

XXI

Jornadas

Alzheimer

Gratuitas

COUNSELLING Y ALZHEIMER ¿Cómo comunicarnos sanamente?

Tres Cantos (Madrid)
11 de abril de 2018
de 18:30 a 20:00 hs

Pablo Posse
Psicólogo CASC - Profesor CEHS
Tel.: (34) 91.806. 0698
e-mail: psicologia@sancamilo.org

1. DEFINICIÓN DE COUNSELLING

El **Counselling** es un tipo de **relación de ayuda centrada en la persona**. Es un modelo de intervención **integral** que contempla todas las dimensiones humanas de forma **holística**, en un proceso de acompañamiento que promueve todo lo posible la **autonomía** personal, garantizando la **aceptación incondicional** del otro, confiando en los recursos propios del ayudado, desde una actitud de **autenticidad** que implica cierta coherencia entre lo que pienso, lo que siento y como actúo, desde una actitud fundamental de **comprensión empática**.

Es una forma sana de **humanizar** la relación con el que sufre, promoviendo su salud holística, acogiendo y validando el mundo emotivo de quien acompañamos, fomentando la capacidad de **resiliencia** ante la adversidad.



1. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

1.1. Concepto.

Demencia: Síndrome orgánico adquirido que ocasiona un deterioro cognitivo, global y persistente, sin alteraciones en la consciencia, y que interfiere en todas las dimensiones del ser humano.

Cursa con pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, que se caracteriza por alteraciones de la memoria, en el capacidad de razonamiento y trastornos en la conducta.

Se caracteriza un por un deterioro progresivo en fases; comúnmente conocidas como **Leve**, **Moderada** y **Severa**.



1. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

1.2. Formas más frecuentes de demencia.

- ALZHEIMER
- VASCULAR
- MIXTA
- FRONTO-TEMPORAL
- DFT + ELA
- ENFERMEDAD DE PICK
- CUERPOS DE LEVY
- PARKINSON
- PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA
- CREUTZFELDT-JAKOB



1. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

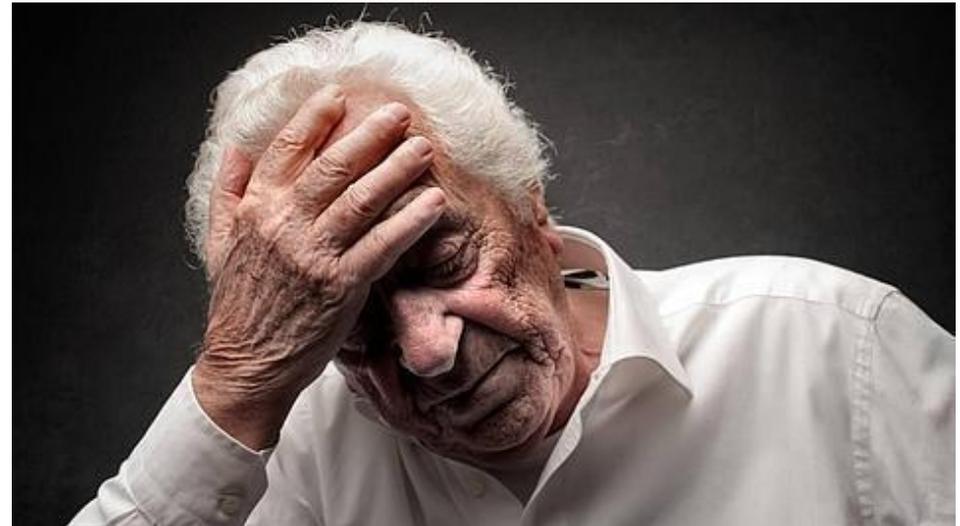
Alteraciones Cognitivas

Desorientación

Temporal	Espacial	Identidad
Amnesia	Agnosia	Afasia
Apraxia	Aprosexia	Acalculia
	Bradipsiquia	

Alteraciones Funcionales

Vestido	Higiene	Alimentación
Transferencias	Desplazamientos	



Alteraciones Psicológicas

Trastorno de la conducta

Agitación

Trastornos del estado de ánimo

2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.1. Descripción.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que cursa con un tipo de demencia que conlleva a la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas con manifestación de afectación en el resto de dimensiones características del ser humano, manifestándose serios trastornos conductuales y del comportamiento.



La demencia es un término general que describe un deterioro de la capacidad mental, lo suficientemente grave como para interferir en la vida diaria. La pérdida de la memoria es un ejemplo. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común.

La demencia no es una enfermedad específica. Es una manifestación sindrómica que describe una amplia variedad de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria y otras capacidades de razonamiento, que es lo suficientemente grave como para reducir la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.2. Antecedentes históricos.

En 1906 Alois Alzheimer describió el caso de una mujer de 51 años con pérdida severa de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje e ideas paranoides, que murió cuatro años después en un estado de severa demencia. En su autopsia se encontraron lesiones cerebrales consistentes, con atrofia cerebral y presencia de cuerpos denominados seniles.



Alois Alzheimer

Hasta hace pocas décadas se creía que la senilidad era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977 los científicos a través de trabajos realizados, han visto que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones el 75% aproximadamente se diagnosticaron como enfermedad de Alzheimer y el 25% restante se corresponde con alteraciones cerebrales producidas por infartos vasculares múltiples y otros tipos de demencias.

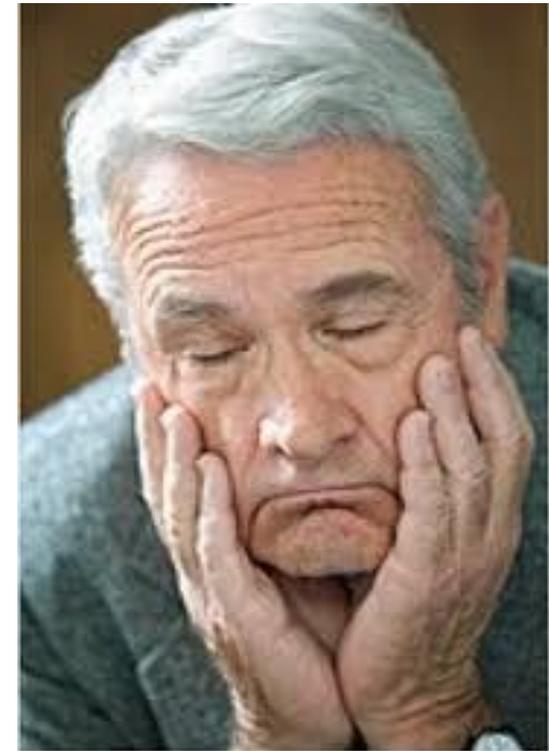


Emil Kraepelin

2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.3. Síntomas cognitivos.

- ✓ **Memoria (amnesia)**
- ✓ **Lenguaje (afasia)**
- ✓ **Secuencias coordinadas (apraxia)**
- ✓ **Reconocimiento (agnosias)**
- ✓ **Desorientación Temporo-Espacial-Identidad**
- ✓ **Atención (aprosexia)**
- ✓ **Capacidad de juicio y abstracción**
- ✓ **Capacidades ejecutivas**
- ✓ **Cálculo (acalculia)**
- ✓ **Bradipsiquia (enlentecimiento del pensamiento)**



3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.4. Síntomas psicológicos y conductuales.



DEMENCIA

ALZHEIMER

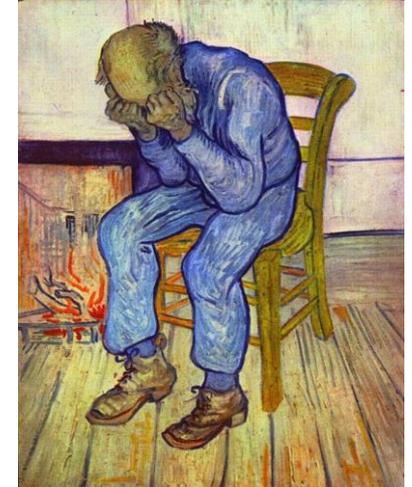
FRONTO-TEMPORAL

PICK

MIXTA

CUERPOS DE LEVY

- ✓ Delirios
- ✓ Alucinaciones
- ✓ Labilidad emocional
- ✓ Ansiedad y Angustia
- ✓ Depresión
- ✓ Reacciones catastróficas y desproporcionadas
- ✓ Cambios del carácter y de su personalidad
- ✓ Cambios en el apetito y conducta alimentaria
- ✓ Cambios en la actividad sexual
- ✓ Deambulación errante y seguimiento persistente
- ✓ Comportamientos y discurso repetitivos



3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

2.5. Alteraciones funcionales (AVDs)

- ✓ **Vestido**
- ✓ **Baño, higiene y aseo personal**
- ✓ **Transferencias, desplazamientos y marcha.**
- ✓ **Alimentación**
- ✓ **Continencia de esfínteres (Enuresis y Encopresis)**
- ✓ **Evacuación fisiológica (Lavabo, WC, etc.)**



3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

3.1. Alteraciones del lenguaje.

Fase Leve

- ❖ Dificultad para encontrar la palabra correcta (Anomia)
- ❖ Empobrecimiento del discurso (inicio inminente de afasia y agnosias)

Fase Moderada

- ❖ El contenido semántico de su lenguaje es más empobrecido aún.
- ❖ El discurso resultar menos fluido con pausas o bloqueos.
- ❖ Pierde fácilmente el hilo de las conversaciones.
- ❖ El vocabulario es más simple.
- ❖ Tienden a utilizar palabras comodines (“eso”, “el cacharro”, “la cosa esa”).
- ❖ Abuso expresiones hechas para compensar los problemas de agnosia.
- ❖ Tiende a cambiar unas palabras por otras (parafasias)
- ❖ Tienden a ser reiterativos, pero mantienen en general la espontaneidad verbal

3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

3.1. Alteraciones del lenguaje.

Fase Severa

- ❖ El lenguaje suele ser ya poco fluido.
- ❖ Puede presentar un habla incontrolada (Verborrea), si bien el contenido resulta vacío e incoherente en su mayor parte.
- ❖ Repetición involuntaria o mecánica de una palabra o frase que ha dicho otra persona (Ecolalia).
- ❖ Repetición de palabras o frases cortas dichas el propio sujeto (Palilalia).
- ❖ Repetición de palabras, frases, expresiones o por ejemplo rezos-mantras conocidos que repiten constantemente (Estereotipias).
- ❖ El grado de comprensión se limita a material muy simple y con ayuda del contexto en el que se produce el mensaje.
- ❖ Por último, la expresión llega a ser ininteligible, reducida únicamente a emisiones como gemidos, balbuceo o gruñidos, apareciendo mutismo. Ausencia de lenguaje expresivo.

3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

3.2. Pautas de comunicación con el enfermo.



3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

- No hablar a la persona como si fuera un niño. Ni infantilizar ni “psiquiatrizar”.
- Captar la atención del mayor antes de comenzar la conversación y mirarle siempre a los ojos cuando hable o escuche.
- Llamarle siempre por su nombre, así mantenemos su orientación personal.
- Utilizar lenguaje sencillo con frases cortas y sencillas. Hablándole lentamente y con claridad.
- Emplear siempre mensajes positivos. Es mejor indicarle cómo tienen que hacer, más que cómo no tiene que hacer.

Pautas para comunicarse con una persona con demencia



- 1** Hacer preguntas sencillas:
¿Tienes frío?, ¿te apetece salir?
- 2** Utilizar un lenguaje simplificado:
Elije la camisa para hoy? (al tiempo, mostrarle dos, una azul y otra blanca).
- 3** No intentar razonar ni discutir.
- 4** No des lecciones. No le avergüences.
- 5** Nunca digas “ya te dije...”
Repítelo las veces necesarias.
- 6** No hable con otros delante de la persona, como si no estuviera.
- 7** Nunca digas “pero ¿no te acuerdas...?”
- 8** Cambia el “no puedes” por el “haz lo que puedas.”

3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

Claves para una buena comunicación con una persona en situación de dependencia



- ✓ Proporcionar un trato adecuado, digno y respetuoso. No caer en la infantilización de la persona y hablarle como adulta que es, tenga o no deterioro cognitivo
- ✓ Darle tiempo para responder, pues la comunicación con personas con limitaciones funcionales y, sobre todo, cognitivas, puede requerir disponer de más tiempo para hacerse entender y para recibir respuesta
- ✓ Buscar temas de conversación que interesen tanto a la persona cuidadora como a su familiar.
- ✓ Estimular la memoria y el recuerdo de las personas
- ✓ Prestar atención a las emociones y sentimientos

- Darle a elegir, pero siempre entre dos opciones o alternativas para no confundirle.
- Darle tiempo a responder, la velocidad de comprensión y de respuesta está enlentecida.
- Mantener los tiempos de la conversación (aunque a veces no conteste o tarde en contestar).
- Reforzar sus intentos de comunicación aunque no le hayamos entendido. Hacerlo con tacto.
- Evitar las palabras inespecíficas (esto, eso, chisme,...). Utilizar todas las palabras.

3. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

- Al pedirle que haga una tarea, para que sea más eficaz es conveniente descomponerla en pasos.
- Tener paciencia. Cuando la persona pregunte siempre lo mismo o cuente lo mismo responderle con frases cortas y nunca de mal humor. Importante nuestro lenguaje corporal.
- Tratar a la persona con respeto y no hablar con otra persona como si él no estuviera presente, tanto si se habla de ella como si se tienen una conversación normal.
- No escatimar en gestos cordiales. Esto le infundirá confianza y facilitará la tarea de la comunicación. **MEMORIA EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN AFECTIVA.**



4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

ACTITUDES ANTE LA PERSONA CON DEMENCIA



- ❖ **Capacidad de Elección vs Actitud Pasiva**
- ❖ **Reforzar vs Prestar atención a los fracasos**
- ❖ **Dignidad y respeto vs Humillación e Infantilización**
- ❖ **Independencia vs Sobreprotección**

- ❖ **No discutir ni forzar**
- ❖ **Atender a la identidad personal e intimidad**
- ❖ **Expresar afecto, empatía y sentido del humor**
- ❖ **Mostrar flexibilidad y calma**

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.
- Mantener un estado de tranquilidad uno mismo como cuidador.
- 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.

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

- 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.

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

TRASTORNOS COMUNES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A AGITACIÓN



4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.



4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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.



4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

- 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.

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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**.



4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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).

4. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

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 CON DEMENCIA

- **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**
- **Fomentar la relación con sus compañeros**
- **Animar a las familias a que les visiten y educarles a que sigan estas normas.**





Gratis

Jornadas

Alzheimer

Muchas Gracias

Pablo Posse

Psicólogo del CASC

Profesor del CEHS

Tel.: (34) 91.803.4000

e-mail: psicologia@sancamilo.org



www.humanizar.es

LA WEB DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD