

siad²⁴



Deputación
DA CORUÑA

ACTUACIÓN EFICAZ ANTE PERSOAS CON DIVERSOS TIPOS DE DEMENCIAS



Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias.

1. Tipos de demencia. Características	2
¿Qué es la demencia?	2
¿Cuáles son las causas más habituales?.....	2
Primeros síntomas de la demencia:.....	3
2. Tipos de demencias y características:	4
Demencia degenerativa primaria.....	4
Demencia vascular.....	4
Demencias secundarias.....	4
Enfermedad de Alzheimer.....	4
Demencia por cuerpos de Lewy.....	5
Demencia vascular.....	5
Demencia en la enfermedad de Parkinson.....	5
Demencia por enfermedad de Pick.....	6
Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.....	6
Demencia en la enfermedad de Huntington.....	6
3. Lenguaje y comunicación ante diversos casos	7
Los problemas del lenguaje en personas con demencias.....	7
Cómo actuar ante situaciones concretas de alteración del lenguaje por la demencia.....	8
Pautas para mejorar la comunicación:.....	10
Guía para mejorar la comunicación en personas con Alzheimer.....	12
4. Trastornos de conducta:	15
PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS:.....	15
PROBLEMAS DERIVADOS DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA.....	22
5. Técnicas de actuación SAF:	30
Pautas generales que pueden ayudar en el momento del baño:.....	31
6. Técnicas preventivas para combatir el burnout	38

1. Tipos de demencia. Características

¿Qué es la demencia?

La demencia es una enfermedad que afecta de manera progresiva las funciones neuronales del paciente que incluyen la memoria, el habla, el razonamiento, la comprensión, el comportamiento y el control de las emociones. Este deterioro incapacita al paciente para realizar las actividades habituales hasta llegar a una completa dependencia de sus cuidadores. Las demencias se clasifican en función de la causa u origen de la enfermedad.

La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) la define como un **síndrome de carácter progresivo** cuya singularidad más importante es el **desgaste de la capacidad para procesar el pensamiento**. Dicho de otro modo, es el deterioro de la función cognitiva que supera las consecuencias del envejecimiento normal. Afecta al pensamiento, a la comprensión, a la memoria, al cálculo, a la orientación, al juicio, al lenguaje y a la capacidad de aprendizaje.

Aunque se habla con mucha frecuencia de demencia senil, esta terminología no es totalmente correcta, porque puede afectar a personas de cualquier edad. Además, hemos de destacar que **el Alzheimer afecta a entre el 60 y el 80% de los casos de personas que padecen demencia**.

La demencia es un conjunto de síntomas que pueden ser causados por diferentes enfermedades o bien por el avance de la edad, para ello es necesario que un especialista analice la información para establecer un diagnóstico correcto.

¿Cuáles son las causas más habituales?

De forma general, la demencia suele aparecer en personas que superan los 60 años de edad. Esto quiere decir que el envejecimiento es un factor de riesgo muy importante que debemos tener en cuenta. Está causada por **la pérdida o el daño de las células nerviosas** junto con las conexiones que tienen en el cerebro. El impacto que tendrá la enfermedad dependerá del área afectada.

Puede ser consecuencia de lesiones o enfermedades que afectan al cerebro de forma secundaria o primaria. **Entre las primarias** hemos de hablar del Alzheimer, la **demencia frontotemporal** o la demencia por cuerpos de Lewy.

Por otro lado, **las demencias secundarias** son las que se derivan de otra enfermedad. La más habitual es la demencia vascular, aunque también podemos encontrar demencias metabólicas, autoinmunes o infecciosas, entre otras.

Primeros síntomas de la demencia:

Los síntomas de una demencia abarcan muchos aspectos relacionados con las funciones mentales de los pacientes. De forma general, **lo podemos apreciar en el comportamiento emocional o en la propia personalidad**. Además de en la percepción, memoria, lenguaje, juicio o pensamiento.

Durante las primeras fases de la enfermedad, la persona que la padece sufre un deterioro cognitivo leve o DCL. Una de sus características es que tiene dificultad para desempeñar varias tareas al mismo tiempo, para tomar decisiones o para la resolución de problemas. Por otro lado, queda patente la **dificultad para recordar conversaciones recientes**, recuerdos o se puede comprobar cómo se reduce la agilidad mental.

A medida que el trastorno va empeorando, estos síntomas se agravan, pero también pueden aparecer otros nuevos como los siguientes:

- Mayor dificultad para realizar actividades que requieran pensar o para **memorizar**.
- **Se pierden habilidades sociales** y se sufren cambios de personalidad que pueden traducirse en comportamientos agresivos o poco apropiados en público.
- **Se pierde la capacidad de juicio**, lo que va a impedir a quien lo padece conocer la peligrosidad de sus acciones.
- **Problemas de comunicación**, porque los pacientes pueden tener dificultades para recordar los nombres o los objetos familiares. Esto irá unido a la pérdida del sentido de la orientación, lo que puede hacer que el paciente se pierda con facilidad.
- **Alteración en el patrón del sueño**. Esto puede derivar en el incremento de padecer delirios o alucinaciones, con el agravante de que este cuadro puede derivar en depresión.

Las personas con demencia y síntomas más graves pueden perder la capacidad de realizar tareas rutinarias como bañarse, comer o vestirse., Incluso pueden dejar de entender el lenguaje o de reconocer a sus familiares.

2. Tipos de demencias y características:

Demencia degenerativa primaria

Las demencias degenerativas primarias son aquellas que tienen un origen desconocido y avanzan de manera progresiva. Hoy en día este tipo de demencia es irreversible. Dentro de este tipo de demencia se pueden encontrar la enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, enfermedad de Pick, demencias por cuerpos de Lewy, enfermedad de Huntington o la enfermedad de Parkinson.

Demencia vascular

Las demencias vasculares son aquellas que se han producido por la destrucción de tejido cerebral debido a accidentes cerebrovasculares o bloqueos del torrente sanguíneo. Si se elimina la causa, se retrasa la degeneración de las funciones neuronales o bien se evitan más daños. Entre este tipo de demencia se encuentra la enfermedad lacunar, la enfermedad de Binswanger, demencia multiinfarto, demencia por hipoperfusión o hemorrágicas...

Demencias secundarias

Las demencias secundarias son las que se han producido debido a un trastorno neurológico que no es degenerativo. Pueden ser causadas por otras enfermedades de origen infeccioso, tumores cerebrales, endocrino-metabólico, toxicológico, fármacos, enfermedades de depósito como la porfiria, enfermedades neuronales como la esclerosis o la epilepsia... Este tipo de demencia tiene una baja incidencia y pueden ser reversibles si se tratan a tiempo.

Tipos de demencias más habituales:

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se encuentra dentro del grupo de las demencias degenerativas primarias. Es decir, no se conoce la causa que origina el deterioro. Es la demencia más común entre las personas mayores. Puede comenzar mucho antes de que se detecten los síntomas, su evolución es lenta pero progresiva e irreversible.

En los inicios de la enfermedad, la persona tiene pequeños olvidos de nombres, citas, ... que pueden ser confundidos con despistes. En ocasiones, pierde el hilo de las conversaciones sin saber por qué y debido al olvido de palabras utiliza habitualmente frases cortas. Puede tener cambios de humor o pocas ganas de relacionarse. Todavía es capaz de realizar rutinas diarias sin ayuda.

Posteriormente, en una fase intermedia, el olvido de detalles es evidente, le cuesta retener nuevos conceptos o asimilar hechos recientes. Los cambios de conducta se

producen con mayor frecuencia pudiendo tener episodios de agresividad o enfado. Su vocabulario se empobrece y repite las mismas palabras o frases. Sus movimientos son torpes y se cae con cierta facilidad. Necesita ayuda para realizar algunas rutinas, aunque todavía puede comer o asearse por su cuenta.

En fases más severas, los olvidos abarcan tanto los hechos recientes como los pasados, pudiendo no reconocer a sus hijos, cónyuge o personas cercanas. Aunque conserva la memoria emocional. Apenas habla y su comprensión es muy limitada. Su comportamiento es impredecible y necesita ayuda y asistencia para realizar la mayoría de las rutinas. Su deterioro es progresivo.

Demencia por cuerpos de Lewy

La demencia por cuerpos de Lewy es la segunda demencia más común de las demencias progresivas. Se produce por la formación de depósitos de proteínas en las neuronas, llamadas cuerpos de Lewy. Estas causan un deterioro cognitivo progresivo, similar al alzhéimer, lentitud de movimientos, rigidez articular y a veces temblor, rasgos psicóticos, como las alucinaciones visuales, y fluctuaciones del estado cognitivo que afectan especialmente a la atención y concentración. Las fluctuaciones es uno de los rasgos destacables de esta demencia.

Demencia vascular

Los trastornos cerebrovasculares son el origen de la demencia vascular. Suele producirse en personas de edad avanzada y con antecedentes de ictus. Inicialmente, se presenta de manera brusca, después los síntomas no aparecen de manera progresiva sino en pasos, de forma escalonada. Su evolución es imprevisible, puede mantenerse estable durante temporadas largas y producirse un deterioro de las funciones cognitivas debido a un nuevo episodio vascular. Esta demencia puede coexistir con la enfermedad de Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neuronal degenerativo que evoluciona de forma lenta y afecta al sistema nervioso central. Su manifestación más característica son los temblores incontrolados y movimientos lentos. El deterioro cognitivo produce una demencia que afecta fundamentalmente a la atención, la función ejecutiva y/o visoespacial. Se puede asociar a rasgos de comportamiento como apatía, cambios de humor, delirios, alucinaciones, somnolencia diurna excesiva y alteraciones del sueño.

Demencia por enfermedad de Pick

La demencia por enfermedad de Pick es una enfermedad poco habitual que suele manifestarse entre los 45 y los 60 años. No es común que comience antes de esa edad, sin embargo, cuanto antes comience peor evolución tiene. La duración media del paciente es de 6-7 años. Pertenece al grupo de las demencias frontotemporales y sus síntomas son similares a la enfermedad de Alzheimer. Aunque destaca el comportamiento inapropiado en las primeras fases de la enfermedad, las alteraciones del lenguaje y los problemas en el movimiento y control muscular del cuerpo.

Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un trastorno degenerativo del cerebro. Es una enfermedad rara que origina una demencia debido a la mutación de una proteína llamada prion en un agente infeccioso que afecta al cerebro, es una encefalopatía espongiiforme transmisible. Es una enfermedad que una vez que se manifiesta, su evolución es relativamente rápida, el deterioro mental se agudiza, se pierde la capacidad de hablar y de moverse. La esperanza de vida es de uno o dos años.

Demencia en la enfermedad de Huntington

La enfermedad de Huntington es una afección neurológica degenerativa. Es una enfermedad rara que generalmente es hereditaria. Comienza a manifestarse alrededor de los 35-40 años, aunque en ocasiones lo hace antes. Este trastorno destruye las células neurológicas produciendo una demencia. Las personas afectadas pierden el control de sus movimientos, comenzando con espasmos esporádicos y evolucionando a movimientos incontrolados, deterioro mental progresivo y fallecimiento.

3. Lenguaje y comunicación ante diversos casos

Los problemas del lenguaje en personas con demencias

Uno de los síntomas cognitivos de la demencia es la pérdida de capacidad para expresarse y para comprender el lenguaje. Es lo que, en términos especializados, se conoce como **afasia**. En esta enfermedad, esta **alteración del lenguaje** aparece de forma gradual, haciendo cada vez más difícil la comunicación con la persona afectada. Normalmente, las alteraciones del lenguaje verbal se manifiestan, de forma más o menos simultánea, con las del lenguaje escrito (en este caso, se llama agrafia, apareciendo también dificultad para representar las letras y números adecuadamente)

La afasia afecta tanto a la expresión como a la comprensión

Con la demencia, el lenguaje se ve alterado, progresivamente, tanto en la expresión como en la comprensión:

El lenguaje expresivo se refiere a la capacidad de hablar y ser entendido

En fases iniciales, pueden aparecer **dificultades para encontrar las palabras adecuadas, provocando silencios o bloqueos cuando la persona afectada se expresa**. Con la progresión hacia la fase moderada, se hará cada vez más frecuente y, para compensarlo, es habitual que se den rodeos para indicar una palabra (técnicamente, circunloquios), que se emplee una palabra por otra (parafasias), incluso que se empleen palabras no existentes, inventadas (neologismos).

Cuando se alcanzan fases avanzadas, el lenguaje expresivo se ve limitado a un número reducido de palabras y **la persona afectada por la afasia puede farfullar o murmurar**, siendo francamente difícil, incluso imposible, entender lo que está diciendo.

El lenguaje receptivo, por otro lado, es la capacidad de entender a los demás

Al principio, **la falta de comprensión está muy ligada a la dificultad para retener y procesar información a corto plazo**, por lo que las cuestiones complejas, frases largas, conversaciones con mucha información, etc. van a provocar que su comprensión global se vea limitada. Más adelante, muchos términos y vocablos van dejando de tener significado para la persona con demencia.

La interpretación del lenguaje no verbal, los gestos, las expresiones faciales, el tono de voz, está mucho más conservada respecto al verbal a lo largo de toda la

enfermedad. Por eso, es clave acompañar muy bien de todos estos elementos la comunicación.

En la mayor parte de los casos, **las dificultades para expresar y comprender no corren paralelas.** Así, una persona puede entender más de lo que es capaz de decir o, al contrario, hablar bastante bien pero comprender poco de lo que se le dice. Por esta razón, es importante tener la precaución de no decir nunca ante la persona con demencia cosas que no queremos que oiga o comprenda, así como **no hablar nunca en su presencia como si no estuviera.**

La afasia, además, **no es un buen indicador del grado de pérdida de otras funciones.** Por ejemplo, una persona con una gran alteración del lenguaje tal vez pueda desenvolverse razonablemente bien en muchas actividades cotidianas en las que el lenguaje no sea esencial para su desarrollo.

Cómo actuar ante situaciones concretas de alteración del lenguaje por la demencia

Existen ciertas actuaciones que pueden ayudar a resolver algunas situaciones concretas con referencia a la afasia, como, por ejemplo:

- La persona afectada tiene mucha dificultad para encontrar las palabras adecuadas.
- Lo que dice parece incomprensible y tiende a aislarse para evitar tener que comunicarse.
- La persona afectada no comprende lo que se le explica.
- Muestra inquietud o incomodidad cuando se le habla.
- Dice muchas palabrotas o expresiones malsonantes.

La persona afectada tiene mucha dificultad para encontrar las palabras adecuadas

Ante estas dificultades hay que dar tiempo a la persona para que se exprese, no mostrar impaciencia ni completar las frases por ella. **Es necesario acostumbrarse y aceptar con normalidad los rodeos que utiliza para referirse a las cosas y no corregir ni proporcionar constantemente la palabra que está buscando, lo que le puede frustrar.** Hay que ser paciente y mostrar nuestra voluntad de comprenderla. Puede ayudar, si se bloquea, ofrecerle, pausadamente, palabras de forma interrogativa, para que, tal vez, pueda escoger la correcta (Por ejemplo: “¿Te refieres a la... radio?... televisión?... al ordenador?...”).

Lo que dice parece incomprensible y tiende a aislarse para evitar tener que comunicarse

En estos casos, es útil animar a la persona a expresarse de formas alternativas o ampliar los canales de comunicación. **Podemos animarle a señalar, a gesticular, a tocar las cosas o a las personas a las que se refiere...** Pero también es clave que sus posibles interlocutores estén al corriente de sus dificultades y darles algunas indicaciones para facilitar la comunicación.

La persona afectada no comprende lo que le se le explica

Ante problemas de comprensión hemos de asegurar, en primer lugar, que la persona nos escucha y nos presta atención. **Decirle las cosas lentamente y con tono suave facilitará su comprensión.** Hay que intentar emplear frases cortas, con vocabulario simple, y dando tiempo a que procese una parte de la información (tratando de asegurar que la ha comprendido) antes de pasar a la siguiente. **Potenciando la comunicación no verbal (señas, gestos, expresividad facial, tono de voz...) daremos más elementos de apoyo para facilitar la comprensión.**

Muestra inquietud o incomodidad cuando se le habla

Esta actitud puede ser a consecuencia de la excesiva sobreprotección o la tendencia al paternalismo por parte de quienes le rodean. **Debemos tratar de evitar hablarle de forma similar a cómo lo haríamos tal vez con un niño.** A veces, aunque con la intención de mostrar cariño o hacer el lenguaje más comprensible, se emplean formas de expresión que pueden atentar contra la dignidad de la persona, y ésta lo puede percibir así.

Por eso, hay que procurar huir del abuso de una entonación exagerada o el frecuente uso de diminutivos, o de dirigirnos a la persona por apelativos que, de no ser por su enfermedad, no emplearíamos con ella (“cielito”, “tesoro”, “precioso/a”...) y llamarla por su nombre o como siempre haya sido de su preferencia. **No cuidar estos detalles puede contribuir a que la persona con demencia se retraiga y se muestre esquiva.**

Dice muchas palabrotas o expresiones malsonantes

Algunas personas con demencia recurren al uso de palabras malsonantes, incluso cuando antes nunca lo hacían. Todos las empleamos en alguna ocasión, pero tenemos la capacidad de controlar su uso o reprimirlas si conviene. Cuando se altera la habilidad comunicativa, las palabrotas pueden surgir espontáneamente cuando la persona hace esfuerzos por expresarse.

No es algo intencionado, sino, una vez más, resultado de las alteraciones cerebrales que sufre. En algunos casos puede ser de ayuda intentar anticiparse a las frustraciones que pueda experimentar y reducir así el estrés que pueda sentir. No obstante, **la mejor**

forma de abordar situaciones de lenguaje malsonante es aceptar que se trata de un producto de la demencia y que la persona afectada tiene escaso control sobre ello.

Pautas para mejorar la comunicación:

Dado que **una adecuada comunicación es un aspecto básico en los cuidados** de persona con demencia, desde Cuidado Mayor queremos señalar algunos de los consejos que se proponen para **mejorar la comunicación con personas con demencia**:

CONTACTO VISUAL

Para captar la atención de la persona con la que queremos comunicarnos, es esencial hacer contacto visual. De esta manera, la persona sabrá que queremos hablar con ella.

LLAMAR POR SU NOMBRE

Igualmente importante es utilizar el nombre de la persona para que sepa que nos dirigimos a ella.

EVITAR RUIDO

Para asegurar una mejor comprensión y audición es importante evitar ruidos o distractores de fondo, especialmente si existen problemas de audición.

LENGUAJE CORPORAL

El lenguaje corporal hace referencia a los mensajes no verbales, es decir, gestos, posturas o movimientos del cuerpo y el rostro. Teniendo en cuenta que el lenguaje corporal es una parte importante de la comunicación, debemos analizar tanto nuestros mensajes no verbales como los de la persona con la que estamos hablando para mejorar la comunicación.

”Para evitar la frustración y cuidar la autoestima de las personas con demencia, no conviene decir “¿no te acuerdas?” o “ya te lo dije”

CONTACTO FÍSICO

No debemos olvidar que hay muchas maneras de comunicar y que combinándolas ayudamos a centrar la atención en el mensaje y, por tanto, mejoramos la comprensión. Por ejemplo, además del lenguaje verbal, podemos utilizar el contacto para comunicar, como tocar o coger la mano.

DAR TIEMPO

Hay que tener en cuenta que, tal y como hemos comentado antes, las personas con determinadas demencias pueden tener dificultades para encontrar o producir las palabras. Por ello, es importante darles tiempo que necesiten para expresarse.

SENCILLO, CLARO Y BREVE

Para asegurar una adecuada comprensión del mensaje que queremos transmitir, debemos hablar de manera sencilla, clara y con frases cortas. Conviene adaptar la longitud de las frases, así como el vocabulario, a la capacidad de comprensión de la persona con la que nos queremos comunicar.

PASO A PASO

A la hora de dar instrucciones, tenemos que adaptarlas a las capacidades tanto físicas como cognitivas de la persona. Facilitaremos la comprensión y ejecución de las tareas si damos las instrucciones paso por paso.

EVITAR TONO INFANTIL

No debemos utilizar un lenguaje o tono infantil, no hay que olvidar que son adultos. Adaptar la forma de hablar en función de la estado cognitivo de la persona, no significa que debamos hablarles como si fueran niños.

AJUSTAR VOLUMEN

Por supuesto, la capacidad auditiva influye en la comunicación. Por ello, hay que tener en cuenta posibles problemas auditivos asociados a la edad y ponerles remedio para asegurar que la persona pueda oír bien. Además, está en nuestras manos ajustar el volumen de nuestra voz si es necesario.

EVITAR FRASES COMO...

Para evitar la frustración y cuidar la autoestima de las personas con demencia, no conviene decir “¿no te acuerdas?” o “ya te lo dije”.

Poner en marcha estas pequeñas adaptaciones en nuestra manera de comunicarnos supone un proceso de aprendizaje y, por tanto, puede llevar más o menos tiempo en función de nuestras propias habilidades de comunicación y de la capacidad de comprensión de nuestro interlocutor. No obstante, aunque algunas adaptaciones puedan ser más costosas de asimilar, conviene que nos esforcemos en mejorar nuestra comunicación para favorecer la comprensión de las personas con demencia.



Guía para mejorar la comunicación en personas con Alzheimer

- **Ser flexibles:** lo que hoy funciona puede no funcionar mañana. Cada persona es única e igualmente lo que funciona con una persona no tiene porque funcionar con otra. Hay que probar y ver que funciona mejor con cada persona con Alzheimer.
- **Conservar su autoestima:** el respeto y la autoestima no se deben nunca olvidar. No regañar o herir sentimentalmente a esa persona como si fuera un niño, no lo es. Grado de comunicación de adulto a adulto. Continuar compartiendo actividades (mientras se pueda), motivando a la persona y haciéndole saber lo importante que es. No discutir con el enfermo delante de otras personas, ya que también percibe esta situación.
- **La forma de hablar:** la forma de dirigirles la palabra a los enfermos de Alzheimer y otras demencias adquiere gran importancia. Intentar ser tranquilo, amable y cortés. Hablar con frases cortas y sencillas, centradas en una sola idea. Hablar de sucesos específicos que puedan ser recordadas por ellos. Animarles con palabras positivas e incluir en el diálogo datos que ayuden al enfermo a reorientarse mejor, por ejemplo con las personas que ya no reconoce ("Esta es tu hija Sonia").
- **Un ambiente adecuado:** el ambiente debe ser lo más agradable posible, evitar ruidos o actividades que molesten mucho, como por ejemplo tener la televisión muy alta. Asegurarse de que las cosas que necesita están en su sitio (por ejemplo, las gafas, audífonos o dentaduras). Intentar no realizar movimientos mientras se le habla. Mantener las mismas rutinas (siempre que sea posible) para minimizar la confusión. Sentarse cerca de la persona para hablarle y nunca en una posición

superior a ella y mantener el contacto visual. Si el enfermo de Alzheimer está en un grupo, no dejarle al final del todo para que no sienta que esta fuera de lugar.

- **Simplificar las actividades:** simplificar las cosas de la vida cotidiana, mejorar cosas simples que puedan entender y hacer que la frustración de no poder hacer nada. Por ejemplo, segmentar la ropa a la hora de vestirle, el lugar de decirle «esta es tu ropa», es mucho mejor decirle «esta es tu falda», y cuando acabe decirle «estos son tus zapatos».
- **Ayudar a que encuentre las palabras:** estimular positivamente para que encuentre la palabra para designar objetos simplemente preguntándole «¿qué es esto?».
- **El enfado y el abuso:** hay que evitar enfadarse o entrar en argumentos vanos que la otra persona no va a entender. No entrar en discusiones sobre ideas falsas o alucinaciones de la persona, ya que eso confunde más al enfermo y frustra a la persona que lo combate.
- **Fomentar la risa:** nada mejor que reír y el humor. Válvulas de escape para superar los malentendidos. La risa es uno de los mejores remedios.
- **El lenguaje corporal:** indicar o señalar puede ayudar mucho a la comunicación. Tocarle suavemente con las manos o hacerle gestos suaves que le proporcionen cariño e información de que esa persona se preocupa por él. No utilizar la fuerza y evitar el forcejeo.
- **Hacer preguntas:** evitar hacer muchas preguntas, enfatizar las preguntas que tenga una respuesta afirmativa o negativa y darle tiempo suficiente para responder. Tener paciencia.
- **Otras formas de comunicación:** ingeniarse otras formas de comunicación con gestos, fotos, objetos, etc. Cosas que le traigan a la memoria recuerdos placenteros, como por ejemplo la música.
- **No darse por vencido:** culpar siempre a la enfermedad, no al enfermo.

10 Consejos para mejorar la comunicación con un paciente de Alzheimer

Evitar ruido y distractores

para optimizar la comunicación.

Acércate, preséntate y di quien eres.

Es posible que no te reconozca.

Utilizad el humor y aprended a reiros juntos de los malos entendidos.

Colócate delante y mira a los ojos.

Adopta esta postura para garantizar que le llega el mensaje.

Habla despacio y vocaliza.

Con tranquilidad y utilizando un tono de voz bajo.

Evita presionar ante preguntas que impliquen recordar.

Es posible que no consiga responder.

Utiliza tu cara para expresar.

Sonríe, destícala.

Reformula las preguntas si no ha comprendido el mensaje.

Utiliza un mensaje sencillo y coloquial.

Mantén la calma y ten paciencia.

Repite el mensaje las veces que sea necesario y con el tono adecuado.

No riñas, no grites, no castigues, no infantilices.

4. Trastornos de conducta:

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LAS DEMENCIAS:

DELIRIOS:

Los delirios son ideas falsas que no están basadas en la evidencia. Es decir, la persona mantiene una idea falsa con una absoluta certeza y es imposible convencerle de lo contrario, aunque existan pruebas evidentes (ej: una persona al ver a su hijo puede decir que esa persona no es su hijo, sino un doble que se hace pasar por él). Esta idea delirante la mantendrá con total convencimiento, aunque usted trate de convencerle de su ausencia de lógica y demostrarle que está equivocado.

Los tipos de delirio más frecuentes en las demencias son:

Delirio de perjuicio o daño: el enfermo cree que se le quiere hacer daño y perjudicarlo de alguna forma. Puede mostrarse muy suspicaz y desconfiado y tiende a interpretar cualquier gesto o conducta de forma negativa (ej: si le ve hablar en voz baja con alguien, pensará que hablan de él y que traman algo).

Delirio de robo: ante la pérdida de algún objeto personal surge el convencimiento de que se le está robando. El cuidador principal suele ser el blanco de estas acusaciones.

Delirio nihilista: consiste en la creencia de que uno mismo o los demás no existen realmente. Incluso puede llegar a estar convencido de que él mismo está muerto.

Delirios de falsa identificación: el paciente cree que las personas o lugares familiares han cambiado de identidad.

Un tipo muy frecuente es el denominado delirio de Capgras que es la idea de que un impostor está ocupando el lugar del familiar y por tanto, esa persona no es su familiar sino su doble. Son también frecuentes las falsas identificaciones de lugares; muy habitualmente es la propia casa la que no es reconocida como tal por el enfermo.

Delirio de abandono: afirman haber sido abandonados por sus familiares o seres queridos, se quejan de desatención, creyéndose desamparados en un lugar desconocido, solitario y aislado.

RECOMENDACIONES

Ante todo, trate de evitar cualquier posible desencadenante:

- Busque si existe algún desencadenante (ej: verse en el espejo, ver la cortina en movimiento, ver la televisión, no encontrar un objeto, etc.).
- Intente crear un ambiente tranquilo, evitando estímulos que puedan llevar a falsas interpretaciones.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- En enfermos muy suspicaces, evite cuchichear en su presencia. Respecto a las consecuencias, se debe intentar:
- Que el delirio no se convierta en una fuente de discusiones innecesarias, es decir, no rebata constantemente al paciente sobre su falsa creencia.
- No le siga la corriente ni pregunte cosas acerca de la idea delirante.
- Calme al paciente si se encuentra nervioso mediante algún gesto o palabra tranquilizadora.
- Desvíe su atención hacia temas reales, y a ser posible de su agrado, o hacia una actividad satisfactoria. Cuando consiga centrar su atención en otra cosa, permanezca un tiempo a su lado realizando la tarea que ha conseguido orientarle.
- No le deje solo si está nervioso.
- Consulte al médico cuando sean de difícil manejo o cuando provocan miedo intenso, agresividad o agitación al enfermo.

RECUERDA...

AMBIENTE TRANQUILO, SIN RUIDOS

EVITA CUCHICHEAR CON OTRAS PERSONAS DELANTE DE ÉL

NO DISCUTA SOBRE LA IDEA FALSA CON EL ENFERMO

NO LE SIGA LA CORRIENTE SOBRE EL DELIRIO

CALMARLE SI SE PONE NERVIOSO

DISTRAER AL ENFERMO CON ALGO QUE LE GUSTE

ALUCINACIONES

Son percepciones en ausencia de un objeto o estímulo externo con total convencimiento de la realidad de dicha percepción (ej: dice ver una persona sentada a su lado y no hay nadie).

Tipos de alucinaciones:

Visual: es el tipo más frecuente de alucinación en la demencia. El paciente ve personas, animales o destellos de luz. Las alucinaciones más frecuentes en casos de pacientes con demencia suele ser la visión de pequeños bichos (ej: refieren ver hormigas por el suelo, techo, etc.) o de personas fallecidas (refieren ver a sus padres, hermanos, etc.).

También es posible la percepción de cualquier otro tipo de material. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales (ej: ve una sombra y le parece un bicho).

Auditiva: alucinación que implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces.

Gustativa: implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables). El paciente puede referir que toda la comida le sabe amarga.

Olfativa: implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido.

Somática: Alucinación que implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad).

Táctiles: implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel).

RECOMENDACIONES

Buscar desencadenante de la alucinación y/o ilusión:

- *Busque si existe algún tipo de ruido que pueda ser mal interpretado por la persona así como luces que pudieran ocasionar sombras, distorsiones de las superficies de muebles o paredes.*
- *Si la persona mira las cortinas de la cocina y ve un rostro, usted podría recoger, cambiar o retirar las cortinas.*
- *Si la persona insiste en estar viendo una persona extraña en el espejo, usted podría cubrir o quitar el espejo.*
- *Trate de mantener todas las áreas de la casa en orden y bien iluminadas.*
- *Consulte al especialista para que evalúe posibles defectos sensoriales (pérdida de visión, por ejemplo) y efectos secundarios de la medicación.*

Respecto a las consecuencias:

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- **Tranquilícele y acérquese despacio** dentro de su campo visual, identificándose y diciéndole en todo momento quiénes somos.
- El contacto físico (a no ser que sea interpretado como acto dominante o de alguna otra forma similar), puede tranquilizar.
- **No se alarme** en estos casos y reaccione con calma sin poner nervioso al enfermo.
- **Distraiga al enfermo** llevándole a otra habitación, invítele a dar un corto paseo, buscar algún objeto...
- **No combata la alucinación y no la convierta en tema de debate.** Evite convencer al enfermo de lo irreal de su percepción.
- Tampoco debe decirle que está de acuerdo con su percepción.
- Recuerde que la persona puede preguntarle acerca de las alucinaciones que experimenta. Si esto ocurre **responda honestamente a sus preguntas.** Por ejemplo, la persona podría decir; “¿Has visto ese Señor que hay en el salón?” En este caso, usted podría responder; “Yo sé que has visto algo, pero yo no lo he visto.” De esta manera, usted no está negando lo que el usuario ve pero tampoco se involucra en una discusión.

RECUERDA...

RETIRE CORTINAS, ESPEJOS U OTROS ELEMENTOS QUE PUEDAN LLAMAR SU ATENCIÓN

REACCIONE CON CALMA SI SE ALTERA PORQUE PUEDA VER, OÍR O SENTIR ALGO EXTRAÑO

LLÉVELO A OTRO LUGAR CUANDO OCURRA LA ALUCINACIÓN

NO DISCUTA SOBRE LA ALUCINACIÓN

NO MIENTA AL ENFERMO

DEPRESIÓN:

La depresión es frecuente en los pacientes con demencia. Algunas veces la depresión puede ser una reacción del enfermo al ser consciente de la pérdida de sus capacidades (preferentemente al inicio de la enfermedad) y otras los síntomas depresivos se deben a los cambios cerebrales que se producen en la enfermedad.

Algunos signos de la depresión son los episodios de llanto, sentimientos de culpa, de ser una carga para los demás, preocupación excesiva por la salud, poco contacto ocular,

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

poca espontaneidad, pérdida de capacidad para disfrutar de las cosas que antes le agradaban, etc.

RECOMENDACIONES

- *Si los síntomas son graves (es decir, si son frecuentes, intensos y prolongados), consulte con el médico.*
- *Intente que esté rodeado de sus seres queridos, pero si le molesta la presencia de mucha gente, es mejor que se regulen las visitas.*
- **Hágalo sentirse útil** permitiendo que colabore en algunas tareas, esto le proporciona sentimientos de utilidad, seguridad y satisfacción.
- **Intente evitar que fracase** en las actividades en las que participe, por ejemplo simplifique la tarea u ofrézcale tareas sencillas y familiares, etc.
- **No insista constantemente en que se anime o se alegre.** Esto puede hacer que el paciente, además de sentirse más triste, se sienta incomprendido. Es mejor que **empaticice** con él, algunas frases que demuestran que se le entiende son: “se que estás triste y me gustaría ayudarte”, “es normal que te sientas así”, o “si damos un paseo quizás te encuentres mejor”
- **Mantenga a la persona activa.** Si tenía alguna afición, debe intentar que la mantenga mientras sea posible. Aunque la depresión les hace perder la capacidad de disfrutar de las cosas, es importante no abandonar las actividades agradables que realizaba anteriormente.

RECUERDA...

OFREZCA AL ENFERMO TAREAS SENCILLAS Y DE SU AGRADO

HAGA QUE SE SIENTA ÚTIL

NO LE CULPE NI INSISTA CONSTANTEMENTE EN QUE SE ANIME

TRATE DE QUE TENGA ACTIVIDAD SIN AGOBIARLE

APATÍA

Una persona apática no tiene interés por lo que le rodea, tiene una falta de respuesta emocional y por tanto, parecen no afectarle las penas ni alegrías de quienes lo rodean, y además nada de lo que ocurre a su alrededor llamará su atención. La apatía se manifiesta también con una pérdida total de iniciativa para cualquier conducta. Esta actitud generalmente hace sufrir a los familiares, que ven que su familiar, que era una

persona cariñosa, cercana, con iniciativa y activa, se transforma en alguien indiferente a todo, que no reacciona ni expresa nada.

La apatía debe diferenciarse de la depresión. En la apatía no existen afectos, nada atrae su atención; en la depresión el paciente puede parecer apático porque no muestra interés ni iniciativa, pero existe tristeza, tendencia al llanto, angustia, sensación de impotencia y sentimientos de culpa.

RECOMENDACIONES

- ***Evite hacer comentarios continuos sobre su falta de actividad y criticar al enfermo por su pérdida de interés e iniciativa.***
- ***Si conoce alguna actividad que le resultara agradable anteriormente y sea fácil de realizar, ayúdele a iniciarla y deje que continúe. No olvide que nunca saldrá del enfermo hacer nada, debe usted proponer cosas e incluso guiarle al comienzo de la actividad (pero sin forzar).***
- ***Si empieza una tarea y no la termina, no le critique por esto. Es más adecuado felicitarle por lo que ha hecho e incluso simplemente por intentarlo.***
- ***Pida su colaboración en algunas tareas pero sin llegar a ponerlo nervioso, el nivel de exigencia debe empezar siendo muy bajo e ir aumentando poco a poco hasta llegar al nivel de actividad que la persona tolere mejor (ej: si consigue que realice una actividad, puede aumentar a dos y a tres, etc., pero debe parar de exigir cuando note que el enfermo se pone nervioso o se niega a colaborar).***
- ***No le juzgue por su falta de afecto, por su despreocupación ante los problemas de sus seres queridos, etc La persona no tiene culpa, es la enfermedad la que le impide ser como antes.***

RECUERDE...

**NO LE CRITIQUE POR
SU FALTA DE INTERÉS**

**PROPONGA TAREAS Y COMIENCE
CON ÉL ACTIVIDADES QUE LE GUSTEN**

**FÍJESE EN LO QUE HACE
Y NO EN LO QUE NO HACE**

**FELICÍTELE POR CUALQUIER PEQUEÑA
TAREA QUE LLEVE A CABO**

**NO LE RIÑA CUANDO
NO ACABE UNA ACTIVIDAD**

AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD

La agitación es un estado de tensión y ansiedad intenso que se manifiesta con una actividad motora excesiva.

El paciente puede presentar comportamientos como caminar de forma apresurada, moverse nerviosamente, con incapacidad para permanecer sentado, etc.

Un episodio de agitación mantenido puede desencadenar en un episodio de agresividad, ya sea verbal o física. La agitación se puede desencadenar por dolor, cansancio, efectos de los medicamentos, frustración, ansiedad, confusión, etc.

RECOMENDACIONES

- *Intente averiguar cuáles son las situaciones desencadenantes (Ej: un nuevo lugar, nueva gente, grupos grandes, mucho ruido, una caída, no saber cómo hacer algo, cansancio, etc.).*

- *No solicite al paciente tareas que estén fuera de su alcance. El fracaso ante una actividad que antes realizaba sin problemas puede ponerle nervioso.*

Una vez que aparece la agitación y/o agresividad:

- **Aparte al paciente de la situación que ha provocado la reacción de enfado.**

- **Reaccione con calma**, sin alterarse, sin gritar; evite discusiones inútiles.

- *Pregunte si puede ayudarle con voz suave e intentando transmitir calma y confianza.*

- **No se enfrente ni pida explicaciones si sabe que no las podrá ofrecer.**

- **No haga gestos bruscos ni le toque inesperadamente por detrás.**

- **La prioridad es siempre su seguridad y la del enfermo.** Si está en peligro, pida ayuda.

- *Si consigue tranquilizarle, intente distraerle con algo que sepa que es de su agrado y preste atención durante un tiempo.*

- *Si el paciente no tiene una fuerte complexión e **intenta agredirle**: intente agarrarle por las muñecas mientras le habla serenamente, no forcejee, abrácele en cuanto pueda con firmeza suficiente y háblele calmadamente cerca del oído. No es preciso que diga frases complejas, con frecuencia basta con un susurro tranquilizador cerca del oído.*

Una vez más es importante que recuerde que es la enfermedad la que provoca estas reacciones, que el paciente no es capaz de controlar.

RECUERDE...
OBSERVE EN QUÉ SITUACIONES
SE PONE NERVIOSO
APARTE AL ENFERMO DE
LA SITUACIÓN/LUGAR QUE
HA PROVOCADO EL ENFADO
REACCIONE CON CALMA,
NO SE ENFRENTA A ÉL
TOQUE Y HABLE AL ENFERMO CON SUAVIDAD
DISTRÁIGALO CON ALGO DE SU AGRADO
PIDA AYUDA SI ES NECESARIO

PROBLEMAS DERIVADOS DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA

PÉRDIDA DE OBJETOS

El enfermo extravía objetos, no recuerda dónde los ha puesto y suele acusar a otros de habérselos robado o cambiado de sitio. Otras veces, se dedica a esconder los objetos para evitar que se los quiten y después no recuerda en qué sitio los puso.

Ante estas situaciones:

- **Limite el número de lugares** donde pueda esconder objetos, impidiendo que tenga acceso a todas las habitaciones, armarios etc.
- **Disponga un solo sitio** dónde se guarden los objetos personales del paciente (caja personal).
- **Guarde objetos valiosos bajo llave.**
- **Haga que resalten los objetos pequeños** que se pueden perder fácilmente (ej: llaveros grandes).
- **Las personas con demencia necesitan tener **objetos propios** que les hagan sentirse seguros, tales como su propio correo o artículos de aseo personal. **Permita que tenga una cantidad adecuada y moderada** de éstos. Puede darle una bolsa o envase con artículos seguros que él pueda guardar.**
- **Identifique los lugares** donde ellos guardan o esconden objetos. Por lo general, las personas con demencia guardan cosas bajo cojines, colchones, en cajones, bolsillos de ropa, y armarios.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- *Una vez identificados los lugares donde suelen guardar cosas, **asegúrese de revisarlos de vez en cuando.***
- *Siempre que pueda **tenga copias de las cosas importantes** del hogar tales como llaves documentos importantes, lentes, gafas, etc.*
- ***Evite quitarle los objetos que ellos guardan cautelosamente;** suele ser mejor **intercambiar el objeto por otro.***
- ***Establezca la rutina de guardar las cosas importantes** (gafas, llaves, monedero, etc.) en su sitio (caja personal) cuando llega de la calle y ponga etiquetas que identifiquen el contenido de los cajones que más utiliza.*
- *Cuando no encuentre algo, no le culpabilice ni intente hacerle recordar. Es mejor ayudarle a buscar o distraerle con otra cosa.*
- *Si le acusa de haberle robado siga las instrucciones que se dan en el apartado de delirios.*
- *Mire el contenido de la basura antes de deshacerse de ésta.*
- *Procure mantener a las personas con demencia ocupadas en actividades o con otras personas.*

RECUERDA...

**ENSEÑE AL ENFERMO A GUARDAR GAFAS,
LLAVES, ETC. SIEMPRE EN EL MISMO LUGAR
PONGA LETREROS O ETIQUETAS
EN CAJONES O ARMARIOS
PERMITA QUE TENGA Y PUEDA
DISPONER DE OBJETOS PERSONALES
GUARDE BAJO LLAVE
LOS OBJETOS MÁS IMPORTANTES
NO LE PIDA QUE INTENTE RECORDAR SI NO ENCUENTRA
ALGO, MEJOR AYÚDELE A BUSCARLO**

ACCIONES REPETITIVAS

Es muy común que una persona con demencia se olvide de lo que dijo o de lo que hizo de un momento para otro. La repetición de actos, palabras y preguntas puede ser muy frustrante para los familiares. En algunas ocasiones, ciertos factores ambientales pueden inducir a preguntas repetitivas (el ver un abrigo, un sombrero o un paraguas sobre un mueble, etc.). El hacer una y otra vez la misma pregunta puede significar una forma de expresar o llamar la atención a fin de que le hagan caso o le tomen en cuenta.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

El cuidador tendrá más éxito con el manejo de estos comportamientos si sigue estos consejos:

- **No le recuerde que acaba de hacer la misma pregunta** ya que eso puede causar angustia.
- *En algunos casos, puede funcionar no prestar atención a la conducta o la pregunta en cuestión.*
- **Procure no anticipar demasiado el anuncio de lo que vayan a hacer** (como que van a salir a alguna parte dentro de unas dos horas, por ejemplo), ya que esto podrá causarles inquietud. Es mejor que a la misma hora le diga: “Vamos a salir a dar una vuelta”.
- *Para eliminar la ansiedad y la incertidumbre sobre cosas ya previstas, podemos utilizar el truco de **poner un cartel** en un sitio muy visible para la persona mayor para disminuir la ansiedad (por ejemplo: 'La cena es a las ocho y media de la tarde').*
- **Responda a la emoción que la persona está expresando, no a la pregunta.** Puede que el individuo simplemente necesite sentirse reconfortado.
- *Si responde a una pregunta repetida, use una voz tranquila y frases breves y sencillas.*
- *Si la pregunta repetitiva tiene que ver con la fecha y la hora del día, se pueden colocar relojes con números claros y grandes y calendarios cerca del enfermo.*
- *Para reducir los movimientos repetitivos **dé a la persona algo que hacer con sus manos** (darle, por ejemplo, una pelota suave para que la agarre entre sus manos, ropa para doblar o algún objeto para limpiar o lustrar).*

RECUERDA...

NO LE RIÑA POR REPETIR UNA PREGUNTA

PUEDE PONER CARTELES CON LA HORA DE LA COMIDA, CENA, U OTRAS ACTIVIDADES QUE SE REPITEN DIARIAMENTE

PONGA RELOJES Y CALENDARIOS GRANDES DE PARED

NO LE AVISE CON MUCHA ANTELACIÓN DE UNA CITA O ACTIVIDAD PLANEADA

SI ESTA INQUIETO, DÉLE ALGO QUE HACER CON LAS MANOS

TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Conseguir que la persona con demencia vaya a la cama y encima duerma y no se mueva, es tarea muy difícil. Es frecuente presentar síntomas de lo que se conoce como “inversión de la pauta del sueño”: están despiertos la mayor parte de la noche y duermen durante el día. Esta alteración de conducta es una de las que más repercusión tiene en los cuidadores.

RECOMENDACIONES

- **Evite cenas excesivas** y dele la cena 2-3 horas antes de acostarse como mínimo.
- Ir al servicio antes de acostarse y evite la **toma excesiva de líquidos** antes de dormir.
- Evite el consumo de café, alcohol y bebidas con cafeína por la tarde.
- Mantenga una **temperatura adecuada** en el dormitorio, ni demasiado calor ni demasiado frío.
- Evite colchones excesivamente mullidos.
- **Evite ruidos** y, si es imposible, contrarreste con sonidos monótonos y relajantes (ej: música relajante muy suave con ruidos de la naturaleza).
- **Utilice la cama sólo para dormir**, no se debe comer en la cama ni ver la televisión o leer. La cama debe asociarse sólo y exclusivamente al acto de dormir.
- Si la persona ha descansado bastante durante el día, puede que le sea más difícil dormir en la noche. Se recomienda **hacer un poco de ejercicio**; preferiblemente a media tarde.
- **Evite que la persona duerma hasta tarde por la mañana**. Despierte a la persona temprano y a la misma hora cada día y tenga también una hora fija para acostarla.
- Asegúrese de que **las horas antes de dormir sean tranquilas** para ayudar a que la persona se relaje. Cualquier actividad que pueda causar ansiedad o malestar debe realizarse en otro momento del día.
- **Utilice luces de noche y verjas de plástico** tapando la entrada a escaleras. Esto puede ayudar a evitar accidentes si existen episodios nocturnos de deambulación.
- Deje alguna luz tenue en la habitación y en el pasillo que conduzca al aseo para ayudarlo a ver el camino si se levanta de noche.
- Utilice ropa interior diseñada para la incontinencia para prevenir la sensación de humedad, en caso de que lo necesite.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- *Cuando se levante confuso, llámele por su nombre, dígame la hora que es y acompañe a la cama.*

- *Consulte al médico si nada de esto le sirve, la persona puede necesitar la ayuda de un fármaco para dormir.*

RECUERDA...

**ACUESTE Y LEVANTE AL PACIENTE
SIEMPRE A UNA HORA FIJA**

**HAGA CENAS LIGERAS 2-3 HORAS
ANTES DE ACOSTARSE**

UTILICE LA CAMA SÓLO PARA DORMIR

EVITE RUIDOS O VISITAS

**EN LAS HORAS CERCANAS AL SUEÑO
UTILICE LUZ TENUE EN
LA HABITACIÓN Y PASILLO**

DEAMBULACIÓN

Son frecuentes en estos enfermos los episodios en los que deambulan sin objetivo aparente y sin rumbo fijo. Esta conducta entraña peligro cuando el enfermo abandona el hogar por riesgo de tener un accidente o perderse. La deambulación también puede desencadenarse por múltiples causas: desorientación, confusión, la falta de ejercicio, el aburrimiento, miedos, exceso de estimulación, etc.

RECOMENDACIONES

- Pídale a los vecinos que acompañen a la persona a regresar a la casa si la ven caminando afuera sola.
- **Coloque letreros o señales en las puertas** de las habitaciones y el baño, ya que pueden ayudar a orientar a la persona con demencia.
- Evite sitios donde haya muchas personas y donde existan demasiados estímulos.
- **Impida** que la persona con tendencia a deambular **salga sola de casa** siempre que exista riesgo de perderse.
- **No deje a la persona sola en la casa**, busque un acompañante, ya sea un familiar.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- **Instale seguros o candados** que la persona nunca haya usado y procure colocarlos a una altura más alta o más baja que la de su vista.
- **Identifíquelo con una placa o pulsera con su nombre, teléfono y dirección**, por si se perdiera.
- Si los episodios de deambulación surgen más o menos a la misma hora, aproveche para dar un paseo.
- Si los episodios suceden en casa, puede dejarle caminar siempre que se asegure de que no hay peligro ni riesgo de caída (evite alfombras, exceso de muebles, etc).

RECUERDA...

**EVITE EN LO POSIBLE QUE SALGA SOLO
PONGA CANDADOS O
SEGUROS EN LAS PUERTAS**

**PROCURE QUE EL ENFERMO
ESTÉ SIEMPRE ACOMPAÑADO**

**IDENTIFIQUE AL USUARIO
PUEDE USAR COLLAR/CADENA
CON SUS DATOS PERSONALES**

**UTILICE PULSERA DE DEAMBULANTES
SI ES NECESARIO**

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En las demencias son frecuentes los cambios en la conducta alimentaria, de forma que el apetito puede verse disminuido o aumentado, lo que puede ir asociado a una pérdida o aumento de peso. Muchos pacientes pueden negarse a comer determinados alimentos (que sean poco habituales para ellos), o restringir su dieta a cierto tipo de alimentos. Pueden darse cambios en los gustos, por ejemplo: que le apetezca comer dulces u otro tipo de alimentos que antes no eran habituales, etc. También pueden aparecer manías, como querer comer siempre los mismos alimentos o ingerirlos en un orden fijo. Por todo ello es muy importante que reciban una buena alimentación, ya que una dieta no equilibrada puede conducir a un estado de malnutrición con riesgo para la salud.

Los trastornos de memoria pueden ocasionar que la persona se olvide de comer o no recuerde si ya ha comido e insista en comer nuevamente. También hay personas que pueden haber perdido la capacidad para reconocer si un alimento quema demasiado o está frío, o incluso no reconocer si está en mal estado.

Puede alterarse la capacidad para manejar adecuadamente los cubiertos o “perder los modales” en la mesa y comer con las manos o coger la comida del plato de otra persona que está a su lado.

RECOMENDACIONES

- *Trate que **el ambiente durante la comida sea lo más relajado posible**. Evite el exceso de ruidos y ajetreo a su alrededor que puedan perturbarlo o distraerlo.*
- ***Establezca horarios fijos y rutinas** de comidas para evitar en lo posible que el paciente se desoriente u olvide si ha comido.*
- *Trate de que coma en la mesa con el resto de miembros de la familia. A medida que la enfermedad avanza pueden aparecer comportamientos poco apropiados; entonces se recomienda que el enfermo coma antes que los demás, pero en la misma mesa familiar.*
- *Supervise si necesita alguna ayuda y d sela en ese caso.*
- *Si utiliza mal los cubiertos recuérdese amablemente cómo hacerlo; en caso de mayores dificultades **sustituya el tenedor por la cuchara o dele la comida troceada** para evitar que utilice el cuchillo.*
- ***Adapte la comida** a la fase de deterioro en la que se encuentra; pres ntela partida en trozos pequeños si tiene dificultades para masticar. En fases más avanzadas en las que son frecuentes los trastornos de deglución, utilice una dieta blanda a base pur s, papillas, etc. y d sela despacio y en pequeñas cantidades.*
- *Administre una dieta rica en frutas, verduras y legumbres.*
- *En caso de pérdida de peso rápida o llamativa o si sospecha que el enfermo no come adecuadamente consulte a su médico; en algunos casos será aconsejable suministrar complementos dietéticos o ajustar la dieta.*

RECUERDA...

ESTABLEZCA HORARIOS FIJOS DE COMIDAS

EVITE LA TELEVISIÓN O RUIDOS DURANTE LAS COMIDAS

**UTILICE LA CUCHARA
SI MANEJA MAL OTROS CUBIERTOS**

**TROCEE O TRITURE LA COMIDA
SI ES NECESARIO**

OBSERVAD PÉRDIDA DE PESO

CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA

Los trastornos más frecuentes de la conducta sexual son la disminución del interés sexual o, por el contrario, el incremento moderado de la conducta sexual. La hipersexualidad, desinhibición sexual o las conductas de exhibición del cuerpo están relacionadas con la falta de memoria y la incapacidad para hacer una evaluación crítica del entorno. Con frecuencia el enfermo que presenta estas conductas puede desnudarse en sitios inapropiados, intentar tocar a otras personas o masturbarse en público. El enfermo no suele ser consciente del lugar en que se encuentra y parece haber perdido las normas sociales impuestas.

RECOMENDACIONES

- **Valore el tipo de comportamiento y la situación en la que se da.** Si el paciente se desnuda en casa delante de su pareja o si lo hace en la calle u otro lugar público, no tendrá la misma repercusión. En el primer caso puede dejar al paciente y en el segundo es mejor intervenir.
- Ante todo **reaccione con calma**, trate de no darle una importancia excesiva al comportamiento. Tampoco debe sentir vergüenza ni sentimientos de culpabilidad; no olvide que la conducta es producto de la enfermedad y que el paciente no es responsable de lo que hace.
- Si el comportamiento es embarazoso **intente llevar al enfermo a un lugar privado, mientras le distrae.**
- Si la conducta se lleva a cabo delante de niños, intente **actuar con naturalidad** para no crear mayor impacto en ellos.
- **No riña al paciente** por la conducta que ha realizado, no es adecuado prestar excesiva atención.
- **Utilice prendas especiales** (pantalones sin bragueta, camisas con cremallera en la espalda, etc.) para evitar conductas exhibicionistas.

Actuación eficaz ante personas con diversos tipos de demencias

- Siempre que aparezca este tipo de conductas **distraiga al paciente**, intente desviar su atención hacia otra cosa.

RECUERDA...

**REACCIONE CON CALMA
Y NATURALIDAD**

NO LE RIÑA, AVERGÜENCE, NI SE RÍA

**SI OBSERVA ESTAS CONDUCTAS
DISTRAIGA AL ENFERMO Y APÁRTELO
HACIA UN LUGAR PRIVADO**

**UTILICE PRENDAS ESPECIALES
SI ES NECESARIO**

5. Técnicas de actuación SAF:

Baño y personas con demencia. Higiene y confort versus lucha de gigantes:

Confusión y miedo origen del rechazo

Como sabéis, en pocos años hemos pasado de realizar la higiene en la cama a un baño con zonas adaptadas, lo que implica trasladar a la persona con demencia hasta dicho espacio, desvestirla, enjabonarla...

La persona con demencia puede no comprender la necesidad de dicha actividad y sentir miedo y confusión. Es en estos casos en los que, ante la insistencia, afloran los temidos trastornos de conducta (en forma de gritos, agitación física, inquietud psicomotora...).

Para el cuidador, muchas veces sabedor de lo que le espera, la hora del baño **se convierte en un factor de estrés añadido** que agita su temor, ansiedad, frustración y condiciona la convivencia de ambos.

Sabiendo que **la higiene guarda relación con los usos y costumbres, la intimidad y las preferencias individuales**, una vía de aproximación que podría ayudar en estos casos sería conocer los hábitos higiénicos previos de la persona, así como la presencia de alteraciones del lenguaje (capacidad de comprensión), incontinencia de esfínteres, conducta sexual inapropiada, deprivación sensorial visual o auditiva, etc.

Así, en el caso de Luis, que ha sido toda la vida panadero y tiene la costumbre de levantarse y asearse muy temprano, puede no encontrarse cómodo con un horario que no se adapta a su estilo de vida habitual. De igual forma, María, que ha sido siempre muy pudorosa, aceptará mejor la situación si quién la ayuda en el baño es otra mujer.

Hasta lo que sabemos, **la intervención farmacológica para el control de este tipo de conducta disruptiva se ha mostrado relativamente poco eficaz**, a lo que habría que añadir el alto riesgo de reacciones adversas a los medicamentos. Debido a esto, parece lógico que el abordaje sea fundamentalmente conductual, formando y entrenando a los cuidadores en algo que ilustra perfectamente el título del artículo de Barrick et al.: "Bañar sin batallar"

Además, debemos tener en cuenta otros aspectos como el número de personas, el género del cuidador, las ayudas técnicas necesarias, características del baño, ruido y temperatura ambiental.

En suma, **lo importante no es la realización propia de la actividad, sino generar el mínimo malestar posible a la persona**, entendiendo que el baño es un cuidado básico con efectos higiénicos (limpieza, olor), psicológicos y emocionales (sensación de bienestar).

Pautas generales que pueden ayudar en el momento del baño:

1. Simplifica al máximo la tarea. En esto puede ayudar establecer un orden secuencial.
2. Planifica todo previamente conociendo y atendiendo las preferencias de cada persona.
3. Garantiza en todo momento la intimidad y privacidad de la persona. A nadie le gusta tener público mientras se está bañando. Explica el procedimiento con palabras sencillas y actitud colaborativa.
4. Instala elementos de seguridad y sillas adecuadas, sin dejar en ningún momento sólo al residente para evitar riesgos cara a su seguridad (caídas, fracturas, accidentes con utensilios de baño).
5. Mantén una temperatura adecuada del agua y del ambiente. Es muy recomendable tener un contacto gradual con la temperatura del agua. En casos seleccionados la utilización de manoplas para la higiene (llevan incorporado jabón no irritante, crema emoliente y agua, no requieren secado posterior), minimiza los trastornos conductuales*.
6. Establece unos rituales de limpieza, comenzando con las extremidades, zona anterior y posterior de tronco, genitales, cabeza. Favorece en todo momento la autonomía de la persona. Lo que ella pueda realizar sola que lo haga y a su ritmo. Las prisas no son un buen aliado. Si hay resistencia a realizar la higiene buscar otro momento más propicio.
7. Cuida tanto la comunicación verbal, como la no verbal. Conviene emplear frases sencillas, cortas, términos familiares,... Todo ello acompañado de gestos y palabras que transmitan tranquilidad, relajación, interés por la persona.

8. Vigila que el ambiente sea confortable y tranquilo. Evitar ruidos que pueden intranquilizar a la persona. En algunos casos puede ser útil poner una música relajante, aprovechando el momento para una interacción positiva y agradable en la intimidad establecida.
9. En caso de inquietud, tranquiliza a la persona. Podemos distraerle focalizando la atención en aspectos agradables que son agradables para ella. Ante una situación de sobrecarga del cuidador realiza una rotación de auxiliares.
10. Establece una flexibilidad horaria. Busca el mejor momento posible estableciendo unos límites prudenciales en cuanto a la periodicidad del cuidado.

BAÑO Y DEMENCIA

10 CONSEJOS A LA HORA DE LLEVAR A CABO LA HIGIENE DE PERSONAS CON DEMENCIA

- **1 Simplifica al máximo la tarea.**
En esto puede ayudar establecer un orden secuencial.
- 2 Planifica todo previamente**
conociendo y atendiendo las preferencias de cada persona
- 3 Garantiza en todo momento la intimidad y privacidad de la persona**
Explica el procedimiento con palabras sencillas y actitud colaborativa.
- **4 Instala elementos de seguridad y sillas adecuadas**
Sin dejar en ningún momento sólo al residente para evitar riesgos cara a su seguridad (caídas, fracturas, accidentes con utensilios de baño)
- **5 Mantén una temperatura adecuada de agua y ambiente**
Es muy recomendable tener un contacto gradual con la temperatura del agua.
- 6 Favorece en todo momento la autonomía de la persona**
Lo que ella pueda realizar sola que lo haga y a su ritmo. Las prisas no son un buen aliado.
- 7 Cuida tanto la comunicación verbal, como la no verbal**
Conviene emplear frases sencillas, cortas, términos familiares,... Todo ello acompañado de gestos y palabras que transmitan tranquilidad, relajación, interés por la persona.
- **8 Vigila que el ambiente sea confortable y tranquilo**
En algunos casos puede ser útil poner una música relajante, aprovechando el momento para una interacción positiva y agradable.
- **9 En caso de inquietud tranquiliza a la persona**
Podemos distraerle focalizando la atención en aspectos que son agradables para ella. Ante una situación de sobrecarga del cuidador realiza una rotación de auxiliares.
- 10 Establece una flexibilidad horaria**
Busca el mejor momento posible estableciendo unos límites prudenciales en cuanto a la periodicidad del cuidado.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

MUESTRA MANIFESTACIONES SEXUALES INAPROPIADAS

por *Cristina Balza y Pura Díaz-Veiga*

Procura prevenirlas*

Favorece un entorno tranquilo que invite a la calma. Ciertos contenidos que ofrece la televisión pueden sobreestimar a la persona.

Ayuda a crear, si es lo que desea la persona, espacios y tiempos para la intimidad.

Pide ayuda en cuanto sientas que la necesitas

Recuerda, en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.



Qué hago si la persona...

... se mete en mi cama
Redirígela a su cuarto. Esta conducta podría surgir de una búsqueda de intimidad sin fines sexuales o simplemente por desorientación.

... aparece desnuda
Tápale con una bata y lívela a un lugar privado sin darle mayor importancia. Su comportamiento puede ser porque tenga calor o necesite ir al baño. O simplemente necesita actividad y eso es lo que tiene accesible en ese momento.

... se masturba en público
Procura mantener la calma y conlúdela a un lugar privado sin darle mayor importancia. No la riñas, ni avergüences.

... hace tocamientos a otras personas
Explicala directamente que esa conducta no es adecuada con esa persona o lugar. Con firmeza, pero sin entrar en discusiones ni confrontaciones.

... coquetea haciendo comentarios ofensivos y/o gestos inapropiados
Esta conducta puede estar vinculada a viejos roles sociales. Recuerda a la persona, de forma amable y práctica que esta conducta no es aceptable, brindándole oportunidades para reescribir su rol social en otros aspectos.

Si ya han aparecido...

1

Ponte en su lugar
Intenta entender y minimizar estas situaciones. Descarta causas como irritaciones, infecciones... Que la persona se desvista puede responder a que tiene calor, ganas de ir al baño o siente alguna incomodidad, por ejemplo.

2

Muestra calma
Reaccionar con naturalidad favorece la tranquilidad de la persona. Recuerda que este comportamiento es una manifestación de la enfermedad.

3

Ofrece conversación
A veces una conducta sexual refleja una necesidad de interacción con otra persona. Conduce esa necesidad a una conversación u otro tipo de actividad compartida.

4

Redirige la expresión sexual
hacia actividades que ayuden a la persona a centrarse en otra cosa. Por ejemplo, hacer algo de ejercicio físico. En ocasiones distracciones simples, como ofrecer un poco de agua o zumo, también pueden ser de ayuda.



(*) En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicita al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes lecturas:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psico geriátricas"
Arriola, E., Alaba J., Balza, C., González M.F. y Zalana, A.

"Desinhibición sexual. Postos de abordaje"
Gracia P. <http://www.medicacion.es/psiquiatria/>

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

LA PERSONA TIENE CONDUCTAS AGRESIVAS

por Cristina Buiza y Pura Díaz-Velga

Procura prevenir las*



Motiva la práctica de actividades cotidianas,
facilitando y valorando el desempeño de lo que a la persona le gusta y motiva.



Mantén las rutinas diarias.
En caso de que los cambios sean inevitables, procura introducirlos de modo progresivo.



Presta atención al entorno.
Mantén controlados objetos peligrosos y la medicación. Procura tener una temperatura agradable, y ambiente tranquilo.



Distrae la contándole algo con tono calmado
o bien ofrécete algo que mantenga sus manos ocupadas (comida, un periódico, cartas...), en especial cuando la persona se empieza a alterar.

Si han aparecido...

Respira y conserva la calma

No te tomes la agresividad como algo personal, trata de averiguar qué es lo que le causa irritación y actúa antes de que vaya a más.

Aborda a la persona por delante,

despacio y con calma. No te acerques rápidamente, ni por detrás. Avisale de lo que vas a hacer y procura no causarle sobresaltos.

Usa el contacto físico con criterio

de modo personalizado. a veces, el contacto o un abrazo pueden consolar a una persona, pero también puede ser entendido como una provocación.



Pregunta a la persona qué le pasa

y si le puedes ayudar, con voz suave y sin hacer gestos bruscos. Levantar la voz o discutir casi siempre provoca una escalada del comportamiento agresivo.

No dudes en pedir ayuda si la necesitas

Ten a mano teléfonos de Urgencias u otros recursos en caso de no poder controlar la situación por ti misma. No olvides, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

(*) En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes publicaciones:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psiquiátricas"

Arriola, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zulaica, A.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...? TIENE DEAMBULACIÓN CONSTANTE

por Cristina Bulza y Pura Díaz-Veiga

Procura prevenirla*

Favorece un entorno físico agradable. Iluminación adecuada, objetos conocidos y tranquilizadores, ambiente en calma.

Preserva las rutinas y las costumbres evitando, en lo posible, grandes alteraciones.

8 Pide ayuda si la necesitas

Recuerda, en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.



7 Favorece la orientación y un recorrido cómodo por la casa. Para ello:

- Utiliza señales de orientación: paneles indicadores, lugares y objetos especialmente conocidos, como adornos personales y significativos.
- Dispón los objetos ordenados en sus sitios habituales.
- Asegura un paso fácilmente transitable y seguro por pasillos y estancias. Si fuera necesario reorganiza la ubicación del mobiliario que pueda interrumpir el paso.
- Abre las puertas para que si la persona busca un espacio concreto le sea más sencillo identificarlo desde el pasillo.
- Si en la casa hay puertas de cristal transparente, coloca una pegatina a la altura de los ojos que ayude a la persona a saber si la puerta está abierta o cerrada.



6 Si ya han aparecido...

Si ya han aparecido...

1 Ponte en su lugar

La deambulación puede ser una manifestación de alguna necesidad no satisfecha (ir al baño, tener hambre, sed, cansancio, miedo, inseguridad, falta de ejercicio, aburrimiento, dolor...).

1

2 Favorece el contacto con el exterior

Aprovecha los momentos disponibles para salir a dar un paseo por la calle.

2

3 Acompaña al baño, a la cocina o invítala a un sitio cómodo

Si manipula pomos o parece mirar a dónde ir, puede que esté queriendo hacer algo que no logra expresar. Trata de averiguar de qué se trata.

3

4 Orienta la deambulación hacia zonas seguras

En caso de no existir riesgo, permíte a la persona que camine tranquilamente, aunque sea pasillo arriba, pasillo abajo.

4

5 Conserva la calma y no te agobies si la persona te sigue por toda la casa

Puede ser por falta de estimulación, curiosidad o, en casos de demencia avanzada, un acto reflejo.

5

6 Tranquilízala en caso de mostrar sensación de urgencia

y prueba a sugerir otra actividad. Por ejemplo, si comenta que tiene que ir a hacer la comida a los niños, puedes decirle: "No te preocupes, la comida está lista. Ya me estoy encargando yo. Vente al sofá mientras se hace".



(* En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes publicaciones:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psicogeriátricas"

Arriola, E., Alaba J., Bulza, C., González M.F. y Zelata, A.

"Guía para una vivienda amigable con las demencias"

García, A., Del Barrio, E., Díaz-Veiga, P.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

TIENE DELIRIOS

por Cristina Balza y Pura Díaz-Velgo

Procura prevenirlos*

Facilita que la persona esté en un ambiente conocido y familiar

Asegúrate de que te ve u oye cuando le hables colocándote cerca y de frente. Háblale con claridad y suavemente

Inclúyela en las conversaciones para evitar que crea que están hablando o haciendo hay un complot contra ella, etc.

No dudes en pedir ayuda si la necesitas

Recuerda, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

8

Ante creencias como: "tengo que ir a casa a cuidar de mis hijos o a prepararles la comida"

- Prueba a hablar sobre el tema que le preocupa, pero desde otra perspectiva: "cuéntame algo de los hijos, qué vas a preparar para comer..."
- No te acuerdes que sus hijos tienen actualmente 60 años (o los que sean).
- Cuando insista en irse a su casa o a trabajar conviene prestarle atención, permaneciendo a su lado para evitar que se ponga en peligro.

9

7

Ante la creencia de robo:

- Ofrecela ayuda para buscar el objeto que cree que le han robado, sin seguir el tema del robo, sino centrándote en ayudarla a encontrarlo.
- Puedes meterle en su cartera algo de dinero o una fotocopia de la documentación. Eso puede hacer que se sienta mejor.
- Dale una llave para que cierre su habitación o su armario si eso la tranquiliza.
- Dile que vamos a estar atentos y vigilando para que no venga nadie.

1

Si ya han aparecido...

Ponte en su lugar, dándote cuenta de que la persona está asustada debido a pensamientos que le hacen sufrir

6

Introduce poco a poco temas que sepas que le resulten agradables.

Háblale de sus aficiones (deporte, lectura...), su música favorita, la comida que más le gusta...

2

Mantén la calma para transmitir tranquilidad y seguridad,

y reducir su malestar por ese pensamiento que le genera malestar.

5

No le quites importancia a lo que dice, ni la ridiculices por ello

Escúchala. Para la persona es muy importante sentir que la apoyas.

3

Atiende a lo que la persona está sintiendo

Evita hacerle entrar en razón, para ella lo que piensa es la realidad.

4

Háblala en tono suave,

aunque no entienda, coge su mano, escúchala para que sienta que está atendida y protegida.

(* En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes publicaciones:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psicogeriátricas"

Arriola, E., Alaba J., Balza, C., González M.F. y Zúñiga, A.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

SE MUESTRA APÁTICA Y SIN GANAS DE NADA

por Álvaro García Soler



Mantén a la persona implicada con el entorno

Genera oportunidades para interactuar con el ambiente que la rodea

Puede despertar su interés el tener a la vista y a mano aquellos objetos que invitan a la puesta en práctica de algún tipo de actividad significativa para la persona.

Estimula, motiva y participa

Ofrece opciones para la acción, cuanto más sencillas las planteas mejor. "Te acerco el periódico", "¿Te apetece que hagamos un zumo?...". No dejes la actividad en la mano de la persona si la puedes compartir.

Incorpora la práctica de actividades cotidianas,

intenta no hacerlas para la persona, e introduce progresivamente opciones para realizar nuevas actividades o actividades que ya se hacían, pero se quedaron atrás: hacer la cama, bander la ropa, barrer la cocina, regar las plantas...

Conversa con la persona

Habla con la persona de igual a igual, con paciencia y tiempo para atender a lo que dice y sin criticarle en el caso de que no participe.

Propónle retos

adaptados al nivel de la persona, ni demasiado sencillos que infantilicen o aburran, ni demasiado complicados que puedan frustrarla.



Y si ya lleva tiempo así...



6. Técnicas preventivas para combatir el burnout

Cuando la desmotivación, el cansancio o la irascibilidad hacen acto de presencia en el ámbito laboral se habla de *burnout* o síndrome del trabajador quemado. Su origen puede deberse a factores muy distintos, pero las consecuencias son muy parecidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera un “fenómeno ocupacional” que provoca **detrimento en la salud física y mental** de las personas que lo sufren, pero también repercute en las empresas, porque el rendimiento del empleado puede verse afectado. **Este desgaste profesional es muy frecuente en el sector sociosanitario**, sobre todo en la atención a las personas mayores. Las empresas cada vez están más concienciadas y ponen herramientas y formación a disposición de los profesionales para prevenir, detectar y paliar estos casos, y conseguir que tengan una buena salud laboral, que redundará en un cuidado de calidad para los mayores.

La responsabilidad y **altas exigencias laborales** sostenidas en el tiempo, sobre todo cuando hay una falta de recursos para dar una respuesta satisfactoria, pueden tener un **alto coste psicológico y físico** para los profesionales. Agotamiento emocional, desmotivación, despersonalización de los sentimientos como medida de protección y reducción de la realización personal son fruto de esta situación estresante.

Al igual que ocurre en otros sectores empresariales, el burnout en el ámbito sociosanitario y de atención a las personas mayores está relacionado con el estrés que sufre el trabajador. No obstante, se aprecian rasgos característicos como el desgaste físico y emocional de los profesionales derivados de la atención directa, la implicación personal y el reducido reconocimiento social y económico de su labor.



La vicepresidenta de Gerontología de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Lourdes Bermejo, admite que el cuidado o apoyo de personas con dependencia lleva asociado un sinfín de situaciones de complicada gestión emocional, como por ejemplo “las derivadas de la interacción con personas con conductas desafiantes (que muestran enfado, agresividad, rechazo, reproches, etc.), las provocadas por la propia sintomatología de determinadas enfermedades o por el manejo y experiencia del sufrimiento y dolor ajeno y, finalmente, el fallecimiento de las personas a las que se ha

estado cuidando con la máxima implicación y dedicación”. Además, a esta situación se añade el trato con los miembros del entorno afectivo de la persona cuidada que, en su opinión, añade más complejidad a la gestión emocional.

La mayoría de expertos consultados consideran que en la aparición del síndrome del trabajador quemado influyen **aspectos personales y profesionales**. Lourdes Bermejo manifiesta que, sobre todo, ocurre a profesionales con mayores niveles de exigencia y de dedicación, ya sea por el número de horas, sus funciones, sus características o el número de personas a su cargo.

Por su parte, Andrés Rodríguez, director general de Macrosad, cooperativa especializada en la atención a personas mayores y dependientes que cuenta con centros residenciales y que ofrece ayuda a domicilio, concreta que la combinación de factores personales, como la **presencia de una baja autoestima y un perfil muy perfeccionista**, unido a un bajo desarrollo de la competencia de tolerancia a la frustración son determinantes a la hora de padecer los síntomas relacionados con el síndrome burnout.

Begoña López, directora general de Gerosol, empresa especializada en la prestación de servicios sociosanitarios a domicilio, es más concreta y expone que los estudios sobre el **síndrome burnout** tienen delimitado perfectamente la prevalencia a sufrirlo. “Se ha estudiado que el sexo, la edad, la antigüedad en el trabajo, el estado civil, el número de hijos y la formación del trabajador son factores que nos ayudan a delimitar un perfil de trabajador que puede ser víctima del mismo. Una mujer con más de 40 años y más de 20 años en la misma profesión, con cargas familiares y sin ayuda, y con una jornada extensa, tiene un porcentaje de probabilidades más elevado para sufrirlo”, sostiene.

Lourdes Bermejo también recuerda otros aspectos importantes, como el **reconocimiento profesional y la especialización**: “Muchas de las funciones y tareas de los profesionales de atención directa y continuada a las personas en situación de dependencia son poco agradecidas y no están reconocidas ni social ni económicamente”. Sobre todo este último factor puede ocasionar que estas personas estén viviendo situaciones personales y familiares más complicadas, por lo que estarían entre los más vulnerables de sufrir burnout.

La **falta de especialización puede aumentar la vulnerabilidad al estrés** por parte del profesional, según esta especialista en gerontología, “si se quiere ofrecer los mejores cuidados posibles se necesita una serie de habilidades y conocimientos, tanto prácticos como teóricos y emocionales, altamente especializados”, apostilla.



¿Qué podemos hacer entonces para evitar el quemado y mantener una actitud de compromiso y energía donde experimentemos ilusión, ganas de aprender y crecimiento personal?

1. Revisar las áreas del trabajo que nos satisfacen y las que no. Asumir las partes desagradables como inevitables y minimizar su impacto optimizando recursos.

2. Mantener un equilibrio saludable entre la vida personal y la laboral:

→ Ésta demostrado que mantener una buena red de apoyo social (cultivar relaciones de amistad, familia, etc.) es un magnífico antídoto contra el quemado.

→ Autocuidado físico; deporte y alimentación.

→ Cultivar aficiones o hobbies.

3. Elegir una formación profesional que nos ilusione y satisfaga explorando nuevas posibilidades

- Asistir a Jornadas y congresos tomando parte activa de los mismos.
- Realizar formaciones que amplíen los conocimientos y posibilidades de actividad en nuestra área de trabajo.

4. Aumentar la consciencia de los riesgos que suponen el contacto cotidiano con personas que sufren y como nos afecta. No minimizar su impacto. Siempre se dan procesos inconscientes que articulan las protecciones naturales frente al dolor (retroflexión, desplazamiento, desensibilización, identificación proyectiva, reacciones contra transferenciales, negación, etc. Es ética y humanamente aceptable y conveniente asumir nuestra vulnerabilidad y límites.

5. Existe una enorme deficiencia en nuestro entorno de cuidar a las personas y equipos expuestos al quemado. Cuanto más contacto con el sufrimiento de los otros más necesaria es la supervisión y el cuidado emocional de los profesionales- personas y los equipos. Es paradójico observar como los equipos y profesionales más expuestos (equipos de paliativos, de emergencia social, trabajadoras sociales, equipos médicos oncológicos, equipos de asistencia psicológica en trauma, etc.) no tienen estructuras de apoyo normalizadas que garanticen de forma continuada su autoprotección y por ende el buen hacer con sus destinatarios. La excusa de los costes a priori no tiene sentido porque finalmente está demostrado que se pierde rentabilidad humana y económica.

6. Si su organización no les facilita recursos de ventilación, soporte emocional y/o apoyo clínico, conviene recurrir a estos recursos por cuenta propia. Una de las ventajas de realizarlo de esta forma es la independencia de las jerarquías y la privacidad y confidencialidad que garantizarán los servicios elegidos libremente. Otro modelo en uso es la facilitación de estos recursos por la propia organización como un ejercicio de liderazgo maduro y responsable.

El trabajo en solitario propio del SAD, las limitaciones del espacio físico de los domicilios, la falta de ayudas técnicas, los desplazamientos frecuentes en este tipo de servicio, etc. hacen necesaria la adopción de algunas medidas específicas, además de las ya propuestas. Algunas posibles medidas son:

- Realizar reuniones periódicas con mandos y otros trabajadores de atención domiciliaria para recibir instrucciones y contrastar experiencias. Las reuniones se pueden completar con contactos telefónicos entre trabajadoras para intercambiar información, realizar consultas y aligerar la sensación de aislamiento.
- Habilitar un canal para comunicar situaciones de violencia por parte de usuarios, familiares o terceras personas.
- Realizar evaluaciones preliminares de las necesidades y problemática de los usuarios para informar a las trabajadoras y ajustar las tareas a llevar a cabo.
- Crear un foro de trabajo para analizar las posibles carencias y problemas del entorno doméstico del usuario (falta de ayudas mecánicas, adaptación de baños...) detectados por las trabajadoras, con el fin de gestionar las posibles soluciones.

- Agrupar la actividad de cada trabajadora por áreas geográficas para optimizar los desplazamientos.
- Facilitar la sustitución de las bajas por enfermedad, vacaciones, permisos, etc.
- Formar en técnicas específicas de movilización en el domicilio y manejo de situaciones de violencia.
- Rotar los puestos de trabajo donde se identifique riesgo de elevada carga física y/o emocional.
- Realizar cambios en los horarios de trabajo, previa consulta a las trabajadoras.
- Favorecer el apoyo y la formación por parte de la empresa a la hora de tratar/convivir con familiares especialmente conflictivos.
- Aumentar las facilidades por parte de la empresa para implantar ayudas técnicas en los domicilios y tomar medidas para concienciar a las familias de los usuarios sobre su conveniencia.
- Habilitar sistemas de comunicación inmediata entre la trabajadora y la organización cuando se presta el servicio.

2. EL SÍNDROME DEL BURNOUT DEL PROFESIONAL SOCIO SANITARIO

BURNOUT

Estado de frustración o pérdida de interés hacia las personas con las que se trabaja, siendo específico en los profesionales asistenciales.

Manifestaciones del Síndrome de Burnout

Agotamiento Emocional	Despersonalización	Falta de Realización Personal
Se manifiesta física o psíquicamente pensando que no se tiene nada que ofrecer a los demás	Se manifiesta con sentimientos y actitudes negativas hacia usuarios y compañeros	Se manifiesta con sentimientos de baja autoestima y de fracaso personal y laboral.

tipos de autocuidado



The infographic is titled "tipos de autocuidado" in a large, bold, purple font. Below the title, there are four columns, each representing a different type of self-care. Each column has a red icon: a person for physical, a hammock for emotional, three people for social, and a head with a brain for cognitive. Below each icon is the name of the type in bold purple text, followed by a list of activities in black text. The background is a light pink color with a faint watermark of the word "PSICOLOGIA" and a large stylized letter 'A'.

físico	emocional	social	cognitivo
<ul style="list-style-type: none">• Dormir• Descansar bien• Hacer deporte• Pasear• Comer sano• Cuidarme (puede ser echarme crema, darme masajes, un baño...)• No hacer nada	<ul style="list-style-type: none">• Amarme• Valorarme• Expresar lo que siento• Compasión• Perdón• Positividad• Darme permisos (de ser y de sentir)	<ul style="list-style-type: none">• Saber pedir ayuda• Ser escuchada• Conversar• Ser querida• Ser aceptada tal como soy• Relaciones sanas• Compartir aficiones• Poner límites	<ul style="list-style-type: none">• Meditación• Leer• Disfrutar de actividades gratas• Pensamientos positivos hacia mi misma y los demás• No juzgarme y no juzgar a los demás