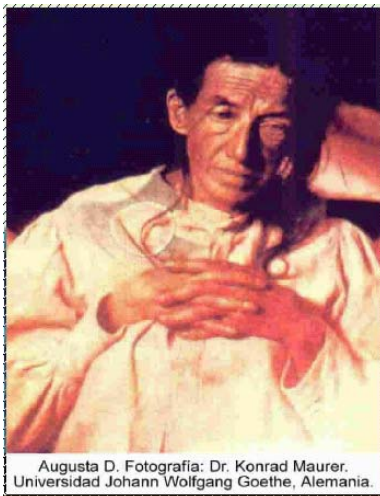


PROGRAMA DE ATENCION A AFECTADOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Curso Formación 07-08



Augusta D. Fotografía: Dr. Konrad Maurer.
Universidad Johann Wolfgang Goethe, Alemania.

DEMENCIA SENIL

1. INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX han sido numerosos los avances logrados por la Humanidad y, sin duda, uno de los más importantes ha sido el aumento en la esperanza de vida en los países occidentales, gracias al desarrollo de los servicios sanitarios, mejora en la alimentación, preocupación por nuevos hábitos de vida, etc. Si unimos la esperanza de vida a otros factores nos encontramos que las cifras de envejecimiento se convierten en un fenómeno social desconocido. El envejecimiento supone un deterioro tanto fisiológico como neuropsicológico, pero esto no implica la incapacitación del anciano y su posterior dependencia.

Pero de forma paralela al crecimiento de la esperanza de vida nos encontramos con un aumento de las personas afectadas por enfermedades asociadas a procesos de envejecimiento patológico. Y entre estas enfermedades, por el número de afectados y por las consecuencias personales, familiares y sociales destacan las demencias, sobre todo la enfermedad de Alzheimer.

Es difícil establecer una diferenciación clara entre normalidad y patología ya que son muchas las variables que influyen en esta diferenciación (genética, cultural, laboral y económica).

- Un ejemplo de ello sería la alteración de la memoria asociada a la edad o **AMAE**. En estos casos la alteración cognitiva no alcanza a considerarse una demencia, es decir, no tiene una repercusión significativa en las actividades funcionales de la vida diaria. Son pérdidas aisladas de memoria en sujetos mayores de 50 años y cuyo seguimiento clínico no manifiesta un empeoramiento cognitivo o funcional. Se le conoce como *olvido senil benigno*. La persona que lo sufre vive con el miedo de manifestar demencia.
- Otro ejemplo lo representa el *deterioro cognitivo asociado a la edad* o **DECAE**. Aquí representa los defectos de memoria asociados a una ligera afectación de una o más de las siguientes áreas cognitivas: *atención; concentración; pensamiento; lenguaje y función visuo-espacial*. Correspondería a un deterioro cognitivo leve estable a través del tiempo.

La demencia supone un declive en las funciones cognitivas en comparación con el nivel previo del funcionamiento del paciente. Esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y de comportamiento dando lugar a alteraciones en las capacidades sociales y laborales de quien la padece.

2. DEFINICIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

DEF: *Enfermedad neurodegenerativa crónica que afecta principalmente a la sustancia gris del cerebro y tiene como consecuencia un deterioro de las capacidades sensoriales, motoras y cognitivas.*

CUADRO 1 :Criterios diagnóstico de demencia. DSM-IV resumidos:

- A) Desarrollo de múltiples defectos cognitivos manifestados por ambos :
1. Deterioro de la memoria
 2. Deterioro cognitivo manifestado al menos como :
 - . Afasia
 - . Apraxia
 - . Agnosia
 - . Disturbio en las funciones de ejecución.
- B) Déficit cognitivo que interfiere significativamente con el trabajo o actividades sociales y que significa un deterioro del nivel previo.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de demencia según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades)

- A. Síndrome por enfermedad cerebral. Generalmente progresivo, que cursa con afectación de la memoria y una o más funciones intelectivas superiores, incluyendo: pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio.
- B. No hay alteración del nivel de conciencia o alerta.
- C. El deterioro cognitivo se acompaña por lo general de deterioro en el control emocional, comportamiento social o motivación.
- D. Las alteraciones cognoscitivas deben estar presentes desde al menos seis meses antes.
- E. Suele haber interferencia con las actividades de la vida diaria, lo que depende del ambiente cultural y social del paciente.

Existen una serie de síntomas que por su progresión indica daños en el tejido cerebral que afectan a las facultades intelectuales más elaboradas y las funciones cognitivas como el lenguaje o la memoria:

. Todo suele empezar por trastornos de la memoria. Al principio son pequeños olvidos relacionados con la vida cotidiana, pero al cabo de los meses se hacen más frecuentes y se acompañan de una desorientación espacio-temporal. Los trastornos de memoria se agravan con rapidez y aparecen perturbaciones más graves.

. Otro síntoma inquietante, después de meses de evolución, es la anomia, la aparición de dificultades para encontrar las palabras adecuadas; aparece un olvido sistematizado de las palabras.

. La alteración progresiva de las capacidades intelectuales es más sutil, pero acaba por impedir una actividad profesional. Suele ser la causa que conduce a consultar a un especialista.

. También aparecen modificaciones de la personalidad.

3. CLASIFICACION DE LAS DEMENCIAS

3.1. Demencias preseniles / seniles

Preseniles si aparecen antes de los 65 años, seniles si aparecen después. Hoy no se diferencia entre la demencia presenil de Alzheimer y la demencia senil tipo Alzheimer, ya que tienen las mismas características anatómo-patológicas y clínicas.

3.2. Demencias corticales y subcorticales:

3.2.1. Demencias corticales: patología de origen cortical

. Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick.

3.2.2. Demencias Subcorticales: patología con origen subcortical

. Parkinson, Corea de Huntington.

Tabla 3. Demencias corticales y subcorticales.

Función	D. Cortical	D. Subcortical
Lenguaje	Afasia	Normal
Palabra	Normal	Disartria
Memoria	Trastorno del Aprendizaje (amnesia)	Trastorno del recobro (olvido)
Cognición	Acalculia, apraxia, agnósia	Lentitud
Emociones	Despreocupación, indiferencia	Depresión
Sistema Motor		
<i>Marcha y Postura</i>	Normal	En flexión
<i>Tono</i>	Normal	Hipertonía o rigidez
<i>Movimientos</i>	Normales	Temblor, distonía, corea, etc..

3.3. Demencias primarias, multiinfarto, secundarias:

3.3.1. Demencias primarias: Origen desconocido

. Enfermedad Alzheimer, Demencia frontotemporal

3.3.2. Demencia multiinfarto: Origen es la acumulación de infartos múltiples que suelen pasar desapercibidos. Su evolución se da con cambios bruscos.

3.3.3. Demencia secundaria: con origen conocido.

**CUADRO 2 : Clasificación etiológica de las demencias. DECLAMED
(Definición, clasificación y metodología para el estudio de las demencias, 1989)**

A. Enfermedades degenerativas

1. Enfermedad de Alzheimer
2. Enfermedad de Pick
3. Enfermedad de Parkinson
4. Enf. Parkinson-Demencia de Guam
5. Corea de Huntington
6. Enfermedad de Wilson
7. Parálisis supranuclear progresiva
8. Enfermedad de Hallevorden-Spatz
9. Degeneración estriónigral
10. Síndrome de Shy-Drager
11. Enfermedad de Fahr
12. Atrofias cerebelosas
13. Demencia de el síndrome de Down
14. Enfermedad de Steinert
15. Degeneración talámica bilateral
16. Degeneraciones espinocerebelosas
17. Enfermedad Gertsman-Straussler
18. Gliosis subcortical progresiva
19. Esclerosis lateral amiotrófica
20. Otras

B. Demencias vasculares

1. Multiinfarto
2. Enfermedad de Binswanger
3. Vasculitis
4. Otras (hematomas múltiples, hiperviscosidad, malformaciones vasculares)

C. Demencias infecciosas

1. Parálisis cerebral progresiva
2. Enfermedad Creutzfeld-Jakob
3. Panencefalitis esclerosante subaguda
4. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
5. Complejo Demencia.-SIDA
6. Encefalitis Herpética
7. Enfermedad de Whipple
8. Meningoencefalitis brucelar
9. Meningoencefalitis tuberculosa
10. Cistircosis cerebral
11. Otras meningoencefalitis
12. Abscesos cerebrales

D. Hidrocefalias

1. Obstructiva
2. Arreabsortiva

E. Neoplasias cerebrales

1. Tumores cerebrales primarios
2. Metástasis cerebrales
3. Meningitis neoplásica
4. Síndromes paraneoplásicos

F. Demencias metabólicas

1. Degeneración hepatocerebral adquirida
2. Hipo/hipertiroidismo
3. hipo/hiperparatiroidismo
4. Hipoxia isquémica
5. Enfermedades de depósito
6. Otras.

G. Demencias carenciales

1. Déficit de ácido fólico
2. Déficit de vitamina B12
3. Pelagra
4. Otras

H. Demencias tóxicas

1. Alcohol (Síndrome Wernicke-Korsakoff, Síndrome de Marchiafava-Bignami)
2. Fármacos
3. Metales
4. Compuestos orgánicos
5. Otras

I. Demencias traumáticas

1. Hematoma supdural crónico
2. Demencia postraumática

J. Enfermedades desmielinizantes

1. Esclerosis múltiple
2. Otras
- 3.

K. Enfermedades psiquiátricas.

4. ÁMBITOS QUE SE ALTERAN CON LA ENFERMEDAD:

Los rasgos clínicos de la enfermedad se manifiestan en tres grandes grupos:

- **Ámbito Neuropsicológico** o las alteraciones cognitivas: trastornos de la memoria y otras capacidades mentales.
- **Ámbito de las Actividades de la vida diaria** o las alteraciones funcionales: trastornos en las capacidades necesarias de la vida diaria que suponen una progresiva pérdida de independencia.
- **Ámbito Neuropsiquiátrico** o las alteraciones psicológicas y del comportamiento: síntomas como ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad, vagabundeo, etc.

Estas alteraciones se presentan de forma variable dependiendo de la fase evolutiva de la enfermedad y de los múltiples factores que comentamos anteriormente.

Como consecuencia de estos trastornos la dependencia del entorno familiar aumenta y se inicia una notable pérdida de la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

Enfermedad de Alzheimer (EA)

Se descubrió en 1907 gracias a un psiquiatra alemán llamado Alois Alzheimer, que descubrió unas lesiones cerebrales desconocidas hasta entonces en una paciente de 51 años llamada Auguste D. La EA es una enfermedad degenerativa de las neuronas, de carácter progresivo que afecta básicamente a la corteza cerebral, de origen desconocido y que implica la pérdida de las funciones intelectuales y trastornos de conducta.

1. Características cerebrales observadas:

- **Desaparecen ciertas neuronas que provocan acortamiento de la corteza.**

Al realizar este estudio nos encontramos a nivel macroscópico con una pérdida significativa del peso del cerebro, así como un ensanchamiento de los surcos, un adelgazamiento de las circunvoluciones, y mayor dilatación de los ventrículos.

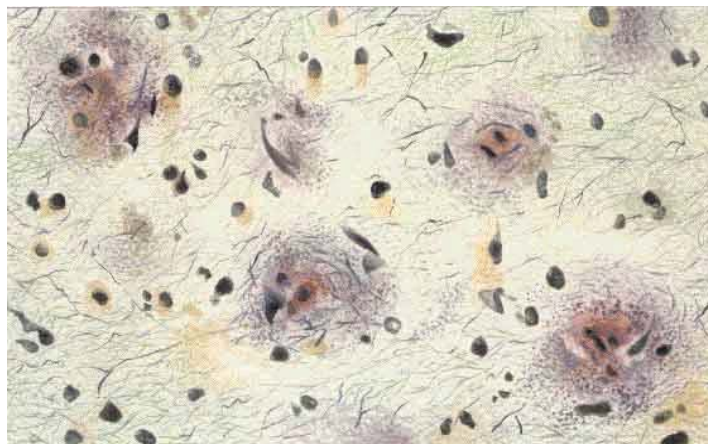
Siempre existe atrofia en la base de los lóbulos temporales, en particular en la circunvalación parahipocámpica, donde se pierden las características rugosidades que representan los glomérulos de Arnold. Los lóbulos frontales y parietales pueden mostrar atrofia con dilatación de los surcos, pero no existe equivalente macroscópico del selectivo déficit metabólico parietal demostrado en PET y SPECT. En los cortes coronales los hipocampos están consistentemente disminuidos de tamaño, generalmente a la mitad o menos de su diámetro normal, con la correspondiente expansión de las astas temporales de los ventrículos laterales. Sin embargo, pueden encontrarse patrones similares en individuos sin deterioro cognitivo. Las astas frontales suelen ser grandes, pero su tamaño muestra amplio solapamiento con individuos normales. La sustancia negra mantiene su

coloración normal, pero se pierde la mayor parte del pigmento del *locus coeruleus*. Así pues, el examen macroscópico revela la probable base estructural de dos componentes esenciales del cuadro clínico: la atrofia hipocámpica bilateral justifica la amnesia y la atrofia del *locus coeruleus* puede relacionarse con depresión y trastornos del ritmo sueño-vigilia.

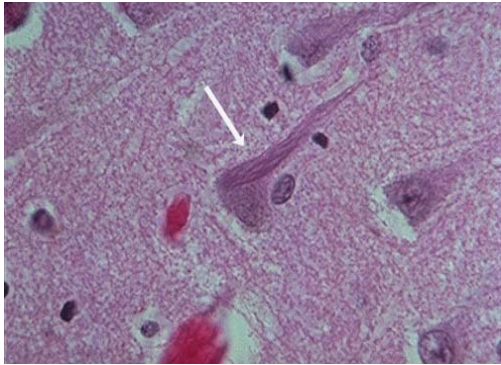


El escáner isotópico de un cerebro normal y uno con Alzheimer muestra con claridad la diferencia de actividad. (Los amarillos muestran la mayor actividad y los azules la menor)

- **Presencia de placas seniles**, Las placas seniles son las lesiones específicas de la enfermedad de Alzheimer. Esto es, unas formaciones extracelulares en forma de “nube algodonosa” constituidas sobre todo por la deposición de una sustancia insoluble denominada amiloide (proteínas producidas normalmente por neuronas y otras células), rodeada de prolongaciones nerviosas anómalas. Estas placas también se pueden encontrar en cerebros de ancianos que no padecen la enfermedad, pero en menor cantidad.



- **Ovillos neurofibrilares:** Los ovillos neurofibrilares aparecen como estructuras filamentosas en el citoplasma neuronal, con forma de llama o de madeja. Son una serie de filamentos que conforman una maraña u ovillos dentro de las neuronas afectadas. Estos ovillos están constituidos por agregaciones anormales de una proteína llamada TAU, la cual está relacionada con una serie de “microtúbulos” que constituyen el esqueleto interno de las neuronas, específicamente, interviene en el mecanismo de crecimiento y plasticidad de los procesos neuronales



Lo que sucede en la E.A. es que esta proteína está químicamente modificada por un exceso de fosforilización perdiendo su funcionalidad normal y provocando que la neurona se deforme.

- **Angiopatía Amiloide.** Son alteraciones de las arterias de pequeño y mediano calibre de la corteza cerebral debido a la acumulación de la sustancia amiloide en las paredes.
- **La pérdida de sinapsis** es la última de las alteraciones que vamos a nombrar y que constituirán una de las causas posibles de la E.A.

En general se produce un descenso en los neurotransmisores pero son las neuronas que utilizan la acetilcolina como neurotransmisor las que más afectadas resultan.

Estas neuronas se sitúan en la corteza, el estriado, y en dos lugares concretos, el núcleo basal Meynert y el tronco del encéfalo. Estos últimos son los responsables en la actuación del cerebro y las capacidades de memorización.

Las neuronas que utilizan como neurotransmisores la acetilcolina, se denominan sistemas colinérgicos, actualmente se trabaja con fármacos que activen o repongan estos sistemas, dando lugar a mejoras en el rendimiento mental de los pacientes.

Junto a estas alteraciones genéticas existe una serie de factores que actuarían como protectores y otros que supondrían un riesgo de desarrollo de la enfermedad.

2. Síntomas:

1. Síntomas cognoscitivos y neurológicos:

Amnesia, problemas de lenguaje, para reconocer nombres y objetos, para utilizar objetos comunes trastornos del aprendizaje, desorientación, Convulsiones, contracciones musculares, descoordinación, temblor.

2. Síntomas funcionales:

Dificultades para andar, vestirse, asearse, manejar dinero, etc.

3. Síntomas Conductuales:

Reacciones catastróficas, cambios personalidad, síntomas psicóticos, vagabundeo, trastornos del juicio, falta de interés, agresividad,

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia, aproximadamente el 55% de los casos se produce entre el 3 y el 15% de las personas mayores de 65 años y en casi el 25% de los mayores de 80. En España se calcula que existen más de 300.000 afectados y en la Comunidad Valenciana se estiman unos 40.000 casos. Se calcula que el gasto medio de una familia que cuida a un afectado de Alzheimer podría rondar las 5000 EUROS al año y el gasto socio-sanitario total para la administración ronda los 36.000 EUROS, incluyendo gastos hospitalarios, asistenciales, de laboratorio y farmacológicos.

3. Factores de riesgo:

- La Edad
- Antecedentes familiares
- Alteraciones de algunos cromosomas y genes
- Nivel educativo bajo.

Factores de riesgo de enfermedad de Alzheimer

Genéticos	Demográficos	Médicos	Epifenómenos
APOE e4 Trisomía 21 Otros poliformismos (cromosomas 6, 9, 10 y12) Sexo femenino Etnia Historia familiar de Alzheimer	Edad avanzada Nacionalidad Latitud geográfica Cociente intelectual Nivel educativo Reserva cerebral Medio rural Dieta sin antioxidantes Actitud existencial	Depresión Menopausia, andropausia Hipertensión arterial Hipercolesterolemia Hiperhomocisteína Deficiencia en B ₁₂ y folatos Obesidad Tabaquismo	Deterioro cognitivo ligero Imagen cerebral preclínica Marcadores biológicos

4. Posibles factores causantes: hipótesis

1. Hereditarios:

Se han descrito algunas familias en las que la enfermedad se transmite de forma hereditaria, en un modo autosómico dominante, como en Corea de Huntington. Pero los factores genéticos no son el único a tener en cuenta.

Se conoce como factor de riesgo la existencia de agregaciones familiares que se transmiten con patrón de herencia autosómica dominante, pero que afectaría a un 5-10% de los casos solamente.

Aunque esta frecuencia es baja y no puede explicar todos los casos, el estudio de familias con EA de inicio precoz han llevado a la identificación de 4 genes localizados en 4 cromosomas diferentes, (1, 14, 21, 19) relacionados con la enfermedad:

- . En el Cromosoma 21 se encuentra el gen que codifica la APP, una proteína precursora de la betaamiloide, que libera esta última proteína al degradarse. Se han descubierto hasta 7 mutaciones.
- . El Cr 14 se ha relacionado con un 70% de las demencias de inicio precoz y se cree que las mutaciones de este gen se asocian a las formas más agresivas de la enfermedad. Este gen codifica una proteína llamada presinilina1 de la que se desconoce la función.
- . En el Cr 1 también se ha detectado un gen que codifica la presinilina 2, también con función desconocida.
- . La alarma mayor se ha creado al descubrirse un ligamento con un alelo de otro gen situado en el Cr 19 que predispone a padecer EA esporádica de inicio tardío, concretamente el alelo E4 de este gen, que sintetiza la APO E, (apolipoproteína E); pero no es ni necesaria ni suficiente para sufrir la enfermedad. Existe la posibilidad de hacerse un test genético de APO E4, pero reviste muchos dilemas éticos y de utilidad real.

Así, con el descubrimiento de diferentes genes implicados y de las numerosas mutaciones posibles, la EA se perfila como una enfermedad en la que intervienen múltiples factores, genéticos o ambientales que llevan por vías distintas a un fin que es común: la creación de placas seniles debido al acúmulo de amiloide.

Resumen de los genes implicados en la EA

Genes de susceptibilidad	Genes determinísticos
<p>Apolipoproteína E (APOE) Proteína relacionada con el receptor de lipoproteínas (LRP) α_2-macroglobulina (A2M) α-antiquimiotripsina (ACT) Óxido nítrico sintetasa 3 (NOS₃) Transferrina (TF) Interleucina-1 A Interleucina-1 B Lipoproteína de muy baja densidad (VLDL) Promotor del APOE Cistatina C</p> <p>Polimorfismo intrónico de PS1 HLA-A2 Bleomicina hidrolasa Butirilcolinesterasa K (BchE) Enzima conversor de angiotensinógeno (ACE) Catepsina D Factor de necrosis tumoral alfa</p>	<p>Proteína precursora de amiloide (APP) Presenilina 1 (PSEN1) Presenilina 2 (PSEN2)</p>

Factores protectores de enfermedad de Alzheimer

Genéticos	Demográficos	Médicos	Epifenómenos
<p>APOE e2, e3 Otros polimorfismos Genes reguladores de expresión de factores de riesgo cardiovascular Gerontogenes</p>	<p>Nacionalidad Latitud geográfica Cociente intelectual Nivel educativo Reserva cerebral Medio urbano Dieta con antioxidantes Actitud existencial Alcohol</p>	<p>Menarquía Hormonas sexuales Normalidad de: tensión arterial, colesterolemia, homocisteinemia, B₁₂ y folatos</p>	<p>Normalidad en edad avanzada de memoria, imagen cerebral y marcadores biológicos</p>

2. Víricos:

La idea se apoya en la existencia de demencias transmitibles, como en el caso de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. En otros casos, como el Alzheimer, resulta difícil de aceptar al no haberse encontrado partículas infecciosas en el cerebro y no ser transmitible en animales. Además debería existir una anomalía genética, una deficiencia inmunológica u otro factor que sensibilizase al supuesto virus. Aún así, no se puede descartar definitivamente, ya que podría existir una infección todavía desconocida.

3. Tóxicos:

Se basa en el envenenamiento del cerebro por causa de metales como el plomo, el aluminio o el mercurio. Sólo se han encontrado restos de silicatos de aluminio, concentrado en las neuronas y en el interior de las placas seniles. Pero no sabemos si la concentración de aluminio es causa o consecuencia de la enfermedad.

5. ETAPAS DEGENERATIVAS DE LA ENFERMEDAD:

Fase 1:

Características:

- Pequeños olvidos que pueden conducir a cambios de humor. DETERIORO DE LA MEMORIA, en concreto de la cercana. Presenta olvidos frecuentes, le cuesta retener información: dónde dejó la cartera, las llaves, las citas de hoy, el nombre de conocidos, etc. Son poco relevantes y pueden emmascararse y la familia no percibirlos.
- Hay cambios de humor, irritabilidad, agitación como respuesta a la pérdida de control
- Se empieza a producir aislamiento. Él es consciente de que algo ocurre, pero no sabe lo que es y se refugia en su entorno, en lo que le resulta más común. Evita las conversaciones largas para que no hayan bloqueos.
- LENGUAJE: empieza a estar compuesto por frases cortas y empieza a confundir ideas : mezcla ideas y palabras que no tienen relación entre sí. Anomia : dificultad para nombrar objetos
- Mantiene todavía buenas habilidades de comunicación y comprensión
- Todavía razona bastante bien.
- Todavía dispone de buena autonomía y coordinación motora. Pero tiene dificultades para realizar tareas hasta la fecha mecánicas: cocinar, conducir, etc. Se produce de manera progresiva, pero se bloquea y duda en actividades sencillas.
- El enfermo se siente vulnerable y frágil intentando ocultar lo que le ocurre.
- Es consciente del problema y puede reaccionar de diferentes formas : introversión, agresividad... Su comportamiento puede ser motivo de peleas verbales, rechazos, conatos de ira. Le vuelve desconfiado y suspicaz.
- Esa pérdida de memoria reciente alerta a los familiares.
- Es fácil en esta etapa confundir la apatía que empieza a producirse con una depresión.
- Empiezan a perderse las referencias espaciotemporales.

RECOMENDACIONES :

- Comenzar cuanto antes a COMPRENDER la enfermedad. Solicitar información.

- Si el paciente está en activo laboralmente, habrá que pensar en pedir incapacidad laboral por enfermedad. Importante que se le explique al paciente si es todavía capaz de entender el porqué.
- Colocar alguna chapa identificativa o medalla con su nombre, dirección, teléfono, por si se perdiera.
- Si conduce hay que empezar a buscar excusas para que no lo haga
- Acepte los reproches que el enfermo le haga, por causa de pérdida de cosas. Lo normal es que se dirija a aquellos más cercanos a él. Qúítele importancia, dígame que a usted también se le suelen perder cosas.
- Créele una rutina diaria, si es posible, para facilitar su orientación. Si se puede coloque un tablón con las horas de cada tarea. Si esto al enfermo le hace volverse suspicaz, diga que lo hace para usted, para no olvidarse.
- Colocar un calendario grande con la fecha, mes, día,. Y un reloj.
- Empiece a simplificar las decisiones. Plantear una o dos opciones : ¿Quieres sopa o verdura ?.
- Intente distraerlo cuando se irrite por sus errores. : cambiarlo de lugar, salir, hacer otras cosas.
- Empiece a utilizar gestos y comunicación no verbal.
- Hable despacio y tranquilo. Procure no recriminarle lo que hace mal, él no se da cuenta.
- Coloque junto al teléfono una lista de números de teléfonos útiles y prácticos por si los necesitara.
- No oculte la enfermedad a sus familiares, aproveche el compartir el cuidado y las responsabilidades.

Fase 2

Características:

- Olvida sucesos recientes, pero se mantiene la memoria del pasado. Los reproches son más comunes.
- Empieza a tener problemas con la memoria del pasado : confunde fechas, personajes famosos, habla de personas fallecidas hace años.
- Cambios comportamentales : se producen reacciones desmesuradas ante situaciones comunes y normales
- Dificultades en reconocer el día, la fecha, donde se encuentran, su calle ; llegan a perderse en el propio domicilio
- Deambulan de un lado a otro : riesgo de accidentes. Camina durante horas sin aparentar cansancio. Se levanta por la noche
- Pierde la capacidad de reconocer día y noche.
- El lenguaje empeora de manera importante :pueden ser capaces de escribir o leer, pero no les salen las palabras. Progresivamente se pierde la comprensión. Errores graves en la escritura
- Desaparece la lógica en la conversación. Vocabulario lento y escaso. Pudiendo repetir palabras mucho rato : ecolalia
- Pueden aparecer dificultades de coordinación motora, temblores y convulsiones
- Pierde su autonomía : no puede vestirse solo, no reconoce familiares. La confusión se apodera de él, y cada día tiene más dificultades para enfrentarse a las actividades cotidianas

- Se pierde en la calle. No se le puede dejar solo.
- Aparece incontinencia urinaria y fecal.
- Dificultades para deglutir alimentos.
- Debe ser vigilado las 24 horas del día.

RECOMENDACIONES :

- facilitar la orientación del enfermo en el domicilio.
- El paso de una fase a otra puede ser brusco.
- Ahora debe aprender a pensar por él. Todo tiene que adaptarse al enfermo.
- Evite situaciones nuevas. Insistir en los conocimientos que todavía domina para evitar que lo olvide.
- Sus comportamientos repetitivos y de deambulación puede desquiciar a cualquiera, asímalo y tenga paciencia.
- Háblele cuando tienda al mutismo.
- Salir a pasear diariamente .
- Hace falta estructurar el entorno familiar para facilitar la movilidad del enfermo y evitar accidentes.
- Intente que continúe realizando aquellas tareas habituales, aunque necesite ayuda y tiempo.
- Problemas para vestirse, facilítele la elección y el cambio: ropa ancha, velcros, calzado cómodo.
- La alimentación cada vez más difícil.
- Las visitas y el exceso de gente puede ser contraproducente.
- No cambie al enfermo de casa continuamente, la desorientación dificultará el cuidado y lo enfadará.
- Estudiar otras opciones de cuidado.

Fase 3

Características :

- Olvida los hechos recientes y pasados : agnosia extrema.
- No reconoce
- Lenguaje muy pobre, balbuceos ; no comprenden lo que se les dice. Empobrecimiento del lenguaje, hasta perderse totalmente. No se comunican ni relacionan con los demás.
- Se comunica gritando, llorando, con lenguaje no verbal
- Dificultades para andar, sentarse, vestirse.
- Está totalmente pasivo.
- Dificultades para deglutir cualquier líquido : sonda nasogástrica, ostomía esofágica.
- Ya no controla esfínteres
- Le cuesta tragar
- Finalmente deberemos encamarlo: importante la higiene extrema para prevenir la aparición de escaras, úlceras.
- Acabará muriendo a una neumonía, una infección urinaria, etc.
- **IMPORTANTE:** conservan hasta el final la Memoria Afectiva, es decir, si saben cuando se les trata con cariño y cuando no.

RECOMENDACIONES :

- Aunque sea difícil, estudie si puede encargarse del cuidado o es necesario el internamiento.
- En cualquier momento puede tener complicaciones físicas graves : sea consciente.
- Importante hacer ejercicios de gimnasia pasiva con el enfermo.
- Aprenda a moverlo y los cuidados que necesitan encamados : utilice materiales especializados.

En el presente cuadro viene resumido lo expuesto en este punto y la relación establecida con la división dada en GDS (Global Deterioration Scale) utilizado en la división clínica de la enfermedad:

ESTADIOS O FASES DE LA EVOLUCION EN LA E.A.		
FASE 1 (GDS 2 y 3)	CAMBIOS EMOCIONALES -IRRITABILIDAD -PERDIDA DEL INTERES GENERAL -PRAXIAS	CAMBIOS COGNITIVOS -DETERIORO DE LA MEMORIA RECIENTE -DIFICULTAD EN LA RESOLUCION PROBLEMAS NUEVOS -DESORIENTACION ESPACIO-TEMPORAL -DISNOMIA
FASE 2 (GDS 4 y 5)	CAMBIOS EMOCIONALES -DEAMBULACION -INSOMNIO -DIFICULTAD DE EXPRESAR SENTIMIENTOS -APATIA Y DEPRESION	CAMBIOS COGNITIVOS -AUMENTO DE LAS ALTERACIONES ESPECIALMENTE DE LA MEMORIA -CIRCULOQUIOS -PERSEVERACIONES -ANOMIA -AGNOSIA -APRAXIA (AFECTACION DE LA ESCRITURA Y DEL DIBUJO)
FASE 3 (GDS 6 y 7)	CAMBIOS EMOCIONALES -FALTA DE MOVILIDAD -APATIA MUY MARCADA - LLANTOS Y GRITOS	CAMBIOS COGNITIVOS -LENGUAJE DETERIORADO DE FORMA IMPORTANTE - SIN HABLAESPONTANEA -ECOLALIA -COMPRESION DEL LENGUAJE GRAVEMENTE AFECTADA -AGNOSIA VISUAL - APRAXIA

6. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Es indiscutible que la actividad colinérgica está disminuida en la EA, pero también se encuentran afectados otros sistemas de neurotransmisores, con lo que los resultados de las terapias colinérgicas no hayan sido tan buenos como se esperaba. Parece ser que el futuro está en terapias que actúen globalmente sobre distintos marcadores de

neurotransmisores. Veamos algunos de los fármacos que actualmente se utilizan en la EA :

Tratamiento farmacológico ESPECÍFICO:

- *Tetrahidroaminoacridina (Tacrina)* : se convirtió en la revolución médica en su aparición y creó unas expectativas elevadas. Es cierto que en estudios clínicos se ha demostrado su eficacia en la mejora de las funciones cognitivas, pero presenta muchas complicaciones que hay que tener en cuenta :
 - . presenta una alta hepatotoxicidad, lo que puede obligar a cortar el tratamiento.
 - . Se debe administrar de forma progresiva, siendo la adecuada la de 160 mg, pero si no se llega a esta cantidad y se suspende antes el tratamiento no existen beneficios terapéuticos
 - . No todos los pacientes que lo toleran encuentran beneficios reales, aproximadamente un 20% no mejora.
- *Donepezilo (Aricept)* : inhibidor de la recaptación de acetilcolina. Se observa una mejora importante en las funciones cognitivas, parecidas a la tacrina, pero el donepezilo no tiene problemas de hepatotoxicidad y se administra en dosis única de 5 ó 10 mg por la noche.
- *Rivastigmina (Exelon, Prometax)* : inhibidor de la acetilcolinesterasa selectivo para el hipocampo y la corteza cerebral. Aumenta la concentración de acetilcolina en la corteza prefrontal.. Dosis de 6 ó 12 mg/día. Efectos secundarios : náuseas, mareos, fatiga, incontinencia urinaria...
- *Galantamina (Radazine, Reminyl)* : Progresos en las capacidades cognitivas y ejecutivas. Doble acción : inhibidor de la acetilcolinesterasa, activa los receptores nicotínicos. Dosis de 16 ó 24 mg/día.
- *MEMANTINA (Axura, Ebixen, Namenda)*: se comercializa desde febrero de 2003 en España. Se espera que pueda ser útil para cualquier enfermo, independientemente de la fase en que se encuentre. Actúa sobre los receptores de NMDA, sobre el glutamato. Su acción es sobre todo el cerebro facilitando el proceso del calcio en la sinapsis. Se suele combinar con colinesterásicos.
- En estos últimos años se está investigando con nuevas dianas terapéuticas:
 - . Vacuna; en 2005 se dejó de investigar por sus riesgos. Ahora se buscan nuevas vacunas que actúen sobre la proteína tau en ratones.
 - . CERE: compuesto peptídico que utiliza proteínas cerebrales porcinas y que imita los efectos de los factores de crecimiento neuronal.
 - . Estatinas (se utilizan para reducir el colesterol y prevenir enfermedades cardiovasculares) y antiinflamatorios no esteroideos
 - . Diferentes compuestos naturales;
 - Gingo biloba.
 - Cola de quirquincho (*haperzia saururis*). Planta de Sudamérica afrodisíaca y con propiedades estimulantes de la memoria. Constituida por alcaloides inhibe la acetilcolinesterasa y así la acetilcolina continua su acción.
 -

Tratamiento farmacológico de los trastornos del comportamiento y psicológicos:

Estos trastornos (ansiedad, depresión, agitación, trastornos del sueño, etc.) obligan a valorar profundamente al paciente antes de prescribir ningún medicamento, pues muy frecuentemente son secundarios a causas orgánicas, desde un dolor cuya cualidad y localización no nos sabe describir el enfermo, hasta un simple estreñimiento. En estos casos, el tratamiento de la enfermedad causal resolvería también el trastorno psicológico o conductual.

— Neurolépticos:

Los fármacos antipsicóticos son los únicos que han demostrado eficacia en el control de los síntomas psicóticos en la demencia. En menor medida han demostrado su utilidad para el control de la agitación y otras alteraciones conductuales.

— Benzodiazepinas:

No se ha estudiado tanto su eficacia como en los neurolépticos.

Las Benzodiazepinas tienen alta tasa de efectos secundarios como ataxia, confusión, sedación excesiva, y en algunos casos reacciones de ansiedad. Se incrementa el riesgo de caídas.

El uso de benzodiazepinas puede resultar útil en los pacientes demenciados que presenten síntomas de ansiedad asociados a sus trastornos de conducta o en ocasiones en la que es preciso controlar el comportamiento ansioso de forma puntual.

Suelen recetarse las benzodiazepinas de semivida corta a las menores dosis posibles (Oxozepan, Lorazepam y Alprazepam). Las de semivida prolongada (Diazepam, Clorazepato) se han relacionado con una mayor incidencia de caídas

— Buspirona:

Bien tolerada, no hay mucha experiencia con este fármaco pero apunta a un mayor uso del mismo con pacientes con agitación moderada asociada a la ansiedad o irritabilidad. Puede producir cefalea, mareos y fatiga.

7. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Está demostrada la eficacia de tratamiento no farmacológicos que buscan estimular, por diferentes métodos las capacidades cognitivas de los enfermos.

Es lo que se denominan “TERAPIAS BLANDAS”

La estimulación cognitiva es una intervención con finalidad rehabilitadora, basada en un estudio detallado de las capacidades mentales para establecer la estrategia más adecuada a cada caso. Las personas con Alzheimer mantienen cierta plasticidad cognitiva, o de aprendizaje, que puede ser estimulada o activada por medio del entrenamiento, con el fin de poder optimizar su adaptación al medio.

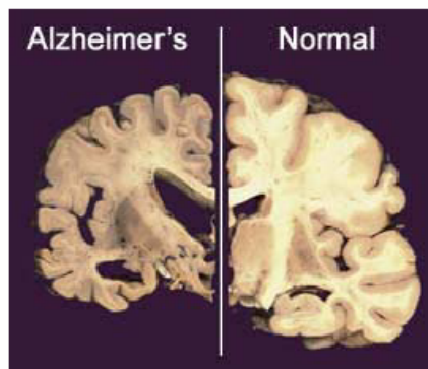
Neuroplasticidad:

“respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones y reestablecer el equilibrio alterado, después de una lesión”.

Psicoestimulación:

“estimulación organizada, lo más individualizada posible, adaptada a las capacidades residuales del enfermo”

CURSO de ALZHEIMER



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. INTRODUCCIÓN:

La evaluación clínica integral es el primer paso que da el médico a fin de delimitar las quejas del afectado y establecer la orientación diagnóstica oportuna.

Antes del diagnóstico diferencial el neurólogo realiza una valoración junto a otros especialistas denominada *evaluación geriátrica*, cuyo objetivo es delimitar convenientemente las quejas del paciente y con ello facilitar la intervención. En la práctica el diagnóstico diferencial está dentro de esta valoración. Los pasos a seguir para la valoración de una persona con posible demencia son los siguientes:

1. Historia médica y neurológica general:

Se considera la posibilidad de que existan enfermedades que puedan estar afectando las capacidades mentales, por ejemplo la hipertensión o la diabetes. También estudia los posibles antecedentes neurológicos como lesiones vasculares cerebrales, traumatismos craneales etc.

2. Historia neuroconductual

Donde se obtiene información sobre los cambios que se hayan producido en las capacidades mentales (memoria, lenguaje, resolución de problemas...). Esta información sería conveniente que se recogiera por medio de varios familiares.

3. Historia psiquiátrica

Se recoge información sobre trastornos psiquiátricos anteriores, si existe la posibilidad de padecer algún desarreglo psíquico que se confunda con una demencia. Profundizar en los cambios de personalidad, la agresividad, las alucinaciones, o las ideas de persecución también forma parte del análisis de este apartado.

4. Historia de fármacos

Es importante conocer qué medicamentos está tomando, por si alguno de ellos o su combinación pudieran estar afectando sus capacidades.

5. Historia familiar

Por si existiera antecedentes familiares de demencia.

6. Exploración física, neurológica y neuropsicológica

6.1 Exploración Física: recoge información médica tradicional (tensión arterial, azúcar...).

6.2 Exploración Neurológica: aporta datos sobre alteraciones del sistema nervioso

6.3 Exploración Neuropsicología: hace una valoración general de las capacidades mentales mediante unas sencillas pruebas

En definitiva, una buena evaluación geriátrica recoge información de todas las áreas del individuo y se realiza de forma interdisciplinar.

2. DIFERENCIA ENTRE DIAGNOSTICO PROBABLE, POSIBLE Y DEFINITIVO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La existencia de trastornos cognitivos, funcionales y conductuales no son exclusivos de la enfermedad de Alzheimer (prototípica de las demencias) por lo que hay que distinguirla de otras enfermedades para llevar a cabo una adecuada intervención.

A la hora de hacer el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer además de la existencia de criterios clínicos es necesario realizar la autopsia del cerebro. Por lo cual no existe ninguna prueba aislada que por si sola, pueda establecer el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, mientras tanto solo puede hablarse de Alzheimer probable o posible.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
Certeza diagnóstica	Características clínicas y de estudios complementarios
Posible	<ul style="list-style-type: none"> — Demencia con variaciones en el inicio o en la evolución. — Existencia de un trastorno general o cerebral de otro tipo — Déficit cognitivo progresivo único
Probable	<ul style="list-style-type: none"> — Demencia establecida por la historia clínica y tests neuropsicológicos — Trastornos progresivos de memoria y de otras áreas cognitivas — Ausencia de trastornos del nivel de conciencia — Ausencia de otra enfermedad que explique el cuadro — Edad de inicio entre los 40 y los 90 años
Definitivo	<ul style="list-style-type: none"> — Existencia de los criterios de Alzheimer probable — Hallazgos de enfermedad de Alzheimer en la autopsia o biopsia

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

3.1 Concepto y utilidad:

La existencia de trastornos cognitivos, funcionales y conductuales no son exclusivos de la enfermedad de Alzheimer (prototípica de las demencias) por lo que hay que distinguirla de otras enfermedades para llevar a cabo una adecuada intervención.

3.2 Diagnósticos alternativos a la enfermedad de Alzheimer

Deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE)

Como su nombre indica con la edad se produce un deterioro en las capacidades mentales, generalmente localizada en la memoria, también puede darse una disminución de otras capacidades. Los enfermos pueden los siguientes síntomas:

- Tener problemas para recordar nombres o citas.
 - Experimentar dificultades para solucionar problemas complejos
- Tener en cuenta que esta categoría se utiliza solamente cuando se ha determinado que estos síntomas no están causados por un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Alteración de la memoria asociado a la edad (AMAE)

La edad de comienzo es a partir de 50 años, se manifiesta por pérdida aislada de memoria, sin afectar a otras áreas cognitivas.

Para entender mejor estos dos conceptos, la tabla siguiente ayuda a distinguirlos:

AMAE	DECAE	DEMENCIA (Alzheimer)
Alteración de la memoria		
Sin problemas en la realización de tareas complejas	Problemas en la realización de tareas complejas	
No presenta otros trastornos cognitivos	Presenta trastornos cognitivos leves	Presenta trastornos cognitivos
Evolución estable		Evolución progresiva
Actividad laboral / social inalterada		Actividad laboral / social alterada

Estado confusional (Delirium)

Es un estado agudo (en días o en horas) que provoca una alteración del nivel de conciencia, con las siguientes características:

- estado de excitación
- gran dificultad para concentrarse
- grave desorientación en el tiempo y en el espacio
- importante alteración de la memoria y de las capacidades mentales en su conjunto
- lenguaje incoherente

El delirium puede coexistir con una demencia o puede representar el primer signo de aviso de la misma.

La característica que lo distingue de la demencia es la forma de aparición ya que en el estado confusional es aguda y en la demencia se presenta de manera gradual y lenta a lo largo de meses o años.

En la tabla siguiente se muestra las características diferenciales del cuadro confusional y la demencia

Características diferenciales del cuadro confusional (delirium y la demencia)	
CUADRO CONFUSIONAL	DEMENCIA
Inicio brusco con fecha determinada	Inicio gradual que no puede fecharse
Enfermedad aguda de días a semanas	Enfermedad crónica
Generalmente reversible	Generalmente irreversible
Desorientación temprana	Desorientación tardía en la evolución de la enfermedad
Variabilidad de un momento a otro	Mucho más estable día a día
Cambios fisiológicos destacados	Cambios fisiológicos menos destacados
Nivel de conciencia disminuido, alterado y cambiante	La conciencia no está alterada, excepto en las últimas fases
Atención reducida	La atención no está característicamente reducida
Ciclo vigilia – sueño alterado con variaciones de hora en hora.	Ciclo vigilia – sueño alterado (inversión día – noche)
Cambios psicomotores importantes (hiperactivo o hipoactivo)	Cambios psicomotores típicamente Tardíos.

Existen tres causas principalmente del estado confusional que son: infecciones, hiperglucemia o la ingesta de algunos medicamentos.

Depresión

Las personas mayores manifiestan generalmente los síntomas depresivos en forma de apatía, disminución de la memoria o de la concentración, por ello la depresión puede dar lugar a un diagnóstico erróneo sino se evalúa con detalle.

A continuación se muestra una tabla con las características distintivas de la depresión y la demencia:

Características diferenciales de la depresión y la demencia	
DEPRESIÓN	DEMENCIA
Inicio brusco. Breve duración	Inicio gradual. crónico
Con frecuencia historia psiquiátrica previa	No historia psiquiátrica
Destaca las discapacidades	Oculto o niega las discapacidades
Variación diurna en cuanto al humor	Fluctuaciones día a día del humor
Pérdidas cognitivas fluctuantes	Pérdida cognitiva estable
No se esfuerza tanto, pero más angustiado por las pérdidas	Intenta y se esfuerza mucho por realizar las cosas, pero está indiferente
La memoria a corto plazo está igual de afectada como la memoria a largo plazo.	La memoria a corto plazo está peor que la M.L.P
El humor deprimido se presenta en primer lugar	El trastorno de memoria aparece en Primer lugar.
Se asocia a un humor depresivo o ansioso, trastornos del sueño, alteraciones del apetito y pensamientos suicidas	Se asocia a falta de sociabilidad y Colaboración, hostilidad, inestabilidad emocional, confusión y desorientación.

Ingesta de medicamentos

En general todos los fármacos sedantes y somníferos, así como algunos antidepresivos, reducen la atención, la concentración y alteran la memoria. La diferencia principal con la demencia tipo Alzheimer es que una vez finalizada la ingesta de medicamentos estos efectos secundarios desaparecen; por lo que es muy importante saber la medicación que se toma el enfermo.

Trastornos psicopatológicos (Esquizofrenia, Histeria, Síndrome de Ganser , otras)

Se trata de enfermedades donde puede aparecer sintomatología del tipo alteraciones motoras, déficit de atención y concentración, alucinaciones, alteraciones en el funcionamiento sociolaboral, etc. , síntomas que también pueden darse en las demencias, sin embargo presentan una serie de síntomas que las caracteriza, como pueden ser que en la histeria los síntomas orgánicos no aparezcan reflejados en las exploraciones físicas, o que la sintomatología aparezca y desaparezca bajo sugestión o por circunstancias fortuitas o en la Esquizofrenia son características las alucinaciones psíquicas visuales, del lenguaje interior... como por ejemplo creer que todos sus movimientos son impuestos por un ser superior, afecto aplanado o pobreza expresiva, como poco contacto visual, expresión facial inmutable, etc.

Accidentes vasculares isquémicos transitorios

Aquí el paciente presenta discapacidades relacionadas con la zona cerebral afectada por la insuficiencia sanguínea. Los síntomas que se pueden presentar son: parálisis transitoria, trastornos de lenguaje, vértigos, trastornos de sensibilidad... A diferencia de la demencia tipo Alzheimer estos síntomas son transitorios y el paciente acaba recuperándose totalmente.

Hematoma subdural

Es una acumulación de sangre entre las meninges y el cerebro, se debe a un traumatismo craneal y es más frecuente entre los ancianos. Se puede manifestar por dolor de cabeza, somnolencia y trastornos mentales y motores.

En todo caso se trata de enfermedades complejas que deben ser estudiadas y descartadas por el especialista.

3.3 Demencias

Demencia Vascular:

La **demencia vascular** constituye la segunda causa de Demencia. También existen para ella criterios diagnósticos.

La DV se produce como consecuencia de la acumulación de lesiones vasculares cerebrales.

Los tres hallazgos neuropatológicos clásicamente relacionados con la DV son los infartos corticales, infartos lacunares y patología vascular de la sustancia blanca (L-A). A ellos hay que sumar el papel de los infartos incompletos y de la atrofia cerebral.

El *infarto arterial clásico* es una lesión cavitada macroscópica que ocupa un territorio arterial e involucra en la mayoría de los casos la corteza junto con la sustancia blanca y región subcortical subyacente. Estos infartos corticales o corticosubcorticales grandes se producen habitualmente por oclusión ateroembólica de una arteria de calibre

grande o mediano, bien en relación con embolismo de origen cardíaco o con ateromatosis aórtica, carotídea o vertebrobasilar.

Pueden producirse también infartos corticales en la región fronteriza de dos territorios vasculares por un mecanismo hemodinámico o por hipoxia.

Los infartos lacunares son lesiones isquémicas también cavitadas cuyo tamaño es menor de 1,5 cm que acontecen en el territorio de las pequeñas arterias penetrantes del cerebro. El infarto lacunar se relaciona con la oclusión de las pequeñas arterias penetrantes del cerebro y ésta con la presencia de patología de pequeños vasos (arteriosclerosis hipertensiva, microangiopatía diabética, angiopatía amiloide, arteriopatías hereditarias).

Macroscópicamente las lesiones vasculares de la sustancia blanca o de leucoencefalopatía isquémica o leuko-araiosis se observan como áreas de rarefacción y decoloración en las regiones periventriculares y centros semiovais. El aspecto microscópico es variable y va desde la simple vacuolización o espongirosis sin pérdida llamativa de axones o mielina hasta la aparición de una desmielinización leve, disminución de la densidad de oligodendrocitos con gliosis, o la destrucción franca de la mielina y la pérdida axonal. En la mayoría de los casos en los que estas lesiones alcanzan un grado de intensidad importante se acompañan de arteriosclerosis e infartos lacunares.

La DV es una entidad heterogénea multifactorial y plurietiológica 27, de ahí que en los últimos años se haya preferido aplicar la denominación en plural de demencias vasculares. No es posible, por tanto, realizar una descripción única de los aspectos clínicos sin una clasificación previa de los distintos tipos de demencia vascular.

DEMENCIAS VASCULARES		
DV CORTICAL	DEMENCIA MULTINFARTO	ATEROTROMBOSIS CARDIOEMBOLISMO HEMODINÁMICA OTRAS
	POR INFARTO ESTRATEGICO	GIROS ANGULAR ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR
	ESCLEROSIS HIPOCÁMPICA	HEMODINÁMICA /ANÓXIA
	¿NECROSIS LAMINAR?	HEMODINÁMICA /ANÓXIA
	DV HEMORRÁGICA	HEMATOMAS HIPERTENSIVOS ANGIOPATÍA AMILOIDE OTRAS
DV SUBCORTICAL	ENCELOPATÍA SUBCORTICAL ARTERIOSCLERÓTICA/ SINDROME DE BINSWANGER	ARTERIOSCLÉROSIS HIPERTENSIVA ANGIOPATIA AMILOIDE HEMODINÁMICA HIPERCOAGULABILIDAD
	POR INFARTO ESTRÁTEGICO	RODILLA CÁPSULA INTERNA INFARTOS TALÁMICOS ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR

1.

Es importante tener en cuenta la posibilidad de que coincidan lesiones de tipo Alzheimer y lesiones vasculares en una misma persona aunque una de las dos es la dominante.

La diferencia principal es que la demencia vascular tiene un inicio agudo, la progresión es en episodios y presenta un curso fluctuante. Los trastornos mentales no son tan “difusos” como en el caso de la demencia tipo Alzheimer.

En el diagnóstico de demencia vascular, las exploraciones complementarias son muy importantes como la Resonancia Magnética (RM) o la Tomografía axial computerizada (TAC).

Es la segunda después del Alzheimer. Dentro de esta categoría se encuadran distintos tipos de demencia, pero son la multiinfarto y la mixta las más frecuentes

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1. Deterioro de las funciones cognitivas en forma desigual, “ en parches “
2. Enlentecimiento de los procesos cognitivos: en Alzheimer el enfermo responde rápido pero mal, aquí puede responder bien pero tarde.
3. Declive de la capacidad de abstracción, razonamiento lógico, capacidad de adaptación a situaciones nuevas (esto ocurre en todas las demencias)...
4. Deterioro de la memoria: pero a diferencia del Alzheimer, aquí el sujeto no olvida los hechos más importantes de su vida. Se deteriora la memoria inmediata.
5. No se produce un cuadro afaso-apraxo-agnósico, cosa que si sucede en Alzheimer, sino alteraciones puntuales: afasia de Broca (afasia motora en el lóbulo frontal izquierdo), Wernicke (falta de comprensión), apraxia visoconstructiva, etc.

DEMENCIA MIXTA

Este diagnóstico está justificado en el caso de que coexista una demencia tipo Alzheimer y lesiones vasculares (punto anterior)

ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS

Aquí el paciente presenta discapacidades relacionadas con la zona cerebral afectada por la insuficiencia sanguínea. Los síntomas que se pueden presentar son: parálisis transitoria, trastornos de lenguaje, vértigos, trastornos de sensibilidad... A diferencia de la demencia tipo Alzheimer estos síntomas son transitorios y el paciente acaba recuperándose totalmente.

HEMATOMA SUBDURAL

Es una acumulación de sangre entre las meninges y el cerebro, se debe a un traumatismo craneal y es más frecuente entre los ancianos. Se puede manifestar por dolor de cabeza, somnolencia y trastornos mentales y motores.

DEMENCIAS CON CUERPOS DE LEWY

Se asemeja a la enfermedad de Parkinson, pero la demencia que presenta tiene unas características distintivas como son los delirios, las alucinaciones y el curso fluctuante. El deterioro de la memoria puede no ser un rasgo temprano. Tienen mejor habilidad para comprender órdenes, pero más dificultad manipulativa.

DEMENCIAS FRONTALES

En este tipo de demencias la atrofia se sitúa en los lóbulos frontales. Los pacientes presentan una alteración progresiva e insidiosa de trastornos del comportamiento y la pérdida de su conciencia personal y social.

Dentro de este variado grupo destaca la Enfermedad de Pick

Enfermedad de Pick

Esta enfermedad suele comenzar con trastornos de la personalidad y del comportamiento, con apatía, desinhibición o compulsiones.

En algunos casos se manifiesta mediante una alteración progresiva del lenguaje. Existiendo variedades en su evolución. Los primeros síntomas aparecen entre los 40 y 50 años. Aumentan hasta los 60 y luego decrecen. Recibe su nombre de unas células que se encuentran en el hipocampo, el giro dentado y en el núcleo amigdalino. Se revela una asimetría del tamaño de los ventrículos laterales de los lóbulos temporales.

Se produce una alteración de los instintos. Aparecen hábitos anormales respecto a funciones esfinterianas y a la conducta sexual. También es frecuente una actividad compulsiva como revisiones continuas, lavado corporal, actividades orales o coleccionismo compulsivo. Aparece ecolalia, ecopraxia, escritura repetitiva...

Su inicio es insidioso y lento : Se observan cambios de humor, conducta y lenguaje extraños, movimientos compulsivos. En un segundo estadio la producción del lenguaje es menor y aparece afasia anómica, se empieza a perder comprensión del lenguaje y se puede desarrollar ecolalia, estereotipia y perseveración. En una tercera fase hay mutismo y papruplejía en flexión igual que en el Alzheimer terminal.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

1. Cambios de humor
2. Conducta extravagante
3. Bulimia
4. Pica o malacia (deseo de comer cosas impropias).
5. Incremento exagerado del deseo sexual. Exhibicionismo ; masturbación en público ; ausencia de discriminación : sexo, edad, familiaridad..
6. Movimientos compulsivos
7. Lenguaje automático
8. Anosognosia respecto a su deterioro
9. Amnesia de fijación. Desorientación temporoespacial
10. No existe síndrome afaso-apracto-agnósico.

- 11. Alteraciones del lenguaje cuantitativas ; hablan mucho o mutismo
- 12. Inicio insidioso

Características diferenciales de la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad de Pick

Características diferenciales de la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad de Pick	
PICK	ALZHEIMER
Trastornos visuoespaciales tardíos	Trastornos visuoespaciales tempranos
Cambios de personalidad precoces	Cambios de personalidad tardíos
Trastornos intelectuales tardíos	Trastornos intelectuales tempranos
TAC: atrofia frontal y/o temporal	TAC: atrofia más global
Alteración patológica macroscópica: atrofia predominante situada en el hemisferio anterior	Alteración patológica macroscópica: atrofia predominante en el hemisferio posterior
Alteración patológica microscópica: Cuerpos de Pick, células hinchadas	Alteración patológica macroscópica: degeneraciones neurofibrilares y placas seniles
Neuroquímica: ausencia de afectación selectiva de la neurotransmisión	Neuroquímica: afectación colinérgica

DEMENCIAS SUBCORTICALES

- Parálisis supranuclear progresiva
- Degeneración corticobasal
- Enfermedad de Huntington

En general se inicia hacia los 35 – 55 años de edad (antes que la enfermedad de Alzheimer). Es una enfermedad de origen genético. Se transmite por vía autosómica dominante, localizándose el defecto en el cromosoma 4 relacionado con la producción y mantenimiento de ciertos sistemas de neurotransmisores.

Se conoce desde 1872 y está producida por una degeneración del núcleo caudado que conlleva una incapacidad de las funciones intelectivas del lóbulo frontal.

Se caracteriza por la aparición de movimientos coreicos: movimientos del tronco, extremidades y cara impredecibles, y espasmos que se inician con el reposo y cesan con el inicio de otra actividad. Destacando un cambio de comportamiento y de carácter, con depresión o desinhibición

TRASTORNOS NEURODEGENERATIVOS COMBINADOS

- Enfermedad de Parkinson con demencia

La demencia se presenta en un cuarto del total de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Manifestándose en forma de demencia subcortical o de enfermedad de Alzheimer.

- - Enfermedades por priones

Los priones son proteínas de forma anormal situada en las neuronas, si esta proteína se encuentra en la membrana puede dar lugar a la muerte neuronal. Son enfermedades hereditarias.

- - Enfermedad de Creutzfeld - Jakob

Es una enfermedad progresiva, de evolución rápida y de final fatal. Se manifiesta por alteraciones características en el EEG.

ATROFIAS CORTICALES FOCALES

La atrofia esta delimitada en algunas regiones del cerebro y los trastornos están en función del lugar de la atrofia, así pueden surgir problemas en la visión, el lenguaje, la escritura, el reconocimiento de caras... Sin embargo el deterioro de la memoria puede ser inexistente. La persona no presenta una dependencia clara por lo que en principio no se le considera una demencia, aunque en estos casos la evolución de la enfermedad es hacia una demencia generalizada.

DEMENCIAS METABÓLICAS Y TÓXICAS

Se deben a la carencia de vitamina B 12, de ácido fólico o del factor denominado PP. La carencia de la vitamina B 12 da lugar a una anemia y a alteraciones del sistema nervioso central que son: problemas de memoria, cambios de carácter y apatía.

Las alteraciones metabólicas se deben a un exceso o defecto por la glándula tiroides (hipotiroidismo u hipertiroidismo)

3.4 Enfermedades neurológicas que no suelen considerarse demencia

Estas dolencias son las siguientes:

- tumores cerebrales
- traumatismos craneales
- esclerosis múltiple

- Tumores cerebrales

Pueden presentarse ocasionalmente en forma de alteración de la memoria y las capacidades mentales, por lo que se pueden confundir fácilmente con las demencias, aunque la detección es más sencilla gracias a las técnicas de visualización del cerebro.

Los síntomas focales evolucionan en poco tiempo como la pérdida de fuerza de un lado del cuerpo, alteraciones del lenguaje, dificultades en la marcha o en la visión, y los cambios de carácter.

4. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Para realizar un diagnóstico correcto deberían realizarse ::

1. *Examen clínico :*

- . Exploración General, Examen Neurológico, Examen Psiquiátrico,
- . Estudios Complementarios :Bioquímica, Hemograma, ECG, Radiografía de Tórax

2. *Establecimiento de criterios Diagnósticos :*

3. *Estudio Bioquímico, Analítica y Hemograma :*

- . Bioquímica sanguínea
- . Análisis de orina
- . Hemograma
- . Análisis hormonal
- . Análisis de vitamina B-12 y ácido fólico
- . Determinación de VIH y pruebas luéticas

4. *Estudio Psicométrico :*

- . Estadiaje cognitivo : GDS/ FAST / BCRS/ CIBIC
- . Funciones cognitivas :Minimental State Examination de Folstein, ADAS de Mohs
- . Conducta y trastornos asociados : BEHAVE-AD, Hamilton, Yesavage
- . Funciones de la vida diaria : QOL, Índice de Katz, Índice de Barthel, Lawton
- . Factores de riesgo / Diferencial
- . Escala de Hacinski.

5. *Estudios de Neuroimagen :* TAC, RMN ; RMC / PET, SPECT, RM funcional

6. *Estudios de Actividad Bioeléctrica cerebral :* EEG, Cartografía cerebral, Potenciales evocados

7. *Estudios Hemodinámicos Cerebrales :* Ultrasonografía Doppler Transcraneal

8. *Estudio neuroquímico :* Tisular, LCR, Sangre

9. *Estudio genético*

10. *Estudio neuropatológico :* tisular y fluido.

5 . NUESTRO PAPEL DENTRO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Evaluación del deterioro actual del enfermo.
- Aplicación de pruebas neuropsicológicas.
- Elaboración de informes.

TESTS NEUROPSICOLÓGICOS

- Numerosas y variadas pruebas neuropsicológicas.
- Distintos objetivos.
- Pruebas utilizadas dentro del programa:
 - PROTOCOLO INTERNO
 - MEC
 - BARTHEL
 - TIN (Test del informador)
 - FAQ
 - HISTORIAL CLÍNICO

ELABORACIÓN DE INFORMES

- Plasmar la información de cada sesión.
- Ventajas.
- Tipos:
 - Informe de entrenamiento de la primera sesión.
 - Informe del área de Entrenamiento Cognitivo.
 - Informe de las Áreas de E.A y E.O.

5. 1 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PROPIO

Una vez visto como se lleva a cabo un buen diagnóstico diferencial, y cual es su utilidad, vamos a centrarnos en este apartado en cual es nuestro papel dentro del diagnóstico diferencial, en los tests neuropsicológicos, es decir, en los instrumentos o herramientas que nos van a permitir conocer el estado cognitivo y funcional actual del enfermo y en la elaboración de informes.

5.1.1 NUESTRO PAPEL DENTRO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como hemos visto el diagnóstico de demencia posible o probable lo emite el neurólogo, por lo que al programa el enfermo viene con un diagnóstico claro, sin embargo, nosotros desconocemos el nivel de deterioro cognitivo y funcional que presenta esa persona en el momento actual, que áreas tienen más deterioradas, cuales conserva, y por lo tanto con que recursos cuenta a la hora de realizar una intervención.

Este va a ser nuestro papel dentro de este contexto, aplicar una serie de pruebas que nos van a permitir conocer el nivel de deterioro del enfermo, y a raíz de las cuales planificaremos nuestra futura intervención, adecuándola a las necesidades de cada individuo e intentando conservar las áreas menos deterioradas el mayor tiempo posible, y reforzar los recursos con los que cuenta ese enfermo para mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. Y posteriormente elaborar informes que recojan esa información relevante.

La exploración neuropsicológica es la herramienta que utilizamos para obtener la información necesaria, que nos permite elaborar una intervención adecuada, y la realizaremos mediante el uso de pruebas neuropsicológicas.

¿ CUÁL ES NUESTRO PAPEL DENTRO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

Realizar una exploración neuropsicológica, es decir, una evaluación global y puntual de las capacidades cognitivas, conductuales y funcionales.

¿ CÓMO LO LLEVAMOS A CABO?

Aplicando tests neuropsicológicos.

5.1.2 TESTS NEUROPSICOLÓGICOS

Existen numerosas y variadas pruebas neuropsicológicas, sin embargo las más utilizadas en el ámbito de la clínica por su comodidad y eficacia son las pruebas neuropsicológicas breves, en Anexo É aparece un listado de distintas pruebas neuropsicológicas. La aplicación de este tipo de pruebas puede tener distintos objetivos. La finalidad principal es identificar, describir y cuantificar los déficits cognitivos, conductuales y funcionales. Ejemplos de objetivos más específicos podrían ser:

- Planificar una terapia (como en nuestro caso).
- Observar la mejoría o empeoramiento de un enfermo.
- Descubrir alteraciones no diagnosticadas.
- Detectar posibles focalidades.

- Etc.

Nosotros vamos a utilizar cinco instrumentos, que son:

- ADAS
- El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, MEC
- El Índice de BARTHEL
- El cuestionario del INFORMADOR (TIN)
- El Cuestionario de Actividad Funcional, FAQ

- Un Historial Clínico

Hay que señalar que la información obtenida de estas pruebas es orientativa y puntual, ya que se trata de pruebas cortas que nos ofrecen una visión general de las distintas áreas que pueden aparecer afectadas en un enfermo con demencia en un momento concreto, y que en el transcurso de las sesiones de entrenamiento cognitivo aparecerá información nueva que irá guiando la intervención. No hay que olvidar, que también es importante la idea global que obtengamos de la observación directa del enfermo, esta información quedará reflejada en los informes que vamos a ir elaborando después de cada sesión.

¿ QUÉ SON LOS TEST NEUROPSICOLÓGICOS?

Pruebas psicológicas que pretenden identificar, describir y cuantificar déficits cognitivos, conductuales y funcionales.

¿ QUÉ APLICACIÓN TIENEN EN ESTE CONTEXTO?

Servirnos de herramienta para obtener la información necesaria para planificar una intervención adecuada e individualizada.

5.1.3 ELABORACIÓN DE INFORMES

La tarea consiste en recoger la información relevante de las sesiones, y se realiza de cada una de ellas. Para ello cada miembro de la pareja de trabajo debe plasmar la información más relevante de la sesión y posteriormente realizar una valoración conjunta. Es importante que la valoración sea conjunta, ya que, aunque cada miembro de la pareja de trabajo realiza una tarea concreta en ese caso, no hay que olvidar que el caso lo llevan juntos y la cooperación es importante para el buen funcionamiento de la intervención, entre otras cosas

- Para poder contrastar la información del familiar con los datos que vamos obteniendo del enfermo, por ejemplo, en ocasiones el familiar nos comunica que el enfermo es incapaz de leer textos, sin embargo el entrenador cognitivo observa que es capaz de leer textos sencillos.

- Ser capaces de responderles si nos pregunta por la evolución del enfermo.

- Orientar la terapia teniendo en cuenta las necesidades tanto del familiar como del enfermo, ya que el familiar nos da pistas sobre aspectos de la vida diaria que podrían mejorar si los trabajamos en la intervención.

El hecho de tener la información más relevante recogida en informes tiene varias ventajas, nos permite hacer una valoración de la sesión, transmitirla al resto de los miembros del equipo con más facilidad, hacer comparaciones entre distintas sesiones, consultarla rápidamente en cualquier momento y nos ayuda a preparar la siguiente sesión.

Nosotros contaremos con tres modelos de informe:

— Uno que recogerá la información de obtenida de las pruebas aplicadas en la primera sesión, así como la información que hayamos obtenido de la observación directa del enfermo. Este informe lo realiza el entrenador cognitivo

— Dos tipos de informes que se elaborarán después de cada sesión:

— Informe del área de entrenamiento cognitivo.

— Informe de las áreas de E. A. y E. O.

El primero lo realiza el entrenador cognitivo y el segundo el terapeuta, sin olvidar que la valoración global de la sesión deben de hacerla siempre de forma conjunta y que ambos deben de conocer la información obtenida por su compañero de trabajo.

5.2 La Valoración: Afectado

Valoración Cognitiva Interna:

Protocolo de Evaluación:

La primera parte del protocolo interno del programa de Alzheimer, tiene incluido el MEC.(Lobo y cols. 1979).

Desarrollado por el Dr. Antonio Lobo y sus colaboradores, es la versión española del Minimal State Examination o MMSE de Folstein y colaboradores.

¿ A quién se aplica?

Al enfermo.

¿ Qué evalúa?

Permite evaluar las funciones de:

- Orientación espacio- temporal, es decir si el sujeto sabe en que día, año, lugar, etc. Se encuentra.
- Fijación
- Concentración y cálculo, para ver si es capaz de fijar su atención y si puede realizar cálculos numéricos.
- Memoria.
- Lenguaje y construcción, para ver si es capaz de denominar objetos, repetir frases, establecer categorías entre objetos, ejecutar órdenes, elaborar y escribir frases y copiar dibujos.

¿Cómo se aplica?

Orientación: Un punto por cada acierto; enumerar cada ítem y esperar la respuesta.

Fijación: Decir las 3 palabras seguidas y repetirlas tantas veces como sean necesarias hasta que el paciente lo diga correctamente en el primer intento.

Concentración y cálculo: Un punto por cada resta correcta. Se le da un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.

Memoria: Se da un punto por cada palabra correcta, independientemente del orden.

Lenguaje y construcción: Se da un punto por cada nombre correcto. Un punto si se repite la misma frase, que ha de citarse una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta (animales, colores). Un punto por cada parte de la orden correctamente realizada. Un punto si lee, interpreta y ejecuta la orden escrita (cierre los ojos). Un punto si escribe una frase con sujeto, verbo y predicado con sentido (no se valora ni la caligráfica ni la ortografía). Un punto si dibuja dos pentágonos con intersección de uno de los ángulos.

La puntuación máxima es de 35, se considera que existe deterioro cognitivo si presenta puntuación menor a 23 puntos.

La segunda parte del protocolo: El test del Reloj

¿ Cómo se aplica?

Se le administra una hoja en blanco, un lápiz y una goma de borrar. Se le da la siguiente instrucción: “Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos los números. Cuando haya acabado se le dice de nuevo: “Ahora quiero que ponga las manecillas del reloj de tal manera que indiquen las once y diez”. Es importante no dar más instrucciones que den “pistas” sobre la tarea a realizar.

Si después de dibujar el reloj y los números le faltase algo, deberemos preguntarle “si le falta algo”, permitiéndole rectificar el dibujo.

Después de dibujar los números, se le recuerda la instrucción horaria. Si transcurrido un tiempo y no dibujan las saetas o faltan algunas de ellas, se le pregunta si ha terminado.

¿ Cómo se puntúa?

Puntuar 1 por ítem:

1. Existe un intento de indicar una hora de alguna manera.
2. Todos los elementos pueden ser clasificados como parte de la figura cerrada, como parte de las manecillas o como un símbolo para indicar los números del reloj.
3. La figura es completamente cerrada (sin abertura).

Puntuar solo si existen símbolos para indicar los números del reloj:

4. Un “2” está presente e intenta remarcar, señalar de alguna manera una hora.
5. La mayoría de los símbolos están distribuidos en forma de círculo sin grandes espacios ni huecos.
6. Tres o más cuadrantes del reloj tienen uno o más números correctos (apropiados): 12-3; 3-6; 6-9; 9-12, para cada cuadrante respectivamente.
7. La mayoría de los símbolos están ordenados en dirección de las agujas del reloj o hacia la derecha.
8. Todos los símbolos están totalmente dentro de la figura cerrada.
9. Un “11” está presente y remarca de alguna manera la hora.
10. Están indicados todos los números desde el 1 al 12.
11. No existen números repetidos ni duplicados.
12. No hay sustituciones de símbolos romanos o arábigos ni viceversa.
13. No existen números más altos que el 12.
14. Todos los símbolos están situados de alguna manera, adyacentes al borde de la figura cerrada.
15. Siete o más símbolos del mismo tipo están ordenados secuencialmente.

Puntuar solo si existe una o más manecillas:

16. Todas las manecillas irradian desde el centro de la figura cerrada.
17. Una manecilla es visiblemente más larga que la otra.
18. Existe exactamente dos manecillas distintas y diferenciales.
19. Todas las manecillas están totalmente dentro de la figura cerrada.
20. Existe un intento de indicar una hora con una o más manecillas.

¿ Cómo se interpreta?

Obteniéndose tres categorías:

17-20	Normalidad
11-16	Daño Cognitivo Moderado
0-10	Daño Cognitivo Severo

La tercera, ya vamos adentrándonos con mas profundidad en los distintos áreas cognitivas.

1. ORIENTACION TEMPORAL:

Es un complemento a la parte recogida en el MEC, al mismo tiempo nos sirve para valorar en sujetos que por diversas cuestiones, no se lo hemos pasado o no lo hemos visto oportuno.

“ORDENAR UNA SECUENCIA EN VIÑETAS EN EL TIEMPO”

2. RECUERDO DE PALABRAS:

Hay dos formas de presentarlo dependiendo del grado de deterioro del afectado:

Forma A:

Se presenta 5 palabras, cada 2 segundos, que el paciente debe leer en voz alta.

Inmediatamente el paciente tiene que decir las que recuerda. Se repite 3 intentos en total de lectura y de recuerdo.

Forma B:

Se presenta las 5 palabras pero en imagen o dibujo, que el paciente debe decir en voz alta.

Inmediatamente el paciente tiene que decir las que recuerda. OJO: Evidentemente aunque el fin es el mismo, las dos formas de evaluar son enteramente distintas. En la forma A, directamente evaluamos su memoria inmediata. En la forma B, pretendemos “comprobar” si mediante el anclaje visual podemos reforzar el déficit en su memoria inmediata.

3. ORDENES:

Se le pide al sujeto que realiza cada una de esas órdenes, cada elemento subrayado representa un paso simple en la ejecución de una orden. La orden puede ser repetida una vez si se requiere, en toda su extensión. Cada orden se evalúa como un todo de forma que si solo realiza uno de los elementos básicos no se considera como respuesta correcta.

4. DENOMINACION DE OBJETOS:

El sujeto tiene que denominar los 12 objetos. La puntuación obtenida vendrá dada por el número de objetos denominados.

OJO: En el caso que veamos que pudiese tener problemas visuales nuestro paciente u otras razones aportadas en su momento por el entrenador, se pueden utilizar objetos reales de su medio.

5. PRAXIS CONSTRUCTIVA:

Parte 1º:

Se pide al sujeto que se fije en la figura y que dibuje una lo más parecida posible en la misma hoja. Para ello se le proporciona un folio para cada figura, al principio del cual aparece la figura que tiene que copiar. Se permiten dos intentos.

Parte 2º:

Se le presenta una hoja donde el paciente tiene que recortar una figura y pegarla en un espacio determinado.

6. PRAXIS IDEATORIA:

Se le da una hoja y un sobre y se le pide que lo utilice como si fuera a escribir una carta.

7. RECONOCIMIENTO DE PALABRAS:

Leer en voz alta 5 palabras que se le presentan por escrito una detrás de otra, después se mezclan con 5 palabras más que el sujeto no ha visto, y se le van presentando una a una, la persona debe decir SI ha visto o NO ha visto la palabra anteriormente. Se realizan tres pruebas similares y sucesivas.

8. RECUERDO DE LAS INSTRUCCIONES DE LA PRUEBA DE MEMORIA:

Se la muestra al sujeto palabras del apartado anterior y se le pregunta ¿has visto antes esta palabra o es nueva?. A partir de la tercera palabra se le pregunta ¿y esta?. Si el sujeto contesta adecuadamente “sí” o “no” se considera que el recuerdo de las instrucciones es preciso, sea o no correcta su respuesta. Si el sujeto no responde, significa que ha olvidado las instrucciones, en tal caso se repetirán, para obtener la puntuación en este ítem se anotarán todos los casos en los que haya olvidado las instrucciones cuando el sujeto lleve 7 fallos, no es necesario continuar porque es la puntuación máxima que se puede obtener en este apartado.

9. MEMORIA

— *BIOGRAFICA/REMOTA*: Se registra la información dada por el paciente, se contrasta con la información dada por el familiar.

— *SECUENCIAS AUTOMATICAS*:

10. ESCRITURA:

Primero: Se le presenta una hoja una frase y el paciente tiene que copiarla.

Segundo: Ahora el paciente tiene que escribir un dictado.

11. ATENCION:

— *RETENCION DE DIGITOS*:

— *SERIE DE LETRAS LEIDAS*:

12. JUICIO LOGICO:

Al paciente se le plantea una duda moral, y él deberá explicar su padecer. Se anota lo razonado.

13. RAZONAMIENTO ABSTRACTO:

Primero: Al paciente se le plantea dos conceptos que requiere su capacidad para distinguirlos.

Segundo: Al paciente se le plantea 5 conceptos de los cuales debe encontrar semejanzas por categorización.

Tercero: Al paciente se le pide que señale 5 objetos de la sala (los cuales anotaremos), y una vez hecho esto, tendrá que situarlos en el espacio a partir de la referencia espacial del propio individuo (cerca/lejos).

Cuarto: Al paciente se le plantea 2 tipos de problemas que deberá resolver.

14. SOMATOGNOSIA:

El paciente deberá reconocer parte de su cuerpo y denominarlos.

15. PRAXIS IDEOMOTORAS-IDEATORIAS:

El paciente deberá mediante mímica representar diversas acciones.

La cuarta y última parte que recogerá el entrenador cognitivo, es la valoración no cognitiva del paciente.

Aquí se recogerá la impresión “diagnostica” del entrenador, recogiendo sintomatologías como: *Depresión; Concentración; Colaboración en las pruebas*. Además, se deberá recoger todas las observaciones que el entrenador considere de importancia.

5.3 La Valoración: Cuidador

ÍNDICE DE BARTHEL

Se aplica al familiar.

¿ Qué evalúa?

Sirve para evaluar la dependencia del enfermo de las AVD, actividades de la vida diaria, básicas, que son aquellas que miden los niveles más elementales de la función física, comer, lavarse, arreglarse, deposición, micción, uso del retrete, traslado, deambulación y subir y bajar escaleras.

¿Cómo se aplica?

Se debe anotar, con la ayuda del familiar, cuál es la situación personal del paciente, respecto a las actividades básicas de la vida diaria.

Evalúa 10 Actividades de la Vida Diaria, A.V.D. (ABVD): Comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, capacidad para trasladarse, deambulación, subida/bajada de escaleras.

¿Cómo se puntúa?

Sumando la puntuación dada a cada una de las respuestas.

Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados a silla de ruedas). Las puntuaciones no son las mismas para cada actividad. La micción y deposición deben ser valoradas respecto a la semana previa. Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia

¿Cómo se interpreta?

La puntuación máxima que puede obtener en este test es 100 (90 si es una persona que va en silla de ruedas), y las puntuaciones obtenidas se interpretan de la siguiente manera:

Inferior a 20 Dependiente total.

Entre 20-35 Dependiente grave

Entre 40-55 Dependiente moderado

Entre 56-60 Dependiente leve

Entre 61-100 Independiente

TEST DEL INFORMADOR (TIN) (JORM Y KORTEN)

Se aplica al familiar.

¿Qué evalúa?

Se considera de gran valor para el cribado de deterioro cognitivo. Valora memoria, funcionalidad y capacidad ejecutiva de juicio. Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad.

¿Cómo se aplica?

Se le pide a un cuidador con conocimiento del enfermo anterior a la aparición de la enfermedad y que actualmente se encargue de él, que al contestar piense en el afectado antes y actualmente.

¿Cómo se interpreta?

La puntuación:

- Ha mejorado mucho 1
- Ha mejorado poco 2
- Apenas ha cambiado 3
- Ha empeorado un poco 4
- Ha empeorado mucho 5

Puntuación máxima: 130 puntos

En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo.

CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL (FAQ)

Se aplica al familiar.

¿Qué evalúa?

La dependencia del enfermo para realizar AVD instrumentales, es decir, aquellas actividades de la vida diaria que son más complejas. En esta prueba se recoge información sobre la dependencia a 11 actividades: administración de dinero, hacer la compra, hacer la comida, hacer café, estar al corriente de las noticias más cercanas a su entorno, atender, entender y discutir sobre temas de la radio o la televisión, acordarse de citas y fechas señaladas, manejo de la medicación, desenvolverse fuera de casa, saludo de amistades y salir a la calle.

¿Cómo se aplica?

Se pregunta cada ítem y se anota la respuesta.

¿Cómo se puntúa?

Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según el siguiente código:

0: normal, o nunca lo hizo pero podría hacerlo sólo.

1: con dificultad, pero se maneja solo, o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad.

2: necesita ayuda (pero lo hace).

3: dependiente (no puede hacerlo).

¿Cómo se interpreta?

La puntuación máxima que se puede obtener en este test es 33.

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia).

Una puntuación de 6 ó superior indica una disfunción funcional.

El grado de dependencia del enfermo para realizar las AVD tanto básicas como instrumentales es un indicativo de la calidad de vida del enfermo y del cuidador.

HISTORIAL CLÍNICO

Se le aplica al familiar.

¿Qué evalúa?

Primero recoge una serie de datos personales sobre el enfermo y el cuidador principal.

A continuación se divide en varias partes, una que recoge información acerca del problema actual en distintas áreas del enfermo relacionadas con la demencia: personalidad, memoria, funcionamiento mental general, actividades cotidianas, obnubilación/delirium, humor depresivo, sueño, problemas cerebro-vasculares, resumen general. Otra parte con preguntas acerca de la historia pasada del sujeto, y otra con preguntas sobre antecedentes familiares.

El Historial finaliza recogiendo información:

- Sobre la estructuración de ambientes: los cuartos de aseo, la cocina, la habitación del enfermo, el comedor-salita, la terraza-balcón, las medidas de seguridad y la estructura del exterior de la casa.

- Un breve resumen de los antecedentes y de la situación actual.

- Actividades que realiza el enfermo.

Posteriormente el equipo de intervención debe realizar un informe sobre la situación global del caso basado en la totalidad de la entrevista y en los datos de la exploración neuropsicológica.

¿ Cómo se codifica la información?

En la parte de datos personales del enfermo y del familiar, aparecen a pie de página los códigos que se deben poner en cada pregunta, Demencia Vascular DV, Varón 1, etc.

En la parte É, ítems acerca del problema actual, del Historial Clínico se aplica el siguiente código:

0: si la respuesta es no.

1: si la respuesta es si.

8: si el familiar es incapaz de responder.

9: si no lo preguntamos (porque ya nos lo han dicho u otro motivo justificado).

En el resto de apartados se anota la respuesta del familiar.

ANEXO I. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algunos de los instrumentos breves que se utilizan en la práctica clínica son:

Para evaluar las funciones básicas:

- Escala de Katz
- Escala de Barthel

Para evaluar las funciones instrumentales:

- Escala de Philadelphia Geriatric Center de Lawton
- Índice global de incapacidad física de la cruz roja

Para evaluar el deterioro cognitivo:

- Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores
- Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo
- Test Mental Status de Pfeiffer
- Índice global de deterioro psíquico de la Cruz Roja
- Mental Status Questionnaire (MSQ) de Kahn y colaboradores
- Information-Memory-Concentration Test (IMC) de Blessed y colaboradores
- Abbreviated Mental Test Score (AMTS) de Hodkinson
- Information/Orientation Test (I/O) de Pattie y Gilleard
- Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE) de Jacobs y colaboradores
- Hasegawa Dementia Scale (HDS) de Hasegawa

**CURSO de
Alzheimer**

**CURSO de
Alzheimer**



COMUNICACIÓN FAMILIAR

1/ INTRODUCCIÓN:

Debemos partir del hecho que una persona no se convierte en cuidador de la noche a la mañana. Como es lógico suponer, esto viene determinado porque la mayor parte de las causas de dependencia de sus familiares con demencia que conlleva un deterioro progresivo, asociado a un avanzado aumento de necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana (dependencia).

En general, llega un momento en el que la persona con demencia, que suele vivir en su domicilio con suficiente independencia y autonomía en la primera fase de la enfermedad, comienza a necesitar con mayor frecuencia ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana. En este contexto, se plantea en el ámbito familiar si es conveniente que sigan viviendo solos o se trasladen cerca de los hijos o a la propia casa de éstos.

2/ ADQUISICIÓN DEL ROLE DEL CUIDADOR:

Frecuentemente al inicio del cuidado, el cuidador aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentre en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía.

De este modo y poco a poco, sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria.

En este contexto, es dónde la figura del terapeuta puede ayudar a analizar la situación con los familiares, y trabajar sobre alternativas y toma de decisiones.

La situación de cuidar a alguien es un hecho que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. A la hora de trabajar con ellos debemos tener en cuenta que la experiencia del cuidar es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que este hecho difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida, a quién se cuida, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar de edad avanzada, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores, etc., son algunos de esos aspectos que determina la forma de vivencia del cuidador.

3/ CUESTIONES A TENER EN CUENTA:

A la hora de trabajar con sus cuidadores no solo hay que conocer las motivaciones para asumir dicho role, sino también, la relación anterior con la persona cuidada, el parentesco que les une, etc.. que puede determinar la manera de vivir las distintas situaciones del cuidado.

Analicemos de forma general estas cuestiones:

a) *Motivos por los que se cuida*: Es común encontrar personas que cuidan a sus familiares por una cuestión de deber moral que no debe ser eludido ya que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

- Por **motivación altruista**, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.
- Por **reciprocidad**, ya que antes la persona ahora cuidada le cuidó a ellos.
- Por la **gratitud y estima** que les muestra la persona cuidada.
- Por **sentimientos de culpa del pasado**: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado: "En el pasado no me porté lo suficientemente bien con mi madre. Ahora debo hacer todo lo posible por ella".
- Para **evitar la censura** de la familia, amigos, conocidos, etc. en el caso de que no se cuidara al familiar en casa.
- Para obtener **la aprobación social** de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

Todas las anteriores son razones para cuidar a un familiar. Parece lógico suponer que el mayor "peso" de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador.

b) *Parentesco con la persona a la que se cuida*: La experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada, como puede verse a continuación:

1) El esposo o la esposa como cuidador:

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre la aparición de la enfermedad, el cónyuge sano, sobretodo en femenino, asume todo el peso de la enfermedad.

Pero analicemos con más calma los rasgos comunes a esta situación:

- Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación.
- El hecho de que un miembro de la pareja padezca la enfermedad, puede acentuar con mayor magnitud el sentimiento de soledad, debido a que se queda sin su confidente.
- Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares que las mujeres cuidadoras.
- En bastantes ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e, incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros.

2) Las hijas y los hijos como cuidadores:

Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que favorece la disposición del cuidado. En la mayoría de las ocasiones, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando venían haciéndolo hasta fechas recientes. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y, viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador.

Las hijas solteras, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

Normalmente, a medida que comienza a verse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar mayor, va perfilándose un cuidador principal que normalmente suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que haya sido elegido por acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

Gran parte de los cuidadores hijos no trabajan ni pueden pensar en buscar un trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador.

Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos) así como a sus propias necesidades. Decidir dónde y cuándo y cómo invertir los esfuerzos y energías es difícil, sobretodo cuando las demandas de ayuda de las personas que cuidan (hijos, padres, cónyuges) son elevadas.

En ocasiones no existe el afecto que normalmente une a padres e hijos, bien porque no ha existido una buena relación previa padres-hijos, o, simplemente, porque tal relación no ha existido, como es el caso de los hijos criados con otros familiares. Un caso especial es el de las nueras cuidadoras. En este caso, aunque la relación ha existido, no ha sido tan prolongada como en el caso de los hijos.

C) Relación anterior entre el cuidador y la persona cuidada:

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana.

Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y mantenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista en sus cuidados a su familiar. Es frecuente encontrar en este grupo a los familiares más cercanos de la persona cuidada. Los cuidadores que han mantenido con la persona cuidada una mala relación antes de que ésta necesitara de sus cuidados, o aquellos cuya relación ha sido menos cercana y de menor familiaridad con ella, muestran con menos frecuencia motivaciones de tipo altruista, siendo las motivaciones predominantes el sentido de obligación familiar, la evitación de la censura y la aprobación social.

D) Otras fuentes de diferencias:

1) El tiempo de cuidado: Hay que tener en cuenta que la experiencia de cuidar no es siempre igual, sino que varía con el tiempo, influida por características tanto de la persona cuidada (por ejemplo, en las demencias, las personas que las padecen sufren cambios que afectan a la situación de cuidado de diferentes maneras) como de la persona que cuida (cambios laborales, vitales, etc.).

2) La experiencia de cuidado varía en función de la causa y el grado de dependencia que presente el familiar mayor:

3) La cantidad y el tipo de ayuda variará también dependiendo del grado de dependencia que presente la persona mayor, ya que, como es evidente, no supone lo mismo dedicar un poco de tiempo de cada día a acompañar al mayor recado porque no se aclara con el cambio, que estar todo el día proporcionándole cuidados casi constantes ya que necesita ayuda en todo. Cuanto mayor sea el grado de dependencia de la persona mayor, mayor será también la cantidad de tiempo y de esfuerzo que tendrá que dedicar el cuidador a la tarea de cuidar a su familiar.

4/ CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN EL CUIDADOR:

La vida de aquellas personas que atienden a una persona mayor dependiente puede verse afectada de muchas maneras.

Para nosotros es vital profundizar en los cambios que suelen sufrir estas personas como consecuencia del cuidado, y como éstas han influido en su propia vida.

— *Cambios en las relaciones familiares:*

Por desgracia, suele ser común la aparición de conflictos familiares por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos u otros hacia la persona mayor o por la forma en que se proporcionan los cuidados.

En general, el malestar con otros miembros de la familia es debido a la percepción del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza, ni todo lo que sacrifica por ello.

Otro cambio típico es la inversión de "papeles", ya que, por ejemplo, la hija se convierte en cuidadora de su madre variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos. Este cambio de papeles requiere una nueva Mentalidad respecto al tipo de relación que existía anteriormente entre padres e hijos y exige al cuidador, en definitiva, un esfuerzo de adaptación. Es frecuente que la persona demenciada se vaya a vivir con el cuidador principal y su familia. Este cambio puede ser también una fuente de conflictos puesto que el resto de la familia también se ve afectada por la nueva situación, no siempre deseada.

El cuidado de la persona demenciada implica muchas tareas, tiempo y dedicación.

Un tiempo y una dedicación que en ocasiones la pareja o los hijos echan de menos para ellos.

— *Cambios en el trabajo y en la situación económica:*

Para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realizan la tarea de cuidado. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar a la persona mayor para ir al trabajo y en otras la de estar incumpliendo con el trabajo.

De hecho en España, el 50% de los cuidadores no pueden plantearse trabajar, han abandonado su trabajo o han reducido su jornada laboral. También son frecuentes las dificultades económicas, ya sea porque disminuyen los ingresos (disminución de la dedicación laboral) o porque aumentan los gastos derivados del cuidado del Anciano.

— *Cambios en el tiempo libre:*

Cuidar a una persona demenciada exige mucho tiempo y dedicación. Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que dedicarlo ahora a afrontar esta tarea. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para su ocio. Incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si dedica tiempo a sí mismo está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está muy relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento.

— *Cambios en la salud:*

Algo muy frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. De hecho no es una 'sensación', sino que cuando se comparan a personas que cuidan, con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores tienen una peor salud.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales es de 52 años y que un 20 % son mayores de 65 años. Por tanto, es muy probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el envejecimiento como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, etc.

Teniendo en cuenta, además, que el hecho de que están sometidos a un esfuerzo físico mayor que cualquier otra persona a esa edad, no es sorprendente que algunos de esos cambios se aceleren o que aparezcan precozmente.

TIEMPO COMO CUIDADOR	SÍNTOMAS	
MENOS DE 1 AÑO	PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> * ANSIEDAD • DEPRESIÓN • INSOMNIO • DIFICULTADES DE RELACIÓN
	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • DOLORS OSEOS • SÍNTOMAS DIGESTIVOS
ENTRE 1 Y 5 AÑOS	PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> • ALTERACIONES DE SUEÑO • IRRITABILIDAD • DEPRESIÓN • ANSIEDAD • SENSACIÓN DE CULPA • AISLAMIENTO • SOLEDAD
	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • CANSANCIO • SÍNTOMAS DIGESTIVOS • CEFALÉAS
MÁS DE 5 AÑOS	PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> • ALTERACIONES DEL SUEÑO • IRRITABILIDAD • DEPRESIÓN • ANSIEDAD • SENSACIÓN DE CULPA • AISLAMIENTO • SOLEDAD • PÉRDIDA DE LA INDEPENDENCIA • PÉRDIDA DE LA MOTIVACIÓN • DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN
	FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • SÍNTOMAS DIGESTIVOS • CANSANCIO • CEFALÉAS • TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

— *Cambios en el estado de ánimo:*

Se sabe que la experiencia de cuidar de otra persona experimentar a muchos cuidadores sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle experimentar esos sentimientos.

La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Pero también existe la otra vertiente en el cual ofrecer estos cuidados es una obligación moral y cumplir con ello le hace sentirse satisfecho.

En general, la situación de cuidado suele llevar asociada la experiencia de múltiples y variados sentimientos y emociones por parte de los cuidadores. Algunos de estos sentimientos, tales como la tristeza, la culpa, la preocupación o el enfado, interfieren en la vida de los cuidadores obstaculizando su bienestar y dificultando el desempeño de las tareas asociadas al cuidado.

Cuidar a una persona mayor dependiente es una tarea compleja que no sólo implica desempeñar tareas de cuidado del familiar dependiente, sino también enfrentarse a situaciones difíciles en las que participan, además, otras personas.

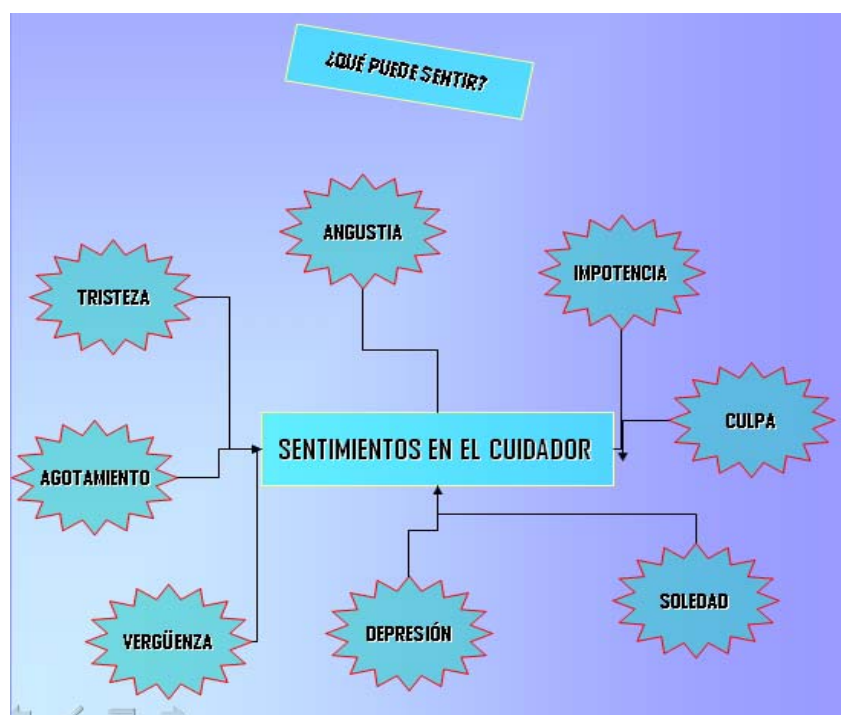
El cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos que más estrés puede producir en la vida de una familia, al tratarse de una situación de estrés crónico que se mantiene en el tiempo. Muchas de las situaciones que tienen que afrontar los cuidadores generan estrés.

La línea a seguir a la hora de intervenir iría bajo la línea de que el cuidador debería aprender a sentirse mejor, para ello debería empezar por reconocer que:

Es normal tener pensamientos o emociones negativas hacia la situación en la que se encuentran, hacia su familiar y hacia sí mismos. Todos los sentimientos son legítimos.

Lo deseable no es no tener sentimientos negativos, puesto que es lógico y natural que aparezcan en determinados momentos y circunstancias, sino ser conscientes de que existen, reconocerlos, aceptarlos y, finalmente, saber cómo controlarlos.

Reconocer y aceptar las emociones y sentimientos negativos es un buen primer paso de cara a aprender a manejarlos.



Para concluir este apartado, es necesario hacer un pequeño repaso a las emociones que impactan de forma directa en el estado anímico de los cuidadores y en sus verbalizaciones:

— **Tristeza:** Muchos cuidadores experimentan con frecuencia sentimientos de tristeza y pena que hacen aún más difícil la situación de cuidado. Estos sentimientos de tristeza, si bien son hasta cierto punto normales y comprensibles, pueden llegar a ser de gran intensidad, llegando a obstaculizar enormemente la situación de cuidado e interferir en el bienestar físico y emocional del cuidador.

Los motivos más frecuentes de tristeza vienen representados por las siguientes situaciones:

- Observar el declive de las capacidades físicas y psicológicas de su familiar.
- La pérdida de la compañía o de apoyo que antes tenía en él o ella.
- La diferencia que existe entre cómo era anteriormente su vida y cómo es ahora.
- Los conflictos y malentendidos que puedan haber surgido con su pareja, hijos o demás familiares a consecuencia de diferencias de opinión respecto a la situación de cuidado o de otros aspectos derivados de dicha situación.
- La falta de contacto con otras personas.
- Falta de satisfacción de otras necesidades personales.

Una técnica sencilla que puede ayudar a los cuidadores a cultivar en ellos una actitud positiva ante la vida es anotar o hacer listas, periódicamente, de las cosas buenas y hermosas que tiene la vida. Por ejemplo escribir cada noche, antes de acostarse, las cosas buenas que el día les ha traído. Acciones como éstas constituyen estrategias adecuadas para los cuidadores que quieran entrenarse en mantener una actitud positiva ante la vida.

— **Culpa:** Para algunos cuidadores, los sentimientos de culpa ocupan una parte importante de su experiencia de cuidado. Los posibles motivos que hacen aparecer estos sentimientos son:

- Por hechos del pasado: Sentimientos, actitudes y comportamientos ocurridos en el pasado con la persona que actualmente se está cuidando pueden hacer surgir sentimientos de remordimiento y culpa.
- Por tener metas demasiado altas y excesivos "deberías": Otra de las principales fuentes de culpabilidad es ser demasiado exigente con uno mismo: si un/a cuidador/a piensa que tiene que atender a todas las demandas y resolver todas las necesidades y deseos de su familiar, es muy probable que no pueda alcanzar sus metas y que, finalmente, se sienta culpable por ello. En estos casos, el/la cuidador/a suele pensar en la forma "debería" ("debería ser capaz de hacer...", "debería atenderle más", "debería tener más paciencia"), de tal modo que, si no cumple con sus "deberes", terminará sintiéndose culpable.
- Por tener sentimientos negativos: Algunos cuidadores cometen el error de no aceptar los sentimientos o pensamientos negativos que la situación de cuidado hace surgir en ellos. Estas personas experimentan angustia y culpabilidad debido a que piensan que "no deberían" pensar ni sentir nada negativo acerca de su familiar mayor.
- Por dedicarse tiempo a sí mismos: Por motivos culturales y de educación, muchas de estas personas, especialmente las mujeres, consideran que cuidar de sí mismos/as dedicando tiempo y esfuerzo a satisfacer sus necesidades es una manifestación de "egoísmo". Así pues, para estas personas, actividades tales como dedicar tiempo a sus aficiones o salir con amigos a tomar algo, hacen surgir en ellos sentimientos de culpabilidad.
- Otros motivos de culpa: Pensar que se es responsable de la enfermedad del familiar; Desear que el familiar muera (para que deje de sufrir o para "liberarse" de la situación);

Atribuirse todas las responsabilidades del cuidado, Discusiones o disputas con otros familiares que no colaboran en el cuidado; Descuidar otras obligaciones familiares; Vivir lejos de la persona a la que se cuida ("cuidar a distancia"), Plantearse que la persona ingrese en una residencia, pensando que esto significa sacrificar el bienestar del familiar en beneficio del suyo.

El medio para trabajarlos vendría determinados por las siguientes acciones:

- Identificar los sentimientos de culpa.
- Aceptarlos.
- Expresarlos.
- Analizar sus causas.
- Reconocer los propios límites como cuidadores y marcarse metas realistas.
- Aceptar que cuidarse a sí mismos es necesario y no implica ser egoísta.

— **Enfado y resentimiento:** A menudo, la situación de cuidado puede hacer surgir sentimientos de ira y enfado contra la persona cuidada, contra la situación de cuidado, contra otras personas o contra uno mismo. Incluso los cuidadores más pacientes pueden encontrarse en ocasiones luchando contra la ira que algunas situaciones asociadas al cuidado de su familiar hacen surgir en ellos.

Los motivos más frecuentes de enfado o irritación en los cuidadores:

- Determinadas formas de comportarse de la persona a la que cuidan: comportamientos agresivos, demandan constante de atención, etc.
- Falta de colaboración de otros familiares y sensación de estar "solo/a ante el peligro".
- Falta de entendimiento o diferencias de opinión con otros miembros de la familia respecto a las cuestiones relacionadas con el cuidado.
- Falta de valoración o reconocimiento de su esfuerzo y dedicación al cuidado.
- Sensación de "estar atado/a" a la situación de cuidar.
- Sensación de "injusticia" y "enfado con el mundo" por lo que les ha "tocado" vivir.

Los pasos a seguir a la hora de intervenir vendrían determinados por:

(a) Darse cuenta de los sentimientos y aceptarlos.

Algo que puede ayudar a los cuidadores a aceptar estos sentimientos es darse cuenta de que la ira o el enfado son reacciones naturales a cualquier tipo de daño (físico o psicológico).

Reconocer que sentir ira o enfado proviene de experimentar algún tipo de daño ayuda a los cuidadores, ya que les permite orientar su atención hacia las situaciones que han hecho surgir tales sentimientos y, por tanto, les facilita cambiarlas en caso de que sean modificables.

(b) Hablar de los sentimientos

Como sentimientos normales que son, la ira y el enfado pueden expresarse y ser compartidos con otras personas. Hablar de ellos con otras personas, familiares o amigos con los que se mantenga una buena relación, o con aquellas personas que tengan experiencias parecidas (otros cuidadores) y que, por tanto, puedan comprenderles, será de gran ayuda.

(c) Cambiar el "chip" de lamentaciones:

Muchos cuidadores se han preguntado, en alguna ocasión: ¿por qué a mí?.

Generalmente no tiene sentido preguntarse por qué está pasando algo o por qué ha pasado algo. No existe respuesta. Lo que sí tiene sentido es preguntarse cómo se va a responder a un problema y qué es lo mejor que se puede hacer para solucionarlo, una vez que ha ocurrido.

(d) No malinterpretar las intenciones del familiar

Es más realista pensar que los comportamientos irritantes o molestos del familiar pueden ser una consecuencia de su enfermedad y no un intento de molestar. Es recomendable

que los cuidadores no interpreten inmediatamente que su intención es ofenderles, porque en la mayoría de las ocasiones, no existe tal intención. Así, una pregunta que se repite muchas veces, olvidar una situación que acaba de suceder, son comportamientos que generalmente se relacionan más con una enfermedad y no con ganas de fastidiar".

(e) Diferenciar entre comportamiento actual del enfermo y anterior

Es recomendable que los cuidadores hagan el esfuerzo de contemplar a su familiar como un ser querido con el que se comparten recuerdos y buenos momentos, en lugar de identificarlo exclusivamente con su forma molesta de comportarse en la actualidad (si este fuera el caso) de los comportamientos molestos que ahora presenta. Así, se acostumbrarán a pensar que lo que les resulta desagradable e irritante no es la persona en sí misma, sino su comportamiento en determinadas ocasiones.

(f) Expresar los sentimientos de enfado, pero sin perder el control

Es conveniente que el/la cuidador/a exprese sus frustraciones, temores, resentimientos o malestar sin perder el control. Para ello se aconseja:

- Escoger un momento adecuado para hablar de sus sentimientos
- Expresar las emociones de ira o enfado una vez que haya pasado el momento en que éstas alcanzan su punto más intenso, debido a que, en éstas circunstancias son muy fácil perder los estribos.
- Evitar guardarse estos sentimientos durante mucho tiempo, porque eso suele abrir las puertas a la creación de resentimientos y rencores más difíciles de superar: las "explosiones" de ira suelen ser consecuencia de sentimientos acumulados a lo largo del tiempo.

5/ CUESTIONES A TENER EN CUENTA A LA HORA DE LA INTERVENCIÓN:

Las orientaciones generales sobre cómo ayudarles se iniciarían con la integración de los siguientes apartados:

- Tener en cuenta que, en muchas ocasiones, los cuidadores encuentran muchas dificultades a la hora de pedir y recibir ayuda y tienen miedo al rechazo general de la gente hacia la enfermedad y la incapacidad.
- Tomarse tiempo para escucharles con atención e interés
- Tratarles con respeto, intentando ponerse en su lugar, siendo consciente de que realmente no se llega a comprender del todo lo que una persona está viviendo hasta que no se está en su misma situación.
- Intentar "conectar" o empatizar con ellos, comprendiendo y respetando las razones por las que cuidan de sus familiares enfermos, aunque esto les suponga un coste muy alto para su propia vida.
- Habiendo comprendido y empatizado con las razones para cuidar que tienen los cuidadores, evitar el intentar "a toda costa" convencerles de que ellos son más importantes que el familiar a quien están cuidando.
- Ser consciente de que la ayuda de uno es muy importante y, en ocasiones, crucial para los cuidadores.
- Interesarse por cómo están emocionalmente, animándoles a compartir sus sentimientos.
- Estar preparados para escucharles cuando nos hablen de sentimientos negativos como el enfado, la tristeza o el resentimiento, lo cual es muy probable dada la frecuencia con que los cuidadores experimentan este tipo de sentimientos.
- Recordar que muchos de sus problemas simplemente no tienen solución.
- Animarles a disfrutar de tiempo libre y actividades de ocio, sabiendo que:

- Al centrar sus vidas en torno a "dar", a los cuidadores se les hace más difícil "recibir" y dejar que otras personas cuiden de ellos.
- Muchos de ellos se han olvidado de lo bueno que es alejarse por un tiempo de las responsabilidades. Quedarse en casa puede que no sea tan divertido, pero a ellos les resulta al menos más seguro que romper la rutina.
- Los cuidadores no sólo necesitan que se les diga que tienen que cuidarse y salir más de casa: necesitan también compañía en esos ratos de ocio para alcanzar verdaderamente los beneficios del tiempo de ocio fuera de casa.

6/ CONCLUSIÓN:

Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día.

Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas y psicológicas para cuidar de sí mismos y de su familiar.

Se entiende cuidar uno mismo su propia salud cuando se cumple las siguientes premisas:

— **Dormir lo suficiente:**

Dormir es una de las necesidades vitales. Sin un sueño reparador, las personas pueden tener multitud de problemas: falta de atención, propensión a los accidentes, irritabilidad, quedarse dormido en situaciones peligrosas, etc. La falta de sueño es un problema frecuente entre los cuidadores, porque muchas veces cuidar a un familiar significa atender también por la noche.

Todo ello puede ocasionar un aumento de la tensión emocional y una mayor fatiga del cuidador.

Siempre se debe analizar las circunstancias por la que el cuidador no puede conciliar el sueño y atajarla con las armas que dispongamos.

— **Hacer ejercicio con regularidad:**

El ejercicio físico es una forma útil para combatir la depresión y la tensión emocional. Es una forma saludable de eliminar las tensiones que se van acumulando a lo largo del día.

Hacer ejercicio no supone necesariamente ir a un gimnasio o practicar un deporte en una pista deportiva, etc. Existen formas más habituales de hacer ejercicio físico que es más accesible a los cuidadores. Caminar es una de las formas más sencillas de hacer ejercicio y, por ello, se pueden aprovechar las salidas necesarias a la calle (para comprar, hacer gestiones, "papeleos", etc.) para caminar un rato, incluso dando un rodeo para caminar durante más tiempo. Igualmente, si las condiciones físicas de la persona a la que se cuida lo permiten, pueden pasear juntos, aunque sea durante un breve espacio de tiempo, o bien puede hacerse una sencilla tabla de gimnasia en casa. La bicicleta estática también es una buena opción para hacer ejercicio cuando salir de casa resulta difícil.

— **Evitar el aislamiento:**

Muchos cuidadores, como consecuencia de un exceso de trabajo, se distancian de sus amigos y familiares cuando la persona a la que cuidan requiere una dedicación intensa.

Esto puede llevar a una situación de aislamiento que aumenta en el cuidador la sensación de "sobrecarga" y estrés y que le pueden ocasionar problemas físicos y psicológicos. Para evitar que esto ocurra, una buena solución es que el cuidador disponga de algún tiempo libre para hacer actividades que le gustan, mantener alguna afición, estar con otras personas (relaciones), etc.

Si el cuidador tiene dificultades de tiempo y es necesario que otras personas le sustituyan durante algún tiempo para quedarse cuidando de su familiar, pedir ayuda puede dar muy buenos resultados. En cualquier caso, es importante mantener las amistades y dedicar un tiempo a estar con ellas.

— **Salir de casa:**

Dedicar algún tiempo a estar fuera de casa es también un hábito saludable aconsejable para los cuidadores. Ante una recomendación como esta, los cuidadores suelen plantear la siguiente cuestión: "Me parece muy bien, pero ¿con quién dejo a mi marido (padre, hermana, etc.)?".

Evidentemente no es fácil, pero es importante buscar alternativas, ya que si no contamos con momentos para estar fuera de casa, visitar a alguien, pasear, estar con amigos, etc., podríamos llegar a tener la desagradable sensación de vivir "atrapados". Para que esto no ocurra, se puede buscar qué familiares o amigos podrían quedarse algunos momentos del día con la persona cuidada. También, dentro de la familia, ocasionalmente algunas personas le pueden facilitar que descanse durante un fin de semana algunas veces al año. También se puede recurrir al centro de servicios sociales del barrio en que se viva, al ayuntamiento y/o a asociaciones de voluntarios, solicitar los servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales, etc.)

— **Mantener aficiones e intereses:**

Muy frecuentemente, las personas que cuidan familiares mayores tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de éstos y a emplear la mayor parte de su tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades. Sin embargo, aunque resulte difícil, lo ideal es mantener un equilibrio entre las propias necesidades e intereses personales y las obligaciones que implica cuidar a un familiar. Por eso, en el caso de que se hayan ido abandonando aficiones, actividades, contacto con amistades, etc., es conveniente que poco a poco se vayan incorporando otra vez a nuestra vida. Así, el cuidador puede empezar por hacer una lista de las actividades que le gustaría hacer y, a partir de ahí, elegir aquellas que resulten más viables y comenzar haciendo éstas. Gradualmente se podrán ir seleccionando otras actividades para incorporarlas y, de esta forma, conseguir que el disfrute personal sea una parte natural de la vida diaria del cuidador.

— **Descansar:**

Las personas que están cuidando a un familiar se ven sometidas a lo largo del día a un esfuerzo continuo. Por ello, es importante que introduzcan en su vida diaria momentos de descanso sin que sea necesario para ello salir de su casa ó dejar solo a su familiar.

— **Organizar el tiempo:**

La falta de tiempo es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores: tiempo para sus propias necesidades, para cuidar a su familiar, para atender a otras personas de la familia, para sus responsabilidades laborales, para estar con amigos, etc. El tiempo siempre es limitado y ejerce una gran presión sobre los cuidadores, que se sienten en muchas ocasiones "superados" por múltiples obligaciones y tareas que deben realizar a la vez. Intentar combinar de la mejor manera posible nuestras obligaciones, necesidades y

cantidad de tiempo del que se dispone es algo que, sin duda, puede ayudar a aprovechar mejor el tiempo y, como consecuencia, a vivir mejor.

En general a la hora de intervenir con familiares debemos entender que en ocasiones, las personas que quieren ayudar a los cuidadores, se encuentran con dificultades para proporcionar esta ayuda, ya sea porque no saben cómo hacerlo o porque encuentran en los propios cuidadores resistencia a "dejarse ayudar".

Finalmente veo necesario en terminar invitando a reflexionar sobre estos puntos:

- Ayudar a los cuidadores a comprender lo que le está ocurriendo a su familiar.

Esto ayudará a distinguir mejor entre los comportamientos usuales o esperables y los inusuales.

- Estar preparados para responder a muchas preguntas.
- La mayor ayuda que se puede prestar es escuchar con interés a los cuidadores.

Para ello, es de gran ayuda intentar "salirse" un poco del role de "profesional", actuando más como una persona interesada en ayudar a otra a encontrar solución a algunos problemas.

- Si es posible, contribuir a poner en contacto a cuidadores que se encuentren en situaciones parecidas.

Tratar de no subestimar a las personas porque sean mayores o de un nivel sociocultural distinto, explicándoles qué es lo que se está haciendo y hablándoles acerca de la enfermedad que padece su familiar.

Explicar a los cuidadores la evolución de la enfermedad y los cambios que pueden esperar que ocurran, con el fin de que estén más preparados y los afronten mejor.

**CURSO de
Alzheimer**

**CURSO de
Alzheimer**



COMUNICACIÓN ENFERMO

1. INTRODUCCIÓN:

Las personas afectadas de demencia, debido al deterioro cognitivo que conlleva esta enfermedad, ven alterada su capacidad de comunicación, tanto a nivel de expresión como de comprensión, así como, en ocasiones, una pérdida de vocabulario, esto, unido a alteraciones sensoriales (pérdida de audición, visión.....), al efecto de algunos medicamentos (somnolencia...) y a otro tipo de alteraciones como dificultad para mantener la atención, hace que la comunicación con personas afectadas de demencia sea, en ocasiones, dificultosa y genere una serie de problemas y sentimientos negativos, tanto en el enfermo como en la persona que se comunica con él, y crea la necesidad de aprender nuevas formas o pautas más adecuadas para comunicarse con ellos.

2. OBJETIVOS DE ESTE TEMA:

Conocer una serie de pautas que mejoran la comunicación con los enfermos afectados por la demencia con dos finalidades principales:

- Mejorar nuestra propia comunicación con el enfermo, lo que nos permitirá trabajar mejor con ellos.
- Transmitir estos conocimientos al familiar, para que mejore la comunicación entre ellos, mejorando de esta manera otros aspectos de la convivencia diaria e intentando paliar los problemas y sentimientos negativos que pueden surgir cuando no existe una buena comunicación.

3. PRINCIPIOS A TENER EN CUENTA CUANDO SE TRABAJA CON ENFERMOS AFECTADOS DE DEMENCIA:

Antes de abordar el tema de comunicación, me gustaría comentar algunos principios básicos que deberíamos tener presentes cuando estemos interviniendo, sobretodo con enfermos con demencia, ya que este colectivo lleva asociados una serie de deterioros adicionales (cognitivos, conductuales, Funcionales y de la personalidad) que nos hace recapacitar la manera de “contactar” con ellos. Son principios que a simple vista parecen obvios, sin embargo en la práctica habitual y en la vida cotidiana de ellos, suelen pasarse por alto. Así pues, cuando estemos con un enfermo de demencia no debemos olvidar:

- *Hay que respetar su identidad personal:* aunque dichos enfermos estén deteriorados a nivel físico e intelectual, y en ocasiones, ni ellos mismo sepan muy bien quien le rodea o su propia identidad (a veces se refieren a los hijos como si fueran los padres, o un vecino o simplemente no los reconocen), no debemos olvidar que son personas con una historia personal, una identidad y una valía personal, que todavía puede aportar muchas cosas. En ocasiones se suele decir que las personas mayores y en especial, este colectivo, se vuelven como “niños”, y aunque en algún aspecto tiene cierta similitud (desaprenden cosas que ya sabían, se vuelven más egoístas y caprichosos, etc...), es también cierto que un niño no tiene vida pasada, ni experiencias a lo largo de la vida, etc... Un enfermo de demencia aunque pierda muchos de los aspectos de

su vida, nunca llegara a perder su capacidad de sentir y transmitir emociones a su alrededor.

También es muy beneficioso que se le respete sus pertenencias personales, siempre en la medida de lo posible, porque como ya veremos en otros temas del curso, hay que habituar el entorno a las necesidades de los afectados, y en ocasiones hay que trasladarlos de habitación, o hacer que la compartan, etc. pero esto no debe ser una buena excusa para aprovechar y tirar ese baúl que nos parece tan feo, pero que al enfermo tanto le gusta y le trae tantos recuerdos, etc... A veces no nos damos cuenta la mayoría de las veces, cuando se ponen tan pesados hablando de su pasado, o se vuelven excesivamente celosos de sus cosas es porque se aferran a las cosas que le son conocidas o familiares, en un medio que poco a poco se esta volviendo hostil.

— *Hay que respetar su intimidad:* aunque parece obvio, en ocasiones, se nos olvida que estas personas por muy deterioradas que pudieran estar, sienten como todo el mundo y necesitan estar a solas, o llorar sin que nadie las moleste, etc.

Un error muy frecuente es hablar de su enfermedad y de las consecuencias de ella delante de ellos como si no estuvieran. Hay que evitar esto y “enseñar” a los familiares las consecuencias tan negativas que puede tener para su familiar enfermo. Muchas veces nuestro enfermo se da cuenta de muchas mas cosas de lo que sus familiares se creen. En ocasiones se vuelven celosos pensando que se le oculta muchas de las cosas que ocurran, llegando a vivir en constante alerta ante “un mundo que quiere hacerle mal”.

Hay que prestar atención a detalles de tipo, no dejar la puerta del cuarto cuando se estén vistiendo pensando en que no se entera, o bañarlo con “publico”, etc.....

— *Respetar su capacidad de elección:* Siempre dentro de lo posible, porque como se verá en otros temas, en ocasiones pierden la capacidad de elección y pequeñas decisiones son para ellos algo imposible de resolver. Algo tan simple como que ponerse hoy o que postre tomas, puede convertirse en una misión imposible, pero en la medida de lo posible es recomendable que elijan aquellas cosas que aun pueden elegir.

— *Potenciar su independencia:* esto también se vera a lo largo de todo el curso, ya que es uno de los objetivos fundamentales de nuestro programa, pero no esta de mas recordar que hay que dejar que realicen el mayor numero de tareas posibles. En ocasiones, bien por comodidad del cuidador principal, porque tienen prisa y quieren acabar pronto, o bien por sobreprotección hacia ellos, o se ponen nervioso y no tiene paciencia para esperar, o bien por el motivo que sea, el enfermo deja de realizar algunas tareas para las que aun esta capacitado, hay que trasmitir esto al familiar para que lo tenga presente.

4. ¿EN QUE CONSISTE LA COMUNICACIÓN?:

La comunicación se basa en un intercambio de información, ideas y sentimientos e implica tanto el hecho de enviar como de recibir esta información.

Podemos decir que la información implica dos niveles:

— La comunicación verbal: que es más racional e implica la transmisión de conceptos, ideas y razonamientos mediante las palabras.

- La comunicación no verbal: que es más emocional e implica la transmisión de emociones mediante un lenguaje no verbal, como puede ser el tono de voz, los gestos y la expresión facial.

En personas en las cuales, el lenguaje verbal este deteriorado, cobra gran importancia el lenguaje no verbal.

5. ¿CON QUÉ NOS PODEMOS ENCONTRAR?

Las personas con demencia tiene deteriorado varias capacidades tanto cognitivas, funcionales como comportamentales, una de estas áreas que suele trastocarse es el lenguaje. Aunque no en todas las demencias puede verse afectada esta capacidad y no en todos los sujetos se presentan las mismas alteraciones del lenguaje, ya que cada enfermo es un mundo y evoluciona de una manera, a grandes rasgos lo habitual es:

- Dificultad para expresarse con las palabras adecuadas.
- Anomias (dificultades para evocar nombre de objetos, animales, etc.)
- Uso excesivo de circunloquios para referirse a conceptos cuya palabra no pueden evocar.
- Utilización de un vocabulario muy sencillo
- Uso de palabras inventadas
- Uso de palabras mal sonantes
- Dificultad para ordenar las frases o ideas de forma adecuada.
- Pérdida del hilo de la conversación
- Disminución de la capacidad para comprender palabras o frases
- Presentan dificultades a la hora de articular
- Tener dificultades en la discriminación auditiva
- Dificultad en la capacidad de abstracción, (por lo que no entienden términos que no se hallen presentes).

6. ¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER LA MALA COMUNICACIÓN? :

La mala comunicación causada por las alteraciones del lenguaje a nivel práctico, puede tener varias consecuencias.

Para nosotros la dificultad de trabajar con ellos, debemos incidir en el aspecto que entienda correctamente lo que le estamos demandando, el entender nosotros correctamente lo que nos esta diciendo, etc.

Para el enfermo y su familiar, puede significar un claro deterioro en sus relaciones, ya que en sus conversaciones muchas veces acaban en discusiones porque no se entienden bien, creándose así sentimientos de frustración, enfado, inutilidad, etc. lo que puede conducir a una desaparición de la conversación entre ambos y sea al final, apartado de la dinámica familiar.

Uno de nuestros objetivos es la permanencia del afectado dentro de la dinámica familiar el mayor tiempo posible, por lo que es un aspecto muy importante que contribuyamos a mejorar la comunicación entre ambos.

7. PAUTAS A TENER EN CUENTA EN LA COMUNICACIÓN VERBAL:

- Hablarles mucho independientemente su grado de deterioro (esto les motiva y les estimula), por ejemplo: *mientras hacemos la comida les podemos ir diciendo ahora voy a poner el arroz, ahora pongo sal*
- Hablándoles despacio y con claridad, vocalizando bien, pero no como si se tratasen de niños pequeños.
- Es importante que los incluyamos en las conversaciones de los adultos, y no apartarlos o darle la espalda pensando que él no entiende de estos temas, por ejemplo, *en las reuniones familiares cuando después de saludarlo todos los adultos se ponen a dialogar, sin darse cuenta le dan la espalda y no le preguntan nunca nada para incluirlo en la conversación.*
- Cuando hable de cosas sin sentido, deberemos de forma sutil, cambiar la conversación hacia algún tema que sepamos que conoce o le gusta, por ejemplo, *si de repente se ha puesto a hablar de lo mucho que llueve y resulta que hace un sol estupendo (quizás nos estará contando algo que le paso cuando llovía mucho, pero evidentemente nosotros no entendemos nada), podemos intentar cambiar el hilo de la conversación comentándole que la lluvia es beneficiosa para el campo, a mi me gusta el campo ¿y a ti?.*
- Evitar las frases largas y complejas, intentando adecuarse a las dificultades que vayan surgiendo e intentando adaptarnos al nivel del afectado que tenemos delante.
- En la medida de lo posible, utilizar conceptos que aun conserve.
- Se le puede enseñar objetos, dibujos o utilizar la escritura para facilitar la comunicación.
- Es importante dejarle tiempo para contestarnos o para pensar, por ejemplo si les hemos pedido que realicen una actividad, deberemos esperar un tiempo prudencial antes de pasar a otra actividad pensando que esta no lo sabe realizar. Recordemos que suele presentarse una ralentización del pensamiento, pero no un deterioro en la primera fase de la enfermedad.
- Intentar hacer preguntas sencillas que eviten decisiones difíciles, por ejemplo, *¿quieres fruta?, ¿Un plátano o mejor una manzana?,* es mejor decir *¿quieres un plátano o una manzana?.*
- Es mejor darles las instrucciones paso a paso, por ejemplo, es mejor que le digamos, *coge el cubierto,* cuando lo haya hecho, *ahora sécalo,* y cuando lo haya realizado, *y ahora lo guardas es este cajón,* mientras le señalamos.
- Es útil dirigirse a la persona por su nombre, para orientarle y captar mejor su atención, Si es posible también es conveniente identificarse a uno mismo antes de iniciar la conversación para ayudarle al reconocimiento.
- Intentar mirarle siempre cuando estemos hablando o nos este hablando él. De este modo captamos mejor su atención y facilitaremos la comprensión por ambas partes, porque si por ejemplo miramos por la ventana mientras hablamos, puede distraerse o pensar que no hablas con él, etc.

8. PAUTAS A TENER EN CUENTA EN LA COMUNICACIÓN NO VERBAL:

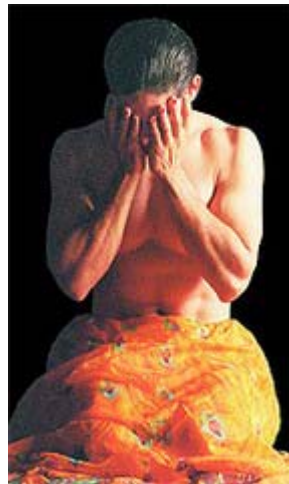
- La comunicación verbal y no verbal deben ser coherentes, si yo digo *que no pasa nada*, pero pongo cara de preocupación voy a crearle confusión y preocupación.
- Es importante transmitirle seguridad, para ello existen muchas maneras, por ejemplo: sonriéndoles, dándoles la mano, etc....
- El enfermo se vuelve muy sensible a los sentimientos y a interpretar los estados de humor de los que le rodean, sobre todo de su cuidador principal. Por esto, deberemos intentar mostrar una actitud serena y tranquila ante ellos, si nosotros nos ponemos nerviosos cuando estamos dialogando con ellos, lo más probable es que en ellos se “contagien” de esos nervios.
- También es importante crear un clima de buen humor, porque esto siempre facilita que estén mas a gusto y se animen a participar más. No hace falta estar todo el rato riéndonos como si estuviéramos “tontos”, pero si quitarle hierro al asunto cuando las cosas no le salen del todo bien.
- Es importante sonreírles a menudo
- No debemos olvidar que aunque estemos con un enfermo que puede tener un lenguaje muy limitado o deteriorado, la comprensión de los sentimientos nunca los perderá.

9. FACTORES QUE FAVORECEN UNA BUENA COMUNICACIÓN Y UN BUEN LUGAR DE TRABAJO.

- Crear un ambiente que favorezca el desarrollo de la sesión evitando los lugares muy ruidosos.
- Evitar una excesiva o una deficitaria iluminación.
- Evitar elementos distractores, sobre la mesa, ceniceros u otros objetos que puedan entorpecer sus movimientos o distraer su atención y también en la habitación como tener la tele o la radio encendidas.
- También es importante observar el estado de animo del enfermo, no se mostrara tan colaborador el día que no se encuentre bien, le duela algo o este mas decaído.

**CURSO de
ALZHEIMER**

**CURSO de
ALZHEIMER**



MUERTE PSICOLÓGICA

1/ INTRODUCCIÓN:

El duelo es la reacción emocional que se da frente a una pérdida de cualquier tipo: física, económica, social. Se experimenta ese sentimiento como el procedimiento de "poner distancia" con el hecho o suceso que nos afecta; aquel concluye cuando cambiamos y nos reestructuramos nuestra vida a dicho "cambio".

La palabra duelo, sin embargo, nos remite al concepto de la muerte, algo acerca de lo cual las personas no hablan o tienden a ignorar: es un tema que no se toca, es ajeno. La muerte es un concepto que acompaña a la vida, es el único suceso que con seguridad tendremos todos que afrontar en algún momento de nuestra vida.

Paradójicamente, la muerte es el suceso del que menos sabemos. El hecho de morir es, por lo tanto, uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar y con mayor impacto psicológico. En este emerge un intenso abanico de emociones y sentimientos que puede desembocar en una desestructuración emocional.

A lo mejor nuestro rechazo a la muerte es algo que se ha construido junto con nuestra evolución cultural, en el sentido que, nuestro desarrollo cultural occidentalizado se ha planteado en términos de seguridad y predictibilidad, así pues, la muerte ataca la misma raíz fundamental de los valores que estamos persiguiendo en nuestras sociedades. Se ve atacada la necesidad humana de vivir en un mundo predecible (fundamento de la ciencia) y que sea seguro, conocido lo cual va muy ligado al concepto de revelar los misterios antaño desconocidos por el hombre y hoy asequibles por la ciencia.

La muerte entonces es socialmente rechazada, en cuanto atenta con nuestro mundo material, el único que existe. Nos vemos culturalmente motivados a dedicarle menos tiempo a la muerte, por que el morir perjudica la productividad, la tristeza debe resolverse lo antes posible, dado que el mundo "real" requiere de los cuerpos y las mentes limpias de los que trabajan para su crecimiento.

Pero si es complicado hablar de muerte física, más complicada y menos reconocida está la muerte psicológica, como en el caso de las demencias. En la demencia la familia e incluso el propio enfermo se deberá enfrentar a la llamada muerte en vida, o lo que es lo mismo, muerte en todos los aspectos del ser humano exceptuando la física.

La situación de la familia de un enfermo de Alzheimer se caracteriza por la presencia de un gran impacto emocional acompañado de múltiples "temores" o "miedos" que, hemos de saber reconocer y abordar en la medida de lo posible. La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la duda de sí serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarle, los problemas que pueden aparecer, etc...

Debido a que la enfermedad cambia la habilidad del paciente de pensar y actuar, la familia debe enfrentar la pérdida de la personalidad del individuo antes de que la muerte ocurra. El duelo de la familia puede no ser reconocido como tal a nivel social por los otros ya que la víctima todavía está físicamente presente. A nivel social, nadie verbaliza lo que la lógica aclama, los familiares cuidadores de un enfermo de demencia también experimentan la tristeza y dolor al ser testigos de la agonía que el paciente siente con la pérdida continua de las capacidades y habilidades.

El duelo es una experiencia única e irrepetible, también es una reacción individual, subjetiva, íntima, privada, profunda, emocional, cognitiva, física, espiritual,... un evento familiar, social,... es el luto, el ritual, el funeral, los vecinos, el barrio, la tía rica de Madrid que hay que avisar, el hermano con el que no se hablaba desde hace más de 20 años, los amigos, la esquela, la funeraria,... en suma: un fenómeno complejo y multidimensional.

Mientras que para algunos autores la respuesta emocional a esta variante del duelo real, se inicia antes de que el individuo fallezca, para otros el verdadero duelo no comienza hasta que la muerte ha ocurrido. Alejándonos un poco de la polémica, lo que sí es cierto es que para su abordaje es necesario considerar que el proceso puede tomar distintos aspectos según los factores que pueden estar tanto en relación con la enfermedad misma como en relación con el entorno social y circunstancias de vida del enfermo.

Por este motivo en todo proceso de duelo es necesario, además, valorar una serie de factores socioculturales que pueden afectar y condicionar: situación económica de la familia que permita asumir los costes que se generan (material de curas o comodidad, medicación, miembros de la familia que dejan de trabajar), condiciones básicas de habitabilidad y confort de la vivienda; la familia debe estar capacitada culturalmente para comprender y ejecutar las indicaciones sobre el tratamiento y cuidados (curas sencillas, cambios posturales, etc.).

El duelo de aquellos cuya pérdida es el resultado de enfermedades degenerativas, es fundamental darle una particular atención al periodo anticipatorio de la aflicción, esto es importante dado que el cuidado del enfermo en el domicilio permite la oportunidad de intervenciones con los miembros de la familia antes de que el paciente muera, lo cual puede tener un impacto a largo plazo en la aflicción del superviviente si son elaborados y suministrados por miembros del equipo de intervención que conoce su proceso del duelo.

2/ REACCIONES ANTE EL DUELO:

Se han identificado varios elementos que explican la diferencia de reacciones que tienen las personas en el caso de pérdida de seres queridos:

1. Nivel de apego al ser querido: Para ello es necesario conocer en profundidad, los roles desempeñados por el cuidador y familiar antes de la aparición de la enfermedad. Del mismo modo, conocer la relación anterior entre ambos.
2. Tipo de vínculo: Es necesario apelar a la lógica, ya que no es lo mismo la pérdida que tiene un cónyuge, que un hijo u otro tipo de parentesco.
3. Grado de deterioro del enfermo: En verdad, es de todos consabido que el paso más complicado se produce al confirmarse el diagnóstico de la enfermedad y en la fase terminal de ésta.
4. La personalidad del cuidador: Aquí tiene que ver mucho, cuestiones personales del cuidador que ayude a poder reestructurarse de forma positiva a los cambios que se produce a lo largo de la enfermedad, o lo que es lo mismo, a la plasticidad del cuidador para enfrentarse a los cambios.
5. La duración de la enfermedad: a nivel general, cuando más deprisa transcurre la enfermedad más problemas tienen los cuidadores para enfrentarse a la situación.
6. Apoyo familiar: Tiene un carácter muy importante este punto, ya que se comprueba que las personas que tienen el apoyo emocional de su familia, son capaces de adecuarse a la pérdida que está sufriendo.
7. Problemas que sucedan al mismo tiempo.

3/ PROCESO DE DUELO:

Existen diferentes autores han determinado el proceso de duelo:

- Kübler- Ross (5 etapas: Negación, Ira, Negociación, Depresión, Aceptación);
- Liderman : problemas somáticos, preocupaciones relacionadas con la imagen del fallecido, culpa, reacciones hostiles y pérdida de patrones.
- Parkes: Alarma, búsqueda, mitigación de la ira y sentimientos de culpa. Al final el doliente desarrolla una nueva identidad
- Therese Rando: La fase de rechazo; la de confrontación; y finalmente, la de la acomodación, etc..

Nosotros tomaremos como punto de referencia la división dado por la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross y la adecuaremos a las demencias:

1/ Negación:

Tanto familiares como enfermos (si su grado de deterioro se lo permite) después de iniciarse el “largo peregrinaje” en busca del diagnóstico que le confirme sus más oscuras sospechas, se enfrentan en un primer momento al Shock de la “etiqueta”.

En este su comportamiento puede ir de la actitud más “serena” escapando del impacto inmediato que le permite asimilar lo que le han dicho, para pasar a la negación más rotunda.

La negación responde a un mecanismo de protección ante la amenaza que representa la enfermedad. Normalmente se traduce en la búsqueda de la esperanza a través de que la creencia del error médico.

Recordemos que todo el mundo necesita asimilar los hechos impactantes de nuestra vida, y que lo primero es la aceptación racional y otra cosa muy distinta la emocional.

Los **sentimientos y emociones en esta etapa**: Nunca se hacen dos duelos iguales. “Cada persona “llora la muerte de su ser querido de un modo diferente”. En estos primeros momentos, el dolor es aterrador e irregular y se expresa a través de una gama extensa de sentimientos, con reacciones muy variadas y a menudo contradictorias.

Las **diferentes sensaciones físicas**: pueden aparecer náuseas, vértigo, palpitaciones, opresión en la boca del estómago, en el pecho, vacío en el estómago, sequedad de boca, ahogo, hipersensibilidad al ruido, fatiga, dolores de cabeza, de espalda.

2/ Ira:

Esta muy relacionado con el hecho de la pérdida que están presenciando o la anticipación de este hecho en el futuro. Aparece fenómenos como el autocastigo y autorrecriminación: cosas que no hizo, no dijo o actuaciones que hicieron daño a esa persona amada: “*Si al menos hubiera ido antes al médico, sí hubiera hecho más caso cuando se quejaba de que le pasaba algo raro, etc..*”.

Hay sentimientos de pérdida de «la vida no vivida», de rencor y resentimiento ante los médicos, ante la familia, hacia Dios.

Antes de la enfermedad siempre existe la esperanza de que las cosas puedan cambiar. La demencia hace examinar la vida: los propios fallos, errores, injusticias, lo que se ha hecho o dejado de hacer.

Este sentido puede llevar a la persona a sentirse mal durante años o a manifestarlo a través de síntomas físicos. Puesto que el pasado no puede cambiarse, hay que aceptarlo e integrarlo en la propia vida; el aceptar la culpa es una forma de integración.

3/ Negociación:

Una vez pasado esta fase, sólo puede pensar en la pérdida y está paralizado por el miedo a lo que viene. Y es aquí donde la persona establece “pactos” con el mundo, consigo mismo y con Dios.

4/ Depresión:

La persona se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas situaciones y decisiones. Piensa que los que le rodean no tienen ni idea de la magnitud de la pérdida, terrible y muy especial (es un asunto privado).

El cuidador debería abrirse a la nueva relación con su enfermo, y construir un nuevo vínculo con este, pero no le apetece y le cuesta, lo cual es muy normal ya que este hecho daría el resultado la aceptación de que la persona cuidada ya no existe tal y como era antes.

5/ Aceptación:

La aceptación no significa resignación ante el hecho, ya que esta última denota la parte negativa de la primera. Gradualmente se va abriendo paso la aceptación de la realidad de una forma constructiva. Se alternan temporadas buenas con los baches, que casi siempre coinciden con fechas clave, aniversarios y fiestas significativas. Es muy importante que el familiar exprese sus temores, sus miedos, sus reflexiones. En muchos casos, el familiar prefiere trabajar por sí mismo su dolor; aunque es esencial hacerle ver la necesidad de la calidez, la ayuda y el afecto de los que le rodean, ya que esto afecta también a todos ellos.

Reconocer el dolor e intentar vivirlo, es expresión de salud mental. En el dolor no hay atajos, no se puede huir de él, hay que atravesarlo.

Aquí comienza la anticipación del hecho de la finitud de nuestro enfermo, llegará la hora en que fallecerá y tendrá que estar preparada para tal evento. Reconocer los logros alcanzados en el día a día, valorar el esfuerzo individual sin centrarse en la gente de alrededor, lo aprendido, el cariño compartido con el enfermo etc..... Todos los estudiosos del duelo están de acuerdo en afirmar que un duelo se resuelve mejor si se cuenta con soporte emocional y social adecuados, ya que el doliente aprende que no tiene que afrontar el presente y el futuro solo: cuenta con familiares y amigos que le ayudan a temer menos al mundo real.

4/NUESTRO PAPEL.

Nosotros deberemos acompañar al familiar en el proceso de demenciación, adecuándonos a la persona en sí con respeto, empatía y utilizando un lenguaje claro, directo y sencillo. Y además necesitaremos:

- conocer el proceso que sigue la persona,
- tener experiencias vitales de contacto con el sufrimiento humano,
- desear “consolar”,
- haber reflexionado sobre su propia muerte.

Los objetivos que debieran tenerse en cuenta en el trabajo de ayuda sería:

1. Proporcionar apoyo emocional.
2. Aliviar el sufrimiento en la primera fase del duelo.
3. Facilitar el duelo, al ayudar a expresar sentimientos y aceptar de manera progresiva la realidad.
4. Detectar riesgos incipientes y corregirlos en una fase precoz.

5. Tratar posibles problemas superpuestos

Uno de los aspectos más importantes para facilitar la recuperación, para ello se deberá informar acerca de lo que es y lo que se siente durante el duelo, cuánto dura, qué factores modifican o alteran el proceso de recuperación, etc. Esto evita muchos tipos de interpretaciones erróneas y angustias innecesarias.

Para lograr esta recuperación, el individuo debe cumplir con una serie de "tareas"; estas tareas son tanto emocionales como instrumentales; es decir, el doliente debe aprender tanto a enfrentarse con los sentimientos de soledad como a proseguir su vida sin su ser querido.

Las "tareas" del duelo son:

1. *Reconocer y aceptar la realidad de la pérdida:*

Dos tipos de estrategias facilitan el reconocimiento y aceptación de la pérdida:

a. Revisar los eventos de la pérdida: El revivir la experiencia facilita la integración de la realidad de la pérdida (todo lo contrario a lo que la gente suele hacer) y empieza la segunda tarea.

b. Evitar la negación: el objetivo es referirse a la persona asumiendo la enfermedad y sus dimensiones. Hablar de lo que está sucediendo, utilizando los verbos en su tiempo apropiado y responder a sus dudas o inquietudes de tal manera que confirmen la realidad; este proceso no debe ser brutal o desatento, sino suavemente correctivo mientras el asistente (aquel que ayuda al deudo) responde con seguridad en una forma que confirma y no elude la realidad de la pérdida total o irreversible.

2. *Emancipación emocional de las uniones de apego con el difunto:*

Este proceso precisa que el significado de las interacciones y la realidad compartida con la persona fallecida (su vida en común) sea examinado (recordado y revisado) y puesto en una perspectiva histórica adecuada (en tiempo pasado). Para ello, hay que estar dispuesto y preparado para escuchar y participar con estímulos que ayuden al deudo a relatar la historia más completa del difunto y de sus vidas juntas.

Este ejercicio - que utiliza todo tipo de artificios como fotografía y objetos familiares, etc.- tiene como propósito ayudar al familiar a describir cómo era su vida antes de la pérdida y a clarificar la diferencia entre su circunstancia pasada y la presente.

3. *Enfrentando la desorganización y la adaptación a un entorno sin el difunto:*

Esta tarea suele ser la más difícil ya que la persona debe:

a. Reconstruir y recuperar su confianza en un mundo donde puede suceder cualquier cosa;

b. Continuar, separar y establecer los límites apropiados que le diferencien del difunto, confirmando así su identidad personal y recuperando la confianza en sí mismo;

c. Darle un nuevo sentido a la realidad y a la vida;

d. Manejar la interacción social ahora que ha perdido al ser tal vez más importante de su vida;

e. Abordar en solitario distintos problemas prácticos (económicos, vivienda, hijos, etc.).

4. *Formar nuevas relaciones y construir un nuevo sentido de la vida:*

La tarea de reinvertir en una nueva relación involucra socialización con nuevos compañeros y nuevos patrones de vida, y movimiento hacia una identidad nueva.

Una alternativa muy útil, cuando se dispone de ella, son los grupos de ayuda mutua: la persona mejor cualificada para entender ayudar a resolver los problemas de una persona en duelo es otra persona en duelo.

Además se debe dar o remitir para la búsqueda de una información exhaustiva en el caso de enfermedad degenerativa que le permita participar en la medida de sus posibilidades son:

— Alimentación.

— Higiene.

— Cuidados directos del enfermo: cambios posturales, curas específicas, hábitos de evacuación, etc.

— Administración de fármacos.

— Pautas de actuación ante la aparición de posibles crisis: coma, crisis de pánico, agitación psicomotriz, agonía.

Orientaciones para la comunicación con el enfermo: actitud receptiva, importancia de la comunicación no verbal, respuestas, etc.

No debemos caer en posturas terapéuticas poco realistas ni posturas de abandono, sólo una planificación terapéutica correcta desde el inicio de nuestra relación con el paciente y su familia, será de gran ayuda en esta situación para mantener los principios metodológicos del control de síntomas, mantener la comunicación con el paciente hasta el final, sin abandonar el acompañamiento espiritual, que ahora más que nunca es imprescindible para conseguir nuestro objetivo (curar algunas veces, aliviar a menudo, confortar siempre).

Las creencias espirituales y los ritos religiosos son poderosos factores que ayudan a agilizar el duelo y llegar a la etapa de conformidad y resignación.

5/LA IMPORTANCIA DEL APOYO PSICOEMOCIONAL:

Es necesario a la hora de planificar un trabajo individualizado o grupal conocer:

— Sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas, espirituales);

— Sus miedos, a lo desconocido, al proceso de la enfermedad, al dolor físico, al deterioro, a la soledad, al abandono, al rechazo, a ser una carga...;

— Sus preocupaciones, por las despedidas, separaciones...;

— Sus pérdidas de salud, de imagen corporal, de autonomía, de autoestima, control sobre su vida, role, amigos, futuro, proyectos, ganas de vivir...;

— La posibilidad de vida, familiares, trabajo, de actividades gratificantes.

La familia juega un papel fundamental en la atención al cuidador ya que en la medida que la familia reaccione, se enfrente y afronte la situación, ésta va a repercutir de una forma importante en el bienestar o malestar este. Recordar que cuidar a los cuidadores significa cuidar a los enfermos.

La situación de enfermedad degenerativa supone en la familia el desequilibrio de un sistema organizado. El restablecimiento del equilibrio es pues la meta asistencial.

Pero estos temores, miedos, preocupaciones, no siempre se van a expresar de una forma clara, si no que hay diferentes formas de expresar nuestras necesidades y que es importante saber identificarlos para contribuir a su resolución:

- Negación a nivel verbal.
- Evitación.
- Negación de la causa
- Desplazamiento.
- Focalizado en un síntoma.
- Agresividad.
- Sueños.

Asimismo, las respuestas de los cuidadores debemos considerarlas desde tres dimensiones:

a) Cognitiva: Pensamientos irracionales reiterativos de culpa, indefensión, desesperanza. Distorsiones cognitivas; disminución de la autoestima; evitación cognitiva (negación).

b) Fisiológica: Hiperventilación, tensión muscular, dolores psicósomáticos, insomnio.

C) Motora: Llanto, irritabilidad, comportamientos hostiles, aislamiento, inhibición, sobreprotección (en la familia), conductas de evitación, no adhesión al tratamiento, hiperactividad (en la familia), quejas continuas a los profesionales.

6. CONCLUSIÓN:

El dolor tremendo por la situación de enfermedad degenerativa de un ser querido puede suscitar emociones que parecen muy difíciles de soportar o que asustan por su intensidad.

El cuidador puede esperar sentir desolación o desespero; pero puede sorprenderse al sentir una culpa intensa, ira, cólera, rabia o celos de las personas que no "han perdido a un familiar tan querido como el suyo", incluso sentimiento de alivio ante la idea de fallecimiento de la persona querida.

Lo más importante es transmitirle que sus sentimientos no son "raros" ni le van a "volver a loco": son absolutamente normales. Que existen ayudas para que llegue a aceptar y entender sus emociones. Pueden ser otras tantas formas de encontrar alivio a su sufrimiento, el buscar información sobre el proceso de duelo, hablar de sus sentimientos y problemas con una persona de su confianza, escribir en un papel sus estados de ánimo y emociones.

Transmitirle que cuando "muere un ser querido", puede sentirse este dolor físicamente: Un nudo en la garganta, tensión muscular, pesadez u opresión en el pecho, insomnio, nerviosismo muy grande o pánico, falta de apetito o por el contrario, un hambre insaciable, ilusiones o imágenes "del ser querido fallecido": "lo veo", "lo siento", dolores de cabeza, alteraciones estomacales o intestinales, dificultad o imposibilidad de concentrarse; etc.

Transmitirle que puede experimentar emocionalmente y cognitivamente: Tristeza, melancolía, depresión; falta de memoria; falta de atención, sentimientos de culpa y de reproche; enfado consigo mismo por cosas que ocurrieron o que no ocurrieron en su relación con el fallecido, rabia y furia inesperada contra otros, Dios o el fallecido; llanto fácil o inesperado; cambios de humor, sentimiento de incomodidad al estar con otras personas o por el contrario, no querer estar solo; sentimiento de que la muerte del ser querido no es real, que en verdad no ha ocurrido nada; sentimiento de "vacío"; de haber sido "estafado".

Pueden acosarte pensamientos acerca de "sí las cosas hubieran ocurrido de manera diferente"; miedo lo que va a pasar, ahora y en el futuro, dudas y preguntas acerca del "por qué" de esta muerte; deseos de "desaparecer", "de largarse", o de trabajar mucho para evitar o huir del dolor que la pérdida le produce, etc..

El tiempo es terapéutico porque da una perspectiva, ayuda a resituar los hechos, adaptarse al cambio y procesar sentimientos. Sin embargo, que «el tiempo todo lo cura», «sólo se necesita tiempo», «con el tiempo el dolor es menor», sólo es cierto si se toma el duelo como un trabajo, se afronta la pérdida sin negarla inhibirla o posponerla y se atraviesa el dolor, sin evitarlo o circunvalarlo.

Pangrazzi cita dos signos concretos de recuperación:

Que el doliente pueda hablar y recordar al ser querido con naturalidad, sin llorar.

Que haya establecido nuevas relaciones significativas y aceptado los retos de la vida.

**CURSO de
ALZHEIMER**

**CURSO de
ALZHEIMER**



ESTRUCTURACIÓN AMBIENTES

1 . CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN:

Uno de los mayores deseos que manifiestan las personas mayores es poder mantener su independencia, lo que implica poder vivir en su casa el mayor tiempo posible. Sin embargo con el avance de la edad y la aparición de enfermedades como el alzheimer, esta posibilidad puede no ser la más adecuada.

Es en este momento cuando surge la necesidad de trasladarse a vivir con los hijos o en instituciones o bien introducir adaptaciones en el hogar que faciliten la permanencia en la misma.

La estructuración de ambientes es una intervención que pretende adaptar el entorno próximo del enfermo con el fin de reducir posibles accidentes y aumentar al máximo la autonomía del enfermo. Se trata de compensar déficits físicos y cognitivos adaptando el entorno.

La confusión mental y la pérdida progresiva de memoria propias de la enfermedad de alzheimer, pueden dar lugar a accidentes que afecten tanto al enfermo como al resto de la familia.

El enfermo experimenta una serie de cambios que hace imprescindible la modificación de la vivienda, estos cambios son:

- **Cambios en el juicio:** pueden olvidar cómo hacer uso de objetos como son los electrodomésticos.
- **Cambios a nivel espacio temporal:** el enfermo puede tener dificultad para reconocer distintas partes de la casa, así como para identificar el día, mes.... , en el que se encuentra.
- **Cambios en el comportamiento:** a menudo el enfermo manifiesta reacciones inesperadas, producto muchas veces de la confusión y de la inseguridad por no entender lo que pasa a su alrededor.
- **Cambios en su habilidad física:** pueden surgir problemas para mantener el equilibrio.
- **Cambios en los sentidos:** cambios que repercuten a la hora de interpretar la información que recibe del medio. Por ejemplo, es posible que el enfermo identifique una sombra en el suelo como un agujero en el que puede caerse.

La sintomatología que muestra el enfermo puede verse agravada ante un entorno inadaptado ya que éste es percibido como un medio hostil y sumamente complejo.

Con la estructuración de ambientes y el establecimiento de rutinas se busca hacer frente a estos cambios, proporcionando al enfermo sensación de comodidad y seguridad, elementos claves para la mejora en la convivencia familiar.

Frecuentemente surge una cuestión importante como es el mantener el mayor tiempo posible la autonomía del enfermo sin caer en una excesiva facilitación, fruto muchas veces de una actitud sobreprotectora. Esta actitud anula las capacidades que todavía puede conservar el enfermo.

2. OBJETIVOS:

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este tipo de intervención son por un lado **disminuir el riesgo de accidentes** y por otro **enlentecer la evolución de la enfermedad**.

Esto último requiere adaptar el hogar para que el enfermo mantenga en la medida de lo posible su independencia y la posibilidad de colaborar en la dinámica del hogar (tareas domésticas, reuniones familiares, etc....). De esta forma la ansiedad de los familiares se reduce al disminuir la carga asistencial de los cuidadores.

3. METODOLOGÍA:

La adecuación del entorno se consigue a través de un proceso de negociación con los familiares. Es por tanto una tarea conjunta en la que el terapeuta aporta una serie de indicaciones que no deben considerarse como prescripciones si no que son orientativas. Terapeuta y familiares elaborarán estrategias para mejorar la calidad de vida del enfermo. El terapeuta como asesor debe tener en cuenta dos aspectos fundamentales, **el nivel de deterioro del enfermo y las necesidades y posibilidades de la familia**.

Es conveniente no efectuar cambios bruscos pensando que algún día serán necesarios, ya que podemos conseguir el efecto contrario de forma que el enfermo se sienta más alterado y confuso. Debemos pensar que es el enfermo con su conducta el que va indicando los cambios necesarios para adaptar la casa. Los familiares tienen que prever, pero sin precipitarse en sus actuaciones.

Es preferible realizar las adaptaciones de manera gradual a medida que van disminuyendo sus capacidades.

A la hora de simplificar el ambiente (eliminar objetos decorativos, muebles que entorpezcan el paso, etc.) debemos evitar despersonalizar el hogar, es aconsejable que el enfermo tenga a mano sus objetos personales ya que son parte de su identidad y le ayudan a saber quién es y dónde está (fotos, cuadros, lugares significativos, etc.). Debe realizarse una valoración de todas las habitaciones de la casa, determinando aquellas en las que el enfermo pasa más tiempo para poder realizar una intervención más adecuada.

A menudo un paciente que vive en un ambiente estructurado resulta ser más autosuficiente.

Se sentirá menos confuso y desorientado de forma que el cuidador experimentará menos problemas de convivencia.

Los pasos que se siguen para llevar a cabo la estructuración de ambientes son:

- **Evaluación del entorno físico** en el que se halla el enfermo. Se trata de observar la disposición del mobiliario, la estructura de la casa.
- **Informar** a los familiares de los medios de estructuración con los que se cuenta en el ámbito de intervención (luces pilotos, barras de sujeción, etc.).
- **Evaluar las necesidades de cada familia** y negociar con ellos los medios a emplear. Se trata de adaptar los instrumentos de intervención a las posibilidades y necesidades del sistema familiar.
- **Seleccionar la intervención más operativa** y que ofrezca mayor garantía de éxito a corto plazo.

4 . AMBITOS MÁS PELIGROSOS DE LA VIVIENDA

Cocina

La cocina suele ser un lugar lleno de peligros pero no por ello debemos impedir que el enfermo acceda a ella, si bien es necesario vigilarlo y tomar las precauciones necesarias para reducir el riesgo de accidentes.

Es preferible sustituir la cocina de gas por la eléctrica, ya que es posible que el enfermo olvide apagarlo.

El suelo debe mantenerse seco con el fin de evitar resbalones, es frecuente que el enfermo derrame líquidos que luego olvidará limpiar.

Debe mantenerse fuera del alcance del enfermo todos aquellos objetos y productos peligrosos como son los aparatos eléctricos (batidoras, afilador, tostador, etc.), los encendedores y los productos tóxicos (lejía, detergentes, pinturas, medicamentos, etc.).

Es importante vigilar que no ponga ollas vacías al fuego, que no se lo dejen encendido y que no se queme al retirar las ollas. Conviene inutilizar la cocina y el horno cuando no se estén utilizando.

Se puede valorar la posibilidad de sustituir los platos y vasos de cristal o loza por unos de plástico, ya que son menos peligrosos y no se rompen.

Resulta útil colocar en las puertas de los armarios dibujos de los objetos que el enfermo utiliza a diario de forma que los encuentre con mayor facilidad, es también importante que dichos objetos estén siempre en el mismo lugar.

Baño

El baño además de entrañar multitud de peligros constituye uno de los lugares más íntimos de la casa. Por tanto su adaptación debe favorecer al máximo la intimidad y la autonomía del enfermo.

Es conveniente dejar en el lavabo tan solo lo imprescindible y siempre en el mismo lugar, para evitar la confusión del enfermo.

Con el fin de evitar caídas se pueden colocar alfombrillas antideslizantes y asideros o barras de sujeción que permitan entrar y salir de la bañera con mayor facilidad.

Estas barras también permiten al enfermo levantarse del inodoro sin perder el equilibrio.

Conviene utilizar la alfombra en el momento de salir de la ducha o bañera ya que si permanece en el suelo puede provocar caídas.

El enfermo puede ser incapaz de graduar el agua o tener mermada su capacidad para distinguir cambios de temperatura, para evitar posibles quemaduras se puede sustituir el monomando por grifos antiguos, uno de agua fría y otro de agua caliente ambos bien diferenciados.

El botiquín y los productos peligrosos deben estar en un lugar inaccesible para el enfermo para evitar que haga un uso indebido de ellos, es preferible que el enfermo utilice los aparatos como la maquina de afeitarse o el secador cuando el familiar está presente.

Suprimir cerrojos y pestillos impedirá posibles situaciones en las cuales el enfermo tras haberse encerrado no logre recordar como volver a abrir. Este tipo de situaciones pueden derivar en reacciones violentas por parte del enfermo.

5. ASPECTOS IMPORTANTES

Para realizar una adaptación efectiva del hogar, de acuerdo a las necesidades del enfermo, la familia y el nivel de deterioro en el que se encuentra, es importante tener presente una serie de aspectos como:

- **Illuminación:** Con la enfermedad se pueden producir trastornos en la percepción haciendo que el entorno resulte confuso. Hay que intentar acondicionar la casa con una iluminación adecuada evitando sombras y luces excesivamente brillantes.

A menudo el enfermo se despierta por la noche y deambula por la casa, para prevenir su desorientación es conveniente instalar una luz nocturna permanente en su habitación pasillos y baño.

También se recomienda colocar protectores en los enchufes para impedir que el enfermo introduzca en su interior los dedos o elementos peligrosos.

- **Escaleras:** Las escaleras constituyen un serio peligro de caídas si no se toman las precauciones necesarias.

Es preciso que estén bien iluminadas, con pasamanos fuertes y firmes a ambos lados y con tiras antideslizantes en los peldaños.

Para prevenir caídas pueden colocarse puertas de acceso en la parte superior e inferior de la escalera.

- **Espejos:** Es frecuente que los enfermos de alzheimer no reconozcan su imagen reflejada en el espejo, la decisión de suprimirlos o taparlos estará en función de la reacción que el enfermo manifieste. En algunos casos se sentirá confuso y asustado en otras ocasiones la reacción puede ser la contraria, dándose situaciones en las que el enfermo “conversa” con la persona del espejo.

- **Obstáculos:** Con el avance de la enfermedad es frecuente los trastornos en la coordinación de los movimientos lo que puede ocasionar tropiezos con muebles, estufas o similares. Es importante evitar en la medida de lo posible muebles con aristas peligrosas, mesitas de cristal etc., ya que los enfermos de alzheimer tienden a deambular por la casa sin rumbo fijo. Debemos intentar que no hayan obstáculos a su paso para que pueda circular libremente.

Las alfombras suponen también un obstáculo peligroso, si no es posible eliminarlos será conveniente fijarlas al suelo.

Carteles e indicadores: Con el fin de orientar al enfermo en el hogar podemos señalarlos deben disponer de un dispositivo de seguridad.

Para evitar que el enfermo abra la puerta principal y se “fugue”, ya que con toda seguridad se perderá al no saber regresar, conviene cambiar las cerraduras y poner un pestillo de seguridad que no sepan manipular.

También se puede pintar la puerta del mismo color que las paredes para conseguir que pase inadvertida. Otra medida efectiva puede ser la instalación de una campanilla en la entrada.

**CURSO de
ALZHEIMER**

**CURSO de
ALZHEIMER**



ESTRUCTURACIÓN OCUPACIONAL

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS:

La **estructuración ocupacional** estaría compuesta de una serie de actividades que le pondríamos a los afectados con una finalidad concreta. Esta finalidad vendría definida por los siguientes objetivos:

• **Objetivos generales:**

Potenciar la independencia del afectado al máximo nivel Prevenir posibles factores de riesgo en el enfermo como úlceras, escaras.....

Mejorar la calidad de vida del enfermo y del cuidador.

Mantener las capacidades físicas del enfermo e incluso, enlentecer el deterioro.

Integrar al enfermo en la dinámica familiar.

• **Objetivos específicos:**

Evitar la inactividad del enfermo.

Crear una rutina en el enfermo que le proporcione seguridad y previsión.

Facilitar el reparto de las tareas entre los miembros involucrados con el enfermo.

Disminuir la carga de los cuidadores principales.

2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

Para realizar una estructuración ocupacional con éxito o al menos, con la mayor garantía posible, se deben tener en cuenta varios aspectos importantes:

Valoración global previa del enfermo junto con la información que obtendremos de los familiares. En este aspecto debemos considerar las limitaciones (físicas, psiquiátricas, psicológicas, educativas, ...) del afectado. Por ello la importancia de las primeras sesiones tanto con el enfermo como con su cuidador.

De la persona, debemos tener en cuenta:

— Las habilidades que aun conserva a pesar de las pérdidas causadas por la enfermedad.

— Los gustos personales del paciente y lo que le disgusta.

— Los momentos idóneos para realizar la actividad.

— Los problemas físicos que pueden tener al realizarlas (ceguera, sordera, artrosis, reuma.....)

En cuanto a la actividad que propondríamos al enfermo hay que intentar:

— Que sea susceptible de convertirse en una rutina diaria

— Que refuerce las habilidades que aun conserva el enfermo

— Que le haga sentirse útil y valorado

— Que le ayude a conservar relación con su pasado

— Que sean más repetitivas a medida que avanza la enfermedad.

Del entorno debemos considerar:

— Que las actividades que les proporcionemos sean seguras

— Proporcionarles elementos que le ayuden a recordar

— Evitar los objetos que les pueda causar miedo o los confundan.

— Evitar materiales, objetos y productos que sean peligrosos sin una adecuada vigilancia

Por último debemos hacer hincapié en **la relación con el enfermo y la forma de presentación de las actividades:**

- Enseñar y guiarle paso a paso
- No forzar. Ser flexible para ir introduciendo poco a poco los cambios.
- Dar a cada actividad una razón, un objetivo claro.
- Ofrecer cada vez una tarea concreta. No mezclar varias para evitar la confusión del afectado.
- No exigirle más de lo que pueda hacer. Evitar la frustración.
- Potenciar actividades que le permitan expresarse
- Marcar tareas sencillas
- Reconvertir determinados comportamientos en actividades que puedan realizar.
- Procurar terminar la actividad con éxito, aunque sea un éxito parcial.

En la mayoría de los casos, la realización de estas actividades debería de estar supervisada, aunque a distancia, por su cuidador. Pero con esto no pretendemos sobrecargar al cuidador principal, sino implicar a más miembros de la familia. Para ello, debemos averiguar la disponibilidad e interés de cada uno de ellos. Si conseguimos que cada miembro se implique un poco, obtendremos un doble propósito: mantener al enfermo activo y disminuir la carga del cuidador principal.

A continuación pasamos a describir los principales tipos de tareas en las que podemos aplicar la estructuración ocupacional;

VESTIRSE Y ARREGLARSE

Una tarea tan sencilla y que normalmente realizamos inconscientemente, puede convertirse en una actividad muy compleja para un afectado con demencia, ya que precisa de la coordinación de diversas funciones cerebrales que se pueden encontrar dañadas. Las primeras dificultades suele aparecer en las fases intermedias. Para evitar al máximo la frustración del enfermo debemos recordar que:

- *Conviene simplificar al máximo la tarea de vestirse*
- *Debemos respetar su intimidad al vestirse y sus preferencias (mantener los hábitos que ha tenido durante su vida).*
- *Convertir este tipo de actividad en una rutina agradable*
- *Dar el tiempo suficiente para realizar la actividad.*

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
No se cambia de ropa	
No encuentra ropa adecuada	
Se pone mal la ropa	
No sabe abrocharse la ropa ni atarse los zapatos.	
No se arregla como antes	
Se desviste constantemente	
No saben vestirse solos	

BAÑARSE Y LAVARSE:

A medida que la enfermedad va avanzando, se complica la tarea del aseo personal. Ciertas actividades cotidianas pueden representar una pérdida de intimidad en el caso de estos enfermos. Actividades como: ir al W.C., desnudarse, bañarse.... puede hacerles sentirse violentos (tanto familiar como por el afectado). Esto hace que en ocasiones, sea difícil ayudarles y se produzcan enfrentamientos entre ambos.

Establecer una rutina tanto en horarios como en procedimientos, ayudará al enfermo a sentirse más seguro y confiado.

Es importante el aspecto exterior. Una buena presencia va a servir para una mejor aceptación de la persona tanto para el resto de la gente que le rodea como para el mismo. También sería este un buen momento para observar el estado de la piel del enfermo y aplicar una crema hidratante después del baño.

Es preciso conseguir un ambiente agradable y seguro. Controlar la cantidad de agua de la bañera (poca profundidad), temperatura adecuada del agua y del cuarto de baño.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
No quieren bañarse	
No saben entrar ni salir de la bañera o no pueden hacerlo	
Se puede caer	
No saben bañarse o ducharse solos	
No se sostienen cuando los bañamos	

ALIMENTARSE

El acto de alimentarse suele ser un buen momento para acoplar diferentes actividades ocupacionales:

El acto de alimentarse suele ser un buen momento para acoplar diferentes actividades ocupacionales:

- Puede ayudar a realizar la compra del día

- Puede preparar pequeños platos o ayudar en su elaboración

Es recomendable que pongan y quiten la mesa, intentando que recuerden el lugar de cada utensilio y el de cada miembro de la familia.

Otros datos a tener en cuenta:

- Utilizar platos más grandes que la cantidad de comida servida

- Comprobar la temperatura de la comida

- Mantener los horarios de las comidas

- Controlar la falta o exceso de apetito

- Poner en la mesa solo lo imprescindible y servir los platos uno a uno

El ambiente debe ser tranquilo y estimulante. Puede ser un buen momento para mantener una conversación sobre la comida, evitando otro tipo de distractores (TV, radio, conversaciones cruzadas....)

Dar tiempo necesario para que coman correctamente. Hay que recordar que van a ser más lentos en sus acciones.

- Mantener una alimentación variada, equilibrada y manteniendo sus gustos.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
Son poco pulcros al comer y cogen mal los cubiertos	
Se atragantan con los alimentos sólidos y líquidos	
En la mesa no paran de moverse	
Quieren comer a todas horas	
No quieren comer	

DORMIR Y DESCANSAR:

Es importante que el enfermo lleve una correcta rutina a la hora de dormir tanto en lo que se refiere a horarios, como en el procedimiento.

Hay que asegurarse de que cuando se acueste se encuentre bien

Limitar las siestas en todo lo posible

Se le puede ofrecer leche caliente o alguna infusión que le ayude a relajarse y conciliar el sueño.

Acostumbrar al enfermo a ir al W.C antes de acostarse

Dejar una pequeña luz encendida cerca del enfermo para orientarlo por la noche en el caso de despertarse

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
Duermen poco y se levantan muy a menudo	
No saben volver a la cama, lo revuelven todo y despiertan a todos.	
Duermen durante todo el día	
Se pasan las noches gritando	
Se caen de la cama y no pueden levantarse solos	

IR AL W.C

Poco a poco, la capacidad de utilizar el W.C disminuirá a medida que la enfermedad avance. Suele convertirse en un proceso complicado para ellos, ya que supone, encontrar el baño, desabrocharse la ropa, sentarse, incorporarse..... Además, debemos ser prudentes a la hora de ofrecerle ayuda ya que pueden sentirse intimidados.

Se pueden establecer horarios que rutinicen este proceso. También debemos evitar peligros en el cuarto de baño.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
No saben encontrar el lavabo y entran en todas las habitaciones.	
No saben que hacer cuando están en el baño	
No llegan a tiempo	
No pueden levantarse del inodoro sin ayuda	
Pierden la iniciativa de ir solos y no saben pedirlo	
No están sentado el tiempo suficiente y la presencia de alguien les intimida	
Pueden caerse con facilidad	
Pierden el control y tienen incontinencia	

MOVERSE Y CAMINAR:

A medida que la demencia avanza, el enfermo camina con menos agilidad y se mueven con mayor lentitud. Pierden estabilidad, flexibilidad, se caen con facilidad y tienden a inclinarse hacia delante.

Puede que estos problemas no sean debidos a la enfermedad, sino a la medicación que toman, por eso es tan importante saber que efectos secundarios van a tener.

También el envejecimiento normal lleva consigo problemas como la artrosis, enfermedades en los pies, debilidad muscular, pérdida de visión, pérdida de sensibilidad, problemas auditivos..... que debemos sumar a las propias de las demencias.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
Caminan de forma inestable, tropiezan con cualquier cosa o se caen a menudo	
Ya no pueden subir las escaleras y se mueven poco	
Les cuesta levantarse de la cama, de la butaca, del W.C	
No se mantienen erguido ni dan un solo paso	
No paran de caminar y quieren salir constantemente	
No saben volver a casa y van a lugares potencialmente peligrosos.	

MANTERSE OCUPADO Y SENTIRSE UTIL:

La enfermedad de por sí, impide que muchas actividades que los enfermos realizaban anteriormente sin ninguna dificultad, (llevar las cuentas de la casa, conducir, pequeños arreglos de la casa, jugar a las cartas.....) puedan seguir desarrollándolas con normalidad. No por ello se debe dejar de animar al enfermo y estimularlo para participar en las actividades manuales:

Es conveniente que mantengan sus aficiones y las actividades que mas les gustaban.

Las actividades artísticas (pintar, cantar) les produce placer y satisfacción.

Conviene aprovechar estas actividades para estimular la memoria y el lenguaje

También es conveniente realizar actividades fuera de casa y aprovechar el buen tiempo

Es la familia la que debe adaptarse a su ritmo. Es recomendable dejar las prisas de lado y dejar que utilicen el tiempo que les haga falta para realizar una tarea.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
No saben que tienen que hacer, como hacerlo, donde ni a que hora.	
Siguen a todas partes a la persona que los cuida	
Quieren salir de casa continuamente	
Hacen lo mismo constantemente	

DISTRAERSE Y DIVERTIRSE

En muchas demencias la MLP, se mantiene en condiciones más o menos óptimas. Por ello las actividades de ocio y distracción deberían estar condicionadas a las que hacían habitualmente antes de la enfermedad. Esto les permite seguir orientados y con mayor grado de satisfacción.

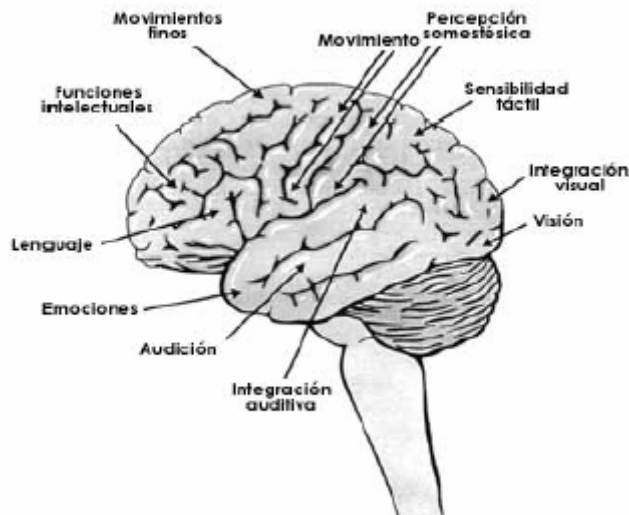
Es conveniente mantener las redes sociales: amigos, vecinos, familia, si ya no es posible realizar las actividades anteriores, se pueden buscar actividades relacionadas con ellas.

Es importante animarles y elogiarlos sin que parezca fingido.

Dificultades que pueden surgir	Que podemos hacer
Tienen poca capacidad de iniciativa y participación	
A veces no quieren participar en nada y parecen estar ausentes.	
Se enfadan y ponen nerviosos	
Les cuesta comunicarse	

**CURSO de
ALZHEIMER**

**CURSO de
ALZHEIMER**



ENTRENAMIENTO COGNITIVO

1. CONCEPTO Y JUSTIFICACIÓN:

El entrenamiento cognitivo constituye un tratamiento complementario al farmacológico. Consideremos que una intervención efectiva requiere la utilización de ambos tratamientos. Si bien muchos de los trastornos psicológicos y del comportamiento que manifiestan estos enfermos podrían ser subsanados con una correcta intervención cognitiva (deambulación, agresividad, depresión, etc.). Con esto, no queremos decir que el tratamiento farmacológico carezca de importancia, pero habría que evitar en lo posible situaciones de sobremedicación.

En este sentido, las terapéuticas basadas en modelos cognitivos establecen estrategias individuales de tratamiento cognitivo a partir del deterioro del paciente, y se sustentan sobre la base de la posibilidad de conseguir respuestas optimizadas si se parte del nivel defectual de cada paciente y se persigue la prevención de la pérdida funcional, así como el mantenimiento de habilidades residuales y de las actividades de la vida diaria o "recuperación" de las olvidadas. En el caso de la demencia este tipo de intervención es especialmente recomendable en las fases tempranas de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. El tratamiento debe ser aplicado de forma progresiva desde las áreas en que el paciente muestra problemas para las actividades de la vida diaria hasta las menos afectadas, y que en el caso de la demencia es recomendable iniciar la psicoestimulación sobre las funciones que intervienen en los procesos de memoria (Boada y Tarraga, 1998).

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia en personas mayores, caracterizada por ser una enfermedad degenerativa cerebral que da lugar a la afectación de múltiples funciones cognitivas tales como la memoria, atención, pensamiento, orientación, etc. que se acompaña con frecuencia de un deterioro del control emocional, conducta social o motivación (OMS, 1992). En la EA existe un declive o deterioro relacionado con la edad en la adquisición, almacenamiento y recuperación de la información.

Un aspecto importante de estas terapias es que al incidir sobre los aspectos más conservados de la persona, y si se aplican bien, conseguirán reforzar a la persona con Alzheimer, ya que no trabajan sobre los déficits (que produciría frustración) sino sobre sus partes conservadas. Todo ello influirá en los aspectos emocionales de la persona y la autoestima, lo cual secundariamente servirá para la mejora global de la conducta y estado de ánimo.

Así pues, el entrenamiento cognitivo pretende mejorar y optimizar la situación del paciente reduciendo las discapacidades, los trastornos psicológicos y del comportamiento.

Se trata de una intervención con finalidad rehabilitadora y no, una sobrestimulación desorganizada. Debe ajustarse a la situación funcional del sujeto permitiéndole la recuperación de algunas funciones abandonadas.

Plasticidad cerebral:

La base científica sobre la que se asienta este tipo de intervención, es la capacidad plástica del cerebro o neuroplasticidad, y viene a definirse como "la respuesta que da el cerebro para adaptarse a las nuevas situaciones a fin de restablecer el equilibrio alterado" (Geschwind, 1985).

La plasticidad del cerebro no es una característica propia de etapas iniciales del ciclo, como se creía anteriormente, sino que se ha comprobado su mantenimiento a lo largo de la vida. Esta característica es también posible en cerebros de personas demenciadas, si bien se da en menor intensidad. Las fases en las que el deterioro es elevado la plasticidad serán prácticamente nulas, de ahí la importancia de intervenir en las etapas iniciales de la enfermedad.

2. OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO COGNITIVO:

El **objetivo general** de este tipo de intervención consiste en la estimulación de las diferentes áreas cognitivas para ralentizar el proceso de demenciación.

Objetivos específicos:

Conocer el grado de deterioro del enfermo.

Trabajar cada fase, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad.

Instruir al familiar sobre el empleo del entrenamiento cognitivo, con el fin de hacer participe a estos del objetivo de ralentizar el proceso de deterioro.

Preservar y potenciar los recursos cognitivos del enfermo para incrementar su calidad de vida.

Disminuir la sobrecarga psicológica tanto del sujeto demenciado como de la familia cuidadora.

Generalizar lo que se consiga con el entrenamiento cognitivo a la vida diaria mediante la estimulación continuada.

3. DIRECTRICES GENERALES A TENER EN CUENTA:

Previo a la elaboración de ejercicios y tareas para trabajar con el enfermo, convendría tener en cuenta una serie de aspectos que nos ayudarán a obtener una intervención más efectiva. Algunos de estos aspectos son:

Personalización de la intervención:

Es importante determinar con la mayor precisión posible qué capacidades del enfermo están afectadas y cuales preservadas.

El momento evolutivo en el que se encuentra la persona demenciada nos orientará sobre las áreas en que deberemos insistir, ya que las actividades realizadas por un enfermo en las fases iniciales de la enfermedad serán diferentes a las realizadas por pacientes en fases avanzadas. La intervención en las fases iniciales se dirigirá a las capacidades más complejas.

La siguiente tabla muestra, de manera orientativa, distintas áreas de intervención en función del nivel evolutivo de la enfermedad.

DEMENCIA LEVE	DEMENCIA MODERADA	DEMENCIA GRAVE
Escritura	Escritura (frases cortas y sencillas)	Pre-escritura
Lectura	Orientación	Coordinación visomotora
Pensamiento Abstracto	Memoria Remota	Reconocimiento Visual
Atención	Reconocimiento numérico y calculo	Reconocimiento espacial básico
Orientación (espacial, temporal y personal)	Percepción visual y reconocimiento de objetos cotidianos	Manipulación de objetos reales
Memoria (Inmediata, MCP)	Razonamiento	
Concepto numérico y calculo		
Razonamiento		

Evaluación continúa:

Para valorar las capacidades anteriormente enunciadas es necesario una evaluación inicial, ésta la obtendremos a partir de la información proporcionada por los familiares y por los resultados del test. Pero limitarnos exclusivamente a esta única evaluación sería un error.

Es necesario llevar a cabo una evaluación continuada en la que tengamos en cuenta la observación directa del desarrollo de las tareas. Este tipo de evaluación nos permitirá readaptar los ejercicios y/o descartar otros.

Utilidad:

Una de las características más importantes de la intervención cognitiva es el carácter de utilidad que deben tener las distintas actividades que se proponen al enfermo.

El paciente debe percibir que aquello que está realizando tiene finalidad, pudiéndose trasladar a la vida diaria. Por ejemplo, si proponemos ejercicios de motricidad fina es con el fin de que sean capaces de manejar objetos como cubiertos, cepillo de dientes, los cordones de los zapatos, etc.

Motivación:

El grado de cooperación, la capacidad de mantener el esfuerzo y los estímulos requeridos para completar un trabajo depende de la motivación. El trastorno en la motivación llevaría al enfermo a la apatía y de forma extrema a la abulia.

En la motivación también influyen el grado de conexión de las tareas propuestas con los intereses del enfermo. Por tanto, si tenemos en cuenta los gustos y aficiones de la persona, el nivel de motivación y participación, la probabilidad de éxito será mayor. Por ejemplo, si pretendemos trabajar la comprensión y la memoria reciente, a la hora de elegir un texto podemos ofrecerle uno que conecte con sus intereses.

Simplificar las tareas y fraccionarlas por etapas:

Debemos intentar en la medida de lo posible que las tareas que propongamos tenga una única finalidad, aunque un único ejercicio puede servir para trabajar varias áreas, al enfermo tan solo se le deberá pedir una tarea en concreto.

Es conveniente simplificar al máximo las instrucciones asegurándonos que entienden aquello que le pedimos.

En el caso de que el ejercicio sea complejo podemos fraccionarlo por etapas dando nuevas instrucciones a medida que se van resolviendo.

Interrumpir aquellas tareas que generen ansiedad o rechazo:

En ocasiones ofrecemos una tarea pensando que el enfermo será capaz de realizarla pero llegado el momento nos damos cuenta que no es así. En tal caso, debemos interrumpir el ejercicio consiguiendo siempre un resultado mínimo para no crear frustración o bien podemos reformular el ejercicio adaptándolo a sus capacidades.

Ayudar pero intentando no solucionar la actividad:

Debemos dar tiempo suficiente para que el enfermo resuelva la tarea por sus propios medios, si vemos que el enfermo se bloquea podemos ofrecerle unas directrices en forma de ayuda, pero sin solucionar el ejercicio.

4. GUIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE EJERCICIOS:

Para hacer más cómodas y efectivas las intervenciones os proponemos un guión orientativo útil para elaborar las tareas.

— **Objetivos:**

Previo a la elaboración de las tareas debemos tener claro qué pretendemos conseguir con ellas, qué área queremos trabajar.

Los objetivos no deben ser excesivamente ambiciosos, es preferible comenzar con un nivel bajo y aumentar la dificultad en función de la evolución del enfermo.

— **Tener en cuenta las directrices anteriores mencionadas:**

Personalización, motivación, etc.

— **Formato:**

Para trabajar un área en concreto podemos utilizar distintos formatos de ejercicios (oral, escritos, sensorial, etc.). Es conveniente preparar una sesión en al que utilicemos distintos tipos de formato.

— **Operativizar previamente los ejercicios:**

Teniendo en cuenta:

- El material que vamos a utilizar.
- El tiempo de duración de cada ejercicio.
- Las instrucciones.
- La finalidad de este paso es no dejar nada al azar.

— **Valoración:**

Se trata de valorar la efectividad del ejercicio, la valoración no será inmediata, ya que no debemos dar al enfermo la sensación de que lo estamos evaluando.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA EN CASTELLANO SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

- Martínez Lage, J.M., ALZHEIMER 2007: RECAPITULACIÓN Y PERSPECTIVAS, Aula Médica, 2007
- Fort Albiñana, Isabel, ATENCIÓN A LA DEMENCIA. VISION INTERFRADORA DE LA GERIATRIA, Nexos médica Editores, 2007
- J, Peña Casanova, NEUROLOGIA DE LA CONDUCTA Y NEUROPSICOLOGIA, Médica Panamericana, 2007
- Triadó, Carmen, Villar, Feliciano: PSICOLOGIA DE LA VEJEZ, Alianza Editorial, 2006
- García Férrez, J. LA BIOÉTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, Desclée de Browser, Colección de Bioética, 2006
- Gauthier, S; ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y TRASTORNOS RELACIONADOS, Ars Médica, 2006
- Varios, LOS CUIDADORES INFORMALES A UN ENFERMO DE ALZHEIMER, AFAL, Madrid, 2006
- Pascual y Barlés, G; GUÍA PARA EL CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER, Edit. Certeza, 2006
- Tárraga, LL; Boada, M; CUADERNOS DE REPASO: ESTIMULACION COGNITIVA, Edit. Glosa, 2005
- Strauss, C; COMO HABLAR CON UN ENFERMO DE ALZHEIMER, Obelisco, 2005
- Díaz, M.; Doménech N, Elorriaga S. “YA LAS IDEAS SE PIERDEN”, Edit. *Afab. Bizkaia*
- Selby Ph, Griffiths A “GUÍA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO”, Edit. *The Parthenon Publishing G. Lted.*
- Selmes, A y Selmes J. “VIVIR CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER”, Edit. *Méditor*
- Mace N. y Rabins P. “36 HORAS AL DÍA”, Edit. *Ancora*
- Woods, R, “LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER : ENFRENTARSE A LA MUERTE EN VIDA”, Edit. *IMSERSO*
- Powell L, Courtice K. “LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER : UNA GUÍA PARA LA FAMILIA”. Edit. *Pax. México.*

Federación de Asociaciones de Familiares de EA, “ EN CASA TENEMOS UN ENFERMO DE ALZHEIMER “.

Khoeavi, M, “ CONVIVIR CON UN ENFERMO DE ALZHEIMER “, *Edit. Temas de Hoy*

Chrousac, “ UNO NO SE CANSA DE AMAR “, *Edit. Anaya*

Carlson, N. R, “ FISIOLOGÍA DE LA CONDUCTA “, *Anel, 1993*

Junqué, C. y Jurado, M. A., “ ENVEJECIMIENTO Y DEMENCIAS “, *Edit. Martínez Roca, 1994*

Epelbaum, J. , “ LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER “ : *Revista mundo científico, volumen 10, págs. 410 - 419, Nº 101.*

Varios, “ NEUROEPIDEMIOLOGÍA DE LA EA “, *Symposium congreso de la Sociedad Española de Epidemiología y Psiquiatría. Universitat Illes Balears.*

Abengoza, M.C. Serra, E. “ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO “*en.*

Glosario Básico:

Apatía

Falta de interés, pasividad o pérdida de afectividad. Estado de indiferencia respecto al entorno y frente a los estímulos que despertarían el interés en circunstancias normales.

Afasia

Pérdida de la capacidad para hablar o escribir, y para comprender el lenguaje hablado o escrito.

Apolipoproteína

Subtipo de lipoproteína que transporta el colesterol que circula por la sangre. Además de su función de transporte de grasas (lípidos), la apolipoproteína desempeña una importante función en el crecimiento y la renovación del tejido nervioso. Se han identificado tres variantes genéticas (alelos) de la apolipoproteína E: ApoE2, ApoE3 y ApoE4.

Gen de la apolipoproteína E (ApoE)

El gen que codifica la expresión ApoE (una proteína cuya función principal es el transporte del colesterol), está localizado en el cromosoma 19. Existen tres variantes (alelos) de la ApoE: ApoE2, ApoE3 y ApoE4. La presencia del alelo ApoE4 constituye un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

Apraxia

Pérdida de la capacidad para realizar movimientos para un fin determinado sin que exista parálisis ni deterioro de la función motora o sensorial.

Aricept®

Nombre comercial de donepezilo, un inhibidor de la AChE fabricado por Eisai/Pfizer.

ATP

Trifosfato de adenosina. Este nucleótido proporciona la energía necesaria para los procesos metabólicos celulares.

Cognex

Nombre comercial de tacrina, un inhibidor de la AChE fabricado por Pfizer.

Dificultades constructivas

Disminución de la capacidad de ensamblaje o articulación de distintas piezas para construir un artículo u objeto

Síndrome confusional

Síndrome mental de establecimiento agudo y reversible, caracterizado por pérdida de la capacidad de atención, pensamiento desorganizado que se manifiesta mediante lenguaje impreciso, irrelevante o incoherente, disminución del nivel de conciencia, errores de percepción sensorial, alteraciones del sueño, desorientación y deterioro de memoria.

Donepezilo

Inhibidor selectivo reversible de la AchE fabricado por Eisai/Pfizer [Nombre comercial: Aricept®].

Disartria

Dificultad para hablar debida a una descoordinación de los órganos de la fonación.

Síndrome de disfunción ejecutiva

Patrón de deterioro de las funciones ejecutivas como la planificación secuencial y la abstracción.

Disfagia

Dificultad o dolor al realizar la deglución.

Disfasia

Deterioro de la capacidad de lenguaje, similar a la afasia.

Disforia

Inquietud, desasosiego y malestar.

Dispraxia

Pérdida parcial de la habilidad para efectuar actos voluntarios coordinados, como vestirse, alimentarse y otros actos motores aprendidos a una edad temprana.

Función ejecutiva

Referente a las áreas cognitivas implicadas en la planificación, organización, secuenciación y abstracción.

Exelon®

Nombre comercial de rivastigmina, un inhibidor de la AChE fabricado por Novartis.

Síndrome extrapiramidal

Variedad de síntomas resultantes de una disfunción del sistema extrapiramidal _ que forma parte del SNC y es responsable de la coordinación del movimiento. Se manifiestan en forma de parkinsonismo (rigidez muscular, temblores, babeo y marcha errática), acinesia (inercia motora), acatisia (inquietud), distonía (postura involuntaria atípica), y otras alteraciones neurológicas.

Demencia del lóbulo frontal

Forma de demencia que representa un 10% de todos los tipos de demencia.

Lóbulos frontales

Zona de la corteza cerebral enfrente del cerebro, que es responsable del control de los movimientos y está implicada en funciones como la planificación, la resolución de problemas y la iniciativa.

Escala de Evaluación Funcional (FAST)

La FAST es un instrumento de evaluación fiable, utilizado para valorar el deterioro funcional de los enfermos de Alzheimer a lo largo de su enfermedad.

Neuroimagen funcional

Técnicas de neuroimagen que proporcionan información sobre las funciones y estructuras cerebrales, p.ej., la PET y el SPECT.

Galantamina

Nombre genérico de Reminyl® (fabricado por Janssen-Cilag). Reminyl es un nuevo medicamento para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con un novedoso mecanismo de doble acción

Glutamato

Neurotransmisor implicado normalmente en el aprendizaje y la memoria. Los niveles inadecuados de esta sustancia provocan al parecer la muerte de células nerviosas en diversos trastornos neurodegenerativos.

Alucinaciones

Percepción de un objeto o imagen que en realidad no está presente, p.ej., ver las caras de otras personas aunque no haya nadie.

Hipocampo

Importante región del cerebro para las funciones relacionadas con el aprendizaje y la memoria. Es la primera zona afectada por los cambios patológicos característicos de la EA (desarrollo de ovillos neurofibrilares y placas de beta-amiloide).

Enfermedad de Huntington

Conocida también como corea de Huntington. Enfermedad hereditaria degenerativa del sistema nervioso central resultante de la degeneración de los núcleos basales, caracterizada por demencia progresiva y movimientos involuntarios anormales

Hipocinesia

Disminución de la función motora. Lentitud de movimientos

Hipotálamo

Región encefálica que interviene en la activación y el control de los mecanismos vegetativos periféricos del organismo, regulando la actividad endocrina, y las funciones somáticas para mantener en equilibrio el agua y la temperatura corporal, el sueño y la ingesta de alimentos.

Actividades diarias instrumentales

Actividades de segundo nivel (en oposición a las actividades básicas como comer, vestirse y bañarse) que son importantes para la vida diaria. Las actividades instrumentales incluyen el rendimiento en el trabajo, manejo de la economía, acudir a las citas, uso de los electrodomésticos y manejo de la correspondencia. Los enfermos de Alzheimer pierden gradualmente su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias instrumentales.

Isquemia

Disminución del aporte de sangre. Se puede producir a consecuencia de una lesión o necrosis de los tejidos.

Infarto lacunar

Infarto cerebral de pequeño volumen (<5 mm en el TAC; con un volumen < 1.5 cm³) producido por enfermedad de los pequeños vasos. Derivan, por lo general, de las pequeñas ramificaciones distales de las arterias cerebrales media y posterior, o de la arteria basilar.

Estado lacunar

Forma de demencia vascular subcortical caracterizada por infartos lacunares.

Cuerpos de Lewy

Depósitos esféricos de proteínas localizados en la corteza cerebral de pacientes afectados por la enfermedad con cuerpos de Lewy. Se encuentran en neuronas que presentan degeneración vascular.

Enfermedad de los cuerpos de Lewy

Forma de demencia en la que se observa una acumulación anormal de depósitos de proteínas, conocidos como cuerpos de Lewy, en la corteza cerebral. En el terreno de las habilidades cognitivas, los cambios observados día a día son más pronunciados que en otros tipos de demencia.

Sistema límbico

Conjunto de regiones encefálicas responsables de diversas funciones neurológicas relacionadas con las emociones y la motivación. Incluye el hipocampo, la amígdala, el septum, los núcleos olfatorios y parte de los ganglios basales.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

Esta técnica de exploración permite obtener imágenes transversales de alta calidad en 3D de un cerebro humano, mediante la detección de pequeños cambios moleculares. La RMN muestra un contraste entre los tejidos normales y anormales. La imagen es similar a la obtenida al realizar un TAC. La RMN no utiliza rayos X ni otro tipo de radiaciones, por lo que no se asocia con efectos secundarios u otros riesgos.

Mini-Mental State Examinations (MMSE)

Examen estándar del estado mental, utilizado habitualmente para evaluar las habilidades cognitivas básicas como la memoria a corto y a largo plazo, la orientación, la escritura y el lenguaje. Es la prueba más habitual de la EA en el marco de atención primaria.

Demencia mixta

Término para referirse a síndromes demenciales que presentan características tanto de la enfermedad de Alzheimer como de la enfermedad cerebrovascular.

Ovillos neurofibrilares (NFTs)

Los NFTs constituyen una anomalía estructural encontrada de forma característica en el cerebro de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Estos ovillos neurofibrilares se forman en el interior de las neuronas a partir de la proteína Tau. Los NFTs impiden el funcionamiento adecuado de las células provocando la muerte de éstas con el paso del tiempo. La presencia de placas neuríticas y de NFTs al realizar la autopsia confirma el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer

Inventario neuropsiquiátrico (NPI)

Escala de evaluación de la psicopatología de pacientes con demencia. Permite evaluar la frecuencia y gravedad de doce áreas relativas a la conducta frecuentemente observada en pacientes con demencia: ideas delirantes, alucinaciones, disforia, ansiedad, agitación, euforia, apatía, irritabilidad, desinhibición, conducta motora aberrante, alteraciones conductuales nocturnas y otros cambios relacionados con el apetito y la alimentación.

Escala Neuropsiquiátrica Complementaria _ Impacto sobre el Cuidador (NPI-D)

Escala del Inventario Neuropsiquiátrico diseñada para evaluar el impacto de los síntomas neuropsiquiátricos del paciente con Alzheimer sobre su cuidador.

Síntomas neuropsiquiátricos

Síntomas no cognitivos de la EA que aparecen normalmente en etapas avanzadas de la enfermedad. Incluyen depresión, ansiedad, agitación, insomnio, cambios de personalidad, ideas delirantes y alucinaciones.

Criterios NINCDS-ADRDA

Conjunto de directrices formuladas por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, y la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association para el diagnóstico definitivo, probable o posible de la enfermedad de Alzheimer.

Paranoia

Conducta caracterizada por la presencia de ideas delirantes persecutorias o de grandeza, o una combinación de ambas. Sospechas acerca de otras personas sin que exista una base racional.

Parietal

Término médico para referirse a la pared de una parte del cuerpo. También se denomina con este término a uno de los lóbulos del cerebro y al hueso de la cabeza que recubre a éste.

Enfermedad de Parkinson

Trastorno neurodegenerativo progresivo caracterizado por la pérdida de células nerviosas en una zona específica del cerebro. Los pacientes con enfermedad de Parkinson carecen de un neurotransmisor conocido como dopamina. Los síntomas del Parkinson incluyen temblores, rigidez, debilidad, lentitud de movimientos y marcha tambaleante arrastrando los pies.

Perseveración

Tendencia a emitir repetidamente la misma respuesta verbal o motora frente a una variedad de estímulos.

Fobia

Temor desproporcionado, persistente e irracional ante determinado objeto, actividad o situación, que el individuo reconoce como excesivo o poco razonable.

Enfermedad de Pick

Forma rara de demencia. La degeneración de las células nerviosas altera el lenguaje y la personalidad, pero los cambios importantes relacionados con la memoria ocurren en una etapa más avanzada de la enfermedad.

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)

Escala de 7 ítems para evaluar la calidad, latencia, duración, eficiencia, y alteraciones relacionadas con el sueño así como el uso de hipnóticos y los niveles de disfunción diurna.

Tomografía por emisión de positrones (PET)

Técnica de imagen basada en la detección de positrones (electrones con carga positiva) emitidos por sustancias radioactivas introducidas en el organismo. La PET permite evaluar la actividad o nivel de funcionamiento del cerebro midiendo su consumo de glucosa.

Gen de la Presenelina-1 (PS1)

Gen que codifica la expresión PS1 localizado en el cromosoma 14. Se ha observado que las mutaciones de este gen conducen al desarrollo de una forma temprana de EA y puede resultar afectada la producción de beta-amiloide.

Gen de la Presenelina-2 (PS2)

Gen que codifica la expresión PS2 localizado en el cromosoma 1. Se ha observado que las mutaciones de este gen conducen al desarrollo de una forma temprana de EA y puede resultar afectada la producción de beta-amiloide.

Membrana presináptica

Región de la membrana del axón terminal especializada en la liberación de moléculas de neurotransmisores.

Escala de deterioro progresivo (EDP)

Escala utilizada en ensayos clínicos sobre EA para evaluar las consecuencias de la enfermedad sobre las actividades diarias (AVD). El cuidador o la enfermera evalúan la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria.

Psicosis

Trastorno mental que lleva a un individuo a perder el contacto con la realidad. Este alejamiento de la realidad se puede manifestar mediante la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje incoherente, conducta desorganizada y agitación.

Reminyl®

Nuevo fármaco para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer que posee un mecanismo de doble acción: Reminyl actúa como modulador alostérico de los receptores nicotínicos y como inhibidor de la enzima AChE. Ensayos clínicos de Fase III demuestran que Reminyl® mantiene la capacidad cognitiva y funcional, demora los síntomas conductuales, alivia la sobrecarga de los cuidadores, y posee un excelente perfil de seguridad y tolerabilidad.

Rivastigmina

Inhibidor potencialmente selectivo, seudoirreversible y no competitivo de la AchE, fabricado por Novartis. [Nombre comercial: Exelon®]

Tálamo

Estructura ovoidal del encéfalo formada por agrupaciones neuronales (núcleos), localizada en la parte superior del tronco cerebral. Constituye un importante centro de transmisión de la información sensitiva que llega al cerebro.

Demencia vascular

Conocida también como demencia multi-infarto. Esta forma de demencia puede ser el resultado de una serie de infartos cerebrales de pequeño volumen, a consecuencia de los cuales se pueden ver afectadas algunas habilidades intelectuales y producirse un deterioro de la función motora. Las personas con demencia vascular pueden sufrir también alucinaciones, delirios o depresión. Suele ser de comienzo brusco y evoluciona progresivamente por etapas. Los pacientes con demencia vascular suelen presentar factores de riesgo, p.ej., hipertensión arterial, cardiopatía o diabetes.

Ventrículos

Nombre que reciben las cuatro cavidades del cerebro. Existe un ventrículo en cada hemisferio cerebral, el tercer ventrículo está situado en el centro del encéfalo y el cuarto entre el tronco cerebral y el cerebelo.

Dificultades visuoespaciales

Dificultad para percibir con exactitud los objetos en un espacio tridimensional.