



*Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer*  
*El gerocultor*

*Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer*  
*El gerocultor*



AULA  
DIEZ

*Los cuidados  
formales  
a un enfermo  
de Alzheimer  
El gerocultor*



Título: Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer. El gerocultor.

© Edita AFALcontigo.

General Díaz Porlier, 36. 28001 Madrid  
Teléf. 91 309 16 60 • Fax: 91 309 18 92  
e-mail: afal@afal.es • www.afal.es

Editora: Marina Conde Morala

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad, ni parte de este libro puede ser reproducido o transmitido mediante procedimientos electrónicos o mecanismos de fotocopia, grabación, información o cualquier otro sistema, sin el permiso escrito del editor.

Diseño, preimpresión e impresión:  
Gráficas Arias Montano, S. A.  
28935 MÓSTOLES (Madrid)

Depósito Legal: M. 36.045-2006  
I.S.B.N.: 84-934678-2-0

# ÍNDICE GENERAL

<b>Presentación</b> .....	9
<b>Módulo 1: Introducción a la Geriatria y la Gerontología</b> .....	15
<i>Juan Gonzalo Castilla Rilo</i> Psicólogo Gerontólogo miembro del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre.	
<b>Módulo 2: Psicogerontología</b> .....	27
<i>Juan Gonzalo Castilla Rilo</i> Psicólogo Gerontólogo miembro del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre.	
<b>Módulo 3: Geriatria</b> .....	57
<i>Juan Santiago Martín Duarte</i> Enfermero Gerontólogo. Residencia Casa Quinta de Ciempozuelos.	
<b>Módulo 4: Enfermedad de Alzheimer y otras demencias</b> .....	111
<i>Llanos Morón Pedregal</i> Neuropsicóloga. Unidad de Memoria del Servicio de Geriatria del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.	

*Aurora Viloría Jiménez*

Geriatra. Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

*Pedro Gil Gregorio*

Geriatra. Jefe de la Unidad de Memoria del Servicio de Geriátría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

**Módulo 5: Cuidados básicos en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**..... 163

*Juan Santiago Martín Duarte*

Enfermero Gerontólogo. Residencia Casa Quintas de Ciempozuelos.

**Módulo 6: El manejo de las alteraciones conductuales. La psicoestimulación cognitiva. La comunicación con el enfermo y la familia**..... 199

*Manuel Nevado Rey, David Losada Pérez y Virginia Silva Zavaleta*

Psicólogos de AFALcontigo.

**Módulo 7: Actividades de la Vida Diaria. Movilización del enfermo de Alzheimer**..... 269

*Álvaro Redondo Garcés*

Terapeuta Ocupacional ASINTER.

**Módulo 8: Duelo y malas noticias**..... 325

*Manuel Nevado Rey*

Psicólogo de AFALcontigo.

**Módulo 9: Prevención de riesgos laborales y estrés laboral**..... 347

*Patricia Morán Colmenar*

Psicóloga y Máster en Prevención de Riesgos Laborales por IMF.

**Módulo 10: Búsqueda de empleo**..... 395

*Luis Redondo*

Trabajador Social de AFALcontigo.

**Bibliografía**..... 431

**AFALcontigo** es la Asociación Nacional del Alzheimer y otras demencias, constituida en 1989 en Madrid. Es de ámbito nacional en España y está declarada de Utilidad Pública.

**AFALcontigo** tiene como **misión**:

- Ayudar a la erradicación de la enfermedad de Alzheimer, para lo cual apoya la **INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA** española consiguiendo financiación para los equipos de investigadores que lo solicitan y recabando la colaboración de las familias afectadas en los ensayos clínicos.
- Fomentar el conocimiento de las demencias y de sus efectos en el plano socioeconómico, ejerciendo la **INVESTIGACIÓN SOCIAL** y colaborando con otros investigadores en este campo.
- Mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus cuidadores familiares. Para ello, programa actividades de **INFORMACIÓN, FORMACIÓN, APOYO y REPRESENTACIÓN** del colectivo español de afectados.

El interés de **AFALcontigo** por la formación se debe al convencimiento de que un cuidador bien formado ayuda mejor a su enfermo y realiza su labor de manera más eficaz, protegido frente a posibles lesiones físicas y al burnout o sobrecarga psicológica.

Por ello, desde su Escuela de Formación, programa:

- Cursos para cuidadores familiares.
- Cursos para cuidadores profesionales.
- Cursos para voluntarios.
- Talleres monográficos para todos.

El presente libro de texto está elaborado —desde la experiencia docente del cuadro de profesores de la Escuela de Formación **AFALcontigo**— para los cursos a cuidadores que desarrollan su labor de una manera profesional, tanto sea en centros sociosanitarios como en domicilios particulares.

Agradecemos la colaboración de Obra Social Caja Madrid en la edición de este libro.

## PRESENTACIÓN

La formación es elemento indispensable para el desarrollo de las habilidades humanas. En el caso de los cuidadores formales de los enfermos de Alzheimer u otra demencia, la formación resulta indispensable, ya que este tipo de enfermos tiene peculiaridades propias que dificultan su manejo por parte de personas no entrenadas.

El Alzheimer —una cruel enfermedad neurodegenerativa que actualmente no cuenta con prevención ni cura, debido principalmente a que se desconocen sus causas— ataca en tres frentes: el cognitivo, el funcional y el psíquico.

- El deterioro cognitivo (amnesia, apraxia y agnosia) resulta doloroso para el cuidador familiar porque mina la identidad del enfermo, lo transforma, lo hace irreconocible. Es el momento de estimular las capacidades que aún tiene preservadas, para que su deterioro avance más despacio, para que se sienta activo e integrado en su entorno.
- La discapacidad funcional confina al enfermo en una silla de ruedas, o en una cama, lo que pone en riesgo su confort y colabora a



su final; entonces, el cuidador debe emplear su fuerza y su destreza para sustituir la movilidad perdida y prevenir úlceras, disfagia e infecciones pulmonares.

- El deterioro psíquico (alteraciones de conducta, delirios, alucinaciones, etc.) pone a prueba la capacidad de aguante del cuidador, tanto familiar como profesional, y es el causante de la enorme sobrecarga que supone el cuidado a un enfermo con demencia, que, muchas veces, tiene como consecuencia reiterados cambios del personal contratado. Un cuidador entrenado en la resolución de los conflictos que estos síntomas producen es una ayuda inestimable en esta difícil etapa.

Como vemos, es necesario haber recibido la formación necesaria para saber estimular psicológicamente al enfermo, para suplir cada una de las carencias que van apareciendo a lo largo del largo proceso de la demencia y para manejar los episodios de agresividad y otros síntomas psicóticos que pueden aparecer en el enfermo.

A esto pretende colaborar este libro, editado para servir de texto en los cursos que imparte la Escuela de Formación AFALcontigo a cuidadores formales —auxiliares de enfermería y gerocultores— de enfermos de Alzheimer u otra demencia.

Contribuir a una buena formación de quien cuida a estos enfermos es contribuir a una mejor calidad de vida de las familias afectadas y es, por tanto, cumplir con esa parte de la misión de Obra Social Caja Madrid que consiste en prestar servicio a la sociedad frágil que demanda ayuda y colaboración.

Felicitemos a AFALcontigo por su gran labor y por su esfuerzo por mejorar los niveles de atención a las familias afectadas por esta cruel enfermedad, que le ha llevado a la elaboración de este libro, en cuya edición Obra Social Caja Madrid se honra en colaborar. Estamos seguros de que servirá al fin que pretende.

CARLOS MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ  
*Director Gerente*  
*Obra Social Caja Madrid*



## **Módulo 1**

# **Introducción a la Geriatria y la Gerontología**

Juan Gonzalo Castilla Rilo

*Psicólogo Gerontólogo miembro del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre*



## **CONTENIDO**

- 1. Introducción.**
- 2. Conceptos básicos en Geriatria y Gerontología.**
- 3. Demografía y envejecimiento.**
- 4. Modelo biopsicosocial.**

## MÓDULO 1

# Introducción a la Geriatría y la Gerontología

### 1. INTRODUCCIÓN

¿Qué son la Geriatría y la Gerontología? ¿Qué diferencias existen entre ambas disciplinas? ¿Qué importancia tiene en la sociedad actual trabajar con los mayores? ¿Por qué, desde el punto de vista demográfico, nos estamos convirtiendo en una sociedad envejecida? ¿Qué cambios demográficos existen en el mundo y qué enfoque de trabajo tienen que tener los profesionales dedicados a mayores, con el fin de mejorar sus oportunidades de vivir una vida más larga y satisfactoria? Es necesario también desarrollar una imagen positiva del envejecimiento, reconociendo sus derechos y desarrollando una solidaridad entre generaciones que contribuya a la cohesión social.

Nosotros deberemos contribuir a la conservación de la autonomía mediante la preparación de una vejez saludable; potenciar que las personas de edad avanzada se sientan personas activas y socialmente integradas; ver a los mayores como recurso importante para la sociedad, por su experiencia y su contribución al desarrollo social de su comunidad, con posibilidades de participar en redes de apoyo familiar y de vecindad, así como de volun-

tariado; facilitar el acceso a la información y la identificación, elección y utilización de recursos.

Los diferentes profesionales que se dedican a la Gerontología y la Geriatria (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares, abogados, arquitectos y cualquier otro profesional especializado en el sector del que estamos hablando) tienen como finalidad última mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

## 2. CONCEPTOS BÁSICOS EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

La **Geriatria** es la rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino también de su recuperación de función y su reinserción en la comunidad. La Real Academia Española lo define como el «estudio de la vejez y terapia de sus enfermedades». Este término se introduce en 1909, a raíz de un artículo publicado en el *New York Medical Journal* por I. L. Nascher, en el que solicitaba una medicina especializada para atender mejor a las personas mayores, ya que entendía que la vejez matiza de algún modo las patologías de los adultos. El geriatra, entonces, es un médico especializado en las personas mayores.

La **Gerontología** es la parte de la Antropología referida a todo aquello que atañe a las personas mayores. La Real Academia Española lo define como la «ciencia que trata de la vejez y los fenómenos que la caracterizan». Este término se introduce en el mundo científico en 1903, gracias a Metschnikoff. Es la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento y envuelve todo lo relativo a éste como fenómeno dentro de los criterios habituales de normalidad. Incluye la investigación básica, el envejecimiento fisiológico y la prevención de los modos de envejecer. El desarrollo de esta disciplina ha hecho que se ramifique en otras subdisciplinas, como la Gerontología Experimental, la Gerontología Clínica, la Psicogerontología y la Gerontología Social. El gerontólogo dirige su trabajo a preservar capacidades, competencias de las personas mayores, prevenir envejecimientos prematuros, patológicos, y dar respuestas a las

demandas de las personas de edad avanzada con diferentes intervenciones gerontológicas.

De todos estos cambios sociales y necesidades de cuidados de las personas mayores ha surgido la figura del *gerocultor*, profesional que se encarga de los cuidados de las personas mayores en su sentido más amplio, desde lo asistencial, y atendiendo los cambios biológicos que produce el envejecimiento, el soporte y la atención psicológica, hasta los aspectos sociales del envejecimiento.

Los cambios demográficos que se han producido y se producirán en nuestro país hacen necesario que los profesionales de todos los sectores de la Gerontología y la Geriátrica estemos lo más formados y actualizados posible.

Las personas mayores forman un grupo muy heterogéneo dentro de la población general. Aunque desde el punto de vista cronológico se pueda diferenciar a los ancianos dentro de los tres grupos de edad: ancianos jóvenes, ancianos-ancianos y muy ancianos, a efectos prácticos se hace más clara la distinción entre **anciano sano**, **anciano enfermo**, **paciente geriátrico** y **anciano frágil**, que explicamos abajo con más detalle:

El **anciano sano** es aquel que no padece patología ni presenta problemática a nivel funcional, mental o social.

El **anciano enfermo** es aquel que se diferencia de adultos más jóvenes en su edad cronológica, generalmente no muy avanzada, que requiere asistencia médica por un proceso único y no suele presentar enfermedades importantes, trastorno mental ni problemática social asociada.

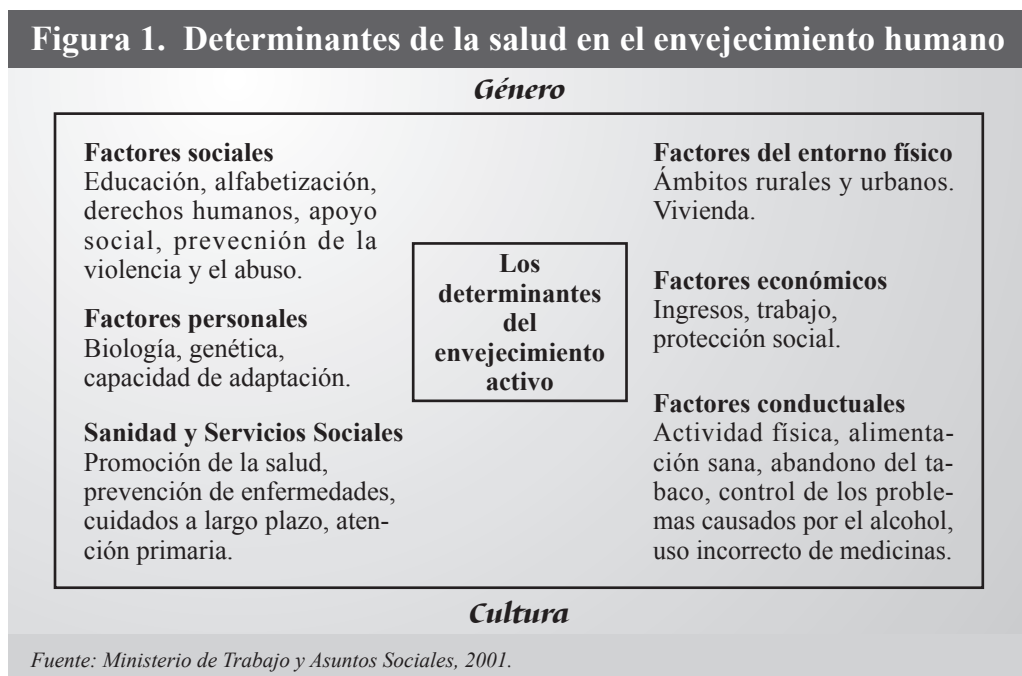
El paciente **geriátrico** se caracteriza por su edad más avanzada, generalmente mayor de 75 años, presencia de múltiples enfermedades que originan incapacidad funcional, problemas a nivel mental (deterioro cognitivo, depresión) y repercusión social secundaria (González Montalvo, 1991).

Hablamos de **anciano frágil** cuando se produce un descenso de la capacidad de adaptación del organismo, junto con una pérdida excesiva y multisistémica de la capacidad de reserva suficiente para manifestarse como deterioro funcional que, si es inestable o progresa (consecuencia de nuevas enfermedades o factores psicosociales), provoca un aumento del riesgo de desarrollar dependencia en las actividades de la vida diaria.

El inicio de la dependencia es, con frecuencia, dinámico (inestable y potencialmente reversible) y progresivo, consecuencia de múltiples factores que incluyen aspectos socio-demográficos (edad, sexo femenino, raza, estatus social, ingresos económicos, nivel de educación), psicosociales (recursos y apoyo social, autopercepción del estado de salud, carga del cuidador), hábitos de vida (fumar, inactividad, sobrepeso), enfermedades crónicas (fractura de cadera, ictus, deterioro cognitivo, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, neumopatía crónica obstructiva, vasculopatía periférica, depresión, deterioro visual) y comorbilidad (Gill, 1996; Seeman, 1994; Freid, 1997).

En esencia, fragilidad es sinónimo de vulnerabilidad, inestabilidad, de mayor probabilidad o riesgo de desarrollar dependencia o de incrementar la preexistente (Campbell, 1997).

Los cambios que ocurren y concurren durante el proceso de envejecimiento y que determinan la mayor o menor vulnerabilidad a padecer problemas psicopatológicos en el anciano, están condicionados por diferentes factores que son fundamentales para la salud de la persona mayor y que se detallan en la figura 1.

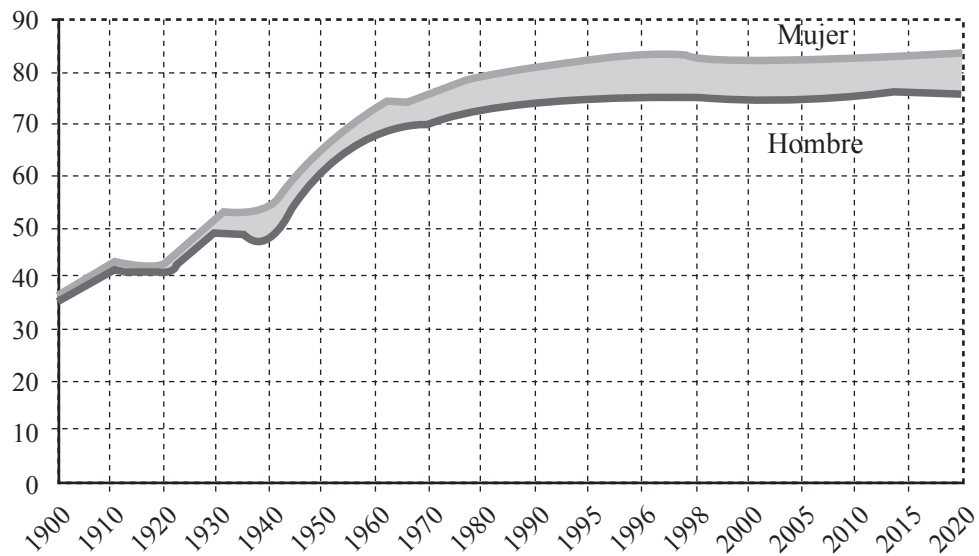


### 3. DEMOGRAFÍA Y ENVEJECIMIENTO

El avance de la Medicina y de los sistemas de Salud de los países desarrollados nos ha permitido vivir más, llegando a edades muy avanzadas. Así, un porcentaje de las personas mayores de hoy y mañana vivirán en situación de gran dependencia física (demencias, discapacidad, etc.) y social (recursos sociales y familiares que se dirigirán al cuidado de sus mayores). Puesto que nos estamos convirtiendo en una sociedad envejecida, necesitaremos más profesionales que se dediquen a este colectivo.

**Figura 2. Esperanza de vida por edad y sexo, 1900-1996, y proyección al 2020**

Esperanza de vida al nacer



Fuente: INE, 2002.

En Europa, la media de expectativa de vida al nacimiento es, en la actualidad, de 74,6 años para los hombres y de 80,9 para las mujeres. En España, dicha cifra es de 76,1 años para los hombres (sólo superada por Suecia: 77,4 e Italia: 76,3 años) y de 82,8 para las mujeres (la mayor dentro de la Comunidad Europea). En la actualidad existe un elevado porcentaje de población mayor de 65 años en los países del sur de



Europa, superándose en algunas zonas el 20 %, como en el principado de Asturias, comunidad de Castilla y León y Comunidad de Aragón, en España; la zona de Alentejo, en el sur de Portugal; la región de Peloponnisos, Ionia Nivia, Attiki, Voremo y Aigaio, en Grecia, y las regiones de Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Piamonte, Umbría, Marche y Molise, en el norte de Italia.

**Tabla 1. Esperanza de vida en los países de la Unión Europea**

Países	Varones				Mujeres			
	1980	1990	1996	2000	1980	1990	1996	2000
<b>Alemania</b>	69,6€	72	73,6	75	76,1€	78,4	76,9	81
<b>Austria</b>	69,0	72,4	73,9	75,4	76,1	78,9	80,2	81,2
<b>Bélgica</b>	70,0	72,7	73,8	74,6	76,8	79,4	80,5	80,8
<b>Dinamarca</b>	71,2	72,0	73,1	74,5	77,3	77,7	78,2	79,3
<b>España</b>	72,5	73,4	74,7	76,1*	78,6	80,5	81,9	82,8*
<b>Finlandia</b>	69,2	70,9	73	74,2	77,6	78,9	80,5	81
<b>Francia</b>	70,2	72,8	74,1	75,2	78,4	80,9	82	82,7
<b>Grecia</b>	72,2	74,6	75,1	75,5	76,8	79,5	80,4	80,6
<b>Holanda</b>	72,7	73,8	74,7	75,5	79,3	80,9	80,3	80,5
<b>Irlanda</b>	70,1	72,1	73,1	74,3	75,6	77,6	78,6	79,2
<b>Italia</b>	70,6	73,6	75,3	76,3	77,4	80,1	81,4	82,4
<b>Luxembur.</b>	69,1	72,3	74,7	74,8	75,9	78,5	79,9	81,1
<b>Portugal</b>	67,7	70,4	71,1	73,2	75,2	77,4	78,6	80
<b>Reino Unido</b>	70,2	72,9	74,3	75,5	76,2	78,5	79,5	80,2
<b>Suecia</b>	72,8	74,8	76,5	77,4	78,8	80,4	81,5	82

(e) Estimación Eurostat; (\*): cifras provisionales.

Fuente: Eurostat, 1999; INE, 2004.

De persistir la tendencia actual, el segmento de la población que crece más rápido es el de los mayores de 65 años, y particularmente los octogenarios y nonagenarios, fenómeno que se conoce como «envejecimiento del envejecimiento». Se estima que en el año 2005, el 17,3 % de la población española tiene más de 65 años. La población mayor de 85 años registra un ritmo de crecimiento mayor que cualquier otro grupo, por encima del 200 %.

**Tabla 2. Evolución y estimación de la población (total y > 65 años) en España**

	<b>Cifras absolutas población total</b>	<b>Cifras absolutas de &gt; 65</b>	<b>Distribución porcentual &gt; 65</b>
<b>1995</b>	39.249.083	6.086.365	15,51
<b>2000</b>	40.376.384	6.832.148	16,92
<b>2001</b>	40.847.371	6.943.479	17,00
<b>2002</b>	41.550.584	7.020.381	16,90
<b>2003</b>	42.197.865	7.097.655	16,82
<b>2005*</b>	41.378.924	7.150.763	17,28
<b>2010*</b>	42.359.314	7.577.036	17,89
<b>2015*</b>	43.048.658	8.101.528	18,82
<b>2020*</b>	43.378.337	8.622.336	19,88

*Fuente: INE, 2002\*, INE, 2004.*

Según las proyecciones nacionales, la población de los mayores de 65 años crecerá desde el aproximado 17 % actual hasta alcanzar el 31 % en el año 2050 (los ciclos de la emigración no se han tenido en cuenta en estos predictores y es presumible que varíen sustancialmente estos porcentajes).

Una tendencia similar es la que cabe esperar en los países de la UE, según reflejan las cifras para el año 2020 (INE, 2004). Por otro lado, las previsiones de Naciones Unidas para el año 2050 estiman que un 37,6 % de la población española tendrá 65 y más años (13,4 % serán octogenarios), situándose junto a Japón (36,4 %) e Italia (35,9 %) dentro de los países más envejecidos a nivel mundial.

**Tabla 3. Evolución y estimación futura de proporción de población > 65 años**

Áreas geográficas	1950	1970	1990	2025
<b>Mundo</b>	5,1	5,4	6,2	9,7
<b>Países &gt; desarrollados</b>	7,6	9,6	12,1	19,0
<b>Países &lt; desarrollados</b>	3,8	3,7	4,5	8,0
<b>Menor desarrollo</b>	3,2	3,1	3,0	4,0
<b>En vías de desarrollo</b>	3,9	3,8	4,6	8,7
<b>África</b>	3,2	3,1	3,0	4,1
<b>África Oriental</b>	3,1	2,8	3,7	3,3
<b>África Central</b>	3,8	3,1	3,0	3,5
<b>África Septentrional</b>	3,5	3,9	3,6	6,4
<b>África Meridional</b>	3,6	3,7	4,1	6,6
<b>África Occidental</b>	2,7	2,6	2,7	3,5
<b>América Latina</b>	3,3	3,9	4,8	8,6
<b>Caribe</b>	4,4	5,2	6,5	10,0
<b>América Central</b>	3,2	3,3	3,8	7,5
<b>Sudamérica</b>	3,2	4,0	5,0	9,0
<b>EE. UU.</b>	8,1	9,6	12,5	19,9
<b>Asia</b>	4,0	4,0	5,0	9,6
<b>Asia Oriental</b>	4,5	4,5	6,3	13,7
<b>Asia Suroriental</b>	3,7	3,3	3,9	8,2
<b>Asia Meridional</b>	3,6	3,6	4,1	7,2
<b>Asia Occidental</b>	3,6	4,0	3,6	6,0
<b>Oceanía</b>	7,5	7,3	9,0	13,9
<b>Australia</b>	8,3	8,4	10,9	17,5
<b>Melanesia</b>	4,1	2,9	2,6	4,7
<b>Micronesia</b>	4,5	4,0	3,7	8,6
<b>Polinesia</b>	4,5	2,9	4,2	7,4

Fuente: United Nations Organism (UNO), Horiuchi, 1992.

En nuestro país, por primera vez en la historia, cinco generaciones de españoles coexisten y el sector de las personas mayores va a crecer más. Todos los profesionales que nos dedicamos y/ o nos dedicaremos a traba-

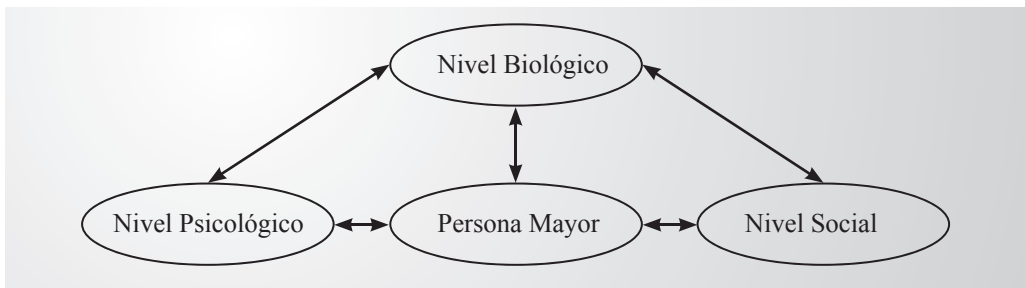
jar con este colectivo, tenemos que estar ampliamente formados en aspectos geriátricos y gerontológicos, y preparados para las diferentes necesidades que se van a plantear en un futuro, no muy lejano, desde el punto de vista social y humano.

#### 4. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Un problema añadido en la atención sociosanitaria en general, y en las personas mayores en particular, es que tradicionalmente se ha intentado tratar a los seres humanos en sus problemas físicos (Medicina, Enfermería, etc.), psicológicos (Psicología, Pedagogía, etc.) y sociales (Sociología, Política, etc.) de forma independiente, sin tener en cuenta la interrelación evidente que existe entre todos ellos, y que ya está demostrada por una gran cantidad de estudios de diferentes áreas del saber.

Esta interrelación se hace manifiesta también, claro está, en el proceso de envejecimiento y sus consecuencias. Un cambio en el estado de salud repercute, sin lugar a dudas, en el funcionamiento psicológico o intelectual, al igual que un cambio social o ambiental repercute en el estado de salud física y psicológica (produciendo, por ejemplo, trastornos afectivos).

Por eso a la hora de detectar un cambio determinado en general, y en las personas mayores en particular, será difícil separar a cuál de los factores físicos, psicológicos o sociales corresponde, ya que todos interactúan entre sí.



El modelo biopsicosocial permite describir estados de salud de una manera más exacta, abarcando una amplia gama de connotaciones: estado y función mental, función física, integración o adecuación social y

percepción global de salud. Permite su conceptualización desde las medidas biológicas en un extremo, hasta la percepción subjetiva del estado general de salud en el otro extremo (Ballina, 1998). Este modelo se centra en el individuo que vive en una sociedad, y las medidas de la salud han de ser categorizadas en un *continuum* de complejidad creciente.

Cuando vayamos a trabajar a una casa ajena (también en la propia), hay que tener en cuenta que todo el mundo posee unas características específicas, a las que nos tendremos que adaptar para realizar un buen trabajo, de ahí que actuemos desde un enfoque biopsicosocial.

Imaginemos que somos profesionales geriátricos-gerontológicos y tenemos que ir a un domicilio de una persona mayor. ¿Qué nos encontraremos? ¿Cómo aplicaremos el modelo biopsicosocial?

- Un anciano con unos factores psicosociales personales, característicos de soledad, depresión, miedos, dependencia, baja autoestima, enfermo, con indefensión, etc.
- Una familia con estrés acumulado, cuyos miembros están necesitados y dejan a un ser muy querido en manos de un desconocido (aunque sea un profesional).
- Un entorno ambiental apreciado por el anciano y su familia, constituye su mundo y es muy especial para él.
- Unos determinados recursos económicos, sanitarios, sociales, físicos, etc.

Nosotros, como profesionales en la atención de las personas mayores, tendremos un papel muy concreto. Nuestro objetivo será prevenir y atender situaciones de necesidad; todo ello con unas características determinadas y a muy distintos niveles:

a) Desde lo laboral:

— *Nivel individual (para el anciano):*

- GARANTIZAR LA COBERTURA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS.
- EVITAR LA INCAPACIDAD DE AUTONOMÍA PERSONAL.
- FOMENTAR COMPETENCIAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.
- MINIMIZAR SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO.

- COLABORAR EN EL MANTENIMIENTO DE UN ESTADO DE SALUD FAVORABLE.

— *Nivel familiar (la familia del anciano):*

- POSIBILITAR UN NIVEL ACEPTABLE DE COMUNICACIÓN.
- APOYAR LA TAREA DE ATENCIÓN DEL CUIDADOR.
- EVITAR LA POSIBLE INHIBICIÓN FAMILIAR.

— *Nivel Social (al anciano y a la familia):*

- FACILITAR LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA.
- ACERCARLE RECURSOS COMUNITARIOS.
- FAVORECER UN NIVEL RELACIONAL GRATIFICANTE.

Seremos el elemento dinamizador para el cambio, dentro de cualquier ámbito y siempre que el contexto o la familia nos lo permitan.

b) Desde lo personal:

	<b>ACTITUDES</b>	
paciencia discreción respeto constancia diálogo	cariño estable comprensión seguro responsable	humor decidido agradable confianza honrado
	<b>HABILIDADES</b>	
ser comunicativo respuesta adecuada buen observador adaptativo a las dificultades ponerse en el lugar del otro	controlar emociones hacerse respetar fomentar autonomía saber decir que no conseguir objetivos específicos demostrar afecto	trabajo en equipo afrontar mal humor afrontar hostilidad escucha

En una relación de ayuda, siempre tendremos que evaluar lo que queremos «cambiar», con el consenso de los compañeros (algunas veces se puede trabajar con otros compañeros de diferentes turnos o días, de ahí la importancia de la comunicación eficaz) y el apoyo de la familia de la

persona mayor. Tendremos también en cuenta las capacidades del sujeto (físicas, psicológicas y sociales) con las limitaciones propias y ajenas que se manifiesten.

¿Cuál es la relación de ayuda que nos planteamos afrontar?

Para poder trabajar en los distintos contextos sociosanitarios (residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, etc.) es fundamental tener en cuenta que hay que:

**SABER.** Nos lo proporcionan unos conocimientos teóricos, lo que en nuestro caso está cubierto por los contenidos de este manual.

**SABER HACER.** Poner en práctica lo adquirido teóricamente. Requiere la adaptación al entorno en que nos toque trabajar.

**SABER SER.** Dar todo lo bueno que tenemos dentro.

Y con todo ello conseguiremos...

- 1) Afrontar las situaciones.
- 2) Resolver problemas y tomar decisiones.
- 3) Vivir sanamente con las dificultades y con los límites.



## **Módulo 2**

# **Psicogerontología**

**Juan Gonzalo Castilla Rilo**

*Psicólogo Gerontólogo miembro del Servicio de Neurología del Hospital 12 de Octubre*





# CONTENIDO

- 1. Introducción.**
- 2. Teorías sobre el envejecimiento.**
- 3. Envejecimiento normal.**
  - 3.1, Nivel físico,**
    - 3.1.1. Aspecto general.
    - 3.1.2. Cambios sensoriales.
    - 3.1.3. Cambios locomotores.
    - 3.1.4. Cambios circulatorios.
    - 3.1.5. Cambios sexuales.
    - 3.1.6. Cambios urinarios.
    - 3.1.7. Cambios gastrointestinales.
    - 3.1.8. Cambios inmunológicos.
  - 3.2, Nivel psicológico – cognitivo,**
    - 3.2.1. Inteligencia.
    - 3.2.2. Memoria.
    - 3.2.3. Atención.
    - 3.2.4. Lenguaje.
    - 3.2.5. Personalidad.
  - 3.3, Nivel Social,**
    - 3.3.1. Jubilación.
    - 3.3.2. Relaciones familiares.
- 4. Envejecimiento patológico.**
  - 4.1, Trastornos cognitivos,**
    - 4.1.1. Demencia.
    - 4.1.2. Estado confusional agudo o delirium.
  - 4.2, Trastornos afectivos,**
    - 4.2.1. Depresión.
    - 4.2.2. Manía.
  - 4.3, Trastornos por ansiedad,**
  - 4.4, Trastornos paranoides,**
- 5. Intervención psicogerontológica.**
- 6. Las áreas de aplicación de la Psicogerontología.**
- 7. Funciones del psicogerontólogo.**
- 8. Programas de intervención psicogerontológica.**

## MÓDULO 2

# Psicogerontología

### 1. INTRODUCCIÓN

Como se ha visto en el módulo anterior, la Gerontología engloba unas subdisciplinas entre las que se encuentra la Psicogerontología. En este capítulo profundizaremos en ella para entender y aplicar así los conocimientos y la formación de la psicología aplicada a las características de las personas mayores.

La Psicogerontología, término acuñado por Munnichs en 1966, es la ciencia que se ocupa del estudio de las últimas etapas del ciclo vital de las personas y utiliza un conjunto de aportaciones, tanto teóricas como prácticas, de diversas áreas de la Psicología al proceso de envejecimiento y que tiene como objetivo general optimizar el proceso de adaptación al envejecimiento, tanto con intervenciones sobre las necesidades del propio sujeto mayor, como de su entorno familiar y social.

La Psicogerontología es, para Richard y Munafo (1993), la ciencia que trata de describir, explicar, comprender y modificar las actitudes del sujeto que envejece. Esta visión hace referencia a los aspectos psicológicos de

la persona de edad, más que a los psiquiátricos. También Dosil Maceira (1996) defiende la concepción de la Psicogerontología como psicología de la vejez.

Para entender un poco mejor a las personas con las que vamos a trabajar en un futuro, en este módulo profundizaremos en las diferentes teorías del envejecimiento que existen, qué cambios se producen cuando envejecemos (tanto a nivel físico como psicológico y social) y qué ocurre cuando envejecemos de forma patológica.

## 2. TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es el **conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas, biológicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos**. La OMS lo define como «el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de la vida» (WHO, 1980).

Es importante considerar que el envejecimiento (Bermejo, 2006):

- a. Es un proceso normal.
- b. Ocurre en todos los seres vivos.
- c. Comienza en el momento de nacer.
- d. Se acentúa en los últimos años. Principalmente se marca en el último 40 % de vida de la persona.
- e. Se produce una limitación de la adaptabilidad.
- f. Es un proceso no uniforme.
- g. Es diferente de una especie a otra. Cada especie tiene un tiempo de vida máximo, útil o esperado. El del humano ronda los 120 años.
- h. Es distinto de un humano a otro.
- i. En un mismo ser humano no todos los órganos envejecen a un mismo tiempo.

Se manejan dos tendencias sobre cómo entender el envejecer:

- Envejecemos desde que nacemos (o incluso antes, en el desarrollo embrionario).

— Nacemos, nos desarrollamos hasta la maduración, y después envejecemos.

Todas las teorías relativas a las causas del envejecimiento aceptan una base biológica que es genética en su origen, es decir, heredamos de nuestros padres el hecho de envejecer y el número de años que podemos vivir está preestablecido, pero, posteriormente, en el transcurso de nuestra existencia, hay factores y hábitos que recortan nuestra vida.

De modo esquemático y resumido, podemos dividir las teorías del envejecimiento en:

- a. *Teorías genéticas*. La información se transfiere por las moléculas de ADN. Algunas células del organismo sólo se pueden dividir un número determinado de veces y están programadas para morir genéticamente, lo que produce el envejecimiento.
- b. *Teorías celulares no genéticas*. El paso del tiempo produce cambios en las células y reducen su efectividad.
- c. *Teorías psicológicas*. El envejecer es el resultado de una crisis de actuación del sistema orgánico o de deterioro en los mecanismos psicológicos de autocontrol.

Con todo ello se llega a la conclusión de que el envejecer es un proceso dinámico y multicausal, y que todas estas teorías tienen un fundamento teórico y práctico, aunque por separado no nos dan la clave única y verdadera.

El proceso de envejecimiento produce cambios en las personas a nivel físico, psicológico y social. Describiremos los cambios más significativos.

## **3. ENVEJECIMIENTO NORMAL**

### **3.1. Nivel físico**

#### *3.1.1. Aspecto general*

- a. Talla: Disminución de talla por la pérdida de calcio óseo, hábitos posturales, pérdida de líquido en los discos interdiscales.
- b. Piel:
  - Se hace menos flexible, más delgada y se rompe con facilidad.

- Se hace más seca y se arruga más.
  - Menos capa de grasa debajo de ella.
  - Más flacidez en zonas móviles.
  - Manchas más grandes.
- c. Peso: Hay una pérdida general de peso de los distintos órganos (huesos, corazón, cerebro, etc.) a pesar de que las células del organismo se van renovando.
- d. Pelo: Se cae más, hay más canas y crece más lento.

### 3.1.2. *Cambios sensoriales*

- a. Vista: Más densidad en el cristalino, pupilas más rígidas, se dilatan menos.
- Presbicia: Menor capacidad de la acomodación de los ojos y peor visión de cerca.
  - Lagrimeo o sequedad ocular: Atrofia de los mecanismos de control de lagrimar los ojos.
  - Cataratas: Pérdida de transparencia del cristalino, visión borrosa e imprecisa.
  - Glaucoma: Producido por mayor presión intraocular.
- b. Oído: Degeneración del oído interno; el tímpano y los huesecillos del oído pierden elasticidad.
- c. Olfato: Atrofia de los bulbos olfatorios, de ahí que les cueste percibir ciertos olores.
- d. Gusto: Saliva más espesa, atrofia en encías, por lo que necesitan más concentración de sabor para discriminar entre comidas.
- e. Tacto: Menor sensibilidad táctil y más sensibles a la temperatura.

### 3.1.3. *Cambios locomotores*

- a. Huesos: Pérdida de masa ósea, menos calcio, más problemas de osteoporosis y huesos más frágiles (especialmente en las mujeres después de la menopausia).

- b. Músculos: Mayor atrofia muscular, menos tono muscular, tarda más en reaccionar y menos elasticidad de cartílagos.

### 3.1.4. Cambios circulatorios

- a. Corazón: Se atrofia, se hace más pequeño y late menos.
- b. Vasos sanguíneos: Se endurecen las arterias, disminución de la circulación de la sangre y mayor presión arterial.
- c. Sangre: Menos hierro en sangre y necesidad de velocidad más alta de sedimentación.

### 3.1.5. Cambios sexuales

- a. En el hombre: Lentitud en la erección, menor rigidez, menor sensibilidad, menor producción de semen, orgasmos más suaves, alopecia corporal.
- b. En la mujer: Disminución de estrógenos, menopausia, menor lubricación vaginal y, más tarde, piel vaginal más fina y pérdida de peso y elasticidad del útero.

Todos estos cambios fisiológicos pueden ocasionar conflictos en la pareja y de insatisfacción sexual.

### 3.1.6. Cambios urinarios

- a. Riñón: Menos nefronas, menos velocidad de filtración y menos flujo sanguíneo.
- b. Vejiga: Menos tono muscular.
- c. Micción: Se puede producir incontinencia por la atrofia muscular.
- d. Hipertrofia prostática: Atrofia de la próstata que produce una retención de orina.

**Nefrona:** Unidad funcional del riñón.

### 3.1.7. Cambios gastrointestinales

- a. Estómago: Se vacía más lentamente.

- b. Intestino grueso: Más cantidad de materia para sentir su llenado.
- c. Enzimas digestivas: Menos secreciones.
- d. Movilidad gastrointestinal: Declive en los movimientos de contracción y relajación del esófago, los movimientos peristálticos del intestino y motilidad del estómago.

### 3.1.8. Cambios inmunológicos

Debilitamiento de nuestro sistema inmune a medida que envejecemos, observándose una disminución de la efectividad para eliminar sustancias extrañas del organismo, por degeneración del timo y la producción de células T.

**Timo:** El timo es una glándula. Por lo regular consta de dos lóbulos y se localiza en el mediastino, entre los pulmones y detrás del esternón. Una capa de tejido conectivo envuelve y mantiene unidos los dos lóbulos tímicos; mientras que una cápsula de tejido conectivo delimita por separado cada lóbulo.

**Células T:** Las células T (o linfocitos T) son los llamados glóbulos blancos, los cuales desempeñan un papel importante en el sistema inmunitario. Existen dos tipos principales de células T. Uno de ellos contiene unas moléculas en su superficie llamadas CD4; estas células, también llamadas 'cooperantes', orquestan la respuesta del cuerpo ante ciertos microorganismos tales como los virus.

## 3.2. Nivel psicológico - cognitivo

### 3.2.1. Inteligencia

A pesar de la gran cantidad de estudios que intentan reflejar los cambios en la inteligencia según las distintas edades y que se dirigen a demostrar que en la vejez la inteligencia se ve afectada, en general se puede decir que:

- a. Las habilidades intelectuales, como la comprensión verbal y el razonamiento aritmético, se mantienen en lo referente a la información, el vocabulario, lo autobiográfico, etc. (esto es lo que se denomina inteligencia cristalizada).
- b. Se produce una leve disminución en las habilidades para los nuevos aprendizajes, en el razonamiento, lo numérico, simbólico, etc. (esto es la inteligencia fluida: la capacidad perceptual, razonamiento inductivo, simbolización).

Pero el factor determinante para pensar en la pérdida de la inteligencia, es la velocidad de procesamiento y la distribución de la información, que disminuye con la edad, aunque todo ello está sujeto a las diferencias individuales.

Debemos ser optimistas en este respecto, ya que la inteligencia se puede mejorar a través de entrenamiento, gracias a la plasticidad cognitiva de nuestro cerebro. El promedio de pérdida de habilidades es reducido si se entrenan éstas, e incluso se pueden mejorar o recuperar ciertas habilidades perdidas.

### 3.2.2. Memoria

Es una de las variables más estudiadas debido a su asociación con las personas mayores, porque es un marcador indicativo de demencia y porque es una queja frecuente.

Tipos de memoria:

**MEMORIA SENSORIAL.** Representa la primera fase en el procesamiento de la información que realizamos dependiendo de modalidades sensoriales. En dicha memoria la información permanece poco tiempo, tan sólo unos segundos, pero si es procesada adecuadamente, la información pasa a la siguiente memoria.

En ella influyen los cambios sensoriales (como los del oído), pero no tiene propiamente cambios importantes que generen limitaciones en nuestro comportamiento cuando envejecemos, aparte de precisar mayor tiempo para extraer la información o fijarla.

**MEMORIA RECIENTE O MEMORIA A CORTO PLAZO.** También llamada memoria primaria o memoria inmediata. La información es retenida tan sólo durante algunos minutos, a no ser que sea reactivada por nosotros. A medida que envejecemos experimentamos dificultades para retener listas de dígitos, principalmente en orden inverso. La rapidez con la que damos una respuesta a una tarea es también mayor, requiriendo más tiempo para procesar la información y dándose, en general, un enlentecimiento en el proceso cognitivo de la información.

**MEMORIA REMOTA O MEMORIA A LARGO PLAZO.** Puede almacenarse en ella una cantidad indeterminada de información durante largos periodos de tiempo.

La información la olvidamos en secuencia inversa al orden en que se aprende (ley de Ribot), por eso, cuando somos mayores tenemos más dificultades para recordar hechos recientes, pero no aquellos que están an-



clados fuertemente en nuestra experiencia individual, como por ejemplo acontecimientos de nuestra niñez o juventud, o muy emocionales. En general se mantiene bastante bien.

En términos generales la memoria es imperfecta en todos nosotros, independientemente de la edad. La atribución de esos déficits de memoria en las personas más jóvenes es distinta que en los más mayores:

Persona mayor: problema estable e interno, porque es mayor.

Nosotros: problema inestable y externo, depende del entorno.

Los déficits que nos podemos encontrar estarán muy relacionados con la complejidad de una tarea determinada, menor velocidad en el procesamiento de la información, menor capacidad de almacenamiento y problemas en la atención.

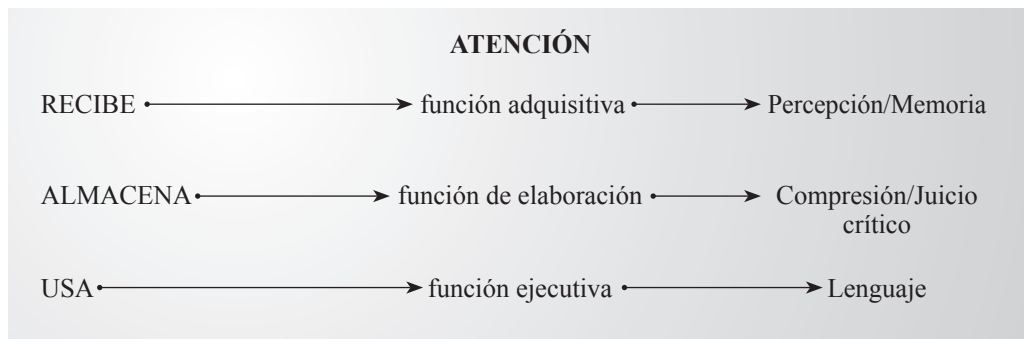
Los cambios son muy heterogéneos, al igual que en la inteligencia, pero la memoria también se puede entrenar y mejorar, tratando entre otros aspectos la focalización de la atención y el incremento de hábitos conductuales.

### 3.2.3. Atención

Es la energía o la capacidad necesaria para apoyar el procesamiento cognitivo.

Es el proceso básico y fundamental para cualquier otro proceso cognitivo:

Las funciones cognitivas son los procesos por los cuales la información se recibe, se almacena y se utiliza:



La atención se puede subdividir en:

**ATENCIÓN SOSTENIDA.** También llamada de vigilancia, es la atención que utilizamos en una tarea cuando la realizamos a lo largo de un tiempo determinado. Cuando envejecemos nos distraemos con más facilidad en las tareas que implican el uso de esta atención y, por lo tanto, no podemos darnos cuenta con igual facilidad que antes de cuál es nuestro objetivo.

**ATENCIÓN DIVIDIDA.** La utilizamos cuando realizamos dos tareas a la vez. Cuando las tareas a realizar son simples, como indicar si un objeto está presente o no en alguna representación, no hay cambios en el proceso de envejecimiento con respecto a otras etapas de nuestra vida; sí se presentan dificultades cuando las tareas son complejas.

**ATENCIÓN SELECTIVA.** La empleamos, por ejemplo, cuando debemos seleccionar señales de un conjunto de estímulos. Si la tarea a realizar es irrelevante y sencilla, no experimentamos grandes dificultades al envejecer.

Cuando somos mayores, todo depende de lo motivados o estimulados que estemos hacia la tarea o suceso al que debemos prestar atención. Si es algo que nos interesa, indudablemente le prestaremos toda la atención que seamos capaces.

A medida que envejecemos hay una pérdida atencional en lo referente a:

- Atención sostenida.
- Velocidad perceptiva.
- Flexibilidad atencional.

Y como consecuencia de todo ello, las personas de edad avanzada tardan más en atender, se concentran menos y les cuesta discriminar la información relevante de la innecesaria.

#### 3.2.4. *Lenguaje*

En términos generales, las capacidades de las personas mayores decaen un poco y son menos eficaces, pero son sólo cambios muy sutiles y ocu-

rrirán con más probabilidad si la información es nueva, compleja, y si el tiempo disponible para el procesamiento es breve.

En cuanto a la Fonología, que se refiere a la utilización y combinación de los diferentes sonidos del lenguaje, durante el envejecimiento queda preservada.

Cuando representamos un objeto dándole un nombre convencional estamos utilizando el léxico, que fijamos gracias a la capacidad cognitiva del lenguaje. Salvo la velocidad a la hora de responder, que es más lenta, no existen diferencias cualitativas en dicha capacidad durante el envejecimiento.

La representación semántica de una palabra se refiere al mismo significado de esa palabra. Cuando envejecemos aparecen dificultades en lo referente a aspectos como la evocación de palabras y la fluidez verbal.

En cuanto a la sintaxis (la combinación de palabras para que adquieran un significado), con el envejecimiento no aparecen efectos en función de una mayor edad, las estructuras complicadas lo son tanto para los jóvenes como para los mayores.

Se podría decir, pues, que los cambios que ocurren en el lenguaje durante el proceso de envejecimiento se reducen a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y a la disminución de la fluidez verbal, y aspectos como el vocabulario o la expresión verbal mejoran en este proceso por las experiencias acumuladas.

La preservación del lenguaje nos está dando pautas de que el proceso de envejecimiento es normal, se adecua a lo esperado.

### 3.2.5. *Personalidad*

Los hipotéticos cambios de la personalidad que sufren las personas mayores, en realidad, son estereotipos que asociamos a sus cambios físicos, y que la sociedad mantiene porque funcionan como telón social.

La mayoría de los estudios realizados en los últimos años demuestran la estabilidad básica de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo.

Si se producen cambios en nuestra personalidad durante el envejecimiento, es por influencia del deterioro físico y la dependencia real o subjetiva

que los cambios en los diversos ámbitos pueden generar en nosotros mismos. Estos cambios pueden acompañarse con pérdida de la autoestima y de aislamiento, lo cual repercute en nuestra red de apoyo social y en nuestras oportunidades de participación en actividades, y eso puede afectarnos.

### 3.3. Nivel social

El envejecimiento está condicionado por unos cambios sociales importantes. Los más llamativos son los cambios de roles; en la mayoría de los casos tendríamos que hablar de pérdida de los mismos, aunque también exista una ganancia en alguno de ellos. Debemos enfrentarnos a procesos de pérdidas habituales y a un mayor aumento de tiempo libre por ocupar.

#### 3.3.1. Jubilación

La jubilación implica una pérdida del papel profesional que se dispensaba a la sociedad, además de conllevar un descenso del poder adquisitivo y del contacto social que proporciona el trabajo, y también un aumento del tiempo libre.

A pesar de todo ello, la adaptación a la jubilación es satisfactoria con la adopción de nuevas rutinas y de nuevas actividades.

Una buena adaptación será mucho más favorecedora si se tiene una buena salud, ingresos económicos suficientes y una red social sólida. Evidentemente, tendrá una adaptación negativa al proceso de la jubilación que ésta venga dada de forma inesperada.

#### 3.3.2. Relaciones familiares

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios en la estructura familiar. Los hijos se hacen mayores y abandonan la casa de sus padres, produciéndose el fenómeno denominado «nido vacío», que en términos generales es aceptado positivamente: hay más tiempo libre, constituye un alivio de responsabilidades y se produce un cambio en la relación, que pasa a ser más «instrumental» y satisfactoria.

La viudedad, como es lógico, es más frecuente a edades avanzadas, siendo las mujeres las más afectadas. La reacción ante la pérdida es muy diversa y compleja, tiene una aparición de sintomatología depresiva que tiende a desaparecer en un plazo de uno a dos años.

## **4. ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO**

El individuo, cuando llega a la vejez, debe adaptarse a nuevas situaciones que en un elevado porcentaje de los casos están marcadas por gran número de pérdidas (de actividad laboral, capacidad económica, posición social, seres queridos, de la propia pareja, capacidad física y psíquica, etc.).

El enorme cúmulo de situaciones nuevas que aparecen fuerzan al anciano a una readaptación a su medio social y familiar, todo lo cual condiciona importantes cambios en su forma de ver las cosas que, asociado al envejecimiento de sus estructuras psíquicas, dan lugar a importantes alteraciones de la conducta en el marco de un envejecimiento psíquico normal. En otras ocasiones todas estas situaciones se pueden agudizar generando un envejecimiento psíquico patológico.

Algunas conductas frecuentes en el anciano normal pueden ser: comportamientos contradictorios, labilidad emocional, repetición de cosas coherentes, repetición de cosas incoherentes, inoportunas e irrelevantes, quejas continuas, exigencias frecuentes, aumento del deseo de cariño (con frecuentes celos) y tendencia a guardarse cosas aferrándose a sus «reliquias» para no perder su identidad.

La persona mayor, situada en un presente inestable y con la visión de un futuro incierto, y en cualquier caso corto, se aferra enormemente a su pasado, que en algunos casos acaba presidiendo toda su vida psíquica.

### **4.1. Trastornos cognitivos**

Afectan a la función intelectual, concretándose en dos cuadros: la demencia y el estado confusional.

### 4.1.1. Demencia

- Definición

Consiste en un deterioro adquirido y persistente de la función intelectual suficiente para interferir la actividad laboral o social del individuo, que cursa con alteración de la memoria, nivel de conciencia normal y afectación de al menos una de las siguientes áreas: alteración del pensamiento abstracto, alteración del juicio, alteraciones en las funciones corticales superiores (afasia, o alteración del lenguaje, apraxia, o alteración de las tareas constructivas y agnosia, o alteración del reconocimiento de lo percibido por los sentidos) o cambios en la personalidad. Debe existir evidencia o presunción de etiología orgánica.

En la actualidad no se considera como una única enfermedad, sino como un síndrome que puede estar causado por más de cien enfermedades, entre las que podemos destacar: anemias, enfermedades inflamatorias malignas, déficit de minerales (sodio, potasio, cloro), fallo renal, enfermedades tiroideas y paratiroideas, déficit de vitamina B12, déficit de ácido fólico, enfermedades del hígado, accidentes cardiovasculares, hidrocefalias, hematomas subdurales crónicos, etc.

Todas estas enfermedades físicas que causan deterioro cognitivo son las denominadas demencias reversibles o demencias secundarias, que corresponderían a un porcentaje del 5-10 % de todas las demencias existentes, y que unas veces por desconocimiento y otras por falta de interés o medios se pueden confundir con las demencias irreversibles y deben ser tratadas.

- Epidemiología

El progresivo aumento de la expectativa de vida ha dado lugar al incremento del número de ancianos y, consecuentemente, al de las enfermedades con mayor incidencia a esta edad, entre ellas, la demencia, que ya empieza a constituir en los países avanzados el tercer problema de salud más importante después de los accidentes cardiovasculares y el cáncer. Se calcula que en la actualidad el 15 % de los mayores

de 65 años y el 40 % de los mayores de 80 padecen algún grado de demencia.

- Clasificación

Básicamente existen demencias primarias y secundarias:

**DEMENCIAS PRIMARIAS.** Incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas que producen demencia como manifestación clínica. Las principales son:

- Demencia degenerativa: enfermedad neurológica degenerativa de etiología desconocida. Es la más frecuente, alcanzando el 50 % de los casos de demencia. La mayoría corresponden a la enfermedad de Alzheimer.
- Demencia vascular: producida por infartos repetidos de la corteza cerebral que producen deterioro progresivo y escalonado. Suponen el 15-10 %.
- Demencia mixta: es una mezcla de las dos anteriores. Aparece en el 15-20 % de los casos.

Otras enfermedades neurológicas que cursan con demencia son: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Pick, corea de Huntington, demencia por cuerpos de Lewy, etc.

**DEMENCIAS SECUNDARIAS.** Aunque se las denomina así, en realidad no son demencias, sino enfermedades sistémicas que si no se diagnostican y no se tratan pueden cursar con demencia (como en el hipotiroidismo, déficit de ácido fólico, etc.) o enfermedades neurológicas no degenerativas que también cursan con demencia (tumores, infecciones, hidrocefalia a presión normal, etc.). Son menos frecuentes y en algunos casos son tratables.

### Tabla 1. Etiología de la demencia. Importancia relativa de las causas más frecuentes

1. Enfermedades de Alzheimer: 50-80 %.
2. Demencia vascular y mixta (Alzheimer y vascular asociadas): 5-15 %.
3. Demencias primarias (o degenerativas) del Sistema Nervioso\*\*: 5-10 %.
4. Alcoholismo crónico y déficits vitamínicos o carenciales: 1-10 %.
5. Procesos expansivos (tumores) e hidrocefalia: 1-2 %.
6. Encefalopatías metabólicas (como hipotiroidismo y otras): 1-5 %.
7. Ingesta crónica de fármacos (múltiples) y/ o tóxicos: 1-2 %.
8. Miscelánea (postrauma craneal, infecciones cerebrales y otras): 1-5 %.

\* *Modificada de Bermejo y del Ser, 1993, y realizada con datos de diversos autores.*

\*\* *Demencia por cuerpos de Lewy o asociada a enfermedad de Parkinson, demencia de Pick, del corea de Huntington y otros.*

- Alteraciones cognitivas

**AMNESIA:** Alteración de la capacidad de formular, codificar y mantener registros de información necesarios para la adaptación del individuo al medio.

**AFASIA:** Alteración adquirida del lenguaje debida a una lesión cerebral que afecta a alguna de las áreas que intervienen en esta capacidad.

**ALEXIA:** Alteración adquirida de la capacidad de leer en un sujeto que ha dominado previamente la lectura.

**AGRAFÍA:** Alteración adquirida de la capacidad de escribir en un sujeto que ha dominado previamente la escritura.

**APRAXIA:** Alteración adquirida de la capacidad de realizar movimientos complejos o coordinados y con finalidad, con preservación de las capacidades motoras de base (la alteración no se debe a temblor, parestia, distonía, etc.) y un pleno conocimiento del acto a realizar (ausencia de trastornos de comportamiento intelectivos generales).

**AGNOSIA:** Alteración adquirida del reconocimiento de los objetos que no se debe a defectos sensoriales primarios, a deterioro mental difuso,



alteración del nivel de conciencia o a la falta de familiaridad previa con el objeto.

#### 4.1.2. *Estado confusional agudo*

- Definición

Es un cuadro clínico de causa orgánica que cursa con alteración del nivel y contenido de la conciencia al que se asocian la disminución de la atención, trastornos de la percepción, de la orientación, del lenguaje, del ciclo sueño-vigilia y de la actividad psicomotora del organismo. El inicio es agudo, la evolución se da con frecuentes oscilaciones, y remite siempre en el plazo máximo de tres meses. También recibe el nombre de *delirium*.

- Etiología

Cualquier proceso agudo con repercusión general en el organismo puede hacer aparecer este cuadro en el anciano, como por ejemplo infecciones, alteraciones metabólicas, traumatismos, tumores, afectación cardiovascular, etc. Es enormemente frecuente en los ingresos hospitalarios donde el estrés producido por la enfermedad se asocia al cambio de medio del anciano. Múltiples fármacos pueden dar lugar también a la aparición de este cuadro.

- Clínica

Aparición brusca de disminución del nivel de conciencia, percepciones imprecisas, ilusiones e interpretaciones delirantes y con frecuencia desorientación temporoespacial y agitación psicomotriz.

El cuadro muestra muchas oscilaciones a lo largo del día con frecuente empeoramiento. Puede durar desde unas horas hasta tres meses, aunque por lo general suele remitir en la primera semana en relación con la curación de la enfermedad o fármaco que lo desencadenó.

- Diagnóstico y Tratamiento

El diagnóstico se realiza mediante la observación del cuadro clínico arriba descrito.

El tratamiento consiste en:

- Tratamiento de la enfermedad subyacente.
- Retirada del posible fármaco causante.

Medidas higiénicas: disminuir los estímulos sensoriales, evitar visitas, procurar que sea atendido siempre por las mismas personas y, si es preciso, efectuar sujeción mecánica para evitar que se autolesione.

Administrar fármacos sedantes si es preciso.

## 4.2. Trastornos afectivos

En este grupo se incluyen las alteraciones del estado de ánimo, ya sea por descenso de éste (depresión) o por exaltación (manía). Se habla de depresión monopolar cuando sus manifestaciones incluyen el cuadro descrito más adelante simplemente como depresión; hablamos de depresión bipolar cuando el estado de ánimo atraviesa temporadas de depresión alternadas con otras de manía.

### 4.2.1. Depresión

Según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), la depresión mayor es el cuadro caracterizado por la pérdida de interés o de alegría (no atribuible a enfermedad orgánica) que dura al menos dos semanas, supone un cambio con la situación previa y afecta al menos a cinco o más de los siguientes síntomas; y uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés por las cosas: El DSM-IV da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc. Desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos distímicos, que tienen más que ver con trastornos de personalidad.

***Trastorno distímico (o distimia):***

Trastorno neurótico crónico de carácter depresivo leve, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado melancólico, triste y apesadumbrado, aunque no tan acusado como en otros tipos de depresión.

El DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

- A) Durante al menos 2 SEMANAS, presencia casi diaria de al menos CINCO de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente.
- 1) Estado de ánimo deprimido.
  - 2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
  - 3) Aumento o disminución de peso/apetito.
  - 4) Insomnio o hipersomnio.
  - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
  - 6) Fatiga o pérdida de energía.
  - 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
  - 8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
  - 9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento).

Se estima que aproximadamente el 2,5 % de los ancianos padecen cuadros depresivos graves y alrededor de un 13 %, depresiones ligeras.

- Clínica

Aparece humor triste presentado de forma pura o encubierto por quejas somáticas o manifestaciones de ansiedad. Hay pérdida de interés por las cosas y dificultad para experimentar placer. La atención y la concentración están disminuidas y en ocasiones también puede estar afectada la memoria

de fijación. El curso del pensamiento está enlentecido y la capacidad de aprendizaje, disminuida.

Hay alteraciones del sueño con dificultad para la conciliación y despertar precoz, disminución del apetito, pérdida de peso, inhibición psicomotora y, en ocasiones, inquietud y agitación.

- Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, identificando el cuadro antes descrito. Hay que apoyarse en la historia clínica y valorar los antecedentes familiares de depresión y los antecedentes personales, prestando especial atención a factores de riesgo como la soledad, el aislamiento y la pérdida reciente de un ser querido.

Hay que descartar la afectación orgánica del sistema nervioso como causa de la depresión.

Cobra especial interés el evaluar el riesgo de suicidio, que en esta edad suele ser más frecuente que en personas más jóvenes.

- Tratamiento

Se puede recurrir al uso de fármacos, psicoterapia o terapia convulsiva en casos necesarios.

Existen fármacos de gran utilidad en el tratamiento de la depresión. En el anciano hay que manejarlos con especial cuidado y a dosis más bajas, vigilando la frecuente aparición de efectos secundarios. Los fármacos utilizados en la actualidad comienzan a manifestar su eficacia a las 3 o 4 semanas del inicio del tratamiento.

La psicoterapia puede ser de gran utilidad y ayuda a la persona mayor para superar situaciones de conflicto y para reintegrarse en su marco social, previniendo la recurrencia de nuevos episodios depresivos.

La terapia convulsiva o electroshock, que se basa en la aplicación de una corriente de bajo voltaje, tiene escasa indicación en el anciano y sólo

se recomienda en el caso de que aparezcan alucinaciones importantes, inhibición psicomotora o alto riesgo de suicidio.

#### 4.2.2. *Manía*

Se caracteriza por exaltación del estado de ánimo con euforia, hiperactividad, aceleración del curso del pensamiento, dificultad en la concentración, ideas de grandiosidad y actitudes sociales inadecuadas. En ocasiones puede existir una ideación paranoide.

Es mucho menos frecuente que la depresión y suele aparecer asociada a ella en el marco de las depresiones bipolares (maniaco-depresivo).

El seguimiento debe hacerse muy de cerca, dado el alto riesgo de conductas agresivas para los demás o para el propio anciano, al que sus ideas de grandiosidad le pueden arrastrar a actos peligrosos.

### 4.3. **Trastornos por ansiedad**

Son cuadros de gran incidencia en los ancianos. Incluyen trastornos fóbicos (agorafobia, o miedo a los espacios abiertos, fobia social y fobia simple) y estados de ansiedad (trastornos de pánico, de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivos y post-traumáticos de estrés).

- *Clínica*

Básicamente se caracteriza por un miedo irracional con sensación de peligro inminente y vivencia catastrófica. El cuadro se suele acompañar de gran cortejo neurovegetativo (sudoración fría, taquicardia, etc.).

Hay alteración del sueño, irritabilidad, inquietud psicomotora y síntomas somáticos que el anciano relaciona con otros órganos. Es importante resaltar esto último, pues en ocasiones son los únicos síntomas que el anciano relata cuando llega a la consulta, por lo que si no se piensa en un trastorno de ansiedad, se puede terminar tratando cualquier padecimiento orgánico cuando el problema real que lo está originando es la ansiedad.

El paciente puede presentar síntomas respiratorios (tos, disnea, hipo, bostezos, afonía...), cardiovasculares (palpitaciones, dolor precordial...), digestivos (náuseas, vómitos, diarreas, sequedad de boca...), genitourinarios (poliuria, polaquiuria...) o del sistema nervioso (temblores, etc.).

**Polaquiuria:** Síntoma urinario, componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.

En ocasiones pueden asociarse a un cuadro depresivo o ser consecuencia de la toma de alcohol o drogas.

- *Diagnóstico y tratamiento*

El diagnóstico se efectúa a través de la clínica. El tratamiento se realiza mediante fármacos ansiolíticos que conviene asociar a psicoterapia y terapias de relajación.

Son pacientes que reclaman mucha atención médica, debido al miedo que tienen a padecer una enfermedad grave, y aunque se observe que la mayor parte de sus síntomas no corresponden en realidad a ninguna enfermedad orgánica, hay que evitar el rechazo que con frecuencia se les demuestra a estos pacientes, comunicándoles que no tienen nada y que sus síntomas son producto de su imaginación. Por el contrario, una actitud comprensiva y la explicación detallada de la enfermedad que padecen pueden hacer mucho bien al paciente y contribuir a una más rápida recuperación.

#### 4.4. Trastornos paranoides

Son alteraciones que consisten habitualmente en delirios de tipo persecutorio: el anciano cree en la existencia de una gran trama de situaciones y personas aliadas con el único fin de producirle algún perjuicio.

- *Clínica*

Pueden presentarse de forma aislada en ancianos sin evidencia de ninguna otra patología psiquiátrica o, lo que es más frecuente, asociarse a

otras entidades como la depresión, la demencia, el *delirium*, el alcoholismo, etc.

Cuando se presentan de forma aislada o se asocian a patologías que no producen deterioro intelectual importante, el delirio suele estar perfectamente organizado y el anciano es capaz de dar múltiples detalles de la trama que se organiza en su contra.

El cuadro suele instalarse con mayor frecuencia en personalidades paranoides caracterizadas por rasgos de rigidez, susceptibilidad, intransigencia y agresividad contra el entorno.

El delirio suele ir relacionado con las personas de su entorno (familiares, cuidadores, vecinos) y toma forma de persecución, envenenamiento, robo, etc., lo cual puede generar importantes problemas de convivencia.

- *Diagnóstico*

Al diagnóstico del cuadro que se lleva a cabo a través de la clínica y la entrevista con el anciano conviene asociar el diagnóstico del posible cuadro psicopatológico asociado.

- *Tratamiento*

El tratamiento suele ser difícil, en primer lugar, porque el enfermo no tiene conciencia de enfermedad y, en segundo lugar, porque desconfía de todo el mundo, incluido el personal sanitario; cualquier fármaco que se le administre puede considerarlo como un «veneno» para matarle. Los fármacos orientados al tratamiento específico del cuadro paranoide son los neurolépticos, que deben ser asociados al tratamiento específico de los cuadros psicopatológicos primarios (depresión, delirio, etc.).

## 5. INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA

Como ya se dijo anteriormente, la Psicogerontología es una disciplina derivada de la Gerontología y también es una rama de la Psicología Evolutiva, que se ocupa del estudio de las últimas etapas del ciclo vital.

El psicogerontólogo es el psicólogo que aplica sus conocimientos de Psicología al ámbito de las personas mayores. Sus funciones con los ancianos son las mismas que con cualquier persona, adaptándose a las características ya mencionadas de envejecimiento normal y envejecimiento patológico. Este profesional es el encargado de realizar las intervenciones psicogerontológicas, en muchas ocasiones, con la ayuda de otros profesionales.

A continuación, en los siguientes puntos, se expone parte del documento elaborado por el Colegio Oficial de Psicólogos para su difusión con motivo de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, abril de 2002) y del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, como síntesis de la contribución de la psicología al estudio del envejecimiento y de la aportación de los psicólogos especialistas en personas mayores a la mejora de la salud, bienestar, calidad de vida y desarrollo humano en los mayores.

## **6. LAS ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOGERONTOLOGÍA**

La Psicogerontología se debe centrar, principalmente, en:

- a) Factores de riesgo conductuales y psicológicos del envejecimiento patológico.
- b) La persona mayor vulnerable como objetivo de la Psicología Clínica.
- c) La evaluación e intervención de los trastornos del comportamiento y psicológicos, y los déficits de las personas mayores vulnerables en cuanto a:
  - i. Deterioro cognitivo.
  - ii. Trastornos afectivos y emocionales.
  - iii. Actividad de la vida diaria y capacidades funcionales y dependencia.
  - iv. Problemas de salud (p. ej.: trastornos del sueño, dolor de cabeza, dolor crónico, etc.).
- d) Intervención basada en el apoyo social como amortiguador de los trastornos mentales.



- e) Entrenamiento y apoyo de los sistemas formales e informales de asistencia de las personas mayores.
  - i. La familia y la asistencia formal.
  - ii. El entrenamiento y el apoyo del sistema de asistencia formal.
  - iii. La intervención conductual en los sistemas sanitarios y sociales para las personas mayores: adhesión al tratamiento, afrontamiento del estrés, cuidados paliativos, etc.

## **7 FUNCIONES DEL PSICogerontólogo**

Las principales funciones que debe llevar a cabo un psicogerontólogo son:

- a) Evaluación psicológica de la persona mayor.
- b) Planificación y desarrollo de programas de intervención psicológica.
- c) Elaboración y presentación de informes psicológicos.
- d) Terapias psicológicas individuales y grupales.
- e) Déficits cognitivos.
- f) Trastornos emocionales.
- g) Disfunciones conductuales (motoras).
- h) Asesoramiento gerontológico.
- i) Cambio conductual para implantar estilos de vida adaptativos y saludables (promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación).
- j) Asesoramiento, formación y apoyo a familias.
- k) Asesoramiento, formación y apoyo sobre aspectos psicológicos a profesionales geriátricos y gerontológicos.
- l) Apoyo en situaciones de Burnout en contextos de atención formal e informal.
- m) Evaluación y adaptación persona-ambiente en contextos comunitarios y residenciales.
- n) Apoyo psicológico en situaciones de dificultad emocional.
- o) Coordinación de equipos multidisciplinares.

## 8. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA

Algunos programas de intervención que puede realizar el psicogerontólogo son:

*En el ámbito de la salud:*

- a) Promoción de la salud y prevención de enfermedades: enseñar estilos de vida saludables.
- b) Capacidad funcional y actividades de la vida diaria.
- c) Apoyo psicológico en la rehabilitación.
- d) Programa de compensación cognitiva.
- e) Programas de entrenamiento de la memoria.
- f) Programas de psicoestimulación para pacientes de demencia.
- g) Psicoterapia de desórdenes emocionales.
- h) Entrenamiento en relajación.
- i) Apoyo psicológico en cuidados paliativos.

*En el ámbito de las relaciones sociales:*

- a) Entrenamiento en habilidades sociales.
- b) Entrenamiento en solución de problemas.
- c) Escuelas de abuelos.
- d) Abuelos como educadores.
- e) Programas de interacción persona-ambiente.

*En el ámbito de las familias:*

- a) Asesoramiento familiar.
- b) Apoyo familiar en situaciones estresantes.
- c) Grupos de autoayuda.

*Programas para el sistema de atención formal:*

- a) Entrenamiento en los aspectos psicológicos de los sistemas de atención formal para la atención de las personas mayores.

- b) Entrenamiento en apoyo en situaciones de Burnout o estrés profesional.
- c) Entrenamiento a otros que trabajan con mayores.

*En el ámbito de la educación, ocio y contextos sociales:*

- a) Cambio de prejuicios e imagen negativa sobre el envejecimiento.
- b) Programas de envejecimiento activo.
- c) Mejora psicológica en programas de ocio.
- d) Programas educativos para mayores.
- e) Programas de seguridad vial para mayores.
- f) Asesoramiento profesional para los trabajadores mayores.
- g) Mayores como voluntarios.
- h) Programas de calidad de vida.

*En el ámbito de los mayores vulnerables:*

- a) Alzheimer y otras demencias.
- b) Aislamiento, soledad y depresión.
- c) Cuidados paliativos/enfermedad terminal.
- d) Abuso y malos tratos.
- e) Abuelos como padres sustitutivos.
- f) Mayores discapacitados.
- g) Mayores inmigrantes.



## **Módulo 3**

# **Cuidados básicos a la persona de edad avanzada**

Juan Santiago Martín Duarte

*Enfermero Gerontólogo. Residencia Casa Quinta de Ciempozuelos.*



## CONTENIDO

1. Introducción.
2. El envejecimiento: cambios anatómicos y fisiológicos.
3. Síndromes geriátricos más frecuentes.
  - 3.1. *El síndrome de inmovilidad,*
  - 3.2. *El síndrome de caída,*
  - 3.3. *La incontinencia urinaria,*
  - 3.4. *Delirio o síndrome confusional agudo,*
4. Nutrición y dietética en la persona de edad avanzada.
  - 4.1. *Evaluación del estado nutricional,*
  - 4.2. *Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional,*
  - 4.3. *Áreas de intervención nutricional en el anciano,*
5. Conceptos básicos sobre el uso racional de fármacos en la persona de edad avanzada.
6. Primeros auxilios al anciano.
  - 6.1. *Atragantamientos,*
  - 6.2. *Heridas,*
  - 6.3. *Hemorragias,*
  - 6.4. *Quemaduras,*
  - 6.5. *Golpe de calor,*
  - 6.6. *Acción del frío sobre el organismo,*
  - 6.7. *Shock,*
  - 6.8. *Reanimación cardiopulmonar (RCP),*
7. Principios en el cuidado del anciano terminal.
  - 7.1. *¿Qué se conoce por enfermedad terminal?*
  - 7.2. *Cuidados paliativos al anciano terminal,*
  - 7.3. *Signos y síntomas de muerte inminente,*
  - 7.4. *Cuidados a la familia,*
  - 7.5. *Cuidados postmortem,*

## MÓDULO 3

# Cuidados básicos a la persona de edad avanzada

El objetivo fundamental en el cuidado a las personas mayores es prolongar la autonomía física, psíquica y social de las mismas para conseguir una vejez saludable durante el mayor tiempo posible: «No hay que dar años a la vida, sino vida a los años».

### 1. INTRODUCCIÓN

Los avances médicos están transformando nuestras vidas y nuestra sociedad. La duración de la vida es el mejor indicador sanitario y ésta se ha duplicado en este siglo. La edad se empieza a ver como un conjunto de enfermedades tratables. Males como, por ejemplo, el Alzheimer, la arterosclerosis, el cáncer o el Parkinson esperan ser vencidos por los avances en genética. De hecho, durante la juventud, el cuerpo se mantiene en tan buen estado gracias a la sustitución sistemática de células y tejidos desgastados.

Si fuésemos capaces de saber cómo se realiza ese proceso de reparación, podríamos mantener nuestro cuerpo funcionando regularmente, quizás de una forma perpetua. La próxima revolución será la aplicación

sistemática de la medicina basada en los genes para regular y reparar los tejidos deteriorados.

Las células enfermas, los tejidos y los órganos podrán ser generados nuevamente, no reemplazados, ya que volverán a funcionar gracias a que crecerá en ellos tejido sano. Llegará un punto en que se vivirá lo más posible con la mejor calidad de vida.

## 2. EL ENVEJECIMIENTO: CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

En el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Esos cambios, que son normales, con los años conducen a una serie de modificaciones fisiopatológicas que llevan, en muchos casos, a la persona de edad avanzada (mayor de 70 años) a padecer una o varias enfermedades.

### Anatomía general

Entre los 30 y los 40 años se llega a alcanzar el máximo de altura, posteriormente se va disminuyendo 5 cm. por año; este cambio se halla más acentuado en las mujeres. Dicha modificación se debe tanto a cambios posturales (mayor flexión de las caderas y rodillas), como a la disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

Igualmente, el peso llega a su máximo a los 50 años y posteriormente disminuye. El tejido graso aumenta entre un 15 y un 30 % entre los 40 y 55 años para, a partir de aquí, ir disminuyendo aproximadamente en un 20 % de promedio.

**Faneras:** La piel está formada por varias capas: epidermis, dermis, vasos sanguíneos y linfáticos, fibras nerviosas y faneras o apéndices. Así, éstas últimas son las uñas, los pelos, las glándulas sudoríparas y sebáceas con sus conductos.

### Piel y faneras

La piel, debida a su extensión, es el órgano que se ve más afectado por el medio ambiente a través de los años, especialmente debido a la luz solar. Se va haciendo más delgada, más seca, más transparente y volviéndose menos elástica, arrugada, y adquiere un color amarillento.

La dermis va perdiendo colágeno, y van apareciendo las arrugas. La hipodermis adelgaza debido a la disminución del tejido graso.

Los folículos pilosos se atrofian. Las uñas crecen más lentamente, aumenta su grosor y se vuelven más duras y opacas.

Al perder elasticidad la piel, los pequeños traumatismos (golpes y contusiones) pueden provocar la ruptura de los vasos capilares, produciéndose hematomas por extravasación de sangre.

## Sistema musculoesquelético

Entre los 30 y los 80 años se va perdiendo aproximadamente un 30-40 % de la masa muscular, y ello se acelera con la edad. La fuerza muscular va disminuyendo y la remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta.

Debido a la pérdida de masa ósea puede producirse osteoporosis, enfermedad que se da fundamentalmente en caderas, fémures y vértebras.

## Sistema nervioso

Con el tiempo, se ve afectado de manera importante. El peso del cerebro disminuye con la edad, y el riego sanguíneo cerebral se reduce en un 20 %, produciéndose alteraciones en el flujo.

La pérdida de neuronas es habitual, afectando fundamentalmente a la circunvolución temporal superior que pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10 %. La mayor pérdida corresponde a los grupos de neuronas largas como los haces piramidales, entre otras, mientras que en los grupos de núcleos del tronco cerebral e hipotálamo las pérdidas son reducidas.

La mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones entre las dendritas, enlenteciendo el sistema.

**Mielina:** Sustancia formada por proteínas que cubre las neuronas con el fin de hacer más rápidas las conexiones entre unas neuronas y otras (sinapsis). Actúa como aislante y recubre una parte de las neuronas llamada axón. Se la conoce como «sustancia blanca», ya que es de color blancuzco.

**Dendritas:** Consisten en la prolongación ramificada de las células nerviosas o neuronas. Sirven como receptores de los impulsos nerviosos provenientes de un axón perteneciente a otra neurona.



Los cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones.

El sueño se ve alterado, reduciéndose la fase 3 y fundamentalmente la fase 4 de sueño profundo, apareciendo dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

## Oído y audición

La acumulación de cerumen en el oído externo ocasiona una falta de audición; igualmente, existen cambios en el oído medio e interno, lo que provoca una pérdida de audición fundamentalmente en los tonos bajos.

## Ojo y visión

La órbita ocular pierde grasa, produciéndose el efecto de ojos hundidos. Las estructuras del ojo se ven afectadas y hay una reducción de los conos ocasionando pérdida de agudeza visual con los años.

**Glucagón:** Hormona producida por el páncreas. Se usa para aumentar el nivel bajo de azúcar en la sangre. También se usa para realizar exámenes de diagnóstico en el estómago y otros órganos digestivos.

## Sistema endocrino

La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad; a nivel de la **glucosa e insulina** se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la secreción pancreática de insulina, aunque la secreción y efecto del glucagón están conservados.

Con los años el **tiroides** se vuelve más fibroso y nodular, aumentando la incidencia de los fenómenos autoinmunes contra éste.

**Calcitonina:** Hormona producida por unas células de la glándula tiroides. Interviene en la regulación del calcio, y su actividad principal es inhibir la resorción ósea (depósito y eliminación de fósforo en el hueso) mediante la reducción de la actividad de determinadas células óseas (osteoclastos).  
Disminuye los niveles de calcio en sangre (hipocalcemia) y reduce el dolor óseo.

La **hormona paratiroidea** se muestra activada para mantener los niveles de calcio, y la **calcitonina** mantiene su actividad.

El envejecimiento provoca pérdida del contenido de esteroides; asimismo se pierde la capacidad de tolerar el estrés al disminuir la secreción de glucocorticoides.

## Sistema inmune

La pérdida de inmunidad de la persona de edad avanzada hará que tenga menos respuesta a las infecciones, y éstas aumentarán.

## Sangre y coagulación

Una adecuada nutrición y la ausencia de patologías asociadas debería evitar la aparición de anemia.

## Sistema cardiovascular

Es muy difícil separar los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de las enfermedades que aparecen a través de los años. El corazón de la persona mayor suele ser capaz de mantener adecuadamente su trabajo para suplir las necesidades del paciente, pero su adaptación al estrés se reduce poco a poco con los años.

## Sistema respiratorio

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones de este sistema. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna vertebral suele presentar cifosis. Igualmente existe aumento de la secreción mucosa de la pared bronquial.

**Cifosis:** Curvatura de la columna vertebral de 45 grados o mayor en la parte superior de la espalda (la curvatura normal es de entre 20 y 45 grados). Es semejante a una joroba.

El esfuerzo espiratorio disminuye por pérdida de elasticidad de los bronquios y la ventilación pulmonar se ve afectada en la medida en que se pierde fuerza muscular en los músculos respiratorios, lo que ocasiona una disminución de la presión arterial de oxígeno.

## Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer

Los cambios que se producen a nivel de la corteza cerebral del enfermo de Alzheimer son muy importantes. Esto sólo puede ser estudiado por medio de la necropsia.

**Necropsia:** Autopsia del tejido cerebral una vez el paciente ha fallecido.

A nivel microscópico, se observan ovillos neurofibrilares y numerosas placas seniles (estructuras redondas u ovaladas formadas por neuronas destruidas) que se acumulan en la corteza cerebral alterando funciones como la memoria, lenguaje, aprendizaje, etc.

Asimismo puede apreciarse a través del microscopio una pérdida importante de neuronas que ocasiona la disminución del riego sanguíneo en dicha corteza.

En cuanto a las sustancias que transmiten la información de neurona a neurona (neurotransmisores), se encuentra un déficit en un neurotransmisor denominado Acetilcolina, que actúa sobre el sistema nervioso simpático y otras áreas del sistema nervioso central.

### 3. SÍNDROMES GERIÁTICOS MÁS FRECUENTES

Habitualmente las personas de edad avanzada presentan manifestaciones atípicas de enfermedad entre los que destacan los llamados síndromes geriátricos: la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y el delirio como más importantes.

Por este motivo, es necesario que se conozcan de forma general sus características, su manejo y prevención.

#### 3.1. El síndrome de inmovilidad

Por inmovilización se conoce la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria debido al deterioro de funciones relacionadas con el sistema musculoesquelético.

Epidemiológicamente se observa que a partir de los 75 años, más del 50 % de las personas mayores tienen problemas para salir de su casa, quedando un 20 % confinados en su domicilio.

Causas de la inmovilidad: a) dolor y rigidez; b) parálisis y parestias; c) debilidad generalizada; d) alteraciones de los órganos de los sentidos; e) confusión, demencia y depresión; f) iatrogenia y miedo a caerse; g) incontinencia.

En el 80 % de los casos, los factores que llevan a la inmovilidad son múltiples, encontrándose en el 20 % una sola causa de inmovilidad.

Las consecuencias pueden dividirse en:

- **Físicas:** debilidad, desnutrición, hipotermia, reagudización de enfermedades pulmonares; a nivel cardiovascular pueden aparecer trombosis venosas profundas, hipotensión, etc. A nivel digestivo, anorexia, estreñimiento e incontinencia fecal. En el sistema urinario, incontinencia urinaria, retención o cálculos renales. A nivel loco motor, contracturas, atrofas y osteoporosis. En la piel, úlceras por presión. Inestabilidad, caídas y miedo a las caídas.
- **Mentales:** depresión, delirio y ansiedad.
- **Sociales:** dependencia, aislamiento e institucionalización.

Debe valorarse la capacidad para la movilización, en la cama, en el traslado de la cama a una silla, la movilidad en la silla, la movilidad en la silla de ruedas, el equilibrio de pie (sin dejarle solo nunca) y la marcha. Esta valoración debe realizarla el médico de cabecera.

Las úlceras por presión, que se estudiarán más adelante, son el resultado de la compresión ejercida sobre una prominencia ósea.

### *Tratamiento y prevención*

El facultativo tratará las causas médicas detectadas poniendo los tratamientos que crea más convenientes y vigilando de aplicar las pruebas funcionales que indiquen la positiva o negativa respuesta al tratamiento.

Los cuidadores deben controlar los efectos de aquellos fármacos que dificultan la movilidad del paciente y limitar el uso de restricciones físicas (sujeciones mecánicas, etc.).

### *Cuidados básicos al paciente con síndrome de inmovilidad*

- Revisar diariamente y controlar las enfermedades que la persona padece.
- Realizarle movilizaciones pasivas de sus articulaciones con el objeto de mejorar la flexibilidad y circulación de las mismas, así como evitar el anquilosamiento o rigidez.
- Observar signos de edemas, cambios de color, en extremidades inferiores avisando en caso de observar cualquier anomalía.
- Tener acondicionados los espacios por los que el paciente ha de moverse, eliminando todas las barreras y obstáculos que puedan provocarle una caída (moquetas, cables sueltos por el suelo, terrazo mojado y resbaladizo, etc.).
- No tener nunca prisa cuando se acompañe a una persona de edad avanzada, tener toda la paciencia del mundo para darle tiempo a que pueda llegar a todos los sitios.

### **3.2. El síndrome de caída**

La caída es definida como una precipitación al suelo, de forma repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo.

Los accidentes son la sexta causa de mortalidad en personas mayores de 75 años y las caídas son la principal causa.

La complicación más frecuente suele ser la fractura de cadera, y ésta, a su vez, los vuelve más vulnerables para la hospitalización y dependencia.

La mayor parte de las caídas son ocasionadas por diversas causas, que se dividen en aquellas relacionadas con el paciente y en aquellas externas a éste.

#### *Relacionadas con la persona mayor:*

- Edad: ocasiona una disminución de los reflejos y del tono muscular, así como un aumento del balanceo postural (debilidad muscular).
- Cambios en la marcha: eleva menos los pies al caminar, da los pasos más cortos y menor velocidad (alteraciones de la marcha y el equilibrio).

- Enfermedades agudas y crónicas (a mayor número de enfermedades se produce un aumento del riesgo de caída).
- Consumo de ciertos medicamentos (narcóticos, hipnóticos, ansiolíticos, vasodilatadores, antidepresivos, diuréticos, digitálicos, algunos betabloqueantes y algunos antihipertensivos, y alcohol). Pueden retardar el estado de alerta, afectar al control postural, retardar la conducción central o alterar la perfusión cerebral.

*Relacionadas con el entorno:*

- Suelos: mojados, deslizantes o con alfombras o moquetas.
- Cuartos de baño: sin barreras de apoyo, retretes de altura inadecuada, ausencia de antiderrapantes.
- Cocina: difícil acceso a los utensilios.
- Dormitorio: cama de altura inadecuada, generalmente demasiado alta.
- Escaleras: falta de pasamanos o escalones con la altura inadecuada.
- Iluminación: defectuosa o excesiva, interruptores de difícil acceso.
- Ropa: mal ajustada, zapatos estrechos y de suela resbaladiza, tacones altos, etc.

A los factores de riesgo citados más importantes para la aparición de caídas hay que añadir:

- Deterioro de las funciones mentales.
- Deterioro en las actividades de la vida diaria.
- Consumo simultáneo de varios fármacos.

*Consecuencias:*

- Inmediatas: lesiones en partes blandas y fracturas que son más frecuentes en la cadera, el fémur y las costillas.

Dificultad para levantarse, lo que puede provocarle si permanece en el suelo más de una hora, deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos.

- Tardías: limitación en sus funciones que puede llevarle a la inmovilidad.

- Síndrome poscaída: falta de confianza del paciente por miedo a volver a caerse llegando al aislamiento y a la depresión.

### *Prevención y tratamiento:*

Lo más importante es prevenir las caídas sin limitar la movilización, la independencia y las actividades de la vida diaria.

#### **Cuidados básicos para prevenir las caídas**

- Saber qué enfermedades y medicamentos pueden ocasionar caídas.
- Revisar anualmente la visión, utilizando gafas si se necesitan.
- Acudir al podólogo como mínimo cada 3 meses.
- Utilizar calzado adecuado que no sea inestable (estrechos de tacón).
- Realizar ejercicio físico y dieta adecuada.
- Realizar actividades de la vida diaria tan pronto como sea posible después de una caída.
- Tomarse el tiempo necesario para levantarse de la cama o de una silla.
- Usar bastón, andador u otro material que precise.
- Estar alerta.

### **3.3. La incontinencia urinaria**

Consiste en la pérdida involuntaria de orina que es objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico.

La predisposición de la persona de edad avanzada a la incontinencia se debe a cambios cerebrales del envejecimiento que afectan al control de la micción, así como a la disminución de la capacidad de la vejiga, de la distensión de la pared vesical, de la capacidad para posponer la micción, de la aceptabilidad y de la presión del cierre de la uretra, y de la velocidad del flujo urinario.

El envejecimiento por sí mismo no es la causa de dicho síndrome, para que se presente tiene que existir un factor adicional que la origina.

La incontinencia urinaria puede ser aguda o pasajera, si tiene una duración de tres a cuatro semanas, y crónica o persistente, si su duración es de más de cuatro semanas.

Generalmente la incontinencia urinaria aguda se asocia con enfermedad aguda o con ciertos medicamentos (diuréticos, anticolinérgicos, antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos).

### *Incontinencia urinaria crónica o persistente*

Se distinguen cinco tipos:

1.º Incontinencia urinaria de estrés. Se presenta con aumentos de la presión abdominal y se desencadena cuando el paciente tose, se ríe o hace ejercicio.

Es más frecuente en las mujeres, sobre todo en aquellas que tuvieron varios hijos (múltiparas), por atrofia uretral y debilidad en el suelo pélvico.

En el hombre puede presentarse debido a alteraciones uretrales posquirúrgicas. Se caracteriza por pérdidas de pequeño volumen que ocurren simultáneamente al esfuerzo.

2.º Incontinencia urinaria de urgencia. Debida a:

a) Contracciones involuntarias vesicales por lesión central cerebral (demencia).

b) Pérdida de distensión vesical por diversas causas, entre ellas, cistitis crónica.

c) Contracciones involuntarias relacionadas con alteraciones del tracto genitourinario inferior debido, entre otras causas, a infecciones, cálculos, tumores, hipertrofia prostática.

3.º Incontinencia urinaria por rebosamiento. Asociada a vejiga distendida y llena, la causa más frecuente es la obstrucción debido a patología prostática. Se caracteriza por pérdidas de pequeño volumen y la presencia de una vejiga distendida y palpable.

4.º Incontinencia urinaria funcional. Se produce cuando existe una incapacidad física, factores ambientales o deterioro cognitivo presentando normalidad en el tracto genitourinario inferior.

Puede presentarse en pacientes con inmovilidad, desorientación espacial, depresión o en aquellos en los que el acceso al baño es difícil o la



disponibilidad del personal auxiliar que lo atiende no es la adecuada. Fundamentalmente se observa durante la noche.

5.º Incontinencia urinaria mixta. Consiste en una combinación variable de las anteriores, siendo más frecuente la asociación de la incontinencia de estrés y la de urgencia, principalmente en mujeres ancianas.

La evaluación es realizada por el médico correspondiente, quien realizará el diagnóstico en todas sus áreas: física, mental, emocional, social y ambiental, así como los estudios complementarios que estime convenientes (análisis de sangre y orina, medición del volumen residual, etc.).

Finalmente, hay que recordar que existen pacientes que no son susceptibles de tratamiento curativo, pero que, sin embargo, es fundamental proporcionarles una «continencia social», evitando que se aíslen o sean rechazados por la sociedad.

### Cuidados básicos al paciente con incontinencia

- Enseñar al paciente técnicas de relajación para disminuir la ansiedad que generan los escapes de orina.
- Implantar un horario regular para acompañar al paciente al aseo al objeto de que miccione con frecuencia.
- Controlar minuciosamente la eliminación vesical, utilizando una hoja de registro de micciones.
- Sustituir con la mayor rapidez los absorbentes (pañales) en el momento en que estén mojados.
- Evitar que la piel se macere debido al contacto con el absorbente húmedo.
- Sustituir la ropa de cama cuando lo precise.
- Extremar las medidas de asepsia para evitar infecciones (lavado de manos antes y después de ponerle al baño, etc.).
- Evitar el estreñimiento al objeto de que la presión abdominal no favorezca la incontinencia.
- Utilizar los dispositivos existentes en el mercado para evitar que el paciente tenga la zona pélvica húmeda.
- Evitar ropas apretadas y con cierres o cremalleras (usar velcro), para así responder a la micción lo antes posible.

En cuanto a los cuidados que precisa una sonda vesical, así como otros aspectos, se explican en el apartado correspondiente.

### 3.4. Delirio o síndrome confusional agudo

Consiste en una alteración del estado mental agudo y reversible.

Existe una serie de criterios diagnósticos para definirlo, siendo los más utilizados:

- Alteración de la conciencia con disminución de la capacidad para mantener o dirigir la atención.
- Cambio de las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración de percepción que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- La alteración se presenta en un corto espacio de tiempo (habitualmente en horas o días) y fluctúa a lo largo del día.
- Demostración a través de la historia clínica o de las pruebas de laboratorio de que el delirio tiene una o varias causas orgánicas.

El delirio puede ser el primer indicador de una demencia subyacente, o por el contrario, la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo del delirio.

#### *Factores de riesgo*

- Edad: a mayor edad aumenta su incidencia.
- El estado nutricional: pueden darse dificultades de masticación por falta de piezas dentarias; también puede haber una malnutrición por causas psicológicas —como la depresión— o sociales —como la escasa pensión que reciben algunos—, o bien por las tendencias al aislamiento sin darle importancia a una buena alimentación.
- La disminución de la agudeza visual o auditiva contribuye al aislamiento y aumenta la inseguridad y el temor ante cualquier cambio de ambiente, dificultando su adaptación.
- Las situaciones de estrés psicológico, como son la muerte de un ser querido, o el miedo a la tecnología cuando ingresa a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico.
- Los cambios de domicilio, ya sea por tener que irse a vivir con algún familiar, o en el caso de tener que estar cambiando de vivienda

constantemente, para irse a vivir con diferentes hijos, dificultándose su adaptación.

- El consumo excesivo de fármacos o alcohol puede llevar a presentar efectos secundarios, ya sea por error en la dosis tomada o por duplicación de toma.

Todos estos factores pueden llevar al adulto mayor a un alto riesgo de presentar un cuadro de delirio.

La clínica tiene un inicio generalmente brusco, desarrollándose en el curso de varias horas o días, presentando fluctuaciones a lo largo de las jornadas, pero al comenzar a oscurecer comienza la agitación. Es frecuente que se presente un cuadro de intranquilidad, hipersensibilidad a los estímulos visuales y auditivos, e inversión del ritmo sueño-vigilia.

Se conocen tres tipos de delirio:

- 1.º Hipoactivo: el paciente está letárgico y adormilado, responde lentamente a las preguntas, casi no es capaz de iniciar ninguna acción, y es fácilmente diagnosticado como deprimido.
- 2.º Hiperactivo: el paciente se encuentra inquieto y agitado. Se observa fundamentalmente al suspender de forma brusca el alcohol o los sedantes.
- 3.º Mixto: se caracteriza por cambios impredecibles de hipoactividad a hiperactividad, o viceversa.

### *Evaluación*

El facultativo elaborará una historia clínica completa que incluirá un examen mental y diversas pruebas (memoria, concentración, razonamiento, apraxia motora y constructiva).

Historia farmacológica con puesta al día de los fármacos que la persona analizada esté tomando.

Exploración física junto con un examen neurológico.

Examen de laboratorio: análisis completo de sangre y orina. Otros: tiamina, niveles de folatos, pruebas tiroideas.

Electrocardiograma y placas de rayos X.

Pruebas de diagnóstico por medio de electroencefalograma, tomografía computerizada. Muy importantes para realizar un diagnóstico diferencial con las demencias.

### *Tratamiento*

- a) Preventivo: en primer lugar deben identificarse los factores de riesgo, para evitar que se instaure el cuadro de delirio. En segundo lugar, hay que tener en cuenta los siguientes parámetros:
  - Evitar cambios repetidos de habitación.
  - Disponer en todo instante de iluminación adecuada.
  - Fomentar la comunicación con el anciano enfermo.
- b) Farmacológico: generalmente el médico va a pautar la administración de haloperidol (uno de los medicamentos más empleados por su potencial antipsicótico y sus menores efectos secundarios).

Algunos antidepresivos han demostrado eficacia en la sedación nocturna y en la agitación resistente a neurolepticos.

Las benzodiacepinas se emplean raramente, ya que pueden inducir una respuesta paradójica con aumento de la agitación o efecto rebote en los momentos de privación. Su empleo se limita a pacientes con una gran ansiedad y cuando la privación de estos fármacos es la causa del delirio.

### **Cuidados básicos al paciente con delirio o síndrome confusional agudo**

- Ajustar el funcionamiento biológico, especialmente el sueño-vigilia, nutrición, eliminación, etc.
- Educar al paciente y familia al objeto de que comprendan mejor la enfermedad y sean capaces de conseguir un buen cumplimiento del tratamiento continuado.
- Disminuir los estímulos ambientales procurando no cambiar a la persona de habitación al objeto de evitar la desorientación temporoespacial.
- Facilitar apoyo emocional, teniendo tiempo para escucharle y atenderle, orientándole hacia la realidad.
- Recuperar e incrementar su nivel de autoestima.
- Promover y reforzar el incremento en las actividades básicas de la vida diaria.

## 4. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA EN LA PERSONA DE EDAD AVANZADA

El envejecimiento de la población, producido por una notable disminución de la fecundidad, así como de la mortalidad en los ancianos, es una característica demográfica que adquiere cada vez mayor importancia en nuestro país.

Independientemente de que existen amplias diferencias entre las personas, todos los individuos muestran cambios relacionados con la edad. Al mismo tiempo, existe una gran variación dentro de la población anciana en lo que se refiere a correspondencia entre la edad cronológica y la fisiológica.

La nutrición juega un papel muy importante a través de la modulación de los cambios asociados al envejecimiento, en diferentes órganos y funciones del organismo; la nutrición incluso juega un papel importante en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la edad, como son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la obesidad, el cáncer y la osteoporosis.

El estado nutricional del anciano viene determinado por los requerimientos que precisa y la ingesta; éstos, a su vez, están influenciados por otros factores como son la actividad física, el estilo de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad, así como la existencia de restricciones socioeconómicas.

### *Requerimientos nutricionales de la persona de edad avanzada*

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que afectan a la necesidad de muchos nutrientes esenciales. Aun así, incluso la última edición (1989) de las recomendaciones nutricionales diarias de los Estados Unidos (RDAs) continúa proporcionando guías para 51 años y más a pesar de que existen diferencias importantes entre los requerimientos de un individuo de 60 años y los de uno de 70, 80 o más años.

Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física. La in-

gesta energética disminuye más aún en los más ancianos a causa de incapacidades que limitan su actividad física.

### *Sed y necesidad de ingerir agua*

El agua es uno de los nutrientes más importantes requeridos para mantener la homeóstasis en ancianos, debido a su papel esencial en la regulación del volumen celular, el transporte de nutrientes, la eliminación de desechos y la regulación de la temperatura corporal. Por todos estos motivos la pérdida de agua tiene importantes consecuencias sobre la salud de las personas de edad avanzada.

**Homeóstasis:** Término griego compuesto por la palabra griega *homeo-*, que significa «igual» y *-stasis*, que significa «posición». Alude a la tendencia del organismo humano a mantener el equilibrio fisiológico de sus líquidos orgánicos, células y tejidos para asegurar la vida a través de un equilibrio dinámico. En ese equilibrio intervienen todos los sistemas y aparatos del organismo, desde el sistema nervioso, sistema endocrino, aparato digestivo, aparato respiratorio, aparato cardiovascular, hasta el genitourinario.

Se sabe que el agua corporal total disminuye con la edad; al nacer el agua corporal total alcanza el 80 %, pero después va disminuyendo lentamente a medida que pasan los años hasta llegar a cifras de entre el 60 y el 70 % en los ancianos.

La homeóstasis del agua depende, en primer lugar, del balance entre la ingesta y la pérdida a través de la sed, la hormona antidiurética y la función renal.

La sed es el principal mecanismo de control de la ingesta de agua. Tanto la sed como la secreción de ADH son controlados por receptores hipotalámicos sensibles a la deshidratación celular, por baroreceptores ubicados en los vasos sanguíneos torácicos y por el sistema renina-angiotensina.

La pérdida corporal de agua tiene múltiples implicaciones en el mantenimiento de la salud y el tratamiento de las enfermedades. La disminución del agua corporal contribuye a elevar la concentración de medicamentos por kilo de peso, lo que tiene un potencial efecto tóxico en las personas de edad avanzada deshidratadas.

El agua también actúa como regulador térmico en la protección contra la hipertermia e hipotermia. Debido a que los ancianos tienen disminuida la sudoración y la respuesta termorregulatoria, están en riesgo de perder la regulación de la temperatura cuando se producen cambios extremos de ésta.

Las condiciones anteriores se agravan debido a la reducción de la sed que presentan los ancianos y muchas veces por problemas en la obtención de líquido. Ello obliga a anticipar la necesidad de agua en la persona mayor.

### *Requerimientos vitamínicos*

Respecto a la suplementación con vitaminas, estudios sobre el estado nutricional de las personas mayores en Europa y EE. UU. sugieren que los niveles de vitaminas B6, B12 y folatos a menudo son deficitarios. Por otra parte, la dieta de estas personas, a menudo restringida a frutas y verduras frescas, se beneficia mucho de los suplementos vitamínicos. Ahora bien, todos estos aportes, así como el de vitamina E, un importante antioxidante, deben ser monitoreados cuidadosamente.

En el anciano existen ciertas evidencias que avalan un aumento de las recomendaciones respecto a la necesidad de determinadas vitaminas:

- Para mantener una adecuada tolerancia a la glucosa, así como una buena función cognitiva, es necesaria la vitamina B6.
- Asimismo, las vitaminas B6 y E pueden mejorar la respuesta inmune deteriorada con la edad.
- La disminución con los años de la secreción gástrica de ácido clorhídrico reduce la habilidad del intestino para absorber la vitamina B12 y el ácido fólico.
- Un aumento de las vitaminas B6, B12 y/ o folato, protege contra la enfermedad cardiovascular, depresión y ciertos déficits de la función neurocognitiva.
- El envejecimiento disminuye la capacidad de la piel para sintetizar vitamina D.
- Los ancianos sanos con niveles elevados de vitaminas C, E y B-caroteno tienen menor riesgo de cáncer, cataratas y enfermedades cardíacas.
- La deficiencia de Zinc es común en personas mayores y puede relacionarse con síntomas como la disminución de la agudeza gustativa, letargo mental y retardo en la cicatrización de las heridas.

## *Nutrición y calidad de vida*

La nutrición juega un papel determinante en el tratamiento de muchas de las más importantes enfermedades crónicas del anciano. En el caso de la diabetes coexistiendo con obesidad, por ejemplo, junto con una moderada reducción de peso, pueden mejorar la tolerancia a la glucosa, la hiperlipidemia y la hipotensión, así como en la artrosis, con la consecuente reducción en la dosis y/ o número de medicamentos.

La nutrición junto con un estilo de vida saludable incluye ejercicio y una buena conducta alimentaria. Dicha calidad de vida dependen fundamentalmente de la movilidad y la función mental, los cuales deben ser preservados al objeto de mantener la independencia de la persona y el contacto social.

### **4.1. Evaluación del estado nutricional**

Dicha evaluación debe incluir preguntas sobre la independencia funcional y actividad física, así como patrones de alimentación, ingesta de energía y nutrientes, antropometría y algunos parámetros bioquímicos, como hemoglobina y hematocrito, albúmina sérica, lípidos plasmáticos y niveles plasmáticos de algunas vitaminas.

### **4.2. Métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional**

Dichas medidas son esenciales como información descriptiva básica, y en el anciano la necesidad de tener datos exactos se hace cada vez más importante, ya que a medida que pasa el tiempo hay cada vez más personas que llegan a ser muy mayores, y no hay disponibles estándares de referencia apropiados.

Las mediciones antropométricas mínimas que deben hacerse en el anciano son: peso, talla, pliegues tricipital, subescapular y suprailíaco, circunferencias de brazo, cintura y caderas y diámetros de muñeca y rodilla. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, muy útiles



para obtener un cuadro general del estado nutricional de la persona de edad avanzada.

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el denominado índice de masa corporal (IMC), que se usa con mucha frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicadores de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

### **4.3. Áreas de intervención nutricional en el anciano**

Una vez identificados los problemas nutricionales de la persona mayor, es necesario diseñar intervenciones para combatirlos.

Existen seis áreas en que se recomienda la intervención.

#### *4.3.1. Servicios sociales:*

Su objetivo es ayudar a los ancianos a obtener, preparar e ingerir una adecuada dieta.

#### *4.3.2. Salud buco-dental:*

Afecta fundamentalmente a la ingesta alimentaria, la calidad de la dieta y la socialización.

#### *4.3.3. Salud mental:*

Juega un papel central en la motivación y habilidad para satisfacer las necesidades nutricionales.

#### *4.3.4. Uso de medicamentos:*

Pueden afectar las necesidades nutricionales, algunas funciones relacionadas con la nutrición o interactuar con otros nutrientes. Considerando la gran cantidad de ancianos que ingiere medicamentos, es fundamental poner especial interés en este punto.

#### 4.3.5. *Educación y consejo nutricional:*

En ancianos puede ser muy útil en el cambio hacia dietas y estilos de vida más sanos, aunque en España la dieta mediterránea ayuda sobre manera a mantener un buen estado nutricional.

#### 4.3.6. *Suplemento nutricional:*

Este tipo de intervención debe considerarse en grupos de personas mayores con necesidades nutricionales especiales o en situación socioeconómica que no le permita acceder a una adecuada dieta.

Todas estas áreas de intervención se orientan a la obtención y uso adecuado de los alimentos con el objeto de mejorar la calidad de vida de los ancianos en términos sociales y biológicos.

### **Cuidados básicos en la necesidad de nutrición**

- Control y asesoramiento nutricional.
- Mantener una dieta rica y variada utilizando todos los nutrientes.
- Preparar y conservar los alimentos con la máxima higiene al objeto de evitar enfermedades.
- Realizar como mínimo cuatro comidas diarias, la última no muy tarde ni abundante.
- Las comidas deben ser ligeras, fáciles de digerir y preparar y sin exceso de condimentos.
- Cuando existan problemas de deglución (dificultad para tragar o atragantamientos) las comidas han de ser blandas y/ o trituradas (pastosas, tipo puré), ya que así serán digeridas sin problemas.
- Cuando ocurra el punto anterior, se puede recurrir al 2x1, es decir, hacer un puré mezclando un primer plato con un segundo. Este tipo de comidas deben utilizarse cuando existan problemas de deglución, falta de piezas dentarias que impidan la masticación, accidentes cerebrovasculares, etc.
- Vigilar que la ingesta de líquidos se encuentre diariamente entre 1.500 y 2.000 cc. repartidos a lo largo del día, teniendo cuidado de disminuir la ingesta durante las últimas horas de la tarde para así evitar la necesidad de levantarse a miccionar durante la noche.
- En las personas que padezcan úlceras de pie debe evitarse un déficit de proteínas, ya que una enfermedad está relacionada con la otra.

### **Cuidados básicos en la necesidad de nutrición *(continuación)***

- Procurar una ingesta óptima de hierro, calcio, flúor y magnesio.
- Aumentar la proporción de los hidratos de carbono de fácil digestión sobre los complejos.
- Tener precaución con los alimentos en conserva o precocinados, ya que en su preparación suele utilizarse la sal en exceso.
- Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco. Ambos disminuyen la absorción del calcio por parte del organismo.
- Disminuir el consumo de grasas saturadas (animales), manteniendo una ingesta adecuada de las mismas para evitar problemas nutricionales importantes.
- Si se utilizan complementos dietéticos (alimentos hiperproteicos y similares), el control clínico es necesario.
- Mantener una buena salud bucal, así como los cuidados básicos de la prótesis cuando se utilice ésta.

## **5. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL USO RACIONAL DE FÁRMACOS EN LA PERSONA DE EDAD AVANZADA**

La prescripción de fármacos en el anciano reviste características propias que la diferencian de los jóvenes o los adultos.

### **¿Por qué es tan importante tenerlas presentes en la práctica diaria?**

- Según la OMS, entre el 65 % y el 90 % de los ancianos consumen algún tipo de medicamento.
- A partir de los 65 años, el 25 % y más sufren reacciones adversas a medicamentos (RAM).
- En la Comunidad de Madrid, alrededor del 10 % de los ingresos hospitalarios se deben a RAM. De éstos, un tercio corresponde a ancianos.
- Las reacciones adversas a fármacos constituyen una de las formas más frecuentes de iatrogenia en las personas de edad avanzada.

- Existe un elevado número de fármacos utilizados en ancianos cuya utilidad es más bien dudosa.

## **Factores que ayudan a planificar racionalmente el uso de medicamentos en los ancianos:**

### *a) Factores no farmacológicos*

Es prioritario el reconocimiento por parte del paciente (cuando éste se encuentre cognitivamente orientado), de familiares o de cuidadores acerca de la necesidad de tratamiento (impedimentos físicos, culturales y psicológicos que pueden afectar a dicho reconocimiento, así como la obtención de ayuda).

- Frecuentemente, la persona de edad avanzada padece múltiples enfermedades.
- Cuando existen alteraciones cognitivas y de los órganos de los sentidos, se dan dificultades en el cumplimiento de las indicaciones.
- Se puede producir una ingesta simultánea de varios fármacos, a veces duplicándose los principios activos. Se considera que hasta tres fármacos pueden manejarse correctamente. El riesgo de toxicidad aumenta proporcionalmente al número de fármacos utilizados.
- Complejidad en los esquemas terapéuticos.
- Automedicación.

### *b) Factores farmacológicos*

La absorción de los fármacos puede cambiar con la edad, sin embargo, diversos estudios demuestran que éste es el parámetro farmacológico menos afectado por el envejecimiento. Algunos de los factores relacionados con estos cambios son:

- Disminución de la acidez gástrica.
- Menor superficie de absorción.
- Retardo en el vaciado gástrico.
- Disminución de la movilidad intestinal.

- Presencia de fármacos concomitantes que interfieren en su absorción.
- Modificaciones en la composición corporal, destacando la reducción de la masa magra y del agua corporal total junto al aumento del tejido adiposo.
- Disminución del aclaramiento renal asociado al envejecimiento y agravado por enfermedades intercurrentes.
- Cambios en el metabolismo hepático.
- Disminución de las concentraciones plasmáticas de albúmina, la más importante proteína de transporte, especialmente en ancianos desnutridos y hospitalizados.

### **¿Cómo reconocer la existencia de RAM en las personas de edad avanzada?**

Los síntomas más frecuentes se manifiestan en alteraciones digestivas y de la piel aunque los ancianos exhiben respuestas a menudo diferentes, atípicas e inespecíficas. Entre las que cabe destacar:

- Incontinencia urinaria.
- Depresión.
- Intranquilidad.
- Confusión.
- Pérdida de memoria.
- Constipación (estreñimiento).
- Caídas.

Siempre debe considerarse como posible RAM la aparición de síntomas o cambios en el curso de una enfermedad que no son claramente atribuibles a lo previsto. Cada persona puede responder de forma diferente a un mismo medicamento, por lo que es prudente considerar la respuesta en cada individuo y evitar generalizaciones.

Los medicamentos que revisten mayor riesgo al prescribirlos son:

- Neurolépticos.

- Benzodiacepinas.
- Antiparkinsonianos.
- Antieméticos.
- Antihistamínicos.
- Diuréticos.
- Antihipertensivos.
- Digitálicos.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Corticoides.

### Modificaciones de la fisiología de la persona mayor relacionadas con la farmacocinética

Medicamento	Modificaciones en el anciano
<p style="text-align: center;">ABSORCIÓN</p> <p>(la vía más habitual es a través del tracto digestivo.)</p>	<p>Aparato digestivo.</p> <p>Aumento del pH gástrico.</p> <p>Aumento del tiempo de vaciamiento de la cavidad gástrica.</p> <p>Disminución del flujo sanguíneo.</p>
<p style="text-align: center;">DISTRIBUCIÓN</p>	<p>Disminución del tejido muscular.</p> <p>Aumento del tejido graso.</p> <p>Disminución de la proporción de agua.</p>
<p style="text-align: center;">METABOLISMO</p>	<p>Hígado.</p> <p>Disminución del tamaño.</p> <p>Disminución del flujo sanguíneo.</p>
<p style="text-align: center;">ELIMINACIÓN</p>	<p>Riñón.</p> <p>Disminución del tamaño.</p> <p>Lentitud en la velocidad de filtración.</p> <p>Disminución del flujo sanguíneo.</p>

### Eliminación de los fármacos en el anciano

Las vías de eliminación de los fármacos y otras sustancias ajenas al organismo son, principalmente, renales y hepáticas. Generalmente, el hí-

gado y los riñones tienen la capacidad suficiente para excretar los niveles plasmaticoterapéuticos de los fármacos que les llegan.

**Glomérulos renales:** Estructuras en forma de ovillo formadas por vasos sanguíneos diminutos llamados capilares, cuya función es filtrar la sangre que llega a los riñones.

**Nefronas:** Unidad estructural y funcional del riñón. Son las responsables de la purificación y filtración de la sangre. Están situadas en la corteza renal y cada riñón tiene alrededor de 1.200.000 nefronas.

Los medicamentos liposolubles se eliminan fácilmente por los riñones y su velocidad de eliminación depende, principalmente, de la velocidad de filtración de los glomérulos renales. Éstos, junto con el número de nefronas funcionantes, disminuyen con la edad, por lo que se produce una disminución de la función renal, lo que da como consecuencia unos

niveles sanguíneos muy elevados en los fármacos cuando son administrados en las dosis terapéuticas habituales.

De la misma forma que en el sistema renal, con el envejecimiento aparece una reducción del tamaño hepático, así como de su flujo sanguíneo, lo que ocasiona una disminución en la degradación metabólica del hígado y, por tanto, mayor dificultad para la eliminación de determinados fármacos.

## Otros factores que acompañan al tratamiento farmacológico

- Las propias características de los ancianos.
- La cultura sanitaria, en general la población, atribuye a los fármacos una serie de cualidades que supera a los propios medicamentos. La automedicación se transmite de boca en boca o de puerta en puerta, cuando aparecen situaciones de enfermedad compartida por otros, incluida la familia del paciente.
- El inadecuado cumplimiento del tratamiento prescrito, que suele agravarse por la polifarmacia o ingesta de varios fármacos.
- La cultura biomédica aún imperante en nuestro entorno. La población mayor aún ve a los médicos y sanitarios como personajes mágicos que cubren muchas áreas.

La pérdida en las funciones de los sentidos, así como una disminución en la destreza manual para la manipulación de los medicamentos, pueden hacer que el tratamiento farmacológico no se cumpla adecuadamente.

## Cuidados básicos para asegurar un tratamiento y seguimiento farmacológico óptimo

En muchas ocasiones, determinados fármacos pueden sustituirse por un ambiente familiar afectivo adecuado y gratificante. Básicamente habría que realizar las siguientes actividades:

- Hacer más sencillos de utilizar los regímenes terapéuticos, valorando los conocimientos sobre el tratamiento medicamentoso.
- Vigilar la fecha de caducidad de los fármacos, formas de almacenaje y condiciones donde se guardan, evitar temperaturas elevadas, etc.
- Comprobar los posibles efectos terapéuticos, tóxicos y reacciones adversas al medicamento ingerido.
- Realizar una evaluación de las características personales del paciente (memoria, destreza manual, capacidad de aprendizaje, motivación, etc.).
- Efectuar una educación sanitaria adecuada a la persona de edad avanzada en cuanto a la utilización y seguimiento terapéutico de la medicación que debe tomar.
- Establecer un horario y rutina en la ingesta de los fármacos, teniendo en cuenta las horas de las comidas y de sueño.
- Revisar el tratamiento periódicamente con el médico de cabecera o especialista que ha realizado la pauta farmacológica.
- Utilizar dispensadores adaptados (los hay diarios y semanales) donde figure el horario de la toma.
- Proporcionarle al anciano válido una hoja con el tratamiento prescrito por el médico, donde, con un rotulador negro de trazo grueso, figure cada fármaco y cuándo debe ingerirlo diariamente: si en el desayuno, comida y cena o en varias tomas. De esta manera, si al paciente le surge alguna duda sólo tiene que acudir a dicha hoja para saber qué ha de tomar.
- Realizar una supervisión diaria de enfermería a la hora de la administración de los fármacos, al objeto de valorar su ingesta y, por tanto, sus efectos en la persona mayor, dado que el incumplimiento del régimen farmacológico prescrito es muy frecuente.

## 6. PRIMEROS AUXILIOS AL ANCIANO

Los primeros auxilios consisten en la asistencia o tratamiento inmediato que se presta a una persona herida o repentinamente enferma, antes de la llegada del personal sanitario especializado, ambulancia o cualquier otra persona cualificada.



La persona que presta la ayuda inicial al afectado ha de actuar en todo momento con calma y seguridad en sí misma y, fundamentalmente, estar dispuesta a ofrecer auxilio cuando surja la necesidad.

### *Objetivos de los primeros auxilios*

- Preservar la vida.
- Impedir que la persona empeore.
- Promover la recuperación del afectado/a.

### *Actuación*

- Conservar en todo momento la serenidad.
- Valorar la situación con rapidez y seguridad solicitando la ayuda apropiada. Protegiendo de posibles peligros al herido y a otros presentes.
- Nunca se debe mover a la víctima sin necesidad.
- Telefonar al servicio de urgencias (112) indicando:
  - a) Qué tipo de accidente ha sido: atropello, caída, desvanecimiento, etc.
  - b) Si la persona se encuentra consciente o inconsciente: comprobar nivel de conciencia.
  - c) Si el accidentado respira: si no fuese así abrir las vías respiratorias.
  - d) Si tiene pulso: comprobar la circulación.
- Una vez realizado lo anterior, seguir un sistema de actuación:
  - a) Dar seguridad al accidentado poniéndose cerca de él, cogiéndole la mano y procurando su atención (cuando está consciente).
  - b) Valorar la posición corporal en la que se encuentra, evitando que pueda girar la cabeza o hacer movimientos que desencadenen alguna lesión añadida.
  - c) Preguntarle el nombre a la víctima, así se le podrá llamar por su nombre al dirigirse a él o ella, lo que le inspirará mayor confianza.

- d) Preguntarle dónde le duele e intentar saber qué le ha pasado.
- e) Si la persona está inconsciente, el público o sus familiares podrán informar de lo ocurrido. En este caso habrá que realizar una rápida evaluación general: cabeza y cara, tórax y extremidades, buscando heridas, objetos clavados, deformidades que puedan indicar una posible fractura, hemorragias, huesos salientes o hinchazones.

## 6.1. Atragantamientos

En ocasiones se produce una obstrucción de la vía aérea causada por un cuerpo extraño que hace que impida la respiración.

### *Actuación:*

- Verificar que la persona respira. Si la víctima respira (se trata de una obstrucción incompleta) hay que animarle para que tosa pero que no pierda tiempo.
- Inclínelo hacia delante.
- Dele cinco palmadas secas entre los omóplatos, con la palma de la mano.
- Si el ahogo persiste, siga los pasos siguientes:
  - a) Sostener desde atrás al afectado, rodeando con nuestros brazos su abdomen unos 3 centímetros por encima del ombligo y debajo de la caja torácica entrelazando nuestras manos y apretando en lanza con fuerza hacia adentro y arriba. Esta acción se denomina Maniobra de Hemlich.
  - b) Repetir toda la secuencia anterior, alternando las palmadas en la espalda y apretones abdominales hasta que se despeje la obstrucción.

## 6.2. Heridas

En la persona de edad avanzada son frecuentes los trastornos de la piel, pelo y uñas debido al propio envejecimiento de la epidermis y dermis;

igualmente y debido a la misma causa, la cicatrización de las heridas accidentales o quirúrgicas son más lentas.

Nuestro papel en la prevención, el cuidado y la detección de cualquier problema en la piel, uñas y pelo del anciano es fundamental, ya que cualquier alteración que observemos se remitirá al médico del centro de salud correspondiente o a urgencias.

El descenso del grosor de la dermis debido a la edad es la causa de que las personas de edad avanzada tengan una piel muy fina y traslúcida, facilitando las heridas tipo laceración o desgarro, ante cualquier golpe o roce por pequeño que sea.

#### *Actuación:*

- Controlar la pérdida de sangre aplicando presión sobre la lesión y elevando, si es posible, por encima del corazón la zona herida. De esta manera se evitará la inflamación. Cuando la hemorragia es intensa se necesita una acción rápida para reducir la pérdida de sangre y evitar la conmoción.
- Cubrir toda la lesión con un apósito limpio, así se protegerá la zona de infecciones y se promoverá la curación natural.
- Aplicar hielo dentro de una bolsa de plástico o guante y colocarlo sobre la zona lesionada a fin de cohibir la hemorragia si existiese.
- Acompañar al herido al centro de salud más cercano al domicilio o bien telefonar al servicio de urgencias 112 al objeto de que realicen una cura más técnica, así como para evitar la infección.

### **6.3. Hemorragias**

La hemorragia es la pérdida de una gran cantidad de sangre en un periodo de tiempo corto, bien de forma interna o externa.

Las hemorragias se clasifican por el tipo de vaso sanguíneo dañado: arteria, vena o capilar.

### *Hemorragia arterial*

La sangre que brota es de color rojo brillante al ser rica en oxígeno y debido a la presión del corazón brota de la herida al compás de los latidos de éste.

Una arteria principal cortada puede enviar un chorro de sangre hacia lo alto y reducir rápidamente el volumen de sangre en circulación.

### *Hemorragia venosa*

La sangre es de color rojo oscuro ya que se ha desprendido del oxígeno. Está sometida a menos presión que la sangre arterial, pero como las paredes de la vena se pueden distender (relajar) mucho, la sangre se puede acumular en ellas y salir a borbotones.

### *Hemorragia capilar*

Se produce en todas las heridas y puede ser fuerte al principio, pero la pérdida de sangre suele ser ligera. Un golpe fuerte puede romper los capilares bajo la piel, causando hemorragia en los tejidos y ocasionando un hematoma o cardenal.

### *Actuación:*

- Llamar a una ambulancia urgente (112) y explicar brevemente lo ocurrido.
- Trate por todos los medios de detener la hemorragia, si es externa:
  - a) Saque o corte la ropa para dejar expuesta la herida. Compruebe si hay objetos cortantes, como cristal, que puedan causar otras heridas. Si lo hubiese, no lo quite.
  - b) Aplique un apósito de gasa o un paño limpio con presión directa con los dedos sobre la zona lesionada.
  - c) Si no puede aplicar presión directa porque sobresale un objeto, apriete fuertemente hacia abajo con firmeza a cada lado del mismo.

- d) Levante y sostenga la extremidad herida (si es posible) por encima del nivel del corazón del accidentado, de esta manera se hará más lento el flujo de sangre en la zona.
- e) Acueste al herido, eso disminuirá el flujo de sangre y reducirá la conmoción.

— Dejando el primer apósito o compresa puesto, aplique un vendaje sobre la zona con firmeza. Si la hemorragia traspasa la venda, no la retire, coloque otra firmemente sobre la anterior.

— Si hubiese un cuerpo extraño u objeto sobresaliendo en la zona haga un acolchado a cada lado del objeto, hasta que sea lo bastante grueso como para vendar sobre el cuerpo extraño sin presionarlo.

— Si es imposible aplicar presión directa en el punto de la hemorragia, o ésta es insuficiente para detenerla hay que aplicar presión indirecta:

Consiste en escoger un punto de presión situado por encima de la arteria sangrante, allí donde la arteria principal pasa cerca de un hueso.

Identifique primero la arteria percibiendo la pulsación al apretar sobre la misma. La arteria braquial pasa por el lado interior de la parte superior del brazo (sobre la mitad de éste). Apretar las yemas de los dedos por debajo del músculo bíceps, hasta sentir la pulsación, y presionar la arteria con firmeza contra el hueso. Esa presión no debe aplicarse más de diez minutos para restaurar el flujo normal de la sangre, excepto si se trata de la arteria femoral.

La arteria femoral pasa por la zona media de la ingle, para poder localizarla acostaremos al herido con la rodilla doblada y tantearemos hasta encontrar la arteria para luego presionar firmemente la zona con los dedos.

— Permanecer al lado del herido y comprobar su estado cada pocos minutos hasta que reciba ayuda.

— Si el accidentado pierde el conocimiento, abrir la vía respiratoria, comprobar la respiración y el pulso y reanimarle si fuese preciso. Colocarlo en la postura de recuperación (ver el apartado de técnicas de reanimación).

- Cuando la hemorragia es interna es imprescindible la asistencia médica inmediata al paciente. Mientras tanto hay que tranquilizarle e impedir que se enfríe.

## 6.4. Quemaduras

Una quemadura es una lesión producida por el calor o el frío en sus diversas formas; dicha lesión determina la producción de alteraciones en los tejidos de la piel y la aparición de un síndrome clínico humoral, en concordancia con la extensión y profundidad de las lesiones locales.

### *Valoración:*

La quemadura se valora para saber su causa, el estado del paciente, la extensión de la piel agredida y la profundidad. Esto se lleva a cabo en un ambiente limpio y por personal especializado. También es necesario saber el lugar del accidente, si la persona estaba en una zona abierta, cerrada, y descartar una posible inhalación.

Antes de tratar una quemadura, es importante considerar la extensión y profundidad de la misma, su causa y si se ha visto afectada la vía respiratoria, ya que el herido puede tener dificultad para respirar, lo que exigirá una atención urgente.

La extensión de la quemadura va a indicar si se puede o no producir conmoción debido a la pérdida excesiva de fluido corporal. Las quemaduras destruyen la piel, que es la barrera natural del organismo contra las bacterias del aire, y suponen un grave riesgo de infección; a mayor profundidad, mayor será el riesgo.

### *Causas:*

La característica fundamental de toda lesión producida por una quemadura es la pérdida de integridad de la piel.

Entre las causas que ocasionan este tipo de lesión se encuentran las siguientes:

**TÉRMICAS.** Calor (llamas, electrodomésticos, cigarrillos, escaldadura por vapor) o frío (contacto con metales o vapores congelados, etc.).

ELÉCTRICAS. Corriente de alto y bajo voltaje, chispas de rayos.

ENERGÍA RADIANTE. Excesiva exposición a rayos ultravioletas, rayos X.

ENERGÍA NATURAL (Sol) y RADIACIONES IONIZANTES.

QUÍMICAS. Producidas por productos químicos industriales, incluidos humos inhalados y gases corrosivos; decapantes de pintura, sosa cáustica, herbicidas, lejía, limpiadores de hornos o cualquier otro ácido o álcali.

### *Cómo reacciona la piel ante una quemadura:*

Al quemarse la piel, los vasos sanguíneos de ésta dejan escapar fluidos que se acumulan en los espacios de los tejidos formando ampollas, o bien filtrándose a través de la superficie de la propia piel.

Cuando se trata de una quemadura grande, la pérdida de fluido puede producir una notable caída del volumen de sangre ocasionando conmoción.

### *Extensión de las quemaduras:*

Existen diversas formas para valorar la extensión de las quemaduras, entre las más sencillas se encuentra la regla de los 9.

La superficie corporal la dividimos en 9 o múltiplos de 9, expresado en tanto por ciento. Cara y cuello (9 %); cada brazo (9 %); la parte anterior del tronco, la parte posterior del mismo y cada miembro inferior incluido el pie (18 %). El 1 % que sobre corresponde a la zona genital o periné.

### *Profundidad de las quemaduras:*

Existen tres tipos de herida debido a quemadura: a) de primer grado o superficial, b) de segundo grado y c) de tercer grado.

- a) De primer grado, sólo afecta a la capa más externa de la piel (epidermis). Se caracteriza por enrojecimiento, hinchazón y sensibilidad. Es muy dolorosa y cura en pocos días.

b) De segundo grado, se divide en dos:

- Superficial: afecta a la epidermis y dermis. Su característica principal es que se forman flictenas o ampollas llenas de líquido en su interior
- Profunda: está destruida la epidermis y la parte o totalidad de la dermis. Son poco dolorosas y curan lentamente, con formación de cicatrices residuales. Causan poco dolor y curan de forma lenta.

c) De tercer grado. Afecta a la totalidad de la piel, pudiendo incidir también en otros tejidos. Siempre requieren tratamiento quirúrgico.

#### *Tratamiento:*

Las quemaduras superficiales y pequeñas suelen ser consecuencia de accidentes domésticos.

Los objetivos son:

- Detener la quemadura.
- Aliviar el dolor y la hinchazón.
- Reducir el riesgo de infección.

#### *Actuación:*

Ante ampollas:

- No romperlas nunca, ya que la propia piel actúa como barrera; si se rompe la ampolla se puede infectar la herida. En caso de que se rompa, cubrir la zona afectada con una gasa limpia y seca, no adhesiva, y acudir al centro de salud que corresponda.
- Nunca aplicar lociones, ungüentos o grasas a la herida, ya que puede causar más daño a los tejidos y aumentar el riesgo de infección.



Ante una quemadura:

- Si es posible, sumergir la parte afectada en agua fría durante aproximadamente diez minutos para detener la quemadura y aliviar el dolor. Si no se dispone de agua, puede servir cualquier líquido frío, como leche o bebidas enlatadas.
- Retirar suavemente de la zona afectada cualquier joya (anillos, pulseras o reloj), cinturón o prenda de ropa apretada, antes de que empiece a hincharse.
- Cubrir la zona con una gasa estéril o cualquier trapo limpio y realizar un vendaje de dicha zona sin apretar. Puede servirle un trozo de sábana o almohadón limpio y que no deje pelusa.
- Acompañar al herido al centro de salud más próximo o al servicio de urgencias más cercano.

## 6.5. Golpe de calor

Este trastorno puede ocurrir cuando el organismo se recalienta peligrosamente debido a una exposición prolongada al calor o a fiebre alta. En ocasiones se produce después del agotamiento por calor, al cesar la sudoración y no poder enfriarse el cuerpo por la evaporación.

El golpe de calor puede ser repentino y causar la pérdida del conocimiento en unos minutos.

*Signos y síntomas:*

- Confusión e inquietud.
- Dolor de cabeza, incomodidad y mareo.
- Piel caliente, arbolada y seca.
- Pulso fuerte y rápido.
- Temperatura corporal superior a 40°.

*Tratamiento:*

- Avisar a urgencias (112) y explicar la situación.

- Trasladar al afectado a un lugar fresco y retirarle la ropa.
- Tomarle la temperatura bajo la lengua o bajo la axila.
- Envolverlo en una sábana fría y húmeda, manteniéndole así hasta que la temperatura corporal descienda de 38° C (bajo la lengua) o 37,5° C (bajo la axila).
- Si no hubiese una sábana, utilizar un abanico, y pasarle por todo el cuerpo una esponja mojada con agua fría.
- Cuando la temperatura haya descendido, cambiar la sábana húmeda por otra seca y si la temperatura vuelve a aumentar, repetir nuevamente el procedimiento.

## 6.6. Acción del frío sobre el organismo

El cuerpo humano reacciona al frío cerrando los vasos sanguíneos de la piel para impedir que se escape el calor. Cuando la temperatura corporal es muy baja, se hacen más lentas las funciones (hipotermia) y en ocasiones pueden llegar a detenerse completamente.

### *Hipotermia en los ancianos*

Este trastorno ocurre cuando la temperatura interna (tomada en el recto o en el oído) es inferior a los 35°.

Las personas de edad avanzada corren mayor riesgo de hipotermia cuando el tiempo es muy frío. En muchos casos no disponen de alimentación o calefacción adecuadas y es muy probable que sufran otros trastornos, como la artritis, que les deja relativamente incapacitados para moverse y, por tanto, con mayor riesgo.

Con el envejecimiento, el cuerpo pierde sensibilidad debido al frío, por lo que el anciano no nota igual que los adultos o los jóvenes el descenso de la temperatura. Si añadimos que el organismo de la persona mayor cuenta con menos posibilidades de compensar los cambios extremos de temperatura, nos damos cuenta de que este colectivo tiene muchas más probabilidades de sufrir este trastorno.

Generalmente, la hipotermia moderada se recupera por completo. Cuando es hipotermia profunda (con temperatura inferior a 26°) su pronóstico suele ser fatal.

*Signos y síntomas:*

- Piel fría, pálida y seca con estremecimientos en todo el organismo.
- Desorientación o comportamiento irracional y en ocasiones beligerantes, o apatía.
- Conocimiento disminuido o aletargado.
- Respiración lenta o superficial.
- Pulso lento y débil.
- En casos extremos, parada cardíaca.

*Tratamiento:*

- Telefonar al servicio de urgencias (112) explicándoles la situación.
- Generalmente la hipotermia se desarrolla de forma lenta, por lo que el calentamiento del organismo también debe ser gradual. Ha de evitarse el calentamiento rápido, por ejemplo introduciendo a la persona en una bañera con agua caliente, que podría provocar un envío de la sangre fría demasiado rápido al cerebro y corazón, con el peligro de ataque cardíaco o apoplejía, ocasionando una trombosis o hemorragia cerebral.
- Aislar del suelo al afectado utilizando ropas o mantas y cubrir su cabeza.
- Si está consciente, darle bebidas calientes —si es que disponemos de ellas o podemos calentarlas—.
- Si el anciano pierde el conocimiento, abrir la vía aérea, comprobar la respiración y el pulso y reanimarlo si fuera necesario hasta que llegue la ayuda solicitada.

## 6.7. Shock

Se trata de un estado de insuficiencia circulatoria caracterizado por un inadecuado riego sanguíneo en los tejidos corporales.

### *Típos:*

**HIPOVOLÉMICO.** Existe una disminución del volumen intravascular, por ejemplo, en las hemorragias.

**CARDIOGÉNICO.** Aparece cuando la función cardíaca está alterada, como, por ejemplo, en las arritmias, alteraciones de las válvulas cardíacas, etc.

**OBSTRUCTIVO.** Se da si existe un impedimento para el llenado de las cavidades del corazón, lo que ocasiona una caída del gasto cardíaco, por ejemplo, si existe embolia pulmonar u obstrucción de la vena cava.

**DISTRIBUTIVO.** Hay una alteración en la distribución del líquido vascular debido a cambios en la resistencia o permeabilidad de los vasos sanguíneos, lo que ocasiona un llenado ventricular deficiente y una caída del gasto cardíaco, por ejemplo, en caso de septicemia o anafilaxia.

### *Valoración:*

- Taquicardia.
- Sudoración abundante y generalizada.
- Alteración del estado de conciencia.
- Piel fría, moteada, con pulsos periféricos débiles o no palpables.
- Hipotensión.
- Oliguria o anuria.

**Oliguria:** Trastorno que reduce la capacidad de los riñones para producir y eliminar la orina. Al reducirse esa capacidad, el organismo elimina como máximo 1/2 litro de orina al día.

**Anuria:** Cese en la producción de orina, aunque, en medicina, el término se aplica a la falta de emisión de orina por parte de los riñones.

### *Actuación:*

- Avisar a urgencias (112) explicándoles la situación.

- Colocar al paciente en decúbito supino y en la posición de Trendelenburg (con los miembros inferiores elevados).
- Detener las hemorragias externas si existen, mediante taponamiento con gasas o paños limpios.

## **6.8. Reanimación cardiopulmonar (RCP)**

Para poder conservar la vida debe mantenerse un adecuado suministro de oxígeno en todo el organismo gracias a la circulación de la sangre. El corazón es el órgano encargado de mantener esa circulación, si se detiene (parada cardíaca), debe actuarse con urgencia para evitar la muerte.

El accidentado podrá, probablemente, sobrevivir si:

- a) Se restaura con rapidez el flujo de sangre oxigenada al cerebro mediante la respiración artificial y la compresión del pecho mediante reanimación cardiopulmonar o RCP.
- b) Se le lleva rápidamente al hospital más cercano al servicio de urgencia para recibir tratamiento y cuidados especializados.
- c) Mientras llega personal sanitario especializado, aplicar correctamente la RCP mantendrá el suministro de sangre al cerebro y corazón junto al resto del organismo, por lo que es esencial llevarla a cabo.

### *ABC de la reanimación*

#### Vía respiratoria

Para abrir esta vía realice la maniobra frente-mentón: para realizarla el reanimador debe situarse a un lado de la víctima y empujar el mentón de ésta con los dedos 2.º y 3.º de una mano colocados bajo la barbilla, mientras la otra mano se aplicará con firmeza sobre la frente. Esta postura levanta la lengua del paciente del fondo de la garganta, para evitar que bloquee la vía respiratoria.

## Respiración

Si el accidentado no respira, el reanimador debe respirar por él y oxigenar la sangre, aplicándole la «respiración artificial»: insuflando su propio aire respirado en los pulmones de la víctima.

El método «boca a boca» es el más sencillo y eficaz, ya que el oxígeno que contiene el aire exhalado por el reanimador en los pulmones del accidentado es suficiente para mantener una oxigenación aceptable.

Partiendo de la posición de apertura de vías aéreas, se cerrarán las fosas nasales con los dedos de la mano aplicada sobre la frente, mientras que con la otra mano se tracciona el mentón, maniobra frente mentón.

A continuación, el reanimador aplicará sus labios sobre los del paciente efectuando un sellado lo más completo posible, se recomienda utilizar dispositivos de barrera para la ventilación (puede servir un simple pañuelo abierto), pero si no se dispone de ellos han de iniciarse de inmediato las maniobras de reanimación.

El reanimador, entonces, insuflará su propio aliento, observando simultáneamente el movimiento de la pared torácica para comprobar (si se hincha ésta) la eficacia de la ventilación. Cuando el reanimador retira su boca de la del paciente se producirá la espiración pasiva.

El método boca-nariz, cerrando la boca de la víctima, es al menos tan eficaz como el boca a boca y presenta ventajas en algunas circunstancias. Las insuflaciones serán de 1,5 a 2 segundos de duración.

## Circulación

Si el corazón del accidentado deja de latir, el reanimador debe aplicar compresiones en el pecho de la víctima para obligar a la sangre a salir del corazón y circular por el organismo. Debe combinarse esto con la ventilación artificial, para que la sangre esté oxigenada.

### *Iniciar la RCP*

Compruebe el pulso, colocando los dedos índice y corazón en el cuello de la víctima, en el hueco existente entre la tráquea y el músculo más grande del cuello bajo la mandíbula (pulso en la carótida).

Si no encuentra el pulso, llame a urgencias (112) e inicie de inmediato las compresiones en el pecho del accidentado.

Cuando no hay pulso, significa que el corazón ha dejado de latir, por lo que debe activarse la circulación mediante compresiones sobre el pecho, esto se denomina masaje cardiaco externo. Éste se realiza mediante compresiones sobre el esternón de forma rítmica para así impulsar la sangre desde el corazón hasta el resto del organismo.

### *Compresiones en el pecho*

Arrodillarse junto al accidentado. Localizar con los dedos índice y corazón (medio) la parte inferior de las costillas. Deslizar los dedos citados por toda la costilla inferior, desde el lateral hasta el centro del pecho donde se encuentra la costilla con el esternón (éste es el hueso central del pecho). Situar el dedo medio en ese punto y el índice sobre la parte baja del esternón.

Colocar la eminencia de la otra mano sobre el esternón y deslizarla hacia abajo hasta que toque nuestro dedo índice. Éste es el punto sobre el que se debe aplicar presión.

Colocar la eminencia de la primera mano sobre el dorso de la otra y enlazar los dedos.

Bien inclinados sobre el herido, con los brazos rectos, presionar verticalmente hacia abajo deprimiendo el esternón unos 4-5 cm. Aliviar la presión sin apartar las manos.

Comprimir el pecho quince veces y procurar conseguir un ritmo de cien compresiones por minuto. Luego aplicar dos respiraciones artificiales, hasta que llegue ayuda especializada.

### *Cómo funciona la compresión en el pecho*

Al presionar verticalmente hacia abajo, sobre el esternón, se aprieta el corazón contra la espina dorsal, expulsando la sangre de las cámaras cardiacas y obligándola a circular por los tejidos. Al liberar la presión, el pecho se eleva absorbiéndose sangre nueva que llena el corazón; la siguiente compresión expulsa nuevamente esa sangre del corazón al torrente sanguíneo para conseguir una correcta oxigenación cerebral.

La combinación entre compresiones torácicas e insuflaciones pulmonares será invariablemente de 15:2, haya uno o dos reanimadores.

## 7. PRINCIPIOS EN EL CUIDADO DEL ANCIANO TERMINAL

La labor de todo el equipo de salud, como de los familiares y cuidadores, es tratar los síntomas del paciente terminal procurando su confort, y teniendo presente que su intención no es adelantar el momento de la muerte, sino aliviar el dolor acompañando a un buen morir.

La mayoría de las veces la muerte de la persona no implica un fallo en el cuidado, pero casi siempre produce una sensación de derrota.

Algunos principios básicos para un mejor cuidado al paciente terminal son:

- Considerar en todo momento al paciente como una persona (nunca como un objeto).
- Darse el tiempo necesario.
- No abandonarlo nunca.
- Hacer lo posible para que se encuentre cómodo.
- Darle la oportunidad de hablar y preguntar.
- Respetar y estimular sus creencias religiosas.
- Incorporar a la familia (si así lo desea) en los últimos instantes.

Es frecuente que tanto el equipo de salud como los propios miembros de la familia evadan tratar el tema de la muerte. La experiencia confirma que la mayoría de los pacientes terminales de algún modo intuyen su muerte próxima y perciben el temor que tienen los que les atienden y rodean de abordar el tema.

Un buen conocimiento de la situación individual y de la psicología del paciente facilitará la oportunidad de ayudarlo a enfrentar de forma madura y serena el trance y las preguntas de su propia muerte.

¿Qué son los cuidados paliativos? Pueden definirse como aquellos que se administran con las personas al final de su vida, con el objetivo de



ofrecerles soporte para que puedan vivir su última etapa con el máximo confort y así tener una muerte digna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado paliativo cumple los parámetros siguientes:

- Proporciona alivio del dolor y otros síntomas angustiantes.
- Reafirma la vida y considera la muerte como un proceso normal.
- No intenta ni adelantar ni retrasar la muerte.
- Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como les sea posible hasta el mismo momento de la muerte.
- Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a arreglárselas durante la enfermedad del paciente, así como con su propio duelo.
- Emplea un abordaje en equipo en todas las necesidades de los pacientes y de sus familias, incluyendo el duelo y el consejo, si está indicado.
- Mejora la calidad de vida y puede influir positivamente en la evolución de la enfermedad.
- Es aplicable en las etapas iniciales de la enfermedad, junto con otros tratamientos dirigidos a prolongar la vida (como la quimioterapia y radioterapia), e incluye aquellas investigaciones necesarias para comprender y tratar mejor las complicaciones clínicas angustiosas.

### **7.1. ¿Qué se conoce por enfermedad terminal?**

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) considera que una enfermedad es terminal cuando cumple los siguientes requisitos:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

## 7.2. Cuidados paliativos al anciano terminal

A diferencia de los cuidados crónicos, que, aunque se dispensen durante mucho tiempo, son cuidados en los que existe cierto grado de recuperación, los cuidados paliativos están enfocados principalmente al control de los síntomas. Controlarlos es uno de los objetivos básicos de los cuidados paliativos, además de proporcionar soporte emocional al paciente y su familia.

La persona de edad avanzada en estado terminal presenta frecuentemente las siguientes afectaciones:

*Dolor.* Consiste en una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a lesiones en zonas del organismo reales o posibles o manifestada por el paciente como si éstas existiesen. Se considera como el síntoma más desagradable que hay.

Su tratamiento es muy complejo y se basa en 3 principios fundamentales:

Por la boca (la vía oral es la preferida aunque existen otras disponibles, como la subcutánea, la transdérmica o la intravenosa).

Por la escala, el tratamiento farmacológico del dolor está enfocado en el uso de la escalera analgésica gradual, recomendada por la OMS. Estos fármacos son los que se emplean habitualmente en el tratamiento del dolor en las unidades de cuidados paliativos.

- 1.<sup>er</sup> escalón: los analgésicos no derivados del opio, como paracetamol, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINES).
- 2.<sup>o</sup> escalón: consiste en utilizar los opiáceos débiles como el tramadol, la codeína y la buprenorfina.
- 3.<sup>er</sup> escalón: consiste en el empleo de los opiáceos fuertes, como la morfina.

*Complicaciones respiratorias* del tipo:

*Disnea*: dificultad para respirar o sensación subjetiva de falta de aire. La disnea irá aumentando de intensidad ante esfuerzos cada vez menores haciendo que la persona sea poco a poco más dependiente.

Los cuidados a proporcionar serán:

- Evitarle esfuerzos innecesarios.
- Controlar la ansiedad y el miedo. La escucha activa y el consuelo sujetándole las manos y atendiendo a lo que nos dice le relajará y ayudará.
- Evitar ruidos, conversaciones familiares, visitas numerosas, etc.
- Dejarle descansar como prefiera; si duerme semisentado o sentado, dejarle así, ya que de esta forma se encuentra cómodo.
- En caso de crisis, nunca dejarle solo, tranquilizándole y animándole.

*Falta de apetito*. Cuando deja de querer comer los cuidados a proporcionar irán encaminados a la administración de la dieta que satisfaga al paciente adecuándola a sus gustos anteriores, aunque haya que calentar la comida a deshoras, pasarla por el turmix si le gusta así, incluso dárselo en biberón, etc.

Se le ofrecerán pocos alimentos y bien presentados.

*Boca seca y maloliente*. Para combatir este síntoma realizaremos una buena higiene bucal, utilizando una torunda de gasa empapada en una solución de antiséptico bucal de las numerosas que existen, sin descuidar los dientes y la lengua evitando hacer dolor.

La toma de manzanilla amarga suaviza la sensación de sequedad bucal, puede mezclársela con miel y unas gotas de limón para que sea más agradable.

Mantener los labios bien hidratados, así como limpiar las secreciones de las fosas nasales, debe realizarse diariamente.

*Náuseas y vómitos*. Administraremos fármacos específicos para evitar este síntoma consultándole al médico. Podemos colocarle en la posición

de semisentado y dejarle así como mínimo 45 minutos después de cada comida (siempre que lo tolere).

*Estreñimiento.* Es un síntoma frecuente en ancianos y más aún en los terminales. Es muy molesto, ya que puede provocar dolor, diarrea por rebosamiento, obstrucción intestinal, etc.

Para evitarlo es conveniente una dieta rica en fibra, aumentando la ingesta de líquidos y zumo de naranja o kiwi en ayunas, o utilizando el laxante que el médico prescriba.

La higiene es una medida general de cuidados que debe continuar hasta el último instante de vida de la persona, manteniendo en todo momento su autoestima, intimidad, etc.

Se debe mantener una adecuada comunicación con el paciente, contestando a todas sus dudas e inquietudes, respondiendo sin mentir o utilizando verdades incompletas.

Utilizar técnicas de comunicación no verbal, sujetarle las manos, acariciarle, animarle, etc. «En la eternidad todo está empezando, pero para todos nosotros esa eternidad será eterna mañana.»

Hay que tener respeto a las creencias y valores. La religiosidad es uno de los valores más importantes para la mayor parte de las personas y en el estado terminal suele acrecentarse. Los cuidadores debemos posibilitar que exprese con libertad esos sentimientos y proporcionarle los contactos con el sacerdote o las personas que puedan ayudarle a potenciar, mantener o recuperar su paz espiritual.

### **7.3. Signos y síntomas de muerte inminente**

- Estertores. Consisten en el ruido que causan las secreciones de la faringe, cuando son movilizadas por la inspiración y/ o espiración. Asustan mucho a la familia por la sensación de sufrimiento que transmiten.
- Disminución y enlentecimiento de sus funciones vitales, como son el pulso débil y lento, respiración lenta con pausas importantes, hipotermia e hipotensión.

- Visión borrosa, alteración del gusto y olfato.
- Debilidad extrema.
- Alteración de la conciencia con presencia de agitación, delirio, obnubilación o estado comatoso.
- En muchas ocasiones, bienestar, expresando que se encuentran subjetivamente bien a pesar de la evidencia de lo contrario.

#### **7.4. Cuidados a la familia**

Para conseguir unos cuidados paliativos plenos, la familia ha de ser el soporte fundamental en el que nos basemos, algo imprescindible en la dispensación de cuidados.

Nuestros cuidados irán dirigidos al paciente sin dejar de lado a su familia en ningún momento, proporcionándoles información, escuchando atentamente sus inquietudes, angustias y demandas, dándoles soporte psicológico y emocional.

Debemos aconsejarles acerca de los preparativos que el fallecimiento conlleva: burocracia, cuidados *postmortem*, etc.

#### **7.5. Cuidados *postmortem***

El objetivo básico es preparar el cadáver en condiciones correctas, siempre que no esté concertado por la funeraria su preparación y desee la familia que lo realicemos.

En relación con los familiares:

- Prestarles todo el apoyo que precisen.
- Facilitarles el servicio religioso si así lo requieren.
- Solicitarles la ropa que deseen que le pongamos al cadáver.
- Mantener un ambiente de intimidad y respeto.
- Avisar al médico que corresponda para que certifique la defunción.

Técnica:

- Colocarse guantes desechables.
- Poner la cama (si es articulada) en posición horizontal.
- Si el cadáver tiene drenajes, sondas, etc., es responsabilidad de la enfermera del centro de salud su retirada.
- Realizarle la higiene integral, con agua y jabón, aclarado y secado minucioso.
- Colocarle camisón o pijama.
- Cerrarle los ojos.
- Cerrarle la boca.
- Colocarle los brazos alineados al cuerpo, dejando las manos generalmente juntas sobre el pecho y las piernas y pies juntos.
- Cubrirle con una sábana.



## **Módulo 4**

# **Enfermedad de Alzheimer y otras demencias**

**Llanos Morón Pedregal**

*Neuropsicóloga. Unidad de Memoria del Servicio de Geriatria  
del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*

**Aurora Viloría Jiménez**

*Geriatra. Unidad de Memoria del Servicio de Geriatria  
del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*

**Pedro Gil Gregorio**

*Geriatra. Jefe de la Unidad de Memoria del Servicio de Geriatria  
del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.*



## CONTENIDO

1. Concepto de demencia. Características generales.
2. Hipótesis explicativas.
  - 2.1. *Factores de riesgo,*
3. Diagnóstico diferencial.
  - 3.1. *Demencia por cuerpos de Lewy,*
  - 3.2. *Demencia vascular,*
  - 3.3. *Demencia en la enfermedad de Parkinson,*
  - 3.4. *Demencia Frontotemporal,*
4. Sintomatología inicial.
  - 4.1. *Síntomas cognitivos,*
  - 4.2. *Síntomas funcionales,*
5. Evolución y estadios clínicos en la enfermedad de Alzheimer.
  - 5.1. *Estadio 1 (normal),*
  - 5.2. *Estadio 2 (déficit cognitivo muy leve; deterioro cognitivo asociado a la edad),*
  - 5.3. *Estadio 3 (deterioro cognitivo leve),*
  - 5.4. *Estadio 4; Déficit cognitivo moderado (enfermedad de Alzheimer leve),*
  - 5.5. *Estadio 5; Déficit cognitivo moderado grave (enfermedad de Alzheimer moderada),*
  - 5.6. *Estadio 6; Deterioro cognitivo grave (enfermedad de Alzheimer moderadamente grave)*
  - 5.7. *Estadio 7; Déficit cognitivo muy grave (enfermedad de Alzheimer muy grave)*
6. Alteración del comportamiento y del estado de ánimo.
  - 6.1. *Alteraciones del comportamiento más comunes según la tipología de la demencia,*
    - 6.1.1. Enfermedad de Alzheimer.
    - 6.1.2. Demencia por cuerpos de Lewy.
    - 6.1.3. Demencia vascular.
    - 6.1.4. Demencia frontotemporal.
7. La familia de un enfermo de Alzheimer.
8. Recomendaciones para familiares y cuidadores.
  - 8.1. *El cuidado del enfermo con demencia,*
  - 8.2. *Manejo de situaciones cotidianas conflictivas,*
  - 8.3. *Manejo del estrés personal y emocional del cuidador,*



## MÓDULO 4

### Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

#### 1. CONCEPTO DE DEMENCIA, CARACTERÍSTICAS GENERALES

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico, que implica deterioro intelectual respecto a un nivel previo, por lo general crónico, progresivo e irreversible, salvo en algunos casos de demencias tratables. Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para interferir sus actividades sociolaborales. Su prevalencia aumenta con la edad, es de carácter crónico e invalidante, finalmente mortal, con un curso complejo con gran variabilidad interindividual y con un gran número de complicaciones a lo largo de su evolución (Guías en Demencias, 2002).

**Plurietiológico:** De múltiples causas.

Alöis Alzheimer describió en 1907 las manifestaciones clínicas de la paciente Auguste D. y los cambios que observó en su necropsia cerebral, consistentes en la pérdida neuronal y la presencia de degeneración neurofibrilar, en forma de ovillos. Esta paciente, tras un cuadro florido de de-

mencia con síntomas de deterioro mental progresivo, celotipia y trastornos del comportamiento, falleció en 1906 a los 54 años.

Kraepelin, en 1910, introdujo el término de enfermedad de Alzheimer para referirse a la demencia presenil. La diferenciaba de la demencia senil, que estaba provocada, según él, por cambios arterioscleróticos. En la década de los años 60 y 70, tras los trabajos de Roth, Tomlinson y Blessed, se elimina la distancia que separa la enfermedad de Alzheimer, o demencia presenil, de las demencias que afectan a las personas mayores, o demencia senil. Sus descubrimientos demostraron la existencia de un patrón clínico idéntico para la mayoría de las demencias, sin existir diferencias significativas entre las que se producían antes o después de los 65 años. Así, a mediados de la década de los 70, se pudo concluir que la enfermedad de Alzheimer era la causa más frecuente de demencia, independientemente de la edad del individuo en el momento de su instauración.

Esta situación no supuso más que un simple cambio en la denominación de la demencia, ya que las alteraciones cognitivas de los ancianos adquirirían una categoría patológica, de forma que no todo déficit a ese nivel debe ser aceptado ineludiblemente como secundario al envejecimiento sin más. Además ha borrado el diagnóstico de «demencia senil», convirtiéndose en el momento actual en la causa de demencia por excelencia de las personas mayores (Gil Gregorio, 2003).

Existe una serie de notas comunes en las distintas definiciones de demencia:

1. Implica una pérdida de capacidades cognitivas respecto al nivel premórbido.
2. La existencia de un deterioro de memoria.
3. Coexistencia de otros déficits en funciones superiores.
4. Intensidad suficiente como para interferir el funcionamiento habitual de la persona.

El deterioro intelectual es apreciable hasta el punto de repercutir en las actividades del individuo enfermo, como aseo personal, vestirse o comer. Afecta la capacidad de registrar, almacenar y recuperar información; al pensamiento y capacidad de razonamiento, con reducción en el flujo de las ideas. Además, hay repercusión en algunas de las siguientes funciones

cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o alteración de la capacidad de ejecución. Afecta el desarrollo normal de las actividades sociales y laborales, el control emocional, el comportamiento social y la motivación.

Según el DSM-IV: Presencia de múltiples déficits cognoscitivos (que incluyen el deterioro de memoria) que se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, o a efectos persistentes de una sustancia o de múltiples etiologías.

### DSM-IV

- A Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y al menos uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación, secuencia correcta).
- B Los déficits cognitivos causan un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional con respecto al nivel previo.
- C Los déficits no se presentan únicamente en el curso de un *delirium* y no son causados por una depresión.

*Criterios de demencia en el DSM-IV (Martín Carrasco, 2004)*

• Según la CIE-10: La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio (Martín Carrasco, 2004).

### CIE-10

- A Síndrome por enfermedad cerebral, generalmente progresivo, que cursa con afectación de la memoria y una o más funciones intelectuales 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 está asociado por lo general a deterioro en el control emocional, comportamiento social o motivación.
- D Suele haber interferencias con las actividades de la vida diaria, lo que depende del ambiente cultural y social del paciente.

*Criterios de demencia en CIE-10 (Martín Carrasco, 2004)*

La enfermedad de Alzheimer se puede definir como una entidad clínica y anatomopatológica de tipo degenerativo, caracterizada clínicamente por un síndrome demencial de tipo progresivo, y patológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles neuríticas en la formación del hipocampo y en el neocórtex (Martín Carrasco, 2004).

Existe una tendencia a utilizar la enfermedad de Alzheimer como paradigma de las demencias y referir todas las demás a ella; de ahí la insistencia en la pérdida de memoria como síntoma imprescindible para el diagnóstico. La enfermedad de Alzheimer presenta como síntoma predominante e inicial la pérdida de memoria, pero esto no es aplicable a la totalidad de las demencias, degenerativas o no (por ejemplo, la afasia progresiva primaria, o secundaria, u otras enfermedades sistémicas como el hipotiroidismo). Por ello es fundamental insistir sobre el hecho de que un paciente que presenta un defecto de sus funciones superiores que le dificultan su vida habitual, incluyendo alteraciones emocionales, del comportamiento y de la personalidad, debiera ser considerado sospechoso de presentar una forma inicial de demencia.

Respecto a la epidemiología de la demencia, se han obtenido diferentes resultados según los estudios actuales respecto a la prevalencia y la incidencia.

La prevalencia de una enfermedad es el número de casos en una población en un momento dado. Tras los distintos estudios realizados, existe unanimidad al considerar que las cifras de prevalencia se duplican cada 5 años desde el 1-2 % a los 65 años hasta el 30 % en mayores de 85 años (Gil Gregorio, 2003), incluso hay estudios que hablan de prevalencia del 70 % en ancianos «muy ancianos». En cuanto a las demencias en estadio grave: 1,3-6,7 %.

La incidencia de una enfermedad es la frecuencia de aparición de nuevos casos de la enfermedad en un periodo de tiempo determinado. Las tasas de incidencia aumentan de forma exponencial, se duplican cada 5 años a partir de los 65 años, pasando de menos del 1 % en el grupo de los 65-70 años al 6,9 % en el de más de 85 años. Parece que no existen diferencias en la incidencia global de la demencia en cuanto a la distribución por sexos, pero en las edades más avanzadas, la incidencia de la enfermedad de Alzheimer es mayor en mujeres.

La enfermedad de Alzheimer es, hoy en día, la causa más frecuente de demencia. Los datos recogidos en estudios en nuestro país y en estudios internacionales reflejan que entre el 48 y el 70 % de las demencias son causadas por la enfermedad de Alzheimer. La demencia vascular representa el 25 %.

Actualmente, la supervivencia media de los pacientes diagnosticados de demencia se encuentra entre 8-12 años, aunque también existen casos de 20 años, o incluso más, de evolución.

## 2. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Se han sugerido muchos mecanismos como protagonistas de la patogénesis de la enfermedad de Alzheimer. Entre ellos se encuentra el aumento en la producción y acumulación de amiloide, la hiperfosforilación de microtúbulos de la proteína tau, mecanismos inflamatorios, producción de radicales libres con fenómenos de estrés oxidativo, déficit energético, excitotoxicidad, alteraciones en la transcripción, apoptosis, alteraciones en la homeostasis del calcio y algunos factores vasculares.

El aspecto global del cerebro de un paciente con enfermedad de Alzheimer muestra disminución del volumen. Existe atrofia a nivel global, pero sobre todo es manifiesta en la zona entorrinal y parahipocámpica y en el lóbulo frontal.

El diagnóstico histopatológico se basa en la existencia de dos lesiones características:

- *Degeneración neurofibrilar.* Acumulación de fibrillas en el citoplas-

**Amiloide:** Diversos agregados de material proteico resultantes de la degeneración tisular. Se forma en algunas partes del cerebro durante la enfermedad de Alzheimer.

**Hiperfosforilación:** Reacción en la que un grupo de fosfato es transferido a grupos aceptores de proteínas o moléculas pequeñas.

**Excitotoxicidad:** Destrucción celular provocada por sustancias químicas o por células del sistema inmunitario.

**Apoptosis:** Proceso que se reproduce cuando determinados estímulos fisiológicos o patológicos inducen mecanismos específicos que conducen a la muerte de la célula. Constituye una forma de regulación de las poblaciones celulares, que elimina células redundantes o excesivamente dañadas y que resulta crítica en la formación del sistema nervioso durante el desarrollo o en el mantenimiento y función del sistema inmunitario en los organismos adultos.

**Entorrinal:** Parte de la corteza cerebral que se corresponde con las áreas 28 y 34 de Brodman.

**Hipocampo:** Estructura cerebral localizada en el lóbulo temporal que forma parte del sistema límbico. De gran importancia para los procesos de memoria.

**Parahipocampo:** Estructura cerebral cuya localización se encuentra en el sistema límbico, formada por proyecciones hipocámpicas.

ma neuronal que va a dar lugar a los ovillos neurofibrilares. Estas fibrillas están formadas por filamentos cuyo componente principal es la proteína tau (proteína hiperfosforilada asociada a los microtúbulos).

- *Placas seniles.* Las placas amiloides son extracelulares, compuestas por fibrillas de una proteína B-amiloide, y se forman por un proceso anómalo a partir de una APP (Proteína Precursora del Amiloide). Sobre todo en hipocampo y corteza. Las placas seniles presentan formas redondeadas que corresponden a terminaciones axonales degenerativas que rodean a una zona central constituida por abundante proteína amiloide. Entre los componentes no amiloideos de la placa destaca la apoE, que tiene un papel importante en el transporte lipídico, y elementos inflamatorios como interleukinas y  $\alpha$ 1-antiquimotripsina.
- *La hipótesis de la cascada del amiloide.* Sugiere que el depósito de la proteína b- amiloide desempeña un papel esencial en el desarrollo de la enfermedad. El Ab es un polipéptido procedente de la proteína precursora del amiloide (APP), codificada en un gen existente en el brazo largo del cromosoma 21. La degradación de dicha proteína produce distintos tipos de Ab, entre ellos el Ab 42, polipéptido de 42 aminoácidos con un alto potencial tóxico, que daría lugar a una serie de reacciones en cadena (procesos inflamatorios, reacciones tóxicas, exceso de radicales libres, apoptosis celular...) y que se expresaría en forma de pérdida neuronal, degeneración neurofibrilar, reactivación astrocitaria y otros.

**Polipéptido:** Polímero lineal de aminoácidos unidos covalentemente por enlaces peptídicos.

**Astrocitario:** Largas prolongaciones fibrosas de las células gliales que se encuentran en la sustancia blanca del encéfalo y médula espinal.

- *La hipótesis de la taupatía.* Sugiere que el acontecimiento esencial y más importante en la patogénesis de la enfermedad sería la hiperfosforilación y asociación de los microtúbulos de esta proteína, que va a dar lugar a la degeneración neurofibrilar.

Estas alteraciones estructurales se traducen en afectación de los sistemas de neurotransmisión. Esto afecta a más de un neurotransmisor, pero el sistema colinérgico es el más estudiado, ya que se trata del más precoz y el más afectado, objetivándose una reducción del 90 % en la actividad de la enzima acetil-colinesterasa. La intensidad

de la pérdida neuronal colinérgica en el núcleo basal de Meynert, los lóbulos temporales y la consiguiente disminución de acetil-colina se correlaciona con el grado de severidad clínica. Igualmente existe correlación entre el número de placas seniles y los niveles de enzima colinesterasa. Se ha confirmado que la sintomatología de la enfermedad tiene una clara dependencia con la intensidad de la pérdida neuronal y de las estructuras sinápticas.

También se encuentran afectados otros sistemas neurotransmisores: dopaminérgico, serotoninérgico, histaminérgico, glutamatérgico, gabaérgico (Gil Gregorio, 2003).

Esta afectación tiene gran importancia, ya que, ante la inexistencia de un tratamiento curativo en el momento actual, las aproximaciones terapéuticas están centradas en corregir, en la medida de lo posible, estos déficits, como tratamiento paliativo y estabilizador. Actualmente existen cuatro tratamientos específicos para la enfermedad de Alzheimer que actúan sobre esos sistemas:

- *Inhibidores de la acetilcolinesterasa.* Que producen un incremento de la transmisión colinérgica en el Sistema Nervioso Central (rivastigmina, donepezilo y galantamina, aceptada su indicación en la demencia tipo Alzheimer estadio leve a moderadamente grave).
- *Antagonista de los receptores glutamatérgicos cerebrales.* Memantina, aceptada su indicación en demencia en estadio moderado a severo.

Actualmente se están desarrollando estudios sobre fármacos que tratan de incidir sobre la patogenia de la enfermedad (proteína b-amiloide, tau...) con los que se abre el abanico de posibilidades, y también se están desarrollando estudios sobre una posible prevención primaria. Pero en este momento, como ya se ha comentado previamente, no existe tratamiento curativo para esta enfermedad, y las medidas terapéuticas serían sintomáticas, estabilizadoras y paliativas incidiendo en las esferas cognitiva, funcional y conductual.

## 2.1. Factores de riesgo

Dado que se sospecha la etiología multifactorial de esta enfermedad, y todavía quedan preguntas por responder en su patogenia, se estudian



diferentes factores que pueden suponer un riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Dentro de los factores de riesgo podemos considerar los siguientes (Cummings, 2003):

- **Edad:** es el factor más potente conocido actualmente. Se trata de una patología edad-dependiente.
- **Sexo femenino:** la proporción de mujeres afectadas con respecto a hombres es de 1,2:1 a 1,5:1.
- **Raza:** mayores tasas de demencia en población negra. En Europa Occidental y EE. UU.: demencia tipo Alzheimer. En Japón, China y antigua URSS: demencia vascular.
- **Factores genéticos:** en la EA de aparición tardía el más importante es el alelo de la apolipoproteína e4 (ApoE-4), proteína que transporta el colesterol. De sus tres formas (e2, e3, e4), la e4 aumenta la probabilidad de desarrollar EA y reduce la edad de inicio. El riesgo durante toda la vida para un individuo que no posee el alelo e4 es aproximadamente un 10 % mientras que para el que lleve al menos un alelo, la probabilidad alcanzará el 30 %. Determinar el genotipo de la apolipoproteína no puede considerarse como test diagnóstico de EA, ya que algunas personas que no poseen el alelo e4 desarrollan la enfermedad, y viceversa. Se han identificado varias mutaciones causantes de la enfermedad de Alzheimer, que se transmiten siguiendo un modelo autosómico dominante. Las mutaciones en el gen de la proteína precursora del amiloide (gen PPA, cromosoma 21), en el gen de la presenilina 1 (cromosoma 14) o en el de la presenilina 2 (cromosoma 1), producen enfermedad de Alzheimer familiar. La enfermedad de Alzheimer hereditaria es rara, y no supera el 5 % de todos los casos. Suele manifestarse a una edad temprana, sobre los 40-50 años.

Otros factores de riesgo sugeridos, aunque su asociación no está tan demostrada como los previos, serían los siguientes:

- Nivel educacional bajo.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Estilo de vida.



- Depresión.
- Predisposición al estrés psicológico.
  
- **Factores de riesgo cardiovascular:** arterioesclerosis, diabetes, HTA, hipercolesterolemia, homocisteína, tabaco.
- **Niveles bajos de TSH, testosterona y estrógenos.**
- **Zinc, aluminio.**

### 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico. Se debe basar en una valoración integral, individualizada y mutidisciplinar del paciente.

Cabe destacar los siguientes puntos para el diagnóstico de la demencia:

- *Historia clínica:* se deben recoger datos sobre antecedentes familiares y personales, situación basal, hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico y enfermedad actual (cronología, síntomas cognitivos y no cognitivos).
- *Exploración física* exhaustiva dando especial importancia a la exploración neurológica.
- *Valoración mutidimensional:* cognitiva, psicológica-conductual, funcional, social, sobrecarga del cuidador, estadio evolutivo.
- *Pruebas complementarias:* analítica de sangre (incluyendo hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico, de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma, prueba de imagen estructural (TAC o RMN) y en algunos casos una prueba de imagen funcional (PET y SPECT).
- El diagnóstico diferencial de la demencia se debe establecer sobre todo con las siguientes entidades:
- *Síndrome confusional agudo:* aunque puede aparecer en el curso de una demencia o ser la forma de inicio de la misma, se diferencia de ella por la alteración del nivel de conciencia. El curso es agudo o subagudo (Guías en Demencias, 2002).

Síndrome confusional	Demencia
Inicio con fecha determinada.	Inicio gradual, insidioso.
Enfermedad aguda de días a semanas, raramente de más de un mes.	Enfermedad crónica, con evolución características durante años, aunque existen demencias subagudas.
Generalmente reversible, con frecuencia totalmente reversible.	Generalmente irreversible, progresiva.
Desorientación temprana.	Desorientación tardía, con frecuencia tras meses o años.
Fluctuante.	Generalmente no fluctuante.
Cambios fisiológicos llamativos.	Cambios fisiológicos menos importantes.
Nivel de conciencia disminuido, alterado y fluctuante.	La conciencia no está alterada, salvo en situación terminal.
Atención reducida.	No hay una clara reducción de la atención.
Ciclo vigilia-sueño muy alterado.	Ciclo vigilia-sueño alterado de forma menos acusada.
Cambios psicomotores importantes (hiperactivo o hipoactivo).	Cambios psicomotores típicamente tardíos.

*Diferencias entre la demencia y el delirium o cuadro confusional agudo (Guías en Demencias, 2002).*

- *Depresión*: aparece humor triste, lentitud en el flujo de ideas, falta de motivación y disminución en la atención, con fallos en el registro. A veces una depresión es el inicio de una demencia (Martín Carrasco, 2004).

	Depresión	Demencia
<b>Historia y curso evolutivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio bien definido.</li> <li>• Evolución rápida y corta (semanas).</li> <li>• Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio insidioso.</li> <li>• Evolución lenta y larga (años).</li> <li>• Sin antecedentes previos.</li> </ul>
<b>Cuadro clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo.</li> <li>• Poco esfuerzo en responder.</li> <li>• Síntomas afectivos presentes.</li> <li>• Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>• Mejoría vespertina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quejas escasas. Sin conciencia de enfermedad.</li> <li>• Se esfuerza en responder.</li> <li>• Afecto plano, apatía.</li> <li>• Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>• Empeoramiento vespertino y nocturno.</li> </ul>
<b>Exploración</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta disciplentes antes de iniciar la prueba (ej: «no sé»).</li> <li>• Patrón de déficit incongruente.</li> <li>• Lagunas de memoria específicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas que intentan disimular el déficit.</li> <li>• Patrón de déficit congruente.</li> <li>• No hay lagunas específicas.</li> </ul>

*Características diferenciales entre la demencia y la depresión (Martín Carrasco, 2004).*

- *Retraso mental leve o moderado*: no existe un nivel previo superior al actual por fallo en la adquisición de hitos. También puede añadirse una demencia a un retraso mental objetivándose un decaer en la capacidad previa del sujeto (demencia en el síndrome de Down).
- *Rendimientos cognitivos anormalmente bajos* debido a un medio social con graves carencias. No interfieren en las actividades de la vida diaria.
- *Deterioro cognitivo leve*: no existe interferencia importante en las actividades de la vida diaria.

### Criterios de Petersen para deterioro cognitivo ligero

- Pérdida de memoria, referida por el paciente o por un informador fiable.
- Facultad de memoria inferior en 1.5 SD (desviaciones estándar) o más por debajo de la media para su edad.
- Cognición general normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

*Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol, 1999; 56: 303-308.*

Dentro de la demencia, como ya se ha expuesto, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente y la mejor conocida y estudiada en cuanto a su evolución, pero existen otros tipos de demencia. Cabe señalar que las diferencias entre los distintos tipos de demencia son marcadas y características al inicio de la enfermedad: forma de comienzo, síntoma inicial, respuesta al tratamiento, ya que en fases avanzadas la evolución va a ser bastante similar en todas ellas.

Actualmente se ha identificado un gran número de enfermedades o situaciones clínicas capaces de producir un síndrome demencial.

En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, que como se ha expuesto previamente se trata de una entidad clínica y anatomopatológica de tipo degenerativo, caracterizada clínicamente por un síndrome demencial de tipo progresivo, y patológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles neuríticas en la formación del hipocampo y en el neocórtex, debemos tener en cuenta los criterios NINCDS-ADRDA para su diagnóstico.

### A. Definido

- Los criterios para la categoría definida exigen que el enfermo en vida cumpliera los criterios de enfermedad de Alzheimer probable y haya luego datos histopatológicos confirmados obtenidos por biopsia o autopsia.

### B. Probable

- La condición de probable se caracteriza por la existencia de:
  - Un síndrome de demencia demostrado con la ayuda de un cuestionario concreto y confirmado por un test neuropsicológico.
  - Por la constatación de déficit en dos o más áreas de la cognición.
  - Por un empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
  - Sin que haya trastorno del nivel de conciencia.
  - Por un inicio entre los 40 y 90 años de edad.
  - Por la ausencia de trastornos sistémicos o enfermedades cerebrales que puedan ser responsables de tales síntomas discognitivos.
- La demencia se define por un declinar de la memoria y en otras funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de estas funciones antes del inicio de la enfermedad.
- Los hechos que apoyan el diagnóstico aun cuando no son exigidos incluyen una alteración progresiva de funciones específicas, tales como lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de la percepción (agnosia); compromiso de las actividades de la vida diaria y trastornos de conducta, historia familiar de enfermedad semejante, particularmente si hay confirmación neuropatológica; normalidad de los estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR), cambios no específicos del electroencefalograma (EEG); datos de atrofia cerebral en la tomografía computarizada (TC) que van aumentando en observaciones seriadas.
- Otros hechos que dan consistencia al diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable (pero que no son exigidos) incluyen:
  - Un curso en «mesetas».
  - Síntomas asociados como depresión, insomnio, incontinencia, delirios, alucinaciones, reacciones catastróficas; trastornos de la conducta sexual o pérdida de peso, aumento del tono muscular, mioclonías o trastornos de la marcha, especialmente en la fase tardía de la evolución de la enfermedad; crisis epilépticas en los estadios avanzados del proceso.
  - TC considerada como normal para la edad del sujeto.
- El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer es menos probable en el caso en que los síntomas se inicien de manera aguda, se constaten signos neurológicos de déficit focal o haya crisis epilépticas o trastornos de la marcha en la fase inicial del proceso.

### C. Posible (continuación)

- Se clasifica a un enfermo como posible cuando el enfermo:
  - Tiene un síndrome de demencia sin causa aparente aunque haya variaciones en el inicio, presentación o curso clínico en comparación con el Alzheimer típico.
  - Si existe un trastorno cerebral de otro tipo o una enfermedad sistémica que de por sí son suficientes para producir demencia.
  - Si el enfermo tiene un déficit cognitivo aislado que se hace gradualmente progresivo y no se muestra otro síntoma.

*Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. Neurology, 1994; 34: 939-944.*

Dentro de las demencias, destacar las siguientes entidades, por su frecuencia y repercusión clínica y que debemos diferenciar de la enfermedad de Alzheimer:

### 3.1. Demencia por cuerpos de Lewy

El inicio de la enfermedad se sitúa entre los 50 y los 90 años, con una duración entre los 6 y los 10 años (parecida o ligeramente más breve que la enfermedad de Alzheimer). Es cada vez más común en los ancianos. Es más frecuente en hombres. En cuanto a las características clínicas, los pacientes presentan un síndrome de demencia progresivo con importantes déficits atencionales, fluctuaciones en la cognición, importantes alucinaciones visuales y parkinsonismo con un riesgo aumentado de sufrir caídas (para un diagnóstico de demencia de cuerpos de Lewy deben darse 2 de las tres últimas características especificadas). También son comunes otros síntomas neuropsiquiátricos como los delirios, identificaciones erróneas, trastorno del sueño con pesadillas frecuentes y la depresión. Es probable que estos pacientes tengan la sensibilidad neuroléptica aumentada, por lo que está contraindicado el uso de neurolépticos convencionales en esta enfermedad.

### Criterios del consorcio para la demencia con cuerpos de Lewy

**Esencial:** Demencia de curso progresivo, en la que la alteración de la memoria puede no ser evidente en las fases iniciales. Destacan las alteraciones de la atención y de las funciones frontosubcorticales y visuoespaciales.

Dos de las siguientes características definen un diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy probable, y la presencia de una sola de ellas indica el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy posible:

- **Fluctuación** de la capacidad cognoscitiva con variaciones importantes de la atención y del estado de alerta.
- **Alucinaciones visuales** recurrentes bien formadas y detalladas.
- Signos motores espontáneos de **parkinsonismo**.

Características que apoyan el diagnóstico:

- Caídas repetidas.
- Síncopes.
- Pérdidas de consciencia transitorias.
- Sensibilidad marcada a los neurolépticos.
- Delirios sistematizados.
- Alucinaciones no visuales.

El diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy es menos probable en presencia de:

- Enfermedad vascular cerebral, con signos neurológicos focales o lesiones vasculares en técnicas de neuroimagen.

Evidencia de otra enfermedad neurológica o sistémica que pudiese justificar el cuadro clínico

*McKeith, I. G., Galasko, D., Kosaka, K., Perry, E. K., Dickson, D. W., Hansen, L. A., et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. Neurology, 1996; 47: 1113-1124.*

## 3.2. Demencia vascular

Es una causa común de deterioro cognitivo en el anciano, ya que provoca entre un 15-30 % de los casos de demencia. La demencia vascular es un trastorno complejo resultante de múltiples infartos, lesión isquémica cerebral en zona estratégica u, ocasionalmente, eventos hemorrágicos intracraneales. La patología es progresiva con un curso que va avanzando de forma fluctuante. Adopta distintas formas clí-



nicas en función de la localización de la lesión cerebral asociada, pero existen una serie de características comunes que nos ayudan a identificar esta demencia (posibilidad de inicio repentino tras lesión vascular, curso fluctuante, historia de ictus, síntomas y signos neurológicos focales).

### **Criterios para el diagnóstico clínico de probable demencia vascular**

1. Demencia: definida como deterioro cognitivo con afectación de la memoria y de, por lo menos, otras dos áreas cognitivas. Los déficits deben ser severos e interferir en las actividades de la vida diaria.
2. Enfermedad vascular cerebral: Presencia de signos neurológicos focales en la exploración clínica, y de lesiones relevantes en las exploraciones de neuroimagen.

Relación entre ambos procesos, por la presencia de uno o más de los siguientes: a. Inicio de la demencia en los tres meses después de un ictus. b. Deterioro brusco de las funciones cognitivas, o fluctuación de los déficits cognitivos o progresión escalonada.

### **Características clínicas de probable demencia vascular**

1. Presencia temprana de trastornos de la marcha (pequeños pasos, marcha parkinsoniana, marcha apráxica-atáxica).
2. Antecedentes de inestabilidad y de caídas frecuentes.
3. Frecuencia y urgencia miccional y otros síntomas urinarios no explicables por causas urológicas.
4. Parálisis pseudobulbar.

Cambios de personalidad y humor, abulia, depresión, incontinencia emotiva, u otros déficits subcorticales incluyendo lentitud psicomotora y alteración en las funciones ejecutivas.

### **Características que hacen improbable el diagnóstico de demencia vascular**

- 1 Inicio precoz del deterioro de la memoria y progresivo empeoramiento de la memoria y otras funciones cognitivas tales como el lenguaje, habilidades motoras y percepción, en ausencia de lesiones focales en la neuroimagen.
2. Ausencia de signos focales neurológicos, distintos del trastorno cognitivo.

Ausencia de lesiones cerebrovasculares en la neuroimagen.



### Diagnóstico clínico de demencia vascular posible (*continuación*)

En caso de demencia con signos neurológicos focales, en pacientes en los que no se observa en la neuroimagen signos de enfermedad cerebrovascular, o en ausencia de una clara correlación temporal entre la demencia y el ictus, en pacientes con un inicio insidioso y un curso variable y evidencia de enfermedad cerebrovascular.

### Criterios para el diagnóstico de demencia vascular definitiva

Debe cumplir los criterios clínicos de demencia vascular probable, evidencia histopatológica de enfermedad cerebrovascular (obtenida de biopsia o autopsia), ausencia de ovillos neurofibrilares o placas seniles, exceptuando las esperables por la edad, y ausencia de otros trastornos clínicos o patológicos que puedan producir demencia.

*Roman G. C., Tatemichi T. K., Erkinjuntti T., et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-60.*

## 3.3. Demencia en la enfermedad de Parkinson

Cuadro de demencia subcortical. El cuadro es crónico y progresivo, con enlentecimiento motor y cognitivo. Aparece temblor, bradicinesia, rigidez, voz monótona, alteraciones de la marcha. Pueden aparecer síntomas psicóticos primarios o secundarios al tratamiento, así como cuadros ansiosos y alteraciones del sueño.

**Bradicinesia:** Enlentecimiento o pobreza de movimientos.

## 3.4. Demencia frontotemporal

Este tipo de demencia se caracteriza por cambios frecuentes de humor, alteraciones de la personalidad, indiferencia, apatía, negligencia, desinhibición, conductas inadecuadas, comen o beben en exceso, muestran falta de autocritica, con alteraciones del ritmo del sueño y de la actividad sexual, pierden la iniciativa, el razonamiento y las formas sociales.

## Criterios diagnósticos demencia frontotemporal

Cambios en el carácter y una conducta social desordenada son las características dominantes tanto al comienzo como en el transcurso de la enfermedad. Las funciones instrumentales de percepción, habilidades espaciales, praxis y memoria están intactas o relativamente bien preservadas.

I. Características diagnósticas centrales (todas han de estar presentes):

1. Comienzo insidioso y progresión gradual.
2. Declive temprano en la conducta interpersonal social.
3. Deterioro temprano en la regulación de la conducta personal.
4. Embotamiento emocional precoz.
5. Pérdida precoz de la introspección.

II. Características que apoyan el diagnóstico:

a. Trastornos del comportamiento:

1. Deterioro en la buena presencia e higiene personal.
2. Rigidez e inflexibilidad mentales, p.e., incapacidad de aceptar puntos de vista ajenos.
3. Distrainimiento e inconstancia.
4. Hiperoralidad y cambios en la dieta.
5. Comportamiento perseverante y estereotipado.
6. Hiperutilización de objetos, aunque no tengan relación con la tarea en curso.

b. Lenguaje:

1. Expresión verbal alterada: economía verbal, lenguaje apresurado y falta de espontaneidad.
2. Lenguaje estereotipado.
3. Ecolalia.
4. Perseveración verbal, expresión verbal muy repetitiva.
5. Mutismo.

c. Signos físicos:

1. Reflejos primitivos.
2. Incontinencia.
3. Acinesia, rigidez y temblor.
4. Presión arterial baja y lábil.

## Criterios diagnósticos demencia frontotemporal (*continuación*)

### d. Exámenes:

1. Neuropsicología: deterioro significativo en los tests del lóbulo frontal en ausencia de amnesia severa, afasia o trastorno perceptivo-espacial.
2. EEG convencional normal pese a la demencia clínicamente evidente.
3. Pruebas de imagen (estructurales y/o funcionales): anormalidad predominantemente frontal y/o temporal anterior.

### III. Características que apoyan el diagnóstico (comunes a todos los síndromes clínicos de degeneración lobar frontotemporal):

1. Comienzo antes de los 65 años, historia familiar de trastorno similar en parientes en 1<sup>er</sup> grado.
2. Parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones (en una pequeña proporción de pacientes puede estar asociada enfermedad de la neurona motora).

### IV Características diagnósticas de exclusión (tienen que estar ausentes):

#### a. Clínicas:

1. Comienzo brusco con episodios ictales.
2. Traumatismo craneal relacionado con el comienzo.
3. Amnesia severa precoz.
4. Desorientación espacial.
5. Habla festinante con pérdida del hilo del pensamiento.
6. Mioclonias.
7. Ataxia cerebelosa.
8. Coreoatetosis.

#### b. Exámenes:

1. De imagen: déficit estructural o funcional predominantemente poscentral; lesiones multifocales en TAC o RNM.
2. Tests de laboratorio que indiquen la implicación cerebral en trastornos metabólicos o inflamatorios como sífilis, SIDA y encefalitis por herpes simple.

### V. Características de exclusión relativa:

1. Historia típica de alcoholismo crónico.
2. Hipertensión sostenida.

Historia de enfermedad vascular (p. e., angina o claudicación).

*The Lund and Manchester Group: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J. Neurosurg Psychiatry, 1994; 57:416-418.*

## 4. SINTOMATOLOGÍA INICIAL

La afectación es cognoscitiva, funcional y conductual. En este apartado nos referiremos a sintomatología cognitiva y afectación funcional en la enfermedad de Alzheimer, ya que los síntomas no cognitivos (afectivos y conductuales) se abordarán posteriormente en este capítulo. Los denominados síntomas no cognoscitivos se observan con tal frecuencia que cada vez cobran mayor importancia y protagonismo en la valoración clínica de la demencia.

Además, la presencia de estos síntomas comporta una mayor gravedad clínica, provoca una mayor carga emocional para los cuidadores de los pacientes con demencia con riesgo de claudicación de la familia, incrementando del riesgo de institucionalización.

### 4.1. Síntomas cognitivos

**Nivel de conciencia.** Capacidad de situarse en su entorno. La alteración de la conciencia forma parte de los criterios de exclusión de demencia.

**Orientación.** Se afecta progresivamente. En fases tempranas presenta desorientación temporal. Posteriormente presenta episodios de desorientación espacial, inicialmente en lugares poco habituales y luego en lugares conocidos, como su propio domicilio, y, por último, el enfermo terminará perdiendo la capacidad de orientarse personalmente.

**Atención.** Estado de alerta y despertar que nos permite procesar la información seleccionando estímulos relevantes del entorno que serán con el fin de emitir respuestas adecuadas. Es un sistema multidimensional que no sufre un deterioro importante hasta etapas intermedias de la enfermedad de Alzheimer.

**Memoria.** Es la capacidad de codificar, almacenar y recuperar información. Su alteración no es imprescindible para el diagnóstico de demencia, aunque en la mayoría de los pacientes que sufren este síndrome se encuentre deteriorada (por definición).

Una memoria deteriorada es el síntoma central y de inicio en la enfermedad de Alzheimer.

Los déficits de memoria que nos vamos a encontrar en los pacientes con enfermedad de Alzheimer van a ser principalmente de memoria declarativa de tipo episódico con material verbal y visuoespacial (esta última en menor medida), tanto a corto plazo como a largo plazo. Este sistema de memoria es el encargado de la información de los acontecimientos pasados, tiene unas coordenadas espaciales y temporales y está muy ligado a emociones.

Por otro lado la memoria declarativa de tipo semántico va a ser una de las capacidades de memoria menos alterada hasta fases más avanzadas de la enfermedad. Esta memoria contiene el conocimiento general del mundo.

Estos pacientes muestran además dificultades en el aprendizaje de material nuevo y en la recuperación de la información.

Asimismo, en la enfermedad de Alzheimer el proceso de memoria procedimental es igualmente muy resistente al olvido, se trata de la memoria de las tareas motoras, no requiere recuperación consciente y el aprendizaje está determinado por la práctica.

**Lenguaje.** El lenguaje es la capacidad de comunicarse con otros. Al inicio de la enfermedad los enfermos van a mostrar dificultades para denominar y para encontrar ciertas palabras, es decir, recordar el nombre de objetos de uso común (anomia).

El paciente comienza a manifestar un lenguaje vago, impreciso, y lleno de circunloquios. La presencia de parafasias semánticas (decir una palabra con relación semántica a la que en realidad se quería evocar) y parafasias fonéticas (sustitución de unos fonemas por otros) es común.

La evocación espontánea de palabras tanto a nivel fonético como semántico, sufrirá una alteración conforme el proceso degenerativo avanza.

La capacidad de comprensión y de expresión se alterará en estadios intermedios de la enfermedad.

Por último, en las fases más avanzadas, los enfermos mostrarán un lenguaje empobrecido y perderán el hilo de las conversaciones.

La alteración del lenguaje va a convertirse en un problema de tal envergadura que, finalmente, se llegará al mutismo total.

**Funciones ejecutivas.** Son los procesos cognitivos que organizan las ideas, los movimientos o las acciones relativamente simples en comportamientos complejos y dirigidos hacia un fin. Incluyen: planificación, cambio de set o flexibilidad cognitiva, autorregulación y monitorización de las tareas, memoria operativa, selección precisa de comportamientos y conductas, capacidad de abstracción, etc.

**Set:** foco atencional. Lugar o tarea hacia donde debe ser dirigida la atención.

Éstas se van a ver afectadas ya desde el inicio de la enfermedad y su deterioro a partir de este momento inicial va a ser continuo.

**Apraxia.** Es definida como la incapacidad de realizar movimientos sin que exista lesión del sistema motor. A nivel general se afectan las denominadas ideomotoras (incapacidad de expresarse mediante el gesto), la ideatoria (capacidad para usar un objeto de forma correcta) y la visuoestructiva (capacidad de realizar una figura cualquiera mediante el dibujo).

**Agnosia.** Dificultad para el reconocimiento, identificación y uso de determinados componentes de tipo sensorial, sin que exista alteración alguna de estos sistemas. Por lo tanto, es posible diagnosticar agnosias en los cinco órganos de los sentidos.

En la enfermedad de Alzheimer no es difícil encontrar en fases intermedias agnosias visuales (reconocimiento de colores o formas mediante el órgano sensorial visual) o somatosensoriales (reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo).

### Diagnóstico neuropsicológico diferencial en demencias

	Orientación	Atención	Memoria	Funciones Ejecutivas	Lenguaje	Gnosis	Praxis
<b>EA</b>	✓		✓	✓	✓		
<b>DV</b>		✓	✓	✓			
<b>DFT</b>		✓		✓	✓		
<b>APP</b>				✓	✓		
<b>DS</b>					✓	✓	
<b>EP</b>			✓	✓			✓
<b>HD</b>			✓	✓			✓
<b>D. LEWY</b>		✓		✓			✓

*Quzibash et al., 2003. EA: Enfermedad de Alzheimer; DV: Demencia Vasculare; DFT: Demencia Frontotemporal.; APP: Afasia Progresiva Primaria; DS: Demencia Semántica; EP: Enfermedad de Parkinson; HD: Enfermedad de Huntington; D. Lewy: Demencia por cuerpos de Lewy.*

## 4.2. Síntomas funcionales

Incapacidad para realizar las actividades cotidianas que acostumbraba a hacer antes del inicio de la enfermedad.

Dentro de las actividades debemos diferenciar según el grado de complejidad:

*Actividades básicas de la vida diaria.* Se trata de actividades que permiten al individuo vivir de forma independiente en su entorno habitual. Son necesarias e imprescindibles para asegurar su supervivencia en su medio: vestirse, baño, uso del retrete, capacidad para realizar las transferencias, alimentación, continencia urinaria y fecal.

*Actividades instrumentales de la vida diaria.* Son actividades que requieren para su realización un nivel mayor de complejidad y aseguran la independencia de la persona en su entorno: realizar compras, tareas domésticas, manejo de dinero, medicación, asuntos bancarios, uso de transporte público.

*Actividades avanzadas de la vida diaria.* Estas actividades presentan todavía un nivel mayor de complejidad, no son imprescindibles para el funcionamiento independiente de la persona en su medio, pero sí tienen importancia a la hora de la interacción social de esa persona y capacidad para mantener su actividad intelectual, relaciones sociales y actividades de ocio (actividades sociales: reuniones familiares, con amigos, aficiones, viajes...).

Inicialmente está afectada la capacidad para realizar actividades avanzadas; posteriormente, presentan dificultad para realizar las actividades instrumentales y, finalmente, está disminuida su capacidad para las actividades básicas de la vida diaria, de forma que en las fases avanzadas de la enfermedad los pacientes son dependientes para todas ellas.

## 5. EVOLUCIÓN Y ESTADIOS CLÍNICOS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El curso de la demencia es progresivo e irreversible, excepto en el reducido grupo de demencias tratables. Puede evolucionar de forma subaguda,

o generalmente a lo largo de varios años, o hacerlo de forma fluctuante, dependiendo en gran parte de la etiología de la enfermedad y edad de comienzo.

En la enfermedad de Alzheimer el inicio resulta lento e insidioso, y evoluciona de forma progresiva y gradual durante 2 y 10 años, aunque en algunos casos puede durar hasta 20 años.

En las fases iniciales van a manifestarse síntomas específicos según los distintos tipos de demencia, pero en fases más avanzadas de la enfermedad, los síntomas, la evolución y el deterioro progresivo suele ser similar, independientemente del tipo.

La enfermedad de Alzheimer es un proceso con una serie de estadios clínicos identificables, en otros tipos de demencias no resulta tan claro este estadiaje. Estos estadios existen en un continuum con el proceso normal de envejecimiento.

Según la propuesta de Reisberg (GDS: Global Deterioration Scale y FAST: Functional Assessment Staging), podemos identificar 7 estadios en su evolución (Reisberg, 1999):

### **5.1. Estadio 1 (normal)**

A cualquier edad, las personas pueden potencialmente estar libres de fallos objetivos o subjetivos a nivel cognitivo o funcional, así como de alteraciones conductuales o de la personalidad. Las capacidades funcionales en las áreas ocupacional, social o familiar permanecen intactas.

### **5.2. Estadio 2 (déficit cognitivo muy leve; deterioro cognitivo asociado a la edad)**

Más de la mitad de la población mayor de 65 años presenta quejas subjetivas de fallos de memoria o de dificultad funcional. Creen que no pueden recordar nombres como lo hacían previamente, se les olvida dónde han dejado objetos comunes, etc. Presentan subjetivamente dificultades para concentrarse y encontrar la palabra adecuada cuando hablan. Estos



fallos, en general, no son objetivados por los familiares, o si lo son, no les parece preocupante; y son benignos, aunque se ha visto que personas con dichos fallos tienen más riesgo de un mayor declive que el resto de las personas de su misma edad.

No existe compromiso de su vida sociolaboral.

### **5.3. Estadio 3 (deterioro cognitivo leve)**

Manifiestan déficits subjetivos, corroborados por los familiares cercanos.

Suelen aparecer fallos repetidos, dificultad en la capacidad de realizar funciones ejecutivas. Aquellas personas que continúan trabajando pueden sufrir una disminución en su rendimiento laboral evidente para sus compañeros de trabajo, y presentan mayor dificultad en aprender nuevas habilidades o tareas en el trabajo.

Las personas que no trabajan, pero que organizan eventos sociales, reuniones familiares, viajes, pueden presentar déficits en sus capacidades. También puede aparecer dificultad en la concentración.

Pueden abandonar determinadas actividades sociales, aunque los déficits en estas áreas pueden no ser evidentes durante mucho tiempo.

Conservan la capacidad de realizar tareas rutinarias (compras, economía doméstica, viajes a lugares conocidos...).

Una proporción importante de estos pacientes no empeorarán, pero en muchos pacientes en este estadio, ocurrirá ese declive y se manifestarán síntomas de demencia en aproximadamente 2 a 4 años.

### **5.4. Estadio 4: Déficit cognitivo moderado (enfermedad de Alzheimer leve)**

Los fallos se hacen evidentes en esta fase. Olvidan hechos recientes y detalles importantes de su vida diaria, como unas vacaciones o la visita a un familiar. Aparecen dificultades para recordar el día, mes, año. Ge-

neralmente pueden recordar bien su dirección. Suelen recordar datos de personajes importantes, como el presidente del gobierno. A pesar de los fallos manifiestos, estos pacientes pueden todavía potencialmente vivir de forma independiente en la comunidad en su entorno habitual (es capaz de asearse, elegir su ropa, viajar a lugares comunes...). Sin embargo, aparecen ya fallos importantes en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria, que requieren cierto nivel de complejidad (asuntos del banco, pago de rentas...), lo que suele alertar a la familia. Suelen existir dificultades para realizar las compras. Igualmente la capacidad para elegir comida en un restaurante comienza a estar comprometida.

Muchas veces los pacientes no son conscientes de sus déficits, y en el caso contrario, el ser consciente de estos fallos es tan doloroso para la mayoría de las personas, que utilizan el mecanismo de negación y tratan de ocultar sus fallos al resto. Además, reduce su participación en actividades, conversaciones, para ocultar esos fallos. Aproximadamente la duración de esta fase es de 2 años.

### **5.5. Estadio 5: Déficit cognitivo moderado grave (enfermedad de Alzheimer moderada)**

En este estadio los pacientes no pueden arreglárselas para continuar viviendo de forma independiente. Si siguen viviendo solos, generalmente hay algún familiar o conocido que se encarga de las tareas más complejas como compras, cocina, pagos de rentas, estado de las finanzas, etc.

A nivel cognitivo, los pacientes no recuerdan acontecimientos importantes y aspectos de la vida diaria, como su propia dirección, condiciones climáticas... Característicamente algunos aspectos de la vida actual son recordados, pero otros no.

Se afecta también la memoria remota, igualmente la orientación, no recuerdan el año exacto. Son manifiestos los déficits en el cálculo —por ejemplo, no son capaces de contar al revés de dos en dos—.

A nivel funcional, los pacientes tiene ya dificultades con las actividades básicas de la vida diaria. Es característica la dificultad para elegir de forma independiente su ropa.

Aparecen trastornos emocionales, del sueño y de conducta. Este estadio puede durar 1 año y medio.

### **5.6. Estadio 6: Deterioro cognitivo grave (enfermedad de Alzheimer moderadamente grave)**

En esta etapa está comprometida la capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Se divide en 5 subestadios:

- a) Presentan dificultad para ponerse la ropa de forma adecuada (en el orden correcto, prendas del revés, dificultad para calzarse, abotonarse...), un poco después pueden perder la capacidad para ajustar la temperatura del agua para el baño —si el cuidador se ocupa de ello el paciente todavía puede bañarse sólo—, aparece miedo al baño.
- b) Aparecen dificultades para bañarse solos, además presentan problemas en la higiene diaria, como puede ser cepillarse los dientes.
- c) Presentan dificultades en el aseo (colocar los utensilios de aseo, WC).
- d) Incontinencia urinaria.
- e) Incontinencia fecal.

Los déficits cognitivos son tan severos en este estadio que los enfermos desconocen aspectos tan importantes de su vida actual como su propia dirección o las condiciones climáticas. No recuerdan los nombres de personajes famosos ni de compañeros de colegio, o personas conocidas no habituales. Pueden recordar los nombres de sus padres, su trabajo previo o el país donde nacieron. Pueden conocer sus nombres, pero ya empiezan a confundir a su cónyuge con otras personas (familiares fallecidos, etc.) y confundir la identidad de personas, incluso familiares muy directos en su entorno habitual.

Las habilidades para el cálculo están tan comprometidas que los pacientes, incluso con un nivel educacional alto, no son capaces de contar del 10 al 1.

Aparecen cambios emocionales de forma más frecuente en esta etapa. Estos cambios están muy relacionados con la reacción psicológica del pa-

ciente ante sus circunstancias. Debido a sus déficits, los pacientes no pueden convertir sus energías en actividades productivas. Por ello, a menos que se maneje correctamente, el paciente comienza a presentar actividad motora aberrante moviendo objetos de un lado a otro, abriendo y cerrando cajones, presenta vagabundeo...; debido al miedo, frustración y vergüenza, relacionado con sus propias circunstancias, y otros factores, los pacientes presentan inquietud, agitación e incluso pueden mostrarse agresivos verbal y físicamente. Puesto que no pueden vivir de forma independiente, presentan miedo a que se les deje solos. Padecen trastornos del ritmo diurno.

La duración de esta fase de la enfermedad puede llegar a los 2 años y medio.

Al final de este estadio el paciente es dependiente para todas las actividades de la vida diaria, presenta incontinencia doble y comienza a manifestar dificultades en la habilidad de articular el lenguaje. Aparecen neologismos y otros trastornos del lenguaje.

### **5.7. Estadio 7: Déficit cognitivo muy grave (enfermedad de Alzheimer muy grave)**

En este estadio, el paciente precisa asistencia continua para las actividades básicas de la vida diaria. Se identifican 6 subestadios a lo largo de esta fase con un deterioro progresivo.

- a) Se limita el lenguaje, aproximadamente a 6 palabras o menos. Esta etapa puede durar 1 año.
- b) Se limita el lenguaje a 1 palabra inteligible. Duración media de 1 año y medio.
- c) Se pierde la capacidad para deambular de forma independiente. Esta fase puede durar 1 año de media. De todas formas, la capacidad de deambular suele estar comprometida al final de la fase 6 en relación con la patología concomitante, déficit en los cuidados, efectos secundarios de la medicación y otras causas. Por otra parte, los cuidados administrados en los estadios precoces de la fase 7 pueden posponer al desarrollo de la incapacidad para la deambulación por un tiempo.

- d) Incapacidad para mantenerse sentados de forma independiente, pueden caerse de la silla, aunque tenga reposabrazos y un respaldo adecuado, si no tiene sujeción. Duración aproximada: 1 año.
- e) Pierden la capacidad para sonreír. Duración: 1,5 años.
- f) Se pierde la capacidad de sostener la cabeza de forma independiente. Con unos cuidados adecuados esta etapa final puede durar años.

En este último estadio de la enfermedad se manifiestan cambios físicos y neurológicos: aparece rigidez. En muchos pacientes estas rigideces son precursoras de otras deformidades físicas en forma de contracturas, que dificultan la movilidad de las articulaciones. A medida que avanza esta fase y en los últimos subestadios, casi la totalidad de los pacientes inmovilizados van a manifestar contracturas en distintas extremidades.

También aparecen cambios en los reflejos neurológicos en esta fase. Son muy llamativos los reflejos primitivos que están presentes en la infancia, pero desaparecen con el desarrollo. Nos referimos a los reflejos de succión, palmomentoniano, Babinsky.

**Babinsky:** Es uno de los reflejos infantiles por el cual el dedo grande del pie se flexiona hacia la parte superior del pie y los otros dedos se abren en abanico. Indica daños en las neuronas que conectan la médula espinal y el cerebro.

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer con frecuencia fallecen durante esta fase a consecuencia de complicaciones concomitantes con la enfermedad. La causa más común es la neumonía, sobre todo por aspiración. También por infecciones de orina o infecciones de úlceras por presión. Estos pacientes, dado su deterioro en esta fase, parecen ser más vulnerables a todas las causas comunes de mortalidad en los ancianos, incluidos accidentes cerebrovasculares, patología cardíaca y cáncer. Algunos pacientes en esta fase parecen sucumbir a la enfermedad en sí sin identificar otra causa subyacente.

Resulta de gran importancia identificar los estadios finales de la enfermedad (podríamos considerar como uno de los criterios para inclusión en la fase terminal el estadio 7c o mayores), ya que estos pacientes se podrían beneficiar de los programas de cuidados paliativos que asegurarían el control sintomático, apoyo a la familia y un seguimiento continuado y cercano del paciente (Arriola, 2002).

## 6. ALTERACIÓN DEL COMPORTAMIENTO Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

Padecer un cuadro demencial, como la enfermedad de Alzheimer (EA), supone que el paciente va a mostrar a lo largo de todo el proceso degenerativo una serie de signos y síntomas con mayor o menor peso clínico. Estos pacientes van a sufrir afectación en diferentes procesos cognitivos, como la memoria, así como alteraciones afectivas y del comportamiento.

Las alteraciones del comportamiento y del estado de ánimo afectan a la mayoría de pacientes con demencia, siendo muy frecuente la presencia simultánea de múltiples síntomas. La presencia de estos síntomas neuropsiquiátricos en la demencia afecta adversamente al pronóstico, por ejemplo, el deterioro de la función cognitiva es más rápido en los pacientes de enfermedad de Alzheimer con psicosis (Cummings, 2003).

Los trastornos psicológicos y conductuales son más frecuentes a medida que el proceso demencial avanza y la enfermedad empeora, y son más comunes en pacientes con disfunción del lóbulo frontal (Geschwind, 2001).

Los síntomas neuropsiquiátricos pueden fluctuar a lo largo del tiempo y no tienen por qué estar presentes continuamente, aunque una vez que han aparecido son altamente recurrentes (Cummings, 2003).

Son típicos varios síntomas, como agitación, trastornos del sueño y de la alimentación, apatía y síntomas psicóticos, entre otros. Estos síntomas supondrán una gran carga para los cuidadores, y son fuente de sufrimiento para el propio paciente (Loizaga y Carrasco, 2004). Es importante destacar que son estas alteraciones conductuales y del estado del ánimo en demencia lo que más se asocia a la sobrecarga del cuidador y al ingreso de estos pacientes en instituciones especializadas.

Existen múltiples síntomas conductuales que se pueden ir poniendo de manifiesto en los pacientes con demencia a lo largo de todo el proceso degenerativo, la prevalencia de unos u otros va a depender de la tipología de la demencia, así como de la fase en la que el paciente se encuentre.

Entre los trastornos emocionales en pacientes con demencia se incluyen tanto los fenómenos negativos (apatía, falta de motivación, incapacidad de reconocer la expresión afectiva en otras personas...), como los positivos (delirios alucinaciones, depresión...).

### Demencias que manifiestan comúnmente trastornos de conducta

Trastorno neuropsiquiátrico	Demencia
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Demencia vascular</li> <li>• Demencia corticobasal</li> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> </ul>
Alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Parkinson después del tratamiento con agentes dopaminérgicos</li> <li>• Demencia vascular si los infartos afectan al sistema visual</li> </ul>
Delirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Enfermedad de Parkinson después del tratamiento con agentes dopaminérgicos</li> </ul>
Apatía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis supranuclear progresiva</li> <li>• Demencia frontotemporal</li> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Demencia vascular</li> </ul>
Desinhibición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia frontotemporal</li> </ul>
Agitación/agresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Demencia frontotemporal</li> </ul>
Trastorno del sueño REM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> </ul>

*J. L. Cummings. Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders. Martin Dunitz, London, 2003.*

## 6.1. Alteraciones del comportamiento más comunes según la tipología de demencia

### 6.1.1. Enfermedad de Alzheimer

Demencia de mayor prevalencia en la actualidad, es una enfermedad degenerativa e incurable a nivel cortical, que viene acompañada de alteraciones del comportamiento, como la apatía o la agitación. Los trastornos de conducta y los síntomas neuropsiquiátricos son más comunes en la variante frontotemporal de la enfermedad, aunque son de alta prevalencia en el resto de variantes tipo EA. Los pacientes que se encuentran en fases más graves son más propensos a presentar alteraciones de la conducta, y una vez que emergen estos síntomas tienden a estar presentes en las subsiguientes fases (Cummings, 2003).

#### Crterios diagnósticos provisionales de depresión en la enfermedad de Alzheimer

Se ha de sospechar que el enfermo está deprimido si presenta, cuando menos, tres de los síntomas que se indican a continuación durante dos o tres semanas consecutivas, si esos síntomas significan un cambio en su estado de ánimo respecto a su modo habitual de sentir antes de enfermar y si se aprecia un humor deprimido o una disminución de afectos positivos o placenteros:

- Aparición de tristeza, desesperanza, desánimo o miedo.
- Pérdida de interés en las relaciones familiares o sociales y por los entretenimientos de antes.
- Tendencia al aislamiento o retirarse del contacto con los demás.
- Trastorno del apetito.
- Alteración del sueño.
- Agitación o lentitud psicomotora.
- Irritabilidad.
- Cansancio o pérdida de energía.
- Sentimientos de que nada vale la pena, pérdida de toda ilusión o culparse a sí mismo exageradamente.
- Pensamientos repetidos de muerte, ideas, planes o intentos suicidas.

*J. L. Cummings. Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders. Martin Dunitz, London, 2003.*



Entre las **alteraciones del estado del ánimo** más comunes que se ponen de manifiesto en pacientes con enfermedad de Alzheimer, se encuentra la apatía y la depresión. El estado de ánimo deprimido en numerosas ocasiones no es reconocido por el propio paciente y puede ser observado con cierta facilidad, independientemente del grado de deterioro. Esta alteración del estado de ánimo provoca un mayor deterioro de las actividades de la vida cotidiana, aunque no hay evidencia de que influya en la evolución del deterioro cognitivo (Alberca y López-Pousa, 2002).

Por otro lado, la **apatía** se ve en más del 50 % de los casos, tanto en la fase leve como en la moderada. Los pacientes que están apáticos se caracterizan por manifestar una clara pérdida de interés para las actividades más cotidianas, falta de motivación con dificultad a la hora de plantearse objetivos, descuidan su aspecto personal, tienen muy poca iniciativa y escasas respuestas emocionales; asimismo, rehuyen el contacto con los demás, incluso con sus propios familiares, y todo esto va acompañado, normalmente, con una escasa expresión facial y una voz muy monótona y sin inflexiones (Martínez Lage, 2003).

### Características para el diagnóstico de apatía

Pérdida de motivación que no se puede atribuir al deterioro intelectual.

Compromiso emocional, somnolencia y disminución de atención.

Esta pérdida de motivación, que resulta un hecho nuevo en la vida del enfermo, se puede apreciar tanto en la falta de productividad como en la de esfuerzo, en la disminución del tiempo que dedica a sus entretenimientos favoritos o a actividades de interés. O le faltan iniciativas o se pasa excesivo tiempo en una misma actividad irrelevante. Pide ayuda para hacer lo más mínimo, pues no se fía de su capacidad. Apenas se divierte con algo. Rehuye a los demás.

No tiene interés por aprender nuevas cosas, leer la prensa, escuchar la radio o ver la televisión, ir al cine, etc. No se queja ni de su salud ni de sus limitaciones, pero tampoco da valor al tiempo de ocio o diversión. No tiene curiosidad alguna.

*J. L. Cummings. Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders. Martin Dunitz, London, 2003.*

La **agitación**, definida como un estado de inquietud no dirigida a un objeto específico, muestra una prevalencia de hasta un 70 %. Hay diferentes tipos de agitación. De acuerdo con la International Psychogeriatric Association, puede haber, entre otras, las siguientes: vestirse o desvestirse

sin motivo, estereotipias repetidas, inquietud general, agarrar objetos o personas, interrumpir conversaciones...

<b>Conductas que no son físicamente agresivas</b>	<b>Conductas que no son verbalmente agresivas</b>
Inquietud general	Negativismo
Estereotipias repetidas	Nada parece que le gusta
Andar con impaciencia	Requerir constante atención
Intentar cambiar de sitio o lugar	Expresiones de autoritarismo
Manejar los objetos sin tino	Expresar quejas
Esconder sus objetos	Interrumpir la conversación
Vestirse mal o desvestirse sin motivo	
Hacer frases repetitivamente	
<b>Conductas que son físicamente agresivas</b>	<b>Conductas que son verbalmente agresivas</b>
Dar palos	Chillar
Dar puñetazos	Maldecir
Arañar	Reacciones de salirse de tono
Agarrar objetos o personas	Hacer extraños ruidos
Dar patadas, morder	

*Variedades de Agitación según International Psychogeriatric Association.*

Entre los trastornos psicóticos que van a exhibir los enfermos de Alzheimer encontramos los delirios y las alucinaciones, con una presencia en la población enferma en torno al 45 %. Los delirios son creencias falsas que el paciente va a vivir como reales, y entre los más típicos se encuentran las creencias erróneas de que alguien les está robando y de que están viviendo en una casa que no es la suya; o delirios de infidelidad, etc. Estos delirios se hacen más frecuentes en fases más avanzadas de la enfermedad. En cuanto las alucinaciones, los pacientes con Alzheimer son más propensos a padecer alucinaciones visuales; lo más habitual es que vean a personas que no están allí, y suelen acompañarse de delirios y arrebatos agresivos. Lo que diferencia a éstas de los delirios, es que en las alucinaciones no hay ningún estímulo externo que lleve a la confusión perceptiva (Martínez Lage, 2004).

### Ideas delirantes que pueden aparecer en los enfermos con demencia

Denominación	Contenido
Síndrome de Otelo	Delirio de celos.
Parasitosis	Delirio de estar infectado por parásitos.
Licantropía	Sentirse un hombre lobo.
Síndrome de Clerambault (erotomanía)	Creer que una persona de mayor categoría social está enamorada de él o ella.
Incubus	Amante varón fantasma.
Succubus	Amante mujer fantasma.
Signo de la fotografía	Creer que los personajes de la televisión están realmente en la casa.
Koro	Creer que sus genitales se han metido en el abdomen.
Síndrome de Dorian Gray	Creer que uno no envejece.
Síndrome de Capgras	Creer que los demás no son quienes dicen ser o que son impostores de idéntica apariencia que suplantán a los reales.
Síndrome de Fregoli	Creer que hay una persona que le persigue tomando la apariencia de alguien conocido.
Intermetamorfosis	Creer que las personas que le rodean son sus enemigos o que una persona ha tomado la apariencia de otra.
Eutoscopia	Creer que puede verse a sí mismo.
Síndrome de Sosia	Creer que tiene un doble.
El domicilio no es el domicilio	Creer que la casa donde uno está no es realmente su casa.
Delirio de abandono	Creer que va a ser abandonado, va a ser ingresado en una residencia.
Robo o allanamiento	Creer que hay alguien que le roba sus cosas o que va a entrar en su casa para robarle.
Inquilinos fantasmas	Creer que hay otras personas ingratas viviendo en la casa.
Conspiración	Creer que otros están tramando algo en contra de uno.

### Ideas delirantes que pueden aparecer en los enfermos con demencia (continuación)

Denominación	Contenido
Reduplicación	Creer que el cónyuge existe por duplicado en múltiples versiones.
Infidelidad	Creer que el cónyuge tiene un ligue.
Pobreza	Creer que uno está arruinado y no dispone de medios económicos.

*J. L. Cummings. Neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related disorders. Martin Dunitz, London, 2003.*

Otros de los síntomas neuropsiquiátricos que van a aparecer como consecuencia de la EA, son los **trastornos de personalidad**, tales como: irritabilidad, comportamientos egocéntricos, infantilismo, desinhibición, ansiedad, hostilidad, etc.

Para concluir con la enfermedad de Alzheimer, no podemos olvidar otra tipología de **cambios conductuales** que, a pesar de no aparecer muy frecuentemente, son de máxima importancia por la gran carga que suponen para los cuidadores principales. A saber: la manía, euforia, reacciones catastróficas, alteraciones en la conducta sexual, trastornos del sueño y alteraciones en la conducta alimentaria.

#### 6.1.2. Demencia por cuerpos de Lewy

Lo más característico de esta demencia es que se da la combinación de síntomas parecidos a los de la demencia tipo Alzheimer, con un cuadro extrapiramidal similar al de la enfermedad de Parkinson. Los síntomas neuropsiquiátricos que van a exhibir estos pacientes, aunque presentes en otras demencias, en ésta van a ser más habituales.

Se van a presentar con una frecuencia mayor al resto de demencias las **alucinaciones visuales**. Éstas van a estar completamente formadas y suelen implicar a animales, a personas o escenas que se están produciendo cerca del paciente. En cuanto a los **delirios**, el de mala identificación, como pensar que alguien no es quien dice ser, o que alguien ha sido sustituido por un doble idéntico, es el más característico de este cuadro demencial.

Por otro lado, es muy característica la presencia de **trastornos del sueño**, como sacudidas de las extremidades, pesadillas, somnolencia diurna excesiva, confusión al despertar...

Lo que diferencia a estos enfermos con aquellos que sufren demencia frontotemporal es que éstos presentan más habitualmente apatía, comportamiento motor anormal, delirios y alucinaciones, y son menos propensos a manifestar comportamientos eufóricos y desinhibición (Cummings, 2003).

	Demencia por cuerpos de Lewy	Enfermedad de Alzheimer
<b>Síntomas neuropsiquiátricos</b>		
Alucinaciones visuales	+++ precoces y persistentes	+ tardías
Ideas delirantes	+++	++
Depresión	++	++
Apatía	++	++
<b>Signos motores extrapiramidales</b>		
Temblor	++	-
Rigidez	+++	+
Bradiquinesia	+++	+
<b>Fluctuación cognición</b>		
	+++ Prominente, grave y precoz	+
<b>Neuropsicología</b>		
	Trastorno precoz de la atención y de las funciones visuoperceptivas	Trastorno precoz de la atención y de la memoria declarativa
+++ Manifestación típica / ++ Habitualmente presente / + Presente / -Inusual		
Fuente: Comparativa de Demencia por cuerpos de Lewy y Enfermedad de Alzheimer adaptada de U. P. Mosimann, I. McKeith. <i>Dementia with Lewy bodies: diagnosis and treatment. Swiss Med Wkly</i> 2003;133:131-142.		

### 6.1.3. Demencia vascular

Es la segunda causa más frecuente de demencia, ésta motivada por lesiones vasculares cerebrales, isquémicas o hemorrágicas, o de cau-

sa cardiovascular o circulatoria (Arango, Fernández-Guinea y Ardila, 2003).

Las alteraciones del comportamiento y del estado de ánimo características de la demencia vascular van a depender, a nivel genérico, de si las lesiones se han producido a nivel cortical o subcortical.

A nivel subcortical las alteraciones más características y severas van a ser: la depresión, la apatía, la ansiedad y la agitación. Pueden, igualmente, aparecer delirios de celos, de persecución, de robo o delirios somáticos. Las personas con demencia vascular que sufren delirios suelen ser más agresivas que los pacientes sin ellos.

A nivel cortical, los trastornos más habituales son: la desinhibición, la labilidad emocional, la impulsividad, el infantilismo, la falta de higiene y, normalmente, se muestran menos adaptables a situaciones cambiantes.

Por último, hay que destacar que, en numerosas ocasiones, los síntomas neuropsiquiátricos que van a aparecer en las demencias vasculares serán como consecuencia de la combinación de lesiones de origen cortico-subcortical.

#### *6.1.4. Demencia frontotemporal*

Es uno de los síndromes demenciales más dramáticos, en cuanto a las manifestaciones neuropsiquiátricas se refiere. Los pacientes muestran, ya en los inicios de la enfermedad, una pérdida de consciencia del entorno y un abandono de su higiene personal (Cummings, 2003). Ésta se va a caracterizar, sobre todo, por trastornos de conducta y por profundos cambios en la personalidad.

La desinhibición va a ser una característica importante de esta enfermedad, los pacientes se expresan de una manera inapropiada, mostrando conductas sexuales y verbales inadecuadas (Mychack, Kramer, Boone y otros, 2001).

Otra de las características de estos enfermos es que carecen de empatía, siendo incapaces de tener en cuenta los sentimientos de las personas que

les rodean. Se muestran indiferentes e impulsivos, verbalizando aquello que se les viene primero a la cabeza. En general, se hacen patentes una gran cantidad de comportamientos antisociales.

Muy frecuentemente mostrarán comportamientos repetitivos y estereotípicos, llevando a cabo conductas repetitivas o rituales, parecidos a los exhibidos en los trastornos obsesivo-compulsivos.

Según Cummings, en su libro *la neuropsiquiatría de la enfermedad de la Alzheimer y demencias relacionadas*, se han descrito tres subtipos del síndrome de la demencia frontotemporal:

- Desinhibido: determinado por un tono bromista y despreocupado y por alteraciones de la conducta social.
- Apático con inercia: caracterizado por una falta clara de espontaneidad, de voluntad, por despreocupación, rigidez mental y perseverancia.
- Estereotípico: con compulsiones y comportamientos ritualistas.

Demencia frontotemporal	Enfermedad de Alzheimer
<b>Edad de comienzo habitual</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre los 40 y 70 años.</li> <li>• Su frecuencia no aumenta con la edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de los 65 años.</li> <li>• Aumenta considerablemente con el paso de los años.</li> </ul>
<b>Síntomas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno de personalidad.</li> <li>• Conductas anormales.</li> <li>• Apatía, hiperactividad o comportamiento obsesivo-compulsivo.</li> <li>• Acciones repetitivas.</li> <li>• Pérdida de afectividad hacia los demás, empobrecimiento emocional, indiferencia hacia el ambiente.</li> <li>• Dificultad de lenguaje.</li> <li>• Memoria conservada al principio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comienza con pérdida de memoria y de capacidad para aprender nueva información.</li> <li>• Pérdida de orientación respecto al tiempo y lugar.</li> <li>• Dificultad de lenguaje.</li> <li>• Cambio de personalidad y trastornos de conducta.</li> <li>• Posible aparición de alucinaciones e ideas delirantes.</li> </ul>
<p><i>Fuente: L. Radin, G. Radin. What if it's not Alzheimer's. Prometheus, New York, 2003, p. 40.</i></p>	



## 7. LA FAMILIA DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

El cuidado de un enfermo de Alzheimer produce una serie de cambios en la vida familiar y social de las personas enfermas. En un primer momento, cuando el enfermo es todavía capaz de mantener su autonomía, puede que las relaciones familiares se desarrollen sin dificultad alguna.

Los problemas van a surgir cuando esa persona enferma se convierta en un ser dependiente que necesita ciertos cuidados. Cuidar a un enfermo supone una carga económica, la reorganización del funcionamiento habitual de la vida diaria de la familia y en numerosas ocasiones la necesidad de llevar a cabo un cambio de papeles de padres a hijos (Algado y otros, 1997).

La familia irá necesitando una serie de ayudas; ayudas que van a ir cambiando conforme la enfermedad progresa. Éstas no sólo van ser económicas, sino que se va a hacer necesario otro tipo de apoyos, ya sean morales, psicológicos, asistenciales, de asesoramiento legal o de grupos de autoayuda.

Muchas veces los cuidadores se sentirán aislados de la sociedad; como señalan Bazo y Domínguez-Alcón, «para conseguir la inclusión social de una parte de la población —las personas ancianas dependientes— se produce la exclusión social de otra parte de la población: las personas cuidadoras». Los cuidadores se ven obligados, en numerosas ocasiones, a abandonar sus trabajos, a dejar de lado sus relaciones con amigos, a abandonar sus aficiones e incluso a cambiar de domicilio, en el caso de los hijos, generalmente.

Se hace necesario que, una vez que el enfermo sea diagnosticado, la familia reciba cuanto antes una adecuada información de los problemas que van a ir surgiendo a lo largo de todo el proceso de enfermedad, y cuáles son los recursos con los que va a poder contar, ya que de ello va a depender, en gran parte, la buena adaptación a las circunstancias cambiantes en lo que al enfermo, al cuidador principal y a la familia se refiere.

Lo ideal sería que la decisión de convertirse en cuidador fuese consensuada con el resto de la familia, pero la realidad es que, en la mayoría de los casos, es una decisión que viene impuesta por las circunstancias. El perfil actual del cuidador principal en nuestro país es (habitualmente en



este orden), en primer lugar, la esposa, la única chica de entre varios hermanos, la persona de la familia que viva en la misma ciudad (principalmente si ésta es mujer), y ser hijo único en el caso de los varones. Se ha constatado que en la mayoría de los casos, cuando el marido se encuentra ante el problema de tener que cuidar a su mujer enferma, es habitual que delegue el cuidado de ésta en sus hijas o nueras principalmente.

El nivel de dependencia del enfermo depende, por un lado, de la situación premórbida del paciente, y, por otro, de la fase en la que se encuentre. Sufrir una demencia degenerativa supone una pérdida funcional, cognitiva y comportamental importante que será asumida, en la mayoría de los casos, por la familia. Ésta no sólo deberá hacer frente a las distintas situaciones, sino que, en muchos casos, deberá asumir ciertos papeles éticos y legales del cuidado (consentimientos, tutela...) que generan un gran estrés y carga emocional (Bermejo, 2004).

Hay diferentes investigaciones que se han encargado de identificar cuáles son los principales factores de riesgo de sobrecarga del cuidador principal, un ejemplo de ello es el estudio llevado a cabo por Artaso y cols. (2003), estos autores apuntan como factores más importantes, entre otros, los siguientes:

**En relación al enfermo:**

- Encontrarse en un estadio moderado-grave.
- Que haya transcurrido un periodo de larga evolución desde el diagnóstico de la enfermedad.
- La presencia de alucinaciones, delirios y cuadros confusionales.
- Trastornos de conducta como agresividad, agitación y negativismo.
- La incontinencia, vómitos y escaras.
- Los trastornos del sueño.

**En relación al cuidador:**

- La mala salud física previa al diagnóstico.
- Historia previa de depresión u otro tipo de trastorno de la personalidad.
- Ser mayor o anciano.

- La ausencia de hijos o familiares que le ayuden.
- El bajo nivel económico.
- La ausencia de apoyos sociosanitarios (centros de día, cuidadores privados...).
- Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo.

Estas situaciones de sobrecarga familiar van a traer consigo una serie de consecuencias en el cuidador primario. Estos cuidadores suelen tener una peor salud que el resto de la familia que no se encarga tan directamente del cuidado del enfermo, van a sufrir una serie de problemas físicos y orgánicos tales como (Gallart y Connell, 1998):

- Trastornos osteomusculares y dolores asociados.
- Patologías cardiovasculares.
- Trastornos gastrointestinales.
- Alteración del sistema inmunológico.
- Problemas respiratorios.

Weber y cols. (1994) llevaron a cabo un estudio en el que pusieron de manifiesto que estos cuidadores realizaban menos “conductas de cuidado de la propia salud” tales como no dormir lo suficiente, llevar a cabo una alimentación inadecuada, realizar escaso ejercicio físico, abusar del tabaco o del alcohol, automedicarse, incumplir los tratamientos médicos, etc.

Debido a todo esto los cuidadores principales van a exhibir en numerosas ocasiones alteraciones psicológicas como las que se citan a continuación (Rodríguez del Álamo, 2003):

- Problemas clínicos: ansiedad, hipocondría, ideas obsesivas, ideación paranoide, accesos de angustia y, en ocasiones, ideación suicida.
- Modificaciones de rasgos de personalidad: con frecuencia, aunque se sienten desbordados por la situación, mantienen comportamientos de sobre-implicación emocional en el problema y no son capaces de dejar de pensar en el enfermo. Esto provoca que el cuidador se torne irritable, que le de importancia excesiva a los mínimos detalles diarios más banales y que aparezcan conductas obsesivas, como rutinas compulsivas de limpieza.

- Psicósomática: como dolores de cabeza, problemas gástricos, arritmias cardíacas y palpitaciones, insomnio, fatiga, disnea respiratoria, sudoraciones y trastornos objetivos de memoria y atención entre otros.
- Comportamientos negativos: en ocasiones, los cuidadores descuidan las atenciones dirigidas a otros familiares o amigos, descuidan su aspecto personal, pierden el interés por lo que sí les importaba antes y aumentan el consumo de café, tabaco, ansiolíticos, etc.

Como consecuencia de todo lo descrito, aparece lo que se denomina síndrome del cuidador quemado o *Burn-out*. A causa de esta situación, el cuidador desarrolla actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo al que cuida, y aparecen actitudes y alteraciones del ánimo como depresión y angustia, desmotivación, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, deshumanización, trastornos psicósomáticos y sensación de que la situación les va a desbordar en cualquier momento (Rodríguez del Álamo, 2002).

## 8. RECOMENDACIONES PARA FAMILIARES Y CUIDADORES

Toda la situación descrita anteriormente refleja la necesidad que tienen los cuidadores de información. Ésta debe ser útil y sencilla y es importante que refleje una serie de recomendaciones básicas que se pueden llevar a cabo ante las diferentes situaciones que van a ir apareciendo en el largo proceso de enfermedad.

A continuación se expone una serie de recomendaciones de ayuda para cuidadores de personas con demencia propuestas por el Department of Social Change and Mental Health.

### 8.1. El cuidado del enfermo con demencia:

— *Establezca rutinas pero mantenga las cosas normales:*

Esto va a favorecer que el enfermo no tenga que enfrentarse continuamente a situaciones cambiantes, ya que su toma de decisiones va a estar

deteriorada. Asimismo, las rutinas representan para el paciente una agradable sensación de seguridad.

— *Mantenga la independencia de la persona:*

Es importante que la persona conserve su independencia el mayor tiempo posible, así el cuidador disminuye la carga y el enfermo va a mantener su autoestima.

— *Ayude a mantener la dignidad de la persona:*

Es aconsejable evitar la discusión de la condición del paciente delante de él, ya que no podemos olvidar que esto le puede molestar.

— *Evite discusiones:*

Cualquier tipo de discusiones causa estrés en el cuidador y en el enfermo. Es aconsejable que no se le llame la atención cuando cometa algún error a la hora de realizar una tarea, ya que esto provoca una sensación de fracaso.

— *Simplifique las tareas:*

Cuanto más sencilla sea una tarea, más fácilmente la llevará a cabo el enfermo.

— *Conserve el buen humor:*

Puede ayudar a aliviar el estrés.

— *La seguridad es importante:*

Se va a producir como consecuencia del proceso degenerativo una pérdida de coordinación física, aumentando las posibilidades de lesionarse, por lo que la casa deberá mantenerse lo más segura posible.

— *Ayude a aprovechar las habilidades de la persona:*

Algunas actividades, sobre todo aquellas que están relacionadas con la actividad profesional del individuo antes de la enfermedad, pueden elevar el sentido de la dignidad y la autoestima.

— *Mantenga la comunicación:*

A medida que la enfermedad progresa, la comunicación entre el enfermo y el cuidador puede resultar más difícil. Para minimizar en lo posible las complicaciones que pueden ir apareciendo es aconsejable: asegurarse de que la persona vea y oiga bien, hablarle claro, despacio, cara a cara y mirando a los ojos, mostrar gestos de cariño, atender al lenguaje corporal

del enfermo y asegurarse de que la persona nos presta atención. Será importante, en los estadios iniciales, cuando el paciente ya no emite apenas palabras, la comunicación a través de caricias, de abrazos.

— *Usar ayudas de memoria:*

En las primeras etapas de la enfermedad es bueno el uso de calendarios y notas que ayuden a la persona a mantenerse orientado y a recordar.

## 8.2. Manejo de situaciones cotidianas conflictivas

— *El baño y la higiene personal:*

El enfermo con EA puede olvidarse de las tareas de autolavado, puede dejar de considerarlas necesarias o puede haberse olvidado de cómo hacerlo. Es importante, ante estas situaciones, ofrecer ayudas que respeten su dignidad, como intentar que el baño sea un momento de placer y relajamiento o simplificar las tareas lo más posible. Si se siente incómodo, puede ser útil no desnudarlo totalmente, haciéndolo por partes, mantener la seguridad colocando agarraderas, alfombras antideslizantes...

— *El vestirse:*

A menudo estos enfermos se olvidan de cómo vestirse y puede que en ocasiones no reconozcan la necesidad de cambiarse de ropa. Para facilitar esta actividad presénteles la ropa en el orden en que debe ponérsela, evite el uso de ropa con cierres complicados, procure que tenga independencia al vestirse mientras sea posible, repita las indicaciones si es necesario e intente que los zapatos sean de suela antideslizante.

— *Uso del inodoro e incontinencia:*

Puede que en el curso de la enfermedad los enfermos pierdan la noción de cuándo ir al baño, dónde se encuentra el inodoro o cómo usarlo, en ese caso será útil: crear un horario metódico para el baño, dejar la puerta del baño abierta para facilitar que el enfermo lo encuentre, disminuir la ingesta de líquidos antes de acostarse y consultar con un profesional.

— *La cocina:*

A medida que el cuadro demencial avanza, la persona va a ir perdiendo la capacidad para cocinar, pudiéndose producir situaciones peligrosas como cortes o quemaduras, por lo que sería conveniente: instalar electro-

domésticos seguros, retirar utensilios afilados, valorar si realiza comidas nutritivas...

— *Comer:*

Aparecen situaciones como el mal uso de cubiertos, olvidos de las comidas, problemas al masticar, etc., que hacen aconsejable servir comidas que pueda comer con las manos, recordarle que debe comer despacio, cortar la comida en pequeños trozos, no servir comidas muy calientes y, cuando tengan dificultades para tragar, consultar con un médico para aprender la técnica de estimular al tragar.

— *Dificultades al dormir:*

Puede que el enfermo esté inquieto durante la noche y moleste a la familia, convirtiéndose este problema en uno de los más agotadores para la familia. En este caso hay que tratar de que el enfermo no duerma durante el día, que esté lo más cómodo posible y que realice actividades físicas durante el día.

— *El comportamiento repetitivo:*

La persona con EA se puede olvidar de lo que dijo o hizo de un momento a otro, repitiendo la pregunta o la acción una y otra vez. Ante estas situaciones es bueno que se distraiga al enfermo con algo distinto y no enfadarse y mostrarle cariño.

— *El apego:*

Los enfermos con demencia pueden ser muy dependientes y seguir al cuidador a todas partes. Esto puede ser frustrante y difícil de manejar, pero será útil entretener al enfermo mientras el cuidador sale o ayudarse de otra persona para que le cuide.

— *La pérdida de objetos y acusación de robo:*

En numerosas ocasiones los enfermos van a olvidar dónde han puesto los objetos, y los perderán. Es muy común que acusen a alguien de haberles robado, en cuyo caso averigüe si la persona tiene un escondite, tenga repuestos de las cosas importantes como las llaves y revise los recipientes de residuos antes de vaciarlos.

— *Las ilusiones falsas y alucinaciones:*

Ante situaciones como éstas, donde el paciente experimenta falsas ilusiones o alucinaciones, es conveniente no discutir con la persona sobre

la veracidad de lo que ha visto u oído, intentar calmarle hablándole con suavidad, distraerle mostrándole algo real en la habitación y, sobre todo, consultar con un médico.

— *El comportamiento sexual inadecuado:*

No es muy común en la EA, pero puede que se den situaciones como desnudarse en público, acariciar sus genitales o tocar a otra persona de forma inadecuada. En estos casos es bueno tratar de no reaccionar de forma exagerada y distraer a la persona con otra actividad.

— *La conducta motora aberrante:*

Esto puede ser un problema de difícil manejo. La persona puede vagar por la casa o por la calle e incluso llegar a perderse. Será necesario asegurarse de que lleve consigo alguna identificación y de que su casa sea segura para evitar caídas.

— *La agresividad:*

Para un cuidador esto suele ser uno de los comportamientos que más carga provocan. En estos casos es necesario mantener la calma y no mostrar miedo o alarma, derivar la atención del enfermo a una actividad serena y averiguar qué causó la reacción para tratar de evitarla en el futuro.

— *La depresión y la ansiedad:*

Puede afectar a la rutina diaria y al interés por la comida. Como sugerencia, es aconsejable consultar con su médico y mostrarle apoyo.

### **8.3. Manejo del estrés personal y emocional del cuidador**

Es normal que aparezcan en el cuidador sentimientos de culpa, pena, enfado, vergüenza y soledad. Para minimizar esta clase de sentimientos resulta de gran ayuda adelantarse a las posibles situaciones futuras. Para ello es necesario el conocimiento de lo que supone padecer una demencia.

No obstante, es igualmente importante comprender las propias emociones. Esto le será de gran ayuda a la hora de manejar satisfactoriamente los problemas del enfermo y los suyos.

Existen numerosos grupos de ayuda donde se brinda la oportunidad de conocer a otras personas que se encuentran en la misma situación. De esta

manera, no sólo tendrán la oportunidad de expresar lo que sienten y compartir sus problemas, sino que además el cuidador aprenderá a solucionar situaciones conflictivas de diferentes formas.

Por último, es importante aceptar la ayuda de otros miembros de la familia o amigos y es necesario acceder a los recursos sociosanitarios que se les oferta. De esta forma, conseguirán compartir la carga de cuidados y tener más tiempo para ellos mismos.





## **Módulo 5**

# **Cuidados básicos en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias**

Juan Santiago Martín Duarte

*Enfermero Gerontólogo. Residencia Casa Quinta de Ciempozuelos.*



## **CONTENIDO**

- 1. Introducción.**
- 2. Necesidad de respiración.**
- 3. Necesidad de alimentación.**
- 4. Necesidad de eliminación.**
- 5. Necesidad de movimiento.**
- 6. Necesidad de reposo y sueño.**
- 7. Necesidad de mantener la temperatura corporal.**
- 8. Necesidad de higiene, arreglo personal, vestido y protección de la piel.**
- 9. Necesidad de comunicación.**

## MÓDULO 5

# Cuidados básicos en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

### 1. INTRODUCCIÓN

Para los profesionales de la salud que nos dedicamos a cuidar, tratar día a día y hora a hora a un enfermo de Alzheimer u otra demencia convierte nuestro trabajo en una experiencia muy dura y agotadora, pero a su vez enriquecedora y gratificante. Todo depende de la actitud con la que afrontemos la situación, así como de nuestra experiencia y formación, tanto sobre la enfermedad como sobre las habilidades a trabajar con la persona con demencia.

Cada enfermo es un ser individual e irrepetible, por lo que necesita un estudio pormenorizado de una serie de parámetros:

- sus condiciones sanitarias, físicas y psicosociales y también las de su familia,
- los recursos de que disponen, tanto personales como oficiales,
- información sobre la enfermedad, su evolución, los cuidados a proporcionar y las estrategias para enfrentarse a los problemas con realidad.

Es conveniente conocer que las necesidades de los cuidados van a ir evolucionando o variando conforme avance la enfermedad. De la necesidad de supervisión de las actividades básicas de la vida diaria (AVD b) en la 1.<sup>a</sup> fase se pasará a la necesidad de suplencia (seremos nosotros quienes tengamos que suplir al paciente) en todas las AVD b al final de la 3.<sup>a</sup> fase.

Es fundamental realizar una programación real y objetiva de las actividades a realizar por el enfermo las 24 horas del día, de forma que tanto él como su familia, cuidadores, etc., sepan lo que debe hacer en cada momento, a fin de combinar el tratamiento de terapia con el tratamiento farmacológico.

Igualmente deben tenerse en cuenta al inicio de la enfermedad las recomendaciones jurídicas respecto a la planificación del futuro del paciente: los trámites de la incapacitación, quién se responsabilizará del futuro del enfermo, etc.

La programación de las actividades a realizar con el enfermo es básica para que sus cuidadores (generalmente un familiar cercano) sepan qué es lo que puede hacerse al objeto de enlentecer el proceso involutivo de la enfermedad.

Debemos tener siempre presente que lo más importante en la atención a todo paciente —y más aún a un enfermo de Alzheimer, por las propias características de la enfermedad— es el afecto y el cariño, en un principio de forma directa y verbal con nuestra palabra, nuestros gestos y caricias, e infinita paciencia para llegar a la tercera fase donde la comunicación no verbal va a hacerse más patente a través del tacto, de nuestras miradas, de nuestro suave tono de voz, de nuestra sonrisa y, en definitiva, de todo nuestro amor en el trabajo de cada día.

Problemas más frecuentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) u otra demencia:

A continuación se describen los problemas que con mayor frecuencia encontramos en un enfermo de Alzheimer u otra demencia, en función de la fase en que se encuentre, así como las necesidades valoradas por la enfermera.

<b>Problemas más frecuentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) u otra demencia</b>			
<b>NECESIDAD</b>	<b>PROBLEMAS ENCONTRADOS CON MAYOR FRECUENCIA</b>		
	<b>1.ª fase</b>	<b>2.ª fase</b>	<b>3.ª fase</b>
<b>Respiración</b>	Riesgo de asfixia.	Riesgo de asfixia.	Riesgo de aspiración. Dificultad para expulsar secreciones de las vías aéreas.
<b>Alimentación</b>	No confeccionar o preparar la dieta correctamente. Se niega a comer. Quiere comer a menudo.	Apraxia para comer/ beber. Agnosia de útiles. Compulsión o apatía para comer.	Incapacidad para comer. Problemas de masticación y deglución.
<b>Eliminación</b>	Incontinencia urinaria/fecal ocasional.	Incontinencia urinaria/ fecal frecuente.	Incontinencia urinaria/ fecal total.
<b>Descanso y sueño</b>	Posible alteración.	Frecuente alteración.	Alteración total.
<b>Vestido</b>	Olvido de hábitos de vestido.	Apraxia para actividades instrumentales de vestirse/ desvestirse.	Falta de autonomía para vestirse/desvestirse.
<b>Mantenimiento de la temperatura</b>	Riesgo de alteración de la Tª corporal por olvido de hábitos de vestido.	Riesgo de alteración de la Tª corporal por apraxia para las actividades de vestido.	Riesgo de alteración de la Tª corporal por falta de autonomía para vestido.
<b>Higiene, piel y tegumentos</b>	Pereza para el aseo u olvido de hábitos de higiene.	Apraxia para actividades de higiene.	Falta de autonomía para la higiene. Alteración y/o riesgo de alteración en la integridad de la piel y/o mucosas.

<b>Problemas más frecuentes en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) u otra demencia (continuación)</b>			
<b>NECESIDAD</b>	<b>PROBLEMAS ENCONTRADOS CON MAYOR FRECUENCIA</b>		
	<b>1.ª fase</b>	<b>2.ª fase</b>	<b>3.ª fase</b>
<b>Evitar los peligros</b>	Riesgo de pérdida o extravío por olvido. Descenso frecuente de la autoestima.	Riesgo frecuente de lesiones corporales. Descenso ocasional de la autoestima.	Riesgos debidos a inmovilización.
<b>Comunicación</b>	Dificultades ocasionales y/o puntuales.	Dificultades frecuentes y/o generalizadas.	Grandes dificultades.
<b>Actuar según sus creencias y valores</b>	Frecuente sufrimiento espiritual.	Sufrimiento espiritual ocasional.	
<b>Trabajar</b>	Posibles alteraciones puntuales del rol.	Alteración generalizada del rol.	
<b>Recreo</b>	Déficits ocasionales.	Déficits ocasionales.	
<b>Aprender</b>	Déficits ocasionales (deterioro de memoria).	Déficits muy frecuentes. Confusión crónica.	Déficits permanentes.

## 2. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN

En la primera fase de la enfermedad la pérdida de memoria no tiene repercusión sobre la necesidad de respiración, por lo que no se suele dar ningún problema relacionado con ella. Las medidas generales de prevención (evitar el tabaco, vacunarse anualmente contra la gripe o procurar no estar en ambientes contaminados) son las recomendaciones a tener en cuenta.

Conforme avanza la enfermedad pueden aparecer algunos de los problemas respiratorios que se describen a continuación:

- a. Riesgo de asfixia. Los factores causantes de este riesgo pueden ser numerosos: fumar en el dormitorio, atragantamiento a la hora de co-

mer, manipulación inadecuada del gas (sin que el enfermo se dé cuenta de ello), etc.

- b. Riesgo de aspiración. También pueden ser numerosos los factores causantes: atragantamiento, debido generalmente a la aspiración de líquidos (pérdida del reflejo de deglución conforme avanza la demencia), dificultad para expulsar las secreciones bronquiales, etc.
- c. Dificultad para eliminar las secreciones de las vías aéreas. En la fase final de la enfermedad el paciente suele padecer a menudo problemas respiratorios, siendo una de las complicaciones habituales.

Entre los cuidados a proporcionar para corregir los riesgos enumerados anteriormente podemos realizar los siguientes:

- Evitar que fume en el dormitorio.
- Modificar el hogar colocando alarmas de fuego, humo o gas.
- No dejar que el paciente se bañe solo.
- Cuando coma, mantenerle en posición de semisentado (cabecera de la cama elevado 45°), con la espalda erguida. Continuar en esta postura como mínimo 45 minutos después de la ingesta (aunque la alimentación se la hayamos administrado a través de una sonda nasogástrica).
- Utilizar gelatinas o espesantes para la ingesta de líquidos.
- Repartir las distintas comidas en menos cantidad y más veces durante el día.
- Utilizar un humidificador para mantener el aire húmedo y el ambiente saludable.
- Proporcionar una hidratación abundante, utilizando gelatinas si el paciente no tolera los líquidos.
- Realizar ejercicio físico diariamente, mejor si es al aire libre.
- Cuando el enfermo presente abundantes secreciones, realizarle ejercicios de fisioterapia respiratoria (*clapping*, percusión, vibración torácica, etc.).

## ***Clapping***

Es un procedimiento mediante el cual se ayuda a desprender el moco de las paredes pulmonares para poder expulsarlo al exterior.

La posición del paciente a la hora de realizar dicha técnica dependerá de la zona pulmonar a tratar, aunque lo ideal es realizarlo en cada uno de los costados para conseguir una mejor movilización de las secreciones.

La mejor hora es cuando el enfermo se encuentra en la cama y antes de realizarle la higiene de primera hora de la mañana, aunque es conveniente aplicar el clapping dos o tres veces al día para obtener mejores resultados.

El paciente debe colocarse acostado sobre su lado derecho, nuestras manos formarán una cavidad con el dedo pulgar pegado a la mitad del dedo índice y formando una cabañita el resto de los dedos pegados uno junto al otro y nuestra palma de la mano. Podemos aprender practicando la posición descrita sobre una mesa, de esta forma adquiriremos mayor destreza y suavidad a la hora de aplicarlo.

Con la mano colocada de la manera explicada, palmotearémos suavemente (nunca debemos hacer daño al enfermo) la zona escogida, y siguiendo el trayecto de los pulmones desde debajo del hombro hasta dos dedos por encima de donde acaban las costillas, subiendo y bajando alternativa y rítmicamente.

La duración total del procedimiento oscilará entre los 3 y 5 minutos, favoreciendo la movilización de las secreciones por acción de la gravedad. Cuando hayamos finalizado con el costado descrito cambiaremos de posición para hacer lo mismo sobre el otro costado.

## **Percusión**

Su fin es el mismo que el del *clapping*, aunque cambia la posición de nuestras manos.

Colocaremos nuestros dedos juntos, como si fuesen un hacha con la que quisiéramos cortar.



Con las manos así colocadas, golpearemos alternativamente, evitando hacer daño al enfermo (podemos colocar una toalla sobre la zona a tratar para que no le duela al golpear).

La duración y las posiciones a adoptar son las mismas que las requeridas en el *clapping*.

## **Vibración**

Este movimiento siempre debe hacerse cuando el paciente expulse el aire (expirar), de esta forma se aumenta la turbulencia del aire expulsado al mismo tiempo que se desplazan las secreciones de los bronquios. Es muy útil en aquellos enfermos que no toleran el *clapping* ni la percusión.

Situaremos al paciente boca abajo, con los dos brazos flexionados y apoyando la cabeza a la altura de las manos.

Colocaremos nuestros dedos separados unos de otros y extendidos sobre la zona inferior del tórax del enfermo, mientras procuramos que éste expulse el aire lentamente.

Mantendremos una presión firme acompañando el movimiento espiratorio mientras hacemos vibrar el dorso del tórax mediante contracciones y relajaciones ascendentes y rápidas.

El tiempo a emplear será similar al de las dos técnicas anteriores, de 3 a 5 minutos.

Lo ideal es hacer la fisioterapia respiratoria (los 3 ejercicios, uno después del otro), siendo la constancia nuestro mejor aliado.

## **La oxigenoterapia**

Qué es y para qué sirve:

Consiste en la administración por inhalación de oxígeno gaseoso a un paciente, con la finalidad de reestablecer la tasa normal de oxígeno en sangre.

Está indicado en todas las enfermedades que conllevan dificultad respiratoria cuya sintomatología suponga disnea (dificultad respiratoria), cianosis (color azulado de piel y mucosas), expectoración (expulsión de mucosidades), etc.

Material necesario:

- Mascarilla, gafas nasales, sonda nasal, tienda de oxígeno.
- Bombona de oxígeno, con sus accesorios, humidificador (para que el oxígeno no queme las fosas nasales ni la laringe), caudalímetro, medidor de flujo.
- Agua destilada para el humidificador.

Mecanismo de funcionamiento:

1. Comprobar el nivel de agua destilada en el vaso humidificador acoplado a la fuente de oxígeno. Si hay que llenarla, extraer primero el agua que queda.
2. Comprobar que el extremo de la sonda de extensión está acoplado al vástago de salida del vaso humidificador.
3. Abrir la llave de la bombona de oxígeno en dirección contraria a las agujas del reloj.
4. Ajustar el flujo de oxígeno al nivel prescrito por el médico del número de litros por minuto, girando la llave de paso del medidor de flujos en sentido contrario de las agujas del reloj. Lo habitual es que el oxígeno sea de 2 a 3 litros por minuto. Se debe ver el agua burbujear.
5. Colocar al paciente el dispositivo indicado para la administración de oxígeno comprobando que todo queda bien ajustado.
6. Para evitar irritaciones cutáneas, envolver la cánula con gasas a nivel de las mejillas y detrás de las orejas. Prestar especial atención a estos puntos y a las mejillas. En caso de que aparezcan heridas avisar a la enfermera.
7. Mantener la oxigenoterapia el tiempo prescrito. Cuando termine, cerrar la bombona de oxígeno y comprobar que la aguja está a cero.

Debemos ser conscientes de lo que tenemos entre manos. Puede producirse:

Exceso de oxígeno	Defecto de oxígeno (hipoxia)
Cefalea.	Respiración rápida y laboriosa.

Exceso de oxígeno	Defecto de oxígeno (hipoxia)
Letargo.	Cambio en la coloración de la piel.
Habla confusa.	Inquietud.
Somnolencia.	Confusión.
Respiración lenta y superficial.	
Apnea.	

### Precauciones:

No fumar en la habitación, ni utilizar mecheros, cerillas, velas...

Mantener la bombona de oxígeno, concentrador o mochila, alejada a una distancia mínima de 1'5 m. de cualquier foco de calor.

Vitar crear electricidad estática (la ropa de cama de material sintético o de lana) utilizar material de algodón.

Alejar el material citado de los aparatos eléctricos.

Prohibido el uso de lociones o cremas que tengan aceite, acetona, alcohol, grasa, hasta 6 horas después de su aplicación.

Saber siempre dónde está situado el extintor y cómo utilizarlo.

Utilizar un carrito especial para mover la bombona.

### **El oxígeno es incoloro e inoloro, pero MUY PELIGROSO**

#### Sospechar de una fuga si:

Observa que la bombona se vacía mas rápido de lo normal.

Oye un sonido semejante a un pitido.

### 3. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

Cubrir las necesidades nutricionales del enfermo de Alzheimer es complicado debido a los cambios inherentes al proceso del envejecimiento y a los problemas secundarios derivados de la demencia (trastornos del comportamiento alimentario, dificultades para tragar principalmente líquidos, desorientación y confusión, etc.).

Entre los problemas que pueden aparecer podemos enumerar los siguientes:

- Rechazo de los alimentos (los escupe, los tira, o no quiere tragarlos).
- Es habitual que vuelque o derrame los vasos o platos.
- Incapacidad para coger bien los cubiertos.
- Se olvida de comer o no recuerda si lo ha hecho.
- Dificultad para tragar líquidos.
- Se atraganta.

¿Cuáles son las posibles causas?:

- Dolor en los dientes o dentadura postiza que le hace daño.
- No recuerda cómo se come, o cómo se cogen los cubiertos.
- Pérdida de apetito debido a la propia enfermedad.
- Dificultad para tragar.
- Falta de concentración en la comida por exceso de estímulos que le distraen (TV, mucha gente alrededor, ruidos, hay muchos platos en la mesa y no sabe por cuál empezar, etc.).
- No le gusta el sabor de la comida.
- Presión por parte del cuidador para que coma más rápido.

¿Qué actividades pueden ayudarnos a que el paciente coma?:

- Establecer un horario de comida inamovible para facilitar que se habitúe.
- Identificar por su parte que es la hora de la comida realizando un rito antes de ello para que lo identifique (lavarse las manos, ayudar

a poner la mesa, colocarle un babero, poner música suave a la hora de comer, etc.).

- Hacer del acto de comer una rutina: usar los mismos cubiertos, si es posible, de material irrompible, usar el mismo color de mantel y servilletas; colocarle siempre en el mismo sitio en la mesa, servir un plato después del otro, etc.
- Procurar que coma en un ambiente tranquilo y sin ruidos molestos como la TV, varias personas hablando simultáneamente, etc.
- Si tiene dificultad para manejar los cubiertos, proporcionársele los ergonómicos adaptados a personas con dificultad (tienen los mangos gruesos, cucharas y tenedores anatómicos, etc.). —No pasa absolutamente nada si coge los alimentos con las manos, le es más fácil que con los cubiertos y es preferible que haga por sí solo todo lo que pueda para mantener así su autonomía y sentirse útil.
- Tener cuidado para que los trozos que ingiera no sean demasiado grandes y pueda atragantarse.
- Comprobar que toma los líquidos necesarios, ya que suelen olvidarse de beber. Si al final de la segunda fase o inicio de la tercera se atraganta con los líquidos, utilizar espesantes (de los que existen en la farmacia); de esta manera va a ingerir líquidos sin dificultad y sin riesgo de atragantamiento.
- Es conveniente que los productos tóxicos estén guardados bajo llave, ya que en ocasiones pueden confundirlos con alimentos.
- Nos podemos encontrar con un paciente que no quiera comer, en este caso procuraremos darle los alimentos que le gustaban cuando no estaba enfermo, siguiendo sus preferencias.
- También podemos encontrarnos con aquellos pacientes que están comiendo frecuentemente. A éstos les proporcionaremos alimentos con pocas calorías (yogures desnatados, fruta, verduras, gelatinas, etc.). Otra opción es tener guardados los alimentos en el frigorífico o armario de la comida con un cierre de seguridad.
- Puede llegar el momento en que tengamos que darle de comer mediante una jeringa de plástico de 50/60 ml.

## **Cuidados básicos a la persona con demencia a la que se alimenta con una jeringa de 50/60 mililitros:**

Conforme avanza la enfermedad puede llegar el momento en que el enfermo no sea capaz de masticar y tragar adecuadamente los alimentos, atragantándose fácilmente con el riesgo de asfixia que ello conlleva. En ese estado la alimentación por jeringa de 60 ml. puede ser la solución antes de pasar a colocarle una sonda nasogástrica de alimentación, si el médico lo cree conveniente.

### *Material a preparar:*

- Jeringa de plástico de 50/60 ml.
- 1 tazón o recipiente que contenga la comida a administrar al paciente, pasada por el pasapuré o batidora y sin ningún residuo como grumos, hebras, etc., todo mezclado con caldo para que alimente y no se encuentre tan espesa que sea difícil tragar por el enfermo.
- 1 vaso con zumo o 1 yogurt como postre.
- 1 vaso con agua limpia.
- 1 babero o delantal protector para impedir que el paciente se manche.

### *Procedimiento:*

Una vez colocado el delantal al enfermo, hay que comprobar que el alimento no se encuentre muy caliente ni contenga grumos que puedan obstruir la jeringa.

Comenzaremos a llenar poco a poco la jeringa aspirando del tazón donde se encuentra la comida y, una vez llena, la introduciremos por la comisura bucal del paciente, cuidando de no hacerle daño en los labios, boca o encías, ya que la punta del cono de la jeringa puede cortar o hacer heridas. Debemos tener mucha precaución a la hora de ir apretando el émbolo de la jeringa para conseguir que el alimento pase a la cavidad bucal del paciente.

Se puede ir pasando en cada embolada unos 15 mililitros de comida, comprobando que el enfermo de Alzheimer va tragando. Tan importante como alimentarle es tener toda la paciencia del mundo para irle dando de comer poquito a poco.

Una vez finalizado el tazón de comida (que puede llevar triturado un primero y un segundo juntos), podemos comenzar a darle el zumo o el yogur disuelto en un poquito de leche para que le sea más fácil de tragar.

Tras la comida, hemos de cuidar la higiene bucal del enfermo, limpiando los restos que puedan quedar en la cavidad oral.

#### *Otros problemas que nos podemos encontrar:*

- En ocasiones, el enfermo tiene mucha saliva y secreciones bucales, en cuyo caso es conveniente reducir alimentos como los zumos y leche, ya que agravan el problema al aumentar la producción de saliva.
- Jamás debemos obligarle a comer algo que no le guste.
- Cuando no quiere abrir la boca tenemos que buscar distintas estrategias —en cada enfermo serán diferentes porque cada persona es un mundo—. Podemos ponerle un poco de alimento en los labios para que recuerde lo que estaba haciendo o acariciarle suavemente la barbilla y mandíbula. Lo mismo podemos hacer si se olvida de masticar y deja la comida en la boca.
- Evitaremos que los alimentos estén muy secos para que no le hagan bola dentro de la boca.

#### *Después de comer:*

- Le limpiaremos la boca y, posteriormente, realizaremos la higiene de la dentadura y lengua para evitar que queden restos que puedan provocarle infecciones dentales, mal sabor de boca o mal aliento. No es aconsejable acostarle inmediatamente después de comer, ya que le puede provocar reflujo gastroesofágico y atragantarse. Debemos esperar como mínimo entre 45 y 60 minutos tras la comida para acostarle.

### *Prevención de los atragantamientos:*

- Debemos cortar los alimentos de la comida en trozos pequeños.
- Podemos recurrir a los platos triturados y purés.

### *Actuación ante un atragantamiento:*

- Si puede respirar, toser o hablar no haremos nada, únicamente le diremos que tosa, evitando darle golpes en la espalda que puedan empeorar la situación haciendo que el trozo se encaje y produciéndole una obstrucción completa de las vías aéreas.
- Cuando no puede respirar, toser, ni hablar, realizaremos la maniobra de Heimlich, que consiste en colocarnos tras el enfermo pasando los brazos alrededor de su pecho y unir nuestras dos manos 2 cm. por encima del ombligo y bajo el esternón.

Desde ese lugar realizaremos una o varias compresiones seguidas en lanza (es decir, hacia arriba y atrás fuertemente), este movimiento va a provocar una expulsión brusca de aire que empujará el cuerpo extraño, desobstruyendo la vía aérea.

- Otra alternativa en la 3ª fase de la enfermedad es alimentar al paciente por medio de un biberón, ya que el reflejo de succión es uno de los últimos en perderse.

## **Cuidados básicos al enfermo de Alzheimer portador de sonda nasogástrica:**

Este tipo de sondaje suele ser un procedimiento habitual en la última fase de la enfermedad, cuando la persona ya no es capaz de tragar los alimentos debido al avance de la propia patología.

Consiste en la introducción, por parte de la enfermera, de una sonda de silicona a través de uno de los orificios de la nariz para llegar hasta el estómago o intestino con fines terapéuticos: la alimentación o hidratación adecuada del paciente.

La colocación de dicha sonda, así como su necesario mantenimiento, no es dolorosa, aunque sí incómoda. Es labor del personal de Enfermería



tanto la inserción como su retirada, aunque a los cuidadores de un enfermo de Alzheimer les conviene conocer el funcionamiento y los cuidados que precisa dicho procedimiento.

### *Inserción y jación:*

La sonda va colocada a través de la nariz y llega hasta el estómago a través del esófago, se fija por medio de esparadrapo a la zona inferior del orificio nasal, donde va insertada (de esta manera se evita que se salga si se produce un tirón).

### *Precauciones y cuidados en la alimentación por sonda:*

Antes de dar los alimentos al paciente, se le ha de colocar semincorporado para evitar broncoaspiraciones y atragantamientos, igualmente debe mantenerse en esta posición durante unos 45 minutos después de la comida para evitar los riesgos anteriores.

Es fundamental mantener siempre la sonda limpia y permeable, motivo por el que hay que administrar antes y después de cada comida con una jeringa de alimentación (50/60 ml.), unos 30 ml. de agua limpia para evitar la fermentación de los alimentos en la misma.

Ha de anotarse la fecha de la colocación para llevar un control de los cambios, aunque la enfermera que la ha insertado ya lo sabe y tiene anotado.

Es conveniente limpiarle al enfermo portador de la sonda los orificios de la nariz con unas gasitas, de esta manera se evitarán mucosidades que se puedan adherir, así como heridas en las fosas nasales.

Después de darle de comer ha de realizársele la higiene bucal aplicándole, al finalizar, un colutorio por medio de una gasa empapada. Al no masticar ni tragar, no existe efecto de arrastre de los alimentos, por lo que las bacterias se le acumulan en la cavidad oral y faringe, con el consiguiente riesgo de infección.

Diariamente hemos de lubricarle al paciente los labios utilizando vaselina para evitar la sequedad de los mismos y que se agrieten.

La sonda no debe impedir al enfermo ni su movilidad ni su visibilidad.

Si se obstruye, hemos de avisar a la enfermera que nos corresponda para que solviente el problema.

*Posibles complicaciones:*

- Extracción o retirada de la sonda por parte del paciente. Es una complicación común que al menor descuido se tire de la sonda, debido a la molestia que causa. Si eso ocurre no debemos asustarnos ni intentar reintroducirla, ya que debe ser la propia enfermera quien debe colocarla de nuevo, puesto que si lo hacemos nosotros lo habitual es que la introduzcamos en los pulmones, con el grave riesgo que ello conlleva.
- Su obstrucción por falta de limpieza.
- Infecciones en la cavidad bucal del paciente.
- Úlceras por presión en el orificio nasal donde va alojada la sonda, debido a la propia tracción y presión de ese punto.

Recuerde que el mejor tratamiento de las complicaciones es evitar que ocurran, motivo por el que es fundamental prevenirlas.

*Algunos consejos en el cuidado:*

Al llevar varios días utilizando la misma jeringa de alimentación ésta se endurecerá; por ello se ha de engrasar —con unas gotitas de aceite de oliva, girasol o cualquier otro que utilicemos en casa— el émbolo de goma que tiene la parte interna de la jeringa volviendo a funcionar correctamente.

Es muy importante disponer de varias jeringas como retén para evitar que en un momento determinado nos quedemos sin ninguna útil.

En la medida de lo posible, han de evitarse alimentos con grumos o residuos, por ejemplo, los zumos naturales de kiwi o naranja, ya que pueden obstruir la jeringa o, lo que es peor, la propia sonda, obligando a cambiarla.

Tras cada toma ha de limpiarse con un chorro de agua limpia cada una de las dos partes que compone la jeringa, sacándolas y guardándolas hasta la próxima toma aplicando aceite en el émbolo de goma, y podrá deslizarse al dar los alimentos fácilmente.

## 4. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Esta necesidad también se verá alterada conforme avanza la enfermedad. Se debe, entre otras causas, al daño que se produce en parte de las zonas del cerebro desde donde se regulan los esfínteres de heces y orina y también en los músculos de dichos órganos.

Generalmente los trastornos de la eliminación suelen presentarse al principio de forma ocasional, y habitualmente por la noche; después nos resultarán cotidianos, y tanto el enfermo como la familia deben acostumbrarse a ellos.

¿Cuáles son las causas de la incontinencia?:

Además de las ya mencionadas, existen otras como:

- Infecciones de orina que ocasionan irritación del esfínter.
- El sistema nervioso no envía las órdenes al reflejo de micción (las ganas de orinar).
- Problemas de la próstata o ginecológicos.
- En las mujeres fundamentalmente, debilidad de los músculos perineales (sobre todo las multíparas).
- Medicación con efecto relajante muscular, que actúa sobre los músculos de la vejiga.
- Dificultad de visión que impide llegar a tiempo al baño.
- Diversas enfermedades crónicas ocasionan alteraciones de la movilidad (Alzheimer, artritis, Parkinson, etc.), impidiéndoles llegar al baño.
- El aseo se encuentra lejos de donde permanece el enfermo. No le da tiempo a desabrocharse la ropa y llegar al baño.
- No sabe pedir o decir que quiere ir al baño; por ello se lo hace encima.
- Cuando ha llegado al aseo olvida para qué está allí y qué tenía que hacer.

- Le da vergüenza ir acompañado al baño, por lo que no dice nada, más aún cuando el cuidador es alguien extraño con el que no tiene confianza.

¿Qué se puede hacer para evitar los comportamientos anteriores?:

- Señalizar adecuadamente el cuarto de baño, con un letrero o dibujo.
- Si se orina o defeca encima, no darle importancia ni hacer comentarios desagradables, sino tranquilizarle y acompañarle para cambiarle.
- Dejar sin obstáculos el acceso al cuarto de baño.
- Por la noche dejar una luz piloto encendida sobre la puerta del inodoro.
- Mantener un horario fijo para llevarle al aseo, por ejemplo, cada 2-3 horas, dejándole allí el tiempo suficiente para que se produzca la evacuación (unos 20 minutos), aunque haya que colocar en el baño sistemas de seguridad como barras de sujeción, etc.
- Poner velcro en el vestido en lugar de cremalleras para que le resulte más fácil desvestirse.
- Evitar bebidas excitantes y/ o diuréticas: café, té, colas, etc.
- Tener en cuenta que determinados fármacos producen efectos secundarios sobre la vejiga, por ejemplo, los relajantes musculares.
- Evitar darle líquidos dos o tres horas antes de acostarse para que no tenga necesidad de orinar durante la noche.

### *Problemas de estreñimiento:*

Cuando la persona realiza una alimentación escasa en fibra, una ingesta de líquidos pequeña o una actividad física reducida (habitual en los ancianos) aparece estreñimiento.

Las medidas de prevención pasan por actuar sobre los factores de riesgo descritos, alimentación con abundantes verduras y frutas, hidratación abundante durante el día y ejercicio físico, mejor aún si es al aire libre.

Deberemos evitar el uso de laxantes sin prescripción facultativa; si el enfermo presenta fecalomas (heces duras), procurar ablandarlos mediante la administración de supositorios de bisacodilo o glicerina, aplicando después un enema de limpieza.

### **¿Qué es y para qué sirve un enema comercial?:**

Consiste en una solución líquida ya preparada pautada por el médico, que se adquiere en la farmacia y se administra cuando el paciente lleva varios días sin defecar (estreñimiento).

Viene dentro de una botellita de plástico flexible cuya punta se introduce a través del recto utilizando el esfínter anal, y a temperatura ambiente.

#### *Procedimiento:*

El cuidador o la persona encargada de la administración del preparado ha de seguir los siguientes pasos:

- 1.º Leer previamente las instrucciones de colocación.
- 2.º Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de realizar el procedimiento.
- 3.º Retirarse los anillos, pulseras y joyas.
- 4.º Colocarse guantes de látex o silicona.
- 5.º Poner un travesero o empapador en la mitad de la cama para protegerla.
- 6.º Colocar al paciente apoyado sobre el lado izquierdo, con el protector (puede servir también una toalla de baño doblada) bajo sus glúteos. Esta posición le ayudará a retener el enema durante más tiempo, pues en función de la fase de la enfermedad en la que el enfermo se encuentre podrá o no colaborar. Si se le colocara sobre el lado derecho, el enema se saldría, debido a la gravedad, al instante de haberlo introducido.
- 7.º Se descubrirá la zona del esfínter anal y se le separarán los glúteos.

- 8.º Colocar la cuña cerca del paciente para utilizarla en el momento en que comience a expulsar el enema o las heces.
- 9.º Retirar el tapón del preparado que generalmente viene prelubricado.
- 10.º Introducir suavemente la punta del envase hacia el recto unos 5 cm.
- 11.º Exprimir lentamente la botella hasta introducir todo su contenido en el intestino del paciente. Una vez terminada la solución evacuable, retirar la botella y desecharla.
- 12.º Mantener al enfermo en la posición descrita por espacio de 10 a 15 minutos y, posteriormente, colocarle los glúteos sobre la cuña hasta que defeque.

### **Cuidados básicos al enfermo de Alzheimer portador de un colector externo:**

Cuando el paciente comienza a padecer episodios de incontinencia urinaria, el médico puede indicar la colocación de un sistema de recogida permanente de orina, por lo que puede ser necesario utilizar un colector externo, también denominado en el ambiente sanitario «pitochín».

El pitochín es una pequeña funda para el pene que se coloca, como si fuese un preservativo, en el miembro del varón y termina en un pequeño tubito saliente que se conecta al tubo de una bolsa de recogida de orina (bolsa de diuresis).

Existe otro dispositivo de características similares para las mujeres y cuyo funcionamiento es el mismo que el descrito anteriormente.

Dicho dispositivo está contraindicado cuando el pene está retraído o es muy pequeño, ya que no se sujeta correctamente la bolsa de orina. Existen diferentes tamaños, por lo que deberemos acudir a la farmacia o a la enfermera del centro de salud que nos corresponda para que nos diga la talla adecuada, ya que existen varias medidas estándar.

#### *Cómo colocar o retirar el colector externo:*

Previamente el cuidador debe lavarse las manos con agua y jabón abundante, secándolas posteriormente, y colocarse unos guantes desechables

de silicona o látex. La orina es un agente contaminante que puede transmitir enfermedades.

Después ha de asearse al paciente la zona genital, secándola adecuadamente.

Si se trata de un varón, hay que sujetarle el pene en posición vertical colocándole la banda adhesiva del colector alrededor del cuerpo del pene, en la zona más próxima al pubis, en sentido circular y sin rodearle completamente.

Colocar el colector enrollado sobre el glande, teniendo cuidado de que el prepucio lo recubra para evitar la parafimosis (la corona del glande se retrae por un anillo formado por el prepucio inflamado, que se ha ido hacia atrás accidentalmente y no se puede reponer hacia delante), desenrollándolo sobre el cuerpo del pene.

Posteriormente pegar el colector a la banda adhesiva, fijándolo de manera segura, y conectar la toma de la bolsa de diuresis al tubo de salida del colector, fijando la bolsa a la pierna (siempre por debajo de la rodilla para no cortar la circulación en esa zona), por medio de las cintas que lleva la bolsa.

Si se trata de una mujer, debe colocársele la banda adhesiva alrededor de los labios mayores, por la parte externa de los mismos. Después se fija el colector a dicha banda y se conecta la toma de la bolsa de diuresis al tubo de salida del colector, fijando la bolsa a la pierna de la misma manera que en el varón.

Como mínimo ha de cambiarse la bolsa colector una vez al día y siempre que se encuentre llena.

Para retirar el colector deben seguirse los pasos descritos pero a la inversa, aprovechando para observar la existencia de irritaciones en la piel de esa zona. Siempre que ocurra esto hemos de avisar al médico o enfermera que nos corresponda, ya que la irritación puede terminar en una herida, con el consecuente riesgo de infección.

## **Cuidados básicos al enfermo de Alzheimer portador de sondaje vesical:**

La incontinencia urinaria es un problema que aparecerá en el paciente conforme avanza la enfermedad. En ocasiones el facultativo puede orde-

nar a la enfermera la colocación de una sonda vesical con objeto de facilitar al enfermo la evacuación de la orina y mantenerle la zona genital seca en aquellos casos que se precisa.

El sondaje puede ser temporal o permanente, según convenga extraer la sonda una vez conseguido el fin propuesto.

El circuito urinario anatómicamente está formado por los dos riñones (son los órganos productores de la orina), los uréteres (conductos parecidos a un tubito) que recogen la orina de cada riñón y la transportan hasta la vejiga (hay un tubo para cada riñón), vejiga urinaria (almacén temporal donde se acumula la orina por un tiempo determinado) y la uretra (conducto que comunica la vejiga con el exterior del organismo).

#### *¿En que consiste el sondaje vesical?:*

Consiste en la introducción de una sonda en la vejiga urinaria, a través del orificio uretral, con fines diagnósticos o terapéuticos.

#### *¿Qué es una sonda vesical?:*

Es un fino y delgado tubito de látex o silicona que tiene un pequeño balón hinchable en su punta para evitar que pueda salirse la sonda una vez colocada en la vejiga urinaria.

La sonda en la zona de conexión a la bolsa de diuresis suele tener dos salidas, aunque las que se utilizan en los hospitales pueden tener 3 o más. Una de las salidas es para inflar el balón de aire e impedir la salida de la sonda y la otra es para conectar la bolsa de orina.

Los circuitos donde se recoge la orina son unos recipientes de plástico transparente que pueden ser abiertos (aquella bolsa que cuando está llena ha de cambiarse por otra nueva) o cerrados (aquella bolsa que permanece conectada a la sonda durante un periodo de tiempo y que sirve para realizar mediciones de orina precisa, generalmente su uso es hospitalario).

A su vez, dichos circuitos pueden tener o no en su zona inferior (la más cercana al suelo) una llave de vaciado por donde sale la orina recogida.



Las bolsas colectoras pueden tener varios tamaños, desde uno a dos litros de capacidad, en función de las necesidades del paciente.

Van marcadas de 100 en 100 centímetros cúbicos de capacidad, para que se pueda medir correctamente la cantidad de orina existente en cada momento.

La sonda debe cambiarse cada cierto tiempo, las de látex generalmente entre 28 y 45 días y las de silicona entre 2 y 3 meses. El cambio lo realiza la enfermera.

#### *Fines del sondaje:*

- Facilitar la evacuación de la orina.
- Descomprimir la vejiga urinaria cuando exista retención.
- Controlar la cantidad de orina que el paciente es capaz de emitir, por ejemplo, cada 24 horas.

#### *Precauciones y cuidados a tener en el sondaje vesical:*

En los enfermos con demencia es habitual la manipulación de la sonda y la tracción de la misma, debido a su deterioro neurológico, motivo por el que ha de evitarse que llegue con sus manos a la zona descrita.

Cuando se precise cambiar la bolsa de orina, el cuidador ha de lavarse con agua y jabón ambas manos, secándolas posteriormente.

Pinzaremos la sonda por encima de la conexión de la misma, podemos utilizar el tapón original que viene con la tubuladura doblando la sonda en su parte final y colocándole el tapón.

Mediante una gasa empapada en povidona yodada (sustancia antiséptica), se asepticizará la conexión de la sonda donde se coloca el tubo de recogida de orina; de esta manera se disminuirá el peligro de infección.

Introduciremos el tubo de la bolsa de orina a la conexión de la sonda apretándolo adecuadamente para que quede sujeto y dejaremos la bolsa sobre los dos ganchos de sujeción, evitando que toque el suelo.

Cambiaremos la bolsa como mínimo una vez al día y cada vez que esté llena, lavándonos las manos con agua y jabón antes y después de realizar el procedimiento.

La bolsa debe permanecer siempre a un nivel inferior al de la vejiga urinaria con el fin de favorecer el flujo de orina por gravedad, en los casos en que no existan garantías de que la bolsa colectora se mantenga por debajo del nivel de la vejiga urinaria (por ejemplo, si hay que trasladar al paciente en una camilla o al hospital), se debe proceder al pinzado de la sonda de la manera ya descrita.

Una ingesta abundante de líquidos va a facilitar al enfermo la evacuación de la orina disminuyendo la posibilidad de producción de microorganismos.

Tanto la sonda como la bolsa de orina una vez colocada han de manipularse con cuidado para evitar tracciones en la zona uretral.

Debemos observar diariamente el color de la orina, que ha de ser claro. Si vemos que es turbio o que el líquido existente en la bolsa es de color rojizo o lleva coágulos o sedimentos (blanquecinos), debemos llamar al médico o enfermera que nos corresponda para advertírselo.

Cada vez que cambiemos la bolsa observaremos que la orina fluye correctamente y no existen pinzamientos ni torceduras.

## **5. NECESIDAD DE MOVIMIENTO**

En la primera fase de la enfermedad, y al objeto de favorecer una actividad física adecuada, se procurará que el paciente pasee, vaya al mercado, a misa, a la peluquería, a casa de sus familiares y amigos, en definitiva, que continúe realizando actividades que le mantengan unido al entorno habitual.

Conforme avanza la patología, las alteraciones en el movimiento se van a ir haciendo cada vez más palpables, siendo frecuentes la aparición de hiperactividad, deambulación constante y seguimiento del cuidador a todos los sitios a los que él va.

En la tercera fase el enfermo se va a hacer más sedentario con la aparición de los numerosos problemas que la falta de ejercicio conlleva. Puede

pasarse los días sentado en un sillón sin realizar ninguna actividad de ningún tipo.

¿Cuáles son las causas de estos problemas?:

La primera causa es la propia evolución de la enfermedad con el deterioro neurológico producido en el cerebro del enfermo y los consiguientes trastornos del comportamiento y conducta.

En el caso del sedentarismo e hipoactividad, una causa puede ser la ausencia de actividades a realizar diariamente. Además de establecer una rutina diaria, podemos hacerle ejercicios pasivos de movilización de cada una de las extremidades, brazos, cuello, miembros inferiores, etc.

En el caso de la hiperactividad, agitación y deambulación constante, debemos reconducirla hacia la ejecución de paseos al aire libre en compañía (si el tiempo lo permite) por zonas seguras.

Ofrecerle alternativas que sepamos le gustan aunque sean repetitivas: escuchar música, devanar y enrollar ovillos de lana, ver fotografías, realizar collages recortando imágenes llamativas de periódicos o revistas; en definitiva, terapia ocupacional de entretenimiento.

Eliminar las barreras y obstáculos que supongan un riesgo añadido de caída.

En la fase avanzada de la enfermedad la movilidad va a verse disminuida, permaneciendo en cama mayor tiempo y pudiendo aparecer complicaciones importantes, como pueden ser las úlceras por presión.

En este estadio las movilizaciones de la cama al sillón suelen ser lo habitual junto con un programa de cambios posturales y movilización pasiva de todas las articulaciones al objeto de evitar los problemas que la inmovilidad ocasiona.

## **Las úlceras por presión. Qué son y cómo pueden prevenirse:**

Las escaras o úlceras por presión aparecen debido a la aplicación prolongada de presión sobre una zona corporal determinada. Dicha presión sostenida provoca falta de riego sanguíneo en la zona, que evoluciona en

el tiempo hacia la necrosis o destrucción de los tejidos. La profundidad de la úlcera puede oscilar entre una erosión superficial (denominada grado 1) o una cavidad que puede llegar a afectar a músculo, tendones y hasta provocar problemas en el hueso (grado 4).

Generalmente los cuidadores pueden controlar los factores de riesgo externos llevando a cabo un plan de prevención. El personal que se dedica al cuidado (auxiliares de enfermería, gerocultores o cuidadores familiares o domiciliarios) son un eslabón muy importante en la prevención de las lesiones de piel, ya que son quienes realizan el aseo diario del enfermo proporcionándole todos los cuidados que necesita durante todo el día.

Factores de riesgo en la aparición de las escaras:

Factores internos	
Inactividad e inmovilidad.	Enfermedades neurológicas.
Edad avanzada.	Malnutrición.
Incontinencia urinaria/fecal.	Delgadez extrema.
Obesidad.	Deshidratación.
Traumatismos craneoencefálicos.	Politraumatismos.
Diabetes.	Infecciones.
Calidad de los cuidados.	Higiene.
Material utilizado.	Fármacos.

*¿En qué zonas aparecen con mayor frecuencia?:*

Principalmente, las escaras aparecen donde existen prominencias óseas: sacro, talones, trocánteres o caderas, escápulas, codos, occipital, etc., en función de la postura que adopte el enfermo (tumbado boca arriba, de lado o boca abajo, sentado, etc.).

*Prevención de las úlceras de piel:*

Lo prioritario es elaborar un plan individualizado de cuidados con objeto de disminuir los factores de riesgo y prevenir la aparición de lesiones nuevas.

La mejor prevención es llevar a cabo un programa de cambios posturales, que consiste en ir variando la posición del enfermo cada 2-3 horas como máximo, pudiendo ampliar el horario por la noche si se dispone de un colchón antiescaras.

Cuando el paciente se encuentra en silla de ruedas o hace vida cama-sillón, el tiempo nunca debe ser superior a 1'5 horas, puesto que en esa posición la presión aumenta de forma notable sobre las zonas donde apoya.

### *Dispositivos de alivio de presión:*

Se trata de camas especiales, colchones y cojines antiescaras, almohadas, apósitos y vendajes cuya función es prevenir la aparición de las lesiones descritas.

En el caso de alteración de la conciencia, debe realizarse un plan de cambios posturales, así como ejercicios pasivos de las articulaciones.

La higiene diaria es fundamental, utilizando jabones que no irriten la piel (de ph neutro), evitando traccionar la epidermis con la esponja. A la hora de secar hacerlo mediante pequeños toques. El alcohol y colonia no debe aplicarse en las zonas de presión.

Si existen alteraciones de circulación en las prominencias óseas, es conveniente aplicar masaje junto con cualquiera de los numerosos productos específicos (aceites hiperoxigenados de los que existen en el mercado), que protegen la piel y evitan la aparición de las escaras junto con los otros medios explicados. Si existen trastornos de la coagulación, enfermedades de la piel y neoplasias, el masaje puede estar contraindicado.

La ropa de cama ha de cambiarse diariamente y todas las veces que sea preciso, evitando las arrugas, restos de comida, etc.

### *Cómo prevenir las úlceras de piel:*

- La forma mejor de prevención es mediante la puesta en marcha rigurosa de los cambios posturales, que sea aplicada por todos los cuidadores de una forma estricta. Junto con los ejercicios pasivos de movilización van a aliviar la presión sostenida sobre la piel evitándole deformidades, contracturas, anquilosis, etc.

- Prestar diariamente atención a la hora de la higiene para observar cualquier alteración en las zonas descritas.
- Mantener una hidratación y alimentación adecuadas llevando un control de sus enfermedades.
- Los mecanismos de inmovilización utilizados para evitar las caídas además de problemas osteoarticulares, urinarios, de piel, etc., ocasionan un grave impacto psicológico, además de presentar riesgo de lesiones y estrangulamiento. Es importante hablar con el médico para que dichos sistemas de sujeción sean, en la medida de lo posible, cambiados por algún tipo de medicación tendente a sedar al enfermo (aun con los perjuicios sensoriales que le pueden ocasionar).

Posiciones a utilizar en un programa de cambios posturales:

- Decúbito supino o boca arriba.
- Fowler o sentado.
- Semi-Fowler o semisentado.
- Decúbito lateral (sobre el lado derecho o izquierdo).
- Decúbito prono (boca abajo).

Dichas posiciones se intercalarán realizando una rotación cada 2-3 horas, colocando cojines para proteger las prominencias óseas y así evitar la aparición de las escaras.

## **6. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO**

Las alteraciones del descanso y del sueño suelen ser trastornos frecuentes conforme avanza la enfermedad, y generalmente aparecen en todas sus fases. La ayuda médica es fundamental, tanto para el enfermo como para el cuidador; si no, el cansancio en el desempeño del trabajo diario hará pronto su aparición.

Por las noches el enfermo suele dormir mal durante toda la evolución de la enfermedad. Al inicio de ésta es frecuente que se despierte angustiado y gritando. Más adelante la deambulación por la casa suele ser habitual, despertando al resto de las personas que conviven con el enfermo.

¿Cuáles son las causas de estos trastornos?:

- El desorden neurológico ocasionado por la propia enfermedad.
- La inactividad durante el día, por lo que no se encuentra cansado.
- Efectos secundarios de medicamentos que se encuentre tomando.
- Dormir durante el día, lo que produce la alteración biológica del ritmo sueño-vigilia.
- Falta de rutina en la realización de normas cotidianas para dormir.

¿Qué cuidados pueden llevarse a cabo para evitarlo?:

- Tener satisfechas todas sus necesidades básicas, como alimentación, higiene, vestido, entretenimiento, etc.
- Establecer diariamente unas normas para dormir: a la misma hora, misma cama, tomar un vaso de leche caliente, lavarse los dientes, orinar, ponerse el pijama o camisón, etc.
- Los masajes relajantes previos a dormir suelen ser muy efectivos.
- Si se despierta desorientado, le recordaremos con cariño que es de noche y que todos duermen para que vuelva a la cama.
- Si quiere dormir en el sofá, dejémosle, lo importante es que descanse.
- Darle la medicación prescrita, incluso si es necesario dársela en boca con un poquito de agua.
- Extremar en la vivienda las medidas de seguridad para evitar que pueda salir a la calle de noche y perderse.

## **7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL**

Esta necesidad está íntimamente relacionada con la de higiene/ vestido y seguridad, ya que si el paciente utiliza una ropa inadecuada, puede enfermar.

Las medidas básicas a tomar son las siguientes:

- Retirar de los armarios donde se encuentre su ropa, calzado, etc., todo lo correspondiente a otra estación del año.

- Tener cuidado en el uso de determinados electrodomésticos por parte del enfermo, como pueden ser estufas, calefactores, ventiladores, etc.
- Poner en la vivienda si es posible un sistema de calefacción/refrigeración/ventilación cuyo acceso le resulte imposible al enfermo y, a su vez, pueda mantener en la casa una temperatura adecuada.

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE, ARREGLO PERSONAL, VESTIDO Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

Esta necesidad va a verse alterada frecuentemente desde el inicio de la enfermedad. El propio enfermo siente cómo va perdiendo su independencia y a la vez disminuye su autoestima, la familia se da cuenta de que su familiar presenta un comportamiento extraño, lo que suele llevarles a buscar ayuda e información.

El paciente comienza a cambiar sus hábitos higiénicos presentando un aspecto desaliñado, posteriormente empiezan los olvidos y la pérdida de destrezas a la hora de completar su higiene y vestido, pasando a ser semidependiente para, finalmente, tener una incapacidad absoluta a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria mencionadas.

Si el cuidador al inicio de la alteración le hace todo lo que el enfermo puede aún hacer por sí mismo, va a conseguir, además de aumentar su frustración y sentimiento de inutilidad, incrementar su dependencia y que la pérdida de habilidades sea más rápida y mayor.

Problemas más habituales:

- Se niega a asearse.
- Se niega a arreglarse.
- Se pone ropa de una estación distinta.
- Se pone la misma ropa durante varios días.
- Se coloca una prenda encima de otra igual, incluso varias.
- No es capaz de distinguir la ropa de casa; por ejemplo, un camisón de un traje.



¿Cuáles son las causas de la incapacidad para asearse, vestirse y protegerse adecuadamente?:

- No recuerda cómo hay que vestirse, ni entiende lo que se le dice.
- Se siente deprimido al darse cuenta de que olvida lo más básico.
- No puede coordinar los movimientos adecuadamente.

¿Qué puede hacerse para conservar al máximo su independencia?:

En la negativa al aseo e higiene:

- Averiguar la causa y buscar una alternativa, evitando discutir con él u obligarle.
- Llevar una rutina diaria: misma hora, mismo sitio, mismos útiles, etc.
- Mimarle cuando aparece bañado y bien vestido.
- Si se ha olvidado de las maniobras para aseo o vestido, el cuidador las ejecutará sobre sí mismo para que el enfermo las realice por imitación.
- Preparar todo el material preciso manteniendo en el cuarto de baño una temperatura adecuada para que no sienta frío o calor excesivo, y así el momento de la higiene le resulte agradable.
- Darle una masaje con crema hidratante, perfumándole con una colonia que le guste.
- Realizarle la higiene de cabello y uñas de pies y manos periódicamente.

A la hora de vestirse:

- Quitar del armario los complementos innecesarios.
- Colocarle la ropa en el orden que debe ponérsela.
- Poner velcros en vez de cremalleras o botones para facilitarle las operaciones de vestido.
- Comprar varias prendas iguales si desea ponerse siempre lo mismo, respetando sus gustos.

## 9. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Conforme va avanzando la enfermedad, la persona va a ir perdiendo la capacidad para comunicarse eficazmente. Sus frases se irán haciendo cada

vez más cortas y su vocabulario irá reduciéndose progresivamente, pasando a tener problemas no sólo a la hora de hacerse entender, sino también para comprender lo que se le dice.

Para los cuidadores, comunicarnos con un enfermo de Alzheimer puede ser frustrante, aunque existen recursos que nos facilitarán esa tarea.

Procuraremos escoger el momento en que se encuentre más relajado para colocarnos siempre frente a él, mirándole a los ojos, pero sin intimidarle, procurando que el ambiente sea adecuado (no haya ruidos, mucha gente ni distracciones).

Intentaremos explicarnos con frases cortas y sencillas, utilizando la mímica siempre que nos sea posible, vocalizando muy bien y acompañando nuestras palabras de gestos y expresiones.

Evitaremos que le hable más de una persona a la vez.

Le daremos tiempo para que procese la información y responda. Si se pierde en medio de una frase, no tendremos prisa para que la termine.

No acabaremos las frases por él, ni le diremos lo que él puede tardar en pronunciar.

En la tercera fase de la enfermedad procuraremos utilizar el lenguaje no verbal, empleando el tacto como forma de comunicación.

Si lo que dice no tiene sentido, no nos enfadaremos ni caeremos en una conversación aún más ilógica.

Utilizaremos en todo momento un tono amable y cariñoso.

Usaremos el lenguaje escrito como medio de comunicación empleando pizarras donde le podemos apuntar lo que tiene que hacer.

Cuando no comprenda lo escrito, podemos utilizar dibujos para comunicarnos.

En todo momento y siempre que nos comuniquemos con él, le miraremos a los ojos y le sonreiremos, tocándole, acariciándole, acompañando su mano y transmitiéndole cariño y seguridad, porque incluso en el último momento de la enfermedad él sigue captando y agradeciéndonos las muestras de amor, atención y afecto de sus familiares y cuidadores, porque el cariño es también una necesaria y maravillosa muestra de comunicación.



## **Módulo 6**

### **Parte 1: El manejo de las alteraciones conductuales**

Manuel Nevado Rey

*Psicólogo de AFALcontigo.*

### **Parte 2: La psicoestimulación cognitiva**

David Losada Pérez

*Psicólogo de AFALcontigo.*

### **Parte 3: La comunicación con el enfermo y la familia**

Virginia Silva Zavaleta

*Psicóloga de AFALcontigo.*



## CONTENIDO Parte 1

- 1. Introducción.**
- 2. Claves del trabajo con el enfermo.**
- 3. Importancia del trabajo paralelo entre la familia y el enfermo.**
- 4. Señales de alarma.**
- 5. Por qué tiene más fallos el enfermo de Alzheimer.**
- 6. Alteraciones de conducta. Cómo actuar.**
  - 6.1, Problemas de conducta en la fase leve de la enfermedad,***
    - 6.1.1. Dificultades en el reconocimiento de la enfermedad.
    - 6.1.2. Pérdida de objetos.
    - 6.1.3. Repetición de preguntas.
  - 6.2, Problemas de conducta en la fase moderada de la enfermedad,***
    - 6.2.1. Delirios.
    - 6.2.2. Alucinaciones.
    - 6.2.3. Agitación.
    - 6.2.4. Agresividad.
    - 6.2.5. Insomnio.
    - 6.2.6. Conducta sexual inapropiada.
    - 6.2.7. Vagabundeo.
- 7. Cómo no actuar con los enfermos. Pautas generales.**

## MÓDULO 6

### Parte 1: El manejo de las alteraciones conductuales

#### 1. INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de conducta constituyen la parte más dura de llevar y de asumir por los familiares en el proceso de la enfermedad de Alzheimer. Ésta avanza y con ella los problemas de conducta: vagabundeo, obsesiones, alucinaciones, delirios, agresividad, agitación, despertares nocturnos... Todas estas alteraciones producen en el cuidador una disminución de su descanso, pues tiene que estar prácticamente las 24 horas del día pendiente del enfermo. A este ritmo llega un momento en el que el cuidador no puede más, sus defensas disminuyen y el estrés y otras alteraciones psicológicas comienzan a aparecer.

#### 2. CLAVES DEL TRABAJO CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

«A mí lo que me falla es el ordenador», «temo el día en que no pueda reconocer a mi esposa», «soy un inútil, no me acuerdo de nada»... Frases

como éstas son habituales en los grupos de psicoestimulación para enfermos leves que se desarrollan todos los días en AFAL. Por lo tanto, un primer aspecto a tener en cuenta es que **los enfermos de Alzheimer son conscientes de su deterioro.**

### Puntos clave

1. El enfermo de Alzheimer, como paciente, tiene derecho a saber qué le está pasando.
2. Se trata de una persona con una experiencia de vida, es un adulto y, por lo tanto, debe ser considerado como tal.
3. Es consciente, en fases iniciales, de su pérdida de memoria y de su deterioro cognitivo.
4. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y con respeto, fomentándole la independencia siempre y cuando sea posible.
5. Se debe respetar su identidad personal y llamarle por su nombre siempre, incluso cuando se encuentre en estadios avanzados de la enfermedad.
6. Cada enfermo de Alzheimer es único y debe ser tratado como un individuo específico.
7. Hay que tener en cuenta que para cada reacción catastrófica de un enfermo con Alzheimer existe siempre una razón.
8. La conducta observada es una combinación de cambios físicos, psicológicos, sociales y personales influenciados por la experiencia a lo largo de la vida.
9. Para poder trabajar de una manera eficaz con el enfermo de Alzheimer es imprescindible conocer su historia de vida, aficiones, trabajos anteriores, etc.
10. Se debe aceptar al paciente sin prejuicios.

## 3. IMPORTANCIA DEL TRABAJO PARALELO ENTRE LA FAMILIA Y EL ENFERMO

A la hora de trabajar en un campo como la enfermedad de Alzheimer es fundamental, tratar de llevar una misma línea en el tratamiento y seguimiento del enfermo y del cuidador. Si este último acepta, asume y colabora en el tratamiento se conseguirá que el enfermo se encuentre más tranquilo, más relajado y a buen seguro las alteraciones de conducta como la agresividad, agitación, ansiedad, etc., se darán en menor medida. Por lo

tanto, el familiar tiene que ser el enfermero, el médico o el psicólogo que continúe en el domicilio las terapias recomendadas por los especialistas. De nada sirve que el enfermo se mantenga o mejore con los distintos tratamientos farmacológicos o no farmacológicos dispuestos por los especialistas, si cuando acude a su domicilio esa forma de comportarse con el enfermo, de entenderle o de integrarle no se prosigue.

Concienciar al familiar para que continúe en el domicilio aquellas actividades a las que los profesionales no llegan es fundamental para la estabilidad física y emocional de ambos.

## 4. SEÑALES DE ALARMA

Antes incluso del diagnóstico de la enfermedad, hay que tener en cuenta una serie de signos o señales que el enfermo comienza a desarrollar y que podrían indicar el inicio de un proceso degenerativo como la enfermedad de Alzheimer. Algunas de estas señales son:

- *Disminución de la memoria reciente que afecta en el desempeño del trabajo.*

Es normal tener pequeños olvidos en el trabajo, pero si éstos se dan de manera muy frecuente habrá que ponerse en contacto con algún especialista, puede que sólo sea fruto del estrés o de algún otro problema, pero más vale prevenir.

- *Dificultades en el desempeño de tareas familiares.*

La falta de concentración puede ocasionar despistes como olvidarse las llaves o dejarse el gas encendido. Estos fallos suelen ser comunes en las fases preclínicas de la enfermedad.

- *Problemas del lenguaje.*

Dificultades para encontrar la palabra precisa en el momento adecuado: dar vueltas a la cabeza para recordar un término o para poder denominar algo, es lo que se llama el efecto de la punta de la lengua.

- *Desorientación tiempo y lugar.*

Suele pasar sobre todo cuando uno está distraído, pero al igual que con los fallos anteriores, si estas distracciones ocurren de manera más habitual que de costumbre, puede ser considerado como una señal de alarma.

- *Problemas con el pensamiento abstracto.*

Dificultad en el manejo del dinero, en el cálculo: problemas con el cambio al ir a comprar o con las cuentas del banco.

- *Extraviar objetos.*

Si una persona distraída pierde una cosa puede reconstruir los hechos hasta volver a encontrarla con mayor o menor dificultad. Un enfermo de Alzheimer tiene dificultades para hacer esa reconstrucción.

- *Cambios de personalidad y de humor.*

A lo largo de una vida la personalidad no suele sufrir demasiadas alteraciones. El enfermo tiende a cambiar con facilidad de humor y se vuelve más desconfiado, suspicaz o temeroso.

- *Disminución de la iniciativa.*

La persona se vuelve progresivamente más pasiva, tiene menos ganas de desarrollar actividades que le resultaban placenteras o de acudir a reuniones o eventos sociales.

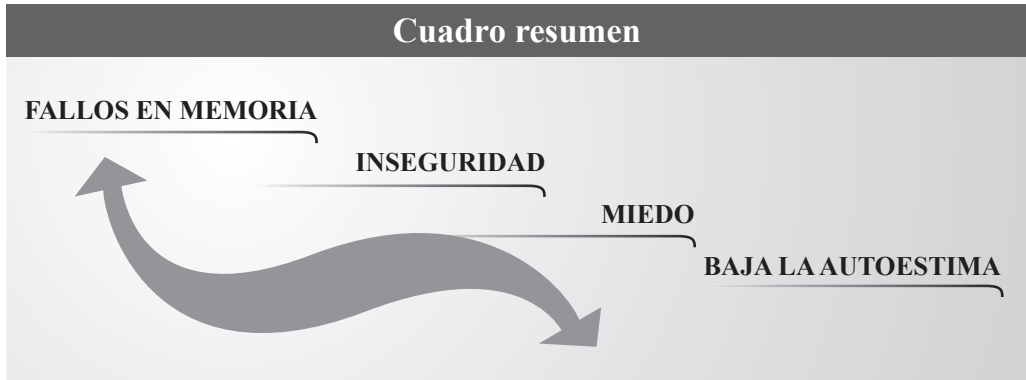
Éstas son algunas de las señales de alarma más frecuentes. Si alguien se siente identificado con estos signos, no tiene que alarmarse de inmediato, pero sí sería conveniente consultar con un especialista.

## **5. POR QUÉ TIENE MÁS FALLOS EL ENFERMO DE ALZHEIMER**

Cada Enfermo de Alzheimer es único y debe ser tratado como tal. El enfermo es consciente en las primeras fases del deterioro de que está padeciendo, sobre todo en la memoria. Comienza a apreciar cómo aspectos cotidianos del día a día pasan por su vida y no es capaz de recordarlos. Ante la avalancha de fallos de memoria que se desencadena con la enfermedad, el paciente comienza a mostrarse inseguro en aspectos de su vida que había controlado sin problemas —como la economía doméstica, su trabajo, o simplemente una conversación entre varias personas—. Esto genera en el enfermo mucha inseguridad al realizar éstos y otros actos; la inseguridad provoca miedo, y por este motivo va dejando de salir y se muestra más inseguro a la hora de iniciar una conversación. Su miedo le genera una elevada ansiedad y al final se provoca un círculo vicioso: la



conciencia de sus fallos le crea ansiedad y esta ansiedad le lleva a tener más fallos de memoria de los que tendría si el ambiente en el que vive le diera más seguridad.



## 6. ALTERACIONES DE CONDUCTA. CÓMO ACTUAR

Una de las áreas de sobrecarga de los cuidadores de enfermos de Alzheimer —establecida por Florez Lozano en 1987— es la de las alteraciones de conducta. Éstas se producen principalmente en la segunda fase de la enfermedad (fase moderada), en la que los cuidadores suelen presentar mayores problemas de ansiedad por estar muy involucrados en los cuidados y encontrarse en un estado de hipervigilancia constante como consecuencia de los problemas asociados al Alzheimer.

### 6.1. Problemas de conducta en la fase leve de la enfermedad

La aparente normalidad de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en los inicios provoca situaciones comprometidas, pues aparentemente al enfermo no le pasa nada, sigue físicamente igual y él mismo trata de ocultar muchos de sus fallos, utilizando aquellas reservas intelectuales que todavía posee, fruto de su experiencia vital. A la familia y al entorno les cuesta reaccionar ante estos problemas, les cuesta establecer un límite entre la realidad alterada del enfermo y la realidad propiamente dicha. En esta primera fase algunas de las conductas más frecuentes son:

### *6.1.1. Dificultades en el reconocimiento de la enfermedad*

A los enfermos de Alzheimer y a sus familiares les resulta complicado establecer unos criterios de realidad que permitan el reconocimiento de la enfermedad. En muchos de ellos —al igual que ocurre en familias aquejadas por otras patologías como el cáncer, la esclerosis múltiple, etc.— se da la denominada “conspiración del silencio”: el enfermo sabe lo que le pasa, la familia o cuidador también lo sabe, pero entre ellos no se establecen las pautas de comunicación adecuadas, de expresión emocional deseable. Cuando el enfermo se integra en un grupo con otras personas a las que les ocurre lo mismo, habla con ellas de sus emociones, sentimientos y fallos de memoria. Del mismo modo ocurre con el cuidador: cuando éste entra en contacto con otros familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, le es más fácil expresar sus sentimientos y contar lo que está sucediendo.

La conspiración del silencio, es decir, la falta de comunicación entre enfermo y cuidador/ familia puede conllevar una negación de los déficits de memoria por parte del afectado y también de los distintos problemas que puedan observar sus familiares o su entorno más cercano.

#### **Cómo actuar**

- Facilitar la comunicación con el enfermo, ayudarle a expresar sus sentimientos ante los fallos cognitivos.
- No culpabilizarle.
- Crear un ambiente de seguridad, en el que el enfermo pueda sentirse tranquilo.
- No expresarle intranquilidad, inseguridad o ansiedad.
- Buscar actividades gratificantes, que le gustaron en el pasado, de esta manera se sentirá más tranquilo, puesto que los conocimientos pasados son los que mejor conserva.
- Buscarle actividades lúdicas en las que pueda participar (en grupo mejor).
- Mantenerlo lo más activo posible, sin obligarlo.
- Potenciar sus habilidades, aficiones o pasatiempos.
- Hacerlo de forma progresiva, que se sienta importante, útil y activo.

### 6.1.2. Pérdida de objetos

Como consecuencia de los déficits cognitivos propios de la enfermedad, los pacientes tienden a dejar las cosas en cualquier lado, siendo incapaces, posteriormente, de recordar dónde lo han dejado. Esto les da pie a pensar que les están robando. El enfermo piensa que esos objetos que se han perdido han sido robados. La culpa de esas pérdidas recaerá en el entorno más cercano: cuidador principal, auxiliar de ayuda a domicilio, hijos... Por lo general, los objetos suelen aparecer escondidos en sitios inverosímiles, detrás del mobiliario de la casa o en escondites personales del paciente.

#### Cómo actuar

- Darles explicaciones si no entienden algo. Ofrecerles ayuda.
- No sentirse acusado si le señalan como culpable del robo.
- Facilitar la comprensión de todas las personas que rodean al enfermo: amigos, hijos, etc., para que no le den importancia a estas acusaciones.
- No preguntarle dónde ha puesto el objeto, ya que no lo sabe.
- Limitar el número de lugares donde pueda esconder las cosas.
- Ponerle un distintivo grande a los objetos que se pueden perder.
- Guardar las cosas frágiles o de mucho valor.

### 6.1.3. Repetición de preguntas

Los enfermos tienden a repetir constantemente las mismas preguntas. Por lo general, se debe a preocupaciones, a inseguridades, a la desorientación y a la falta de memoria. Realizan insistentemente la misma pregunta porque ésta no ha sido fijada en su memoria, y la respuesta emitida por el cuidador tampoco ha sido almacenada.

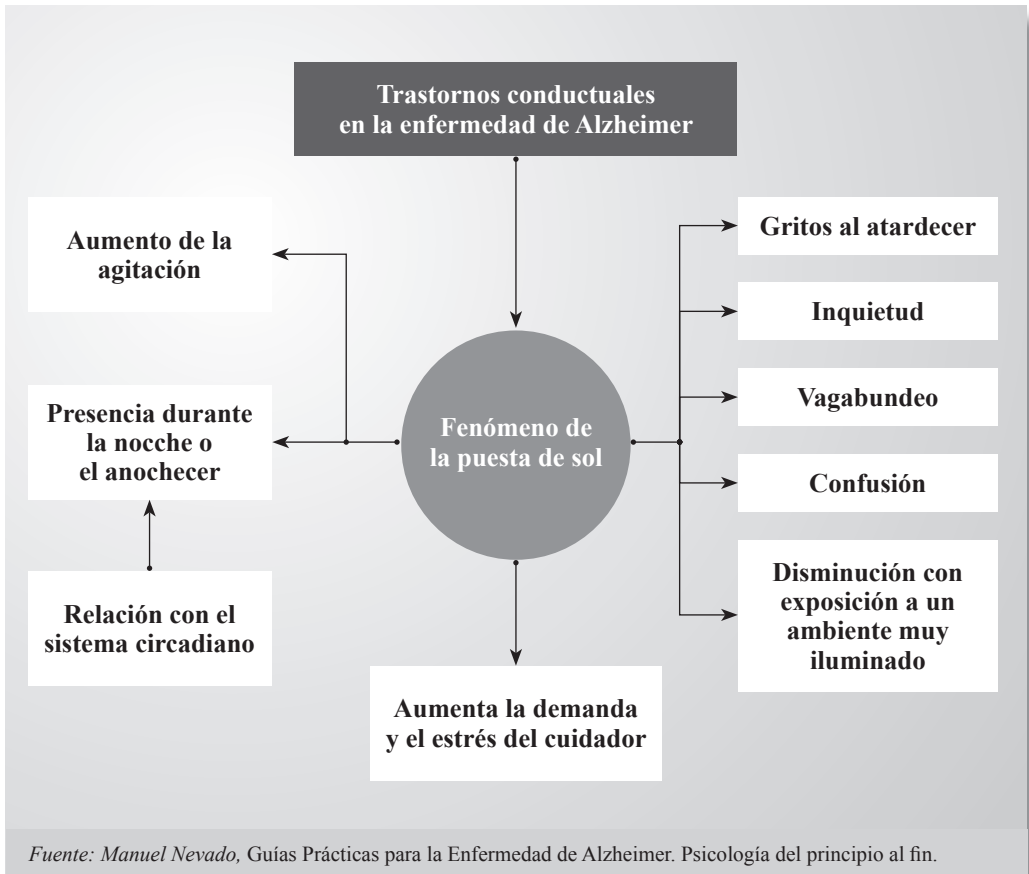
#### Cómo actuar

- Mantener la calma y transmitir tranquilidad.
- Analizar la conducta-problema y registrarla.
- Cambiar de tema, puede que el enfermo esté aburrido.
- Colocar puntos de orientación (relojes, calendarios) en los lugares donde el enfermo pase más tiempo.

## 6.2. Problemas de conducta en la fase moderada de la enfermedad

En la segunda fase los enfermos de Alzheimer presentan la parte más florida de sus alteraciones de conducta: agresividad, alucinaciones, delirios, agitación... Es precisamente en esta fase cuando el manejo conductual es más necesario, el familiar tiene que comenzar a sumir que la persona con la cual ha convivido toda la vida está cambiando a consecuencia de la enfermedad e incidir en la importancia de la comunicación no verbal como fuente de manejo de la información.

También es importante el manejo del denominado *fenómeno de la puesta de sol*, el empeoramiento de los enfermos como consecuencia de la pérdida de la estimulación ambiental.



La causa de este fenómeno todavía no es muy conocida, aunque existen y se argumentan varias hipótesis, como la reducción de estímulos que acontece al anochecer, lo cual genera más inseguridad y sensación de descontrol del entorno; también la disminución de la luz podría afectar a la capacidad de interpretar los estímulos (personas u objetos). El hecho de que por la noche exista una mayor actividad en los domicilios familiares también puede ser una variable a tener en cuenta en la desorientación y la confusión del enfermo.

En cualquier caso, estaría implicado un cambio en el entorno que puede provocar reacciones catastróficas y un empeoramiento en su conducta. Puede que los familiares y cuidadores se encuentren más fatigados y transmitan estímulos negativos al enfermo.

A continuación se muestran algunas de las alteraciones más frecuentes en esta fase:

### 6.2.1. *Delirios*

Los delirios son una de las alteraciones más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer y constituyen una de las mayores causas de preocupación entre los familiares.

Por lo general, aparecen en las etapas intermedias o avanzadas de la enfermedad, siendo los enfermos con delirios más proclives a un deterioro más rápido y a sufrir mayores problemas de orientación que los que no presentaban esos síntomas. Al mismo tiempo, los pacientes con delirios son más agresivos, miedosos, menos accesibles a cuidados, etc.

Los delirios más comunes son el robo de sus pertenencias, la infidelidad (llegando a la celotipia), vivir en otra casa que no es la suya, abandono... Se suele dar otro delirio denominado síndrome de Capgras: el enfermo piensa que las personas de su entorno no son quienes dicen ser.

#### **Cómo actuar**

- Facilitar la ubicación en el espacio conocido y familiar.
- Buscar desencadenante. Analizar el porqué, el momento antes y después del delirio.

### **Cómo actuar (continuación)**

- Nunca seguirles la corriente ni discutir con ellos sobre la veracidad del delirio.
- Mantener conversación con él apoyándonos en las ideas coherentes, reforzándolas y premiando este discurso.
- Desviar la atención a actividades o cosas agradables, que se sepa son del agrado del enfermo.
- No dejarle solo.
- Se debe intentar orientarle con tranquilidad.
- Se debe mejorar en lo posible los déficits visuales y auditivos.
- Si los delirios se producen especialmente durante la noche, dejar una pequeña luz encendida.
- Explicarle lo que ve o escucha si no lo entiende, repetir información.
- Cuando el enfermo es muy suspicaz, evitar hablar bajito en su presencia.
- Si no reconoce a un familiar, no contradecirle, tranquilizarle y una vez tranquilo, explicarle el parentesco.

#### **6.2.2. Alucinaciones**

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción sensorial, que surgen sin que exista un estímulo real. El enfermo puede ver, oír o tener sensaciones táctiles que no son reales. Las alucinaciones más comunes consisten en ver cosas o escuchar sonidos. Cuando un enfermo sufre una alucinación, ésta le parece tan real que las sensaciones que presenta varían desde un miedo o ansiedad espantoso, en unos casos, hasta una alegría y sensación de bienestar, en otros.

### **Cómo actuar**

- Evaluación de defectos sensoriales. Por ejemplo, personas con pequeños déficits auditivos mejoran con la implantación de un audífono (vista y oído).
- Vigilar y revisar los fármacos, consultando las dudas con los especialistas.
- Buscar desencadenante, la razón de esa alucinación, el momento del día en el que se produce.

### **Cómo actuar (continuación)**

- Nunca negar la alucinación, recordar que para él es real.
- Tranquilizarle, acercarse despacio y siempre dentro de su campo visual, identificándonos y diciéndole en todo momento quiénes somos.
- Podemos intentar distraerle mostrándole algo que le guste.
- Si la alucinación no es peligrosa, dejarle.

### **6.2.3. Agitación**

La agitación es un estado de intranquilidad y excitación que el enfermo no puede controlar y que carece de una finalidad aparente. El enfermo se mueve, balancea, frota las manos o toca algún objeto de manera constante. La agitación puede suceder momentos antes de que el enfermo se ponga agresivo, por lo tanto, controlarla es fundamental para evitar la agresividad posterior. Ante un problema de agitación, lo principal es buscar las circunstancias que hacen que la persona se comporte de esa manera. Una vez conocidas, es mucho más fácil tomar medidas para corregirla.

### **Cómo actuar**

- Buscar el contacto visual.
- Intentamos tranquilizarle verbalmente.
- Intentamos agarrarle las manos, a la altura de las muñecas, con una suave presión para transmitirle tranquilidad (contacto físico).
- Imitación de la respiración del enfermo, en muchas ocasiones los enfermos tienden a la conducta modelada. La respiración deberá ser cada vez más lenta.
- Cambio de ambiente (deambulamos con él, manteniendo el contacto físico) dándole seguridad y tranquilidad mientras desviamos la atención.
- Analizar lo ocurrido y modificar el entorno.
- Siempre dar una respuesta a sus sentimientos, no ignorar, ni tampoco darle demasiada importancia.
- Intentar reducir la estimulación excesiva. Muchos estímulos a la vez (televisión, radio, ruido de otras áreas de la casa) le producen excitación y nerviosismo.

### **Cómo actuar (continuación)**

- Simplificar el ambiente que le rodea, evitar hacer cambios drásticos.
- Que no beba bebidas cafeinadas, estimulantes ni alcohol.

#### **6.2.4. Agresividad**

Cuando la agitación y/ o la ansiedad del paciente no se afrontan con resultados positivos, ya sea de forma conductual o farmacológica, pueden sobrevenir conductas agresivas, tanto para los pacientes como para su entorno más próximo. La agresividad puede ser debida a múltiples factores: dolor, cansancio, medicamentos, el entorno —muy exigente o tenso— o la propia enfermedad —al tomar conciencia de los déficits cognitivos— o por una afectación de las zonas frontales del cerebro.

### **Cómo actuar**

- No gritar, sujetar, provocar o elevar la voz.
- No enfrentarse ni pedir explicaciones.
- No hacer gestos bruscos, ni tocarle inesperadamente o por detrás.
- Postura empática, receptiva, recordar siempre que la sonrisa es el amortiguador de la agresividad.
- Eliminar o retirar objetos peligrosos del alcance del enfermo.
- Buscar el contacto visual facilitando el acercamiento progresivo.
- Si el enfermo está muy agresivo o en ese momento no se le puede controlar, colocarse fuera del alcance de sus golpes.
- Preguntarle qué pasa y si le podemos ayudar (con voz suave).
- Desviar la atención (verbalmente o ambientalmente).
- Anticiparse a la agresividad.
- No tomarlo como algo personal.
- Olvidar lo ocurrido recordando siempre que la persona agresiva que está al lado es un enfermo.



### 6.2.5. *Insomnio*

Los trastornos del sueño en la enfermedad de Alzheimer son frecuentes. Alrededor del 40-70 % de los pacientes sufren estas alteraciones, y es uno de problemas de conducta que más repercuten en los cuidadores.

Durante el envejecimiento se modifican los patrones habituales del sueño (los mayores se despiertan más veces, necesitan dormir menos horas que los jóvenes, tardan más en conciliar el sueño, presentan somnolencia durante el día y realizan siestas más frecuentes); en la enfermedad de Alzheimer a esto se le une la desorientación temporoespacial, de tal manera que cuando los enfermos se despiertan por la noche, se levantan porque no pueden saber la hora que es.

#### **Cómo actuar**

- Crear una rutina de horarios de dormir. Programar el sueño.
- Evitar las cabezadas diurnas.
- Realizar actividad física durante el día, de tal manera que lleguen cansados a la hora de dormir.
- Evitar cenas excesivas o dejarle con hambre. Acostumbrarles a la rutina de tomarse un vaso de leche tibia ayuda a dormir.
- Evitar líquidos excesivos antes de dormir.
- No darle bebidas cafeinadas, estimulantes ni alcohol.
- Ir al servicio antes de acostarse.
- Mantener una temperatura de la habitación adecuada.
- Dormitorio tranquilo, si es posible lejos de otras zonas de la casa donde se produzca ruido ambiental.
- Si se levanta, acompañarle para dormir, tranquilizarle y orientarle.

### 6.2.6. *Conducta sexual inapropiada*

Se estima que la desinhibición sexual de los pacientes con Alzheimer ronda el 7 % de los casos. En el caso de enfermos institucionalizados varones hablaríamos el 20-30 % presentan conductas sexuales que implican un conflicto con el personal femenino.

En general, esta conducta sexual inapropiada tiene que ver con la incapacidad de juicio crítico y con la desorientación, produciendo la llamada desinhibición como, por ejemplo, desabrocharse la ropa para orinar en sitios inadecuados, desnudarse porque se encuentran incómodos o también, en ocasiones, para quitarse el pañal.

Las lesiones cerebrales pueden afectar a los sistemas que controlan y regulan la conducta (lesión bilateral de las zonas anteriores y mediales de los lóbulos temporales), como el síndrome Klüver-Bucy, que se caracteriza por hiperoralidad, placidez emocional, agnosia y alteraciones de conducta sexual.

**Agnosia:** Perturbación para el reconocimiento de estímulos, estando preservada la capacidad sensitiva.

### Cómo actuar

- No reaccionar de forma alarmante, ni castigarle, ante un problema de este tipo.
- Si se reacciona de forma alarmante se puede producir una fijación, al no poder comprender si lo que ha hecho es adecuado o inadecuado.
- Desvío de atención.
- Ayudarle a vestirse llevándole a un lugar tranquilo y adecuado.
- Adaptar y modificar la ropa con botones especiales para que no se la quite con facilidad.
- Recordar que cuando hay problemas de masturbación, el paciente sólo está haciendo lo que le lleva a sentirse bien y no tiene culpa de ello.
- Por lo tanto, trate de no darle importancia.
- Si hay una exhibición delante de niños o familiares, reaccionar con naturalidad para no crear un impacto mayor en ellos.

#### 6.2.7. Vagabundeo

Cuando el paciente camina sin parar, inquieto, con o sin agitación, sin rumbo ni objetivo definido, nos encontramos ante un caso de vagabundeo o deambulación. Esta conducta puede estar condicionada por el lugar donde predominen las lesiones cerebrales o por causas externas, como la desorientación temporoespacial, el miedo, la falta de ejercicio físico o la inseguridad. También puede estar provocada por estímulos somáticos, como serían

el dolor, el malestar físico o la sensación de hambre, o por el entorno, con gran cantidad de estímulos o pobreza de los mismos, poca luz, etc.

Asimismo, la tendencia de estos pacientes a recordar el pasado provoca situaciones de deambulación porque quieren ir a su casa, al pueblo o al trabajo.

La obsesión con perseguir al cuidador principal a todas partes se debe a la inseguridad y al miedo. Necesitan de una persona como referente para poder tranquilizarse.

### **Cómo actuar**

- Eliminar barreras arquitectónicas que impidan el vagabundeo, como sillas o muebles en los pasillos, creando de este modo un entorno seguro.
- Rodear los nuevos ambientes con objetos familiares.
- Buscar el porqué de la conducta, la hora de mayor incidencia, la causa, y tratarla.
- Buscar el contacto visual.
- Pasear con él e intentar desviar la atención a otra tarea gratificante o provechosa de forma serena.
- Hablarle, intentar calmarle, evitando una reacción catastrófica como un grito.
- No obligarle a sentarse. Se volverá a levantar.
- Dejarle andar. Al tener una mayor actividad física dormirá mejor.
- Señal de aburrimiento, intentar aumentar su nivel de actividad física y mental.
- Distraerle.

## **6. CÓMO NO ACTUAR CON LOS ENFERMOS. PAUTAS GENERALES**

En líneas generales, a la hora de actuar comportamentalmente con un enfermo los aspectos a tener en cuenta serían los siguientes:

- Nunca gritarle.
- Prevenir las situaciones que desencadenan el problema de conducta.

- Simplificar las actividades que tiene que realizar el paciente, hacerlas paso a paso, explicarle lo que se le va haciendo (al vestirle, etc.).
- Darle tiempo a que responda, el enfermo reacciona más lentamente.
- Cuando esté confuso, reducir las situaciones que le pueden confundir, como personas extrañas, ruidos, la televisión, etc.
- Evite preguntarle o decirle que haga cosas cuando está cansado.
- No hacerle todo, permitirle que él continúe haciendo lo que pueda, hasta que aparezcan los primeros síntomas de frustración.
- No preocuparse al perder el control, respirar profundo, actuar con calma, no culpabilizarse ni descontrolarse, el paciente pronto lo olvidará.
- No argumentar, explicar o razonar durante una reacción catastrófica.
- No le exprese su ansiedad o frustración.



## CONTENIDO Parte 2

1. **Introducción.**
2. **La psicoestimulación cognitiva.**
  - 2.1. *Concepto,*
  - 2.2. *Objetivos,*
  - 2.3. *Principios,*
3. **Evaluación neuropsicológica y seguimiento.**
  - 3.1. *Evaluación del estado físico; sensorial y motor,*
  - 3.2. *Evaluación del perfil cognitivo,*
  - 3.3. *Instrumentos de evaluación,*
4. **Técnicas de psicoestimulación cognitiva.**
  - 4.1. *Orientación a la realidad,*
  - 4.2. *Reminiscencia,*
  - 4.3. *Estimulación cognitiva global,*
  - 4.4. *Estimulación de funciones cognitivas específicas,*
  - 4.5. *Adaptación del entorno humano; Técnicas de comunicación y terapia de validación,*
  - 4.6. *Adaptación del entorno físico,*
  - 4.7. *Actividades ocupacionales de la vida diaria,*
5. **Otras disciplinas complementarias a la psicoestimulación cognitiva.**
  - 5.1. *Musícoterapia,*
  - 5.2. *Terapia Ocupacional,*
  - 5.3. *Psicomotricidad,*
  - 5.4. *Laborterapia,*
  - 5.5. *Animales de compañía,*
  - 5.6. *Arteterapia,*
  - 5.7. *Otras,*
6. **Formas de aplicación de la psicoestimulación cognitiva.**
  - 6.1. *Individual vs, grupal,*
  - 6.2. *Profesional vs, informal,*
  - 6.3. *Específica vs, global,*
  - 6.4. *Efectividad,*
7. **Programas de psicoestimulación cognitiva.**
  - 7.1. *Ámbitos cognitivos a intervenir,*
  - 7.2. *Afrontamiento y memoria,*
  - 7.3. *Estimulación cognitiva en la vida diaria,*
8. **Directrices generales.**
9. **Cómo llevar a cabo la psicoestimulación cognitiva.**

## MÓDULO 6

### Parte 2: La psicoestimulación cognitiva

#### 1. INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la intervención precoz son evidentes. En la primera fase de la enfermedad hablaremos de una intervención basada en la psicoeducación y el afrontamiento. El primer objetivo terapéutico será brindar a los pacientes un soporte emocional para tratar el estrés agudo que padecen tras conocer su diagnóstico. Mediante este tipo de terapia psicológica se trata de favorecer la aceptación de la propia enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Podríamos definir la psicoestimulación cognitiva como:

- 1 *Un conjunto de procedimientos (ejercicios, tareas y actividades).*
- 2 *Utilizados desde diferentes disciplinas (psicología, terapia ocupacional, psicomotricidad...).*
- 3 *Implementados a través de ciertas técnicas: TOR (terapia de orientación a la realidad), reminiscencia, terapia cognitiva, terapia de validación...*
- 4 *Aplicados por diferentes agentes estimuladores no mutuamente excluyentes (profesionales, cuidadores y familiares),*

- 5 *Siguiendo una metodología (sesiones/ 24 horas, individual/ grupal...).*
- 6 *Teniendo en cuenta una serie de premisas generales (por ejemplo: “Sólo estimular capacidades preservadas”, “lo importante no es el resultado, sino la actividad”, etc.).*
- 7 *Cumpliendo una serie de principios básicos (constancia, personalización y flexibilidad).*
- 8 *Y que se combinan y aplican de diferente manera en virtud de cada momento evolutivo de la enfermedad (fase de afrontamiento, estimulación e intervención).*

La estimulación cognitiva tradicional pretende conseguir, en cada momento, el máximo global de los siguientes objetivos:

- a) *Potenciar y/ o mantener las capacidades cognitivas y funcionales.*
- b) *Promover la relajación y la disminución de la ansiedad.*
- c) *Activar el estado de ánimo, aumentar la autoestima y reforzar la motivación.*
- d) *Ralentizar la evolución natural de la enfermedad y la dependencia.*
- e) *Mejorar la calidad de vida y el nivel de satisfacción vital.*

## 2. LA PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA

### 2.1. Concepto

La palabra “estímulo” proviene del término latino *stimulum*, que significa aguijón. El verbo “estimular” también proviene del latín *stimulare*, que significa picar o punzar.

Estimular significa también excitar vivamente [a alguien] para la ejecución de una cosa o avivar [a alguien] para realizar una actividad, operación o función. En general, podría entenderse como la incitación a obrar.

La **PSICOESTIMULACIÓN** es todo el conjunto de técnicas que pretenden potenciar el elemento de procesamiento del sistema humano a través de la presentación estructurada de estímulos adecuados. Este elemento central del sistema (procesamiento) también es conocido como sistema cognitivo humano. La cognición es la capacidad de *conocimiento* humano. El sistema cognitivo está compuesto por las diferentes funciones mentales cognitivas.

Una clasificación de las funciones mentales muy utilizada es aquella que diferencia entre funciones cognitivas superiores e inferiores. Las *funciones cognitivas superiores* son la memoria, el pensamiento y el lenguaje. Las *funciones cognitivas inferiores* son la atención, la percepción y la conciencia.

También existe otra serie de funciones que no son cognitivas: las funciones anímicas o emocionales, que intervienen de manera decisiva en el comportamiento humano. Existe una relación bidireccional y continua entre las funciones cognitivas y las funciones emocionales que hacen de la conducta humana una cuestión todavía más compleja y asombrosa.

Los estímulos que recibe el ser humano pueden ser externos o internos.

Los **estímulos externos** pueden ser auditivos (timbre), visuales (luz), táctiles (tacto de piel de melocotón), gustativos (sabor a melocotón) y olfatorios (olor a melocotón). Se pueden percibir varios al mismo tiempo.

Los **estímulos internos** pueden ser los propios pensamientos y recuerdos sobre algún acontecimiento. Por ejemplo, al oír un frenazo pensamos que se ha producido un accidente y llamamos a la policía. Por ejemplo, escuchar una canción nos recuerda a un amigo y esto nos anima a llamarle por teléfono.

La intervención cognitiva abarca todo un conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de los enfermos, con el fin de mejorar su calidad de vida e incrementar su autoestima. Hay que tener en cuenta los principios de *flexibilidad* y *personalización* en todo ámbito de la intervención neuropsicológica.

La psicoestimulación cognitiva aplicada a la enfermedad de Alzheimer sería todo aquel conjunto de técnicas y/ o estrategias terapéuticas (ambien-



tales) que pretenden mantener y/ o potenciar aquellas funciones cognitivas alteradas, teniendo en cuenta las variables de personalidad del enfermo y su contexto particular.

## 2.2. Objetivos

### Objetivos específicos de prevención:

- Reducir las discapacidades.
- Evitar la desconexión con el entorno.
- Reducir la frecuencia de los trastornos psicológicos y del comportamiento.
- Minimizar el estrés.

### Objetivos específicos de mejora:

- Estimular y mantener las capacidades mentales.
- Mejorar el rendimiento cognitivo y funcional.
- Aportar seguridad mediante el incremento de la autonomía personal.
- Dignificar mediante el refuerzo de la autoestima y de la propia identidad.
- Incrementar la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado y el sentimiento de salud.
- Potenciar las relaciones sociales.

### Objetivos generales:

- Mejorar a la persona globalmente en toda su dimensión humana.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo, de los cuidadores y de los familiares.

En el ámbito de la enfermedad de Alzheimer, la estimulación cognitiva se podría definir como un conjunto de *procedimientos* que pretenden *mobilizar* el *funcionamiento* de las *capacidades* que conforman el *sistema de*

*conocimiento humano*, con el objetivo de que el individuo mantenga las *conductas más adaptativas* posibles con la máxima autonomía y durante el mayor tiempo posible.

Como se dice en *El Baúl de los Recuerdos*, obra magna de estimulación cognitiva en ambiente familiar:

La enfermedad de Alzheimer se podría comparar a un río. Éste nace en las zonas altas de la tierra, en las montañas (la cabeza), y se va formando con la aportación de sus afluentes (las circunstancias personales). Al principio, el río avanza sutil e insidiosamente, va buscando su cauce, va surcando los valles y, poco a poco, va aumentando el caudal (deterioro).

Nuestro río tiene tres tramos (fases de la enfermedad) separados por presas que contienen el agua (tratamientos de la enfermedad). El primer tramo (fase 1), aunque se muestra acechante, tiene poco caudal (deterioro leve). La presa que se encuentra conteniendo el primer tramo irreversiblemente llegará a desbordarse por el incremento del caudal (deterioro moderado) y es en este momento cuando nos encontramos en el segundo tramo del río (fase 2). Debido a lo accidentado del terreno, este tramo está lleno de rápidos y cataratas (alteraciones conductuales). El aumento de presión del agua va aumentando y acabará por desbordar la segunda presa, entrando el río en el último tramo (fase 3), donde el caudal es más lento, pero mucho mayor (deterioro avanzado); el río parece estancado por la lentitud de su circulación, pero finalmente, desembocará en el mar. Aquel mar donde van a parar todos los ríos.

Nuestro papel es intentar que las presas aguanten el mayor tiempo posible. Sin el cemento que une los bloques de piedra que forman la presa (los fármacos), ésta no aguantaría mucho tiempo. Pero, además, disponemos de otro recurso para evitar que el caudal se desborde: podemos achicar y achicar (estimulación cognitiva), usando un cubo (*El Baúl de los Recuerdos*). Este medio no nos permitirá desalojar mucha agua, por lo que no notaremos grandes cambios, pero podemos achicar frecuentemente y con ayuda de otras personas para mantener la presión. Al final, después de algún tiempo, nos daremos cuenta de la labor tan importante que hemos realizado. Estaremos satisfechos porque, al hacerlo, hemos podido también disfrutar del paisaje (esos ratos divertidos e inolvidables), preservando la naturaleza, manteniendo su buen estado (calidad de vida y dignidad del enfermo). ¿Acaso no merece la pena? [Manuel Nevado, 2003].

Los recursos que se pueden utilizar para llevar a cabo la estimulación cognitiva son muy variados. Se pueden utilizar diferentes técnicas, estrategias, ejercicios, tareas, actividades, sesiones, programas, materiales, etc., no exclusivamente en el ámbito clínico o social, sino poniendo especial énfasis en el ambiente donde muchas veces los terapeutas no pueden llegar: el entorno familiar.

### 2.3. Principios

**Constancia:** dado que la enfermedad es crónica y, en muchos casos, prolongada en el tiempo, la intervención ha de ser constante. De nada vale estimular durante muchas horas intensivas el fin de semana si no se va estimulando un poco cada día.

**Flexibilidad:** dado que la enfermedad es un síndrome que genera una constelación de síntomas cognitivos, emocionales y comportamentales, la intervención habrá de amoldarse a cada situación y contexto particular. Dado que esta enfermedad es neurodegenerativa, las técnicas de intervención y la manera de aplicarlas han de combinarse en función de cada etapa del proceso de evolución de la enfermedad.

**Personalización:** como la enfermedad se manifiesta de manera diferente en cada enfermo, debido a que afecta a un órgano que alberga funciones, recuerdos y hábitos tan diferentes entre las distintas personas que la padecen, la intervención ha de tener en cuenta estos aspectos diferenciales y adaptarse a las peculiaridades de cada caso.

#### Cuadro resumen de las falsas creencias sobre la estimulación cognitiva

#### LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA...

NO es	SÍ es
No se trata de intentar curar la enfermedad de Alzheimer o de parar definitivamente su avance mediante técnicas mágicas o terapias milagrosas.	Se trata de enlentecer al máximo el avance de la enfermedad de Alzheimer y de aportar calidad de vida a la persona afectada a través de una serie de métodos y técnicas no farmacológicas.
No consiste en curar las alteraciones cognitivas (memoria, lenguaje, atención...) que provoca la enfermedad de Alzheimer.	Consiste en promover la actividad mental para mantener o mejorar el rendimiento cognitivo y funcional de la persona con Alzheimer.
No se trata de curar todos los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.	Se trata de prevenir y/ o tratar algunos síntomas secundarios a la enfermedad de Alzheimer como son la ansiedad y la depresión.

**Cuadro resumen de las falsas creencias sobre  
la estimulación cognitiva (continuación)**

**LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA...**

<b>NO es</b>	<b>SÍ es</b>
No se trata de forzar u obligar rígidamente a la persona con Alzheimer a estudiar, a aprender cosas nuevas, a entrenar o a ejercitar sin más sus facultades mentales.	Se trata de animar y guiar inteligentemente a la persona con Alzheimer para que se interese por hacer determinadas actividades que movilicen sus capacidades cognitivas y funcionales.
No se trata de hacer cualquier actividad y de repetirla continuamente.	Se trata de realizar actividades cognitivas recomendadas y adaptadas a cada momento de evolución del enfermo.
No consiste en perseguir un rendimiento y unos resultados con respecto a las actividades de estimulación cognitiva.	Consiste en centrarse en el proceso y en la actividad en sí misma, independientemente del rendimiento y de los resultados que se consigan.
Debido al carácter actualmente irreversible de la enfermedad de Alzheimer, no se trata de intentar recuperar aquellas facultades mentales que ya están deterioradas.	Salvo en casos muy específicos, se trata de centrarse en la estimulación de las facultades mentales preservadas, es decir, en mantener aquellas capacidades que todavía funcionan bien, hasta el máximo de sus posibilidades.
No se trata de exigir más de lo que la persona con Alzheimer quiera o pueda dar.	Se trata de motivar a la persona con Alzheimer e intentar obtener el máximo de sus capacidades y vocaciones.
No se pretende que la estimulación cognitiva se realice a toda costa sin importar el momento y la forma.	Se pretende buscar el mejor momento para que la persona con Alzheimer lo pase bien y disfrute durante la estimulación cognitiva.
No se trata de obsesionarse con estimular a toda costa y en todo momento.	Se trata de ser regular y aprovechar objetos, circunstancias, situaciones y actividades cotidianas para estar activo y disfrutar con la vida.

Fuente: Manuel Nevado, 2003.

### 3. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y SEGUIMIENTO

Para aplicar adecuadamente la psicoestimulación cognitiva es necesario conocer el estado físico y cognitivo del enfermo. Es decir, conocer aquellas capacidades intelectuales alteradas y aquellas preservadas teniendo en cuenta el nivel de influencia cultural y la edad del sujeto. Esto pasa por realizar un buen proceso de evaluación inicial, además de llevar un seguimiento continuado para ir adaptando la intervención al avance de la enfermedad y ajustándola a los resultados que se vayan consiguiendo.

#### 3.1. Evaluación del estado físico: sensorial y motor

La disminución de las capacidades físicas y sensoriales que acompaña al envejecimiento también puede condicionar el rendimiento físico y cognitivo del enfermo de Alzheimer y, por lo tanto, también su independencia funcional y su calidad de vida.

##### 3.1.1. *El aparato sensorial*

Para poder hacer las cosas correctamente es necesario evaluar de forma adecuada la información que nos llega del exterior. La coincidencia de la enfermedad de Alzheimer con la disminución de las capacidades sensoriales derivadas del envejecimiento conlleva una serie de problemas añadidos, sobre todo cuando se trata de la visión y de la audición.

##### *La vista*

A partir de los 60 años se suelen incrementar los problemas relativos a la visión:

- La pérdida de agudeza visual o dificultad para distinguir los objetos con suficiente claridad.
- La presbicia, vista cansada o dificultad para enfocar los objetos de cerca.

##### *La audición*

La prevalencia de los defectos auditivos con la edad es superior a la de los visuales. Tiene mucho que ver con la contaminación acústica que haya sufrido el sujeto.

La presbiacusia es la dificultad de audición de los tonos agudos. El ruido de fondo representa una fuerte distorsión y tiende a ensombrecer las conversaciones. Origina problemas selectivos en la comprensión del lenguaje (“parece que oye lo que le interesa...”, dicen muchos familiares).

Los problemas de audición pueden conducir al retraimiento social y al aislamiento. Además pueden originar ideas paranoides. Por ejemplo, interpretar los susurros como infidelidades.

Conviene que la conversación con el enfermos de Alzheimer sea lenta y que el enfermo mire la cara del interlocutor para poder ayudarse con la lectura de los labios.

El tratamiento de las alteraciones sensoriales, en especial las visuales y auditivas, puede mejorar la capacidad de comunicación, el estado psicológico y el grado de dependencia del enfermo de Alzheimer.

En ocasiones, es conveniente adoptar un punto de vista ecológico realizando las adaptaciones pertinentes en el medio (iluminación, señalización, modificaciones arquitectónicas, etc).

### 3.1.2. *El aparato locomotor*

La lentificación o baja velocidad de respuesta es una alteración frecuente que se produce con el envejecimiento en la mayoría de las actividades de la vida diaria. Incrementa la posibilidad de accidentes y limita las relaciones con los demás.

Puede deberse a diferentes causas:

- Problemas de recepción sensorial (visuales o auditivos).
- Problemas en la ejecución (artritis, artrosis, fragilidad, etc.).
- Lentitud de respuesta cerebral (tiempo de reacción y razonamiento).

La mejor manera de prevenir estas alteraciones psicomotoras es un buen estado de salud general. Para ello es importante considerar tres pilares fundamentales de salud:

- El ejercicio: actividad física y mental.
- La dieta: alimentación equilibrada y adaptada (tener en cuenta los sentidos del gusto y olfato, problemas dentales, etc.).

- El sueño: dormir y descansar adecuadamente (tener en cuenta el nivel de ansiedad).

### 3.2. Evaluación del perfil cognitivo

Aunque existen unos patrones sintomáticos generales y reconocibles propios de la enfermedad de Alzheimer, el deterioro progresivo de las capacidades mentales es heterogéneo. Unas capacidades pueden estar más afectadas que otras en diferentes personas. Por ejemplo, en una persona pueden predominar los trastornos de lenguaje, mientras que en otra pueden predominar los trastornos de manipulación. Por lo tanto, para realizar una correcta intervención terapéutica será indispensable determinar exactamente cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las preservadas, así como sus grados de afectación.

Es importante definir el momento evolutivo de la enfermedad y las capacidades reales del enfermo. Las actividades y las tareas de intervención habrán de ser planificadas y adaptadas en función del estado cognitivo y funcional (qué funciona y qué falla) y de su gravedad (hasta qué punto funciona y hasta qué punto falla), es decir, del perfil cognitivo continuado de cada enfermo.

Las áreas cognitivas alteradas y que conviene explorar en la enfermedad de Alzheimer son las siguientes:

- **Memoria:** De trabajo, episódica a largo plazo y semántica.
- **Orientación:** Tiempo, espacio y persona.
- **Capacidad visuoespacial:** Atención, orientación, reconocimiento y representación mental.
- **Lenguaje oral y escrito:** Expresión y comprensión.
- **Praxis:** Gestos de comunicación, de manipulación, de construcción y de vestirse.
- **Capacidades ejecutivas:** Conceptualización, planificación, juicio, conciencia.

Además del perfil cognitivo, es importante conocer otra serie de aspectos muy importantes a la hora de planificar la psicoestimulación cognitiva:

- El comportamiento en el ámbito familiar y las capacidades sociales del enfermo, es decir, las capacidades funcionales reales en las actividades de la vida diaria.
- La historia de vida del enfermo para conocer sus intereses y actitudes, así como las capacidades especialmente desarrolladas debido a su profesión, aficiones y entretenimientos.
- Las posibles alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, delirios...) y alteraciones del comportamiento (agresividad, deambulación, apatía...). Estas alteraciones pueden tener una gran influencia en la vida del enfermo, en su estado cognitivo y en su adaptación familiar y social.
- La motivación del enfermo.

### 3.3. Instrumentos de evaluación

Existen muchos instrumentos de evaluación neuropsicológica y de valoración del estado cognitivo del enfermo de Alzheimer. Algunos de los más utilizados son los siguientes:

#### *Mini examen cognoscitivo*

Es una escala de evaluación del funcionamiento cognoscitivo del sujeto, de manera global y en diversas áreas de funciones superiores. Es un instrumento de *screening* para valorar la existencia de deterioro cognitivo.

El tiempo requerido para su cumplimentación es de 5 a 10 minutos.

#### *Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS)*

Se trata de una escala de evaluación del grado de deterioro en virtud del estado cognitivo global. La escala presenta 7 fases de deterioro en el proceso evolutivo de la enfermedad de Alzheimer. La valoración la establece el profesional cualificado a través del conocimiento del estado del enfermo.

#### *Test cognitivo del reloj*

Es una escala de evaluación neuropsicológica de las capacidades cognitivas de planificación y construcción (apraxias constructivas y agnosias



visoespaciales). Es un test de cribaje de la función cognitiva, además de servir para medir la gravedad de la demencia.

El tiempo requerido para su cumplimentación es de 5 a 10 minutos.

### *Test conductual de memoria de Rivermead*

Es una escala de evaluación neuropsicológica para detectar las alteraciones en el funcionamiento de la memoria cotidiana y seguir los cambios producidos por el tratamiento. Es muy útil para ayudar al terapeuta a la hora de delimitar las áreas que deben ser sometidas a rehabilitación y planificar la misma.

Es una escala resistente a los déficits moderados de visión u oído y a la influencia por síntomas de ansiedad o depresión.

El tiempo requerido para su cumplimentación es de 90 minutos aproximadamente.

### *Test de retención visual de Benton*

Es una escala de evaluación neuropsicológica no verbal para valorar la percepción visual, la memoria visual inmediata y las praxias constructivas.

El tiempo requerido para su cumplimentación es de unos 10 minutos.

### *Test de Barcelona*

Se trata de una batería neuropsicológica compuesta que permite un análisis pormenorizado de 152 funciones diferentes. Permite el estudio de las actividades mentales superiores y la detección de déficits específicos, evitando consideraciones globales. Se utiliza para la obtención de perfiles de las funciones neuropsicológicas.

El tiempo requerido para su cumplimentación es de dos horas y media como promedio.

### *Escala geriátrica de depresión*

Se trata de una escala para medir los trastornos del estado de ánimo relacionados con la depresión en ancianos. Se utiliza para el diagnóstico

diferencial de pseudodemencia y para la coexistencia de depresión y demencia. Contiene 30 preguntas dicotómicas de sí o no.

## **4. TÉCNICAS DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA**

Las técnicas utilizadas en la psicoestimulación cognitiva tienen bastantes elementos en común. Muchos de estos elementos están presentes en prácticamente todas ellas. Por lo tanto, las diferentes técnicas no son mutuamente excluyentes, sino que deberán integrarse de manera pertinente en diferentes sesiones o actividades de intervención cognitiva en función del momento evolutivo, del perfil cognitivo y de la gravedad de las alteraciones.

Cada técnica tiene sus indicaciones y contraindicaciones particulares en los diferentes momentos del proceso de deterioro. Para su elección y aplicación es necesario considerar todos los aspectos de la persona, no sólo los cognitivos, sino también los emocionales y comportamentales en el contexto general de la persona tratada.

La psicoestimulación cognitiva no se puede reducir a la mera aplicación indiscriminada de ejercicios de rehabilitación de las capacidades intelectuales. Tiene que estar basada en unos objetivos y en un método que articule adecuadamente las siguientes técnicas:

### **4.1. Orientación a la realidad**

Es un método de tratamiento de las alteraciones de la orientación y la memoria. Se trata de estimular al enfermo para que reaprenda datos sobre sí mismo y sobre el entorno, de tal manera que supere sus limitaciones e incremente su autonomía. Esta técnica utiliza elementos como la reminiscencia y la adaptación del entorno físico.

### **4.2. Reminiscencia**

Consiste en el recuerdo sistemático de memorias antiguas y en la activación del pasado personal para potenciar la identidad y la autoestima. Utiliza elementos de la estimulación cognitiva y de la orientación a la realidad.

### 4.3. Estimulación cognitiva global

Consiste en aplicar programas diseñados que articulan tareas y actividades estructuradas dirigidas a activar y mantener las capacidades mentales de manera integral: la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el esquema corporal, etc. Se persigue un mejor rendimiento cognitivo y una mayor autonomía personal.

Existen algunos programas sistematizados que se aplican a personas no dementes con quejas de memoria: Método de Entrenamiento de Memoria de Israel, Programa de Activación Cerebral (PAC-Eureka), Programa de Memoria del Ayuntamiento de Madrid, etc.

### 4.4. Estimulación de funciones cognitivas específicas

Se trata de un conjunto de técnicas de neuropsicología rehabilitadora por las que el enfermo es sometido a ejercicios experimentales dirigidos a modificar aspectos concretos de las capacidades mentales. Es una terapia cognitiva para mejorar o mantener ciertas funciones muy específicas como, por ejemplo, la capacidad lexicosemántica o el trastorno de la denominación (anomia).

### 4.5. Adaptación del entorno humano: Técnicas de comunicación y terapia de validación

Las **técnicas de comunicación** tratan sobre las actitudes de interacción entre el cuidador y el enfermo. Se basan en los principios de simplificación de los mensajes, de la combinación de información verbal con la no verbal, de la regulación de las distancias y de las posiciones entre cuidador y enfermo.

La **terapia de validación** constituye un conjunto de técnicas simples de comunicación basadas en una actitud humanista de respeto y empatía con el enfermo. Su objetivo fundamental no es orientar al paciente en la realidad, sino respetar su realidad, que puede encontrarse en el tiempo presente o no. La validación acepta las creencias del enfermo sin con-

tradecirlas. Aunque es una técnica muy delicada, es importante adoptarla desde el punto de vista conceptual y práctico.

#### **4.6. Adaptación del entorno físico**

Se trata de aplicar la intervención sobre el medio en el que se desenvuelve el enfermo con el fin de compensar y facilitar sus rendimientos cognitivos y disminuir el trastorno funcional.

#### **4.7. Actividades ocupacionales de la vida diaria**

Es un método de rehabilitación y readaptación basado en la realización de actividades significativas y de la vida diaria. Se pretende utilizar el trabajo (terapia ocupacional) o cualquier actividad que conduzca a un fin. También es conveniente la adaptación del medio donde se vaya a desarrollar la actividad. Se incluyen diversas actividades como bailar, trabajos de cestería, cocinar, fregar, hacer la cama, poner la mesa, etc.

### **5. OTRAS DISCIPLINAS COMPLEMENTARIAS A LA PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA**

La enfermedad de Alzheimer, al igual que otras enfermedades neurodegenerativas, se caracteriza por la pérdida de la integridad física, la deficiencia de la capacidad cognitiva y la pérdida de coherencia emocional. Por lo tanto, cualquier terapia auxiliar que englobe estos factores debería ser utilizada como una parte significativa de la estrategia de los tratamientos no farmacológicos.

Las siguientes técnicas complementarias son cada vez más utilizadas:

#### **5.1. Musicoterapia**

La música puede incidir en diversas áreas del funcionamiento neuropsicológico. La música familiar puede estimular recuerdos aparentemente olvidados. El ritmo activa la atención y organiza la coordinación motora. Participar en una actividad musical puede favorecer la comunicación.

## **5.2. Terapia Ocupacional**

Técnica que incluye los mismos objetivos planteados para las actividades ocupacionales y significativas de la vida diaria, pero a través de un método más riguroso y generalmente aplicada en grupo.

## **5.3. Psicomotricidad**

Es una técnica que pretende mantener el máximo tiempo posible las funciones que el enfermo todavía conserva, aportándole sensación de seguridad al hacerle consciente de la rehabilitación de sus déficits. Aborda aspectos de la estimulación de la memoria reciente y remota, el reconocimiento del propio cuerpo, la lateralidad y el mantenimiento de la coordinación motriz en función de los gustos y capacidades previas; por ejemplo, su sentido del ritmo o su sensibilidad para la música, el canto o el baile.

La terapia psicomotriz tiende a favorecer la relación y la comunicación interna del enfermo, y con los objetos y personas que le rodean, a través del dominio de su propio cuerpo. Además, la psicomotricidad también favorece de forma excelente la relajación global del enfermo de Alzheimer.

## **5.4. Laborterapia**

Es una disciplina que programa actividades seleccionadas especialmente por su valor físico, mental, emocional y vocacional del enfermo. Se persigue la motivación y concentración por parte del enfermo en un trabajo o tarea determinada con el objetivo de mejorar su disposición general y de alcanzar la máxima independencia. Mediante la actividad o labor se pretende devolver funciones, desarrollar habilidades, mantener capacidades y promover la salud. Es una buena técnica complementaria para promover la independencia del enfermo en el medio social, reforzar su autoestima y generar satisfacción por sentirse útil.

## **5.5. Animales de compañía**

La estimulación con animales de compañía es un recurso utilizado para otras enfermedades como el parkinson y la esclerosis múltiple. Da resultados satisfactorios.

Se trata de introducir un animal de compañía (generalmente un perro) en la vida del enfermo de Alzheimer. Éste promueve la comunicación, el lenguaje, la reminiscencia, la orientación, la motivación, la seguridad y la autoestima del enfermo. Además, en el caso de perros adiestrados específicamente para esta enfermedad, se pretende que cumplan una función de memoria y orientación externa. Por ejemplo, que el perro le recuerde al enfermo el camino de vuelta a casa y le guíe hasta ella.

### **5.6. Arteterapia**

Es una modalidad psicoterapéutica de reciente implantación en nuestro país que facilita la expresión y la exploración de emociones difíciles. Cuando el lenguaje verbal es insuficiente como medio de expresión, la arteterapia ofrece una alternativa al enfermo para seguir manteniendo una actividad cognitiva de respuesta a través de cualquier modalidad de expresión artística: pintura, escultura, música, baile, teatro, etc.

### **5.7. Otras**

Existe otra serie de disciplinas que también se aplican para estimular a los enfermos de Alzheimer de forma complementaria:

La estimulación a través de gimnasia y ejercicio físico (cinesiterapia), a través de masajes, a través del baile (danzaterapia), mediante diversas técnicas (orientales) de relajación y visualización, a través de terapia de grupo (apoyo y autoayuda), mediante la diversión, el ocio y el tiempo libre (socioterapia), a través de actividades socio-culturales...

## **6. FORMAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA**

La psicoestimulación cognitiva aplicada a la enfermedad de Alzheimer se puede realizar de diferentes maneras atendiendo a varios aspectos tan importantes como: el grado de deterioro de los enfermos, el tipo de deterioro, el número de personas a intervenir, la persona o personas que van a

realizar la intervención, el lugar donde se va a realizar, el tiempo de duración, el apoyo del que disponga el enfermo, etc.

## **6.1. Individual vs. grupal**

Dependiendo fundamentalmente del grado de deterioro de los enfermos, aplicaremos la intervención individual o la grupal.

Cuando el enfermo presenta deterioro cognitivo muy leve (GDS 2), en un momento inicial es conveniente trabajar de manera individual con el fin de realizar una terapia más personalizada de afrontamiento a la enfermedad. Esto nos va a permitir trabajar posteriormente otros aspectos relacionados con los problemas de memoria en la vida cotidiana de manera grupal.

Cuando el enfermo presenta deterioro cognitivo leve, moderado, moderadamente grave o grave (GDS 3, 4, 5, 6), es conveniente trabajar aplicando la psicoestimulación cognitiva en grupos de no más de 6 personas. Los beneficios de la dinámica grupal son excelentes para los enfermos en estas fases de la enfermedad.

Los enfermos muy deteriorados (GDS 6/7) requieren una atención y estimulación más personalizada debido, sobre todo, a sus déficits de atención.

## **6.2. Profesional vs. informal**

La psicoestimulación cognitiva únicamente puede ser aplicada por profesionales formados para tal efecto. Sin embargo, se puede y se debe estimular al enfermo en otros ámbitos más informales: en casa, en el centro de día, en la calle, en el parque, etc. Las personas que van a interactuar habitualmente con el enfermo deberían ser formadas, mínimamente al menos, sobre el ejercicio de las funciones cognitivas. La combinación de un programa de psicoestimulación cognitiva puntual junto con una adecuada estimulación cognitiva ambiental extensiva al máximo de horas posible, aportará el mejor de los resultados para el enfermo.

### 6.3. Específica vs. global

La enfermedad de Alzheimer es un síndrome orgánico cerebral progresivo de afectación difusa. Aunque al principio son menos las áreas cerebrales afectadas (memoria), poco a poco se van lesionando otras de vital importancia (lenguaje). Esto nos lleva a dirigir la intervención cognitiva, más que a las zonas afectadas, a las zonas preservadas y actuando del modo que funciona el cerebro, de manera global. Es decir, se trata de proponer tareas y actividades asequibles para el enfermo que, de manera global, estimulen sus capacidades cognitivas. En cada actividad se trabajará más unas áreas que otras, pero casi siempre estarán requeridas la mayoría de ellas en diferentes modos.

La estimulación cognitiva específica o rehabilitación cognitiva tiene más sentido para alteraciones muy concretas y focalizadas que afectan a una función o ámbito cognitivo muy determinado. También se utiliza para ver los resultados en la investigación neuropsicológica.

Formas de aplicación de la psicoestimulación cognitiva según el nivel de deterioro del enfermo:

Formas de aplicación de la psicoestimulación cognitiva según el nivel de deterioro del enfermo					
	GDS 2	GDS 3	GDS 4	GDS 5	GDS 6
Individual vs. grupal	I/G	G	G	G	I
Profesional vs. informal	P	P/I	P/I	P/I	P/I
Específica vs. global	E	E/G	G	G	G

Para optimizar el rendimiento cognitivo es fundamental prevenir, diagnosticar y tratar las alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del humor y de la conducta que suelen presentar los enfermos de Alzheimer.

### 6.4. Efectividad

Uno de los retos de la psicoestimulación cognitiva es demostrar la efectividad de los métodos utilizados. ¿La utilización de la psicoestimulación



cognitiva produce realmente mejorías en las capacidades cognitivas y funcionales de la vida diaria? ¿Se modifica el curso de la enfermedad? No se pueden aportar esperanzas no demostrables, pero es verdad que, junto con los fármacos actuales, se pretende conseguir el objetivo global de mejorar la calidad de vida del enfermo, de su cuidador y de sus familiares. Se podrá afirmar que los resultados son eficaces siempre que se consiga reducir los costes psicológicos y económicos familiares y sociales (tanto directos como indirectos). Según Woods, se pueden obtener resultados positivos cuando se reduce la carga cognitiva y funcional, cuando el enfermo dispone de capacidades como la memoria procedimental e implícita, y cuando se aportan ayudas significativas en la codificación y evocación. No se pueden atribuir efectos neurobiológicos a intervenciones que inciden en aspectos psicológicos y cognitivos, pero sí pueden tener un efecto aditivo a la terapia farmacológica.

Según Holden y Woods, los datos actuales señalan que los métodos más efectivos son el reentrenamiento conductual, la compensación ambiental y la evitación del abandono depresivo.

Existe una reserva cerebral y una plasticidad cerebral que se siguen conservando incluso en personas con demencia. Los rendimientos cognitivos pueden aumentar al utilizar dicha reserva que antes estaba intacta debido a la apatía, a la depresión o a la sobreprotección. Se ha demostrado que un ambiente enriquecido puede modificar los cerebros de ratas envejecidas. Los enfermos de Alzheimer presentan una mínima capacidad de aprendizaje que apoya el concepto de plasticidad sináptica. Pero no se sabe si se produce a través de estructuras no lesionadas o por la regeneración de las estructuras afectadas.

Algunos estudios acerca de los efectos de la psicoestimulación cognitiva muestran un aumento en el rendimiento cognitivo global y, por lo tanto, en las capacidades funcionales. Pero podría ser un efecto que actúa como un refuerzo inespecífico de las funciones de atención y concentración más que un efecto cognitivo específico.

En todo caso, la psicoestimulación cognitiva debe ser un tratamiento más dentro del concepto de terapia integral y multidisciplinar en la enfermedad de Alzheimer. Los aspectos cognitivos del enfermo se deben plantear conjuntamente con sus aspectos emocionales.

## 7. PROGRAMAS DE PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA

Como hemos visto, existen múltiples propuestas de intervención cognitiva aplicada a la enfermedad de Alzheimer. Disponemos de técnicas más específicas y de otras más globales, pero ninguna por sí sola constituye una intervención sólida y generalizable a todos los casos. Sin embargo, han de ser aplicadas de manera adecuada y con flexibilidad; de lo contrario podrían llegar a ser incluso contraproducentes para el enfermo.

La psicoestimulación cognitiva aplicada a la enfermedad de Alzheimer no es un tratamiento o una terapia propiamente dicha, pues su aplicación no conlleva una mejoría duradera y de cambio en el proceso subyacente a la enfermedad. Sin embargo, sí es un método que consigue una serie de cambios relacionados con los mecanismos cognitivos de reserva, con el desarrollo de estrategias del enfermo, con el estado de ánimo, etc. Además existe gran dificultad a la hora de evaluar la eficacia de la psicoestimulación cognitiva, pues es difícil alcanzar el rigor científico que exigen las autoridades sanitarias al nivel de los estudios farmacológicos.

La metodología y la sistematización de los materiales a utilizar en la psicoestimulación cognitiva es muy complicada. Lo importante es tener presentes los conceptos y principios actuales sobre la intervención y la rehabilitación cognitiva, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Desde un punto de vista teórico es importante integrar la metodología de todos los enfoques de manera flexible. Desde un punto de vista práctico, es interesante utilizar material básico que incluya elementos comunes a los diferentes campos de la intervención cognitiva. Por ejemplo, sería interesante utilizar diferentes imágenes de objetos y acciones cotidianas de la vida diaria.

La flexibilidad y la personalización son reglas de oro en la evaluación e intervención cognitiva. Lo que puede ser bueno para un enfermo puede tener efectos fatales para otro. En ciertos casos o momentos evolutivos de la enfermedad, la psicoestimulación cognitiva puede estar contraindicada. Las tareas de intervención cognitivas podrían convertirse en una carga más para enfermo y/ o cuidador, por lo que la psicoestimulación cognitiva debe descansar en unos objetivos claros y realistas.

**En cada fase hay que tener en cuenta los siguientes aspectos con respecto a las actividades:**

- Eliminar barreras arquitectónicas que impidan el vagabundeo, como sillas o muebles en los pasillos, creando de este modo un entorno seguro.
- Qué parte de las actividades puede realizar el enfermo de forma efectiva.
- En qué aspectos requiere estimulación, aunque pueda efectuar la tarea por sí solo.
- En qué actividades debe intervenir el cuidador.
- Qué actividades debe realizar parcialmente el cuidador.
- Qué actividades debe asumir por completo el cuidador.

Técnicas de psicoestimulación cognitiva aplicadas en cada fase evolutiva de la enfermedad:

<b>Técnicas de psicoestimulación cognitiva aplicadas en cada fase evolutiva de la enfermedad</b>			
<b>GDS 3</b>	<b>GDS 4</b>	<b>GDS 5</b>	<b>GDS 6</b>
FASE PRELIMINAR	FASE DE ESTIMULACIÓN	FASE DE INTERVENCIÓN	FASE DE CARGO PARCIAL
Actividad social y pedagógica.			
Libro de la memoria.			
Reminiscencia.			
Orientación a la realidad.	Orientación a la realidad.	Orientación a la realidad.	
	Terapia cognitiva específica.	Terapia cognitiva específica.	Terapia cognitiva específica.
	Actividades ocupacionales.	Actividades ocupacionales.	Actividades ocupacionales.
	Adaptación del entorno.	Adaptación del entorno.	Adaptación del entorno.
			Terapia de validación.

<b>Grado de complejidad de las tareas según la gravedad</b>		
<b>GDS</b>	<b>GRAVEDAD</b>	<b>GRADO DE COMPLEJIDAD DE LAS TAREAS</b>
GDS 3	Leve	Complejo
GDS 3/4		Complejo-semicomplejo
GDS 4	Moderada	Semicomplejo
GDS 4/5		Semicomplejo-simple
GDS 5	Moderada/ grave	Simple
GDS 5/6		Simple-muy simple
GDS 6	Grave	Muy simple/ residual

## 7.1. Ámbitos cognitivos a intervenir

Los ámbitos cognitivos que se han de trabajar en un programa de psicoestimulación cognitiva y los objetivos que se persiguen en cada uno de ellos son los siguientes:

### 7.2.1. Sentidos

**VISIÓN:** Reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos visuales con sus implicaciones espaciales y cognitivas.

**AUDICIÓN:** Reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos auditivos con sus implicaciones cognitivas.

**TACTO:** Reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos táctiles con sus implicaciones cognitivas.

**OLFATO Y GUSTO:** Reforzar la atención, la concentración y la actividad de los sistemas perceptivos olfativos y gustativos con sus implicaciones cognitivas.

### 7.2.2. Funciones cognitivas

#### **Atención-concentración**

Ejercitar la capacidad de atención y concentración. Es una capacidad supramodal que se encarga de seleccionar los estímulos sensoriales pertinentes para realizar la actividad motora o cognitiva en curso.

## **Orientación**

Mantener los datos básicos de información personal, reforzar los datos de ubicación temporal y espacial, estimular la interacción personal y la autoestima.

## **Esquema corporal**

Realizar actividades para mantener en lo posible la consciencia del esquema corporal. Se trata de vivenciar la realidad del propio cuerpo y de su acción motriz.

## **Memoria**

Estimular los recuerdos personales y sociales, favorecer la orientación y propiciar el aumento de autoestima.

## **Cálculo**

Estimular el conocimiento y la manipulación numérica. Facilitar el cálculo, el razonamiento y la solución de problemas simples.

## **Praxis**

**MANIPULATIVA:** Estimular la actividad gestual manipulativa a partir de órdenes o estímulos diversos. Promover la interacción interpersonal y la actividad física.

**COMUNICATIVA:** Estimular la actividad gestual de comunicación a partir de órdenes o estímulos diversos. Promover la interacción interpersonal y la actividad física.

**DESTREZA MANUAL:** Activar tareas psicomotrices elementales relacionadas con actividades prácticas de la vida diaria.

**CONSTRUCTIVA:** Estimular actividades de diversa complejidad hasta llegar a un todo a partir de elementos de diferente naturaleza.

### *7.2.3. Funciones ejecutivas*

Estimular la capacidad de razonamiento, de abstracción, de planificación y de ejecución.

## **LENGUAJE**

Estimular y potenciar las capacidades lingüísticas es primordial en la estimulación cognitiva.

#### 7.2.4. *Actividades ocupacionales de la vida diaria*

Realizar tareas ocupacionales y significativas de la vida diaria para reforzar y mantener las capacidades del enfermo. A veces son la única alternativa posible de intervención cognitiva.

### 7.3. Estimulación cognitiva en la vida diaria

La estimulación cognitiva siempre se puede realizar en la vida diaria teniendo en cuenta una serie de aspectos. Toda persona que tenga interrelación continuada con el enfermo de Alzheimer puede contribuir a estimular sus funciones cognitivas. Lo más importante es conversar y comunicarse con el enfermo de manera empática, haciéndole preguntas agradables relacionadas con los estímulos del ambiente y animándole a realizar algunas tareas sencillas. Hay que tener en cuenta siempre la dignidad y el respeto que merece el enfermo, por lo tanto habrá que tratarle siempre como lo que es: una persona adulta aquejada por una enfermedad.

Darse cuenta de cuáles son los temas de conversación que más le interesan y con qué actividades o tareas disfruta más el enfermo, es una garantía para realizar una óptima estimulación informal.

Existen muchos lugares donde se puede estimular al enfermo: en la cocina, en el baño, en la habitación, en el parque, en la parada de autobús, en la sala de espera... Sólo hace falta encontrar el momento adecuado.

Por ejemplo, si estamos en la sala de espera del médico podemos utilizar las revistas que allí encontraremos para preguntarle por las imágenes, por los colores, para hacer reminiscencias a partir de algo, para que lea, para charlar sobre algún tema... También podemos escudriñar los objetos de la sala y hacer ejercicios de memoria, jugar al “veo veo”, etc.

#### **Consejos para estimular las praxias en las actividades de la vida diaria**

- En el momento de vestirse o desvestirse: nudo en corbata, pañuelo alrededor del cuello, atar y desatar cordones de zapatos...
- En la higiene diaria: usar esponja, peine (diferentes estilos de peinado), afeitarse, maquillarse...

### Consejos para estimular las praxias en las actividades de la vida diaria (continuación)

- En la cocina: limpiar y cortar verduras o frutas de acuerdo a una muestra...
- En las tareas domésticas: hacer la cama, poner la mesa...
- Meter una carta dentro de un sobre, encender una vela, envolver un regalo...
- Actividades manuales: recortar y pegar (*collage*), nombrar colores, asociaciones con cosas de las mismas características...
- Utilizar cualquier elemento cotidiano para practicar: papel de regalo, cajas de cartón...

## 8. DIRECTRICES GENERALES

A la hora de llevar a cabo la estimulación cognitiva, hay que tener en cuenta una serie de pautas de actuación. A continuación se expone un cuadro con alguno de los puntos más importantes para poder actuar correctamente.

Actuación	
Cómo NO debe actuar	Cómo SÍ debe actuar
<ul style="list-style-type: none"><li>• No tiene que comportarse como un profesor que enseña al enfermo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene que comportarse como un facilitador de memoria, un guía, un compañero de actividades...</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No ha de actuar autoritariamente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ha de actuar respetando la dignidad del enfermo y sus propias decisiones.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No debe actuar de forma rígida y seria.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Debe actuar de manera flexible y alegre.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No puede pretender una adecuada estimulación cognitiva sin conocer bien a la persona con Alzheimer.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ha de intentar conocer al máximo la historia, la evolución y el estado actual de la persona con Alzheimer.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• No puede pretender una estimulación perfecta según un criterio preestablecido que vale para todos los casos y momentos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ha de moverse entorno a unas pautas flexibles y conocer alternativas para adaptarse a diferentes situaciones o circunstancias.</li></ul>

<b>Actuación (continuación)</b>	
<b>Cómo NO debe actuar</b>	<b>Cómo SÍ debe actuar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe estar estresada o nerviosa durante la estimulación cognitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe procurar estar tranquilo, relajado y sereno.</li> <li>• Debería intentar coger el gusto a la estimulación cognitiva, de tal manera que llegue a disfrutar aplicándola.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No debería aplicar la estimulación cognitiva sintiéndose obligada, sin tener ganas o sin conseguir disfrutar un poco.</li> <li>• No debería aplicar la estimulación cognitiva sin más, sin recapacitar un poco, sin observar algunos beneficios, pues podría hacerle sentir como que no ha servido para nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debería evaluar los beneficios y sentirse a gusto al terminar cada experiencia, pues aunque a veces sea difícil de constatar, tiene muchos efectos positivos para ambos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe llevar a cabo la estimulación cognitiva de manera automática, pues no permite adaptar las tareas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe prestar atención a las respuestas de la persona con Alzheimer, pues sirve para conocer sus limitaciones e ir adaptando las actividades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe aplicar la estimulación cognitiva de forma esporádica e intensiva. Así no se consiguen beneficios (puede que todo lo contrario), provocando sentimientos de frustración e impotencia acerca de la enfermedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe aplicar la estimulación cognitiva de forma regular y dosificada. Así se consiguen mayores beneficios, generando sentimientos de satisfacción y de enfrentamiento a la enfermedad.</li> </ul>

También es conveniente ir adaptando la manera de estimular al enfermo dependiendo de cómo vaya reaccionando en los ejercicios, tareas o actividades. A continuación se exponen algunas indicaciones bastante básicas.



<b>¿Cómo lo estoy haciendo?</b>	
<b>Lo estoy haciendo MAL si...</b>	<b>Lo estoy haciendo BIEN si...</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se enfada o grita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pide realizar ejercicios, tareas y actividades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se levanta y no conseguimos que colabore con nosotros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta realizando la mayoría de las actividades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se frustra, se cansa...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estimulación le aumenta la autoestima, le ayuda a relajarse.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No disfruta, se pone nervioso...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le vemos tranquilo, concentrado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No está algo motivado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si canturrea mientras hace una tarea manual.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No entiende el porqué de lo que hace.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiende que estar activo es saludable y lo pasa bien.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no participa con nosotros en la realización de las actividades de estimulación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene iniciativa para participar y realiza aportaciones acerca de la actividad que realiza.</li> </ul>

Existe una serie de aspectos prácticos acerca de la estimulación cognitiva que conviene conocer para poder aplicarla de la mejor manera posible. A continuación se dan algunas recomendaciones para diferentes posibilidades.

<b>Recomendaciones para aplicar la estimulación cognitiva</b>	
<b>Si...</b>	<b>Entonces...</b>
Dispersa su atención o no la centra en una determinada parte de un ejercicio escrito, es conveniente...	Tapar con una hoja blanca las partes que no se están tratando. De esta manera conseguimos centrar su atención en la parte del ejercicio que pretendemos realizar.
Aparta su atención hacia otras cosas que no nos interesan...	Es conveniente retirar aquellos objetos que puedan estar distrayendo su atención. O cambiar de escenario
No quiere realizar tareas de estimulación cognitiva...	Dejarle descansar un ratito y volver a intentarlo más tarde.

<b>Recomendaciones para aplicar la estimulación cognitiva (continuación)</b>	
<b>Si...</b>	<b>Entonces...</b>
Haciendo un ejercicio de estimulación o de actividad cognitiva gira el papel que está utilizando y se desorienta más...	Intentar que mantenga el papel en la misma posición para mantener su orientación.
Encontramos que en cierto momento está más predispuesto, más animado, de mejor humor, más tranquilo...	Aprovechamos para presentarle ejercicios que requieran su participación más activa.
Tiene aficiones o gustos concretos sobre algún área de conocimiento...	En la medida de lo posible, basar la temáticas y los contenidos de los ejercicios de estimulación en esas preferencias.
Se ha dedicado a alguna profesión relacionada con los números y las matemáticas...	Adaptaremos el grado de dificultad de los ejercicios de cálculo para que no le resulten demasiado fáciles.
Tenemos que hacer una actividad como la compra...	Aprovechamos la circunstancia para pedir su colaboración y practicar así con las monedas y los precios.
Se trata de una actividad que no le gusta demasiado...	Asociarla a algo que sí le guste, por ejemplo, la toma de un zumo o ir de paseo, etc. «Venga, que luego vamos a...».

## 9. CÓMO LLEVAR A CABO LA PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA

Manuel Nevado explica claramente en *El Baúl de los Recuerdos*:

A la hora de trabajar en un campo como la enfermedad de Alzheimer, es fundamental tratar de llevar una misma línea en el tratamiento y seguimiento del enfermo y del cuidador. Si el cuidador acepta, asume y colabora en el tratamiento, se conseguirá que el enfermo esté más tranquilo, más relajado y, a buen seguro, las alteraciones de conducta como la agresividad, la agitación, la ansiedad, etc., se den en menor medida. Por lo tanto, el familiar tiene que ser el enfermero, el médico o el psicólogo que continúe en el domicilio las terapias recomendadas por los especialistas. De nada sirve

que el enfermo se mantenga o mejore con los distintos tratamientos farmacológicos o no farmacológicos dispuestos por los especialistas, si cuando acude a su domicilio esa forma de comportarse con el enfermo, de entenderle o de integrarle no se prosigue.

Concienciar al familiar para que continúe en el domicilio aquellas actividades a las que los profesionales no llegan, es fundamental para la estabilidad física y emocional de ambos.

### ***Curriculum vitae del enfermo:***

La flexibilidad y la personalización son reglas de oro en la evaluación e intervención cognitiva. Lo que puede ser bueno para un enfermo puede tener efectos fatales para otro. Por lo tanto, a la hora de estimular habrá que tener muy en cuenta las preferencias del enfermo. Para ello hay que acudir al currículum del enfermo y realizar aquellas actividades más convenientes para él, de acuerdo con su grado de deterioro.

### **Otros puntos clave son:**

- Que la actividad sea placentera para el enfermo.
- Que esté relacionada con su forma de ser y con su profesión.
- Elaborar el currículo del enfermo.
- Qué parte de las actividades puede realizar el enfermo de forma efectiva.
- En qué aspectos requiere estimulación, aunque pueda efectuar la tarea por sí solo.
- En qué actividades debe intervenir el cuidador.
- Qué actividades debe realizar parcialmente el cuidador.
- Qué actividades debe asumir por completo el cuidador.

(Manuel Nevado, 2003)

### **¿Dónde estimular?**

Buscar el mejor momento y lugar del día en el contexto más natural posible. Ambiente tranquilo.

## ¿Cómo estimular?

Ante todo, con respeto.

- No forzar tareas que no tengan interés para el enfermo.
- Mostrar respeto buscando un buen clima de relación. Alegría.
- No dar órdenes. Solicitar las tareas con amabilidad y llamando al enfermo por su nombre.

### *Las tareas*

- Centrarse en las capacidades preservadas.
- No se trata de hacer tareas escolares, sino de estimular, animar, acompañar, activar...
- Seguir rutinas. Ser ordenado y sistemático con la flexibilidad necesaria.
- Simplificar las tareas y dividir las por etapas para facilitar su acto.
- Evitar tareas conflictivas e interrumpir las que generen ansiedad o rechazo.
- No incapacitar, sino ayudar a la realización de las tareas.

### *Las instrucciones*

- Dar las instrucciones paso a paso, de forma concreta y sencilla, repitiendo las veces que sean necesarias.
- Ser claros, evitar ambigüedades y eliminar opciones múltiples.
- Eliminar distracciones: una actividad y una sola fuente de estimulación.
- Mantener el contacto visual para facilitar la comprensión y la relación.
- Ayudarse de la comunicación no verbal mediante gestos adecuados y oportunos.

### *La actitud*

- Evitar enfrentamientos, no discutir y no forzar situaciones.
- Mantener la calma. Adaptarse al ritmo del paciente.

- No asumir *a priori* las incapacidades para las tareas hasta realizarlas.
- Enfatizar los éxitos para reforzar su seguridad.
- Adaptarse a las posibilidades del enfermo y a sus particularidades.
- Ser creativo y utilizar la imaginación para adaptar las actividades, tareas y materiales estandarizados a cada enfermo.



## **CONTENIDO Parte 3**

- 1. Introducción.**
- 2. La comunicación.**
- 3. La comunicación con el familiar-cuidador.**
  - 3.1, *El familiar-cuidador,***
  - 3.2, *Técnicas,***
- 4. La comunicación con el enfermo.**
  - 4.1, *El enfermo,***
  - 4.2, *Primera fase,***
  - 4.3, *Segunda fase,***
  - 4.4, *Tercera fase,***

## MÓDULO 6

### Parte 3: La comunicación con el enfermo y la familia

#### 1. INTRODUCCIÓN

Este apartado proporcionará una serie de pautas para ayudar al enfermo a seguir comunicándose con su entorno, así como a entender lo que le decimos en las tres fases de su enfermedad. También se darán pautas para una buena y adecuada comunicación con el familiar-cuidador.

Como ya se ha explicado en capítulos anteriores, la característica principal de esta enfermedad es la pérdida de memoria. Pero otro síntoma importante al que el enfermo debe enfrentarse es el deterioro del lenguaje. La pérdida de la capacidad de expresión genera dos tipos de dificultades en el enfermo: una, para **expresarse**, y otra, para **entender** a los demás, lo que hará más difícil su proceso natural de comunicación con las personas de su entorno.

Este deterioro verbal que inicialmente afecta a la capacidad de **denominación**, culmina con una pérdida del lenguaje adquirido en su forma oral y escrita.

Esta incapacidad obliga a las personas de su entorno —como son los auxiliares de clínica o los gerocultores— a adaptarse, aprender e ir adqui-

riendo, durante la evolución de la enfermedad, nuevas técnicas o habilidades apropiadas para comunicarse con el enfermo. Debemos ser conscientes de que ayudando al enfermo a expresarse a pesar de esas dificultades y haciéndonos entender nosotros, de alguna forma vamos a conseguir en el enfermo importantes beneficios, como reducir su ansiedad y evitar posibles problemas de conducta.

## 2. LA COMUNICACIÓN

La comunicación se desarrolla a través de diferentes formas de lenguaje:

**La palabra**, que puede ser hablada y escrita.

**Los gestos**, como pueden ser la mirada, movimientos de manos, expresión facial.

### **Las posturas corporales**

Partimos de la premisa de que oír no es lo mismo que escuchar. Se puede oír un mensaje, pero no escucharlo. Escuchar es «oír con atención». Por ejemplo, cuando asistimos a una charla o conferencia que no nos interesa, estamos oyendo al ponente, pero no escuchando, pues no le estamos prestando atención.

Por lo tanto, para escuchar, lo primero que hay que hacer es prestar **atención**. Cuando una persona piensa que no es escuchada, se siente lejana a su interlocutor, nerviosa e indefensa frente a la persona receptora del mensaje. Es importante darle el interés e importancia que requiere el enfermo para establecer una adecuada comunicación.

Los objetivos de la comunicación, en el caso de los gerocultores, son los siguientes:

- Dar ánimo y seguridad.
- Transmitir información.
- Ayudar a combatir la soledad.
- Contribuir al no aislamiento social.
- Estimular al enfermo y a su cuidador.



### 3. LA COMUNICACIÓN CON EL FAMILIAR-CUIDADOR

#### 3.1. El familiar-cuidador

Los gerocultores y los auxiliares profesionales, ya sea de centros o a domicilio, deben tener en cuenta que el familiar-cuidador es la primera persona con la que se toma contacto, antes que con el enfermo, y que, como es lógico, la relación con éste será bastante cercana, puesto que está delegando nada menos que el cuidado de su enfermo. De ahí lo importante de esta relación entre el familiar-cuidador y el profesional.

Llamamos familiar-cuidador al familiar que se ocupa y vive con el enfermo. Suele ser la mujer o el marido, una hija o un hijo. Esta figura de cuidador principal aparece casi sin que él mismo se dé cuenta: el enfermo va perdiendo de forma progresiva su autonomía y cuidador se convierte en su sombra, en su «yo».

Cuidar implica **ocuparse** y **pre-ocuparse** del otro, por lo que recae sobre el cuidador una gran carga física y psíquica. Dado que el enfermo cada vez le absorbe más tiempo, el cuidador deja de realizar sus actividades personales, no tiene tiempo para él y abandona su vida social para ocuparse única y exclusivamente del enfermo: *vive por y para su enfermo*, motivo por el cual este cuidador principal suele experimentar una serie de sentimientos muy difíciles de sobrellevar y que, en su conjunto, generan lo que llamamos el **síndrome del cuidador**, un conjunto de síntomas tales como tristeza, ansiedad, depresión, soledad, impotencia, sentimiento de culpa, vergüenza, irritabilidad y otras reacciones emocionales propias de una situación muy difícil.

Por consiguiente, saber o tener toda la información sobre por qué se sienten así es fundamental para comprender por lo que está pasando el cuidador. Hay que atender a esto para establecer una serie de pautas con las que llevar, en lo posible, una buena comunicación con los familiares.

La reacción de un gerocultor ante estas situaciones debería ser de forma empática y asertiva.

¿Qué significa ser asertivo? Ser hábil para elegir nuestro comportamiento en función de las características de la situación y de nuestros pro-

pios objetivos, manteniendo una buena relación con los demás y con el mínimo coste emocional. Este estilo de comunicación asertiva es muy útil para los gerocultores en la interacción con el familiar del enfermo.

### 3.2. Técnicas

A continuación se exponen cuatro técnicas a tener en cuenta en la relación con el familiar-cuidador:

- 1.º Utilizar el lenguaje verbal y no verbal para demostrar que estamos escuchando:

Es importante hacer ver a la persona que está hablando que le estás entendiendo y escuchando; por lo tanto, tienes que cuidar lo que dices (palabras, frases) y lo que haces (movimientos, miradas, tono de voz), porque así también estamos comunicando.

Un truco muy útil es el **parafraseo**, repetir de vez en cuando algunas de las frases que ha emitido; de esta manera demuestras que lo hemos entendido y escuchado, es decir, que estamos atentos a lo que dice.

- 2.º Mostrar empatía:

La empatía consiste en ponerse en el lugar del otro; esto implica máxima comprensión. Cuando se consigue, permite al familiar encontrarse mejor, pues se siente comprendido y escuchado. Para lograr empatizar hay que ser como una especie de espejo de la otra persona, sintiendo y lanzando frases que hagan que el familiar perciba que entendemos la situación por la que está pasando. También es importante aceptar la opinión del familiar, aun cuando sea distinta de la nuestra.

La empatía tiene como objeto recoger las emociones de la otra persona, recoger las opiniones, objeciones o quejas del otro.

- 3.º Reforzar al familiar ante comentarios o actitudes que supongan un cambio positivo:

Se pueden utilizar palabras de felicitación, admiración, reconocimiento cuando notemos algún pequeño cambio de pensamiento o hecho positivo en lo que respecta a su autocuidado.

4.º Aceptar críticas:

Hay una tendencia en el ser humano a relacionar las críticas con daños personales, reaccionando ante ellas sin comprender, sin pararnos a pensar por qué nos critican, transmitiendo malestar, desagrado o poniéndonos a la defensiva.

Si el familiar del enfermo que cuidamos nos hace alguna crítica con respecto al cuidado o trato al enfermo, lo primero que tenemos que hacer es escucharle sin interrumpir, mientras evaluamos si lleva razón o no. Si después de escuchar la crítica consideramos que nuestro interlocutor (familiar) no tiene razón, intentaremos hacerle ver que está equivocado y que cambie de opinión.

Hay que tener en cuenta que los familiares o cuidadores son los que más conocen al enfermo y eso es lo que hay que hacerles sentir.

5.º Evitar hacer críticas al familiar, cambiarlas por sugerencias:

Por nuestra parte, como personas a cargo del cuidado y atención del enfermo, debemos evitar en lo posible hacer críticas al familiar. Tendremos en cuenta que son personas afectadas emocionalmente, por lo que su sensibilidad es mayor.

Hay familiares que piden consejo o asesoramiento sobre asuntos relacionados con el cuidado de su enfermo y otros que no lo piden; esto dependerá de si han aceptado o no la enfermedad. Es importante tener en cuenta esto antes de hacer comentarios o tratar temas que puedan afectarles.

6.º Elegir el lugar y el momento adecuados:

Esto se hace con la intención de crear un buen clima. Hay que elegir el momento adecuado y la hora del día en el que el familiar tenga tiempo suficiente para escucharnos y llegar a un entendimiento. Si queremos tratar temas relacionados con el enfermo, evitaremos que éste se encuentre presente. No hay que olvidar que, aunque estén en fase moderada, tienen una sensibilidad especial.

7.º No interrumpir, esperar:

En ocasiones no tenemos la suficiente paciencia para esperar a que el otro termine de hablar, e interrumpimos constantemente. Sa-

ber esperar muchas veces es el mejor remedio, porque al dejarle hablar estamos permitiendo que se desahogue.

8.º Escucha activa:

No solamente es de gran importancia estar atento, sino también controlar el tono de voz (volumen suave) y la postura corporal. Con respecto a las posturas, por ejemplo, tener los brazos cruzados es signo de cansancio o que estás cerrado a la escucha o a llegar a un entendimiento. También son gestos no recomendables tocarnos mucho la cabeza, hacer movimientos con ambos pies o alguno de ellos, etc.

9.º Saber escuchar o tener la habilidad de escuchar:

Cuando empezamos a trabajar cuidando a un enfermo, no le conocemos de nada, y, aunque somos profesionales y estamos correctamente formados para realizar nuestro trabajo, esto no servirá de mucho si no existe una buena información y comunicación con el familiar.

Recabar toda la información que el familiar nos proporcione del enfermo que vamos a cuidar es fundamental para iniciar una buena comunicación con el paciente. Recordemos que la información relevante es un recurso absolutamente necesario para abordar adecuadamente el trato y cuidado del enfermo, sobre todo si éste tiene grandes dificultades para hablar.

### **3.3. Algunas recomendaciones**

- Adaptar las pautas a cada familia y sus circunstancias.
- Si vemos que el familiar carece de información o no sabe cómo tratar a su enfermo, o siente soledad, podéis sugerirle que acuda a una de las muchas asociaciones de familiares que existen.
- Mantener la confidencialidad de la situación familiar (si cuidamos al enfermo en su domicilio).
- Hay casos en que el enfermo parece que quiere más al auxiliar o gerontólogo que a su cuidador principal. Para evitar frecuentes si-

tuaciones de celos, hablar de esto con el familiar y explicarle que suele ocurrir.

- Procurar que vuestra presencia contribuya a crear un buen ambiente.

### **Resumiendo:**

**Buena comunicación** = Escucha activa + mirar a la persona que está hablando + pensar en lo que está hablando y asentir con la cabeza + esperar a que llegue nuestro turno para hablar + elegir el momento adecuado para hablar + empatizar + ser asertivo + evitar hacer críticas y cambiarlas por sugerencias.

## **4. LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO**

### **4.1. El enfermo**

Los problemas del enfermo a la hora de comunicarse con los demás suelen ir en aumento con el avance de la enfermedad. Es esencial ir adaptándose a su nivel comunicativo. “El lenguaje es el sistema de signos con el cual el hombre comunica a sus semejantes lo que piensa o siente.” (*Diccionario de Logopedia y Foniatría y Audiología*, Jorge Perelló.) Es el medio de comunicación más perfecto y exclusivamente humano y llega, en la evolución cronológica, a coronar la comunicación gestual y mímica, a la cual sustituye, reservándose la comunicación gestual aun para aquellas circunstancias —como en el caso del enfermo de Alzheimer— en que a veces es imposible el intercambio verbal. Hay muchas formas de comunicación, como veremos más adelante.

#### **El lenguaje verbal:**

El lenguaje verbal se realiza mediante palabras. Éste puede ser emitido —hablar y escribir— o recibido —comprender y leer—.

#### Consideraciones del lenguaje verbal:

- Utilizar un volumen de voz adecuado. El tono elevado es irritante.
- Es conveniente decir las cosas de una en una para no saturar la memoria.

- Conservar la calma y la tenacidad.
- Hablar de forma que el enfermo nos vea la cara.
- Hablar lentamente y vocalizando bien.

### **El lenguaje no verbal**

El lenguaje no verbal es el expresado sin palabras, a través del cuerpo, la mirada y los gestos.

#### Consideraciones del lenguaje no verbal:

- La fuerza de la comunicación no verbal radica en la emotividad que pongamos a lo que queramos transmitir, sobre todo si se trata de sentimientos.
- Lograr consistencia entre el lenguaje verbal, el no verbal y el contexto.
- Cuidar y observar la postura corporal, los gestos faciales y los movimientos de las manos.
- Establecer contacto visual y, si hace falta, físico.

## **4.2. Primera fase**

### **Deterioro del lenguaje:**

En este periodo incipiente de la enfermedad, el enfermo se enfrentará, además de a los problemas de memoria que ya se empiezan a presentar, a un leve deterioro de carácter lingüístico.

En esta primera fase de la enfermedad, las principales dificultades del enfermo en cuanto a la comunicación se refiere serán:

- Encontrar la palabra adecuada en el lenguaje espontáneo.
- Falta de iniciativa en el habla.
- Lentitud en sus respuestas.
- Seguir el hilo de una conversación.
- Lenguaje menos conciso.
- Empobrecimiento de la riqueza expresiva.

Esto le va a generar una gran ansiedad porque el enfermo es consciente de ello y, por miedo a sus fallos, dejará paulatinamente de hablar en reuniones familiares o con amigos; es decir, tenderá al aislamiento social.

### **Técnicas para facilitar la comunicación:**

Para evitar el aislamiento referido, y para seguir facilitando en la medida de lo posible la comunicación con el enfermo, se recomienda lo siguiente:

#### 1.º Incluirlo en la conversación:

El enfermo todavía es capaz de comprender aunque le cueste un poco más que antes, de ahí que la familia o las personas a su cuidado deban tratar de incluirlo en la conversación.

#### 2.º Evitar que se sienta desplazado:

Al tener dificultad para poder seguir el hilo de la conversación, el enfermo va a sentirse desplazado y, poco a poco, irá dejando de hablar. Para evitar este sentimiento es fundamental el entorno familiar.

#### 3.º Hablarle despacito y de forma clara, no complicada:

Es la mejor forma de que nos entienda. El enfermo de Alzheimer tiene una limitación en su capacidad de procesamiento de la información, por lo que se le debe hablar de forma clara y muy despacito, hasta que nos quede claro que ha entendido lo que queremos comunicarle. Si fuera necesario, se lo volveríamos a explicar.

#### 4.º Evitar rodeos o enredos en las conversaciones con el enfermo:

Simplificar la información. Recordemos que su proceso de atención, así como otras funciones cognitivas superiores, están todavía preservadas pero lentificadas, motivo por el cual necesitan tiempo para pensar, hablar o reaccionar ante cosas o situaciones que tengan que ejecutar.

#### 5.º Mirarle fijamente a los ojos cuando vayamos a hablarle:

De esta forma le haremos saber que queremos comunicarnos con él y comprenderemos si nos ha logrado entender.

### 4.3. Segunda fase

#### Deterioro del lenguaje:

Los fallos de comunicación van aumentando a medida que se desarrolla la enfermedad. En esta segunda fase, la moderada, los enfermos van a hacer más patente el empobrecimiento del lenguaje y del vocabulario. Es decir, si en la primera fase (leve) les costaba encontrar la palabra adecuada durante el curso de una conversación, al principio de esta segunda fase van a tener dificultades para encontrar palabras de uso muy corriente o que el enfermo pueda haber empleado con cierta frecuencia a lo largo de su vida.

#### Síntomas de deterioro:

**Ecolalia:** Repetición de una misma palabra o frase acabada de emitir por una persona.

**Parafasias:** Producciones erróneas o distorsiones del habla. Se distinguen dos tipos principales de parafasias: a) parafasias fonémicas, que son producciones distorsionadas porque la persona no puede dar con el fonema deseado (apropiado), y así, lo sustituye por un solo sonido similar (por ej.: «múlsuple» por «múltiple»); b) parafasias semánticas, que son producciones distorsionadas debido a que la persona comete errores por similitud semántica (significado) entre las palabras (por ej.: «barco» por «lancha»).

- Perseverancia en el lenguaje.
  - Acentuación del empobrecimiento expresivo.
  - Dificultad de denominación de cosas u objetos de uso cotidiano.
  - Producción lingüística en general más deteriorada.
  - Utiliza palabras repetitivas para describir algo sencillo (neologismos, parafasias y ecolalias).
  - Incoherencia del contenido del lenguaje.
- 
- Alteración del uso de las palabras; es decir, pierden la información semántica de las mismas y usan una misma palabra para diferentes contextos.

#### Técnicas para facilitar la comunicación:

- Ser paciente y comprensivo:

Hacerle saber que se le escucha y que intentamos entenderle, demostrando interés por lo que dice.



- Darle el tiempo que necesite para expresarse:  
No interrumpirle mientras está haciendo el esfuerzo de hablar. Por el contrario, hay que ayudarlo a expresarse, proponiéndole ejemplos y evitando provocarle una frustración innecesaria.
- Utilizar la imaginación para comprender lo que nos quiere decir:  
Para ello tenemos que ser sutiles y observadores; nos fijaremos en sus gestos, muecas de dolor o de alegría.
- Hablar en tono bajo al enfermo:  
Nunca gritándole o en tono elevado, pues el enfermo puede creer que le estamos regañando.
- Frases breves y muy sencillas:  
Su capacidad de comprensión está disminuyendo. Cuanto más sencilla sea la frase, más probabilidad habrá de entendimiento, sobre todo si va acompañada de gestos. Cuando queramos que haga algo, le daremos instrucciones paso a paso con frases breves y sencillas.
- Mirarle fijamente a los ojos con una sonrisa u otra muestra de afecto:
- Si el enfermo es capaz todavía de decir «sí» o «no», hacerle preguntas cerradas y sencillas.
- Es muy importante el lenguaje no verbal:  
Cuando nos quiera hablar procuraremos cogerle de las manos, le acariciaremos la cabeza de forma cariñosa, sonriéndole... Todos estos gestos demuestran al enfermo que se le está escuchando.

#### 4.4. Tercera Fase

##### **Deterioro del lenguaje:**

En esta etapa de la enfermedad, el deterioro cognitivo es grave y prácticamente vamos a reducir la comunicación con el enfermo a la expresión

corporal y a los gestos. Éstos ayudarán al enfermo a visualizar lo que queremos decir.

Síntomas de deterioro:

- Imposibilidad de hablar, tan sólo emite gemidos.
- Se denota grave afectación del lenguaje.
- Tenderá al mutismo.
- Aparente desconexión con su entorno.
- No entiende lo que se le quiere decir.

En esta fase, lamentablemente, existe una muy pequeña posibilidad de comunicación por parte del enfermo.

### **Técnicas para facilitar la comunicación:**

- Aunque no nos pueda hablar, sí es capaz todavía de sentir: tendremos que intentar comunicarnos a través de miradas y el contacto físico.
- Generalmente, los enfermos en esta fase pueden, con su comportamiento, advertir que necesitan algo o indicar que algo les ocurre. Por ejemplo, que tienen frío, calor, que tienen sed o que están incómodos lo comunican con nerviosismo e inquietud. Por ello, habrá que estar alerta a estos cambios repentinos que notemos en el enfermo.
- Ciertos signos como llevarse la mano a la boca o mordérsela pueden significar que tiene hambre; frente al frío, hará gestos como estirarse las mangas del jersey o la tela de la falda, cubriéndose.
- La observación y el conocimiento del enfermo será nuestro aliado para poder entenderle.
- Utilizaremos el lenguaje no verbal para obtener información del paciente y también para que entienda qué le queremos decir.
- Alentar al enfermo a que se comunique de cualquier manera con su entorno. Podemos proporcionarle o darle apuntes visuales, señalando y/ o tocando los objetos de los que se habla.
- En esta fase algunos enfermos entienden mejor a través de la comprensión de gestos.

- Repetir, reformular preguntas o darle información tantas veces como sea necesario.
- Dirigirse a él siempre por su nombre para ayudarlo a orientarse y captar su atención.
- Si no puede hablar y su capacidad de comprensión es mínima, podemos ayudarlo a que se comunique de esta forma: le hablamos y que nos responda señalando lo que quiere; para esto podemos utilizar imágenes de revistas, periódicos o libros, movimientos con la cabeza para decir «sí» o «no», etc.
- Intentar, si es posible, que el enfermo esté en un ambiente agradable, luminoso, sin ruidos molestos y rodeado de algunos objetos personales, como fotografías. Éstas son estimulantes porque, a través de ellas, se evocan emociones de épocas pasadas, cuando fueron felices.
- Utilizaremos la terapia táctil o el contacto físico para transmitirle cariño, afecto, seguridad, comprensión y compañía.
- También en esta fase se puede utilizar como técnica la música para relajarle y que intente comunicarse a nivel emocional, ya que ésta dinamiza.

#### **4.5. Qué debemos evitar**

- Intentar engañar al enfermo por no haberle entendido.
- Si el enfermo usa aparato en el oído, verificar que éste funcione y se encuentre en perfectas condiciones de uso.
- Hablar a gritos o en tono de enfado.
- Hablarle deprisa.
- Hablar del enfermo como si no estuviera presente.
- Nunca comunicarse con él en un ambiente ruidoso o donde estén hablando varias personas a la vez.
- Sobreprotegerle, hablando nosotros por ellos y quitándoles la palabra de la boca.
- Nunca establecer objetivos que superen las capacidades reales, por ejemplo, dándole órdenes complejas.

- Evitar agotar al enfermo con ejercicios de comunicación excesivamente prolongados y difíciles para su estado.
- Tratarle de forma autoritaria o como si fuera un niño.
- Declaraciones del tipo: «Deberías...».
- Evite frustrar al enfermo con preguntas que no pueda responder.
- Evitar interrogatorios a la hora de ayudarle a recordar.



## **Módulo 7**

# **Actividades de la vida diaria. Movilización del enfermo de Alzheimer**

Álvaro Redondo Garcés  
*Terapeuta Ocupacional ASINTER.*



## CONTENIDO

### Actividades de la vida diaria

1. **Introducción.**
2. **Definición y características.**
3. **Aspectos de las AVD's.**
4. **¿Por qué y para qué estimulamos las AVD's?**
5. **Clasificación de las AVD's.**
  - 5.1. **Actividades básicas de la vida diaria (AVD b),**
  - 5.2. **Actividades instrumentales de la vida diaria (AVD i),**
  - 5.3. **Características.**
6. **Valoraciones.**
  - 6.1. **Índice de Barthel (AVD b),**
  - 6.2. **Índice de Katz (Independencia AVD b),**
  - 6.3. **Índice de Lawton (AVD i),**

### Movilización del enfermo de Alzheimer

1. **Introducción.**
2. **Las movilizaciones. Aspectos básicos.**
3. **Movilización del paciente: tipos de movilizaciones.**
4. **Principios de autocuidados para la movilización de enfermos.**
  - 4.1. **Columna vertebral.**
5. **Trasferencias. Técnicas.**
  - 5.1. **Movilizaciones activas y semiasistidas.**
    - 5.1.1. La marcha: escala de Tinetti.
    - 5.1.2. Trasferencias desde las sillas.
      - 5.1.2.1. Desde bipedestación a sentado.
      - 5.1.2.2. De silla a silla.
    - 5.1.3. Transferencias desde y hacia la cama.
      - 5.1.3.1. Rotación en la cama.
    - 5.1.4. Trasferencia cama-silla.
    - 5.1.5. Trasferencia al y desde el inodoro.
    - 5.1.6. Trasferencia fuera y dentro de la bañera.
      - 5.1.6.1. Entrar y salir de la bañera en bipedestación.
      - 5.1.6.2. Entrar y salir de la bañera en sedestación.
  - 5.2. **Trasferencias asistidas.**
    - 5.2.1. Levantamiento estándar.
    - 5.2.2. Levantamiento por debajo de los brazos.
6. **Ayudas técnicas.**
7. **Grúas.**

## MÓDULO 7

### Actividades de la vida diaria

#### 1. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona empieza a «intervenir» como auxiliar de geriatría con un enfermo de Alzheimer, sus tareas cometidos y funciones pueden mantenerse a lo largo de la enfermedad; sin embargo, debe saber adaptar su enfoque según la necesidad.

Esto significa que el trabajo con los enfermos de Alzheimer deben formar parte de un proceso de intervención continuo en el que, además de médicos, psicólogos y terapeutas ocupacionales, también intervienen como parte esencial los auxiliares, por el hecho de que son los profesionales que más tiempo pasan con el enfermo. Ese tiempo que pasan con el enfermo es tiempo de trabajo no estandarizado o no protocolizado, pero es un tiempo que hay que aprovechar para continuar la estimulación del enfermo. Para ello, utilizamos las herramientas más comunes que tenemos a mano y a las que normalmente no damos importancia, como son las **actividades de la vida diaria**.

Como ya sabemos, una de las obligaciones de quien realiza los cuidados auxiliares es mantener los cuidados básicos del enfermo; sin embar-

go, cuando hablamos de enfermos de Alzheimer, debemos mantener estas actividades no sólo como fin, sino también como medio para mantener al enfermo en constante estimulación.

En este aspecto, el auxiliar debe reconocer las tareas que tiene que realizar en cada momento, pero, sobre todo, saber manejar el grado de ayuda que damos en función del grado de deterioro que ha provocado la enfermedad.

A grandes rasgos, en el próximo capítulo vamos a aportar las indicaciones para que el auxiliar sepa graduar su ayuda en función del deterioro provocado por la enfermedad. Por tanto, el objetivo fundamental de este capítulo es dotar al auxiliar de herramientas para facilitar su propio trabajo manteniendo al afectado con el mayor grado de autonomía posible.

Además, no solamente debemos reconocer el «punto» en el que vamos a dar la ayuda, sino también el tipo de ayuda que vamos a dar en función del deterioro y de la persona que tengamos delante. Así, deberemos manejar tipos de ayuda verbal, no verbal, de intervención sobre el entorno, directa, indirecta...

## 2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

**Definición:** Las actividades de la vida diaria son aquellas que realiza cualquier persona, sea cual sea su condición, y que son esenciales para sobrevivir, como son todas aquellas referidas al cuidado personal o autocuidados (alimentación, vestido, aseo, etc.). También incluimos dentro de esta definición todas aquellas referidas al mantenimiento de la vida autónoma dentro de una comunidad, y que pueden variar por aspectos culturales y/o sociales (manejo de dinero, uso de transportes...).

**Características:** Tendemos a pensar que las actividades de la vida diaria son sencillas y prácticamente automáticas, por lo que no les prestamos la suficiente atención, pero cuando hablamos de una enfermedad neurodegenerativa, poco a poco, se van minando capacidades que interfieren en el correcto desempeño de estas actividades. Como consecuencia, nos enfrentamos a unas actividades que para el propio enfermo tienen el carácter



de sencillas y en las que, sin embargo, aparecen dificultades a la hora de realizarlas.

Por este motivo, vamos a hacer un estudio más detallado de estas actividades (ya definidas como esenciales para cualquier individuo), con objeto de señalar los aspectos más importantes en los que hay que incidir como auxiliar para ayudar al enfermo desde las primeras fases de la enfermedad.

En las actividades de la vida diaria se ponen en funcionamiento diferentes aspectos:

1. Cognitivo.
2. Social.
3. Psicológico.
4. Integración sensorial.
5. Motor.

Esto quiere decir que en cualquier actividad de la vida diaria (AVD) intervienen diferentes aspectos que, al combinarse, determinan el éxito o fracaso de dicha actividad, que ya hemos definido a priori como sencilla e indispensable para la vida de cualquier persona.

Si seguimos ampliando nuestro análisis sobre las actividades de la vida diaria, nos damos cuenta de que cada una de ellas está compuesta por diferentes subtareas, por ejemplo:

Cuando uno tiene que hacer la compra (AVD i: actividad instrumental de la vida diaria), tiene que realizar las siguientes subtareas:

- Determinar qué es lo que falta en casa.
- Analizar lo que va a hacer durante la semana: si va a venir alguien a comer a casa, si algún día va a comer fuera...
- Pensar en las diferentes comidas con los ingredientes que necesitan.
- Revisar otros artículos: limpieza, aseo, herramientas...
- Recordar todos los productos.
- Calcular el dinero que se va a gastar.

- Preparar el dinero o la forma de pago.
- Planificar cómo lo vamos a hacer: lo cargamos en el coche, nos lo traen a casa...
- Colocar la compra en casa.

Ahora pensemos en que en cada una de estas subtareas, de una u otra manera, con mayor o menor importancia, también influyen cada uno de los aspectos que habíamos definido anteriormente. Tomemos como ejemplo la primera subtarea para analizarla:

1. Aspecto cognitivo. En la subtarea de determinar qué es lo que hace falta en casa, se ponen en funcionamiento procesos cognitivos tales como la orientación temporal y espacial, necesarios para planificar tanto el tiempo de duración de la búsqueda, y encajarlo en el ritmo diario, como el repaso de las partes de la casa en las que pueden faltar cosas. Igualmente interviene la memoria, ya que cuando uno determina qué es lo que hace falta, recuerda lo que debería haber, influyendo también otro aspecto cognitivo como es el reconocimiento de objetos. También aparecen otras funciones cognitivas que intervienen de una u otra manera, y que aportan su ayuda para que la subtarea se dé con éxito.
2. Aspecto social. Determinar si a lo largo de la semana viene alguna visita, ponernos en su piel (empatía) y pensar cómo nos gustaría que nos trataran para ofrecerles mayor comodidad y calidad, tanto en la comida como en otros aspectos.
3. Aspecto psicológico. El aspecto psicológico básico, que va a influir tanto en esta subtarea como en otras, es el éxito o el fracaso al realizar la actividad y también la forma de afrontarlo de la persona.
4. Aspecto de la integración sensorial. Dentro de la subtarea, influirían los procesos de percepción figura-fondo o integración de la información visual...
5. Aspecto motor. En esta subtarea, nos moveremos por dentro de la casa, yendo hasta los diversos armarios, agachándonos, etc., de tal manera que forma parte del movimiento diario que nos hace tener un trabajo físico.

Ya empezamos a darnos cuenta de que existen muchos más aspectos en las actividades de la vida diaria que, aunque nuestro sistema nervioso cen-

tral y nuestro cerebro coordina de manera inconsciente, conllevan muchas dificultades a un enfermo de Alzheimer.

En este punto nos detendremos un segundo para fijarnos en una parte de todo esto que puede que no hayamos tenido en cuenta. Esta descripción y la de cada uno de estos aspectos y subtareas nos hacen percibir que las actividades de la vida diaria tienen un grado de complicación mucho mayor; sin embargo, también nos aporta el estudio y la división de cada una de las capacidades. De tal manera, que en un enfermo de Alzheimer, no se pierde inmediatamente la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, sino que se van comprometiendo, poco a poco, las distintas capacidades.

En este sentido, y una vez reconocida la importancia que puede tener este aspecto, el auxiliar de geriatría debe aprender a utilizar y a integrar toda esta información para el trabajo cotidiano con el enfermo de Alzheimer.

El trabajo cotidiano con el enfermo de Alzheimer implica, entonces, asumir y conocer que hay una o varias capacidades afectadas de distinta manera (según el estadio de la enfermedad), e introducir nuestros apoyos y ayudas en el momento que aparecen esos aspectos y que interfieren en la correcta realización. Por eso es muy importante que veamos cómo influye la enfermedad en el proceso de pérdida de las actividades de la vida diaria y cómo podemos utilizarlo como método de estimulación.

Este método de estimulación como parte del trabajo para el auxiliar de geriatría exige conocer la nomenclatura utilizada por el resto de técnicos, para saber interpretar el estado del paciente y también para saber identificar:

- a. El tipo de ayuda.
- b. La cantidad de ayuda.
- c. El momento indicado para prestar la ayuda.
- d. Asegurar y devolver el éxito al afectado.
- a. **El tipo de ayuda.** Cuando comenzamos a trabajar con un enfermo de Alzheimer en cualquiera de las fases de la enfermedad, recibimos una cantidad de información sobre el estado del mismo que muchas veces va a ser estandarizada (cuando la información proviene de otros técnicos que trabajan con el afectado. Ya veremos más adelante las pruebas más utilizadas para la valoración de las AVD's:

Barthel, Lawton, Katz) y en otras ocasiones va a ser mediante el comentario (no protocolizado) de los familiares: da vueltas por la casa, en ocasiones parece como que no escucha, cambia cosas de sitio...

Por supuesto, además de esta información que recibimos, el auxiliar debe contrastarla y comprobar que es realmente cierto que se da ese funcionamiento en las actividades de la vida diaria. Este aspecto es de vital importancia, por el hecho de que cuando un auxiliar empieza a trabajar con un enfermo de Alzheimer, esto ya provoca un cambio para el afectado en su rutina personal, lo que puede provocar una alteración (positiva o negativa) sobre el funcionamiento diario.

Ante toda esta información, el auxiliar debe saber identificar cuáles son los aspectos de la vida diaria en los que tiene que incidir, pero, sobre todo, debe empezar a crear un sistema de trabajo en el que se permita, respete y deje espacio al enfermo para realizar sus AVD's, pero, lo que es más importante, utilizarlo como herramienta de estimulación constante. Por eso, el sistema que proponemos es el siguiente:

1. Cuando la información que recibimos sobre el enfermo es que realiza independientemente algunas actividades de la vida diaria estaremos atentos a los signos y señales que denotan si la actividad está bien hecha, o si están apareciendo fallos en su ejecución. Así que podemos llamar a ésta la fase de supervisión. Hay otro componente dentro de esta fase: motivar al paciente a realizar las actividades, ya que uno de los primeros síntomas que debemos trabajar es la apatía y la falta de iniciativa o planificación que aparece en las primeras fases. Éste es un buen momento para calendarizar el día del enfermo, para aportarle una estructura externa que le facilite el día a día, de tal manera que utilice herramientas externas (agenda visual, calendario...). En esta fase el enfermo es capaz de aprender a utilizar sistemas, de tal manera que las podemos introducir en sus rutinas.
2. Si después de supervisar la actividad diaria del paciente vemos que existen signos de fallos (en el abotonado de la ropa, en la

colocación de los objetos en el baño...) empezaremos a plantearnos el tipo de ayuda que le vamos a dar, cuándo la vamos a proponer y cómo vamos a entrar en su espacio personal. Ésta es la fase de estimulación, en la que además de asegurar que se realicen las actividades, las utilizaremos como método de estimulación.

3. A partir de que el enfermo no consigue realizar por sí mismo alguna de las actividades de la vida diaria, cuando ya están comprometidas muchas y en alto grado las capacidades que las componen, deberemos suplir las partes que no va a poder realizar, pero siempre implicando al enfermo en la colaboración y realización de los aspectos residuales. Por ejemplo, cuando el enfermo no es capaz de comer por sí mismo, le asistiremos dando la ayuda, cogiéndole su propia mano y realizando el movimiento que haría la persona de manera autónoma.
- b. **La cantidad de ayuda.** A lo largo del proceso de la enfermedad iremos ampliando la cantidad de ayuda que le vamos a dar al enfermo. No solamente iremos aumentando la ayuda sino que iremos presentándola de la manera más eficaz. En este aspecto, es necesario recalcar que es muy importante que dentro de la ayuda que demos no haya funciones que el enfermo pudiese realizar de manera autónoma o con una ayuda parcial (estimulación), ya que dentro del contexto explicado, sabemos que las funciones o áreas cognitivas que no estimulemos se irán perdiendo y deteriorando con mayor velocidad que las que están estimuladas.
  - c. **El momento indicado para prestar la ayuda.** Durante los cuidados del enfermo de Alzheimer, ya sabemos que no tenemos que estar continuamente interviniendo, sino que mediante la observación y la información que tenemos relativa al enfermo debemos definir ese momento. Por tanto, debemos acompañar al enfermo y dependiendo del tipo de error, así introduciremos la ayuda, por ejemplo:
    - Errores de búsqueda: Si dentro de las rutinas asignadas para la vida diaria del enfermo, existen algunas en las que hay varios objetos y una secuenciación difícil, nos anticiparemos para

ir presentándole el objeto que necesite en cada momento, por ejemplo: dentro del aseo personal, que se realiza en el cuarto de baño (lugar difícil por iluminación, muchos objetos y poco espacio, varias subáreas...), en un principio, si aparecen problemas, iremos facilitando la actividad:

- Fase leve. Dejaremos en el baño solamente los utensilios necesarios en un orden determinado (al que habituaremos al afectado), de tal manera que la estructuración externa que le damos no haga necesario tener al auxiliar detrás para realizar correctamente la actividad.
- Fase moderada. El auxiliar debe acompañar al enfermo en la actividad, facilitándole cada objeto en el momento oportuno o indicándole cómo debe utilizarlo, pero como parte de esta ayuda debe ir eliminando el resto de «estímulos de alrededor» y el auxiliar irse convirtiendo en referente para la realización de las actividades.
- Fase avanzada. El auxiliar hace la actividad con el enfermo, pero le deja que realice las partes en las que pueda colaborar, siempre animando y motivando. Por ejemplo, si no se puede levantar de la cama y tiene poca conexión con el entorno, nos aseguraremos de que sabe lo que vamos a hacer, le presentamos los objetos (palangana y esponja) y le empezamos a aseo. Esto provocará una activación del enfermo, lo que podemos aprovechar para que, una vez terminado, darle la toalla y sea el afectado quien comience a secarse. Así le iremos introduciendo una actividad voluntaria propia del objetivo de estimulación continua.

d. **Asegurar y devolver el éxito al afectado.** Éste es el punto más importante en el trabajo continuado con el enfermo de Alzheimer. Como ya hemos comentado, dentro de la enfermedad hay un componente depresivo que hace que pueda avanzar más deprisa; por eso, nosotros, como profesionales implicados en el desarrollo diario de los cuidados, debemos ser referencia para el enfermo y demostrarle que está siendo capaz de finalizar con éxito un montón de tareas, a pesar de las muchas complicaciones que incluso el propio enfermo se nota.

Además del beneficio para el enfermo, tenemos que mirar incluso nuestro propio interés como auxiliar, ya que si devolvemos el éxito al enfermo, esto nos facilitará la tarea para la siguiente vez, de tal manera, que según vayan apareciendo complicaciones a lo largo de la enfermedad, el afectado irá aceptando mejor la ayuda del auxiliar, al igual que irá aceptando que seamos más «invasivos» en su terreno personal, etc.

Por otro lado, tenemos que decir que ese refuerzo que le demos tras acabar «con éxito» la tarea, es a lo que más peso dentro de la tarea debemos dar, de tal manera que sea el recuerdo más fuerte y más consolidado en el afectado. Así facilitaremos que al día siguiente se realice o se afronte la actividad con mejor disposición por parte del enfermo.

### **3. ASPECTOS DE LAS AVD´s**

Como ya hemos definido al principio del capítulo, hay una serie de aspectos que influyen en el desarrollo de las AVD's en mayor o menor medida, y a los que debemos tener en cuenta a la hora tanto de observar como de estimular o de intervenir directamente en el desarrollo de estas AVD's:

1. Cognitivo.
2. Social.
3. Psicológico.
4. Integración sensorial.
5. Motor.

#### **Aspecto cognitivo:**

Éste es el aspecto primero y más evidente en el que se empieza a denotar la aparición de un problema de demencia cuando todavía no existe un diagnóstico médico. Habitualmente, lo primero que se observa (aunque en muchos otros casos no tiene por qué ser así) son los primeros fallos de memoria que empiezan a interferir en la vida diaria.

El tipo de errores de aspecto cognitivo que interfieren en las AVD's en esta primera fase no requieren la supresión directa de la actividad del pa-

ciente, sino que se deben marcar ya objetivos para el cuidador principal. Estos objetivos serán los siguientes:

- Supervisar las actividades del enfermo.
- Aportar el apoyo o la ayuda de manera puntual.
- Fomentar la iniciativa para las actividades de la vida diaria (normalmente las instrumentales, que son las que primero se afectan).

Esto quiere decir que, para esta primera fase, debemos aportar al enfermo una estructuración externa que le facilite su propia orientación y secuenciación de actividades. Esto es el principio del trabajo mediante rutinas que se sabe tan importante para facilitar la vida diaria del enfermo de Alzheimer.

Es en esta primera fase donde vamos a poner en práctica el tipo, la cantidad y el momento ideal para aportar la ayuda al afectado. Si conocemos el tipo de error, sabremos en qué momento de la actividad habrá que aportar la ayuda y de qué manera debemos presentar esa ayuda para que sea aceptada de la mejor manera por parte del enfermo.

Para que entendamos mejor todo esto, mostraremos un ejemplo de capacidad cognitiva y la describiremos:

### **memoria**



La barra representa la capacidad de memoria que se necesita para realizar una actividad cualquiera. La parte parcialmente tramada nos marca la capacidad que se está perdiendo, mientras la parte más oscura es la capacidad que se ha perdido ya definitivamente.

Esto nos indicaría que, como capacidad, la memoria nos va a dar problemas en el desempeño de la actividad en un cierto grado o en un punto determinado de las AVD's, pero también nos indica que esa capacidad no está perdida del todo y, por lo tanto, vamos a intervenir de la siguiente manera (durante las primeras fases):

1. La ayuda o realización de la tarea la vamos a hacer cuando creamos que es imposible que el enfermo solo no es capaz de realizar o completar con éxito la actividad. Esto de no completar con éxito la actividad no sólo se debe a la interferencia de la capacidad afectada,



sino también a aspectos como el nerviosismo, el cambio de entorno, la aparición de terceras personas, etc.

2. La presentación de la ayuda se va a hacer de forma gradual; podemos dar primero unos indicios o indicaciones, después iniciar la actividad y dejar que sea el afectado quien la continúe y termine.
3. Intentaremos dar la ayuda enfocada al aspecto deteriorado, permitiendo que se realicen otras partes de la actividad de manera independiente y autónoma. Es decir, en un momento determinado le podemos recordar al enfermo el siguiente paso de una tarea, o incluso facilitarle el objeto, que indique cómo sigue, pero dejaremos que sea él quien realice el resto de la actividad.
4. Nos iremos marcando nosotros mismos, como cuidadores, el sistema que mejor viene para presentar la ayuda, de tal manera que facilite el mantenimiento de la actividad. En un principio trabajaremos con ayudas no verbales y estructuración externa, con el objetivo de mantener su visión subjetiva personal (véase componente psicológico).

### **Aspecto social:**

Hay muchas actividades de la vida diaria (sobre todo las instrumentales), que tienen un importante componente social, que son todas aquellas en las que se ponen de manifiesto las capacidades delante de terceras personas.

Este componente es de suma importancia, ya que nuestras «alertas cognitivas» se activan para no cometer fallos delante de terceras personas. Por tanto, debemos utilizar este componente para fomentar actividades como la compra, tomar café en un bar..., que llevan implícitos procesos cognitivos propios de la estimulación cognitiva: manejo de dinero (cálculo), habilidades sociales (fórmulas de cortesía), lenguaje protocolario y espontáneo...

Este componente de la actividad que manejaremos para la estimulación con las AVD's es muy delicado y de gran importancia, ya que, al igual que se disparan las «alertas», también los fallos son mucho más objetivables para la persona; con lo cual, es un componente en el que hay que asegurar los éxitos en todo momento y saber identificar otras variables que puedan comprometer la actividad: nerviosismo, bloqueos... Ante estos posibles fallos debemos saber cómo intervenir, quitándole hierro a los fallos o incluso cortando la

actividad. Un fallo muy evidente en un lugar público o delante de gente conocida puede provocar que la persona se niegue a realizarla otro día. Así, no sólo estaremos perdiendo una herramienta de estimulación global, sino que favoreceremos procesos de retraimiento social y psicológicamente negativos, dejando, de esta manera, una puerta abierta al avance de la enfermedad.

Por tanto, dentro de las rutinas que creemos o que tengamos creadas, deben aparecer situaciones sociales en las que, en un principio, actuaremos como facilitadores de la conversación y de las situaciones sociales con terceras personas, pero más adelante pasaremos a ser interlocutores con terceros para hacer comprender al enfermo o al otro interlocutor lo que pretendemos. También debemos saber manejar la situación, creando complicidad con el enfermo o haciendo chistes o bromas cuando aparezcan signos de tensión, pero siempre debemos asegurar el éxito.

### **Aspecto psicológico:**

Como ya hemos tratado en las unidades anteriores, el aspecto psicológico es de vital importancia, si no el más importante. Los estudios demuestran que dentro del proceso de demenciación uno de los aspectos que más aceleran el deterioro cognitivo es el componente depresivo. Este componente va ligado al éxito o al fracaso en las actividades de la vida diaria, así como a la visión subjetiva del enfermo, su autopercepción.

Tenemos que tener en cuenta también la dificultad para asumir los fallos en las actividades de la vida diaria, actividades que son consideradas como muy sencillas para todo el mundo (incluso para los enfermos en las primeras fases), con lo cual, cualquier error puede suponer un factor muy perjudicial para el componente depresivo o anímico, tan importante en el proceso de demenciación.

Los aspectos propios de la personalidad del enfermo (previa a la enfermedad) también son esenciales para el trabajo del auxiliar, para valorar la forma de introducirnos en sus actividades más personales, ya que en muchas ocasiones deberemos «invadir» su espacio personal durante el trabajo con las AVD's (aseo, uso del WC, vestido). Por eso debemos manejar esas situaciones en concordancia con la aceptación del enfermo y marcándonos los objetivos, en este aspecto, con la mayor delicadeza posible.

## **4. ¿POR QUÉ Y PARA QUÉ ESTIMULAMOS LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD's)?**

Es de la mayor importancia llevar a cabo el máximo de actividades posible, ya que, cuando realizamos tareas tan sencillas como, por ejemplo, limpiar el polvo o comer, estamos, al mismo tiempo, reforzando, manteniendo o estimulando otros aspectos muy importantes sin darnos cuenta:

- Trabajamos las capacidades sensoriales, perceptivas, cognitivas y motrices.
- Estimulamos las actividades productivas, con las que conseguimos resultados.
- Nos entrenamos en las propias actividades que realizamos.
- Se fomentan las actividades domésticas.
- Conectamos con el entorno.
- Potenciamos las relaciones con los demás y con uno mismo.
- Trabajamos los reflejos.
- Coordinamos los movimientos amplios y precisos.
- Ejercitamos la percepción sensorial a través de los sentidos.
- Desarrollamos la integración corporal.
- Estamos orientados en tiempo, espacio y persona.
- Fomentamos la memoria, la atención, la concentración, el juicio, la organización y la resolución de problemas.

Con todo lo anterior, se mantiene el nivel de independencia en general para llevar a cabo las actividades requeridas.

## **5. CLASIFICACIÓN DE LAS AVD's**

### **5.1. Actividades básicas de la vida diaria (AVD b)**

Son las actividades esenciales que permiten cubrir necesidades básicas, como levantarse, acostarse, caminar, comer, asearse, bañarse, usar el retre-

te, la continencia vesical y fecal, subir y bajar escaleras, etc. Son actividades muy sencillas y muy necesarias para subsistir. Normalmente las puede realizar cualquier enfermo en estadio leve. Se complica un poco más para los enfermos en estadio moderado y avanzado.

## **5.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AVD i)**

Son actividades algo más complicadas que requieren más atención y concentración que las básicas (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa, usar el teléfono, controlar los medicamentos, utilizar el dinero, etc.). Por tanto, las realizarán enfermos en estadio leve y se podrán realizar en estadio moderado algunas de ellas. Estas actividades no podrían realizarlas los enfermos en estadio avanzado.

Son tareas que una persona necesita desempeñar más allá de las destrezas básicas para funcionar independientemente en el hogar y en la comunidad. Requieren un nivel de procesos neuropsicológicos más complejos que los requeridos para el desempeño de las tareas de automantenimiento (AVD b).

## **5.3. Características de las AVD's**

1. Contienen diferentes subtareas. En función del grado de complejidad de las actividades de la vida diaria, éstas estarán compuestas por más o menos subtareas, lo que nos aporta varios puntos de vista:
  - Tenemos diferentes momentos para trabajar los aspectos de estimulación y, por lo tanto, podemos elegir unos momentos determinados para dejar que realice solo la ejecución de la tarea fomentando su autoestima, otros en los que le acompañemos y otros en los que realicemos la tarea por el enfermo. Todo esto incluso dentro de la misma AVD.
  - Dentro de cada AVD, e incluso dentro de cada subtarea, son posibles varios niveles de ejecución: en toda actividad de la vida diaria realizamos una planificación, tenemos estructurada o estructuramos una secuencia en la cual se realizan las AVD's (fase organizativa de la actividad); la fase propia en la que se

realizan las AVD's (fase operativa); y otra fase en la que revisamos el éxito de la actividad (fase de revisión mental). Estos niveles de ejecución nos facilitan el trabajo con el enfermo de Alzheimer, ya que es mucho más sencillo definir los objetivos de estimulación, así como la ayuda que debemos prestar en cada momento y el enfoque apropiado. Veamos más a fondo estos tres niveles:

- A. **Fase organizativa.** Para cualquier actividad instrumental, necesitamos pararnos a revisar todas las fases que el proceso nos exige, por lo tanto, debemos estructurar en nuestra cabeza una secuencia lógica de pasos, recordar los métodos que tenemos que utilizar, la ubicación física de las cosas que necesitamos... Por ejemplo, vamos a ir de compras; el afectado debe mirar con nosotros qué necesitamos comprar (memoria), si debemos ir a unos grandes almacenes o a la tienda del barrio (toma de decisiones y conocimiento del entorno), si tenemos que coger mucho o poco dinero (planificación y cálculo), si vamos a tardar mucho tiempo (orientación temporal)...
- B. **Fase operativa.** Vamos a realizar la actividad con nuestro enfermo y debemos permitirle que haga la mayor parte de tareas por sí mismo (siempre que pueda) y nosotros ser un apoyo para ayudar, no ejecutar inmediatamente, cuando no consiga su objetivo. Por ejemplo, cuando el enfermo llega al supermercado y no sabe qué hacer, el cuidador dirá: «¿No te habías guardado una lista de la compra?, mírate en el bolsillo de la chaqueta». Dentro de los cuidados propios del auxiliar, esta fase es especialmente importante, no sólo por la ayuda que hay que prestar durante la fase operativa, sino por la manera de presentarla, como ya hemos definido. Así, la ayuda del ejemplo anterior se daría mediante un apoyo verbal sencillo y concreto, con el que se soluciona el problema de memoria inmediata, permitiendo al enfermo que realice la actividad por sí mismo, con todos los beneficios que ya hemos definido.
- C. **Fase de revisión de actos.** Una vez que termina la acción, podemos repasar con nuestro enfermo todo el proceso. Es bá-

sicamente un ejercicio de memoria, que no sólo vamos a trabajar como estimulación, sino también como gratificación y devolución del éxito de lo que ha estado haciendo el enfermo durante la actividad.

Además de estas características propias de las AVD's, también interfieren las características propias de cada persona, teniendo que tener en cuenta lo siguiente:

Cada persona tiene un único enfoque para desempeñar una tarea; esto quiere decir que desde el momento en que aportamos ayudas tales como estructuración externa, debemos tener en cuenta ese enfoque del enfermo, porque así facilitaremos procesos de memoria y automatismos, que simplificarán la tarea, pero, sobre todo, el afectado recibirá la ayuda con un mayor grado de aceptación.

En este sentido, debemos ser muy flexibles, permitiendo su orden y trabajando desde la estructuración que tenga el propio enfermo desde el momento en el que empezamos a trabajar con él, e ir introduciendo gradualmente las ayudas.

Igualmente, la percepción del cuidador y el afectado en relación al desempeño aceptable de la tarea puede variar. Por lo tanto, debemos plantearnos cuál es el grado óptimo del desempeño, para dejarlo definido antes de exigirle o animarle a hacer algo que, o nunca a hecho, o que para él no tiene ningún sentido.

## 6. VALORACIONES

Las valoraciones estandarizadas sobre las AVD's nos indican el nivel de dependencia o independencia en la realización de éstas; por lo tanto, son una herramienta útil que debemos aprender a manejar. Como ya hemos dicho, además de estas valoraciones estandarizadas también debemos recoger la información de otros canales para valorar otros componentes de la ejecución:

- Comentarios de familiares.
- Observación directa en diferentes momentos...

Dentro de las valoraciones utilizadas para la ejecución de las actividades en la enfermedad de Alzheimer existen:

- Índice de Barthel: AVD b.
- Índice de Katz: AVD b.
- Índice de Lawton: AVD i.

Estas valoraciones o índices nos dan como resultado una indicación sobre el nivel de dependencia, pero el auxiliar del enfermo de Alzheimer no se debe quedar con la información recibida en la puntuación general, sino en cada uno de los ítems que lo forman.

## 6.1. Índice de Barthel (AVD b)

### *Alimentación*

- 10 *Independiente*:** Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzar condimentos, extender la mantequilla, por sí solo...
- 5 *Necesita ayuda*.** Por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla...
- 0 *Dependiente*.** Necesita ser alimentado.

### *Lavado (baño)*

- 5 *Independiente*.** Capaz de lavarse utilizando la ducha o la bañera permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin la presencia de ninguna persona.
- 0 *Dependiente*.** Necesita alguna ayuda.

### *Vestido*

- 10 *Independiente*.** Capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa. Se ata los zapatos, se abrocha los botones, etc. Se coloca el braguer o el corsé si lo precisa.
- 5 *Necesita ayuda*.** Realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 *Dependiente*.** Incapaz de desenvolverse sin ayuda.

### *Aseo*

- 5** *Independiente.* Realiza todas las tareas personales (lavarse las manos y la cara, peinarse...). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. Sin ninguna ayuda, maneja el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0** *Dependiente.* Necesita alguna ayuda.

### *Deposición*

- 10** *Continente.* Ningún accidente. Si necesita enema o supositorios, se arregla por sí solo.
- 5** *Accidente ocasional.* Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0** *Incontinente.*

### *Micción*

- 10** *Continente.* Ningún accidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5** *Accidente ocasional* (menos de una vez por semana). Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0** *Incontinente.*

### *Retrete*

- 10** *Independiente.* Entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar las barras de soporte.
- 5** *Necesita ayuda.* Precisa ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0** *Dependiente.* Incapaz de desenvolverse sin ayuda.

### *Traslado sillón-cama*

- 15** *Independiente.* No necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10** *Mínima ayuda.* Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.



- 5 **Gran ayuda.** Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha ayuda para entrar o salir de la cama.
- 0 **Dependiente.** Necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### *Deambulaci3n*

- 15 **Independiente.** Puede usar cualquier ayuda (pr3tesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros o equivalente sin ayuda o supervisi3n.
- 10 **Necesita ayuda.** Supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 **Independiente en silla de ruedas.** Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 **Dependiente.** Requiere ayuda importante.

#### *Escalones*

- 10 **Independiente.** Capaz de subir y bajar un tramo de escaleras sin ayuda o supervisi3n, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 **Necesita ayuda.** Supervisi3n f3sica o verbal.
- 0 **Dependiente.** Necesita elevador (ascensor) o no puede salvar escalones.

El 3ndice de Barthel nos da una puntuaci3n sobre un total de 100 puntos, marcando los niveles de dependencia, pero adem3s se reseña como indicativa una descripci3n sobre la realizaci3n de las AVD b.

## 6.2. 3ndice de Katz (Independencia AVD b)

### *Ba~arse (con esponja, ducha o ba~era)*

**Independiente:** necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se ba~a completamente sin ayuda.

**Dependiente:** necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.

#### *Vestirse*

**Independiente:** coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras; se excluye atarse los zapatos.

**Dependiente:** no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

#### *Usar el retrete*

**Independiente:** Accede al retrete, entra y sale de él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (puede utilizar o no soportes mecánicos).

**Dependiente:** Usa orinal o cuña, o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete.

#### *Movilidad*

**Independiente:** entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos).

**Dependiente:** precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

#### *Continencia*

**Independiente:** control completo de micción y defecación.

**Dependiente:** incontinencia urinaria o fecal total o parcial; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas.

#### *Alimentación*

**Independiente:** lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan).

**Dependiente:** precisa ayuda para el acto de alimentarse; no come en absoluto o nutrición parenteral.

A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse. B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una. C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional. D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional. E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional. F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional. G. Dependiente en las seis funciones. OTROS. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

### 6.3. Índice de Lawton (AVD i)

#### *Capacidad para usar el teléfono:*

- 0 Utiliza el teléfono por iniciativa propia y sin ayuda.
- 1 Marca los números bien conocidos.
- 1 Contesta el teléfono pero no marca.
- 0 No usa el teléfono en absoluto.

#### *Ir de compras:*

- 1 Realiza todas las compras necesarias sin ayuda.
- 0 Compra pequeñas cosas.
- 0 Necesita compañía para realizar cualquier compra.
- 0 Es incapaz de ir de compras.

#### *Preparación de la comida:*

- 1 Planea, prepara y sirve sin ayuda las comidas adecuadas.
- 0 Prepara las comidas si le proporcionan los ingredientes.
- 0 Prepara la comida, pero no mantiene una dieta adecuada.
- 0 Necesita que se le prepare la comida.

*Cuidar la casa:*

- 0 Cuida la casa sin ayuda o ésta es ocasional.
- 1 Realiza tareas domésticas ligeras.
- 1 Realiza tareas domésticas, pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable.
- 0 Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.
- 0 No participa en ninguna tarea doméstica.

*Lavado de la ropa:*

- 1 Lo realiza sin ayuda.
- 1 Lava o aclara algunas prendas.
- 0 Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.

*Medio de transporte:*

- 1 Viaja de forma independiente.
- 1 No usa transporte público, salvo taxis.
- 1 Viaja en transporte público si le acompaña otra persona.
- 0 Viaja en taxi o automóvil solamente con la ayuda de otros.
- 0 No viaja en absoluto.

*Responsabilidad sobre la medicación:*

- 1 No precisa ayuda para tomar correctamente la medicación.
- 0 Necesita que le sean preparadas las dosis o las pastillas con antelación.
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.

*Capacidad para utilizar el dinero:*

- 1 No precisa ayuda para manejar dinero, ni llevar cuentas.
- 0 Necesita ayuda para ir al banco, para grandes gastos.
- 0 Incapaz de manejar dinero.

## MÓDULO 7

### Movilización del enfermo de Alzheimer

#### 1. INTRODUCCIÓN

Dentro del enfoque que ya hemos introducido, en el que el auxiliar forma parte del proceso de intervención continuo con el enfermo de Alzheimer, es de suma importancia que se conozca y se sepa manipular al paciente para facilitar su recuperación o mantenimiento. Recordemos que dentro de este enfoque existía otro aspecto en la vida diaria del enfermo de Alzheimer, como es la función de la movilidad o función motora.

Como ya hemos descrito, el avance de la enfermedad va a ir comprometiendo capacidades gradualmente, hasta que en la última fase comprometa las capacidades físicas y motoras, comprometiendo, como consecuencia, otros procesos vitales que provocan las complicaciones médicas más importantes en las últimas fases de la enfermedad.

A la hora de trabajar con un enfermo de Alzheimer en el que han aparecido complicaciones físicas que provocan un deterioro en la movilidad, debemos conocer las técnicas y métodos de movilización, pero también debemos manejar todos los profesionales una misma nomenclatura para

facilitar la comunicación entre profesionales y definir el trabajo con el afectado.

Debemos conocer las técnicas, estar seguros de cómo utilizarlas, conocer el objetivo del afectado individualmente y saber qué cantidad de trabajo debe realizar. En este ámbito de trabajo y durante todo el proceso de la enfermedad tenemos claro un objetivo: la seguridad del enfermo.

## 2. LAS MOVILIZACIONES, ASPECTOS BÁSICOS

Empezaremos viendo la terminología básica para hablar de movilizaciones, recordando que, en muchos casos, se van a definir situaciones utilizando métodos muy complejos. No debemos movilizar a ningún paciente cuando no entendamos con claridad las órdenes o el tipo de manejo que nos están pidiendo.

Posiciones básicas:

Las posiciones básicas son todas aquellas de las que parte o termina el movimiento.

- Bipedestación: a pie firme o de pie.
- Sedestación: en posición de sentado.
- Decúbito supino: tumbado (estirado) mirando hacia arriba.
- Decúbito prono: tumbado (estirado) mirando hacia abajo.
- Decúbito lateral: tumbado sobre un lado.

Términos de posición:

Todos estos términos son utilizados para fijar o definir la posición de estructuras, caras y regiones del cuerpo:

- Anterior o ventral: situado por delante.
- Posterior o dorsal: situado por detrás.
- Lateral derecho o izquierdo.
- Proximal: lo más cercano al tronco.
- Distal: lo más alejado del tronco.
- Medial o interno: lo más cercano al eje de referencia.

Movimientos articulares:

Partiendo desde la posición anatómica principal, los movimientos articulares más comunes en las articulaciones de gran movilidad (que vamos a tener más en cuenta para las movilizaciones y transferencias del enfermo de Alzheimer) son:

- Flexión: desplazamiento del segmento corporal hacia delante. Como excepción, se encuentra la rodilla.
- Extensión: desplazamiento del segmento corporal hacia atrás.
- Abducción (Abd): desplazamiento del segmento respecto al eje corporal en dirección centrípeta (separación).
- Adducción (Add): aproximación del segmento respecto al eje corporal en dirección centrífuga.
- Rotación interna: movimiento que se realiza alrededor del propio eje de la extremidad en dirección interna.
- Rotación externa: movimiento que se realiza alrededor del propio eje en dirección externa.

Todos estos movimientos están definidos desde la referencia de la posición básica, de pie con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo. Si cambiamos la posición de referencia, el movimiento se realiza en otro plano y se define de otra manera, por eso es necesario definir el origen, el fin, el plano y el movimiento.

### **3. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE: TIPOS DE MOVILIZACIONES**

El reposo prolongado del enfermo de Alzheimer puede disminuir la capacidad de movimiento, su tono muscular y provocar contracturas, atrofas musculares, úlceras... Es muy importante saber utilizar la movilización para prevenir complicaciones y favorecer la calidad de vida.

El tipo de movilización se elegirá en función de si el paciente puede realizar los movimientos por sí mismo. De acuerdo con esto, las clasificaremos en:

1. **Movilizaciones activas.** Aquel grupo de movimientos terapéuticos que el individuo desarrolla con una voluntad propia buscando el objetivo de su recuperación. Estos movimientos pueden ser efectuados voluntariamente, libremente o asistido. La realización de un ejercicio activo exige, además de una respuesta física adecuada, un proceso mental consciente y voluntario. Lo que, en ocasiones, dependiendo de la evolución, no se da en el enfermo de Alzheimer. La finalidad de estos movimientos no es sólo mantener y mejorar la movilidad, sino sobre todo desarrollar la coordinación neuromuscular y mejorar la potencia.
2. **Movilizaciones pasivas.** Técnica muy utilizada para mantener las estructuras articulares y musculares, así como mejorar condiciones fisiológicas, el sistema vascular y la integración neurológica. Son, pues, el conjunto de aquellas movilizaciones en las que no existe una actividad propiamente dicha por parte del enfermo. Para realizar este tipo de movilizaciones se utilizan las ayudas externas.

## **Movilización del paciente encamado**

Como consecuencia de todo lo que hemos dicho antes, es imprescindible realizar movilizaciones periódicas a personas encamadas o con grandes dificultades para realizar movimientos activos.

En los pacientes encamados se aconseja realizar, por sistema, los cambios posturales cada 2 horas aproximadamente, pasando por las siguientes posiciones, siempre que no haya una contraindicación expresa para cualquiera de las mismas:

- Decúbito lateral: derecho e izquierdo.
- Decúbito supino.
- Decúbito prono.

También hay que tener en cuenta a los pacientes en últimos estadios de la enfermedad, en los que, además, se presentan problemas respiratorios, de deglución, e incluso pueden aparecer vómitos por la no tolerancia a determinadas posturas. Por tanto, debemos manejar toda la información relativa al paciente y conocer tanto las indicaciones como las contraindicaciones.



## 4. PRINCIPIOS DE AUTOCUIDADOS PARA LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

Además de las posturas, los principios y la metodología para movilizar correctamente al enfermo de Alzheimer, tenemos que destacar que en todos estos métodos también se tiene como objetivo lo que conocemos como «cuidar al cuidador». Esto significa, que debemos aplicar el método provocando el movimiento del enfermo, sacando las capacidades residuales no afectadas por la enfermedad, colaborando en el proceso de rehabilitación continuo que nos hemos fijado como marco de referencia; pero también es necesario que el auxiliar o cuidador principal aprenda a manejar su propio cuerpo manejando los conceptos en su propio beneficio para evitar lesiones.

Trabajaremos siempre vigilando nuestro propio cuerpo y manteniendo durante la movilización criterios como la simetría, el reparto del peso que desplazamos, la flexión de cadera y rodillas, las posiciones que adoptemos y la posición erguida de los distintos segmentos que forman la columna vertebral. En este sentido, un aspecto principal es el cuidado, la prevención de lesiones de espalda y la vigilancia y prevención de lesiones de la columna vertebral:

### 4.1. Columna vertebral

Conjunto de huesos desde la cabeza a la cadera que tiene que ser rígido para mantenernos de pie (posición erguida), pero a su vez debe ser flexible para permitir cierta movilidad.

Cuando una persona está de pie apoyada por igual sobre ambos pies, la columna vertebral es recta, pero al descansar sobre un pie, la columna debe equilibrar fuerzas y hace una curva en la parte más inferior que va a ser convexa hacia el lado de apoyo. La siguiente curva va a ser una concavidad hacia el lado del descanso y arriba hará una convexidad, buscando mantener la verticalidad.

Todo esto se produce gracias a los ligamentos, que permiten a la columna vertebral mantener la verticalidad y la posición, facilitando, corrigiendo y limitando los movimientos.

La columna vertebral está rodeada en su parte superior por la cintura escapular, y en la parte inferior por la cintura pélvica.

### *Curvaturas*

Vista lateral:

- Abajo: hueso sacro.
- A continuación está la columna lumbar, que consta de 5 vértebras con una curva cóncava hacia la espalda. Es la lordosis lumbar.
- Columna torácica o dorsal: 12 vértebras con una convexidad hacia la espalda. Cifosis torácica (chepa).
- Zona cervical: 7 vértebras con una concavidad hacia la espalda. Lordosis cervical.

### *Misión de la columna vertebral*

Protege a la médula espinal.

A nivel cervical, está en el centro del cuello, ya que tiene que soportar la cabeza centrada.

A nivel torácico, la columna busca pegarse a la espalda del cuerpo para dar cabida a los principales órganos: pulmones, corazón, etc.

A nivel lumbar, la columna va buscando el centro del cuerpo para mantener el peso de todo lo que está por encima.

La capacidad de movimiento de la columna viene dada por las curvas de la columna que nos da flexibilidad y una resistencia muy alta. La resistencia viene dada por:

$$R = \text{Curvas}^2 + 1$$

### *Vértebras*

Las vértebras tienen formas distintas, pero todas constan de las mismas partes:

- Cuerpo vertebral: Macizo óseo ancho y poco alto, y cortado por detrás. Presenta un arco posterior donde se ensamblan otros huesecillos.

- 2 apófisis articulares que se colocan dentro del arco, permiten relacionarse a una vértebra con otra y dividen al arco en dos partes.
- El pedículo para pegarse al arco posterior del cuerpo vertebral.
- Las láminas, por donde se une otra estructura ósea: las apófisis espinosas.
- Apófisis transversales: se adosan muy cerca de las apófisis articulares.

### *Unidad de movimiento de la columna vertebral*

La unidad de movimiento de la columna vertebral la constituyen dos vértebras. Cada dos vértebras se produce un movimiento, y lo que se da es una suma de movimientos. Entre vértebra y vértebra siempre aparece un disco intervertebral.

Si colocamos una vértebra encima de otra, podemos observar cómo se forman tres columnas:

- 1 columna anterior: formada por los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales.
- 2 columnas posteriores: se forman por estar las apófisis articulares unidas.

En la unidad funcional de dos vértebras biomecánicamente:

- 1 pilar anterior con los cuerpos intervertebrales, los discos intervertebrales y dos ligamentos: longitudinal anterior y posterior.
- La porción anterior: con articulaciones interapofisarias (artrodias), apófisis transversas, espinosas, todo el arco posterior y varios ligamentos (amarillo, interespinoso, supraespinoso e intertransverso).

Funcionalmente la columna vertebral tiene dos zonas. Un sector dinámico y un sector estático. El estático es la estructura ósea y el dinámico está formado por el disco intervertebral, ligamento amarillo, articulación interapofisaria y ligamento interespinoso.

**Interapofisaria:** Que se encuentra entre las apófisis.

**Apófisis:** Eminencia natural de un hueso que sirve para la articulación del mismo o para la inserción de un músculo.

**Artrodia:** Articulación de superficies articulares planas que permite movimientos de deslizamiento de las superficies articulares (como la articulación entre vértebras).

- El pilar posterior es el sector móvil biomecánicamente.
- El disco es una estructura blanda entre los cuerpos óseos, sin vasos ni nervios, y alrededor un núcleo fibroso.

### *Movimiento de la columna vertebral en conjunto:*

Dependiendo de los ejes obtendremos distintos movimientos. La columna vertebral tiene tres ejes:

1. Transversal: de hombro a hombro. El eje está en un plano sagital y le permite la flexión y la extensión.
2. Anteroposterior: de delante hacia atrás. Hace las inflexiones laterales lateralizaciones.
3. Longitudinal: de arriba abajo. Permite la rotación a ambos lados.

Cuando pretendemos movilizar activa o pasivamente al enfermo, debemos reconocer la influencia del movimiento sobre nuestro propio cuerpo, debemos reconocer los indicios de dolor que nos avisarán de que no estamos haciendo bien algo.

Todo este proceso de aprendizaje de reconocimiento de nuestras sensaciones, lo debemos desarrollar, y una vez identificado el problema de técnica, reaprender el sistema y practicarlo en distintas situaciones: delante del espejo para analizar la simetría y la posición que adoptamos para poder corregirla y después practicarla con una persona no discapacitada que pueda ir dividiendo la movilización en movimientos más pequeños hasta que encontremos la posición errónea y podamos corregirla.

Para ello describiremos las diferentes técnicas, en las que nos apoyaremos para la movilización del enfermo de Alzheimer.

## **5. TRASFERENCIAS, TÉCNICAS**

Desplazamos nuestro cuerpo cientos de veces al día. Para movernos ponemos un pie delante de otro; para tumbarnos nos sentamos primero. Esto parece sencillo cuando estamos sanos o con alguna pequeña alteración,

pero cuando aparecen las complicaciones físicas de la enfermedad de Alzheimer, realizar las transferencias puede ser difícil, si no imposible.

Para conseguir una vida independiente, la persona necesita ser capaz de desplazarse; a la cama, a la silla, al baño o al inodoro. El terapeuta tiene que entrenar al paciente para que se mueva con independencia, pero, además, todos esos movimientos deben realizarse de manera correcta durante el desarrollo de su actividad diaria, por lo que el auxiliar tiene un papel fundamental. Cuando esto no es posible, será necesario realizar una transferencia asistida, buscando el método más conveniente, tanto para el paciente como para sus ayudantes.

En las próximas páginas serán descritos distintos modos de movilizar al paciente de un sitio a otro, de enseñarle a desplazarse. Es importante decir que no existe un método «correcto» para un tipo concreto de persona, no todos los modos son posibles con un paciente, y la elección del método ha de venir de parte del técnico que posee un conocimiento detallado de la incapacidad del paciente y del tipo de asistencia disponible.

Los métodos a usar han de ser seleccionados con vistas a la progresión del paciente, desde maniobras independientes a movilizaciones asistidas, pero, además, tratándose de enfermos de Alzheimer, debemos acompañar siempre la movilización con la explicación de lo que vamos a hacer y pedir la colaboración.

Si son necesarias las grúas, o la transferencia es asistida, es importante explicarle al paciente cómo puede colaborar (posición de su cuerpo, mantenimiento de la postura, etc.) y todo aquello que tiene que evitar.

Otro punto a tener en cuenta es la coordinación cuando la transferencia asistida se hace entre dos personas, donde cada una de ellas debe saber su función dentro del equipo, así como definir quién marca los tiempos: cuándo subir la grúa, dónde y cómo girar, etc.

## **5.1. Movilizaciones activas y semiasistidas**

Cuando hablamos de las primeras transferencias con el enfermo de Alzheimer, la movilización es activa y voluntaria por parte del enfermo, pero

debemos conocer los apoyos y las facilitaciones, así como los signos a los que le vamos a acostumbrar para facilitar la intervención a lo largo de la enfermedad.

### *Principios*

Los principios de estas transferencias se mantienen para todas las fases:

1. Las superficies de transferencia han de ser estables, y en los desplazamientos horizontales, a la misma altura.

En caso de que se use una silla de ruedas, las instrucciones deben ser aplicadas antes de que se inicie la transferencia. Puede ser también necesario quitar uno o ambos reposabrazos de la silla, abatir o desplazar los reposapiés.

2. Ambas superficies de transferencia deben estar tan cerca como sea posible; cuando existe mucho espacio, hay que utilizar una tabla de transferencia.
3. No existe un método «correcto» para todo tipo de personas, y el elegido ha de ser el más fácil y seguro para el paciente.
4. Debe mantener el equilibrio a lo largo de la transferencia.
5. Para conseguir la independencia en la transferencia, debemos tomarnos tanto tiempo como sea necesario, en relación a las condiciones del paciente. Si se intenta demasiado pronto, el paciente puede desarrollar miedo a la caída. También es importante no ayudar más de lo necesario, ya que el paciente puede dejarse llevar y no intentarlo por sí mismo.
6. Es importante enseñar al enfermo cómo usar el peso de su cuerpo para avanzar, así como acostumbrar a manejar siempre los mismos puntos de apoyo.

#### *5.1.1. La marcha. Escala de Tinetti*

En el enfermo de Alzheimer se va a ir comprometiendo la marcha con el avance de la enfermedad, por lo que debemos de habituarle a un sistema con el que le aportemos la ayuda.

Durante la marcha tenemos que proporcionar estabilidad y seguridad, por lo tanto, tenemos que permitirle el máximo ángulo de visión posible.

Nos ponemos al lado del enfermo y pasamos nuestro brazo por debajo del suyo, colocando el reverso de nuestra mano por delante de su pecho y dándole la mano del lado en el que estamos con nuestra mano contraria.

### Variaciones

En muchas ocasiones el enfermo no acepta o se siente incómodo con esta posición, con lo cual hay que retirar esa mano del pecho. Para ello retiramos y controlamos la inestabilidad desde nuestro codo (con la misma posición general). Si la inestabilidad en la marcha es muy grande y pretendemos que ande diariamente, aunque sea unos pasitos, nos situamos por detrás, pasamos nuestros brazos por debajo de los suyos y, agarrando sus manos a la altura del vientre, desplazamos su cuerpo acompañándolo con el nuestro.

Para valorar el riesgo de caída del paciente geriátrico se utiliza la escala de Tinetti, que valora diferentes aspectos de la marcha e indica si el riesgo de caída es elevado, necesitando algún tipo de ayuda. Con respecto a la puntuación y a la descripción de la marcha, los técnicos definirán tanto el tipo como la cantidad de ayuda que necesita el paciente.

## Escala de Tinetti

### Parte I. Equilibrio

Sujeto sentado en una silla sin brazos

#### *Equilibrio sentado*

- 0 Se inclina o desliza en la silla
- 1 Firme y seguro

#### *Levantarse*

- 0 Incapaz sin ayuda
- 1 Capaz utilizando los brazos como ayuda
- 2 Capaz sin utilizar brazos

***Intentos de levantarse***

- 0 Incapaz sin ayuda 0
- 1 Capaz, pero necesita más de un intento
- 2 Capaz de levantarse con un intento

***Equilibrio inmediato (5 min.) al levantarse***

- 0 Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo de tronco)
- 1 Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte
- 2 Estable sin usar bastón u otros soportes

***Equilibrio en bipedestación***

- 0 Inestable
- 1 Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón
- 2 Base de sustentación estrecha sin ningún soporte

***Empujón*** (*sujeto en posición de firmes con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces*)

- 0 Tiende a caerse
- 1 Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo
- 2 Firme

***Ojos cerrados*** (*en la posición anterior*)

- 0 Inestable
- 1 Estable

***Giro de 360°***

- 0 Pasos discontinuos
- 1 Pasos continuos
- 0 Inestable (se coge o tambalea)
- 1 Estable

***Sentarse***

- 0 Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)
- 1 Usa los brazos o no tiene un movimiento suave
- 2 Seguro, movimiento suave

Puntuación total equilibrio/16 .....



## Parte II. Marcha

Instrucciones. El sujeto, de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación, primero con su paso habitual, regresando con «paso rápido pero seguro» (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador).

### *Inicio de la marcha* (inmediatamente después de decir «camine»)

- 0 Duda, vacila o realiza múltiples intentos para comenzar
- 1 No vacila

### *Longitud y altura del paso*

- 0 El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo
- 1 El pie derecho sobrepasa al izquierdo con el paso
- 0 El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo
- 1 El pie derecho se levanta completamente
- 0 El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo
- 1 El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso
- 0 El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo
- 1 El pie izquierdo se levanta completamente

### *Simetría del paso*

- 0 La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)
- 1 Los pasos son iguales de longitud

### *Continuidad de los pasos*

- 0 Para o hay discontinuidad entre los pasos
- 1 Los pasos son continuos

*Trayectoria* (estimada con relación a los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro: se observa la desviación de un pie a 3 m. de distancia)

- 0 Marcada desviación
- 1 Desviación moderada o media o utiliza ayudas
- 2 Recto sin utilizar ayudas

### ***Tronco***

- 0 Marcado balanceo o utiliza ayudas
- 1 Sin balanceo pero con flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos
- 2 Sin balanceo ni flexión ni utiliza ayudas

### ***Postura en la marcha***

- 0 Talones separados
- 1 Los talones casi se tocan mientras camina

Puntuación total marcha /12 .....

**Puntuación total general /28 .....**

### ***5.1.2. Traslados desde las sillas***

Para levantarse de forma independiente:

Puede resultar necesario utilizar una ayuda en las manos para caminar (bastón), por lo que en la introducción de las rutinas y en los aspectos comunicativos debemos acostumbrar a dejar el bastón en un lugar definido.

El paciente se traslada hasta el borde de la silla y se inclina hacia delante manteniendo el apoyo de los brazos sobre la silla. Los pies tienen que estar bien apoyados sobre el suelo, y si existiese uno más débil, éste debería colocarse un poco más atrasado.

Desde este momento de la enfermedad, debemos pedir que se levante pidiendo el movimiento en dirección horizontal y afianzando los apoyos. También debemos acostumbrar a un signo o señal no verbal que signifique que queremos que se levante. El objetivo es que el enfermo memorice e introduzca esas señales no verbales para que colabore según avanza la enfermedad.

Para levantarse de forma semiasistida:

1. Ayuda pélvica.
2. Ayuda por el antebrazo.

3. Sosteniendo los brazos unidos.
4. Apoyando detrás de la escápula.

Recordaremos que en esta fase debemos seguir provocando el trabajo voluntario y activo por parte del afectado, así que debemos hacer todos los pasos conociendo en qué puntos puede hacer de manera independiente el ejercicio.

Los pasos a realizar son:

- Situar al paciente en la parte delantera de la silla, ligeramente inclinado, con los pies ligeramente separados. Van a crear la base de sustentación donde va a recaer el peso del enfermo. Realizar ayuda por debajo de caderas (tracción) o por pulsiones voluntarias del enfermo.
- Nos colocamos enfrentados a él y ponemos la pierna y la rodilla contra la suya, formando un bloque para prevenir los deslizamientos. El otro pie lo colocamos de tal modo que nos proporcione una base firme (podemos proteger zonas óseas con cojines si existiese dolor).
- El auxiliar debe colocarse con las rodillas flexionadas, la espalda recta; pasamos nuestros brazos por debajo de los suyos hasta abrazar al enfermo, sujetándole por detrás de las escápulas (a la altura del pecho).
- Inclizamos su cuerpo hacia el nuestro (tracción horizontal) y vamos estirando nuestras rodillas para ponernos en pie. La fuerza se hace con las piernas, no con los brazos.

Variaciones:

- Si el enfermo puede agarrarnos, es conveniente que él también nos abrace (brazos del afectado por encima de los del auxiliar) para colaborar en el movimiento.
- También podemos ayudarnos de la ropa: abrazamos con un brazo la espalda del paciente y con la otra tiramos de la trabilla del pantalón o de la cinturilla.
- Podemos hacerlo agarrando nuestras manos por detrás.

- Cuando todavía no es muy dependiente, podemos levantarlo por los antebrazos: todo el proceso es igual, pero ahora el paciente pone sus manos encima de sus codos, mientras le cogemos por debajo de los codos presionándole los brazos contra nosotros.
- Cuando todavía es independiente hay que acostumbrarle a que realice el proceso de la misma manera, que se fije en la posición de las piernas y que se desplace hasta el borde de la silla.
- Siempre que la movilización es asistida, el movimiento debe ser lento, cómodo y seguro. Debemos fijarnos en el principio de la movilización (el enfermo debe saber lo que pretendemos), pero, además, debemos asegurarnos de fijar la posición una vez que hemos terminado y dar un tiempo para que tome conciencia de su nueva posición. Una vez terminada la maniobra, podemos dar el bastón o andador, asegurando los primeros movimientos voluntarios.

Para levantarse el impulso ha de hacerlo con los brazos y las piernas. Nunca animar al paciente a que haga su apoyo en los bastones o con una superficie muy pequeña entre ambos, porque pierde estabilidad.

#### 5.1.2.1. Desde bipedestación a sentado

Como siempre que hablamos de movilizar al enfermo de Alzheimer, la comunicación es esencial, y debemos hacerle comprender que no debe sentarse hasta no sentir la silla en la parte posterior de las piernas. Éste es un buen signo para acostumbrar al enfermo al momento indicado para empezar a flexionar cadera y dar más apoyo sobre los brazos.

Facilitar la visión del asiento e indicar el apoyo puede hacer más fácil la comprensión para el enfermo de la orden que queremos darle. En caso de utilizar bastones, hay que ponerlos a los lados y apoyarse con las manos en los brazos o asiento de la silla.

El movimiento para sentarse debe realizarse muy despacio. En fases más iniciales pediremos que sea el afectado quien coloque las caderas hacia atrás, apoyando la espalda desde la zona lumbar en el respaldo.



## Nota

Para las personas con dificultades al sentarse o levantarse de las sillas, seguir los siguientes puntos:

- Desde un asiento alto es más fácil hacer la transferencia que desde un asiento más bajo. Podemos modificar la altura cambiando el asiento, colocando un cojín fijo en el asiento o subiéndolo desde la base (alzas para las patas o tarima).
- El asiento de la silla ha de ser firme, esto se consigue poniendo una tabla debajo del cojín.
- Una silla con brazos facilita el impulso al levantarse, y el apoyo al sentarse.

Un asiento adaptado a las necesidades de la persona puede ser suficiente para ayudarla a ser independiente.

A lo largo de la enfermedad, el paciente llegará a la silla asistido por el auxiliar o auxiliares durante la marcha, por lo que es indispensable que reconozca en qué momento le pedimos que haga el movimiento para sentarse.

En ocasiones es necesario poner el bloqueo de pie o pierna para que el enfermo no se deslice (cuando aparece patrón extensor o se dejan caer de forma pasiva), por eso:

- Con una mano sostendremos el peso por detrás de la espalda (altura del pecho) para hacer cómodo y lento el movimiento.
- Con la otra mano daremos el estímulo por debajo del vientre (muy suave), como indicación de la flexión de cadera.

En ocasiones necesitaremos que se mantenga de pie hasta que terminemos alguna actividad (vestido, aseo...), por lo cual necesitaremos realizar las indicaciones de movimiento al revés.

- Con las piernas ligeramente flexionadas y bloqueando rodillas y pies, le indicaremos con la mano que tenemos situada en su espalda para que eche el peso hacia nosotros (también podemos asistir desde la ropa), hasta que terminemos la actividad.

### 5.1.2.2. De silla a silla

Dependiendo del espacio de la sala y de las capacidades conservadas en el enfermo, podemos colocar las sillas en diferentes posiciones:



#### **Nota**

La silla en la que está sentada la persona será referida como la primera silla; la silla a la cual se va a transferir será referida como la segunda silla.

1. Las sillas se colocan en ángulo de  $90^\circ$ , el brazo de la silla de ruedas que queda entre ambas sillas tiene que ser quitado, y si podemos retiraremos también el reposabrazos.

El paciente se sitúa en el borde de la silla, apoya los pies bien fuerte contra el suelo situados ya en dirección a la segunda silla. Cada una de las manos se apoya en una silla. Si el paciente no puede mover las piernas es necesario que él mismo las coloque lo más cerca posible a la segunda silla antes de comenzar la transferencia.

El paciente, haciendo el apoyo en brazos y piernas, pivota muy despacio hacia la segunda silla, sentándose en ella.

Cuando el paciente no es capaz de alcanzar la verticalidad o no mantiene el equilibrio a lo largo de la transferencia, iremos facilitándola del siguiente modo:

- Situamos las sillas en un ángulo de  $90^\circ$ ; en caso de que una de las sillas sea de ruedas, y siempre que podamos, debemos retirar el reposabrazos del lado por el que hacemos la transferencia.
- El paciente se sitúa o le situamos al borde de la silla y con los pies dirigidos ya en dirección a la segunda silla.
- Debemos colocarlos en la misma posición que para ponerle de pie, pero cuando estamos ya consiguiendo la bipedestación giramos ligeramente sobre nuestro propio eje y balanceamos su cuerpo de una silla a la otra.
- Hay que intentar que el movimiento no sea muy brusco, a pesar de ser de un solo impulso. También hay que evitar dar pasitos y conseguir la rotación desde los talones.
- Si el enfermo todavía es independiente, hay que acostumbrarle a que realice el mismo método por él mismo, apoyando una mano

en el reposabrazos más alejado y la otra en el reposabrazos de la silla de procedencia, basculando de un golpe la cadera de una silla a otra (el auxiliar asiste dando seguridad, manejando los puntos de control).

2. Las sillas están colocadas una al lado de otra, si una de las sillas es de ruedas, el reposabrazos situado entre las dos sillas se quita.

El paciente se inclina hacia la segunda silla apoyándose con la mano en el borde de ella lo más lejos posible del cuerpo. La otra mano está apoyada en el reposabrazos de la silla primera.

El paciente impulsa el cuerpo pasando del asiento de la primera silla hacia el asiento de la segunda; una vez sentado ajusta la posición de los pies.

Este método se utiliza cuando existe una causa más física para no ejecutar totalmente el movimiento, pero las capacidades cognitivas están más conservadas. Debemos dejar que sea el enfermo quien inicie la maniobra y nosotros empezar a asistir para completar el desplazamiento, facilitándolo desde la ropa o detrás de las escápulas. Insistir en que el enfermo fije la posición final con la espalda totalmente apoyada.

3. Desplazamiento utilizando la tabla de transferencias. Este método es utilizado cuando la altura entre las dos sillas es ligeramente diferente o cuando entre ambas superficies existe una abertura.

Las sillas han de estar situadas una al lado de la otra, si una de ellas es la de ruedas le quitamos el reposabrazos que procede, a continuación colocamos la tabla de transferencia entre las dos sillas.

El paciente se traslada a través de la tabla hasta situarse en el asiento requerido, después se ajustan la postura de los pies y se quita la tabla de desplazamiento.

La ayuda externa que vamos a aportar puede ir dirigida tanto a facilitar los sistemas externos (dar la tabla, asegurar su posición, etc.), como a ayudar a levantar el paso que, en este caso, recaerá en las caderas, con lo cual seguiremos dando la ayuda desde debajo de las axilas, para que las caderas tengan que desplazar menos peso.

### 5.1.3. *Transferencias desde y hacia la cama*

En esta transferencia hay factores externos que podemos modificar para facilitar la movilización. Es muy importante asegurar las superficies de transferencia como norma general, pero también es conveniente que sean de la misma altura.

En cuanto a la altura de la cama, podemos modificarla usando calzos, que sean preferiblemente extensibles y nos permitan modificar la altura según vaya avanzando la enfermedad. Igualmente, debemos buscar la mejor colocación de la cama dentro de la habitación, que nos permita tener un espacio suficiente al lado de la cama como para poder colocar la silla y realizar las diferentes maniobras.

Otro factor que puede facilitar o complicar la transferencia es el colchón, que debe ajustarse a la superficie de la cama y además debe ser duro para que no se deslice el enfermo a lo largo de la transferencia. Cuando el colchón es demasiado blando o se desplaza durante la movilización, es conveniente colocar una tabla o una superficie rígida por debajo del mismo para evitar los deslizamientos.

**Sentarse en la cama.** En primer lugar, el paciente debe conseguir sentarse sobre la cama (flexión de cadera), para lo que debe buscar el apoyo en brazos. También debe incorporar el peso del tronco hasta alcanzar la verticalidad con la cadera, por lo que el auxiliar debe prestar la ayuda desde la espalda. En función del enfermo:

- Desde las escápulas. Introduciendo los brazos por debajo de las axilas. Vigilar la posición del auxiliar: mucha dificultad para mantener la posición simétrica y realizar el esfuerzo en los dos lados por igual. También es complicado realizar la flexión de piernas para que el peso de la movilización recaiga sobre los cuádriceps.
- Rodeando la cintura escapular con un brazo (agarrando por el hombro contrario). Útil cuando el enfermo es más capaz y reconoce el movimiento.
- Ofreciendo nuestros brazos como apoyo (de uno o dos auxiliares, brazo paralelo a la cama). Indica dirección de movimiento (requiere fuerza del afectado en MMSS), además facilita el levantamiento activo del tronco para levantar el peso y poder desplazar la cadera de forma asistida.



- También se pueden utilizar dispositivos externos: cuerda agarrada a los pies de la cama, triángulo en el cabecero... En el caso de la enfermedad de Alzheimer, es posible que no utilicen adecuadamente estos dispositivos, y se valorará por parte de los técnicos.

#### 5.1.3.1. Rotación en la cama

Esta maniobra es muy utilizada para el aseo, cambio de pañal y arreglar la cama del enfermo con mayores complicaciones de movilidad.

Situado el paciente boca arriba, vamos a llevarle el brazo contrario en dirección al giro. Una mano busca la otra, «plegando un hemicuerpo sobre el otro».

Igualmente que para levantarlo, vamos a colocar una pierna por encima de la otra (a la altura del tobillo). Siempre pondremos por encima la pierna que realiza el movimiento en dirección al giro.

Los puntos de control van a ser las escápulas y las caderas, a partir de las cuales vamos a iniciar el movimiento en dirección al auxiliar, para colocarlo tumbado de lado. Siempre el giro es hacia el auxiliar, siendo éste el final del movimiento, quien defina la posición nueva, la afiance y le dé seguridad al enfermo (lenguaje verbal y no verbal).

El paciente va a quedar apoyado sobre la cadera y el hombro, que son los puntos sobre los que hay que actuar si se ha quedado muy al borde de la cama.

Si estamos solos para esta maniobra, hay que colocar un tope en la espalda (por ejemplo, una almohada) para que no vuelva a colocarse tumbado boca arriba y podamos terminar la actividad.

**Levantarse en la cama.** Los mismos principios aplicados aquí son los de sentarse en la silla. Valorar también el entorno y el camino que va a realizar el enfermo para ver puntos de sujeción y elementos que puedan dificultar su marcha: objetos en el camino, que puede identificar como apoyos y no sean seguros, pasos estrechos, etc.

#### 5.1.4. *Trasferencia cama-silla*

Los métodos descritos de movilización para discapacitados son:

1. Transferencia en ángulo.

2. Transferencia lateral.
3. Deslizamiento sobre una tabla de transferencia.

Ya explicadas en el módulo de traslados silla-silla.

Son las que vamos a utilizar, aunque en la literatura hay descritas otros tipos que no se aconsejan para el enfermo de Alzheimer (trasferencia de frente y transferencia al contrario).

### *5.1.5. Transferencia al y desde el inodoro*

Consideraremos el retrete como una silla a la hora de describir las movilizaciones; sin embargo, aunque la técnica de movilización es la misma, hay otros aspectos esenciales a tener en cuenta:

Cuando se realiza el traslado a o desde el inodoro, se deberían tener en cuenta algunos aspectos:

La mayoría de los inodoros resultan demasiado bajos, siendo necesaria una adaptación que les aumente la altura para facilitar la transferencia.

En el mercado están disponibles varios modelos de ayudas que permiten aumentar la altura del inodoro; el terapeuta ha de asegurarse al hacer la elección de que sea la adecuada, que ajuste de manera segura antes de distribuirla. También están disponibles en el mercado asientos expulsadores e inclinados.

Agarraderos fijados a la pared cerca del aseo y las tapas del inodoro colocadas bien fijas alrededor del aseo proporcionarán un agarre firme para las transferencias.

Como actividad, el uso del WC tiene gran dificultad por la variación de las posiciones corporales a lo largo de la tarea: el enfermo tiene que poder arreglárselas con la ropa, el papel higiénico, tirar de la cadena y el traslado.

Cuando la transferencia presenta grandes problemas, como puede ser la discapacidad del paciente, la distancia al aseo, falta de espacio, etc., debemos considerar otras alternativas, como sillas sanitarias o facilidades sanitarias en silla de ruedas, orinales etc.

Si se usa una silla de ruedas, el tipo elegido debería permitir un fácil y cercano acceso al aseo.

### 5.1.6. *Transferencia fuera y dentro de la bañera*

Las transferencias independientes fuera y dentro de la bañera requerirán mucha práctica y frecuentemente fuerza considerable del miembro superior de la persona afectada. De cualquier forma, para las transferencias de la bañera se recomienda que la persona esté supervisada, debido a que se pueden producir problemas. Las características del cuarto de baño (temperatura, vapor, iluminación, humedad, etc.) añaden mucha dificultad a las maniobras. Como explicábamos en el capítulo de las AVD's, no solamente afectan las características físicas, sino también las de percepción, psicológicas e incluso sociales.

Cuando la transferencia a la bañera crea problemas, el auxiliar y el paciente tendrán que decidirse por otro método alternativo, ducha o un lavado por partes en la cama, etc. Es preferible esto por motivos de seguridad y facilidad. Debemos tener en cuenta siempre que el principio por el que nos regimos en todos los casos es la seguridad del paciente.

Tendremos que poner las ayudas como tablas de baño, asientos para el baño o agarraderos para la seguridad del paciente siempre que lo necesite; es interesante que la superficie de estas ayudas sea antideslizante. Las alfombrillas y esterillas antideslizantes dentro y fuera de la bañera no deben faltar.

El terapeuta, además de hacer las indicaciones del tipo de ayudas técnicas que el paciente va a necesitar para el baño, tiene que hacer el entrenamiento y comprobar que la persona se maneja con el vestido, secado, lavado, etc., por lo que la información, conocimiento y seguimiento del proceso por parte del auxiliar es esencial en todo el proceso, así como la comunicación con los técnicos.

#### 5.1.6.1. Entrar y salir de la bañera en bipedestación

Usar las barras y pasamanos: es necesario elegir el modelo de pasamanos adecuado para aquellas personas que necesitan un pequeño soporte

cuando entran y salen de la bañera. El objetivo es aportar un punto de apoyo para el enfermo que no mantiene el equilibrio al superar el borde de la bañera, por lo que debemos saber cómo realiza el movimiento para colaborar de la manera más adecuada.

Cuando empiezan a aparecer problemas de inestabilidad en bipedestación dentro de la bañera, debemos tener un asiento (normalmente de material plástico) y procurar que sea el enfermo quien realice toda la actividad, ya que implica un trabajo con rangos articulares amplios.

Únicamente intervendremos para limpiar zonas inaccesibles o aquellas áreas en las que su limpieza exige un trabajo más complicado de equilibrio.

#### 5.1.6.2. Entrar y salir de la bañera en sedestación

Se describe a continuación la manera de entrar en la bañera desde una silla, taburete, silla de ruedas, tablas de baño extensibles, etc.

El paciente sentado en una silla de ruedas o taburete se coloca tan cerca de la bañera como sea posible; las piernas se pasarán por encima de la pared de la bañera y en esta posición, en la que ya hemos creado una base mayor para la movilización (borde más asiento), el paciente podrá pasar al asiento que hay dentro de la bañera. Se puede colocar una barra de apoyo frontal con respecto a la dirección de entrada.

La realización de la maniobra varía en función de la ayuda que requiera el paciente.

- Podemos situarnos dentro de la bañera para realizar la transferencia en ángulo, al igual que hacemos de silla a silla. Es conveniente hacer pequeños desplazamientos y no levantar mucho al afectado, ya que la posición del auxiliar no es muy segura.
- En ocasiones, solo será necesario ayudar a levantar el peso que recae en la cadera para que el enfermo se deslice hacia la posición de destino (deslizamiento o pivotamiento).
- En el caso de que el enfermo la realice más activamente, le colocaremos barras de apoyo, con lo que la función del auxiliar es asegurar los agarres y posiciones.

## 5.2. TRASFERENCIAS ASISTIDAS

La enfermedad evoluciona afectando cada vez más capacidades, hasta llegar a un punto en el que el auxiliar o auxiliares deben mover al enfermo que ya no colabora, sostener y manejar el peso del paciente y trasladarlo de una superficie a otra. Esto no significa que olvidemos todo lo que hemos trabajado con anterioridad, y sigamos pidiendo su colaboración, manteniendo las rutinas, los signos no verbales, etc.

El auxiliar tiene que contar con la cantidad y el tipo de ayuda que el paciente pueda proporcionar y la que él va a tener que dar. En algunos casos es necesario ver la intención de movimiento del enfermo, para saber si es necesario corregir, inhibir, dar fuerza o dirección al movimiento del afectado. Permitiremos al afectado que nos ayude tanto como le sea posible y siempre que le sea posible. Tenemos que buscar siempre la voluntariedad y la colaboración del enfermo.

El auxiliar debe darse cuenta de que los pacientes pondrán toda la confianza en sus indicaciones; por lo tanto, debe estar seguro tanto en los principios básicos involucrados en la transferencias asistidas, como del método exacto que va a emplear antes de prestar la asistencia.

Debemos conocer las técnicas e incluso practicarlas con otras personas sin discapacidad, que nos indiquen la calidad del movimiento, y, así, podamos aprender a ejecutar las técnicas con destreza y habilidad, antes de enfrentarnos a pacientes que nos exijan un esfuerzo físico más considerable. Si realizamos incorrectamente las maniobras realizando mal un movimiento repetitivo, podemos provocarnos lesiones importantes (normalmente espalda y miembros superiores). Por eso, también vigilarémos nuestros propios indicios y síntomas de dolor.

La fuerza para las asistencias viene de los músculos de las piernas. Por eso es necesario practicar y entrenar la posición del auxiliar. El gerocultor debe asegurarse de que antes del movimiento y durante el mismo sus caderas y rodillas están flexionadas; su columna, recta; su cabeza, erguida; y sus pies, separados para obtener una base de sustentación firme y poder mantener el equilibrio en todo momento. No sólo protegeremos la seguridad del enfermo, sino también la nuestra.

El auxiliar debe asegurarse de que cualquier ayuda necesaria para la movilidad está a mano, que el paciente sepa hacia dónde se le lleva y que

el sitio esté preparado. El camino que tenemos que recorrer tiene que estar libre de obstáculos para poder caminar. En ocasiones, con el enfermo de Alzheimer no sólo influyen los objetos, sino cómo pueda percibirlos: problemas de percepción o reconocimiento.

También es necesario conocer la mejor colocación para realizar la maniobra (diestros o zurdos) conociendo los desplazamientos de peso y dónde se hacen las mayores cargas.

Igualmente, debemos estar apropiadamente vestidos, con ropa cómoda y que nos permita la movilidad, así como un calzado adecuado, firme y antideslizante.

Debemos decirle al paciente qué es lo que va a hacer y qué puede hacer él para ayudarse. Deberá pedirle que tome la posición requerida para empezar la transferencia, o ponerle en esa posición cuando él no pueda manejarse solo. Es importante introducir el lenguaje no verbal y el entrenamiento en rutinas que nos facilitará la comunicación con el enfermo.

En el caso de que la discapacidad de una persona no le permita soportar su propio peso durante las transferencias, el auxiliar tiene que soportar todo el peso del paciente y transportarlo de un lugar a otro.

Los mismos principios son aplicables tanto en transferencias como cuando se les da algún tipo de asistencia. De cualquier modo, el auxiliar debe asegurarse, cuando dos o más personas están colaborando en la transferencia, uno se encargará de la totalidad del grupo y dará las instrucciones. Esto implica un esfuerzo sincronizado, que es un factor esencial durante la transferencia.

Existen distintos tipos de levantamientos o trasferencias asistidas que se definirán para el movimiento de los diferentes enfermos. En este módulo describiremos los tipos de levantamiento y los principios básicos de las grúas.

### *5.2.1. Levantamiento estándar*

Utilizamos este tipo de levantamiento para movilizar al enfermo que comprende órdenes. Para realizar este levantamiento se requiere que el paciente tenga control y equilibrio de tronco.

Partiendo desde la posición de sedestación (previamente hay que dejar al enfermo sentado), los dos ayudantes se ponen de pie uno a cada lado del paciente mirándose el uno al otro, y con los pies separados, con las rodillas flexionadas, la espalda recta y la cabeza erguida. Cada uno coloca su brazo debajo de las piernas del paciente tan cerca de sus caderas como les sea posible, y se agarran los brazos mutuamente. Su otra mano, si está libre, debe sujetar la espalda del paciente o los hombros. Para esta transferencia los brazos del paciente tienen que ser colocados por encima de los hombros de las personas que le levantan.

A la orden de uno de ellos, el paciente es levantado, realizando el esfuerzo con los músculos de las piernas (extendiendo las rodillas), y no con la espalda. Los auxiliares estiran sus piernas a la vez (realizando el esfuerzo de levantada con las piernas) y trasladan al paciente al lugar de destino. Tendrán que valorar el camino que van a realizar para facilitarlo previamente a la alzada.

En esta maniobra, creamos una base de apoyo para las caderas con el bloque que formamos entre los brazos de los cuidadores. Con el brazo de atrás variaremos la flexión de cadera y la posición erguida de tronco, en función de cómo acepte el paciente la posición.

Por tanto, es esencial la coordinación, la simetría del levantamiento y la correcta posición del enfermo y los cuidadores.

### 5.2.2. *Levantamiento por debajo de los brazos*

Volvemos a partir de la posición de sedestación y, si es posible, el paciente nos lo facilitará manteniéndose lo más erguido posible. El enfermo cruzará sus brazos por delante, agarrándose por los antebrazos (si no es capaz o no entiende la orden, se lo facilitaremos).

Una de las personas que van a levantarlo se pone de pie detrás de la silla, o de rodillas si es en una cama. Pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente y agarra sus brazos por delante de él. La postura y el agarre que se busca son los usados para colocar apropiadamente en sedestación al paciente que se escurre sobre el asiento.

La segunda persona que va a levantar al paciente coloca sus manos debajo de las piernas del paciente, una debajo de sus muslos y la otra

debajo de sus pantorrillas, con objeto de sujetar las piernas durante la transferencia.

En esta transferencia, el peso y la dinámica lo realiza el que lleva la parte superior, por lo que es preferible que sea él quien indique y coordine la movilización. El paciente es levantado y llevado al lugar correspondiente.

## 6. AYUDAS TÉCNICAS

**La silla de ruedas.** El enfermo de Alzheimer requiere una silla de ruedas con unas características muy definidas: ruedas pequeñas no autopropulsables, para que no se pueda desplazar de manera autónoma y lesionarse por ello. Igualmente debe tener reposacabezas o la capacidad de poder adaptárselo. También debe tener reposapiés. Las movilizaciones serán mucho más fáciles si el reposabrazos se puede quitar (no fijo). El asiento debe ser de un material antiescaras. Es conveniente que la silla pueda tener repuestos plásticos para su utilización en el baño. El material de la silla puede ser de aluminio por la ligereza y la posibilidad que nos da para doblarlo y transportarlo.

**La tabla de transferencias.** Es una superficie plana que utilizamos cuando tenemos que salvar una distancia entre las dos superficies de la transferencia. Es muy útil cuando el enfermo es más dependiente y solamente hay un cuidador para realizar la transferencia. Para utilizarla, el enfermo debe tener un buen equilibrio y un buen control de su peso.

**Colchones y materiales antiescaras.** Actualmente los más utilizados son los colchones que cambian la superficie de presión mediante un compresor de aire, que provoca que la presión del peso del cuerpo sea ejercida en distintos puntos. También existen otros materiales como el látex.

**Grúas hidráulicas y eléctricas.** Son muy útiles para el manejo de un enfermo totalmente dependiente al cuidado de una sola persona. A la hora de utilizar la grúa hay que valorar muy bien el espacio de maniobras que tenemos en casa e ir eliminando los posibles obstáculos. En las grúas hay muchas variaciones: desde los cabestrillos de una, dos y tres piezas, hasta las de correas o bandas anchas.



**Pasamanos y asideros.** Suelen ser utilizados en los baños para que el enfermo se apoye, y constituye una facilidad a la hora de manipularle: limpiarle, ducharle... Los hay de muchos estilos; dependiendo de la tipología del baño, serán mejor unos u otros. A veces podemos recurrir al lavabo para apoyarnos, sin ser necesario instalar un asidero.

**Elevadores o alzas de inodoro.** Se utilizan para elevar la altura del retrete, ya que normalmente suele ser demasiado bajo y dificulta mucho el paso al ponernos de pie.

**Silla de baño giratoria.** Sirve para salvar el borde de la bañera y para duchar a nuestro enfermo sentado. Es muy útil, pero hay que tener cuidado con el equilibrio del paciente.

**Asientos para la bañera.** Tablas o asientos que se agarran a los bordes de la bañera (material plástico).

## 7. GRÚAS

La grúa es una máquina que sirve de ayuda para transportar a una persona por medio de un apropiado cabestrillo o un asiento estático, por ejemplo, desde la cama al lugar donde el paciente se encuentra usualmente o dentro de la bañera.

Las grúas son usadas para pacientes con un grado de discapacidad muy alto que tienen problemas con las transferencias.

Son aparatos que nos facilitan el manejo del paciente por un solo cuidador, y serán muy útiles en muchas ocasiones. Es muy importante conocer bien las sujeciones de la grúa, así como fijar las posiciones del enfermo de Alzheimer antes de iniciar las maniobras, para evitar que aparezcan sensaciones de miedo o aprensión.

Cuando el enfermo de Alzheimer está en la grúa no debe haber cosas a su alcance, para que no desplace su peso al intentar agarrarlas, aunque hoy en día, los sistemas de sujeción son muy seguros. No nos debemos fiar de que por el estado avanzado de la enfermedad no vaya a realizar un movimiento voluntario.

## **Información útil sobre las grúas:**

1. El tipo de grúa se debe adaptar a la situación clínica del paciente. Se debe elegir en función del lugar del recorrido, del tipo de afectación y del peso del afectado.
2. Cuando vamos a utilizar la grúa es muy importante conocer y preparar el camino por el que vamos a pasar, ya que no deben existir objetos que el enfermo pueda identificar como agarres mientras le desplazamos en la grúa. Es indispensable conocer, por tanto, el trayecto, la percepción y la capacidad de movimiento del paciente.
3. Otro aspecto que ya hemos comentado es el de fijar y consolidar las posiciones hasta que consideremos que el enfermo es consciente de su nueva situación.
4. Existen muchos tipos de grúas, tanto en funcionamiento como en lugar de uso: mecánicas, eléctricas, hidráulicas, de baño, de habitación, de carril al techo, etc., por lo que se utilizarán únicamente para su función determinada. También se valorará la ayuda que nos va a proporcionar el aparato para las AVD básicas. En el caso del enfermo de Alzheimer, nunca estará la grúa a su alcance cuando no la estemos utilizando y definiremos un espacio para su colocación.
5. A pesar de utilizar una grúa para la realización y simplificación de las movilizaciones, no perderemos el enfoque de intervención continua con el enfermo de Alzheimer, utilizando otros movimientos para seguir estimulando los aspectos motóricos y relacionales.
6. Es importante conocer el mantenimiento de estos aparatos y los cuidados necesarios, para evitar sustos innecesarios o situaciones comprometidas.



## **Módulo 8**

# **Duelo y malas noticias**

Manuel Nevado Rey

*Psicólogo de AFALcontigo.*



## **CONTENIDO**

- 1. Introducción.**
- 2. Proceso de duelo en las demencias: el duelo anticipado.**
- 3. Sensaciones del duelo.**
- 4. Tipos de duelo.**
- 5. Fases del proceso de duelo.**
- 6. Duelo en gerocultores.**
- 7. Cómo ayudar.**

## MÓDULO 8

### Duelo y malas noticias

#### 1. INTRODUCCIÓN

El duelo es una sensación de pérdida sin posibilidad de reparación. No siempre tiene que ir ligado a la muerte, puede tener distintas causas: la desaparición de un ser querido, la pérdida de la salud, la muerte del padre o del esposo, un divorcio o un cambio de domicilio. Estas situaciones provocan emociones y sentimientos que tienen una base común, pero que se diferencian en la intensidad y en la capacidad para asumir la pérdida del ser querido.

El duelo es una experiencia muy íntima que cada persona vive de una manera individual, incluso cuando hay que enfrentarse a un duelo común dentro de una familia, por ejemplo, el padre, cada miembro lo vivirá de un modo distinto.

Durante el proceso de duelo, los familiares experimentan sentimientos de tristeza, incredulidad, ira, culpabilidad y depresión. Sólo cuando se es capaz de valorar sin idealismos ni reproches lo que el fallecido tenía de bueno y de malo se puede considerar que hemos superado el duelo. No

hay recetas que permitan aliviar el dolor. Pero existen algunos recursos que ayudan a vivir el proceso conscientemente y permiten superar las distintas etapas, evitando la aparición de comportamientos patológicos.

## 2. PROCESO DE DUELO EN LAS DEMENCIAS: EL DUELO ANTICIPADO

¿Cuándo se pierde a un enfermo de Alzheimer, en el momento de su fallecimiento o cuando comienza a tener alteradas las funciones cognitivas? ¿Cuál es la diferencia para un cuidador entre el día antes de la muerte de un enfermo de Alzheimer en el último estadio de la enfermedad y el día después de su fallecimiento?

Ante esta perspectiva, la enfermedad de Alzheimer puede ser conocida como la **enfermedad de las pérdidas**, debido a que desde el momento en que se diagnostica, la familia comienza a perder al enfermo. Como decía Séneca: «No existe nada peor que estar en el mundo de los vivos sin haber llegado a salir del de los muertos».

### **Pérdidas que se producen en el enfermo de Alzheimer:**

Algunas de las pérdidas más significativas durante el proceso de la enfermedad son las siguientes:

1. **Comunicación.** Con la enfermedad y el consiguiente deterioro cognitivo asociado a la misma, el lenguaje se deteriora. Se afectan la expresión y la comprensión, que, unido a la pérdida de la memoria, conlleva la pérdida de la comunicación con el enfermo. Este aspecto se hace muy difícil de llevar para la familia.

2. **Capacidad jurídica.** La incapacitación es otro de esos momentos en los que la familia se da cuenta de que la enfermedad se va llevando al ser querido prácticamente sin darse cuenta.

3. **Conocimientos.** Da igual que el enfermo sea abogado, fontanero, electricista o economista; la enfermedad le hará perder los conocimientos adquiridos durante toda su vida y el rol social que antes tenía; y todo esto es difícil de asumir por la familia.

4. **El «ahora».** La enfermedad de Alzheimer se lleva el presente, el ahora. Al no poder almacenar información, el afectado vive sin presente.

5. **El «ayer».** La enfermedad de Alzheimer provoca la caída de los recuerdos: no reconocer a familiares, amigos, allegados... genera fuertes frustraciones e impotencia en el cuidador principal.

6. **El «mañana».** Ésta es una percepción constante en el cuidador: el miedo al futuro, el miedo a lo que vendrá, sobre todo teniendo en cuenta lo que se ha ido y lo que se está perdiendo (pasado y presente). La enfermedad augura un futuro incierto, lleno de decisiones difíciles que el cuidador tiene que resolver.

7. **Toma de decisiones.** La familia tiene que saber que las decisiones importantes en la vida del enfermo van a recaer en la figura del cuidador principal; el afectado no puede decidir, y menos en cuestiones importantes.

8. **Relaciones familiares.** La ruptura familiar constituye una de las pérdidas más dolorosas. El cuidador principal no sólo tiene que hacer frente a una despedida del ser querido, lenta y prolongada en el tiempo, sino que también, y como consecuencia de la incompreensión de otros miembros de la familia y de la escasez de ayuda de la misma, se producen rupturas que acabarán con las relaciones entre hermanos, hijos u otros miembros familiares.

Por todo lo dicho vemos que en la enfermedad de Alzheimer se impone el denominado duelo anticipado.

## **Pérdidas que se producen en todas las personas:**

Al trabajar con personas mayores, el duelo debe ser entendido como un proceso global, a lo largo de toda una vida son muchas las pérdidas con las que un ser humano se tiene que enfrentar, pérdidas a todos los niveles. Si cada uno de nosotros tiene un currículum vitae de logros enfocado al mundo laboral, seguro que también toda persona tiene o puede realizar un currículum de pérdidas, relativas a nuestro paso por la vida.

Las pérdidas pueden dividirse en:

1. **Pérdidas por fallecimiento.** La pérdida de un ser querido es la principal causa de estrés en todo el mundo, el tipo de fallecimiento, cómo se ha actuado con el fallecido antes de morir, los asuntos pendientes, el parentesco... determinarán la respuesta que el doliente tendrá ante este tipo de pérdida.

**2. Pérdidas sentimentales.** Dentro de esta categoría se pueden incluir los siguientes subtipos:

- a) *Amorosas.* Las pérdidas por divorcios, separaciones, noviazgos... pueden llegar a causar estragos en las vidas de las personas, afectando fuertemente a los valores, creencias, pérdida de la autoestima, disminución del rendimiento laboral y sensación de vacío.
- b) *Relaciones familiares.* La vida a veces da demasiados problemas y complicaciones: las relaciones familiares, la pérdida de relación entre hermanos, como sucede con bastante frecuencia durante las enfermedades crónicas como el Alzheimer, generan sentimientos de duelo similares a los descritos anteriormente.
- c) *Amistades.* Del mismo modo, la pérdida de las relaciones con amigos supone en el doliente sensaciones propias de duelo, como desconfianza, frustración, soledad.

**3. Pérdidas materiales.** Éstas pueden llegar a generar unas sensaciones de pérdida fuertes (incendio de la vivienda, robo del coche...) y, por lo tanto, pasar por el ciclo del duelo: sueños rotos, futuro incierto, búsqueda de culpables... Reacciones todas ellas normales dentro de este proceso. Aquí también podrían caer los despidos, cambios de trabajo, cambio de ciudad de residencia, negocios fracasados...

**4. Pérdidas vitales.** Son aquellas pérdidas fruto del paso del tiempo y que, inevitablemente, cierran una etapa vital. La menopausia, en las mujeres, supone el fin de un ciclo y trae consigo un proceso de duelo, de pérdida. Del mismo modo, las crisis vitales aparecidas como consecuencia de la jubilación o de las prejubilaciones, el síndrome del nido vacío en las amas de casa cuando ya no tienen hijos a los que cuidar, suponen un reajuste en la vida social, familiar y laboral de las personas en esta situación, por lo tanto, supone el inicio de un ciclo de duelo.

### 3. SENSACIONES DEL DUELO

Ante la pérdida de un ser querido el organismo reacciona con una activación a nivel cognitivo, a nivel físico y a nivel motor. Pienso, siento y actúo, este triángulo se manifiesta en todas las reacciones del proceso de duelo.



1. **Respuestas fisiológicas.** Son aquellas sensaciones que emite nuestro organismo ante una situación estresante, como la pérdida de un ser querido. Suelen aparecer de manera automática y producen una fuerte sensación de malestar, como las taquicardias, el nudo en el estómago, la sudoración, etc.

2. **Respuestas cognitivas.** Son todas aquellas ideas o pensamientos que genera la situación y que se disparan en el cerebro de manera automática: «No valgo para nada», «soy un inútil», «por qué me ha pasado esto a mí»...

3. **Respuestas motoras.** Son las acciones que se realizan con el fin de controlar la situación y que hacen que, aparentemente, todo vuelva a la normalidad; sin embargo, este tipo de respuesta de ansiedad puede llegar a desarrollar problemas mayores, como, por ejemplo, fumar demasiado, comerse las uñas, beber en exceso, comer compulsivamente o dar vueltas sin sentido en la cama tratando de buscar la postura adecuada.

En la enfermedad de Alzheimer la ansiedad está presente en todos los momentos del proceso degenerativo, creando un círculo vicioso en el cual los tres tipos de respuestas se solapan y se generalizan, sobre todo los efectos negativos de la conducta.

Falta total de respuesta ante la muerte	El dolor intenso se prolonga sobremanera	Sentimientos de culpa desproporcionados
Idealización de la persona fallecida	El familiar está absorto en sus recuerdos	Aparición de síntomas hipocóndricos relacionados con la enfermedad
Visitas continuadas al cementerio	Existen antecedentes de trastornos psicológicos.	Faltan recursos personales y familiares.
Sensación de presencia	Fatiga constante	Malestar general
Insomnio	Pesadillas	Miedo al futuro

## Diez sensaciones principales:

1. **Alteraciones del sueño.** Cuando sufrimos una pérdida es difícil conciliar el sueño y si se logra, puede traducirse en ensoñaciones o sensa-

ciones de presencia. Ésta es una respuesta de nuestro inconsciente, es la forma en la que nuestro cerebro trata de evitar la realidad de la pérdida.

2. **Sentimientos de culpa.** Más que hablar de sentimientos de culpa se podría hablar de impotencia, frustración..., sobre todo cuando se habla de enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer y la impotencia que ésta genera en la persona que cuida.

3. **Sentimientos contradictorios.** A lo largo del proceso, en ocasiones se ha deseado o, cuando menos, pensado que el enfermo estaría mejor muerto. Sin embargo, cuando algo raro parecía que pasaba en su organismo, inmediatamente se acudía a un especialista para que rápidamente solucionara el problema. Tras el fallecimiento de un enfermo crónico se vuelve a estos sentimientos contradictorios: por un lado, sentimos alivio por el fin de la labor iniciada hace años y, por otro lado, tenemos sentimientos de dolor por la separación física.

4. **Estar absorto en imágenes y recuerdos.** Recrearme en el recuerdo, recordar siempre que el objetivo a conseguir es dominar los recuerdos y no que los recuerdos me dominen a mí.

5. **Idealización del difunto.** Con el fallecimiento, parece una obligación moral recordar únicamente las virtudes del fallecido. Uno de los síntomas claros de que el proceso de duelo está siendo superado se produce cuando el doliente es capaz de hablar sobre el difunto comentando, además de sus virtudes, también sus defectos.

6. **Miedo al futuro.** ¿Y ahora qué hago yo? Sensaciones de inestabilidad emocional, plantearse nuevos objetivos que sustituyan la labor del cuidado. Cuesta entender que hay que seguir viviendo sin la presencia del ser amado.

7. **Vacío.** Cuando alguien fallece o cuando se pierde a un ser querido, la sensación de desgarramiento es tremenda. Planes que se rompen, relaciones sociales que se pierden... Cada uno debe reconstruir su vida de acuerdo a sus propios cimientos de personalidad.

8. **Depresión.** Las oscilaciones del ánimo, tendencia a ver lo negativo, a no poder superar este trago o salir de esta situación. A veces es necesario caer en un pozo para poder ver la luz, y esto es lo que supone la depresión en el duelo.

9. **Sentimientos de ira y celos.** Choque entre realidad y negación, hacen que el doliente reaccione con ira hacia miembros de su familia o del entorno cercano.

**10. Sensación de falta de comprensión y ayuda.** El doliente tiene una constante sensación de falta de ayuda. Ésta es normal durante el proceso de duelo y viene dada sobre todo por las denominadas frases hechas: «Sé cómo te sientes», «tienes que salir», «es lo mejor que os podía pasar a los dos, ya está descansando»... Estos tópicos resultan dañinos cuando una persona ha perdido a un ser amado.

## 4. TIPOS DE DUELO

### **Normal:**

El duelo normal es aquel en el que las reacciones citadas en el punto anterior permanecen durante un periodo comprendido entre los 6 y los 18 meses. Durante este periodo el doliente va superando las distintas fases del proceso de duelo, hasta llegar a la aceptación de la pérdida, pudiendo volver a rehacer su vida sin la presencia del ser querido.

### **Patológico:**

El duelo patológico se produce cuando la persona se ve superada por la pérdida, llevando consigo una ruptura de su equilibrio físico y psíquico. Alguna de las señales de alerta:

1. Falta total de respuesta ante la muerte.
2. El dolor intenso se prolonga sobremanera.
3. Sentimientos desproporcionados de culpa.
4. Idealización de la persona fallecida.
5. Ausencia de recursos personales, familiares.
6. Historia previa de trastornos psicológicos.
7. Estar absorto con los recuerdos.
8. Síntomas hipocondríacos relacionados con la enfermedad.
9. Desconexión de la realidad.
10. Vistas continuadas al cementerio.

### **Crónico:**

El duelo crónico se produce cuando las reacciones del proceso de duelo se arrastran durante años y el familiar es incapaz de reinsertarse socialmente.

### **Anticipado:**

En el duelo anticipado la familia percibe la pérdida como inevitable antes de que ésta suceda. Ello da lugar a que cuando la pérdida se produce, las reacciones ante el proceso de duelo sean menos intensas, pues con anterioridad a la pérdida ésta era percibida como inevitable.

### **Retardado:**

La reacción diferida se muestra en aquellas personas que en las fases iniciales del duelo son capaces de mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento. La preocupación de ayudar a familiares y atender diversas exigencias de las circunstancias «no les deja tiempo» para ocuparse de sí mismas. Después de negarlo, basta un simple recuerdo, una profundización en sus sentimientos o una imagen para desencadenar el duelo no resuelto que llevan dentro.

### **Ambiguo:**

Duelo que aparece como consecuencia de la no presencia física del muerto, por ejemplo, en aquellas personas con familiares desaparecidos, gente dada por muerta... Familiares que no pueden cumplir con los rituales de la despedida y que constantemente se realizan preguntas del tipo: «¿Volverá o no?», «¿estará muerta o no?», «¿celebro el funeral o no?».

## **5. FASES DEL PROCESO DE DUELO**

Para superar el proceso de duelo y ser capaz de rehacer de nuevo la vida, retomando aquellas actividades que como consecuencia de la enfermedad del ser querido se fueron dejando atrás, se tiene que pasar por una

serie de fases (Kluber Ross), que aproximadamente pueden durar entre los seis y los dieciocho meses. Las fases son las siguientes:

1. **Negación.** Ésta sería la primera de las etapas del proceso de duelo, y puede durar desde unas horas hasta un tiempo ilimitado. La negación surge como una respuesta inconsciente del ser humano, a modo de mecanismo de defensa que impide la toma de conciencia de la muerte o pérdida del ser querido. Durante esta fase el cuidador sigue buscando al fallecido, lo cual dará lugar a ensoñaciones o pseudo-alucinaciones con el familiar ausente, sin lugar a dudas fruto del proceso de negación a la pérdida que irá pasando con el tiempo.

2. **Ira.** Poco a poco la percepción de pérdida comienza a parecer y es en ese momento cuando se pasa a la segunda etapa: la ira. Ésta aparece, entre otros motivos, por la sensación de vacío que queda tras el fallecimiento. Ello unido a la sensación de falta de apoyo y a la posible soledad llevan al familiar a generar ira hacia sí mismo, hacia otras personas o incluso ante sus propias creencias. La pregunta más repetida en esta fase es: «¿Por qué a mí?».

3. **Culpa.** La ira comienza a apaciguarse y llegamos a la etapa de culpa. Esta etapa puede llegar a ser una de las más importantes a la hora de elaborar el proceso de duelo, entre otras cosas porque va a estar presente prácticamente a lo largo de la vida. En ella el cuidador comienza a buscar posibles culpables de lo que le ha sucedido y al final acaba autoculpándose: «Si me hubiera enterado antes de lo que tenía», «si le hubiera tratado mejor», «si no le hubiera gritado»... Toda esta culpabilidad le va a llevar a tener ensoñaciones nocturnas y arrebatos de dolor en momentos puntuales.

4. **Depresión.** En esta etapa el familiar empieza a tomar conciencia de la pérdida e intenta recordar al ser querido, utilizando fotos, recuerdos u objetos que le faciliten sensaciones que poco a poco comienza a perder. Al ir asimilando el dolor y la pérdida empieza a plantearse el futuro y esto le genera miedo, debido, sobre todo, a la sensación de vacío generada por la falta del ser querido. En esta fase del duelo la pregunta más frecuente quizá sea: «¿Y ahora qué hago yo?».

5. **Aceptación.** Es la última etapa del proceso, llega el momento de aceptar la muerte y de tratar de rehacer la vida. En esta etapa comenzamos a desprendernos de objetos y de recuerdos del difunto. Es una etapa en la que no se está ni alegre ni deprimido, tan sólo resignado ante la realidad

de seguir viviendo sin la persona querida. Es el momento de tomar decisiones sobre cómo será a partir de ahora la vida y de resolver aquellos asuntos pendientes. En esta fase del proceso es conveniente realizar una despedida simbólica que facilite el proceso de aceptación.

Fases	Síntomas	Cómo ayudar
<b>Negación</b>	¡No, no es verdad! Parece que le veo. Estoy como en una nube.	No forzar la aceptación, dejar que marque su ritmo. Contestar preguntas de manera realista. Estar a su disposición.
<b>Ira</b>	¡Por qué a mí! ¡Nadie me comprende! ¡No sabes cómo me siento! Sentimiento de injusticia.	Facilitar la expresión de la ira. No responder a sus enfados.
<b>Culpa</b>	¡Si me hubiera enterado antes de la enfermedad...! ¡Si no le hubiera gritado...! ¡Si hubiera actuado de otra manera...!	Ayuda para comprender y manejar sentimientos. Aportar respeto y escucha.
<b>Depresión</b>	La muerte se hace más consciente. La realidad comienza a imponerse. Asuntos pendientes. Objetivos no alcanzados en vida.	Descubrir las causas de la depresión. Respetar momentos de soledad.
<b>Aceptación</b>	Resignación ante la muerte, no estoy ni deprimido ni animado. Debo seguir adelante.	Reforzar las actitudes positivas. No forzar, plantearle actividades.
<b>Reinserción</b>	¡Comienzo a vivir!	Avisar de posibles recaídas.

## 6. DUELO EN GEROCULTORES

Los profesionales sanitarios son uno de los colectivos con mayor índice de estrés laboral, ya que junto a los problemas físicos y los riesgos laborales asociados que conlleva esta actividad, se une el componente afectivo fruto de la relación establecida con los diferentes usuarios a los que prestan sus servicios.

Por todo ello es muy importante que sepan cómo actuar ante situaciones de duelo, tanto si desarrollan su trabajo en el ámbito residencial como si lo hacen en el domiciliario.

## **Ayuda en el duelo inmediato**

La relación de ayuda al doliente debe realizarse mediante intervenciones en distintos momentos, como:

1. En las últimas etapas del proceso de vida.
2. En el fallecimiento.
3. En los primeros momentos después del fallecimiento.

## **En las últimas etapas del proceso de vida (recomendaciones)**

- Procurar a los dolientes una sala donde encuentren una cierta intimidad.
- Avisar a otros familiares y amigos.
- Informar de manera precisa, sencilla y clara a la familia.
- En el caso de los auxiliares, cuando el enfermo o su familia pregunten sobre los síntomas o la evolución, transmitir los conocimientos que se tengan sobre la situación actual de la persona.
- Prestar apoyo empático y emocional, dejar que lloren con nosotros si esto les puede aliviar.
- Asegurarles que se está haciendo todo lo humanamente posible, empleando todos los recursos y cuidados intensivos, para ayudar al paciente.
- Preguntar si desean algún servicio de apoyo psicológico o espiritual.

## **En el fallecimiento**

- Procurar crear un clima íntimo y acogedor.
- Ofrecerles bebidas calientes (sirve para aliviar tensiones e iniciar una conversación).

- El médico comunicará la muerte y les explicará cómo ha ido el proceso. Se quedará unos minutos más para preguntarles cómo se sienten; se puede utilizar algún contacto físico respetuoso y ofrecerse para hablar con ellos más adelante, si lo desean.
- Ofrecer apoyo psicológico.
- Ayudar en la gestión del funeral.
- Permanecerá con ellos la persona que les ha ido informando periódicamente; «les permitirá», animará y aceptará cualquier tipo de expresión de sus sentimientos, manteniendo una actitud empática.
- La contemplación del cuerpo del fallecido es muy importante para evitar posteriores fantasías, temores y fantasmas. La persona que se haga cargo de los familiares del fallecido:
- Les advertirá si el cuerpo presenta alteraciones visibles o cuál es su aspecto actual (intubado, conectado al respirador si es donante de órganos, etc.).
- Les permitirá que le toquen y le hablen, «que puedan despedirse».
- Les acompañará durante todo el tiempo que permanezcan con el cadáver.
- Este tiempo no suele prolongarse más de 15 minutos.

## **En los primeros momentos después del fallecimiento**

- Se avisará, si lo desean, a algún familiar o amigo.
- Se les ayudará a expresar sus sentimientos. Evitando recriminar y facilitando la ventilación emocional.
- Se acompañará el duelo, sin forzar la situación y evitando las «frases inútiles» (sé cómo te sientes, con lo bueno que era...).
- Ayudarles a expresar la ira, a llorar...
- Ayudarles a iniciar las gestiones necesarias.
- Sugerir (no imponer) decisiones necesarias para ellos, descansar, dormir, comer...
- Mejor hablar que medicar. Evitar al máximo tranquilizantes e hipnóticos.



## 7. CÓMO AYUDAR

### Decálogo de frases inútiles para ayudar en el duelo

En el intento de acompañar a la persona en duelo, es relativamente frecuente y normal el uso de expresiones dañinas, pero socialmente establecidas, que a veces invitan a olvidar al ser querido, otras a pensar en otra cosa, y que son pronunciadas con deseo de consolar o de apaciguar la angustia producida por la situación de pérdida, saliendo del paso del que no sabe qué decir. Éstos son algunos de los ejemplos:

1. **«Sé cómo te sientes».** Hay que tratar de no decir esta frase, nadie sabe cómo puede llegar a sentirse otra persona, porque el duelo es íntimo, personal e intransferible. Ni siquiera dos hermanos gemelos tienen el mismo dolor, intensidad o reacción ante un fallecimiento.

2. **Mientras hay vida hay esperanza.** Esta frase, utilizada para enfermos en fase terminal, puede suponer la justificación para justificar el encarnizamiento terapéutico.

3. **«Ahora ya descansáis los dos».** Cómo se puede saber esto, sobre todo si se trata del cuidador.

4. **«Tú lo llevarás bien, eres fuerte».** ¿Qué significa ser fuerte?... Quizá no llorar, no sufrir, pasar de la tristeza a la alegría o no enfadarse en medio del sufrimiento.

5. **«Suerte que tienes hijos y te ayudarán».** ¿Acaso sabes cómo es la relación con los hijos?, ¿sabes realmente cuáles son sus circunstancias familiares? Mejor no decir nada.

6. **«Así es la vida, hoy estamos aquí y mañana quién sabe».** Esta frase da a entender que en la vida estamos de paso, pero quien lo pronuncia a lo mejor ni siquiera se ha parado a pensar un segundo en su propia muerte.

7. **«Podría haber sido peor».** ¿Y esto qué significa?, ¿que podría haber sufrido más?, ¿que podría haberse alargado la agonía?... Esta frase está basada en suposiciones, en conjeturas, no en realidades. Hay que evitarla porque no se pueden establecer comparaciones.

8. **«Tranquila, el tiempo todo lo cura».** Frase de uso muy común y estandarizada en la sociedad. Atribuir al tiempo por sí mismo el poder de la curación sin dar ninguna herramienta es cuando menos arriesgado.

9. **«Con lo bueno que era...».** Esta frase invita a la idealización del difunto e incita al duelo patológico.

10. **«Lo siento en el alma».** No se pueden decir cosas que realmente no sentimos porque el doliente se puede sentir agredido.

Acompañar en duelo significa estar sin presionar; si no sabemos que decir es mejor estar callado, ofrecer un hombro por si quiere llorar e incluso poder llorar con él si nuestro cuerpo así lo siente. Nunca se debe aconsejar, intuir o afirmar cuando existan dudas sobre ello y evitar decir frases como las anteriores.

El contacto físico tiene mucho poder porque gracias a él somos capaces de comunicar sin hablar. El abrazo sincero dado en medio del duelo implica reciprocidad y permite romper el frío distanciamiento; hay que tener en cuenta que solamente un 20 % de la comunicación es verbal.

## **Decálogo para personas que quieran ayudar a otras a superar los duelos**

A la hora de ayudar a la persona en duelo, lo más importante, por encima de todo, es no errar. A. Pangrazzi establece un pequeño decálogo para personas que quieran ayudar en el tránsito del proceso de duelo a otros seres queridos, consejos derivados de la relación de ayuda:

### *1. Familiarizarse con el proceso de duelo:*

Es importante tener una noción del duelo, de su sintomatología, ritmos y fases para poder ayudar a desmitificar y aclarar los posibles sentimientos no comprendidos por parte del doliente.

### *2. Evitar las frases hechas:*

«Sé cómo te sientes, podía haber sido peor...». Este tipo de frases hay que dejarlas aparcadas y no hacer uso de ellas. Son muy dañinas para los procesos de duelo y para poder ganarse la confianza de la persona a la que se pretende ayudar.

### *3. Acoger y provocar los desahogos:*

Facilitar la ventilación de emociones, recordar siempre que la expresión de sentimientos nunca debe ser cortada bajo ningún concepto; por lo tanto, se deben acoger los sentimientos y ser capaz al mismo tiempo de facilitar el desahogo.

### *4. Revalorizar los signos de presencia y cercanía:*

Es importante que la persona en duelo sienta la presencia física y psicológica de la persona que quiere ayudarle en el duelo.

### *5. Mantener los contactos:*

Mantener vivo el contacto es también de gran importancia. La persona en duelo va a pasar por una serie de estados emocionales muy complejos, puede que alguna vez cuando se le quiera ayudar les despache de su lado de manera despectiva. Tener en cuenta que es una reacción normal dentro del proceso en el que se encuentra. Una llamada telefónica, una visita, etc., será una gran inyección de gasolina para el doliente.

### *6. Cultivar los recuerdos:*

A la hora de facilitar la ventilación de emociones, es importante comenzar a cultivar los recuerdos; se pueden utilizar fotos donde aparezca el difunto, de esta manera se conseguirá comenzar la cadena de recuerdos que dé lugar a la expresión emocional necesaria para el desahogo y la verbalización de sentimientos.

### *7. Ayudar a elegir y tomar decisiones:*

Nunca se puede decidir por el doliente, aunque a veces la solución pueda parecer clara. En la relación de ayuda se puede facilitar el camino, ser una luz en la oscuridad, pero siempre tiene que ser el familiar quien sea capaz de tomar sus propias decisiones durante el ciclo del proceso de duelo.

### *8. Enseñarles la esperanza:*

Ser capaz de aprender de la muerte, de sacar conclusiones. Es importante hacerles ver que ya han pasado por una de las peores circunstancias

por las que puede pasar un ser humano, la pérdida de un ser querido, y a partir de este momento, y después de haber caminado por el sendero de las lágrimas que es el duelo, queda la esperanza de poder seguir hacia delante, con a propia vida, siendo capaz de retomar otra vez objetivos pendientes.

### *9. Movilizar los recursos comunitarios:*

Importante en la relación de ayuda es conocer el ambiente en el que se desenvuelve el doliente. Conseguir movilizar recursos comunitarios, que asista a grupos de ayuda en duelo, que pueda ir saliendo o llamando a viejas amistades, será un gran logro para esta persona.

### *10. Ayudarle a descubrir nuevos motivos para vivir:*

Ha desaparecido uno de los motivos que se tenían para vivir y se siente un vacío muy grande, pero por otro lado todavía queda mucho por lo que luchar, cosas a las que una persona se puede seguir aferrando y por las que merece la pena continuar con la vida. Ayudar a que el doliente sea capaz de percibir esos motivos para volver a vivir será uno de los objetivos más importantes que se puedan plantear como terapeutas o voluntarios en relación de ayuda.

## **Decálogo de ayuda para superar el duelo en el interior de uno mismo**

**1. Reconocer la pérdida dejando sentir el dolor en el interior de uno mismo.** La persona en duelo tiene que sentir el desgarramiento del dolor en su interior. De nada sirve evitar la aparición de los síntomas, pues tarde o temprano aparecen. Compartir el dolor suele venir muy bien porque supone el apoyo necesario para la superación del mismo. Pero hay que recordar siempre que cada persona se enfrenta a un duelo único, intransferible y personal, y como tal tiene que sentirlo.

**2. Ofrecer al doliente un espacio para la expresión de emociones y del dolor de una manera íntima y personal.** Cuando se quiera ayudar a una persona en duelo, el lugar elegido debe ser cuidadosamente seleccionado. Hay que tener en cuenta que va a necesitar expresar sus sentimientos, ventilar sus emociones. El lugar debe reunir las condiciones de

intimidad necesarias para permitir el flujo de información. Se debe elegir un lugar en el que no haya distracciones, ni suene el teléfono, el móvil o donde alguno de los dos pueda ser conocido, interrumpiendo de este modo la comunicación, por ejemplo, una cafetería.

**3. Ayudar a identificar los sentimientos.** Una persona en duelo puede llegar a tener la sensación de que quizá se esté volviendo loca, la situación le desborda y todo se le hace cuesta arriba. Es una situación novedosa para ella. Por lo tanto, es muy importante que aprenda a identificar los sentimientos y sus miedos, que aprenda a percibir la nueva realidad como un aspecto más de su vida al cual debe habituarse y tener la información necesaria para hacer frente al duelo.

**4. Respetar el ritmo de cada persona.** Jorge Bucay comenta que el duelo es un camino de lágrimas que cada uno de nosotros tiene que atravesar para seguir viviendo. Este camino es único y cada persona lleva su ritmo al andar. Actualmente se vive en una sociedad con prisas para todo, incluso para el duelo. ¿Alguien se ha puesto a pensar alguna vez que en caso de muerte de un hijo, de una esposa..., supuestamente al tercer día ya hay que volver al trabajo? Lo importante en el duelo es ir avanzando, aunque sea lentamente, pero se debe producir y percibir el avance.

**5. No automedicarse.** En España existe una gran tendencia a la automedicación. Si hay que usar fármacos para controlar el estado de ánimo, tendrá que ser siempre bajo supervisión médica.

**6. No tomar decisiones muy importantes durante el periodo de duelo.** A la hora de tomar decisiones el corazón es mal consejero. Cuando una persona se encuentra en duelo, la parte racional de la toma de decisiones está prácticamente inutilizada, en ese momento el ser humano es emocional, pero una buena decisión tiene que ser racional y emotiva. Si se toman decisiones importantes durante el duelo, como por ejemplo vender una casa donde se ha vivido con el enfermo, cambiar de ciudad de residencia, dejar de trabajar... podemos equivocarnos y estas decisiones condicionarán de por vida al superviviente.

**7. Dejarse apoyar por los demás.** Hay que dar una oportunidad a los seres queridos para que puedan apoyarnos durante el duelo. Hay que decirles qué es lo que necesitamos, explicarles cómo pueden ayudar porque lo más seguro es que tengan buena voluntad, pero no sepan cómo hacerlo. La sensación de falta de apoyo a veces puede ser real y otras no, pero dice

Joaquín Sabina: «No hay ser humano que le eche una mano a quien no se quiere dejar ayudar».

8. **Tiempo para poder estar a solas.** El ser humano puede huir de todo aquello que le persigue menos de una cosa: de sí mismo. Del mismo modo que es fundamental saber recibir ayuda y no encerrarse en los propios sentimientos durante el periodo de duelo, resulta también crucial poder tener tiempo para reflexionar, ver fotos o recuerdos, reorganizar la vida y resolver asuntos pendientes. Y esto sólo se realiza en soledad.

9. **Aceptarse a uno mismo, planificar la vida.** Después de los asuntos pendientes toca rehacer la vida, volver a retomar aquellas actividades que, como consecuencia del cuidado del enfermo, se dejaron de realizar. Volver a disfrutar sin culpa será un buen objetivo para salir del duelo.

10. **Solucionar simbólicamente la despedida con el difunto.** Cuando alguien no puede despedirse del ser querido, como sucede en el caso de la enfermedad de Alzheimer, pues previamente ha ocurrido un deterioro cognitivo grave, se hace necesario ventilar los posibles sentimientos contrapuestos fruto del cuidado intenso y basado en cosas que se hicieron o se omitieron, y en cosas que se dijeron o se callaron.



## **Módulo 9**

# **Prevención de riesgos laborales y estrés laboral**

Patricia Morán Colmenar

*Psicóloga y Máster en Prevención de Riesgos Laborales por IMF.*



## CONTENIDO

1. Introducción.
2. Legislación básica.
  - 2.1. *Ley de prevención de riesgos laborales (LPRL),*
  - 2.2. *Derechos y deberes en la LPRL,*
  - 2.3. *Exigencias para las empresas,*
  - 2.4. *Reglamentos derivados de la LPRL,*
  - 2.5. *Reglamentaciones técnicas específicas derivadas de la LPRL,*
  - 2.6. *Resumen de disposiciones legislativas,*
3. Riesgos generales y técnicas preventivas.
  - 3.1. *Incendios,*
  - 3.2. *Riesgos ligados a aspectos psicosociales; la carga de trabajo, la fatiga, la insatisfacción laboral,*
  - 3.3. *Estrés laboral,*
  - 3.4. *Síndrome de Burnout,*
4. Riesgos específicos derivados de las tareas del georocultor.
5. Nociones básicas de actuación en emergencias.
6. Primeros auxilios.
7. El control de la salud de los trabajadores.



## MÓDULO 9

# Prevención de riesgos laborales y estrés laboral

### 1. INTRODUCCIÓN

Los riesgos para la salud asociados a las actividades laborales no son nuevos, los encontramos ya desde que el hombre inventó las primeras herramientas en la Edad de Piedra, si bien en la antigüedad no se tomaban medidas con respecto a estos riesgos, ya que no se le daba ninguna importancia a la persona en el ámbito del trabajo.

La normativa referida a la actividad laboral ha evolucionado a un ritmo muy lento y sólo en las últimas décadas se ha empezado a tomar conciencia de la importancia que tiene la prevención de los riesgos laborales.

Tradicionalmente se ha venido creyendo que los accidentes ocurren por casualidad, que son inevitables e imprevisibles y, por tanto, que no es posible preverlos y evitarlos. Por tanto, no se adoptaban medidas preventivas para evitar su aparición.

Con los avances de la Revolución Industrial en el siglo XIX, empieza a considerarse la mejora de las condiciones de trabajo como un derecho de los trabajadores. Así, a finales del siglo XIX empiezan a aparecer las primeras leyes de

protección de los trabajadores, inicialmente, hacia las mujeres y los menores. Un poco más tarde, en la primera década del siglo xx, queda constituida la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Sin embargo, no será hasta los años 70 cuando en Europa empiecen a tomarse realmente en serio estas mejoras.

En el año 1900 se aprueba en España la Ley de Accidentes de Trabajo, conocida como Ley Dato, que supone el inicio en nuestro país del desarrollo del Derecho de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 40.2, señala como uno de los principios de la política social y económica velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

El Estatuto de los Trabajadores, aprobado en 1980, contempla el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad e higiene, estableciendo el correlativo deber del empresario.

Pero no es hasta el año 1995 cuando se adopta, por primera vez en España, una legislación específica sobre la seguridad y la salud en el trabajo, con la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

Entre las novedades que va a aportar esta ley, se cuentan:

- Una orientación hacia la **acción preventiva** en la empresa, como elemento fundamental para que el empresario garantice un nivel de protección eficaz en cuanto a los riesgos laborales.
- La eficacia de la actividad preventiva viene dada por la asunción de una serie de principios de prevención y de acciones tales como la información, formación, consulta y participación de los trabajadores en materia de seguridad y salud laboral.
- La integración de la prevención en todas las fases de actividad de la empresa.

## 2. LEGISLACIÓN BÁSICA

### 2.1. Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, publicada en 1995, supone la asimilación por parte del derecho español de una serie de normativas

europas ya existentes sobre mejoras de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.

Esta ley pretende determinar el conjunto básico de garantías y responsabilidades para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

El objetivo de esta ley es **promover la seguridad y la salud de los trabajadores** mediante la aplicación de las normativas que se contemplan en ella.

Para ello, la ley se encarga de regular las actuaciones que deben llevar a cabo tanto las Administraciones públicas, como las empresas, los trabajadores y las organizaciones representativas.

A partir de esta ley se ha producido un cambio en la manera de abordar la protección de la seguridad y salud de los trabajadores. Se ha pasado de un enfoque «reparador», en el que sólo se actúa cuando sucede algo, a un enfoque «preventivo», en el que se actúa antes de que ocurra algo, planificándolo adecuadamente.

De este nuevo enfoque se desprende que la **actuación preventiva** debe seguir una serie de pasos:

- *Planificar* e integrar la acción preventiva en el conjunto de actividades de la empresa a través de todos sus niveles jerárquicos.
- Realizar una *evaluación inicial de los riesgos* presentes en el medio laboral derivando, cuando sea necesario, en la adopción de las medidas adecuadas que eliminen, o al menos reduzcan, los riesgos detectados.
- *Adoptar medidas preventivas* que eliminen o reduzcan los riesgos laborales.

La **estructura** de la ley está organizada en siete capítulos:

**a) Cap. I:** Determina el carácter de estas normas, el objeto de la ley y su ámbito de aplicación (afecta a todos los trabajadores, con las peculiaridades que especifique la ley).

Establece las definiciones de conceptos básicos tales como «prevención», «riesgo laboral», etc.

- b) **Cap. II:** Regula los objetivos, normas reglamentarias y actuaciones de las Administraciones Públicas.

Contempla la cooperación entre las Administraciones y la participación de las organizaciones de empresarios y trabajadores en la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- c) **Cap. III:** Desarrolla los derechos de los trabajadores y las obligaciones empresariales.
- d) **Cap. IV:** Se refiere a los Servicios de Prevención.
- e) **Cap. V:** Regula la consulta y participación de los trabajadores en la seguridad y salud en el trabajo, a través de los Delegados de Prevención.
- f) **Cap. VI:** Establece las obligaciones de los fabricantes, importadores y suministradores de maquinaria, equipos, productos y útiles de trabajo con el fin de garantizar el máximo nivel de seguridad para los usuarios.
- g) **Cap. VII:** Contempla las responsabilidades y sanciones derivadas del incumplimiento de la ley. Clasifica las infracciones en leves, graves y muy graves.

## 2.2. Derechos y deberes en la LPRL

El derecho a la vida y a la integridad física y moral es un derecho fundamental recogido en el artículo 15 de la Constitución Española. Paralelamente, al tratar de la política social y económica, se establece el deber que tienen los poderes públicos de «**velar por la seguridad e higiene en el trabajo**» (art. 40.2).

El Estatuto de los Trabajadores recoge el **derecho** que tienen los trabajadores a «su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene» (art. 4.2) y a «una protección eficaz en materia de seguridad e higiene» (art.19.1).

Del mismo modo, el Estatuto de los Trabajadores establece el **deber** que tienen los trabajadores de «cumplir con las obligaciones concretas de su puesto de trabajo» (art.5.a) y «observar las medidas de seguridad e higiene que se adopten» (art.5.b).

**La Constitución Española y el Estatuto de los Trabajadores reconocen el derecho a la protección de la salud y la integridad física en el trabajo.**

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece en su artículo 14 «el derecho que tienen los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo», así como el «deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales».

**Derechos de los trabajadores:**

- a) Ser informados y formados en materia preventiva.
- b) Ser consultados y participar en las cuestiones relacionadas con la prevención de riesgos.
- c) Poder interrumpir la actividad en caso de riesgo grave e inminente.
- d) Recibir una vigilancia de su estado de salud.

**Obligaciones de los trabajadores:**

- a) Velar por el cumplimiento de las medidas de prevención, por su propia seguridad y salud, y la de todas aquellas personas a las que pueda afectar su actividad profesional por actos u omisiones y de conformidad con las instrucciones del empresario.
- b) Usar correctamente los medios y equipos de protección facilitados de acuerdo con las instrucciones recibidas y riesgos derivados.
- c) Informar de inmediato a su superior jerárquico y a los trabajadores designados en las actividades preventivas acerca de la situación que, a su juicio, entrañe un riesgo para la seguridad y la salud de los trabajadores.
- d) No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad de las máquinas, aparatos, instalaciones, etc.
- e) Cooperar con el empresario para garantizar condiciones de trabajo seguras.

El empresario «deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo» (art. 2).

Respecto al derecho de participación en las empresas o centros de trabajo que cuenten con 6 o más trabajadores, éste se canalizará a través de sus representantes y de la representación especializada que se regula en el artículo 34 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

**EL EMPRESARIO DEBERÁ:**

Garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

**EL TRABAJADOR DEBERÁ:**

Velar, según sus posibilidades, por su seguridad y su salud, y por la de aquellas personas a las que pueda afectar su actividad profesional.

### **2.3. Exigencias para las empresas**

f) Órganos de representación: competencias y facultades

Para llevar a cabo la participación en las acciones y actuaciones según marca la LPRL existen tres figuras:

- Delegados de prevención (a partir de 6 trabajadores).
- Personal designado para desarrollar la actividad preventiva.
- Comité de seguridad y salud (a partir de 50 trabajadores).

#### **Delegados de prevención**

Son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo en la empresa en la cual trabajan.

Son elegidos por y entre los representantes del personal (delegados de personal o miembros del comité de empresa), de acuerdo a la siguiente escala:

de 6 a 49 trabajadores	1 delegado
de 50 a 100 trabajadores	2 delegados
de 101 a 500	3 delegados
de 501 a 1.000	4 delegados
de 1.001 a 2.000	5 delegados...

El número de delegados de prevención que debe tener una empresa está en función del número de trabajadores de ésta. Se excluye a las empresas con menos de 6 trabajadores (cifra mínima que se establece en el Estatuto de los Trabajadores).

Entre las **competencias** de los delegados de prevención, se encuentran:

- Colaborar con la dirección en la mejora de la acción preventiva.
- Promover y fomentar la cooperación de los trabajadores en la ejecución de la normativa.
- Ser consultados sobre la planificación y la organización preventiva.
- Ejercer una acción de vigilancia y control del cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.
- Formar parte del comité de Seguridad y Salud.

Para el ejercicio de sus competencias, los delegados de prevención estarán facultados para:

- Acompañar a los técnicos en las evaluaciones de carácter preventivo, así como a los inspectores de trabajo y seguridad social.
- Realizar visitas para vigilar y controlar el estado de las condiciones de trabajo.
- Tener acceso a la información y documentación para el desempeño de sus funciones.
- Hacer propuestas al empresario para la adopción de medidas preventivas y para la mejora de los niveles de protección y seguridad de los trabajadores.

## Personal designado

El personal designado por el empresario, servicio de prevención y salud y/ o servicio de prevención concertado debe prestar asesora-

miento y apoyo a la empresa, en función de los riesgos y en lo que se refiere a:

- Diseño y aplicación de planes de actuación sobre prevención.
- Evaluación de los factores de riesgo.
- Determinación de las prioridades en la adopción de medidas preventivas y de vigilancia.
- Información y formación de los trabajadores.
- Prestación de los primeros auxilios y planes de emergencia.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores.

## **Comité de Seguridad y Salud**

Es el órgano de encuentro entre los representantes de los trabajadores (delegados de prevención) y el empresario. En todas las empresas o centros de trabajo a partir de 50 trabajadores, se constituirá un Comité de seguridad.

Este comité estará formado por los delegados de prevención, el empresario y/ o sus representantes en un número igual o superior a los anteriores y los responsables técnicos y delegados sindicales (estos últimos con voz, pero sin voto).

El comité debe reunirse trimestralmente y siempre que lo solicite alguna de las representaciones del mismo.

## **Competencias**

- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa.
- Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos en la prevención de riesgos, mejorando o corrigiendo las deficiencias existentes.

g) Acciones y actuaciones de los empresarios

- Planificar la prevención desde el diseño del proyecto empresarial.
- Evaluar los riesgos actualizando la evaluación periódicamente.



- Adoptar un conjunto de acciones preventivas para eliminar y/ o controlar los riesgos detectados.
- Controlar la eficacia de las medidas preventivas adoptadas.
- Integrar la acción preventiva en la gestión de la empresa.
- Informar a los trabajadores sobre los riesgos que comporta su trabajo.
- Formar a los trabajadores en materia preventiva.
- Vigilancia de la salud de los trabajadores.
- Desarrollar actuaciones ante situaciones de emergencia.

## 2.4. Reglamentos derivados de la LPRL

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales prevé que el desarrollo de los aspectos concretos de la seguridad y la salud en el trabajo se realice por medio de **reglamentos**, entre los cuales destaca, por su importancia, el **Reglamento de Servicios de Prevención**, que regula la organización de la prevención en las empresas.

Este reglamento determina los procedimientos de evaluación de los riesgos para la salud de los trabajadores y las modalidades de organización, funcionamiento y control de los servicios de prevención, así como las capacidades y aptitudes que deben reunir dichos servicios y los trabajadores designados para desarrollar actividades preventivas.

**La evaluación** de los riesgos es el proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no se hayan podido evitar con el fin de que el empresario pueda obtener la información necesaria que le permita planificar la acción preventiva. Para los puestos de trabajo cuya evaluación de riesgos ponga de manifiesto la necesidad de tomar una medida preventiva, dicha evaluación de riesgos debe documentarse con una serie de datos:

- Identificación del puesto de trabajo.
- Riesgos existentes y relación de trabajadores afectados.
- Resultado de la evaluación y medidas preventivas más adecuadas.

**La organización** de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas deberá realizarla el empresario con arreglo a alguna de las siguientes modalidades:

- a) Asumiendo personalmente tal actividad. En las empresas de **menos de 6 trabajadores**, el empresario podrá asumir personalmente las funciones de la actividad preventiva, si desarrolla de forma habitual su actividad en el centro de trabajo.
- b) Designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo. En empresas de **más de 6 trabajadores** el empresario podrá designar para dichas tareas uno o varios trabajadores o bien contratar un servicio de prevención ajeno.
- c) Constituyendo un servicio de prevención propio. En empresas de **500 trabajadores** se precisará un servicio de prevención propio (o a **partir de 250 trabajadores** según circunstancias específicas de las empresas).

Dicho servicio de prevención propio deberá contar con dos de las cuatro especialidades siguientes: Seguridad, Ergonomía, Higiene Industrial y Medicina del Trabajo. Las otras dos especialidades podrá contratarlas con uno o varios servicios de prevención ajeno.

- d) Contratando un servicio de prevención ajeno, que concierte con la empresa la realización de actividades preventivas, le asesore y le apoye en función de los riesgos existentes.

El empresario que no hubiese concertado el Servicio de prevención con una entidad ajena a la empresa, deberá someterse al control de una auditoría externa.

## **2.5. Reglamentaciones técnicas específicas derivadas de la LPRL**

Las más importantes son las relativas a lugares de trabajo, equipos de trabajo y equipos de protección individual (EPI).

## Lugares de trabajo

Establece las condiciones mínimas de seguridad y salud que deben reunir los lugares de trabajo: espacios y superficies, accesos, condiciones ambientales (iluminación, ventilación, temperatura, etc.).

## Equipos de trabajo

Regula las disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización de los equipos de trabajo empleados por los trabajadores: máquinas, aparatos, etc.

## Equipos de protección individual (EPI)

Recoge las disposiciones generales que han de cumplir estos equipos, los riesgos en los que corresponde utilizarlos, su clasificación y los sectores de actividad donde pueden ser necesarios.

### 2.6. Resumen de disposiciones legislativas

#### **LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

#### **REGLAMENTOS DERIVADOS DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES:**

- Servicios de Prevención.
- Lugares de trabajo.
- Equipos de trabajo.
- Equipos de protección individual, etc.

#### **OTRAS DISPOSICIONES LEGISLATIVAS:**

- Ley de Industria.
- Ley General de la Seguridad Social.
- Cuadro de Enfermedades Profesionales, etc.
- Ley General de Sanidad.

#### **CONVENIOS COLECTIVOS**

### 3. RIESGOS GENERALES Y TÉCNICAS PREVENTIVAS

En el ámbito laboral existen multitud de riesgos que pueden ocasionar daños a la seguridad y a la salud de los trabajadores. Estos riesgos se pueden clasificar de la siguiente manera:

#### **RIESGOS LIGADOS A LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD:**

- Lugares de trabajo.
- Herramientas.
- Máquinas.
- Electricidad.
- Incendios.
- Almacenamiento y manipulación de cargas.
- Señalización.
- Trabajos de mantenimiento.

La técnica preventiva que se ocupa de evitar los accidentes que pueden provocar estos riesgos es la **Seguridad en el trabajo**.

#### **RIESGOS LIGADOS AL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO:**

- Exposición a agentes físicos.
- Exposición a agentes químicos.
- Exposición a agentes biológicos.

La técnica preventiva que trata de evitar las enfermedades que pueden ocasionar estos riesgos es la **Higiene Industrial**.

#### *RIESGOS LIGADOS A ASPECTOS PSICOSOCIALES:*

- Fatiga.
- Carga de trabajo.

- Insatisfacción laboral.
- Estrés laboral.

La técnica preventiva que se ocupa de evitar o de reducir estos riesgos es la **Ergonomía y Psicosociología**.

Otra técnica preventiva que podemos citar es la **Medicina del trabajo**, que tiene entre sus objetivos la promoción de la salud, la curación y la rehabilitación.

### 3.1. INCENDIOS

La seguridad contra incendios contempla todo un conjunto de medidas destinadas no sólo a evitar el inicio del mismo, sino también a controlar y eliminar su propagación.

Cuando la intervención **trata de evitar el inicio** la denominamos prevención de incendio.

La **prevención de incendio** es el conjunto de acciones tendentes a cortar el inicio del incendio mediante la eliminación de alguno de los tres factores del fuego.

Para que el fuego se inicie es necesario que coincidan en tiempo y lugar una serie de factores, llamados factores del fuego: combustible, comburente y calor.

#### FACTORES DEL FUEGO

**COMBUSTIBLE:** toda sustancia capaz de arder. Puede ser sólida, líquida o gaseosa.

**COMBURENTE:** el normal es el **aire**.

**CALOR:** es necesario que exista un foco que proporcione el calor suficiente para que se produzca el fuego. Los focos más comunes son: cigarrillos, chispas, fallos eléctricos, etc.

**Para evitar el inicio bastará con eliminar alguno de los factores del fuego.**

## PREVENCIÓN DEL INCENDIO: NORMAS GENERALES PARA EVITAR EL INICIO

- a) Almacenar los productos inflamables y combustibles aislados y alejados de las zonas de trabajo.
- b) Utilizar recipientes herméticamente cerrados, tanto para almacenamiento como para transporte y depósito de residuos.
- c) Desconectar de la red todos los aparatos eléctricos cuando no se estén utilizando.
- d) No mezclar sustancias químicas cuya reacción se desconozca, ya que puede desprender calor suficiente para generar un incendio.

## PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS

Es el conjunto de medidas destinadas a completar la acción preventiva.

Una buena protección se da en función de una buena **detección, extinción y alarma**.

Una vez iniciado el incendio, el tiempo de actuación es fundamental. Por ello es importante dotar los centros de trabajo de detección automática, al menos en aquellas zonas donde el riesgo de incendio puede ser mayor.

No todos los fuegos son iguales ni todos los agentes extintores son adecuados para todos los fuegos. Por ello, es importante conocer los diferentes tipos de fuegos y los agentes extintores adecuados a cada uno de ellos.

CLASES DE FUEGOS	AGENTES EXTINTORES						
	AGUA CH OR	AGUA PULV	ESPUMA FÍSICA	POLVO SECO	POLVO ANTI-BRASA	NIEVE CARBO	HALÓN
<b>SÓLIDOS</b>	2	3	2	—	2	1	1
<b>LÍQUIDOS</b>	—	1	2	3	2	1	2
<b>GASES</b>	—	—	—	2	2	—	—
<b>METALES</b>	—	—	—	—	—	—	—
<b>ELÉCTRI.</b>	—	1	—	2	1	3	3
CLAVES: 3 MUY ADECUADO. 2 ADECUADO. 1 ACEPTABLE							

**La prevención de incendio** es el conjunto de acciones tendentes a cortar el inicio del incendio, mediante la eliminación de alguno de los tres factores del fuego.

**La protección contra incendios** es el conjunto de acciones dirigidas a completar la acción preventiva para que, en caso de que se inicie el incendio, éste quede reducido en su propagación y en sus consecuencias.

## EXTINTOR

Es un aparato que contiene una sustancia extintora que puede ser proyectada sobre el fuego por la acción de una presión interna.

Los extintores deben estar perfectamente señalizados y tener fácil acceso a ello, no debiendo estar colocados en su punto más elevado a más de 1,70 m. del suelo.

Se debe realizar un mantenimiento cada 3 meses, comprobando el estado de la carga (peso y presión), estado de boquillas, válvulas, etc.

Deberán ser revisados cada año por personal especializado.

### 3.2. RIESGOS LIGADOS A ASPECTOS PSICOSOCIALES: LA CARGA DE TRABAJO, LA FATIGA, LA INSATISFACCIÓN LABORAL

El trabajo es una actividad humana que conlleva una serie de exigencias físicas y mentales a la persona que lo realiza.

La carga de trabajo es un concepto que hace referencia al conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral.

Aunque en la práctica todo trabajo implica el consumo, tanto de energía física como de energía mental, predominando un consumo mayor de una

u otra en función del tipo de actividad que se vaya a realizar, a nivel teórico, vamos a diferenciar entre carga física de trabajo, cuando éste requiere principalmente un esfuerzo muscular, y carga mental de trabajo, cuando el trabajo implica un mayor esfuerzo intelectual.

## La carga física

Es el conjunto de requerimientos físicos a los que se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral.

Para conocer la carga física de un determinado trabajo, hay que tener en cuenta:

- a) Los esfuerzos físicos.
- b) La postura de trabajo.
- c) La manipulación de cargas.

a) Los esfuerzos físicos:

Suponen el consuno de gran cantidad de energía y el aumento de los ritmos respiratorio y cardiaco. Para prevenir la sobrecarga de trabajo, en cuanto a esfuerzos físicos se refiere, es fundamental que el consumo de energía (medido en kilocalorías) y el aumento del ritmo cardiaco se mantengan dentro de unos parámetros razonables.

b) La postura de trabajo:

Las posturas de trabajo desfavorables contribuyen, no sólo a que el desempeño del trabajo sea más pesado y desagradable, sino también a la aparición de cansancio y sobrecarga de los músculos de las piernas, espalda y hombros.

Para evitar estos riesgos, las siguientes **recomendaciones**:

- Diseñar la altura del plano de trabajo en función del tipo de actividad a realizar. Un trabajo de precisión requiere situarse a una altura supe-



rior; en un trabajo donde predomine el esfuerzo físico, la altura debe ser menor para aprovechar la fuerza del cuerpo.

- Alternar la posición de sentado y de pie.

### c) La manipulación de cargas

La legislación no establece un peso máximo recomendable para la manipulación de cargas; sin embargo, distintos grupos de trabajo e investigación en el campo de la Ergonomía que consideran un peso máximo aceptable de 25 Kg.

Para prevenir dolores de espalda, lesiones de espalda, dolores musculares, etc., que constituyen las lesiones más habituales producidas por la manipulación de cargas, **se recomienda:**

- Apoyar los pies firmemente.
- Separar los pies a una distancia aproximada de 50 cm. uno del otro.
- Doblar la cadera y las rodillas para coger la carga.
- Coger la carga manteniéndola lo más cerca posible del cuerpo, levantándola gradualmente, estirando las piernas y manteniendo la espalda recta.
- La carga debe distribuirse entre las dos manos, en lo posible.

## La carga mental

La carga de trabajo mental es un concepto que se utiliza para referirse al conjunto de tensiones inducidas en una persona por las exigencias del trabajo mental que realiza.

La carga de trabajo mental alude a tareas que implican fundamentalmente procesos cognitivos (concentración, atención, memoria, toma de decisiones, etc.) y aspectos afectivos (autocontrol emocional). Las capacidades cognitivas, de memoria, percepción, aprendizaje, etc., son recursos personales que varían de una persona a otra. Por ello, la relación entre las exigencias de un determinado trabajo y los recursos mentales de que dispone el trabajador para hacer frente a esas exigencias, va a determinar el nivel de carga de trabajo mental que va a experimentar el propio trabajador.

Los factores que contribuyen a la carga de trabajo mental y que ejercen presiones sobre la persona que lo desempeña, se pueden clasificar de la siguiente manera:

**A) Exigencias de la tarea:**

- La cantidad y el grado de complejidad de la información que se recibe.
- Tiempo de respuesta exigido.
- Grado de atención sostenida.
- Nivel de responsabilidad asignado.
- Organización del trabajo: horarios, turnos...
- Contenido de la tarea: planificación, ejecución, evaluación.
- Nivel de peligrosidad de la tarea.

**B) Condiciones físicas del entorno:**

- Iluminación.
- Ruido.
- Temperatura.

**C) Factores psicosociales y organizativos:**

- Estructura de la organización.
- Clima social de la organización.
- Niveles de comunicación.
- Grado de cohesión de grupo.
- Estilos de dirección...

Las características individuales influyen en la tensión que experimenta la persona como consecuencia de las distintas presiones que ejercen los diversos factores de carga mental del trabajo. Estas características individuales actúan como moduladoras de la relación entre las exigencias de la tarea y el esfuerzo necesario para satisfacerlas.

Entre las características individuales podemos nombrar:

- Las actitudes hacia la tarea: motivación, interés, nivel de aspiración, etc.

- Las aptitudes: capacidades personales, nivel de cualificación, grado de aprendizaje, etc.
- La edad.
- Estado general de salud .
- Características de personalidad.

La carga mental de trabajo inadecuada, ya sea por exceso o por defecto, tiene consecuencias negativas tanto para el trabajador como para la propia organización. Para prevenirlas, es necesario adoptar medidas que se apliquen, tanto a las condiciones del puesto de trabajo (físicas, sociales y organizativas), como a las características de la persona (proporcionándole formación, habilidades, etc.).

Algunas medidas que se pueden aplicar para mejorar las condiciones de trabajo y adecuar las exigencias de trabajo mental a las personas son:

- a) Adecuar la cantidad de información necesaria para realizar la tarea y ajustarla a las capacidades de la persona.
- b) Ajustar la relación entre el grado de atención necesaria y el tiempo que se ha de mantener para realizar la tarea.
- c) Reorganizar el tiempo de trabajo (tipo de jornada, duración, flexibilidad, etc.).
- d) Adecuar el lugar de trabajo (iluminación, espacios, etc.).

**La fatiga** es la consecuencia más directa de la carga de trabajo física y mental. Podemos definir la fatiga como la disminución de la capacidad de respuesta de un individuo, tanto física como mental, debido a la influencia de los factores de carga de trabajo.

La fatiga puede producirse por un *exceso de carga física* en el trabajo y se acusa sobre todo en los músculos, los cuales tienen una doble función: una de tipo dinámico, para realizar movimientos, y otra de tipo estático, para mantener la postura. La fatiga por contracción dinámica sólo se da actualmente en trabajos muy poco mecanizados, cada vez menos frecuentes en las sociedades industrializadas. Sin embargo, la fatiga postural podemos encontrarla incluso en trabajos más bien sedentarios, siempre que obliguen a que la mayor parte del cuerpo permanezca inmóvil durante periodos prolongados.

También puede producirse fatiga por un *exceso de carga mental*, la cual tiene numerosas consecuencias sobre la salud mental: disminuye la atención y la coordinación, aumenta el tiempo de reacción a los estímulos, deteriora las relaciones interpersonales, etc.

Así, en función de la parte del organismo más afectada, podemos hablar de fatiga muscular, fatiga intelectual, fatiga sensorial, fatiga psicológica o fatiga emocional.

La fatiga tiene, por tanto, repercusiones, tanto personales, como económicas y materiales, de diversa magnitud; es un factor causal importante de errores en la actividad, provoca una disminución del rendimiento y de la productividad, aumento del malestar, disminución del nivel de seguridad y, por tanto, contribuye a potenciar el riesgo de accidentes, etc.

El trabajo por turnos y el trabajo nocturno son, asimismo, dos factores que pueden contribuir a aumentar la fatiga, afectando a la salud y al bienestar de los trabajadores, ya que provocan un desajuste con respecto al ritmo social y familiar, supone cambios en los horarios de comidas, perturbaciones del sueño, etc.

En condiciones laborales normales puede sentirse cansancio de manera ocasional y justificada, es decir, una fatiga normal: por una intensa jornada de trabajo, por escaso descanso nocturno, etc., que se recupera mediante el descanso habitual. La fatiga es, pues, una consecuencia lógica del esfuerzo físico y mental que supone el trabajo, pero siempre que se mantenga dentro de unos límites aceptables para el trabajador, que no superen sus propias capacidades.

Pero cuando se siente fatiga ya desde el comienzo de la jornada o tras la realización de actividades que antes no la provocaban, estaríamos hablando de una fatiga patológica, que requiere una intervención inmediata y la realización de un estudio más profundo, con el fin de encontrar sus causas y actuar sobre ellas.

Por ello, es imprescindible conocer las exigencias físicas y mentales de cada actividad laboral, para planificar, diseñar y organizar el trabajo de manera que éste se adapte a las características y capacidades de cada individuo.

## Medidas preventivas

En el mundo laboral, los problemas de fatiga deben abordarse desde el estudio de todas las condiciones de trabajo, de las exigencias del mismo sobre la persona y de los recursos de ésta para dar respuesta a tales demandas.

Algunas de las medidas preventivas que se pueden adoptar son:

1. Adaptar la carga de trabajo (física y mental) a las capacidades del trabajador.
2. Organizar las tareas de manera que sea posible combinar distintas posturas de trabajo.
3. Adecuar, en relación con la tarea, el número y duración de los periodos de descanso.
4. Mantener los factores ambientales dentro de unos parámetros de confort (ruido, iluminación, temperatura, etc.).
5. Aconsejar una adecuada nutrición en relación con el consumo metabólico producido en el trabajo.
6. Elegir un mobiliario de trabajo (sillas, mesas...) adecuado a las tareas a desempeñar.

## La insatisfacción laboral

Es el grado de malestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo, lo cual expresa en qué medida las características del trabajo no se ajustan a las necesidades o aspiraciones del trabajador.

La aparición de la insatisfacción laboral puede verse favorecida por diversos factores, tanto de la organización del trabajo como psicosociales (salario bajo, falta de responsabilidades, trabajos rutinarios, malas relaciones, falta de promoción, poca o nula participación, etc.).

Las características individuales también tienen una influencia importante, ya que no todos los trabajadores reaccionan de la misma manera ante la misma situación laboral.

Los efectos de la insatisfacción laboral se van a dejar sentir tanto sobre la salud de los trabajadores (desmotivación, ansiedad...) como sobre la organización (absentismo, actitud negativa, etc.).

**La mejor manera de prevenir la insatisfacción laboral es ACTUAR SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO...**

...adoptando nuevos modos de planificar las tareas que potencien las aptitudes de los trabajadores y, con ello, la promoción de su salud.

### **3.3. ESTRÉS LABORAL**

El estrés es un fenómeno cada vez más frecuente en el medio laboral y es uno de los riesgos laborales más importantes en el personal sanitario, junto a los riesgos físicos, químicos y biológicos.

#### **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ESTRÉS**

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye, el cual lo definió como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

Posteriormente, el término se utilizó con múltiples significados y, en 1989, tras numerosas y controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, algunos autores empiezan a considerarlo como un término genérico que hace referencia a un campo de estudio determinado.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define el estrés desde una perspectiva integradora: « la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse a presiones internas y externas». Es la respuesta a un agente interno o externo perturbador, al que se denomina *estresor*.

El estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente, al que al individuo le resulta difícil adaptarse y, por tanto, implica un aumento del esfuerzo que éste tiene que realizar para mantener un estado de equilibrio (homeostasis).

El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

## **FISIOLOGÍA DEL ESTRÉS**

Ante una situación de estrés se produce una serie de reacciones fisiológicas en el organismo que suponen la activación del sistema nervioso (eje hipofiso-suprarrenal y del sistema nervioso vegetativo) y del sistema endocrino.

Ante una situación de estrés, se produce una activación del hipotálamo (estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema nervioso y el sistema endocrino), el cual activa, a su vez, la hipófisis, segregando una serie de hormonas que van a incidir sobre las glándulas suprarrenales (glándulas endocrinas), que segregarán también diferentes hormonas (cortisol, adrenalina, etc.), encargadas de preparar al organismo para un estado de alerta.

## **TIPOS DE ESTRÉS**

El organismo siempre se encuentra en un estado de estrés mínimo que, ante determinadas situaciones, se incrementa pudiendo producir un efecto beneficioso o negativo, dependiendo de si la reacción del organismo es suficiente para cubrir una determinada demanda, o bien la demanda supera la capacidad del organismo para hacerle frente.

Podemos diferenciar dos tipos de estrés, uno positivo y otro negativo.

### **Estrés positivo (EUSTRÉS)**

Mantener un cierto nivel de estrés es positivo, ya que estimula el organismo y favorece el nivel de concentración y ejecución de la tarea. El

estrés positivo incrementa la motivación, el bienestar y el equilibrio. Produce, pues, importantes beneficios en la salud del individuo.

### **Estrés negativo (DISTRÉS)**

Produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, que va a originar un desequilibrio fisiológico y psicológico que dará como resultado una disminución del rendimiento y la productividad, así como un aumento de la probabilidad de aparición de enfermedades psicósomáticas en el individuo.

### **RESPUESTA DE ESTRÉS**

Es la respuesta inespecífica y automática del organismo ante cualquier cambio ambiental, mediante el cual el organismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generen como consecuencia de la nueva situación.

### **CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS**

En toda situación de estrés existe una serie de características comunes:

- a. Se genera un cambio o una situación nueva.
- b. Suele haber falta de información.
- c. No se puede predecir lo que va a ocurrir.
- d. Cuanto más ambigua sea la situación, mayor poder estresante generará.
- e. Se producen alteraciones de las condiciones biológicas del organismo (sudoración, tensión muscular, aumento de la frecuencia respiratoria, de la tensión arterial, taquicardia, etc.) que nos obligan a trabajar más intensamente para recuperar el estado de equilibrio.

Sin embargo, estas respuestas del organismo frente a las demandas externas o internas no siempre tienen un carácter negativo. Así, siempre que no se den con excesiva intensidad y frecuencia, de manera que no superen nuestra propia



capacidad de adaptación, pueden constituir un estímulo y un aliciente en nuestra vida cotidiana, mejorando nuestros niveles de salud y rendimiento.

## CONCEPTO DE ESTRESOR

Se utiliza el término de estresor o situación estresante para referirse al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés. Los estresores pueden ser de dos tipos:

- **Psicosociales:** pueden generar estrés por el significado que la persona les asigna.
- **Biogénicos:** son situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos que automáticamente disparan la respuesta de estrés.

## TIPOS DE ESTRESORES LABORALES

- **Estresores del ambiente físico:**
  - Iluminación.
  - Temperatura.
  - Ruido.
  - ambientes contaminados.
- **Estresores relativos al contenido de la tarea:**
  - Carga mental de trabajo necesaria para desempeñar la tarea.
  - Control sobre la tarea, se da cuando la actividad a realizar no se adecua a nuestros conocimientos.
- **Estresores relativos a la organización:**
  - Jornadas y turnos de trabajo rotativos o nocturnos pueden producir mayor desgaste físico y mental y, por tanto, mayor probabilidad de aparición del estrés.
- **Relaciones interpersonales,** pueden convertirse en una fuente de estrés cuando no existe buena comunicación o se percibe falta de apoyo social o de la propia organización.

- Conflicto y ambigüedad de rol, cuando los deseos y las metas no se corresponden con lo que estamos haciendo, cuando no están claros los objetivos de trabajo, etc.
- Promoción y desarrollo profesional. Si las aspiraciones profesionales no se corresponden con la realidad puede aparecer el estrés.

Las características individuales juegan, también, un papel importante en la experiencia de estrés laboral. El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo. Así, existen circunstancias que pueden ser causas potenciales de estrés en el trabajo y, sin embargo, puede haber trabajadores que experimenten estrés ante esas circunstancias y otros que no lo experimenten.

En la aparición de la experiencia de estrés interactúan las características propias del individuo (rasgos personales, expectativas, actitudes, experiencias pasadas, afectos, etc.) con las características ambientales. Así, la combinación de una situación determinada y de un individuo determinado puede producir una falta de equilibrio que induzca a estrés, o bien todo lo contrario.

Algunas de las características individuales más importantes implicadas en el proceso de estrés son:

- Patrones de conducta específicos: son formas de conducta aprendidas que influyen en nuestra manera de ser y de comportarnos.
- Locus de control: hace referencia a las explicaciones que una persona se da a sí misma sobre las cosas que le suceden. Las personas con un «locus de control» externo atribuyen los sucesos que les acontecen a circunstancias externas que dependen de la suerte o el destino. Las personas con «locus de control interno» atribuyen los sucesos a circunstancias internas, perciben que tienen control sobre las situaciones y, por tanto, experimentan menos amenaza ante los estresores y responden más adecuadamente, ya que se enfrentan a la situación y buscan soluciones.
- Neuroticismo / Ansiedad, influyen en el estrés experimentado, ya que las personas que perciban los estímulos como más amenazantes y ansiógenos, experimentarán mayor estrés.

## CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Las consecuencias que provoca el estrés, tanto sobre los individuos como sobre las empresas, pueden ser muy numerosas y diversas. La mayoría de estas consecuencias son disfuncionales, es decir, provocan desequilibrios físicos y psicológicos en el individuo, así como efectos negativos en el funcionamiento de las propias empresas a todos los niveles, afectando al rendimiento, la productividad, favoreciendo el absentismo laboral o incluso la incapacidad laboral.

En lo que se refiere al **individuo**, algunos de los efectos que el estrés puede provocar son:

1. *Sistema fisiológico*. Una activación fisiológica prolongada puede provocar trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, endocrinos, respiratorios, dermatológicos, etc.
2. *Sistema cognitivo*. Pueden aparecer trastornos psicológicos asociados al estrés, tales como trastornos del sueño, ansiedad, depresión, bajo nivel de concentración, bloqueos mentales, mal humor...
3. *Sistema motor*. Temblores, tartamudeo, trastornos alimentarios, conductas impulsivas, consumo excesivo de tabaco, alcohol, etc.

Además, todas estas alteraciones pueden contribuir, también, a que se produzca un deterioro importante en las relaciones interpersonales del individuo, tanto familiares como sociales y laborales.

En lo que se refiere a la **empresa**, podemos señalar algunos aspectos que contribuyen a la aparición del estrés:

- Demandas de trabajo excesivas.
- Ritmo demasiado acelerado de trabajo.
- Ambigüedad y conflicto de rol.
- Malas relaciones personales.
- Estilos de dirección inadecuados, etc.

Para evitar la aparición del estrés en una organización es conveniente detectar, lo antes posible, qué aspectos concretos de la organización pueden ser fuente de estrés para poder actuar sobre ellos.

## EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

Los programas de prevención y control del estrés laboral deben partir de una evaluación multidimensional del proceso de estrés, es decir, de aquellos factores personales, interpersonales y organizacionales que intervienen en la generación del estrés en el trabajo.

Por tanto, el estrés en el trabajo no puede analizarse de manera aislada, sino que requiere el conocimiento de otros elementos, tales como:

- Estresores: condiciones físicas y psicosociales del trabajo.
- Percepción del estrés: evaluación cognitiva del individuo en su apreciación de las demandas ambientales y los recursos de los que dispone.
- Variables moduladoras: características personales que pueden determinar la vulnerabilidad al estrés: patrón de conducta, locus de control, estrategias de afrontamiento, apoyo social, etc.
- Respuestas al estrés: fisiológicas, cognitivas, de comportamiento.
- Relaciones interpersonales en el trabajo.
- Satisfacción laboral, etc.

Debido a la complejidad de los factores implicados en la generación de estrés, no existe un instrumento único con el que evaluarlo, sino que es necesario utilizar diferentes métodos que se refieran a aspectos relacionados tanto con la situación laboral como con el individuo.

Algunos de estos instrumentos son:

- **Listas de control:** tratan de ofrecer una visión genérica de los distintos ámbitos de una organización que pueden originar estrés y de los posibles estresores que podríamos encontrar en ellos (listas sobre condiciones de trabajo, contenido del trabajo, relaciones sociales, etc.). No requiere conocimientos especializados, por lo que los propios trabajadores podrían utilizarlas para controlar su puesto de trabajo.
- **Cuestionarios y escalas sobre el estrés en el lugar de trabajo:** permite obtener datos sobre la forma en que los trabajadores perciben sus condiciones de trabajo.

- **Inventarios sobre las características personales:** sobre estrategias de afrontamiento de los individuos ante un suceso potencialmente estresante.

## INTERVENCIÓN SOBRE EL ESTRÉS

En general, el trabajo en una empresa está sujeto a unas condiciones y una forma de organización que no están determinadas por las capacidades o expectativas del individuo, sino que se estructura en base a otro tipo de factores (productividad, tecnología, etc.). Aunque, en general, los individuos tienen una gran capacidad de adaptación, en ocasiones determinadas características del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el que el sujeto no está preparado, lo cual puede originar problemas importantes en el desempeño del trabajo.

Por ello, toda intervención de prevención del estrés debería ir encaminada a la intervención tanto sobre el individuo como sobre la empresa.

Así, en la **intervención sobre el estrés en la empresa** suelen adoptarse medidas de carácter global, que van dirigidas a la actuación sobre ciertas condiciones del trabajo y a la modificación de ciertos aspectos organizativos del trabajo:

- Revisar métodos de trabajo.
- Favorecer la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Delegar responsabilidades.
- Favorecer una comunicación fluida, en todos los niveles de comunicación (ascendente, descendente).
- Potenciar un estilo de dirección orientado hacia los objetivos.
- Proporcionar retroalimentación al trabajador sobre su propio trabajo.
- Reuniones periódicas.
- Articular procedimientos de arbitraje y mediación.
- Potenciar la formación.

- Apoyo social.
- Favorecer un ambiente de trabajo agradable.
- Facilitar relaciones interpersonales.

La intervención sobre los individuos iría encaminada al fomento de la adquisición y el aprendizaje, por parte del individuo, de estrategias de afrontamiento del estrés, así como a aumentar su capacidad de adaptación y la capacidad para hacer frente a los requerimientos del trabajo.

Estos programas de intervención se basan en la transmisión de una serie de conocimientos a los trabajadores sobre qué es el estrés, cómo se desarrolla, etc., con el fin de promover el reconocimiento de los estresores, así como sus efectos sobre la salud, y entrenarles en técnicas y habilidades que les ayuden a abordar los problemas de estrés de manera más adaptativa.

Algunas de las técnicas que se utilizan son:

- Técnicas cognitivas: modificación de pensamientos automáticos, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, etc.
- Técnicas conductuales: entrenamiento en habilidades sociales, en técnicas de solución de problemas, entrenamiento asertivo, etc.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de control de la respiración.
- Indicadores bioquímicos y electrofisiológicos: para la medición de respuestas fisiológicas

De este modo, el conocimiento y la evaluación del estrés laboral va a permitir la elaboración de programas de intervención para el manejo y la prevención del estrés.

## **PREVENCIÓN DEL ESTRÉS**

Para prevenir o reducir la aparición del estrés laboral, no existe una única medida preventiva, si bien es necesario plantear estrategias dirigidas a la situación de trabajo y a la persona:

- Eliminar o modificar la situación productora de estrés.

- Adaptar el trabajo a la persona.
- Vigilancia de la salud.

Entre las medidas preventivas que habría que llevar a cabo en los lugares de trabajo encontramos:

- **Horario de trabajo:** diseñarlos de manera que interfieran lo menos posible con las responsabilidades externas al trabajo.
- **Participación:** dejar que los trabajadores aporten ideas a cuestiones que afecten a su trabajo.
- **Carga de trabajo:** comprobar que las exigencias de la tarea son compatibles con las capacidades del trabajador.
- **Contenido:** diseñar las tareas de manera que constituyan un estímulo y una motivación para el trabajador.
- **Responsabilidad:** determinar claramente las funciones y responsabilidades en el trabajo.
- **Futuro:** evitar ambigüedades sobre la estabilidad laboral y fomentar el desarrollo personal y profesional.

Para prevenir el estrés laboral se ha de empezar a intervenir en la fase de diseño, teniendo en cuenta todos los elementos del puesto de trabajo, integrando el entorno físico y social y sus posibles repercusiones sobre la salud.

La prevención del estrés laboral ha de pasar por la intervención a nivel de la estructura de la organización, el estilo de comunicación, el ambiente físico y los métodos para capacitar a los trabajadores, así como favorecer la cohesión de los grupos de trabajo, potenciando, así, el apoyo social, el cual contribuye a reducir los efectos negativos del estrés.

La base para reducir el estrés consiste en:

- Mejorar la comunicación.
- Aumentar la participación de los trabajadores.
- Mejorar las condiciones ambientales.
- Variedad y estimulación en las tareas.

## CONCLUSIONES

- La respuesta de estrés es un riesgo laboral muy importante en el personal sanitario.
- El sentirse estresado depende tanto de las demandas del medio externo como de nuestros propios recursos para enfrentarnos a él.
- La exposición a situaciones de estrés provoca la respuesta de estrés, que consiste en un aumento de la activación fisiológica y cognitiva.
- Si se mantiene durante un tiempo prolongado la respuesta de estrés más allá de los propios límites, aparecerán trastornos importantes a distintos niveles.
- El estrés laboral provoca consecuencias a nivel fisiológico, cognitivo y motor.

### 3.4. SÍNDROME DE BURNOUT

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de «estar quemado» en el trabajo (síndrome de Burnout) ocupan un lugar destacado, ya que constituyen una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo y una fuente importante de accidentalidad y de absentismo laboral.

El síndrome de Burnout suele aparecer en profesionales que mantienen una relación directa, constante e intensa con otras personas, especialmente cuando estas personas son los beneficiarios del trabajo de los profesionales. Por ello, los trabajadores del sector sanitario son uno de los colectivos entre los que suele aparecer con frecuencia este síndrome.

El síndrome de Burnout puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico, producido por una combinación de factores del entorno social, laboral y del sujeto, y se caracteriza por sentimientos de despersonalización, de agotamiento emocional y de falta de realización personal.

La despersonalización consiste en el desarrollo de sentimientos y actitudes negativos hacia las personas a las que se atiende. El agotamiento emocional se refiere al sentimiento que tiene el trabajador de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo, de estar emocionalmente agotado.

Por falta de realización personal se entiende la tendencia que tienen los profesionales a evaluarse negativamente. Los profesionales se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con los resultados de su tra-



bajo, y ello, por consiguiente, va a afectar a la realización adecuada de su propio trabajo y a las relaciones con las personas a quienes atienden.

El síndrome de Burnout presenta una serie de manifestaciones **físicas** (cefaleas, insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.), **psicológicas** (sentimientos de vacío, de impotencia, baja autoestima, etc.) y **conductuales** (conductas adictivas, absentismo, bajo rendimiento personal, conflictos interpersonales, etc.).

No existe unanimidad en cuanto a las causas que lo provocan, más bien podemos señalar múltiples causas:

- Estrés laboral.
- Sobrecarga laboral.
- Déficit de habilidades del individuo para resolver discrepancias entre demandas y recursos disponibles.
- Conflicto de rol.
- Clima organizacional.
- Características individuales...

La prevención del síndrome de Burnout pasa por la aplicación de medidas tanto a nivel individual como grupal y organizacional. A nivel **individual**, es importante el entrenamiento en habilidades interpersonales, en estrategias de afrontamiento, de solución de problemas, de mejora de la autoestima, etc. A nivel **grupal** las estrategias pasan por fomentar el apoyo social y emocional entre los compañeros. A nivel **organizacional**, las medidas deben ir encaminadas a mejorar el clima de la organización, establecer objetivos claros y medios adecuados para conseguirlos, mejorar las redes de comunicación dentro de la propia organización y a potenciar la participación de los trabajadores en los procedimientos y en la propia organización de su trabajo.

## 4. RIESGOS ESPECÍFICOS DERIVADOS DE LAS TAREAS DEL GEROCULTOR

Para llevar a cabo una correcta prevención de riesgos laborales, es fundamental la realización previa de una evaluación de las posibles situacio-

nes de riesgo. Una forma de analizar los posibles riesgos es a través de sus efectos, según los cuales podemos clasificarlos en:

- a) Accidentes laborales por situaciones de riesgo puntuales: caídas, golpes, quemaduras, etc.
- b) Enfermedades profesionales: exposición prolongada a contaminantes físicos, químicos o biológicos.
- c) Fatigas prolongadas: situaciones de sobrecarga física o mental.
- d) Insatisfacción: falta de motivación, de participación, monotonía, etc.

En el Servicio de Ayuda a Domicilio encontramos con mucha frecuencia dos tipos de riesgos:

- Trastornos dorso-lumbares.
- Manejo de líquidos y muestras biológicas de los usuarios.

## Trastornos dorso-lumbares

Son las lesiones que se presentan con mayor frecuencia (lumbago, lumbociática o hernia de disco). Los factores desencadenantes de estos trastornos suelen ser:

- Malas posturas.
- Falta de tono muscular.
- Sobreesfuerzos.
- Manejo de cargas.
- Lesiones previas.

Para evitar el riesgo de que aparezcan los trastornos dorso-lumbares hay que prevenir cada uno de los factores desencadenantes.

Así, para evitar las **malas posturas** hay que tener en cuenta las pautas básicas que señala la higiene postural para el cuidado de la espalda:

- Aumentar la base de sustentación separando los pies para aumentar la estabilidad y distribuir mejor el peso.
- Repartir los pesos entre los dos brazos.

- Doblar rodillas y caderas para que el peso lo soporten las piernas, no la espalda, manteniendo siempre la espalda recta.
- No realizar movimientos de giro cuando estemos sujetando un peso.

La **falta de tono muscular** se debe a la debilidad de tres grupos musculares importantes, implicados en tareas que requieren algún tipo de esfuerzos: abdominales, glúteos y espinales. Por ello, se recomienda practicar regularmente ejercicios para aumentar la fuerza de estos músculos y prevenir, de esta manera, las lesiones de espalda:

- **Abdominales:** estando en posición boca arriba con las rodillas dobladas y manos detrás de la nuca, elevar los hombros del suelo tocando las rodillas con las manos.
- **Glúteos:** en la misma posición que en el ejercicio anterior, apretar los glúteos al mismo tiempo que elevamos las caderas del suelo.
- **Espinales:** estando en posición boca abajo, elevar la cabeza y hombros del suelo, ligeramente.

Para evitar o reducir **sobreesfuerzos**, se deben utilizar, siempre que sea posible, las ayudas técnicas de las que dispongamos y hacer descansos después de realizar esfuerzos importantes. Igualmente, hay que tener en cuenta la normas de higiene postural.

En cuanto al **manejo de cargas**, es importante considerar las siguientes recomendaciones:

- Situarnos junto a la carga y separar las piernas.
- Doblar las rodillas y caderas para coger la carga.
- Repartir el peso de la carga entre los brazos.
- Hacer uso de las técnicas de movilización y transferencias.

## **Manejo de líquidos y muestras biológicas de usuarios**

Las medidas de protección generales que habría que tomar ante estas situaciones son:

- a) Utilizar guantes siempre que exista la posibilidad de tocar sangre u otros líquidos corporales (saliva, supuraciones, etc.).

- b) Desechar los guantes después de cada uso.
- c) Realizar un lavado de las manos con agua y jabón después de quitarse los guantes.

## CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS POR ÁREAS ESPECÍFICAS

### Derivados del cuidado del usuario y/o enfermo

- Riesgo de padecer trastornos dorso-lumbares por sobreesfuerzos en el manejo de los usuarios
  - a) Siempre que sea posible, realizar la manipulación del usuario ayudándonos de elementos mecánicos.
  - b) Formación específica en movilización y traslado de usuarios encamados.
  - c) Vigilar los principios de higiene postural.
- Riesgo de contraer infecciones
  - a) Elaborar procedimientos de trabajo sobre las normas higiénicas con enfermos, así como medidas preventivas para evitar el contagio.
  - b) Informar con antelación al trabajador de las patologías del usuario y, en especial, de las enfermedades infecto-contagiosas.
  - c) Formación de los trabajadores acerca de la necesidad de seguir las normas pautadas y uso de los equipos de protección.
  - d) Utilizar siempre guantes y bata para realizar el aseo o baño del usuario.
- Riesgos de agresiones por conductas antisociales del usuario o de los miembros de la unidad de convivencia
  - a) En caso de conflicto familiar en el domicilio del usuario, procurar mantenerse al margen y hablar, posteriormente, del hecho con el coordinador.
  - b) Ante una situación que pueda poner en peligro su integridad física, abandonar el domicilio e informar inmediatamente a su coordinador para que se tomen las medidas oportunas.

- Riesgos de padecer ansiedad, angustia o depresión al atender a enfermos terminales
  - a) Reforzar al auxiliar en la idea de que la atención a este tipo de personas tiene como objetivo mejorar su calidad de vida, mitigar los efectos de sus síntomas y prestarle apoyo en su aseo personal y en las actividades de la vida diaria.
  - b) Ofrecer al auxiliar el apoyo necesario para aceptar y comprender las consecuencias del deterioro físico y/ o psíquico del usuario, que probablemente le llevará al fallecimiento.
- Riesgos de agresión al tratar con personas con demencia
  - a) Transmitir tranquilidad y afecto.
  - b) Utilizar la comunicación no verbal.
  - c) No discutir ni reñir al enfermo.
  - d) Acercarse al enfermo de frente, con una actitud calmada y cariñosa.
  - e) Hablarle despacio, utilizando frases cortas.
  - f) Si el enfermo está agitado, no intentar sujetarle, dejarle retirando objetos con los que pueda lesionarse o lesionar a otros.
  - g) Tratar de distraerle con alguna actividad.

#### Derivados de las tareas de la casa

- Riesgo de caídas al mismo nivel (suelos deslizantes, presencia de obstáculos, etc.).
  - a) Limpiar inmediatamente cualquier líquido que se derrame en el suelo.
  - b) Evitar pisar suelos húmedos.
  - c) No dejar objetos en lugares de paso.
  - d) Mantener colocado correctamente el mobiliario.
- Riesgo de caídas a distinto nivel
  - a) Utilizar escaleras.
  - b) Asegurarse de que se utiliza la escalera correctamente.

- Riesgo de golpes con el mobiliario
  - a) Evitar el desorden.
  - b) Evitar trabajar con prisas y precipitación.
- Riesgo de exposición a contaminantes químicos (productos de limpieza).
  - a) Utilizar guantes de goma cuando se manipulen productos irritantes para la piel. Si se padece alergia a los guantes de goma, bajo éstos se utilizarán otros de algodón.
  - b) Ventilar el domicilio para que no se concentren los vapores de los productos químicos.
  - c) No mezclar productos de limpieza sin conocer sus efectos (no mezclar lejía con amoníaco).
  - d) Leer las etiquetas de los productos, las instrucciones y los riesgos de uso.
- Riesgo de contacto eléctrico indirecto
  - a) Evitar las derivaciones manteniendo los aparatos eléctricos en buen estado.
  - b) Notificar cualquier anomalía eléctrica.
  - c) No dejar enchufados los aparatos eléctricos cuando no se están utilizando.
- Riesgo de fatiga física por combinación de esfuerzos y posturas inadecuadas
  - a) Tener en cuenta las normas sobre higiene postural.
  - b) Realizar descansos, cambiando de postura.
  - c) Utilizar herramientas adecuadas para cada tarea.
  - d) Colocar los utensilios cercanos a la zona de uso.
- Riesgo de padecer trastornos dorso-lumbares por la manipulación de carga
  - a) Cumplir las normas de higiene postural, evitando posturas que impliquen la flexión del tronco hacia delante y los giros laterales del mismo.

- b) Distribuir proporcionalmente las cargas entre los dos brazos.
- c) Ayudarse de medios mecánicos, siempre que sea posible.
- d) Empleo de técnicas de movilización.

### Derivados de las tareas en la cocina

- Riesgo de caída de objetos y utensilios de cocina
  - a) Realizar las tareas de manipulación con prudencia.
  - b) No sobrecargar las estanterías y colocar los objetos de manera correcta: lo más pesado siempre en los estantes más bajos; lo de uso menos frecuente en los estantes superiores.
  - c) Mantener el orden y la limpieza.
- Riesgo de cortes con aparatos o herramientas
  - a) Cuando se rompan vidrios, no recogerlos con las manos, utilizar escoba y recogedor.
  - b) Utilizar estos utensilios de manera correcta y con precaución.
  - c) Colocar cuchillos, tenedores y tijeras con las puntas hacia abajo.
- Riesgo de quemaduras
  - a) Utilizar manoplas protectoras siempre que se utilicen recipientes calientes.
  - b) Situar los mangos de cazos y sartenes hacia el interior de la cocina.
  - c) Si se prende una sartén al cocinar, sofocarlo con una tapadera, nunca echando líquido.
- Riesgo de explosión de ollas a presión
  - a) Revisas periódicamente el estado de las gomas y válvulas.
  - b) Utilizarlas correctamente.
  - c) No usar ollas en mal estado.
- Riesgo de explosión de gases comprimidos ( butano )
  - a) Estar al día de las revisiones periódicas de las instalaciones de gas según las recomendaciones del mantenedor autorizado.

- b) Asegurarse de que la alcachofa queda colocada correctamente para evitar fugas.
- c) No bloquear las rejillas de ventilación.
- Riesgo potencial de incendio
  - a) Conocer las medidas para evitar la iniciación y propagación de un posible incendio.
  - b) Alejar materiales fácilmente combustibles de las fuentes de calor.
  - c) Asegurarse de que los fuegos de las cocinas estén cerrados después de su uso.

### Derivados de los desplazamientos

- Caídas durante los desplazamientos
  - a) Evitar las prisas y las carreras, saliendo con tiempo suficiente.
  - b) Prestar atención a los cruces y bordillos.
  - c) No precipitarse al subir y bajar escaleras.
- Riesgo de accidentes, golpes y atropellos con vehículos
  - a) Respetar las normas de circulación y de seguridad vial
- Riesgo de sufrir accidente de tráfico
  - a) Cumplir las normas fundamentales cuando se tiene que conducir: no hacer comidas abundantes antes de conducir, no ingerir alcohol, etc.

## 5. NOCIONES BÁSICAS DE ACTUACIÓN EN EMERGENCIAS

Durante la actividad laboral se pueden presentar circunstancias inesperadas que originen situaciones de peligro para los trabajadores, e incluso riesgo de daño a las instalaciones y al medio ambiente.

Para evitar o minimizar dichos daños, en la empresa se debe prever y organizar el modo de actuación ante una situación de emergencia.



Según se establece en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, determinadas empresas, en función de su tamaño y tipo de actividad que desarrolla, deben disponer de **autoprotección**, es decir:

- Debe identificar y evaluar los riesgos de accidentes graves.
- Elaborar un plan de emergencia interior (PEI).
- Informar, formar y equipar adecuadamente a los trabajadores para garantizar su seguridad.

Las circunstancias que pueden generar situaciones de emergencia son **accidentes graves** (fuegos, explosiones, nubes de gases tóxicos, derrames nocivos, etc.) e **incidentes** (amenaza de bomba, terremoto, inundación, rayo y huracán).

Las situaciones de emergencia se clasifican, según su gravedad, en: **conato de emergencia, emergencia parcial, emergencia general y evacuación**.

Para cada situación de emergencia debería existir un plan de actuación. Ante una situación de emergencia lo principal es poner a salvo a los trabajadores, lo cual se consigue alejando a las personas del peligro, es decir, realizando una **evacuación** (protege a las personas).

Si además se quiere evitar o minimizar el daño a las instalaciones, debería disponerse de un **plan de emergencia interior (PEI)** (protege a las personas y a las instalaciones).

En la organización de cualquier situación de emergencia podemos encontrarnos distintos equipos de actuación:

- **Equipos de primera intervención (EPI):** grupos de dos trabajadores mínimo con conocimientos básicos contra emergencias e incendios. Sería recomendable que todos los trabajadores recibieran la formación imprescindible para ser EPI.
- **Equipos de primeros auxilios (EPA).**
- **Equipos de alarma y evacuación (EAE):** grupos de dos o tres trabajadores que se encargarían de organizar a las personas hacia las salidas de emergencia y colaborar con los equipos de primeros auxilios.

- **Equipos de segunda intervención (ESI):** grupos de trabajadores con formación y entrenamiento suficiente para intervenir en cualquier tipo de emergencia.

Además del **manual de emergencia**, básico para las actuaciones en emergencias, existen otros documentos que pueden ayudar a recordar las actuaciones a seguir ante una emergencia: **ficha individual de actuación**, en la que se indica, de manera resumida, para cada puesto de trabajo, las acciones a seguir según la situación de emergencia; **carteles divulgativos**, etc.

Para que ante una situación de emergencia se actúe correctamente, sería conveniente realizar mínimo dos veces al año ensayos programados de situaciones con mayor probabilidad de emergencia. Son los denominados **simulacros**.

## 6. PRIMEROS AUXILIOS

Conjunto de actuaciones y técnicas que permiten la atención inmediata de un accidentado hasta que llegue la asistencia médica, con el fin de que las lesiones que haya sufrido el accidentado no empeoren.

Existen varias recomendaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de llevar a cabo los primeros auxilios:

- a) Conservar la calma.
- b) Evitar aglomeraciones.
- c) No mover al herido. La movilización sólo debe realizarse cuando las condiciones ambientales lo exijan o cuando deba realizarse una maniobra de reanimación cardiopulmonar.
- d) Tranquilizar al herido.
- e) Mantener al herido caliente.
- f) Avisar al personal sanitario con rapidez.
- g) Esperar un traslado adecuado.
- h) No medicar.

## ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA

**PROTEGER:** antes de actuar, asegurarse de que el herido está fuera de todo peligro externo.

**AVISAR:** a los servicios sanitarios (médico, ambulancia...).

**SOCORRER:** reconocer sus signos vitales por este orden:

1. Conciencia.
2. Respiración.
3. Pulso.

## 7. EL CONTROL DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales regula, en su artículo 22, la vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa.

La vigilancia de la salud puede definirse como la utilización de una serie de técnicas (exploraciones físicas, encuestas, etc.) de manera sistemática y periódica con el fin de conocer o detectar cambios en el estado de salud de un individuo o colectivo.

La vigilancia de la salud del personal al servicio de una empresa se caracteriza por:

- a) Está garantizada por el empresario.
- b) Específica: en función de los riesgos a los que está sometido el trabajador en su puesto de trabajo.
- c) Voluntaria: debe ser consentida por el trabajador, salvo que:
  - Los reconocimientos sean indispensables para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud.
  - El estado de salud del trabajador pueda constituir un peligro para él mismo o para terceros.
  - Exista una disposición legal que por el tipo de actividades que se realizan, de especial peligrosidad y los riesgos que suponen, obligue a ello.

Los resultados de la vigilancia de la salud son útiles para revisar las actuaciones preventivas en función de la aparición o no de daños en la

salud de los trabajadores y para evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales.

En las empresas con una plantilla superior a 100 trabajadores e inferior a 1.000, se debe disponer de un Servicio médico, que puede ser común a varias empresas.

En las empresas con una plantilla superior a 1.000 trabajadores organizarán los servicios médicos de empresa.

Entre las funciones que debe llevar a cabo el médico de empresa están:

- a) Realizar los reconocimientos médicos periódicos.
- b) Asistencia médica.
- c) Análisis psicológicos de las exigencias del puesto de trabajo.
- d) Exámenes psicotécnicos.
- e) Organizar campañas de educación sanitaria, de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, etc.
- f) Planificar campañas de vacunación.
- g) Asesorar a la Dirección sobre normas de higiene, ropa de trabajo, etc.
- h) Informar a la Dirección sobre el estado de las condiciones ambientales, higiénicas, etc.

Los resultados de los reconocimientos médicos efectuados se anotarán en fichas oficiales y se enviarán a la Organización de los Servicios Médicos de Empresa. La información médica derivada de la vigilancia de la salud sólo estará disponible para el trabajador, el personal médico encargado de la vigilancia de su salud.

Esto no excluye que se faciliten al empresario las conclusiones de la vigilancia de la salud en términos de aptitud para desempeñar las tareas correspondientes a su trabajo. No se podrán revelar datos de los reconocimientos médicos salvo los que afecten a la salud del personal, siempre que de ello se derive un bien individual o social.

**LA VIGILANCIA DE LA SALUD DEBE CONSIDERARSE UN INSTRUMENTO INTEGRADO EN EL PLAN DE PREVENCIÓN GLOBAL DE LA EMPRESA.**



## **Módulo 10**

# **Búsqueda de empleo**

Luis Redondo Garcés

*Trabajador Social de AFALcontigo.*



## CONTENIDO

1. **Introducción.**
2. **Técnicas de acceso al mercado de trabajo.**
  - 2.1. ***Curriculum vitae,***
    - 2.1.1. Partes del currículum.
    - 2.1.2. Tipos de currículum.
    - 2.1.3. Modelo de currículum.
  - 2.2. ***Carta de presentación,***
    - 2.2.1. Carta de presentación de candidatura espontánea.
    - 2.2.2. Carta de presentación de respuesta a un anuncio.
    - 2.2.3. Partes de una carta de presentación.
  - 2.3. ***La entrevista de trabajo,***
3. **Métodos de búsqueda de empleo.**
  - Fuentes de información.**
    - 3.1. ***Oficinas de empleo,***
    - 3.2. ***Empresas de Trabajo Temporal,***
    - 3.3. ***Oposiciones y contratos de la Administración,***
    - 3.4. ***Bolsas de trabajo,***
    - 3.5. ***Anuncios en prensa y otros medios de comunicación,***
    - 3.6. ***Internet,***
    - 3.7. ***Teletrabajo,***
    - 3.8. ***Amigos y conocidos,***
    - 3.9. ***Otras fuentes de información.***

### **Anexos.**

- Anexo 1; Modelo de curriculum vitae (básico),***
- Anexo 2; Modelo de curriculum vitae (funcional),***
- Anexo 3; Modelo de carta de presentación (respuesta a un anuncio de oferta de empleo),***
- Anexo 4; Modelo de carta de presentación (candidatura espontánea),***
- Anexo 5; Direcciones de empleo en la red,***
- Anexo 6; 30 recomendaciones en la búsqueda de empleo.***

## MÓDULO 10

### Búsqueda de empleo

#### 1. INTRODUCCIÓN

Este módulo pretende orientar y asesorar a aquellas personas que, tras haber recibido la formación necesaria, se encuentran en disposición de buscar empleo. Se darán aquí las claves que les permitan ser competitivos, favoreciendo así sus oportunidades de inserción en el mercado laboral.

Para la consecución de este objetivo es importante el uso adecuado de todos los recursos disponibles. Hay que destacar la especial importancia que merecen los recursos personales de cada uno. Es fundamental que cada persona lleve a cabo una labor personal, participada y creadora. Sólo con la implicación directa y activa de la persona interesada durante todo el proceso que conlleva la búsqueda de empleo se puede lograr el objetivo de inserción en el mercado laboral. Por lo tanto, antes de nada es fundamental realizar un análisis personal y profesional. Debemos comenzar por conocernos a nosotros mismos y a nuestro entorno; este análisis nos va a permitir ser más realistas en cuanto a las posibilidades de incorporación al mercado laboral. Será importante:

- Conocer nuestras posibles limitaciones para actuar, así, de manera realista ante la búsqueda de empleo.
- Analizar nuestras posibilidades para incorporarnos al mercado laboral.
- Capacitarnos para una adecuada toma de decisiones a la hora de elegir un trabajo.

## 2. TÉCNICAS DE ACCESO AL MERCADO DE TRABAJO

En el momento en el que nos decidimos a ingresar en el mercado laboral, nos planteamos inevitablemente una serie de preguntas: ¿cómo será?, ¿por dónde empezar?... Las respuestas a estas preguntas parecen fáciles, pero hemos de saber llevarlas a la práctica. Para empezar, debemos tener en cuenta que durante el proceso de búsqueda de empleo nos vamos a encontrar con dificultades, tanto de índole externa como interna.

### **Dificultades externas**

Definimos dificultades externas como aquellas sobre las cuales no podemos influir personalmente:

Carencia de información sobre dónde dirigirnos para comenzar la búsqueda.

- Escasez de trabajos.
- La demanda de empleo sobrepasa a la oferta.
- Alto nivel de exigencia por parte de las empresas.
- Pruebas de selección cada vez más complicadas.
- La suerte.

### **Dificultades internas**

- Sensación de inseguridad al enfrentarse al problema de encontrar un trabajo en un mercado desconocido.
- Preocupación por tener que enfrentarse con pruebas de selección para las que no nos encontramos preparados.



- Falta de experiencia necesaria para el puesto de trabajo que deseamos ocupar.
- Actitud en el proceso de selección.
- Necesidad de adecuar la formación a nuestros intereses y aptitudes.

Una de las características más importantes, y posiblemente la que más determina la marcha de nuestra búsqueda, es nuestra actitud. Ésta será de vital importancia a la hora de sortear dichas dificultades. Prácticamente todos somos conscientes de que mantener una **actitud** pasiva con respecto a la búsqueda de empleo no nos va a reportar ningún beneficio, es decir, «esperar a que el trabajo llame a nuestra puerta» no es una técnica eficaz para incorporarnos al mercado de trabajo. Pero lo que no tenemos tan claro es cómo planificar o programar la búsqueda de empleo.

Frecuentemente ocurre que enviamos multitud de currículos y no obtenemos respuesta, o lo único que conseguimos es un cortés rechazo del tipo: «Gracias por haber contestado a la demanda, pero en este momento contamos con otra persona que se ajusta más a nuestras necesidades». Entonces hay que empezar de nuevo, leer los anuncios en prensa y mandar más currículos. En este momento es cuando nos surge la duda de si estamos actuando correctamente, pues no obtenemos los resultados deseados de forma inmediata.

Es bastante habitual lanzarse a la búsqueda de empleo dedicando muchos recursos personales a esta tarea sin realizar previamente una reflexión y planificación de los pasos que vamos a dar. De esta forma, dedicamos mucho tiempo a una actividad que requiere un esfuerzo importante y a la que no le vemos resultados positivos. Por ello, a medida que pasa el tiempo nos vamos desanimando y abandonamos paulatinamente la búsqueda.

Hay que tener en cuenta que la búsqueda de empleo es un trabajo en sí mismo, debemos actuar con eficacia, ya que vamos a dedicar, como en una jornada laboral, varias horas diarias, y, por lo tanto, no podemos dejar escapar una oportunidad, por nimia que nos parezca.

La actitud adecuada para que esta actividad sea productiva es la planificación de los movimientos y la adecuación de los recursos a las necesidades reales del mercado de trabajo, lo que llamamos **actitud activa**

**planificada.** Aquí damos menos importancia a los factores externos (sobre los que no podemos actuar) y tomamos conciencia de los cambios que podemos realizar incidiendo en los factores internos. No es sólo cuestión de tiempo y suerte, hay que partir del análisis realista de la situación, tanto del mercado de trabajo como de la situación personal, y, partiendo de este análisis, desarrollar una estrategia que nos posibilite realizar una buena búsqueda de empleo.

En este aspecto es fundamental seguir una serie de pautas:

**Prospección.** Se buscará en todas las fuentes donde aparezcan ofertas de empleo: suplementos dominicales, periódicos especializados, bolsas de empleo en Internet, empresas de trabajo temporal, directorios de grandes empresas con proyectos de expansión, empresas de selección de personal, asociaciones profesionales... Asimismo, se seleccionarán aquellas empresas o entidades que nos resulten interesantes, a las cuales nos podamos dirigir y realizar una labor de «investigación» sobre planes de contratación, perfil profesional demandado, apertura de nuevos centros o sucursales, etc. No sólo no podemos dejar de examinar ninguna oportunidad de empleo, sino que además debemos optimizar nuestros recursos y esfuerzo.

**Organización.** Debemos llevar un registro o una agenda diaria en el que quede constancia de las ofertas a las que contestamos (fuente de procedencia, quién nos recomendó, cuándo enviamos el currículum, cuál de todos nuestros currículos enviamos —si es que tenemos alguno especializado—, cuándo nos contestaron y cuál fue la respuesta).

**Autopromoción.** Todas las personas a las que conozcamos deben saber que estamos en el mercado y que queremos encontrar un puesto de trabajo. Debemos recordar que una gran mayoría de personas en situación de búsqueda de empleo encuentra trabajo gracias a amigos, conocidos y familiares. No se trata de «mendigar trabajo», no hay que interpretarlo como un acto que implique carencia de dignidad, sino como una inteligente práctica cada vez más extendida con el sobrenombre de networking.

## 2.1. Currículum vitae

El currículum vitae (CV) refleja nuestra trayectoria personal y profesional y es nuestra mejor publicidad.

Podemos decir que nuestro currículum cumple una triple función:

- Presentarnos a nuestro futuro empleador.
- Concentrar la atención durante la primera entrevista sobre los aspectos más importantes de nuestra personalidad y de nuestro recorrido académico y laboral.
- Después de la entrevista, recordar al futuro empleador los datos que mejor hablan de nosotros.

Por lo tanto, nuestro currículum debe dejar constancia de que poseemos las características personales y formativas que se requieren para el puesto de trabajo ofertado.

Aunque esto parece sencillo, presenta, no obstante, cierta complejidad. Su elaboración requiere paciencia y un trabajo de recopilación de datos previo, para más adelante estructurarlo y no olvidar nada que pueda ser necesario. Además, hemos de tener en cuenta que por las manos de la persona que va a leer nuestro CV van a pasar otros muchos, por lo que debemos detenernos a la hora de redactarlo, dándole un forma atractiva, dinámica. Hemos de ser especialmente cuidadosos con el uso de los términos utilizados en la redacción del currículum, ya que el lenguaje es un arma poderosa, capaz de manejar la impresión que se forme de nosotros la persona encargada de leer nuestro currículum. Los factores clave: la sencillez y la claridad de exposición.

En cuanto al contenido, deberá reflejar las características personales y formativas que poseemos; lo presentaremos con pulcritud, evitando entregar fotocopias (sobre todo si incluimos fotografía), ya que de lo contrario puede dar lugar a una primera imagen negativa.

Es importante adecuar el currículum para que se adapte a los diferentes puestos de trabajo. Habremos de ajustarlo, ampliando o reduciendo el contenido de alguno de los epígrafes en función de las características del puesto de trabajo solicitado. El lenguaje que utilizaremos será claro y directo, al tiempo que todo aquello que se plasme deberá ser verificable.

### 2.1.1. Partes del currículum

Se encabezará destacándolo especialmente como **Currículum vitae**.

## **Datos personales**

En este primer apartado pondremos el nombre completo y los dos apellidos, dirección (con código postal), número del DNI, fecha de nacimiento y edad, número de teléfono con prefijo provincial (fijo y móvil) y, si se cuenta con ella, dirección de correo electrónico.

También es conveniente dejar constancia, en caso de que se posea, tanto del carné de conducir como de la posibilidad de disponer de vehículo propio.

## **Formación académica**

Hay que hacer constar el título académico superior, sin hacer referencia a los inferiores, salvo que sean de diferentes materias o disciplinas, detallando qué centro lo ha expedido y en qué fecha.

## **Formación adicional**

Se deben incluir los cursos de formación y perfeccionamiento que complementan la formación académica, de los cuales se detallará: la denominación del curso, el centro o entidad que lo expidió, el lugar donde se ubica la entidad y la duración (número de horas), así como las fechas en que se desarrolló.

En este apartado también se da cabida a los conocimientos específicos de informática e idiomas.

## **Experiencia laboral**

Constará el puesto de trabajo, empresa, funciones realizadas y fechas del contrato.

Si no se ha trabajado nunca y se demanda el primer empleo, se puede sustituir el epígrafe de arriba por el de experiencia profesional, e incluir en él: prácticas, colaboraciones, otras experiencias aunque no fuesen remuneradas. Por corta que haya sido la **experiencia profesional**, si se ha tenido, debe constar.

## **Otros datos**

Se añadirá disponibilidad geográfica, movilidad... También se pueden incluir los trabajos realizados sin contrato (cuando, existiendo una amplia experiencia profesional, nos interesa destacar alguno), si se pertenece a

alguna asociación, si se realiza cualquier tipo de voluntariado, actividades docentes menores, etc.

Conviene no descuidar este apartado porque, si bien no es decisivo, puede aportar al empresario o seleccionador datos que completen la visión global del candidato.

### *2.1.2. Tipos de currículum*

#### **Cronológico**

Éste es un tipo de currículum básico y tiene la ventaja de que es muy fácil de redactar y de leer; permite presentar la información de forma ordenada en el tiempo, partiendo de lo más antiguo a lo más reciente. Con este formato se resalta la evolución profesional seguida por el candidato. Pone de relieve, si cabe, la estabilidad y la evolución ascendente de nuestra carrera. Constarán los estudios, experiencia laboral y cursos desde los más antiguos hasta los más recientes.

#### **Cronológico inverso**

La forma de este modelo es muy similar al anterior, aunque, como su nombre indica, comienza por lo más reciente, remontándose en el tiempo. Esta presentación es menos tradicional, sin embargo, gana cada día más terreno. Consiste en empezar por los datos más recientes. Tiene la ventaja de que consigue adecuar las características de la persona a la oferta concreta de empleo, al resaltar nuestras experiencias más recientes, que son obviamente las que más interesan a las personas susceptibles de contratar-nos.

#### **Funcional**

Distribuye la información por temas y proporciona un conocimiento rápido de nuestra formación y experiencia en un ámbito determinado. Es un perfecto instrumento de marketing, ya que, al no seguir una progresión cronológica, permite seleccionar los puntos positivos y omitir los eventuales errores de recorrido, los periodos de paro, los frecuentes cambios de trabajo, etc.

Este tipo de currículum es, tal vez, el más complejo a la hora de redactar y de estructurar la información. No debemos utilizar el currículum funcional

si no tenemos una buena trayectoria profesional o si ésta se ha desarrollado siempre en los mismos ámbitos. Tampoco es recomendable si no estamos absolutamente seguros de nuestras dotes para la comunicación escrita.

El especialista en selección y contratación de personal está acostumbrado a estas tres formas de presentación de currículum, por lo que debemos escoger la que mejor convenga a nuestro perfil profesional.

<b>TIPOS DE CURRÍCULUM</b>		
	<b>QUIÉN DEBE UTILIZARLO</b>	<b>QUIÉN NO DEBE UTILIZARLO</b>
<b>BÁSICO CRONOLÓGICO Y CRONOLÓGICO INVERSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Jóvenes que buscan su primer empleo.</li> <li>— Profesionales con poca experiencia.</li> <li>— Personas sin apenas periodos de inactividad.</li> <li>— Recién titulados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Profesionales con varios años de experiencia (no pueden hacer constar sus logros).</li> <li>— Personas con una brillante formación académica.</li> <li>— Profesionales con menciones y premios.</li> <li>— Personas que hayan estado un largo periodo de tiempo en paro.</li> </ul>
<b>FUNCIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Personas con una experiencia profesional muy dilatada.</li> <li>— Personas que hayan trabajado en diferentes ámbitos y sectores.</li> <li>— Personas con importantes logros profesionales.</li> <li>— Personas con grandes dotes para la comunicación escrita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Personas sin una buena trayectoria profesional.</li> <li>— Profesionales que hayan desarrollado su labor siempre en el mismo ámbito.</li> <li>— Recién titulados.</li> </ul>

En cualquier caso, utilicemos el modelo que utilicemos, es conveniente realizar un borrador del currículum para poder comprobar los datos. Así

eliminaremos aquellos que resulten superficiales o repetidos. Los datos superfluos no van a tener interés ni positivo ni negativo, pero la forma de exponer aquellos datos necesarios sí puede tener repercusiones en el resultado final del currículum. Al pasarlo a limpio es conveniente hacerlo a ordenador (a no ser que nos lo pidan específicamente escrito a mano), ya que podremos guardarlo, imprimir cuantas copias sean necesarias e ir introduciendo cambios o adaptando el documento a la oferta concreta.

Cuidar la calidad del papel es importante; éste debe ser bueno, también podemos utilizar papel de algún color, no llamativo, pero diferente al blanco, para que resalte entre los demás candidatos. Es fundamental que el currículum, a primera vista, presente una estructura coherente y, salvo excepciones, es conveniente que no supere los dos folios, por una sola cara.

En cuanto a la inclusión o no de fotografía, depende de nuestra decisión personal, aunque lo recomendable es acompañar nuestro currículum de una fotografía sólo si lo especifican en la oferta de empleo. En este caso, adjuntaremos una imagen reciente, de tamaño carné y de buena calidad. Es importante que la fotografía nos muestre con un gesto relajado y amable (no excesivamente sonriente), evitando el exceso de maquillaje en el caso de las mujeres.

### Cuadro resumen

Un buen currículum vitae debe tener cinco características básicas:

1. Fácil de leer.
2. Limpio.
3. Sencillo y ordenado.
4. Creíble y coherente.
5. Corregido escrupulosamente.

Después de haber redactado, revisado y corregido nuestro currículum, es hora de hacerlo llegar a posibles empleadores. Si decidimos enviar nuestro currículum por correo, hemos de saber que resulta algo impersonal y que sólo es útil para conocer características formales, pero no la personalidad, ni actitudes.

El envío por correo debe ir siempre acompañado de una **carta de presentación** dirigida a nombre de la persona que nos interesa, adjuntando el currículum vitae adaptado a las características del puesto al que se desea optar.

Uno de los mayores inconvenientes de la utilización de este canal es el bajo índice de contestación.

## 2.2. La carta de presentación

La carta de presentación constituye el primer contacto con la empresa, por lo que habrá que cuidarla tanto como el currículum. No se trata de una carta normal, y es necesario emplear unas fórmulas determinadas y una estructura casi estandarizada. Ésta consistirá en un breve texto con un lenguaje sencillo y claro. Expresaremos el motivo por el cual nos ponemos en contacto con la entidad, que puede ser por iniciativa personal (carta de candidatura espontánea) o en contestación a una oferta concreta de empleo.

La carta de presentación debe seguir unas pautas básicas:

- Mientras sea posible, dirigiremos la carta a una persona en concreto.
- Pondremos, encima del encabezado, nuestra dirección y la de la empresa a la que va dirigido el currículum.
- Señalaremos la forma de contactarnos: número de teléfono (fijo y/ o móvil) y dirección de correo electrónico (si la tenemos).
- Firmaremos de puño y letra.

En la carta de presentación deberemos dejar claros los puntos importantes de nuestra formación y carácter para la empresa, pero solamente haciendo referencia, todo lo demás lo desarrollaremos detalladamente en el currículum.

Es conveniente utilizar un papel de calidad, del mismo color que el currículum, evitando los dibujos y los logotipos. Asimismo, redactaremos la carta con un procesador de textos utilizando la herramienta de corrección ortotipográfica y gramatical de que disponga, salvo si la carta se dirige



como contestación a una oferta donde se especifique que ésta deba ser manuscrita. Debemos elegir un tipo de letra clásica (Times New Romans, Arial...), con un cuerpo de 10-12 puntos (dependiendo del tipo de letra) y, por supuesto, resultará fundamental corregirla escrupulosamente.

En la carta de presentación debemos destacar las ventajas que nuestra incorporación aportará a la empresa (nuestro conocimiento del medio, idiomas, experiencia en el mismo sector pero en otros países, etc.). Aunque no se reiterará información que ya se detalla en el currículum, sí podemos resaltar algún dato importante acerca de nuestra formación académica o carrera profesional, exponiendo claramente qué podemos ofrecer a la empresa y por qué ésta nos necesita.

Finalizando la carta, solicitaremos una entrevista para poder ampliar la información que proporcionamos en el currículum, poniéndonos a su disposición, agradeciendo el tiempo que nos han dedicado y cerrando el documento con las fórmulas habituales de cortesía.

### 2.2.1. *Carta de presentación de candidatura espontánea*

Las cartas que acompañan a la candidatura espontánea son las enviadas por el candidato a las empresas de su interés, a pesar de que éstas no mantengan abierto un proceso de selección. Es importante tener en cuenta que para que la autocandidatura sea eficaz debemos evitar la carta-tipo, el *mailing* impersonal que nada aporta a las necesidades de una empresa. Tal y como señalábamos en la introducción al comienzo de éste módulo, para que estas demandas de empleo prosperen, debemos informarnos de los planes de la compañía en la que deseamos trabajar, así como de sus necesidades más inmediatas. Así, debemos seleccionar las empresas que más nos interesan evitando el envío indiscriminado de currículos.

Es conveniente realizar una buena recogida de datos de las empresas que nos interesan y conseguir el nombre y cargo de la persona de contacto en el departamento al que deseamos acceder. Normalmente con una llamada telefónica al Departamento de Selección de Personal o de Recursos Humanos de la empresa conseguiremos el nombre y apellidos de la persona a la que debemos enviar nuestro currículum. Si esta tarea acaba resul-

tando muy complicada, siempre podremos enviar la carta a la atención de la persona responsable de dicho departamento.

### 2.2.2. *Carta de presentación de respuesta a un anuncio*

Las claves son similares que en las cartas de presentación de candidatura espontánea, aunque con algunas particularidades. En este tipo de cartas, normalmente, sabemos a quién debemos dirigirnos, ya que suele especificarse en las propias ofertas de empleo. Es fundamental hacer referencia al anuncio al que estamos respondiendo, mencionando el medio en el que ha aparecido (prensa escrita, radio, Internet...) y su fecha de publicación. Podemos utilizar fórmulas como: «En referencia al anuncio publicado en...», «en respuesta a su anuncio del día...». También podemos distinguir dos tipos de respuesta: la clásica —en la que contestamos a la oferta de forma sobria y formal— y una más novedosa y desenfadada, propia de ambientes de trabajo creativos: Internet, Publicidad, Imagen y Sonido, ofertas de empleo para diseñadores, etc. En principio, y como norma general, utilizaremos la forma más clásica para contestar a los anuncios.

### 2.2.3. *Partes de una carta de presentación*

- *Primera parte.* Presentación y motivo por el cual escribimos.

Si la carta es de candidatura espontánea:

- *Según he podido comprobar en... su empresa es una de las más importantes en el sector de...*
- *La imagen de su compañía me incita a ofrecerles mi experiencia en/ como...*
- *La relación de su empresa con... me lleva a ofrecerles mis servicios como...*

Si la carta es la respuesta a un anuncio:

- *En referencia a su anuncio publicado en...*
- *Adjunto envío mi currículum como respuesta a su anuncio aparecido en...*

- *Le escribo con relación a su anuncio... en el que ofertan un puesto [de trabajo] de...*
- *Segunda parte.* Explicaremos nuestra formación y las cualidades por las que nos consideramos idóneos para optar al empleo en la empresa a la que nos dirigimos.
  - *Debido a mi formación y experiencia en el campo de... me considero capaz de desempeñar las funciones en el puesto de... que ustedes ofrecen.*
  - *Según explico en el currículum, he terminado mis estudios de... y por ello, les ofrezco mis servicios como...*
  - *Como [título o profesión anterior] y según pueden ver en el currículum adjunto, tengo experiencia en...*
- *Tercera parte.* Ofrecimiento para mantener una entrevista personal.
  - *Si mi currículum se acerca al puesto que ustedes ofrecen, estaría encantado de acudir próximamente a su empresa para...*
  - *Por este motivo me dirijo a usted...*
- *Cuarta Parte.* Utilizaremos fórmulas formales de despedida y cierre de la carta.
  - *Atentamente.*
  - *Sinceramente.*
  - *A la espera de recibir pronto noticias tuyas.*
  - *Se despide de usted muy atentamente.*
  - *Reciba un cordial saludo.*

### 2.3. La entrevista de trabajo

La entrevista de trabajo es prácticamente el último paso hacia la incorporación en el mundo laboral. Es en este momento cuando la empresa desea comprobar si se encuentra ante el candidato adecuado al puesto —en formación, experiencia, valores, actitudes, personalidad...—.

En la entrevista se valorarán diferentes aspectos personales. Es importante tener en cuenta no sólo lo que se dice, sino cómo se dice, el lenguaje no verbal y la imagen personal.

Existen varios momentos y una serie de pautas a tener en cuenta:

### — Preparación de la entrevista

Recopilaremos información acerca del perfil que la empresa demanda, realizaremos un análisis del puesto de trabajo (características profesionales y personales), política que sigue la empresa y toda aquella información que nos pueda resultar de utilidad. Una vez hecho esto, evaluaremos nuestros puntos fuertes y aquellos aspectos donde presentamos más carencias, lo que nos será sumamente útil cuando realicemos la entrevista, puesto que ésta consiste, fundamentalmente, en «vender» lo bueno que tenemos en relación a este puesto concreto y en minimizar, en la medida de lo posible, la parte negativa. Hay que intentar prever y anticiparnos al tipo de preguntas se nos puedan realizar, procurando no dejar nada para la improvisación, aunque siempre puede ocurrir algo imprevisto y también debemos estar preparados para ello. Por lo tanto, es fundamental preparar la entrevista con tiempo. Esto resulta relativamente sencillo si se ha recogido una buena información previa del puesto y de la empresa. En primer lugar, debemos informarnos sobre la empresa u organismo a la que nos presentamos, averiguando discretamente datos sobre su ubicación, tipo de producto(s) o servicio(s) que ofrece, número de empleados, horario de funcionamiento, en qué consiste el puesto solicitado (tareas asignadas, obligaciones, requisitos, etc.). Sabiendo qué candidato buscan, sabremos qué les puede interesar conocer de nosotros.

### — Durante la entrevista

El objetivo fundamental de la entrevista es comprobar si somos los más apropiados para el puesto ofrecido. Para ello el entrevistador valorará diferentes aspectos de personalidad, actitud, capacidad de comunicación, etc. Es previsible que nos hagan preguntas sobre nuestro currículum vitae, así que deberemos conocer muy bien lo que hemos indicado en él y saber defenderlo.

Aunque la información verbal que aportemos sobre nosotros mismos en la entrevista sea muy importante, debemos tener en cuenta la comuni-

cación no verbal. En cuanto a la comunicación verbal, dejaremos que sea el entrevistador el que dirija la charla y marque los tiempos de la entrevista, nos daremos tiempo para pensar la respuesta e intentar responder de forma positiva y valorando las preguntas difíciles como un reto para demostrar que se es el mejor candidato. Debemos contestar las preguntas con seguridad y sinceridad mostrando interés por la empresa y el puesto que se ha ofertado. Es importante hacer énfasis en nuestra experiencia, aunque teniendo en cuenta que no toda se considera útil o buena. Ello depende del provecho personal que cada uno haya extraído. Conviene que relacionemos la experiencia que tenemos con el puesto al que optamos, ya sea al mismo nivel o como complemento.

No es aconsejable sacar temas como el salario y las vacaciones, a menos que nos lo plantee el entrevistador; en cualquier caso, trataremos el tema con discreción. Las condiciones laborales se negocian cuando se es el candidato elegido, no antes, salvo en casos excepcionales. Jamás debemos criticar la empresa donde hemos trabajado anteriormente ni a ningún compañero de trabajo (aunque se nos “invite a ello”), ya que es una forma de poner a prueba nuestra capacidad de tratar con discreción temas y situaciones delicadas.

En cuanto al lenguaje no verbal, es fundamental que nuestro cuerpo se exprese en la misma línea y acompañe nuestro discurso a través de los gestos, posturas, miradas, es decir, que exista concordancia entre lenguaje verbal y no verbal. Desde el primer momento debemos buscar una postura en la que nos encontremos cómodos y que nos permita centrarnos en las preguntas. Debemos cuidar la postura, sentándonos bien derechos, ocupando todo el asiento, no sólo el borde de la silla, mantener una distancia prudente con el entrevistador, el contacto visual, realizar escucha activa, no gesticular en exceso, sonreír de forma espontánea y ser empático. Debemos asimismo actuar con confianza en nosotros mismos manteniendo la naturalidad, descansar de vez en cuando y utilizar un estilo directo de comunicación, pero no arrogante ni agresivo. Es muy frecuente que el nerviosismo nos juegue malas pasadas, pero no nos debe preocupar en exceso; los expertos de selección están acostumbrados. Los nervios no puntúan, salvo en casos patológicos. La actitud correcta que debemos mantener durante la entrevista es de atención y concentración, la situación es seria y debemos demostrar en todo momento que así la consideramos.

Debemos tener en cuenta que en las entrevistas de selección la primera impresión, sobre todo la visual, juega un papel muy importante, hasta el punto de ser nuestra tarjeta de presentación. Por eso, hay que prestar especial atención a este punto, aunque sin dejar que nos obsesione. Nuestro aspecto debe ser limpio, discreto y clásico, y deberá pasar a un segundo término tan pronto como tomemos asiento en la entrevista.

La indumentaria más apropiada para una entrevista de trabajo es traje de chaqueta para él, y para ella falda o pantalón (es indiferente) de colores oscuros y discretos —los más recomendados: gris oscuro y azul marino—, perfectamente planchados. Camisa discreta: azul clara, de rayas o cuadros finos. Corbata discreta. Una imagen pulcra no puede ir acompañada de una melena desordenada o enmarañada. Este último consejo es aplicable tanto para hombres como para mujeres.

Como hemos señalado anteriormente, hay que dejar que el entrevistador marque los tiempos; la duración de la entrevista de trabajo varía dependiendo de diversos factores: si es individual o en grupo, si se trata de la primera toma de contacto o de entrevistas posteriores y, por supuesto, del puesto de trabajo ofrecido. La conclusión de la entrevista será marcada por el entrevistador, que nos señalará el final de la misma con alguna pregunta del tipo: ¿Alguna consulta que hacer? Una respuesta correcta por nuestra parte puede ser: «¿Cuándo puedo saber algo sobre la decisión que tome la compañía?» o «me interesa mucho este puesto de trabajo, ¿cuál es el siguiente paso que debo dar?». Tras recibir la respuesta del entrevistador nos levantaremos sin prisa y nos despediremos de forma educada con un firme apretón de manos indicando que esperamos noticias de la empresa.

Por último, una vez en casa, es conveniente realizar un análisis de la entrevista valorando los detalles que pueden influir positiva o negativamente en nuestra incorporación a la empresa.

Es importante obtener una lectura positiva de la entrevista (sea cual sea el resultado final de la misma) y aprender de nuestros errores para no volver a caer en ellos. Hay que tener en cuenta que cada entrevista que realizamos supone un aprendizaje y nos proporciona experiencia de cara a futuras entrevistas.

### 3. MÉTODOS DE BÚSQUEDA DE EMPLEO. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información son aquellos canales donde podemos localizar las ofertas de empleo. En la actualidad hay multitud de medios para acceder a las ofertas: prensa, Internet, candidaturas espontáneas, oposiciones, contactos personales, bolsas de empleo, etc. En función del puesto que le interese, deberá seleccionar los más adecuados. Aquí daremos un repaso a los más importantes:

1. Oficinas de empleo.
2. Empresas de Trabajo Temporal.
3. Oposiciones y contratos de la administración.
4. Bolsas de trabajo.
5. Anuncios en prensa y otros medios de comunicación.
6. Internet.
7. Teletrabajo.
8. Amigos y conocidos.
9. Otras fuentes de información.

#### 3.1. Oficinas de empleo

Es un recurso de carácter público (INEM) donde podemos acudir para inscribirnos como demandantes de empleo. Los servicios que ofrecen las oficinas de empleo son básicamente de información y asesoramiento, formación (cursos para desempleados) y trámite, gestión de subsidios y prestaciones si hemos trabajado con anterioridad.

Los pasos para registrarnos como demandantes de empleo son los siguientes:

- Acudir a la oficina de empleo que corresponda a nuestro domicilio.
- Recoger la tarjeta de demanda.
- Rellenar el formulario de solicitud del puesto de trabajo para el que nos consideramos capacitados.

- Llevar la documentación necesaria (D.N.I., cartilla de la Seguridad Social, títulos, etc.).

### **3.2. Empresas de Trabajo Temporal (ETT)**

Son un tipo de empresas que se dedican a elaborar extensas bases de datos (normalmente por sectores) de trabajadores, contratarlos y cederlos a otras empresas haciendo de intermediarios.

Debemos saber que la empresa de trabajo temporal contrata, paga el salario y da de alta en la Seguridad Social al trabajador y que este servicio lo cobran a la empresa-cliente, en ningún caso el gasto correrá a cargo del trabajador contratado.

Estas empresas no suelen representar una solución a largo plazo, ya que las condiciones de los trabajadores inscritos en las ETT son las siguientes:

- Por la realización de una obra o servicio determinado.
- Para sustituir a los trabajadores de la empresa con derecho a reserva del puesto de trabajo.
- Para atender exigencias del mercado, máximo 6 meses de contrato.
- Cubrir de forma temporal un puesto de trabajo fijo mientras tiene lugar el proceso de selección o promoción, en este caso la duración no puede ser superior a 3 meses.

De cualquier forma, las empresas de trabajo temporal representan una alternativa de trabajo y una forma de darnos a conocer a las empresas.

### **3.3. Oposiciones y contratos de la Administración**

Son pruebas que convoca la Administración del Estado y permiten aspirar a un empleo estable. La Administración Pública se divide en:

- Administración Central o del Estado.
- Administración Autonómica.



- Administración Local.

La Administración Pública, ya sea estatal, autonómica o local, está obligada a realizar una serie de pruebas de aptitud para seleccionar al personal a su cargo, con arreglo a los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad. Con este fin, aprueban cada año sus presupuestos, mediante un cálculo entre ingresos y gastos; y de esta forma, el Estado, después de analizar las necesidades de los recursos humanos y de los servicios que precisan las diferentes Administraciones Públicas, da a conocer en el Boletín Oficial correspondiente su Oferta Pública de Empleo (OPE) en el primer trimestre del año.

Por lo tanto, para acceder a las pruebas del proceso de selección debemos estar atentos a:

- Boletín Oficial del Estado.
- Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma.
- Boletín Oficial de la Provincia.
- Publicaciones del Ayuntamiento.

Dicha oferta se realiza por separado en los distintos ámbitos, estableciendo para cada uno de ellos el número de plazas vacantes que se necesita cubrir. Éste número se publica en el boletín correspondiente al organismo que oferta las plazas.

### **3.4. Bolsas de trabajo**

Existen distintas entidades e instituciones donde una persona en situación de búsqueda de empleo puede apuntarse para solicitar trabajo. El funcionamiento depende del organismo que lo convoque, aunque suele funcionar por turno de inscripción siempre y cuando se cumplan los requisitos que se solicitan.

### **3.5. Anuncios en prensa y otros medios de comunicación**

La búsqueda de empleo mediante anuncios en prensa es quizás el método más extendido y el más utilizado. Dentro de los anuncios en prensa

podemos distinguir dos tipos de fuentes: prensa diaria y prensa especializada.

La forma de contestar a los anuncios que aparecen en prensa viene indicada normalmente en el propio anuncio, si no es así, nos pondremos en contacto con la empresa mediante la carta de presentación adjuntando nuestro currículum. Debemos tener en cuenta que el candidato ideal para un puesto de trabajo no existe, por lo tanto, y como norma general, si reunimos dos tercios (más o menos) de los requisitos que pide el anuncio es conveniente contestar; en caso de duda sobre si cumplimos el perfil para dicho puesto también deberemos contestar a la oferta de empleo. No debemos desaprovechar ninguna oportunidad por difícil que nos parezca. Por último, la respuesta al anuncio aparecido en prensa debe ser lo más rápida posible.

Existen programas de televisión sobre empleo en televisiones de ámbito nacional, pero sobretodo a nivel regional y local. Por otro lado, pueden encontrarse dentro del Teletexto de varias cadenas de TV ofertas públicas y privadas de empleo.

- TV1 y TV2 (480).
- Telecinco (365).
- Antena3 (400).

### **3.6. Internet**

Internet es una herramienta que ha revolucionado en los últimos tiempos la búsqueda de empleo y el acceso al mercado de trabajo. Esto ha sido posible gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías y el progresivo acceso de la población a medios y equipos informáticos. Esta nueva situación amplía de manera significativa las posibilidades de contratación, suponiendo un cambio significativo en la relación oferta-demanda de empleo y en el modo en que se gestionan en la empresa. Cada vez es más frecuente que las empresas y compañías tengan una página Web donde se dan a conocer. Suelen disponer de un enlace de recursos humanos, en el cual, se anuncian las vacantes disponibles, y donde el lector puede rellenar un formulario de currículum vitae diseñado por la propia empresa y enviarlo al momento.

### 3.7. Teletrabajo

Durante los últimos años, las empresas han ido modificando progresivamente su organización y estructura para adaptarse a los requerimientos de las nuevas tecnologías. En la actualidad existe la posibilidad de que los trabajadores accedan de forma inmediata a la información que requieren para desarrollar su trabajo desde su propio domicilio o desde cualquier lugar que permita una conexión informática a la red de la empresa. De esta forma, el teletrabajo, con ayuda de las nuevas tecnologías, permite una organización flexible del trabajo en un lugar distinto y alejado del que ocupa la empresa. Algunas de las áreas que más frecuentemente se ejecutan mediante teletrabajo son Internet, administración, artes gráficas, diseño y marketing y atención telefónica.

### 3.8. Amigos y conocidos

Aunque en principio pueda parecer un medio «poco ortodoxo» en la búsqueda de empleo, constituye un eficaz método a la hora de incorporarnos al mercado laboral. Debemos recordar que muchas personas encuentran trabajo gracias a amigos, conocidos y familiares. Tal y como señalábamos al comienzo de este módulo, es conveniente que todas las personas que conozcamos (no sólo la familia) sepan que estamos en el mercado y que queremos encontrar un puesto de trabajo (autopromoción). Así obtendremos información por parte de nuestros conocidos sobre anuncios, vacantes, suplencias, nos proporcionará ayuda para mantenernos constantes en nuestra labor de búsqueda, nos orientará en momentos puntuales y, lo más importante, pueden ponernos en contacto con conocidos (familiares o no) que necesiten un empleado.

### 3.9. Otras fuentes de información

- Centros de estudio o academias privadas: suelen estar orientadas a la preparación de pruebas de acceso para diferentes empleos (público o privado) e informan sobre convocatorias, plazos, requisitos, etc. Asimismo, muchos de estos centros cuentan con bolsa de empleo e informan sobre las bolsas de empleo público existentes.

- Organizaciones sindicales: a través de la gestión de cursos y ofertas de empleo.
- Asociaciones y colegios profesionales: proporcionan información periódica a sus asociados sobre investigación, cursos de formación específica, congresos, seminarios. También proporcionan información de empresas que ofrecen trabajo del sector profesional en concreto y suelen contar con bolsas de trabajo.
- Centros de Información Juvenil: dependen de los Ayuntamientos, Ministerio de Cultura, etc. Entre otras funciones informan sobre cursos del INEM, cooperativas de trabajo, autoempleo y desarrollo de estrategias en gestión de búsqueda de empleo.
- Asociaciones empresariales: informan y asesoran (en muchos casos de forma gratuita) a aquellas personas interesadas en constituir empresas.
- Ayuntamientos: a través de sus centros de su Concejalía de Cultura, centros de información juvenil (mencionados anteriormente), centros cívicos o de barrio y de programas específicos de formación y empleo.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### MODELO DE CURRÍCULUM VITAE (básico)

##### DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos: Ana María Martín Sánchez

Fecha de nacimiento: 29-05-1974

DNI: 85566285-K

Dirección: Avda. de Logroño, 46 - bajo dcha.

Localidad: Madrid

Código Postal: 28037

Provincia: Madrid

Teléfono de contacto: 91/596 21 11

Teléfono móvil: 665 98 54 63.

Permiso de conducir: B2 y A1

Disponibilidad de vehículo propio

##### DATOS ACADÉMICOS:

Titulación: Auxiliar de Clínica. Instituto de Formación Profesional «Garcilaso de la Vega». Madrid, 1998-2001.

Idiomas: Inglés, nivel alto hablado y escrito. Francés, nivel básico.

Informática: Conocimientos de informática nivel usuario en entorno Windows y Lynux. Experiencia en manejo de programas de edición de textos (Word, Works) y tablas de cálculo (Excel).

##### *Cursos y/o seminarios:*

- Curso de primeros auxilios en carretera. Cruz Roja Española. Madrid, 2002. 20 horas.

- Curso de movilizaciones y transferencias. Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFAL). Madrid, 2003. 40 horas.

*Otras actividades realizadas:*

- Prácticas profesionales realizadas en el Hospital San Rafael. Madrid, 2001. 250 horas.
- Voluntariado en AFAL. Madrid, junio - diciembre, 2003.

**EXPERIENCIA PROFESIONAL:**

- Actividad desempeñada: Auxiliar de Geriátria.  
Empresa: Residencia de Personas Mayores El Refugio  
Lugar: Ávila      Fecha: enero de 2003 - junio de 2004.

**MISCELÁNEA**

Movilidad geográfica, disponibilidad para viajar, capacidad de adaptación, experiencia en trabajo en grupo.

## ANEXO 2

### MODELO DE CURRÍCULUM VITAE (funcional)

Javier Santos Paniagua

C/ Marqués de Mondéjar, 50 - 6.º A. 28012 Madrid

Teléfono: 91 523 43 54

jasanpa@telenet.com

Lugar y fecha de nacimiento: Madrid, 12 de abril de 1974

#### *Objetivo profesional*

Lograr un puesto de responsabilidad en el Departamento de Marketing del grupo de Residencias para Personas Mayores HABAZA, S. A. en cualquiera de sus sedes de España.

#### *Logros profesionales*

Durante los últimos seis años he conseguido triplicar el número de clientes en nuestros centros desde los departamentos de Comunicación y Marketing de las dos empresas en las que he trabajado, clientes que aún continúan con nosotros. Las agencias en las que he trabajado se han presentado a 14 concursos públicos y han ganado 12 de ellos. En todas estas campañas yo participé de forma activa.

#### *Formación académica*

Máster en Gestión Comercial en el medio Hospitalario, por el Instituto de Empresa de Madrid, 1990.

Diplomado en Enfermería, rama Publicidad y Relaciones Públicas, por la Universidad Complutense de Madrid, 1994.

Curso de experto en Planificación Gerontológica, Universidad Pontificia de Salamanca, 1998, 400 horas.

### *Experiencia profesional*

1994-1996 Responsable de las relaciones con los medios en Grupo Alabastro, S. A.

1996-1998 Responsable de Relaciones Institucionales en Johnson's & Health.

1998-2000 Ejecutivo de Comunicación en Grupo Salud.

### *Otros datos*

Idiomas: inglés, nivel muy alto escrito, comprendido y hablado.

Informática: dominio de programas Word, Excel, PowerPoint.

Trabajos voluntarios: Campaña captación de recursos para Médicos Sin Fronteras, España.



## ANEXO 3

### MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN (respuesta a un anuncio de oferta de empleo)

Juán Olmedo Poveda  
C/ Madrid 279, 6 B  
28941 Madrid  
Tel. 91 515 47 22  
juanolmedo@teleline.es

Residencias y Gestión Geriátrica, S.A.  
Apdo. 5032  
28033 Madrid

Madrid, 25 de enero de 2000

Estimados señores:

Adjunto les envío mi currículum vitae con motivo de su anuncio publicado en el diario El Mundo (Ref. 234565), con fecha 20 de febrero de 2006, y en el que ustedes solicitan una persona con la titulación de Auxiliar de Clínica para cubrir un puesto en su residencia de personas mayores de San Martín de Valdeiglesias.

Considero que yo podría resultarles interesante, ya que cumplo todos los requisitos que ustedes demandan a los candidatos en su anuncio. Además, como podrán ver en mi currículum, he realizado prácticas relacionadas con el campo que ustedes ofertan y tengo amplia experiencia demostrable en el ámbito de la geriatría, y concretamente en el campo de las demencias.

En el caso de que ustedes también lo consideren así, me pongo a su disposición para acudir próximamente a su empresa y exponerles con detenimiento mi experiencia y expectativas futuras.

Esperando que mi currículum haya sido de su agrado y en espera de su respuesta, atentamente les saluda,

Juan Olmedo Poveda

## ANEXO 4

### MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN (candidatura espontánea)

Sandra García Mendaña  
C/ Mártires Concepcionistas, 35  
28018 Madrid  
91 654 87 65  
sandragar@wanadoo.es

PRIX Asistencia Integral  
C/ Arturo Soria, 77, 3º D  
28008 Madrid

Madrid, 31 de septiembre de 2005

A la Atención del Departamento de Recursos Humanos.

Estimados señores:

Me dirijo a Ustedes ya que son una compañía líder en el ámbito hospitalario y asistencial. Como podrán comprobar en mi currículum, he enfocado mi formación hacia el campo de la geriatría y, a pesar de mi edad, tengo experiencia demostrable en el sector debido a que desde un principio de mi carrera profesional he desarrollado mi actividad laboral en este terreno, realizando prácticas y trabajando en los principales hospitales y residencias geriátricas de la Comunidad. Considero que mi perfil profesional se ajusta a las características de su compañía, en la cual estaría encantada de prestar mis servicios.

Mi deseo es mantener una entrevista con ustedes para poder explicarles con mayor detenimiento mi trayectoria profesional, por lo que me pongo a su disposición para aportarles cuantos datos consideren necesarios.

En espera de sus noticias, les saluda atentamente,

Sandra García

## ANEXO 5

**Direcciones de empleo en la red:**

[www.abctrabajo.com](http://www.abctrabajo.com)  
[www.adecco.es](http://www.adecco.es)  
[www.altagestion.es](http://www.altagestion.es)  
[www.anuntisempleo.com](http://www.anuntisempleo.com)  
[www.aquieuropa.com](http://www.aquieuropa.com)  
[www.atiempoparcial.com](http://www.atiempoparcial.com)  
[www.aui.es](http://www.aui.es)  
[www.bolsadetrabajo.com](http://www.bolsadetrabajo.com)  
[www.bolsa-trabajo.com](http://www.bolsa-trabajo.com)  
[www.canalwork.com](http://www.canalwork.com)  
[www.catenon.com](http://www.catenon.com)  
[www.computrabajo.com](http://www.computrabajo.com)  
[www.educaweb.com](http://www.educaweb.com)  
[www.elgratuito.com](http://www.elgratuito.com)  
[www.empleo.com](http://www.empleo.com)  
[www.empleo.navegalia.com](http://www.empleo.navegalia.com)  
[www.empleo.ozu.es](http://www.empleo.ozu.es)  
[www.empleofacil.com](http://www.empleofacil.com)  
[www.excoqe.com](http://www.excoqe.com)  
[www.expansionyempleo.com](http://www.expansionyempleo.com)  
[www.factorq.com](http://www.factorq.com)  
[www.finanjobs.com](http://www.finanjobs.com)  
[www.guiaempleo.net](http://www.guiaempleo.net)  
[www.hispavista.trabajos.com](http://www.hispavista.trabajos.com)  
[www.infoempleo.com](http://www.infoempleo.com)  
[www.infojobs.net](http://www.infojobs.net)  
[www.infojuridico.com](http://www.infojuridico.com)  
[www.innovajob.com](http://www.innovajob.com)  
[www.interempleo.es](http://www.interempleo.es)  
[www.interworker.com](http://www.interworker.com)  
[www.jobline.es](http://www.jobline.es)  
[www.jobpilot.es](http://www.jobpilot.es)  
[www.laboral.com](http://www.laboral.com)  
[www.laboral-web.com](http://www.laboral-web.com)  
[www.laboris.net](http://www.laboris.net)  
[www.lalineacom/trabajo.htm](http://www.lalineacom/trabajo.htm)  
[www.masempleo.com](http://www.masempleo.com)  
[www.meditempus.com](http://www.meditempus.com)  
[www.mercadis.com](http://www.mercadis.com)  
[www.mercadis.com](http://www.mercadis.com)  
[www.mercadodetrabajo.com](http://www.mercadodetrabajo.com)  
[www.metaseleccion.com](http://www.metaseleccion.com)  
[www.michaelpage.es](http://www.michaelpage.es)  
[www.midwar.com/bolsa](http://www.midwar.com/bolsa)  
[www.monster.com](http://www.monster.com)  
[www.monster.es](http://www.monster.es)  
[www.nuvisystem.es/empleo.htm](http://www.nuvisystem.es/empleo.htm)  
[www.oficinaempleo.com](http://www.oficinaempleo.com)  
[www.princast.es/trabajarstur](http://www.princast.es/trabajarstur)  
[www.publiempleo.com](http://www.publiempleo.com)  
[www.randstad.es](http://www.randstad.es)  
[www.rose4.freesevers.com](http://www.rose4.freesevers.com)  
[www.rrhh.net](http://www.rrhh.net)  
[www.secretariaplus.com](http://www.secretariaplus.com)  
[www.stalker.es/empresas/gnou](http://www.stalker.es/empresas/gnou)  
[www.swf.es/swf/main\\_trab.htm](http://www.swf.es/swf/main_trab.htm)  
[www.talentmanager.com](http://www.talentmanager.com)  
[www.tecnoempleo.com](http://www.tecnoempleo.com)  
[www.tecnotrabajo.com](http://www.tecnotrabajo.com)  
[www.teletrabajo.es](http://www.teletrabajo.es)  
[www.terra.es/bolsa\\_empleo](http://www.terra.es/bolsa_empleo)  
[www.todotrabajo.com](http://www.todotrabajo.com)  
[www.topjobs.es](http://www.topjobs.es)  
[www.trabajo.com.mx/](http://www.trabajo.com.mx/)  
[www.trabajo.org](http://www.trabajo.org)  
[www.trabajofacil.com](http://www.trabajofacil.com)

[www.trabajos.com](http://www.trabajos.com)

[www.treelogic.com/emplea](http://www.treelogic.com/emplea)

[www.valser.es/vs//feina/index2.html](http://www.valser.es/vs//feina/index2.html)

[www.vedior.es](http://www.vedior.es)

[www.virtuempleo.com](http://www.virtuempleo.com)

[www.webempleo.org](http://www.webempleo.org)

[www.wnet.es/bolsa](http://www.wnet.es/bolsa)

### **Direcciones de empleo en la red específicas para gerocultores y profesionales sanitarios:**

[www.amrte.es](http://www.amrte.es)

[www.geriaticas.com](http://www.geriaticas.com)

[www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com)

[www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com)

[www.portaltercera.com](http://www.portaltercera.com)

[www.todoancianos.com](http://www.todoancianos.com)

[www.guiadeenfermeria.com](http://www.guiadeenfermeria.com)

[www.empleosanitario.com](http://www.empleosanitario.com)

[www.habitamos.com](http://www.habitamos.com)

## ANEXO 6

### **30 recomendaciones en la búsqueda de empleo:**

#### *Antes de iniciar la búsqueda:*

1. Nuestro nuevo trabajo es buscar trabajo.
2. Ser perseverante.
3. Precisar la motivación que nos lleva a buscar empleo.
4. Tener en cuenta las condiciones en las que estamos dispuestos a trabajar.
5. Ser conscientes de las herramientas con las que contamos para optar a un empleo.
6. Conocer nuestras fortalezas y carencias académicas.
7. Conocer sus fortalezas y carencias laborales.

#### *Durante la búsqueda de empleo:*

8. Preparar con anticipación una autodescripción que incluya las características personales que más resaltan.
9. Disposición para sondear todas las vías de ingreso al mercado laboral.
10. No limitarse a enviar currículos.
11. Analizar las ofertas de empleo de los diarios.
12. Recordar que el currículum es nuestra carta de presentación a la empresa.
13. Si enviamos fotografía, ésta no debe llamar la atención.

#### *Una vez seleccionado para la entrevista:*

14. Alertar a nuestros ex jefes de que estamos teniéndolos en cuenta como referencias laborales.
15. Llegar a las entrevistas con 10 minutos de anticipación.
16. Caminar con confianza y extender la mano al saludar.
17. Esperar a sentarnos cuando el entrevistador lo indique.

18. Tratar al interlocutor por el apellido. Nunca por su nombre de pila.
19. No hablar mal de un empleador pasado.
20. No llamar la atención con vestimentas u accesorios.
21. No evidenciar problemas económicos.
22. Evitar tener una actitud defensiva durante la entrevista.
23. No hablar con jergas o modismos.
24. Ser formal.
25. No brindar información reservada de la empresa donde trabajo.
26. Informarnos sobre los salarios en el mercado laboral.
27. Evitar hacer preguntas sobre el salario.
28. Esperar a que el entrevistador nos brinde una propuesta salarial cuando lo considere oportuno.
29. Sólo debemos ser enfáticos en nuestros intereses con respecto a salarios y beneficios sociales en la entrevista final si somos preguntados por ello.

*Al terminar la entrevista:*

30. No llamar por teléfono a la empresa para preguntar si ha sido seleccionado.



## **Bibliografía**

## BIBLIOGRAFÍA

### MÓDULO 1

- BERMEJO, J. C.: *Apuntes de relación de ayuda*, Madrid, Centro de Humanización de la Salud, 1996.
- BERMEJO F.; GONZÁLEZ J. I. y MARTÍNEZ P.: *Neurogeriatría. Temas fundamentales*, Madrid, Aula Médica, 2001.
- BERMEJO PAREJA F.; CASTILLA RILO J. G.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ F. y COLS.: *Estado de salud y su evolución en la cohorte de ancianos NEDICES*, Madrid, Aula Médica, 2006 (en prensa).
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS (dir.): *Gerontología social*, Madrid, Pirámide, 2000.
- MACÍAS NÚÑEZ J. F.; GUILLÉN LLERA F.; RIBERA CASADO J. M.: *Geriatría desde el principio*, Barcelona, Glosa, 2005.

### MÓDULO 3

- OÑORBE DE LA TORRE, M. y otros: *Guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos. El anciano en su casa*, 3.<sup>a</sup> ed., Ma-



drid, Dirección General de Prevención y promoción de la salud; Consejería de Salud; Comunidad de Madrid, 1994.

## MÓDULO 4

VV. AA. (Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología): *Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con Demencia. Revisión 2002*, Madrid, Masson, 2003 (Guías en Demencias).

GIL GREGORIO, P.; SÁNCHEZ MARTÍN, J.; RAMÍREZ DÍAZ, S.: «La Enfermedad de Alzheimer: un reto sanitario», en *Guía de Actuación en la Enfermedad de Alzheimer*, Madrid, Natural Ediciones, 2003.

MARTÍN CARRASCO, M.: «La Enfermedad de Alzheimer. Un trastorno Neuropsiquiátrico», en *Ars Medica*, Barcelona, 2004.

CUMMINGS, J. L.: *La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas*, Atlas Medical Publishing Ltd., 2004.

REISBERG, B.; FRANSS E.: *Clinical Stages in Alzheimer's Disease. The Encyclopedia of Visual Medicine Series. An Atlas of Alzheimer's Disease*, London, 1999.

ARRIOLA, E.; GONZÁLEZ, R.; IBARZÁBAL, X.; BUIZA, C.: «Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos», *Revista Española de Geriatría y Gerontología* (Madrid), 4, n.º 37 (2002), 225-230.

MONTORIO E IZAL: *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico de la salud*, Madrid, Síntesis, 2000.

ROY MILLÁN y RUIZ HIDALGO: *Recomendaciones Terapéuticas en las complicaciones psiquiátricas y conductuales de la demencia*, Barcelona, Proas Science, 2004.

BERMEJO F.: *Aspectos Familiares y sociales de pacientes con demencia*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 2004.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS: *Gerontología Social*, Madrid, Pirámide, 2000.

## MÓDULO 6

SÁNCHEZ CÁBACO, A.: *Prácticas de psicología de la memoria*. Madrid, Alianza Editorial, 1999.

- MARTÍNEZ MONJE, C.: *Haciendo memoria. Estimulación de las funciones mentales en las personas mayores*, Ediciones Oria, 2000.
- C. SOBERA ECHEZARRETA: *Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el domicilio*, Fundación Pfizer, 2001.
- LOSADA PÉREZ, D. (coord.): *El Baúl de los Recuerdos. Manual de Estimulación Cognitiva para Enfermos de Alzheimer en Ambiente Familiar*, 8 vols., Madrid, AFAL, 2003. I: D. LOSADA PÉREZ y S. BERMEJO GÓMEZ: *Atención y Percepción*, II: D. LOSADA PÉREZ: *Orientación*, III: D. LOSADA PÉREZ: *Memoria*, IV: V. SILVIA ZABALETA: *Lenguaje*, V: M. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ: *Razonamiento y Cálculo*, VI: N. SÁEZ SANZ: *Música, Motricidad, Manualidades*, VII: Á. REDONDO GARCÉS y P. CARRASCO MATEO: *Actividades de la vida diaria*, VIII: M. NEVADO REY: *Manual de aplicación*.
- DOMINGO RUIZ DE MIER; MARIA JOSÉ DE y otros: *La comunicación con el Enfermo de Alzheimer*, Madrid, CEFAA- *Obra Social*, 2004.
- J. JAVIER YANGUAS y cols: *Intervención Psicosocial en Gerontología: manual práctico*, Cáritas, 1998.
- J. PEÑA-CASANOVA: *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*, Fundación «la Caixa», 1999.
- J. PEÑA-CASANOVA: *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Manual de actividades*, Fundación «la Caixa», 1999.
- JOHN R. HODGES: *Valoración cognitiva*, Proux Science, 1996.
- JUNCOS RABADÁN, O.: *Lenguaje y Envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona, Masson, 1998.
- L. TÁRRAGA y cols. *Volver a empezar (Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer)*, Fundación ACE, 1999.
- LINDA CLARE: *¿Cómo afrontar los problemas de memoria?*, TEA Ediciones, 2001.
- M.<sup>a</sup> SOLEDAD RODRIGO: *Musicoterapia. Terapia de música y sonido*, Musicalis, 2000.
- MURILLO RUIZ, B.: *Estudio de la Evolución del Lenguaje en la Demencia Alzheimer*, Barcelona, ISEP, 2000.
- P. MONTEJO CARRASCO y cols: *Programa de memoria. Método UMAM*, Ayuntamiento de Madrid, 2001.
- PERELLÓ, J.: *Diccionario de Logopedia Foniatria y Audiología*, Barcelona, Ediciones Lebón, 2002.

PERELLÓ, J.: *Trastornos del habla*, 5.<sup>a</sup> edición, Barcelona, Masson, 2004

VARIOS AUTORES: *Guía práctica de reminiscencia*, Fundación «la Caixa», 2000.

— *La psicomotricidad. Un método de estimulación cognitiva*, Fundación «la Caixa», 1999.

## MÓDULO 7

CARRASCO MATEO, P. y REDONDO GARCÉS, A.: *Actividades de la Vida Diaria*, en DAVID LOSADA PEREZ (coord.): *El Baúl de los Recuerdos. Manual de Estimulación Cognitiva para Enfermos de Alzheimer en Ambiente Familiar*, 8 vols., Madrid, AFAL, 2003, vol. 7.

DOTTE, P.: *Método de manutención manual de enfermos*, Madrid, Masson, 2001.

DURANTE MOLINA, P. y PEDRO TARRÉS, P.: *Terapia ocupacional en geriatría: Principios y práctica*, Madrid, Masson, 1999.

REDONDO GARCÉS, A.: *Terapia Ocupacional en Alzheimer y otras demencias. Nuevos puntos de vista para el cuidador*, Madrid, AFAL, 2005 (Cuadernos Prácticos, 8).

## MÓDULO 8

OCHOA, E.; LOSADA, P.; NEVADO, M.; BONILLA, R.; HERNÁNDEZ CORONADO, A.: *La enfermedad de Alzheimer: Una guía práctica*, Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1996.

NEVADO REY, M. y MEDINA ORTEGA, J.: *Alzheimer: Hechos y dichos de sus cuidadores*, Madrid, AFAL, 2003 (Cuadernos Prácticos, 4).

NEVADO REY, M.: *Aprendiendo a Despedirse*, Madrid, AFAL, 2005 (Cuadernos Prácticos, 9).

BERMEJO, J. C.: *La Relación de Ayuda*, Madrid, Los Camilos, 2003.

BERMEJO, J. C.: *La muerte enseña a vivir*, Madrid, Los Camilos, 2004.

BIBLIOTECA AGRUPACIÓ: *Acerca de la Muerte*, Barcelona, Sfera ediciones, 2001.

BUCAY, J.: *El Camino de las Lágrimas*, Madrid, Grijalbo, 2002.

**Webgrafía:**

[www.humanizar.es](http://www.humanizar.es)

[www.fisterra.es](http://www.fisterra.es)

[www.tanatologia.org](http://www.tanatologia.org)

**MÓDULO 9**

Ley 31 /1995, de 8 de noviembre: Ley de Prevención de Riesgos Laborales. BOE n.º 269 de 10 de noviembre.

Ley 54 /2003, de 12 de diciembre de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. BOE n.º 298 de 13 diciembre.

NTP 599: Evaluación de riesgos de incendios: Criterios. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo ( INSHT).

Orden 24 octubre 1979: Protección anti-incendios en los establecimientos sanitarios. BOE nº 267 de 7 noviembre.

RD 486 /1997, de 14 de abril: Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

NTP 451: Evaluación de las condiciones de trabajo: Métodos generales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

RD 487 /1997 de 14 de abril: Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas. BOE 23-IV-07.

Ponencia «Concepto de riesgos psicosociales». INSHT.

Ponencia «Los riesgos psicosociales y su prevención: mobbing, estrés y otros problemas». INSHT.

NTP 177: La carga física de trabajo: definición y evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 601: Evaluación de las condiciones de trabajo. Carga postural. Método REBA. In stituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 575: Carga mental de trabajo: indicadores. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) .

NTP 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 534: Carga mental de trabajo: factores. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 275: Carga mental en el trabajo hospitalario: Guía para su valoración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

«El diseño de la información preventiva». Revista del INSHT. Art. Sección técnica 2 del PTS n.º 9.

RD 39 / 1997, de 17 de enero. Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE n.º 27 de 31 enero.

NTP 471: La vigilancia de la salud en la normativa de Prevención de riesgos laborales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Actuación en Emergencias. Normativa básica de la UNED.

Guía de primeros auxilios. Edita SOS Emergencias.