Respostas fisiolóxicas: aquelas sensacións que se producen no noso organismo ante unha situación estresante. Adoitan aparecer de modo automático e producen unha forte sensación de malestar: son as taquicardias, sensación de nó no estómago, sudación, vertixes, etc.
- Respostas cognitivas: ideas e pensamentos de tipo negativo xeradas pola situación e que se disparan no cerebro de xeito automático: "*non sirvo para isto*", "*son unha inútil*". "*por que me pasa isto a min?*".

- Respostas motoras: accións que se realizan co fin de controlar a situación e que fan que, aparentemente, todo volva á normalidade; porén, este tipo de resposta de ansiedade pode chegar a crear problemas maiores, tales como fumar demasiado, beber, etc.

Caso real:

*E. é a filla cuidadora principal de R. Cando a R. lle diagnosticaron demencia tipo Alzheimer, E. e mais a súa irmá, C., decidiron que E. fose vivir coa súa nai ao seu domicilio e deixase o seu traballo e mais o lugar onde vivía, mudando toda a súa vida para atender a R.*

*R. era unha nai pouco agarimosa e a relación con E. vén sendo moi tirante: dificultades na comunicación, discusións... Tamén coa súa irmá C., quen lle di que "non sabes coidar da nosa nai".*

*Ten problemas para durmir; non sae da casa, as súas amigas e amigos están noutra cidade, vive unha vida sen plans de futuro. Estase acostumando a beber cervexa na casa. Tanto que xa non se ocupa da súa nai nos coidados diarios.*

## **b. Depresión**

O trastorno depresivo maior é un dos trastornos psicolóxicos máis frecuentes en todo o mundo; a súa aparición ten lugar debido a unha serie de situacións que a persoa percibe como negativas e que se engaden a un descenso da motivación e da esperanza de acadar un fin último, ata tal punto que vai influír en todos os aspectos cotiás da vida.

No caso dos cuidadores podemos apreciar unhas distorsións cognitivas. Podemos sinalar algunhas das máis frecuentes:

*Pensamentos dicotómicos (si/non, todo/nada):* Existe unha tendencia nos cuidadores a avaliar as súas accións en termos extremos, éxito–fracaso, de xeito que ante unha acción de coidado que nos supera consideramos que non vallo para nada, non sei coidar o meu pai/nai, todo o malo do mundo me pasa a min... estas son algunhas das frases que lle podemos escoitar a un cuidador nun momento de malestar. A persoa con depresión ten un gran medo a cometer un erro porque se vai considerar como un total fracasado na súa empresa.

Esta forma de avaliar a realidade escapa da lóxica realista, que non se mide en termos dicotómicos. O que sucede é que a persoa non ten a estabilidade emocional máis adecuada para coidar o seu familiar; nestes casos o apoio céntrase en lograr un axuste nos coidados que permita que a asunción de tarefas sexa vista como algo beneficioso para o coidador, non como unha proba constante da súa valía.

Xeneralización excesiva: A persoa con depresión vai xeneralizar as consecuencias negativas da súa conduta. Por exemplo, cando un coidador se encontra cun amigo, o invita a saír e o amigo rexeita saír con el, pode ter como consecuencia que non o volva chamar porque *eu estou só para coidar a miña muller porque non teño ningún amigo co que poder contar.*

A situación pode cambiar se buscamos outro amigo co que poder manter unha conversa e tomar un respiro das atencións.

Abstracción selectiva: Neste caso a distorsión prodúcese cando ante unha situación só vemos a súa parte negativa. Por exemplo:

*P. ten a súa muller enferma de Alzheimer e leva moito tempo sen saír a xogar a partida cos amigos. Unha tarde decide pedirlle axuda á súa irmá para que quede coa súa muller mentres el vai pasar a tarde cos amigos.*

*Goza durante tres horas da compañía dos seus amigos, falando de temas que lle interesan e esquecendo por uns momentos a preocupación de atender a súa muller.*

*Cando chega de novo á casa, a súa irmá coméntalle que preguntou nalgúns momentos por el. Entón P. di que será mellor non quedar cos amigos porque a súa muller se altera.*

Neste caso a abstracción prodúcese porque o coidador non ten en conta os beneficios do seu respiro e a escasa adaptación que tivo a súa muller coa súa irmá.

Degradación do positivo: Os coidadores tenden a subvalorar as accións positivas da súa conduta, achacándoas a outras causas.

Cando C acode ao especialista e este lle di que á súa nai está moi ben atendida, que é notable todo o traballo que está a desempeñar, C responde que non é para tanto, que fai o que faría calquera filla.

### **c. Duelo**

O coidador principal pode sufrir unha alteración no seu estado de ánimo que se manifesta fisicamente en síntomas como malestar físico, apatía, labilidade emocional... Chega a afirmar que sente coma que perdeu o seu familiar, a pesar de que este non faleceu.

Este cambio no seu estado de ánimo acontece porque o coidador observa no seu familiar comportamentos que o distancias das características de personalidade que lle eran propias: "xa non é o meu home", "ela nunca faría iso", son expresións que indican que non recoñecen o seu ser querido na persoa que coidan.

Faise un duelo en vida; o coidador perde pouco a pouco o seu ser querido.

O coidador pode crer que tras o falecemento do familiar todo acabará. Pero en moitas ocasións non é así, xa que comeza unha nova fase de reconciliación e adaptación a un modo de vida distinto ao que tiña coidando o seu familiar.

O duelo humano defínese como unha reacción adaptativa natural, normal e esperable ante a perda dun ser querido.

É un proceso único e irrepitible, dinámico e cambiante momento a momento, persoa a persoa e entre familias, culturas e sociedades. Non é un proceso que siga unhas pautas universais.

Unha característica que cómpre ter en conta é o modo en que se produciu o falecemento. Se o coidador principal puido acompañar o seu familiar ata o final sente completado e realizado o seu plan de vida no transcurso destes últimos anos; aínda así dáse unha contradición xa que queda sen proxecto vital, sen ocupación; ten unha sensación de baleiro e de non saber qué facer co seu tempo; deprímese e non ten folgos para realizar ningunha actividade.

O duelo relaciónase coa aparición de problemas de saúde; aumenta o risco de ansiedade, depresión, abuso de alcol e fármacos, e así mesmo aumenta o risco de morte e suicidio.

Caso real:

*E. atendeu a súa muller durante catorce anos; agora leva seis meses falecida. Neste momento non atopa acougo, nada o entretén, nin sequera a pintura; antes, podía estar toda a tarde diante do cabalete, pero agora non ten forzas para coller os pinceis. Está preocupado.*

*Acode ao seu médico e cóntalle que ás veces se encontra falando coa súa muller coma cando el estaba na cociña e ela na sala, e claro, xa non hai ninguén; "penso que me estou volvendo un pouco tolo", afirma E.*

## 6. Síndrome do coidador

### a. Definición

Esta síndrome (García-Piñá, 2004; Flórez, 1996) foi descrita en Estados Unidos no ano 1974. Consiste nun desgaste inapropiado das reservas psicolóxicas e físicas como consecuencia da sobrecarga desmedida ante o coidado dun enfermo crónico.

O perfil principal dun coidador propenso a desenvolver esta síndrome é o dunha persoa que chega a dedicarlle case todo o seu tempo ao enfermo, con cambios de traballo e de lugar de vivenda, polo normal en solitario, sen axuda doutras persoas, e con estratexias pasivas e inadecuadas de toma de decisións, de resolución de problemas, e ausencia de información acerca da doenza.

Considérase que esta síndrome ten as súas causas nunha presenza continuada de estrés de tipo crónico por mor da realización continuada de tarefas rutineiras e repetitivas, cunha sensación de falta de control sobre o resultado final dese labor e que esgota as reservas psicolóxicas e físicas do coidador.

### i. Perfil do risco

- Mala saúde física previa.
- Historia previa de alteracións no estado de ánimo, depresión ou trastornos de personalidade.

- Pouco apoio social e familiar; sen cónxuxe, parella ou amigos íntimos.
- Idade superior aos 65 anos.
- Escasas actividades sociais á parte de atender o seu familiar.
- Soidade.
- Ausencia de apoios socio-sanitarios inmediatos.
- Descoñecemento da enfermidade e de como abordala dende un punto de vista práctico.

#### **ii. Sinais de alerta ante esta síndrome**

- Problemas de sono: dificultade para conciliálo, poucas horas de sono, desvelo, etc.
- Perda de enerxía, sensación de fatiga crónica, cansazo continuo que o leva a non saír da súa rutina habitual.
- Illamento social.
- Consumo excesivo de bebidas alcohólicas, aumento no consumo de tabaco, pastillas para durmir u outros fármacos.
- Problemas de tipo físico: palpitacións, tremores nas mans, dor nos músculos, molestias dixestivas.
- Problemas de atención, memoria e dificultades de concentración.
- Menor interese por actividades que antes lle agradaban e que realizaba con gusto.
- Aumento ou diminución do apetito.
- Irritabilidade; anoxase con facilidade por situacións pouco importantes que antes non lle provocaban esa reacción.
- Labilidade emocional, cambio frecuente de humor ou de estado de ánimo.
- Cambios na personalidade; son observables cando trata a outras persoas dun xeito menos considerado ca antes.
- Aumento da demanda sanitaria.
- Entre eses síntomas, non se admiten aqueles físicos o psicolóxicos que se expliquen mediante outras causas que non teñen que ver co coidado.

## b. Áreas de sobrecarga do coidador principal

Descríbense catro áreas de sobrecarga nos coidadores:

Dependencia afectiva: A medida que o doente comeza a demandar atención e axuda, o coidador empeza a desenvolver unha dependencia afectiva ao seu respecto, chegando a afirmar cousas coma: “ninguén o cuida coma min”, “agora depende de min para todo”.

Con expresións deste tipo o coidador comeza a entrar nun círculo vicioso do cal lle resultará difícil saír, e que co paso do tempo será unha fonte de estrés moi importante que o vai limitar noutras áreas da súa vida cotiá.

En ocasións resulta moi difícil saber quen necesita máis a quen: se o doente ao coidador ou ben o coidador ao doente.

Como consecuencia desta dependencia xurdirá a segunda área de sobrecarga: o illamento social do coidador.

Illamento social: Os contactos con outras persoas do seu círculo habitual van diminuír dende que comeza a doenza.

Nun primeiro momento é o doente quen se nega a saír debido aos seus problemas de tipo cognitivo, que lle fan difícil desenvolverse polas rúas e lugares antes habituais para el; posteriormente, o doente tentará que o familiar quede con el na vivenda. O coidador vaino aceptar, e pouco a pouco as súas amizades, hobbies, e incluso vida laboral, poden verse desprazados, aumentando así os sentimentos de soidade, abandono e falta de axuda.

Pódese xerar unha terceira área de sobrecarga: as discusións cos familiares máis achegados.

Problemas na familia: Poden xurdir diferenzas entre o coidador principal e o coidador de apoio familiar. En todos os casos existe unha similitude: a sensación de incompreensión de todas as persoas que o rodean, incluídos os seus propios familiares, irmáns, fillos, esposos.

De resultas do coidado, os problemas familiares aumentan, sobre todo a medida que a doenza avanza mostrando síntomas que xeran máis dependencia do coidador.

E entón cando a falta de axuda é máis percibida; entre outras razóns porque conforme avanza a doenza xorden alteracións do comportamento que poden redundar en que o coidador descanse pouco e se coide menos a si mesmo.

Alteracións de conduta: Este síntoma da demencia ten unha influencia directa no gasto de enerxía do coidador principal; cando aparecen o vagabundeo, as obsesións, os delirios, a axitación, as dificultades do sono... todo isto repercute inevitablemente no coidador, que se vai ver obrigado a diminuír o seu descanso habitual, xa que ten que estar as vinte e catro horas do día pendente do seu familiar, o cal se pode prolongar durante longos períodos de tempo, días, semanas.

Con este ritmo chega un momento en que o coidador non é quen de atopar enerxía; as súas defensas físicas diminúen e o estrés e outras alteracións psicolóxicas comezan a aparecer, como xa comentamos noutro punto deste módulo.

É necesaria unha intervención.

### **c. Tratamento**

Como dixemos noutro apartado, o coidador pode solicitar consultas frecuentes co seu médico de atención primaria, de forma que os problemas físicos poidan ser minimizados ou reducidos por aquel/a. De tódalas maneiras, é necesaria unha atención máis completa que modifique aspectos de autocoidado que ata agora non foran tidos en conta. O coidador debe:

- Solicitarlles axuda á familia, amigos, asociacións ou profesionais.
- Aceptar a axuda que lle ofrezan, aínda que pareza insuficiente.
- Aumentar os momentos de descanso.
- Mellorar os niveis de sono.
- Atender os amigos e as relacións sociais.
- Organizar e reservar un tempo de ocio e gozo. Recuperar afeccións perdidas pola atención continua ao seu familiar.
- Manter hábitos saudables, modificar a inxestión de alimentos, facer exercicio, rutinas satisfactorias.



- Información acerca da enfermidade.

## 7. Intervención na atención á familia

### a. Áreas de intervención

Polo xeral, é o coidador principal do doente quen acude a consulta, aínda que nalgúns casos é o coidador de apoio quen busca axuda para o principal. De feito, cando o coidador principal é unha persoa de idade avanzada adoita ser un dos fillos quen solicita consulta debido á situación dos pais.

A intervención con familiares debe abarcar as diferentes áreas principais das necesidades desas persoas: área psíquica, tanto a nivel cognitivo como psicoafectivo, área social e interrelacional, área de autocoidados, apoio instrumental e área organizacional.

- Na área cognitiva é necesario incidir en ideas, crenzas e atribucións que existen na nosa sociedade acerca do rol do coidador, da familia, o ingreso en residencias, centros de día, os modelos de familia, etc.
- Área psicoafectiva. Como xa comentamos no apartado das emocións, é unha área fundamental á hora de coidar a outra persoa dependente. As habilidades de comunicación serán un dos puntos que hai que tratar nesta área, xunto coas técnicas de manexo e redución de estrés, visualización, relaxación e expresión emocional.
- Se nos atopamos con problemáticas de tipo ansioso ou depresivo será necesario un tratamento adecuado a nivel psicofarmacolóxico, psicoterapéutico e de apoio social.
- Área interrelacional: dende un enfoque comunitario é necesario fomentar o inicio ou mantemento de redes sociais e familiares que favorezan un respiro e apoio social para o coidador.
- Área de coidado e apoio instrumental: informar dos recursos que podemos atopar no noso medio para a realización de actividades rutineiras e de coidado, limpeza, vestido, alimentación, etc.
- Área de tempo libre: o aspecto lúdico da relación constitúe un dos elementos máis importantes e vai ter consecuencias relevantes nas áreas afectiva e relacional.
- Área organizacional: un dos aspectos que cómpre ter en conta é a posibilidade dun

adestramento para a planificación de actividades e realización das tarefas cotiás; aspectos que, polo xeral, dificultan a atención ao ser querido.

### b. Intervención psicolóxica grupal

Este tipo de intervención está destinada a un colectivo de persoas con risco de illamento social, con risco de abandonarse, cunha comunicación verbal diminuída e con déficits formativos relativos a cómo deben coidar e qué deben facer co seu doente e con elas mesmas; é dicir, a un colectivo que sofre.

Reunir estas persoas en grupo e ofrecerlles a posibilidade dun espazo onde poidan falar libremente e con confianza dos seus problemas e dificultades diarias é, sen dúbida, un bo recurso de axuda psicolóxica.

O apoio e a axuda mutua contribúen a desenvolver e estimular a capacidade das persoas, non só de axudarse a si mesmas, se non tamén de axudar a outras persoas a axudarse a si mesmas.

Na intervención psicolóxica grupal coas familias podemos operar con tres modalidades grupais diferentes.

Táboa 6.2: Intervencións grupais con familias

<b>Tipos de intervención psicolóxica grupal</b>	<b>Obxectivos</b>	<b>Beneficios</b>
Grupos educativos	Buscan transmitir información, coñecementos, recomendacións e pautas de interese para os familiares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recibir información específica sobre a doenza, fases, tipos de coidado, etc.</li> <li>- Permitir que o familiar se posicione ante situacións concretas que o preocupan.</li> <li>- Fomentar a adquisición de novas habilidades.</li> <li>- Favorecer o acercamento e a relación dos familiares cos profesionais do medio.</li> </ul>

Grupos de axuda mutua (gam)	<p>- Preténdese aliviar o sufrimento psíquico dos seus membros e proporcionarlles os recursos que lles axuden a manexarse mellor no coidado do seu doente.</p>	<p>- Posibilidade de compartir unha experiencia común.</p> <p>- Facilitar o encontro, a interacción e a aprendizaxe dos coidadores.</p> <p>- Previr o illamento.</p> <p>- Proporcionar apoio emocional.</p> <p>- Axudar a cultivar un sentimento de esperanza.</p> <p>- Proporcionar información, consello e educación.</p> <p>- Posibilitar a reestruturación cognitiva.</p> <p>- Fomentar un clima de solidariedade.</p>
Grupos de duelo	<p>Búscase a mellora nas emocións e sentimentos que sobreveñen despois da perda dun familiar.</p>	<p>- Facilitar e permitir a expresión de sentimentos de culpa, enfado, de baleiro existencial, etc.</p> <p>- Normalizar comportamentos e condutas estrañas que mostran os coidadores tras a morte do seu familiar.</p> <p>- Facilitar a expresión dos afectos.</p>

## 8. Preguntas de autoavaliación

- Fases do familiar dun enfermo de demencia.
- Sentimentos máis frecuentes ao coidar.
- Ansiedade e depresión nos coidadores.
- Áreas de sobrecarga do coidador principal.
- Intervención grupal. Tipos.

## Bibliografía

### XERAL

- Alberca, R., López-Pousa, S. (2002) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid; Médica Panamericana.
- Boada M., Tárraga, L. (2002) *La memoria está en los besos*. Madrid: Maio.
- Deví Bastida, J.; Deus Yela, J. (2004) *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: ISEP Universidad.
- Matías-Guiu, J.(2009) *Convivir con Alzheimer*. Santiago de Compostela:. FAGAL – Xunta de Galicia.
- Peña-Casanova, J. (1999) “Activemos la mente”:
  - Enfermedad de Alzheimer.
  - Alteraciones psicológicas y del comportamiento en enfermedad de Alzheimer.
  - Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer.
  - Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
  - Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades.
  - El libro de la memoria.
- Peña-Casanova, J. (2005) “Activemos la mente”. Actualización 2005. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Tárraga, L.; Boada, M. (1999) *Volver a empezar*. Barcelona: Fundación ACE.
- VV. AA. (2003) *Preguntas arredor do Alzheimer*. FAGAL-Xunta de Galicia.
- VV. AA. (2007) *Guía para cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Ferrol: FAGAL-Xunta de Galicia.
- VV. AA. (2008) *Atender a una persona con Alzheimer*. Pamplona: CEAFA-Caja Madrid-Obra social.

## ESPECÍFICA

### MÓDULO 1

- Boada, M.; Tárraga, L.; Anglés, J.; Llach, M. (1994) *Tú y yo, de nombre Alzheimer*. Barcelona: Ediciones Glosa.
- Cummings, J. L. (2003) *La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas*. Novartis.
- VV. AA. (2000) Colección de documentos de política social. Centros de día para personas mayores con dependencia. Documento técnico n.º 8.

### MÓDULO 2

- Gil, R. (2007) *Neuropsicología*. Barcelona: Ed. Elsevier Masson.
- Tirapu, J.; Ríos, M. e Maestú, F. (2008) *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Ed. Viguera.

### MÓDULO 3

- Fernández Merino, V. *Alzheimer. Un siglo de esperanza*. Ed. Adaf.
- Fundación La Caixa-Obra social. (2008) *Un cuidador, dos vidas*. Vol. 1.
- Marina, J. A. (2006) *“Un tratado sobre la valentía”*. Ed. Anagrama. Barcelona.
- Merino Aguado, J. (2007) *Enfermedad de Alzheimer y ansiedad*. Edt. Paidós.
- Mínguez, L. e outros. (2001) *Alzheimer. Familiares y cuidadores*. Ed. Caja España de Inversiones, Caja de Ahorros y Monte de Piedad.
- Selmés, J. e Derouesné, C. (2006) “Enfermedad de Alzheimer. Cinco protagonistas en busca de su identidad”. *Revista Medicine*. Vol. 2. N.º 7. 309-313. Francia.

### MÓDULO 4

- Azpiazu, P.; Cuevas, R.; Trías, N. (1999) *La psicomotricidad: un método de estimulación cognitiva*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Eschwind, N. (1985) “Mechanism of change after brain lesions”. En: Nottebohm, E. (editor) *Hope for a new neurology*. Annals of the New York Academy of Sciences. 457, 1-11.

- Martínez, E.; Cermeño, J.; Vergara, I.; Salmón, B.; Roldán, J. J. (2008) *Para que no se olvide: ejercicios de estimulación cognitiva*. Pamplona: Foro QPEA.
- Sobera, C.; Barroso, Y.; Molina, G.; Barrio, E. (2001) *Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el domicilio*. Fundación Pfizer.
- Tárraga, L.; Boada, M. (2003) *Cuadernos de repaso: ejercicios de estimulación cognitiva para enfermos en fase moderada*. Barcelona: Glosa.
- Tárraga, L.; Boada, M. (2004) *Cuadernos de repaso: ejercicios de estimulación cognitiva para enfermos en fase leve*. Barcelona: Glosa.

## MÓDULO 5

- De Domingo Ruiz de Mier, M<sup>a</sup>. J.; Iglesias Asensio, P.; Rodríguez Ponce, C. e Núñez Zamora, F. (2004) *La comunicación con el enfermo de Alzheimer*. Pamplona: CEAFA.
- Juncos-Rabadán, O.; Pereiro, A. X. e Facal, D. (2006) "Comunicación y lenguaje en la vejez". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 67. *Lecciones de Gerontología*, XI.
- [www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/juncos-comunicacion-01.pdf).

## MÓDULO 6

- Nevado Rey, M. (2006) *El cuidador y la familia*. Madrid: Afalcontigo
- Rojas, M. (2006) *Cuidar al que cuida*. Madrid: Aguilar.

Páxinas web recomendadas	Películas
■ <a href="http://www.fagal.org">www.fagal.org</a>	■ <i>Iris</i>
■ <a href="http://www.infogerontologia.com">www.infogerontologia.com</a>	■ <i>EL hijo de la novia</i>
■ <a href="http://www.familiaalzheimer.org">www.familiaalzheimer.org</a>	■ <i>El diario de Noa</i>
■ <a href="http://www.crealzheimer.es">www.crealzheimer.es</a>	
■ <a href="http://www.terapia-ocupacional.com">www.terapia-ocupacional.com</a>	
■ <a href="http://www.terapiaconperros.com">www.terapiaconperros.com</a>	