

TALLER PARA **FAMILIAS** DE **PERSONAS CON DEMENCIA**



COMO ACTUAR CON MI SER QUERIDO
ANTE DELIRIOS Y ALUCINACIONES



5.- DELIRIOS - ALUCINACIONES - IDENTIFICACIONES ERRONEAS

En las demencias por lo general se pueden presentar tres tipos principales de Síntomas Conductuales y Psicológicos (SCPD):

Trastornos del estado de ánimo:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Angustia
- ✓ Apatía
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ etc.



Agitación:

- ✓ Agresividad
- ✓ Hiperactividad motora (acatisia y vagabundeo)
- ✓ Desinhibición sexual.

Psicosis:

- ✓ Alucinaciones
- ✓ Delirios
- ✓ Alteraciones de la identificación.



5.- DELIRIOS - ALUCINACIONES - IDENTIFICACIONES ERRONEAS

DELIRIOS: es una creencia falsa cuyo contenido es tenido como real por parte de la persona afectada, apartándose de la realidad objetiva.

Las ideas delirantes en la demencia suelen simples y poco elaboradas.

El más frecuente es delirio paranoide en el que la persona cree que se conspira contra ella, se le roba, es engañada, espiada, perseguida, envenenada, drogada o acosada.

Otra idea delirante frecuente es la de que familiares o amistades que ya han muerto, aun viven. Así también, otra idea de perjuicio es que ciertas personas cercanas son impostores (a menudo su cónyuge , descendientes o cuidadores).



5.- DELIRIOS - ALUCINACIONES - IDENTIFICACIONES ERRONEAS

ALUCINACIONES: Son percepciones sensoriales sin objeto real.

Las más frecuentes son las visuales, seguidas de las auditivas, táctiles y olfativas.

Las alucinaciones visuales más frecuentes son de familiares y amistades que han muerto, o de otras personas no especificadas.

Si bien las personas con demencia a menudo están angustiadas por sus ideas delirantes, experimentan, en cambio, estas alucinaciones frecuentemente con despreocupación, incluso pueden encontrar estas «visitas» placenteras.

Una excepción es la demencia por cuerpos de Lewy, en la cual a menudo son generadoras de miedo, angustia y agresividad..



5.- DELIRIOS - ALUCINACIONES - IDENTIFICACIONES ERRONEAS

IDENTIFICACIONES ERRONEAS: Es una alteración de la percepción consistente en un tipo de ilusión asociada a un delirio secundario, de forma que la persona enferma es incapaz de interpretar la realidad correctamente y la deforma.

Se manifiesta de diferentes formas:

- ❖ Error de identificación de la propia persona: con frecuencia no reconoce su reflejo en el espejo.
- ❖ Error asociado a la autorreferencialidad con la televisión: imagina que los acontecimientos de la televisión se producen en su entorno inmediato.
- ❖ Falso reconocimiento: cree conocer a otra persona desconocida



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Factores desencadenantes de los síntomas conductuales y psicológicos

- Fármacos.
- Infecciones (especialmente de orina, en la que, en ocasiones el único síntoma puede ser la descompensación)
- Dolor (de difícil diagnóstico en pacientes con demencia)
- Fiebre.
- Déficits sensoriales en la visión o audición que favorecen alucinaciones, agitación, apatía y depresión.
- Personalidad psicopatológica pre-mórbida.
- Ritmo circadiano. Las alteraciones son más frecuentes a última hora de la tarde, al oscurecer (fenómeno de sundowning).
- Factores ambientales: cambios de domicilio, modificaciones en el entorno físico, ruidos.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Factores desencadenantes de los síntomas conductuales y psicológicos

La relación y actitud de la persona cuidadora hacia la persona enferma pueden desencadenar o agravar algunos síntomas:

- Regañarle o enfadarse.
- Infantilizarle
- Mala comunicación.
- Falta de atención y desinterés en los cuidados
- Exigencia excesiva para las capacidades de la persona enferma.
- Sobreprotección

Es, por tanto esencial, la adecuada formación del cuidador familiar y/o profesional.



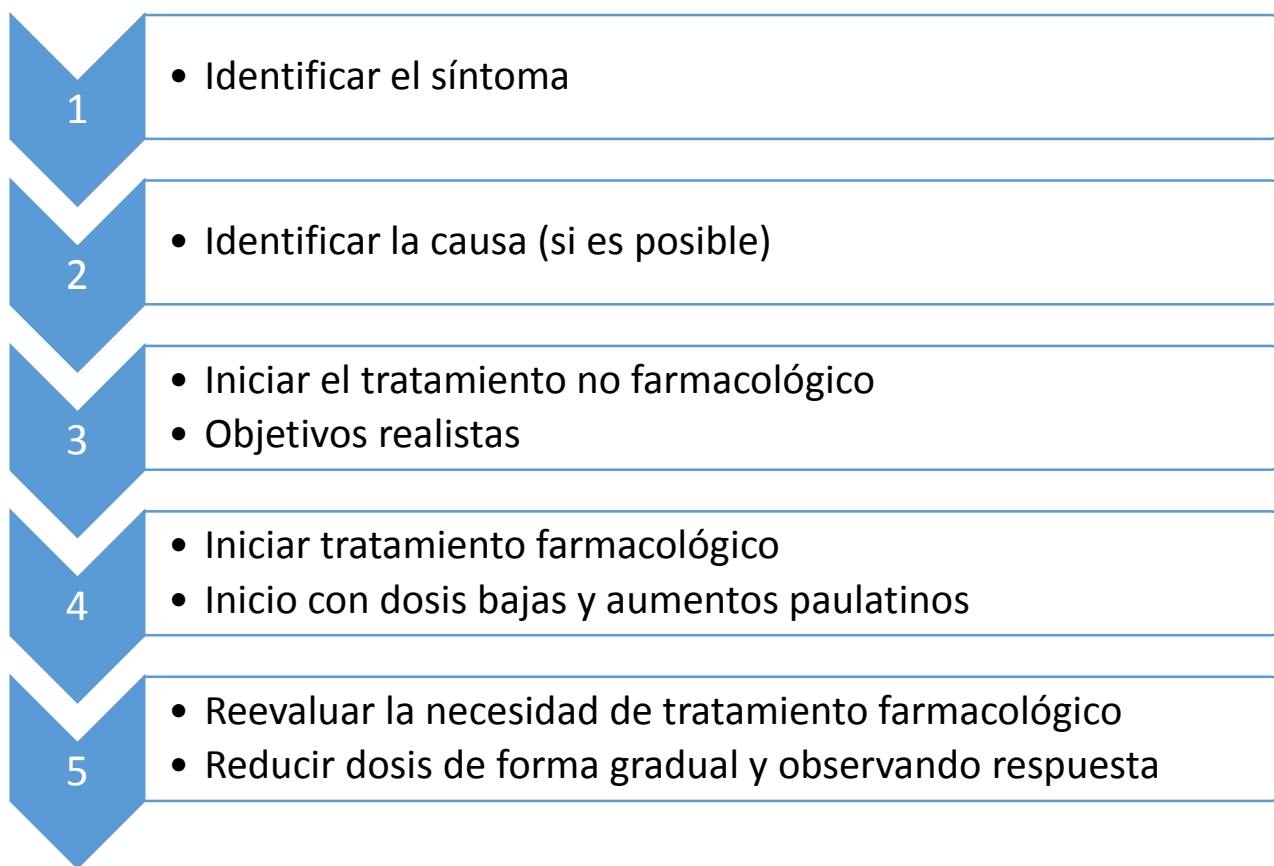
6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

En ocasiones, puede ser difícil distinguir una repetición de actos de un cuadro de agitación, la apatía se confunde con la depresión, las ideas delirantes con las falsas interpretaciones y las alteraciones del sueño con un verdadero insomnio, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos que dificultan la instauración de un tratamiento adecuado.

Es conveniente recordar que la persona con demencia puede conservar durante mucho tiempo capacidades cognitivas que creemos perdidas, enmascaradas por su afasia y, que suele ser consciente de lo que ocurre a su alrededor. Es crítico saber usar la comunicación corporal no verbal.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.





6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

1. Identificar el síntoma: no todos los síntomas tienen la misma importancia ni el mismo tratamiento, por lo que es importante en cada momento saber qué síntoma o síntomas tiene concretamente la persona para su correcto manejo.
2. Identificar la causa (si es posible): es importante averiguar si el síntoma ha sido desencadenado por una causa física como infección, dolor, estreñimiento, fármacos, o bien por algún factor ambiental, como cambios en la rutina, discusiones con la persona cuidadora, etc., para actuar en consecuencia.
3. Iniciar el tratamiento, siempre que sea posible con medidas no farmacológicas y estableciendo objetivos realistas.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

4. En los casos en que el tratamiento no farmacológico sea insuficiente para controlar a la persona enferma, o cuando la situación así lo requiera, se indicará el tratamiento farmacológico. El tratamiento con fármacos solo es eficaz frente a síntomas concretos, por lo que se evitará tratar indiscriminadamente cualquier síntoma. Se iniciaría el tratamiento con la dosis más baja e se irá aumentando paulatinamente, hasta el control del síntoma con la menor dosis eficaz.
5. Se debe reevaluar la necesidad de continuar con el tratamiento farmacológico, según los casos cada 1-3 meses. Los fármacos se deben suspender bajando las dosis de forma gradual y observando la respuesta.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

Manejo no farmacológico en delirios y alucinaciones

Son síntomas difíciles de aceptar y entender por las personas cuidadoras, por lo que es de gran importancia prepararlas para afrontarlos.

- Es contraproducente discutir o negarle sus percepciones, pero con un tono adecuado y tranquilo se le puede distraer hacia otros temas de su interés.
- No perder la calma ni seguir la ideación de la persona enferma.
- Tener copias de objetos que la persona enferma guarde y que no sabe luego donde están (llaves, documentos).
- Ofrecer ayuda para localizar la pérdida y así brindarle mayor experiencia de control sobre lo que está sucediendo.
- Es importante que las personas encargadas del cuidado comprendan la importancia de tener a la persona con demencia estimulada para conservar todas las capacidades posibles y mantener el vínculo afectivo.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

- Se recomienda asignarle tareas para las que esté capacitada y que siempre ha realizado, aunque le cueste esfuerzo y precise supervisión. Se debe reforzar de forma positiva los logros alcanzados, por simples que sean.
- Se le tiene que inducir a realizar ejercicios físicos todos los días, tanto en el domicilio como en el exterior, con el fin de mantener niveles de independencia así como efectos positivos sobre el sueño y el apetito.
- Es muy aconsejable la participación en grupos de actividades, donde de forma sistematizada se mantenga activa y en contacto con otras personas. La participación de terapeutas ocupacionales complementa la conservación de habilidades y la recuperación de tareas olvidadas.
- La falta de estímulos en una persona que está perdiendo la memoria, acelera el proceso de pérdidas de capacidades y por tanto, agudiza el grado de demencia.
- Se debe evitar regañarle por su torpeza en la realización de las tareas, por elementales que sean.
- Procurar evitar permanecer tiempos prolongados en completa inactividad o silencio.



6.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN. ACTITUDES Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN.

En resumen seguir las siguientes pautas ante situación de alucinaciones:

- Nunca negarle la alucinación porque para él es real. No discutir con él.
- Tranquilizarlo usando tono de voz suave, diciéndole quiénes somos para que se sienta seguro y confiado.
- Intentar distraerle mostrándole algo que le guste y le sea significativo.
- Si la alucinación no le causa angustia, ni entraña peligro, puede no ser necesario intervenir.
- En algunas ocasiones se puede intentar razonar, pero sino funciona, no insistir porque creamos más ansiedad.

...y ante situación de delirios:

- Escuchar para que se sienta atendido.
- Hacerle saber que nos vamos a hacer cargo de su problema.
- No discutir con ellos. No darle la razón ni llevarle la contraria. Decirle que le vamos a ayudar.
- Desviar la atención hacia cosas o actividades agradables y significativas para él.
- Ante delirios de robo: prestar atención a dónde guarda las cosas habitualmente.



7.- AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.

TRASTORNOS COMUNES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A AGITACIÓN





7.- AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.

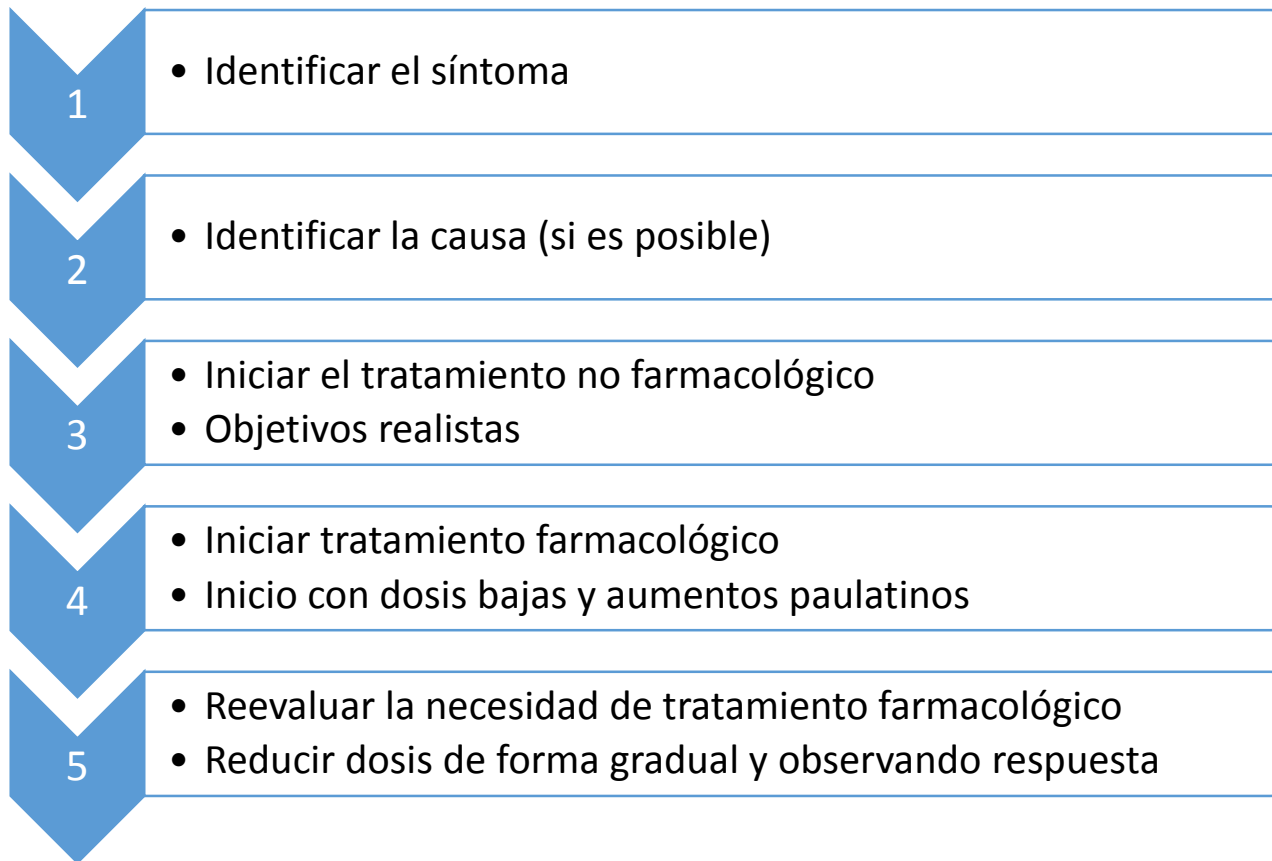
Manejo no farmacológico ante la agresividad.

- Nunca gritarles o regañarles.
- Dirigir la atención del enfermo hacia otras cosas.
- Prevenir las situaciones que desencadenen el problema.
- Explicarles las actividades que se van a hacer y darles tiempo.
- No utilizar la medicación como primera medida.





8.- PROTOCOLO FRENTE A LA AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.



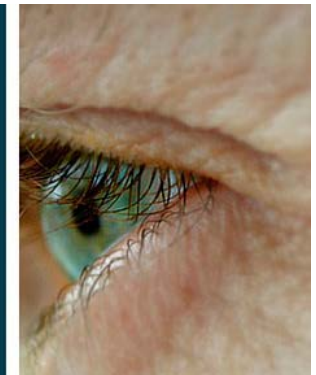


8.- PROTOCOLO FRENTE A LA AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.

Como primera medida es fundamental valorar y garantizar la seguridad de la persona mayor y de su entorno.



La evaluación inicial debe descartar la presencia de factores causales y/o desencadenantes abordables: médicos, psiquiátricos o psicosociales: dolor, infección (orina), estreñimiento, fármacos, sed, cansancio, soledad, miedo, hiperestimulación, etc.





8.- PROTOCOLO FRENTE A LA AGRESIVIDAD Y AGITACIÓN.

- Ambiente relajado, con tono y luces suaves.
- La música ejerce estímulo tranquilizador.
- Contacto físico: caricias, abrazos según demanda característica de cada persona.
- Manejar alternativas: paseo, cambio de habitación, fotos, recordar personas queridas.
- Manejar la situación con el mínimo número de personas.
- Ceder en la discusión.
- Si existe riesgo de agresión, esconder objetos peligrosos.
- Protegerse y solicitar ayuda si la situación se vuelve peligrosa.
- Evitar respuestas airadas y hostiles.
- Evitar movimientos y gestos bruscos.
- El mantenerse de pie ante una persona sentada o tumbada, puede ser considerado por ésta como amenazante para su seguridad.
- Evitar el abuso de la inmovilización física. Debe usarse solo en casos extremos, durante un periodo limitado de tiempo, y supervisándole para evitar lesiones.
- Tras la crisis, no culpabilizarle.



9.- VAGABUNDEO O DEAMBULACIÓN ERRÁTICA.



El tratamiento farmacológico no controla adecuadamente la conducta del vagabundeo, y puede aumentar el riesgo de caídas, por lo que están indicadas las medidas no farmacológicas.





10.- PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA DEAMBULACIÓN.

Manejo no farmacológico para Vagabundeo y deambulación errática

- No inmovilizarle. Esto puede aumentar la agitación y agresividad. Infundirle seguridad y tranquilidad.
- Facilitar un lugar adecuado para que pueda caminar como terraza o pasillo, retirando posibles obstáculos como sillas, mesas, alfombras. Facilitarle la orientación por medio de carteles, luces, etc.
- No dejar a su alcance productos u objetos que puedan suponer un peligro (tóxicos, objetos cortantes o punzantes, etc.).
- Prevenir las pérdidas o fugas colocando cerraduras de difícil apertura en las puertas.
- Uso de calzado y ropa cómoda.
- Llevar una identificación personal (medalla o pulsera).



10.- PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA DEAMBULACIÓN.

Manejo no farmacológico para Vagabundeo y deambulación errática

- Informar a la vecindad y amistades de la situación de su familiar.
- Proponer otra actividad u otra conversación que sea de su agrado. Distraer su atención hacia otras cosas.
- Aumentar el nivel de actividad durante el día, como salir a pasear diariamente. La actividad física moderada puede ayudar a desarrollar la musculatura y a disminuir la ansiedad.
- En los paseos, seguir rutas conocidas.
- El uso de dispositivos de localización electrónica puede ser de utilidad en aquellas personas enfermas con deambulación errática y riesgo de fuga.



NORMAS GENERALES EN LA COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

- **Hablar lenta y claramente, sin gritos**
- **Usar frases cortas y sencillas**
- **Acercarse de frente**
- **Llevarle por su nombre y decirle el nuestro**
- **Actitud respetuosa pero firme**
- **Comentar noticias y acontecimientos**
- **Dar paseos conversando con él**
- **Fomentar su independencia**
- **Mantener contacto físico con él**
- **Observar alteraciones y problemas físicos y psíquicos**
- **Vigilar y animarle para que acuda a las actividades programadas**
- **Vigilar la toma de medicamentos**
- **Prevenir peligros y caídas**
- **Fomentar la relación con sus compañeros**
- **Animar a las familias a que les visiten y educarles a que sigan estas normas.**





Muchas Gracias

Pablo Posse

CASC - CEHS

(34) 91.803.4000 – 91.229.9924

[psicología@sancamilo.org](mailto:psicologia@sancamilo.org)



www.humanizar.es

LA WEB DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD