



**MANUAL DE FORMACIÓN PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON DEMENCIA**



XUNTA DE GALICIA



**MANUAL DE FORMACIÓN
PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON DEMENCIA**



XUNTA DE GALICIA

MANUAL DE FORMACIÓN PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON DEMENCIA

Federación de Asociacións Galegas de Familiares de
Enfermos de Alzheimer e outras Demencias

Xunta de Galicia
Consellería de Traballo e Benestar
Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal
2011

MANUAL DE FORMACIÓN
PARA COIDADOS
NO CONTORNO FAMILIAR
DE PERSOAS CON
DEMENCIA



Edita:

Xunta de Galicia

Consellería de Traballo e Benestar

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

Primeira edición 2011

Coordinación da edición:

Unidade de Coordinación da Dependencia

Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal

Autoría:

Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias

Cesión de imaxes:

Mundoabuelo Lugo

Deseño gráfico / Maquetación:

Pilar Ónega Rodríguez

Imprime:

Prelo, S.L.

Depósito legal: LU 232-2010



Índice

13	❖ Presentación	35	❖ 2.Síntomas cognitivos na enfermidade do Alzheimer e outras demencias
19	❖ 1. Introducción á enfermidade de Alzheimer e outras demencias	35	2.1. Introducción
19	1.1. Concepto de demencia	36	2.2. Alteracións na orientación
21	1.2. Tipos de demencia	37	2.3. Alteracións da memoria
22	1.3. Definición e peculiaridades da enfermidade de Alzheimer	40	2.4. Alteracións da linguaxe falada
23	1.4. Factores predispoñentes	42	2.5. Alteracións da linguaxe escrita
24	1.5. Fases	43	2.6. Alteracións da xestualidade
		45	2.7. Alteracións do recoñecemento
		47	2.8. Alteracións das capacidades executivas

55	❖ 3. Síntomas non cognitivos da enfermidade: trastornos psicolóxicos do comportamento	121	❖ 5. Comunicación coa persoa con demencia
55	3.1. Introducción	121	5.1. Introducción
57	3.2. Principais síntomas psicolóxicos e do comportamento	122	5.2. Axudas para mellorar a comunicación
59	3.3. Principios básicos para tratar os problemas de conduta e psicolóxicos	124	5.3. Estratexias de comunicación
61	3.4. Pautas para o coidador		
73	3.5. Presentación dun caso práctico		
83	❖ 4. Terapias non farmacolóxicas	135	❖ 6. Coidado da persoa coidadora
83	4.1. Introducción	135	6.1. Introducción
86	4.2. Psicoestimulación	137	6.2. Afrontamento dos coidados
97	4.3. Terapias funcionais	144	6.3. Toma de decisións
104	4.4. Estimulación das actividades da vida diaria/produtos de apoio	146	6.4. Síndrome da persoa coidadora

Presentación

As enfermidades que cursan con trastornos cognitivos e demencia caracterízanse pola súa longa evolución e por ocasionar un grande impacto no contorno sociofamiliar das persoas que as sofren. Estamos diante de doenzas que conducen a situacións de dependencia progresiva, debido a que orixinan alteracións tanto na esfera intelectual como na funcional e, por conseguinte, no comportamento.

A Consellería de Traballo e Benestar, coa publicación deste manual, quere mostrar o seu recoñecemento ao importante labor que están a desenvolver os familiares e coidadores de persoas con alzheimer e outras demencias. En colaboración coa Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias (FAGAL) ofrecémoslles, a través do programa Xuntos nos coidados, un instrumento útil e práctico coa pretensión de lles proporcionar axuda aos coidadores, familiares e persoas con demencia. Trátase de facilitar as habilidades e coñecementos necesarios para mellorar a súa calidade de vida no contorno habitual e fomentar a autonomía de todos os membros da familia, co fin de reducir a carga que supón coidar unha persoa en situación de dependencia.

Ao longo do ano 2010, a Dirección Xeral de Dependencia e Autonomía persoal



abordou a tarefa de elaborar un programa de formación que incide especialmente no coñecemento, no adestramento en habilidades e no desenvolvemento de actitudes adecuadas no coidado, para coidadores tanto informais como profesionais.

Durante este proceso recolléronse as achegas e propostas dos profesionais e técnicos expertos nos coidados de persoas en situación de dependencia, cunha decidida participación dos coidadores e familiares. O documento de formación básico sobre coidados no contorno familiar vese agora cuberto con este módulo especializado nos coidados de persoas con demencia, xa que se incorporan información e consellos relacionados cos trastornos cognitivos e demencias. Son os técnicos da Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias quen explican en que consiste a enfermidade, as súas causas, diagnósticos e pautas de atención. O texto aborda o aspecto psicolóxico da relación da persoa con demencia e o “coidado do coidador”, e ofrece consellos e procedementos para evitar a sobrecarga e o estrés. Tamén inclúe unha guía de recursos dirixidos á convivencia diaria coa enfermidade.

Con este módulo formativo continuamos un percorrido que lles posibilite aos coidadores, xunto coa experiencia acumulada durante anos e unha formación adicional, obter o seu recoñecemento e, polo tanto, unha acreditación da súa cualificación profesional na atención sociosanitaria ás persoas en situación de de-

pendencia no domicilio.

Desde a Consellería de Traballo e Benestar, estamos convencidos de que o desenvolvemento e posta en funcionamento de programas e recursos especificamente deseñados para persoas con demencia constitúen un aspecto moi importante na súa atención, non só pola elevada incidencia desta enfermidade nunha poboación altamente envellecida como a galega, senón por ser unha das principais causas de dependencia social. Polas súas características e manifestacións, convértese nunha enfermidade compartida por cantos conviven directa ou indirectamente co enfermo.

Quérolles manifestar o meu agradecemento a todas as persoas que colaboraron na elaboración deste manual e, especialmente, amosarlle o recoñecemento da Consellería de Traballo e Benestar á Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras Demencias (FAGAL), pola súa dedicación e esforzo para dar a coñecer a realidade diaria das persoas con demencia e das súas familias, e tamén polo soporte profesional e humano que achegan.



Beatriz Mato Otero
Conselleira de Traballo e Benestar



“A retentiva é o selo da capacidade”.

Baltasar Gracián



1. Introducción á enfermidade de Alzheimer e outras demencias

1.1. Introducción: concepto de demencia

A demencia é unha diminución da capacidade intelectual en comparación co nivel previo de función. Polo xeral, esta diminución vai acompañada de cambios psicolóxicos e do comportamento e dá lugar a unha alteración das capacidades sociais e laborais de quen a padece.

Características:

- Perda intelectual respecto do nivel previo de función.
- Polo xeral, a perda das funcións mentais é progresiva, de forma gradual ou en discretos estadios, pero tamén pode manifestarse de forma non progresiva e desenvolverse de maneira aguda ou subaguda despois dunha lesión cerebral por anoxia, traumatismos ou masiva desmielinización.
- Non existe alteración no nivel de conciencia.
- Aínda que a alteración da memoria é frecuentemente o síntoma inicial e o máis significativo, a deterioración intelectual afecta tamén outras funcións cognitivas (linguaxe, xuízo, cálculo etc.).
- A deterioración cognitiva provoca unha importante alteración funcional, social e ocupacional da persoa limitando a súa autonomía persoal.

Algunhas persoas que cursan con demencia poden padecer alteracións da conduta ou psicopatolóxicas.

Criterios diagnósticos da demencia:

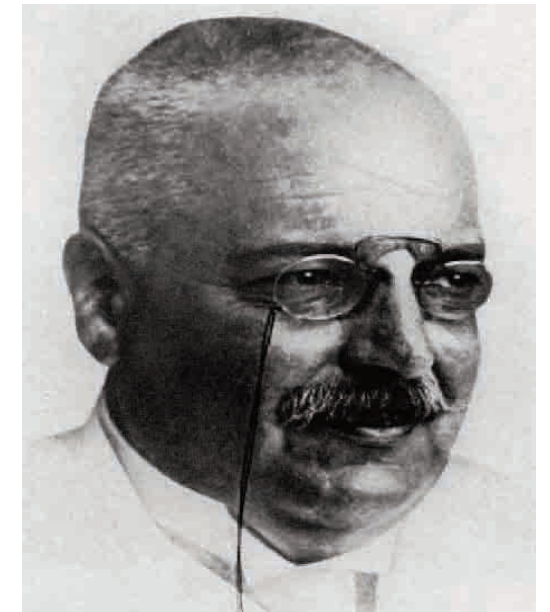
- Alteración da memoria: incapacidade para fixar novos recordos e/ou para evocar recordos.
- Alteración dun ou máis dos seguintes aspectos:
 - ❖ Alteración da linguaxe (comprender, expresarse etc.).
 - ❖ Alteración dos acenos (manipular obxectos).
 - ❖ Incapacidade para recoñecer obxectos.
 - ❖ Alteración de capacidades de planificar, secuenciar, abstraer...
- Alteración significativa do funcionamento familiar, social ou laboral.
- Inicio gradual e diminución cognitiva continuada respecto do nivel previo de funcionamento.

“A demencia non é unha enfermidade en concreto, senón un conxunto de síntomas relacionados cunha diminución das capacidades mentais (memoria, linguaxe, xuízo, cálculo, abstracción, capacidades visoespaciais, emotividade e características da personalidade). Por todo iso, podemos dicir que a demencia é unha “síndrome” (conxunto de síntomas e de signos)”.

1.2. Tipos de demencia

Atendendo ás causas que a provocan, podemos clasificar as demencias en tres tipos:

- **Primarias:** estas enfermidades son en si mesmas un tipo de demencia, non se deben a unha enfermidade de base. Son progresivas, de evolución lenta, dexenerativas e irreversibles. Exemplo: enfermidade de Alzheimer, demencia con corpos de Lewy, demencias fronto-temporais, demencia na enfermidade de Parkinson etc.
- **Secundarias:** non son unha demencia en si mesmas, pero ao longo do seu desenvolvemento e, como consecuencia, poden desencadear unha demencia. O factor patoxénico principal é unha disfunción ou perda neuronal, aínda que por causas externas ao metabolismo neuronal. Exemplo: trastornos vasculares, procesos infecciosos etc.
- **Mixtas:** combinación das primarias e as secundarias. O tipo máis frecuente é a enfermidade de Alzheimer, xunto a lesións de tipo vascular.



Alois Alzheimer. Neurólogo alemán (1864-1915) descubridor do mal de Alzheimer.

1.3. Definición e peculiaridades da enfermidade de Alzheimer

O Alzheimer é unha demencia primaria, dexenerativa e de carácter progresivo.

Descoñécese a súa orixe; é a morte progresiva das neuronas e, como consecuencia, a persoa vai perder a capacidade de desenvolver as funcións que dependían desas neuronas mortas. Esta perda vaise desenvolver de maneira moi lenta ao principio da enfermidade e por iso os primeiros síntomas poden pasar desapercibidos tanto para os familiares coma para a propia persoa. Co paso do tempo, a enfermidade vai evolucionar máis rápido e van ser máis evidentes os cambios que está sufrindo a persoa que, pouco a pouco, vai ir perdendo a capacidade de coidar de si mesmo.

Sinais de alarma:

- *Perdas de memoria que afectan as capacidades de traballo.*
- *Dificultades para realizar tarefas familiares.*
- *Problemas da linguaxe.*
- *Desorientación no tempo e no espazo.*
- *Pobreza de xuízo.*
- *Problemas de pensamento abstracto.*
- *Perda de cousas ou situación en lugares incorrectos.*
- *Cambios no humor e na conduta.*
- *Cambios na personalidade.*

1.4. Factores predispoñentes

- **IDADE.** O factor máis importante é a idade; a partir dos 65 a probabilidade de padecela faise o dobre cada 5 anos, ata chegar aos 85 anos, en que case a metade da poboación a padece.
- **FAMILIA.** As persoas con familiares afectados teñen un risco máis alto de padecela.
- **SEXO.** Estas enfermidades preséntanse máis frecuentemente en mulleres.
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL.** Asóciase cunha maior deterioración mental nas persoas maiores, o que inclúe un risco aumentado para trastornos da atención e memoria a curto prazo, así como para as demencias.
- **SÍNDROME DE DOWN.** As persoas que a padecen tenden a desenvolver alteracións cerebrais moi parecidas ás da enfermidade de demencia cando se exceden os 40 anos, aínda que as manifestacións clínicas poden atrasarse incluso ata os 70 anos.
- **TRAUMATISMO CRANIAL.** O risco de desenvolver a enfermidade multiplícase nas persoas que sufriron un traumatismo cranial con perda de conciencia polo menos un ano antes de desenvolver a demencia.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

1.5. Fases

1.5.1. Fase leve

Os cambios iniciais son cognitivos, emocionais e sociais. A persoa ten alterada a memoria recente e **cústalle adquirir e reter nova información**; padece unha leve **desorientación temporal e espacial** no contorno non cotián; pode ter **dificultade para seguir unha conversación** cun grupo de persoas e, a medida que avanza esta fase, ten dificultade para encontrar a palabra adecuada; empeza a ter dificultade na capacidade de abstracción e de xuízo; a nivel emocional e condutual pode padecer **ansiedade**, inquietude ou irritabilidade; a conduta social non adoita presentar alteracións e é adecuada en canto a normas e valores sociais, pero empeza a haber interferencia nas actividades de lecer e sociais; empeza a ter **dificultade para levar a cabo actividades complexas**, o rendemento laboral é baixo e, pouco a pouco, vense afectadas as actividades instrumentais e básicas da vida diaria.



1.5.2. Fase moderada

Acentúanse e consolídanse os cambios cognitivos, emocionais e sociais. A persoa ten cada vez **máis afectada a memoria recente** e progresivamente **vaise deteriorando a súa memoria remota**; aumenta a súa desorientación temporal e espacial e, debido a iso, **empeza a perderse en lugares familiares**; en canto á linguaxe, ten **alterada a comprensión e a expresión verbal**, o **léxico empobrécese** progresivamente etc.; comezan os **primeiros trastornos psicomotrices e de mobilidade** e aumenta o risco de caídas e posibles accidentes a medida que avanza esta fase; no ámbito emocional e condutual, a persoa sofre **maior ansiedade**, inquietude e irritabilidade, **ideas delirantes** paranoides, fabulación e/ou alucinacións, alteración da conduta sexual ou alimentaria e a **negación como mecanismo de defensa** á hora de realizar as tarefas máis complexas; no eido social, existe unha **tendencia ao illamento**, perda de roles sociais e unha deterioración importante das actividades de lecer; as **actividades instrumentais da vida diaria están totalmente afectadas** e depende totalmente doutra persoa para realizalas, aínda que baixo supervisión si pode realizar as máis sinxelas, cotiás e familiares e as actividades básicas da vida diaria empezan a verse afectadas, pois comeza a ter dificultade para planificar, organizar e secuenciar a tarefa e necesita a supervisión da persoa coidadora.

1.5.3. Fase severa

Dáse unha disfunción global no ámbito cognitivo, motor emocional e social que se manifesta cunha severa incapacidade funcional, con **perda da súa autonomía** e debido a iso a persoa é totalmente dependente do seu contorno familiar. A memoria está totalmente afectada e padece **amnesia global** (memoria en branco); está **totalmente desorientada** no ámbito espacial, temporal e persoal e pérdese incluso no domicilio, son típicas as fugas e está totalmente desconectada do seu contorno; sofre unha **alteración severa da linguaxe**, son típicas as frases estereotipadas, a anomia, os monosílabos, a linguaxe incomprensible e incluso o mutismo e só comprende algunhas ordes sinxelas; **a deterioración das capacidades motoras é máis severa**, son frecuentes as caídas debidas á severidade dos problemas de coordinación psicomotriz e a diminución e case inexistencia da resposta de reacción ante as situacións de risco, é típica a **deambulación** sen rumbo e aparecen **trastornos da deglución**; no eido emocional e condutual, aumentan as ideas delirantes e as **alucinacións**, **a agresividade e son frecuentes o insomnio** e a resistencia; no ámbito social, existe unha perda total das actividades de lecer e sociais; as actividades instrumentais da vida diaria están totalmente perdidas e para as actividades básicas **necesita asistencia as 24 horas**, debido á perda de autonomía e á súa total dependencia da súa persoa coidadora, é incontinente total. A medida que avanza nesta fase e entra na fase terminal, a persoa perde totalmente as súas funcións, sofre encamamento e inmovilidade, aumenta a rixidez e vai adquirindo unha “posición fetal” debida á perda

de ton muscular e á flexión das extremidades; empezan a aparecer os reflexos primarios de prensión e de succión e tamén mioclonias e/ou convulsións; a linguaxe é totalmente mítica e en fases de axitación psicomotora pode emitir berros ou gruñidos; para sobrevivir depende totalmente da persoa coidadora.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

Que aprendemos?

Cando falamos de demencia, referímonos a un termo xenérico que describe un problema de saúde que afecta o cerebro que, de forma progresiva e crónica, provoca unha diminución global das funcións cognitivas e funcionalmente limita a persoa para todas as actividades da vida cotiá.

Na súa evolución, pode aparecer sintomatoloxía psicolóxica e condutual (delirios, apatía, depresión...) que condicione máis esa situación de dependencia.

Existen tanto tratamentos farmacolóxicos (que poden paliar os síntomas) coma non farmacolóxicos (estimulación cognitiva, funcional, física...) que axudan a frear a evolución desta.

Preguntas para a reflexión

- Como definirías a demencia?
- Que nos pode facer pensar que estamos ante unha demencia?
- Sinala algúns aspectos importantes da demencia.
- Que facer para manter a autonomía da persoa que é coidada?



“A memoria é a sentinela do cerebro”.

William Shakespeare

2. Síntomas cognitivos na enfermidade do Alzheimer e outras demencias

2.1. Introducción

Todas as demencias afectan as capacidades cognitivas, pero a deterioración nestas non é homoxénea nin similar nas distintas persoas, depende de moitas variables (tipo de demencia, zonas cerebrais afectadas, tempo de aparición dos primeiros síntomas, tratamentos globais aplicados...), por iso sempre hai que pensar na persoa que temos diante e intentar descubrir cales son as súas capacidades cognitivas preservadas e cales as deterioradas, para poder entender mellor as súas condutas e o que pode sentir e así poder proporcionarlle as mellores atencións que poida requirir por parte de todos os que participan no seu coidado.

Tampouco hai que esquecer que a persoa con demencia é un todo, composto polas súas capacidades cognitivas, emocionais, funcionais e sociais... e que todas elas se inflúen entre si.

“ Hai que pensar na persoa que temos diante ”

2.2. Alteracións na orientación

A evolución da enfermidade leva consigo unha progresiva alteración da capacidade de orientación por fases:

Fases:

1. **Desorientación temporal:** a persoa con demencia vai perdendo progresivamente a súa orientación no tempo; non sabe en que día da semana vive, nin en que mes, nin en que ano.
2. **Desorientación espacial:** non recoñece o lugar onde se atopa. Pode confundir o lugar actual co lugar onde viviu de mozo...
3. **Desorientación persoal:** perde a información referente á súa propia identidade e a de persoas próximas e o rol destas.

2.3. Alteracións da memoria

Os nosos cerebros almacenan unha gran cantidade de información e experiencias pasadas. O proceso de aprendizaxe comprende o rexistro de información, o seu almacenamento e a súa posterior recuperación.

O **rexistro de información** é a capacidade para un recordo inmediato do acabado de aprender e dura soamente escasos segundos. Pode considerarse que precede a memoria o que é o inicio da memoria a curto prazo.

Así, encontraremos que as persoas con enfermidade de Alzheimer lembran mellor o que lles aconteceu no pasado que o que lles aconteceu neste mesmo día, a semana pasada ou hai uns meses (se lle preguntas que comeu hoxe non se lembrará, pero pode explicar polo miúdo acontecementos de hai moitos anos...).

A continuación, mostraremos algúns exemplos do que lle ocorre a unha persoa con demencia na súa vida cotiá:



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.



■ **Non recordar o que se vai facer:** ir visitar unha persoa e non recordalo, preguntar repetidamente sobre algo, esquecer os encargos ou as citas, negar feitos recentes... Estes exemplos corresponden a erros na memorización; é dicir, a novos acontecementos vividos despois do inicio da enfermidade (amnesia anterógrada).

■ **O trastorno das capacidades da memoria de traballo:** maniféstase en tarefas como o cálculo de diñeiro nunha compra, o seguimento dunha conversa entre varias persoas... As persoas con demencias fallan xeralmente en tarefas que requiren planificación e control, as chamadas tarefas executivas (que ampliaremos máis adiante).

■ **Non recordar cousas pasadas e moi familiares:** cando os trastornos son máis graves, as persoas con demencia poden esquecer o nome dos familiares máis próximos, o lugar onde traballaron ou viviron... Estes exemplos corresponden á supresión de información xa rexistrada, previa ao inicio da enfermidade (amnesia retrógrada).

■ **A alteración da memoria de coñecementos:** maniféstase polo esquecemento progresivo dos coñecementos adquiridos ao longo da vida, vaise perdendo o coñecemento dos obxectos, do seu uso, dos xestos, das palabras... (amnesia semántica).

■ **Esquecemento de eventos recentes:** cando falla a memoria máis recente e aínda está preservada a remota, poden darse situacións como esquecer que hai pouco que se celebraron as vodas de ouro, pero lembrar relativamente ben detalles do día da voda.

■ **A memoria de aprendizaxes non conscientes:** (como ir en bicicleta, nadar...) adoita estar preservada nas fases iniciais de calquera demencia; aínda é capaz de realizar aprendizaxes de tarefas, pero é incapaz de recordar o seu proceso de aprendizaxe, é unha aprendizaxe non consciente (amnesia procedemental).

2.4. Alteracións da linguaxe falada

A comunicación humana establécese mediante mecanismos verbais e non verbais. A expresión facial, a posición corporal, os xestos e os debuxos, forman parte da linguaxe non verbal, mentres que as letras, as palabras e as frases utilizadas segundo regras gramaticais constitúen a linguaxe verbal.

Existe unha evolución típica dos trastornos da linguaxe desde as etapas máis temperás ás etapas finais, desde trastornos mínimos ata a ausencia total de linguaxe verbal.

Pódense distinguir tres patróns sucesivos na alteración da linguaxe:

■ **Fase inicial:** aparecen fallos na evocación de palabras e tamén fallos de comprensión relativamente leves. A repetición realízase con normalidade, a menos que se presenten frases ou textos longos que a persoa con demencia non sexa capaz de recordar. Por exemplo, cando din: “non me sae a palabra, iso que serve para...”.

■ **Fase intermedia:** a comprensión vese significativamente afectada, pero a persoa segue sendo capaz de repetir. A persoa pode realizar ecolalias ou repeticións automáticas do que di o seu interlocutor. Por exemplo, cando lle preguntamos: Que tal estás? e el responde: Que

tal estás?; é dicir, non comprende o que lle preguntamos, pero repite automaticamente o mesmo que escoita.

■ **Fase terminal:** na que existe unha grave redución de todas as capacidades da linguaxe, tanto na comprensión coma na expresión. Deixan de falar e xa non comprenden o que lles dicimos.



2.5. Alteracións da linguaxe escrita

As persoas con demencia presentan trastornos da lectura (alexia), os cales son moi sutís no inicio da enfermidade; en casos pouco frecuentes, as alteracións da lectura destacan no contexto de trastornos visuais máis xerais.

A alteración da lectura pode dar lugar a unha curiosa situación na cal é capaz de ler en voz alta, pero é incapaz de comprender o que le. Nas fases máis avanzadas da demencia, a capacidade pérdese por completo.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

Polo xeral, os trastornos da escritura (agrafia) son paralelos aos da lectura, malia que nalgúns casos está máis preservada a escritura e, noutros, a lectura. Caracterízase por unha alteración da selección e encadeamento de letras e palabras.

Nas fases avanzadas da demencia, a capacidade de escribir está sumamente afectada ou incluso pode ocorrer que a persoa con demencia soamente sexa capaz de realizar paus, trazos ou garabatos.

2.6. Alteracións da xestualidade

Unha praxia defínese como a acción motora organizada para conseguir un obxectivo. Algúns dos movementos que realizamos para levar a cabo as diversas actividades ocorren involuntariamente, de xeito automático, mentres que outros requiren un control voluntario da acción.

Dependendo do xeito de realización de cada acción, identifícanse as seguintes alteracións da xestualidade:

■ **A persoa realiza correctamente os movementos individuais necesarios para levar a cabo unha acción, pero ao realizar a secuencia completa pode fallar.** Así, por exemplo, é capaz de servir leite nun vaso, de botar azucre na cunca etc., pero non é capaz de realizar a secuencia completa de servir o leite na cunca, botar o azucre e remover; pode alterar a orde (botar o azucre directamente no cazo, botar o leite na cunca antes de quentalo etc.) ou non saber como usar cada un dos obxectos necesarios para levar a cabo a actividade.

■ **En lugar de realizar a conduta, intenta verbalizar a acción** (por exemplo, pídeselle á persoa que faga o xesto de usar un martelo e, en lugar de facelo, responde: “Cóllese o martelo, ponse enriba do obxecto e golpéase”, pero non realiza a acción). Pode usar partes do corpo como obxectos (por exemplo, usar o seu dedo como se fose un cepillo de dentes)

ou tomar algún outro obxecto como substitutivo.

■ **Denomínase apraxia da marcha a incapacidade de dispoñer convenientemente dos membros inferiores (pernas).** A persoa non pode avanzar os seus membros de modo alternativo para andar ou faino de xeito rudimentario, con tendencia á retropropulsión.

■ **Trastorno que se dá sobre todo en fases avanzadas da enfermidade: ten verdadeiros problemas co vestir.** Non atopa as mangas, non sabe dispoñer a roupa en relación co corpo...; nestes casos, o problema débese xeralmente a trastornos múltiples do recoñecemento e de lateralidade do obxecto ou do propio corpo ou recoñecemento da propia peza de vestir.

■ **Alteración na capacidade de planificar e executar os actos motores que permiten realizar un conxunto.** Xeralmente, inclúense como funcións construtivas dous tipos de actividades: debuxar e construír ou ensamblar.

En xeral, todas estas alteracións práxicas danse nun curso evolutivo das demencias, de forma tardía, excepto aquelas que afectan a capacidade de realizar series de actos que levan consigo unha maior complexidade.

2.7. Alteracións do recoñecemento

Isto é unha perda da capacidade do recoñecemento dos obxectos captados polos nosos sentidos. A visual supón un trastorno no recoñecemento que realiza o noso cerebro dos obxectos captados polo sentido da vista, en ausencia dun trastorno de linguaxe ou de función sensitiva. Así, tamén se diferencian as alteracións táctiles ou auditivas. Ademais, poden diferenciarse outras modalidades segundo o tipo de estímulo, como cores, obxectos, caras. Os suxeitos adoitan ter máis dun tipo de estímulo e máis dunha modalidade.

Esta alteración do recoñecemento maniféstase de diferentes maneiras segundo o curso evolutivo da enfermidade:



Axudas para a comunicación. Accesorio de teléfono con fotos. Autor: Mundoabuelo Lugo.

■ **Alteración visual específico para os rostros:**

- ▶ Non é capaz de recoñecer caras familiares.
- ▶ O recoñecemento adóitase realizar por procedementos substitutivos: voz, forma de andar, particularidades no vestir etc.

■ Alteración visual de incapacidade no recoñecemento das **cores**, a pesar de que se respecta a percepción da cor.

■ Alteración visual que se caracteriza pola dificultade para interpretar **imaxes complexas**, aínda que pode identificar os seus compoñentes por separado.

■ Alteración para recoñecer **rúas e edificios** familiares, aínda que o suxeito é apto para clasificar categorialmente ditos edificios.



2.8. Alteracións das capacidades executivas

As capacidades executivas son as encargadas do razoamento, a planificación e a flexibilidade para regular e verificar patróns de conduta adaptados ao medio e ás normas sociais e que nos permiten resolver problemas cotiáns do fogar, traballo...

No día a día das persoas que padecen algún tipo de demencia, pode suceder:

- Dificultade na habilidade de organizar tarefas en forma ordenada
- Tendencia á distracción
- Dificultade na resolución de problemas
- Dificultades na planificación de actividades
- Lentitude en realizar cambios de rutina
- Dificultade en evocar palabras
- Sentirse perdido en situacións novas
- Dificultade en tarefas de rutinas longas

Que aprendemos?

Nas demencias existen alteración das capacidades cognitivas que orixinan a deterioración da orientación, a memoria, a linguaxe, o razoamento, a xestualidade, a execución... e que distorsionan a vida cotiá das persoas que a sofren e do seu contorno familiar e social.

Preguntas para a reflexión

- De que maneira se ve afectada a memoria?
- Cales son as dificultades da linguaxe nas fases iniciais?
- Sinala tres alteracións do movemento.
- Que pode deixar de recoñecer a persoa con demencia?

“A memoria é o perfume da alma”.

Aurore Dupin (George Sand)



3. Síntomas non cognitivos da enfermidade: trastornos psicolóxicos e do comportamento

3.1. Introducción

A primeira idea que vén a cabeza das persoas que reciben a noticia por parte do médico de que o seu familiar padece unha demencia é a visión da última fase da enfermidade (idea formada pola información oída doutras persoas) e comeza o medo e o cambio, dous conceptos en continua relación.

O primeiro cambio que se ha comprender e compartir está nas súas necesidades; onde antes daba, agora precisa recibir.

O medo faise latente cando aparece unha mirada baleira na persoa, mirada que pode contaxiar ese familiar que se sabe responsable dela. O medo volve a quen o sente irritable, susceptible, inseguro, desconfiado, indeciso...

“Cando nunha persoa principia unha demencia, toda a súa vida e a das persoas que conviven con ela comeza a cambiar inevitablemente”.

Por exemplo, nun momento de tristeza, de ansiedade, de agresividade... cambiar de actividade, de conversa ou de cuarto pode modificalo todo.

Os cambios na conduta e no estado de ánimo poden variar en cuestión de segundos, pode pasar da risa ao choro, e viceversa.

Pode ocorrer que a persoa, nun deses momentos nos que a memoria a volve atrás no tempo, recorde as cousas e as xentes boas que pasaron pola súa vida, que recupere o sentido do humor, incluso a ilusión, que mostre moito agradecemento (incluso cando non era de facelo). Pode volverse moito máis cariñosa, cantareira, moi presumida, pintar os beizos, as uñas, mirarse ao espello e verse marabillosa...

Pode ocorrer que, nun momento de ausencia, unha man que colle a súa traia un sorriso presente.

Pode haber moitos momentos de lucidez.

Somos relacións, incluso cando a demencia aparece nas nosas vidas seguimos sendo seres en relación e, aínda que as relacións non curen enfermidades, son moi importantes no xeito de vivirlas, hai que melloralas continuamente cara ao respecto mutuo.

Un contorno o máis familiar posible, asemellar na medida das nosas posibilidades a vida mesturada onde ata os nenos se ocupan dos avós é o mais saudable.

“Comprender todos os cambios e mais o xeito de compartilos terá moita responsabilidade en cada un dos síntomas”.

3.2. Principais síntomas psicolóxicos e do comportamento

Segundo os expertos, estes síntomas aparecen desde o principio do desenvolvemento da enfermidade.

Estes trastornos constitúen a principal fonte de sobrecarga para as persoas coidadoras e, para facilitarlles o traballo, o primeiro paso consiste en informalos completa e adecuadamente e formalos na aplicación de estratexias diversas coas que poder afrontar e paliar as repercusións destes trastornos.

A presenza destas manifestacións psicolóxicas e condutuais produce un grande impacto na calidade de vida da persoa con demencia, engade máis deterioración á que xa existe e, ademais, incrementa a sobrecarga emocional e condutual dos familiares e persoas coidadoras (tensión e esgotamento físico e mental).

Os síntomas do comportamento nas demencias alteran o ritmo da vida familiar. É frecuente que a persoa coidadora pase noites sen durmir, que non controle os síntomas e que sinta frustración por considerar que nada do que fai é suficiente.



Factores desencadeantes:

- Relacionadas coa saúde e co estado de ánimo (efectos da medicación, dificultades sensoriais, enfermidade, deshidratación, estrinximento, depresión, malestar físico).
- Causas relacionadas co contorno da persoa (un espazo grande, demasiada estimulación, falta de información ou sinais de orientación, pouca estimulación, un contorno pouco familiar).
- Causas relacionadas coas tarefas ou actividades que realiza (tarefa demasiado complicada, demasiadas instrucións non axeitadas).

“É importante que a persoa coidadora non centre o seu traballo en loitar contra o síntoma, senón en buscar xuntos as posibilidades de cada momento e axudarlle a utilizalas. E que nese xuntos haxa dúas vidas. É un feito moi positivo que a persoa coidadora saiba e poida pedir axuda; deste xeito, pódese tamén gozar coa persoa cando se está con ela”.

3.3. Principios básicos para tratar os problemas condutuais e psicolóxicos nas demencias

Estas alteracións causan graves problemas no núcleo familiar e inciden na vida diaria de todos os membros; en concreto, na persoa que se ocupa directamente do coidado.

Principios básicos para a atención ás persoas con demencia: Richard Corney (1995)

- **Dignificar e respectar:** a dignidade da persoa, dereito humano fundamental, debe manterse ante todo.
- **Evitar enfrontamentos:** as discusións non teñen sentido cando unha persoa ten perdas de memoria e problemas de razoamento.
- **Facilitar a independencia e promover a autonomía:** hai que axudar no punto xusto para proporcionarlle seguridade e autonomía.
- **Minimizar o estrés:** a supresión total do stres é practicamente imposible polas características da enfermidade, pero hai que intentar reduci-lo ao máximo.
- **Adaptarse:** aceptar as limitacións da persoa en situación de dependencia e as reaccións propias.

Para evitar a aparición dalgúns destes síntomas, é necesario establecer un ambiente físico sinxelo (hai que simplificar a vida diaria, pero mantendo os obxectos persoais e os recordos), estable (a rutina será o principio fundamental de cada tarefa) e seguro.

Por outra banda, é importante que a persoa coidadora teña unha actitude positiva fronte á persoa con demencia. Comprender a enfermidade e comprender a persoa que a padece constitúen o primeiro paso para mellorar a convivencia e reducir os problemas diarios.

De aí a importancia de coñecer os síntomas e saber responder ante eles. Cando a persoa coidadora se encontra de fronte cun destes trastornos é importante definilo ben, analízalo para poder intervir axeitadamente e mellorar a situación. Ante un trastorno, debemos responder estas preguntas:

Unha vez definido o problema, é importante implicar a todos os familiares no tratamento e pautas que han seguir, respondendo positivamente a actitudes axeitadas e ignorando, na medida do posible, as anómalas.

- *Cando aparece o problema?*
- *Onde aparece o problema?*
- *Que sucede antes do problema?*
- *Como se desenvolve?*
- *Que sucede despois da aparición do problema?*

3.4. Pautas para o coidador

A. TRASTORNOS AFECTIVOS

DEPRESIÓN

SÍNTOMAS	PAUTAS
Tristeza. Choro. Ansiedade. Medo. Apatía. Desacougo. Perda de peso. Ideas suicidas. Sentimentos de culpa. Inutilidade. Ser unha carga para os demais. Labilidade emocional. Desaxustes motivacionais. Queixas somáticas.	Escoitar e apoiar a persoa. Formular actividades agradables, de relación e físicas. Animar a tomar decisións. Establecer empatía. Dar ánimo. Valorar tratamento farmacolóxico ou psicolóxico. Avisar o médico no caso de que os síntomas empeoren.

APATÍA

SÍNTOMAS

Falta de relacións sociais. Escaso interese pola familia e os amigos. Ausencia de actividades lúdicas. Escasa reacción emocional ante acontecementos felices ou desgraciados. Inseguridade en si mesmo.

PAUTAS

Formular actividades que potencien as relacións sociais.
Realizar actividades lúdicas do seu agrado.
Reforzar positivamente.
Animar.

ANSIEDADE

SÍNTOMAS

Cognitivos: Nerviosismo. Intranquilidade. Frustración. Preocupación. Medo.
Condutuais: Inquietude. Hipercinesia. Expresión facial.
Somáticos: Taquicardia. Sudación. Cefaleas. Dolores musculares.

PAUTAS

Intentar descubrir a causa da ansiedade.
Tratar de buscar razóns para a súa situación.
Buscar alternativas á situación. Dialogar. Asegurarse de que as horas de descanso son as necesarias. Proporcionar seguridade. Manter, na medida do posible, as rutinas. Exercicios de relaxación. Musicoterapia.

B. TRASTORNOS PERCEPTIVOS

DELIRIO

SÍNTOMAS

Sensación de prexuízo persoal. Sensación de infelicidade. Sensación de abandono. Contorno fantasma. Delirio con persoas falecidas. Delirio monosintomático.

PAUTAS

Estar alerta ante calquera indicio de delirio. Non discutir a idea delirante. Tranquilizar a persoa con demencia. Distraer e desviar a atención a temas reais.

ALUCINACIÓNS

SÍNTOMAS

Percibir cousas que non existen no mundo real pola canle visual, auditiva, olfactiva e/ou táctil.

PAUTAS

Manter a calma. Acercarse lentamente ao seu campo visual. Distraer a atención. Non discutir a alucinación. Procurar un contorno tranquilo e seguro. Realizar exercicios agradables. Deixalas pasar.

ERROS DE IDENTIFICACIÓN

SÍNTOMAS

Interpretacións erróneas da realidade.
Non recoñecemento de persoas ou obxectos.

PAUTAS

Descartar problemas perceptivos. Non polemizar. Explicar a realidade. Non falar da persoa con demencia na súa presenza. Comprobar se son delirios.



Axudas para a estimulación cognitiva. Identificación de obxectos persoais. Autor: Mundoabuelo Lugo.

C. TRASTORNOS DA PERSONALIDADE

LABILIDADE EMOCIONAL

SÍNTOMAS

Emocíonanse doadamente.
Reacción de angustia.
Axitación.
Gritos, choros.

PAUTAS

Non levar a persoa con demencia a situacións límite. Buscar as causas dos anoxos para evitalos. Reaccionar con calma. Evitar discusións. Proporcionar apoio emocional e tranquilidade. Afastalo da causa da reacción anómala. Distraelo.

CAMBIOS DE PERSONALIDADE

SÍNTOMAS

Labilidade, inestabilidade... Desinhibición.
Agresividade. Apatía.
Delirios de persecución...

PAUTAS

Comprensión. Consultar co médico.
Seguir as pautas dadas a cada un dos problemas.

D. CAMBIOS NA CONDUTA PSICOMOTORA

VAGABUNDEO

SÍNTOMAS

Deambulación sen obxectivo ningún.
Deambulación errante.
Desorientación.



Axudas para a comunicación. Teléfono con sistema de urxencia. Autor: Mundoabuelo Lugo.

PAUTAS

Contorno físico seguro.
Proporcionar orientación frecuente.
Ejercicios de orientación á realidade.
Cambios graduais.
Evitar cambios de domicilio.
Evitar viaxes innecesarias.
Usar tarxetas con instrucións.
Usar brazaletes identificadores.
Presenza da persoa coidadora.
Manter rutinas.
Ejercicio físico.

AXITACIÓN E AGRESIVIDADE

SÍNTOMAS

Actividade física (golpes, patadas...).
Actividade verbal (insultos).
Actividade facial (xestos).
Gritos, discusións.



PAUTAS

Intervir axiña.
Afastar a persoa con demencia dos estímulo excitadores.
Comunicación non verbal positiva: voz suave, de fronte e sen posturas ameazantes.
Distracción.
Prudencia nas contencións físicas.
Reforzo positivo ante condutas aceptables.
Asegurar a seguridade da persoa en situación de dependencia e da persoa coidadora.
Consultar co médico.

E. TRASTORNOS DO SONO

INSOMNIO

SÍNTOMAS

Axitación nocturna.
Somnolencia diúrna.

PAUTAS

Actividade diaria.
Se esperta, tranquilízalo.
Evitar sestas longas ou múltiples.
Horarios estables.
Uso da cama para durmir.
Inxestión de líquidos e comida adecuada.
Cuarto confortable.
Evitar preocupacións.



F. TRASTORNOS DA CONDUTA

TRASTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA

SÍNTOMAS

Aumento ou diminución do apetito.
Perda de peso e deterioración física.
Negación a comer.

PAUTAS

Establecer horarios e simplificar o acto de comer. Controlar o peso da persoa con demencia. Esconder alimentos non permitidos. Consultar co médico.



G. TRASTORNOS DA SEXUALIDADE

TRASTORNOS DA SEXUALIDADE

SÍNTOMAS

Diminución do interese sexual. Impotencia.
Desinhibición sexual. Exhibicionismo.



PAUTAS

Manter a calma.
Distracción.
Razoar.
Fomentar actividades sociais.
Uso de pezas que eviten certas condutas.
Dentro do posible, respectar o desexo sexual.
Consultar co médico.

H. OUTRAS CONDUTAS

COMPORTAMENTOS RUIDOSOS

SÍNTOMAS

Choros, gritos.

PAUTAS

Actuar con calma. Distracción. Relaxación.

CONDUTAS AUTOMATICAS

SÍNTOMAS

Repetición de palabras e accións.

PAUTAS

Distraccións.

ACUSACIÓNS FALSAS

SÍNTOMAS

Acusacións falsas.

PAUTAS

Verificar a acusación. Non culpar a persoa con demencia. Razoamento.

DEMANDAS EXCESIVAS	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Esixencias elevadas.	Actuar con calma. Ignorar a esixencia.

PERSECUCIÓN	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Segue a persoa coidadora a todas partes.	Ocupalo noutras tarefas. Adaptalo a que a persoa coidadora non estea sempre presente.

COMPORTAMENTO REPETITIVO	
SÍNTOMAS	PAUTAS
Accións repetidas sen finalidade.	Distracción.

3.5. Presentación dun caso práctico

A señora M., de 70 anos, casada, con tres fillos e xubilada do seu traballo como dependenta, empeza a presentar síntomas de fallos de memoria. Sempre foi unha muller moi activa, atendía o seu traballo, a súa casa e coidaba a súa nai, que sufría demencia.

As circunstancias fan que os acontecementos se precipiten: a súa nai falece, os fillos marchan da casa e ela e o seu marido teñen que cambiar de domicilio. Neste traslado é cando os sinais de que algo non marcha ben aumentan: non é capaz de recoller ela soa os aparellos, a roupa, os libros..., cambia as cousas de sitio, pero non recorda que é o que ten que facer con elas.

A vida na nova casa non é fácil, non recorda os novos lugares, en ocasións non sabe chegar a ela, non recorda o piso, a letra, o uso do ascensor... Empeza a entrar nunha depresión e abandona pouco a pouco os seus pasatempos (labores, periódico, telenovelas). É frecuente encontrala pola rúa cun atado (unha revista, unha bolsa...) buscando a casa materna (xa desaparecida).

A familia acode a un especialista médico e diagnóstícanlle a enfermidade de Alzheimer (convén destacar que a saúde xeral é boa, non hai deterioración física).

Ao principio é o marido o que se fai cargo da situación, pero non soporta o estado da mu-

ller e empeza a sentirse deprimido, ansioso e culpable. Recorren á axuda dun centro de día e dunha persoa coidadora.

A vida con M. non é moi difícil, o seu carácter é tranquilo, alegre (canta con frecuencia) e distráese doadamente cunha moneca ou pasando o ferro.

A enfermidade vai avanzando e xa non recoñece os fillos e, moito menos, os netos. Ao marido noméao cando non está e na súa presenza recoñéceo. Pregunta repetidas veces pola súa nai e por un irmán e ás súas irmás confúndeoas coa nai. A modo de anécdota, un erro de identificación: “quen é ese señor que vén todos os días comer?”, referíndose a un xenro.

Máis adiante, non recoñece a súa imaxe e fala coa persoa do espello ou non quere espiarse no cuarto de baño porque hai un estraño.

En canto á conduta psicomotora, gústalle pasear e dá longos paseos coa persoa coidadora e, nalgúns momentos, camiña sen obxectivo. O feito de sentarse prodúcelle medo e necesita axuda, tampouco é fácil metela nun coche.

Aparecen dificultades na alimentación, no sentido de que non se acorda de comer, pero se se lle proporciona a comida ou unha culler, unha cunca ou un garfo realiza o acto de comer por si soa.

Ás veces, responde ao seu nome e ao seu marido aínda o recoñece, pero xa non se dá conta nin da súa presenza nin da súa ausencia. Cando entra o fillo maior, responde ao es-

tímulo coa mirada ou cun sorriso.

Continúa acudindo a un centro de día e xa precisa persoa coidadora as 24 horas do día porque empezan a aparecer trastornos do sono, aínda que moi leves.

A medicación, as terapias, os coidados e o cariño da súa familia fan que teña unha calidade de vida digna.



Que aprendemos?

Ademais de que as persoas que padecen algún tipo de demencia perden as súas capacidades intelectuais, tamén poden manifestar ao longo do curso evolutivo da doenza síntomas psicolóxicos (apatía, depresión, alucinacións, delirios...), así como condutuais (agresividades, axitación, problemas no sono...). É importante que a persoa coidadora teña presente que estes síntomas veñen provocados pola enfermidade e que non son un ataque persoal cara a eles.

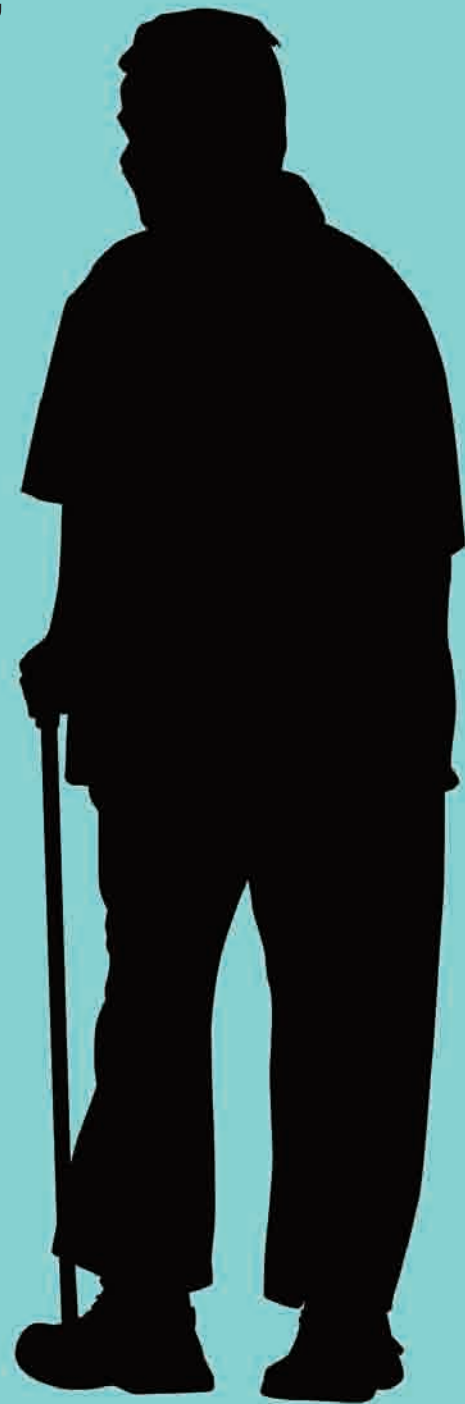
Que poidamos abarcar cada síntoma con máis seguridade e de forma natural, buscando variables externas que poidan afectar a súa aparición, aumentar a súa intensidade... e, sobre todo, buscando alternativas ante cada situación que facilite os coidados e que mellore a calidade de vida da persoa e do seu contorno.

Preguntas para a reflexión

- Debe a persoa coidadora loitar contra as manifestacións clínicas da persoa con demencia?
- Que principios básicos debemos utilizar ante os problemas condutuais ou psicolóxicos?
- Que preguntas nos faremos ante a aparición do problema?

“A realidade é so unha ilusión,
pero unha ilusión moi
persistente”.

Albert Einstein



4. Terapias non farmacolóxicas

4.1. Introducción

A demencia afecta directamente o cerebro, de forma progresiva e crónica, provoca a diminución global das funcións cognitivas e funcionalmente incapacita a persoa. O incremento da esperanza de vida provocou un aumento das demencias e, asemade, un grande interese por parte dos profesionais para axudar a paliar os seus efectos.

Utilízanse as terapias farmacolóxicas clásicas e, desde hai varias décadas, tamén contamos coas terapias non farmacolóxicas.

As terapias non farmacolóxicas fan referencia ás intervencións realizadas sen medicación, co obxectivo de mellorar a calidade de vida das persoas. Este tipo de terapia resulta fundamental á hora de abordar todas as enfermidades crónicas, a falta de tratamentos curativos.

A diferenza das terapias clásicas, que son aplicadas por persoal médico, as non farmacolóxicas poden ser levadas a cabo por persoal non médico (psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas etc.).

Este tipo de intervención no campo das demencias baséase na capacidade plástica do cerebro, a neuroplasticidade, definida como “a resposta que dá o cerebro para adaptarse ás novas situacións

e restablecer o equilibrio alterado, despois dunha lesión”; as neuronas danadas rexenéranse, establecen novas conexións, esta plasticidade existe no cerebro ancián con demencia, evidentemente en fases non avanzadas.

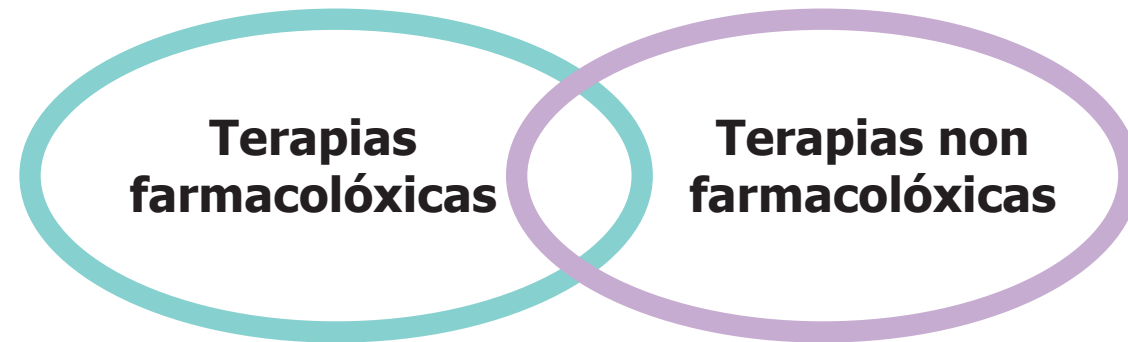


Figura 4.1 Tratamento combinado para tratar o Alzheimer e outras demencias.

Antes do comezo de calquera tipo de intervención, a persoa con demencia debe ser avaliada por un especialista que determine o grao de deterioración que presenta, a fase da enfermidade na que se atopa, que capacidades mantén, para poder ser estimulado axeitadamente.

A flexibilidade na intervención e na personalización son claves (cada persoa con demencia, a pesar do común da enfermidade, ten unhas características específicas).

As intervencións non farmacolóxicas abarcan un conxunto de métodos e estratexias que metodoloxicamente administrados ás persoas con enfermidade de Alzheimer ou outras demencias teñen

por obxectivo mellorar a súa capacidade intelectual, a súa autonomía, evitando a desconexión co seu contorno, fortalecer as relacións sociais, aumentar a autoestima e o seu benestar, se as aplicamos desde o inicio da enfermidade xunto cos tratamentos farmacolóxicos.

Todas estas intervencións que imos detallar a continuación poden ser levadas a cabo por profesionais de maneira formal e tamén de forma individual no contorno domiciliario (con asesoramento técnico mellor), sempre tomando as tarefas que se describen de modelo.

A persoa coidadora ten que ter en conta para aplicar as ditas tarefas o seguinte:

- Non corrixir, e sempre reforzar positivamente.
- Ter en conta a deterioración que ten a persoa para non provocar frustración e non esixirlle un rendemento que xa non pode dar.
- Previr a sobreestimulación, é mellor calidade ca cantidade.
- A rutina diaria é importante e pódese incluír nela algún momento (15-20 minutos de mañá ou de tarde) para realizar as tarefas de estimulación formal.
- A rutina e as actividades, como se detallan neste capítulo, teñen que promover a autonomía, o mantemento no contorno e, sobre todo, han de ter significado para el.

4.2. Psicoestimulación

a. Orientación á realidade

Nas demencias, unha das características principais desde practicamente o inicio da enfermidade é a desorientación en tempo, seguida da espacial e, finalmente, tamén se ve afectada a persoal.

■ **Orientación á realidade 24 horas:** é a máis básica, consiste nun proceso continuado de realización de actividades ao longo de todo o día, de tal xeito que se lle subministra constante información que lle axuda a orientarse (día da semana, lugar no que se atopa e actividade que realiza). Cada vez que a persoa profesional/coidadora interactúe con el, recordarlle a mesma información. A información debe darse de forma clara e con lentitude, utilizando a mirada e o contacto físico. Sen sobreestimar ou presionar. É necesario establecer un programa de actividades que facilite este traballo e que diminúa a desorientación e a confusión. O contorno tamén debe modificarse, para ofrecer indicacións orientativas: reloxos grandes, calendarios visibles, axendas, carteis coas actividades que ha realizar, pictogramas nas portas, letreiros cos seus nomes na mesa para xantar etc.

■ **Orientación á realidade en sesións:** a parte máis formal da técnica. Consiste en sesións grupais de entre trinta e corenta e cinco minutos, onde se traballan distintos aspectos da orientación e, ao mesmo tempo, foméntase o contacto entre participantes. Diferéncianse en

tres niveis: o nivel básico, no que se tratan e repiten informacións actuais; nivel estándar, no que se repasa o básico e no que se tratan temas actuais e do pasado e, o nivel avanzado, no que se establecen temas de discusión sobre actualidade.

Para obter bos resultados, deben aplicarse as técnicas que facilitan a comunicación e coidar a comunicación non verbal, non se debe reaccionar de forma brusca ou negativa cando a resposta non sexa a correcta. Será necesario unha selección coidadosa das persoas que participarán nas sesións. Se a técnica vai ser aplicada no domicilio, é preciso valorar a persoa en situación de dependencia e a persoa coidadora.

Exercicio de orientación á realidade:

- ***Orientación temporal: preguntar que día da semana é?, en que mes estamos?, en que ano?, que celebramos hoxe?, que hora é?***
- ***Orientación espacial: preguntar onde estamos?, en que cidade? en que provincia?***
- ***Orientación persoal: preguntar como se chama?, en que ano naceu?, se está casado?... É bo revisar fotos familiares, ordenadas por anos ou acontecementos...***

b. Reminiscencia

Especialmente válida para as persoas con demencia, que teñen altamente afectada a memoria recente; porén, a memoria da súa mocidade, os recordos antigos ou os que teñen un especial significado emocional están relativamente conservados. Recordan perfectamente feitos da súa infancia, pero non recordan o que cearon o día anterior.

Fomenta a reactivación do pasado persoal e axuda a manter a identidade persoal a través do recordo de acontecementos xerais ou particulares da vida da persoa con demencia.

A reminiscencia pode realizarse tamén no propio domicilio utilizando obxectos da casa, ou ao

“Coñecendo as características persoais, a reminiscencia pode realizarse en calquera momento (na compra, na cociña etc.). A reminiscencia pode realizarse de xeito individual ou en grupo, tratando que o grupo sexa o máis homoxéneo posible e evitando realizar xuízos sobre eses recordos.

Para estimular a memoria autobiográfica, pódese recorrer a axudas como son: as fotografías, debuxos, libros, cancións, artigos de periódicos antigos ou obxectos persoais, láminas temáticas sobre situacións da vida cotiá ou láminas con obxectos da vida cotiá agrupados en categorías”.

aire libre, visitando lugares importantes ou significativos para a persoa con demencia, pero sempre evitando que o desprazamento constitúa un problema.

Con esta técnica non se pretende que os recordos verbalizados sexan estritamente correctos, senón que se fagan presentes e vaian acompañados de emocións positivas, que constitúan unha conexión entre pasado e presente.

c. Obradoiro de estimulación cognitiva

Trátanse de estimular as funcións mentais superiores, con exercicios axeitados ao grao de deterioración da persoa con demencia e ás súas capacidades residuais. As intervencións poden facerse de maneira individual ou grupal e o obxectivo final é o mantemento ao longo do tempo destas funcións ou a recuperación das que se tiñan en desuso.

As sesións poden realizarse de maneira grupal ou individual, pero resulta esencial unha boa valoración neuropsicolóxica previa.

Trabállanse as seguintes funcións:

- Memoria: o obxectivo é exercitar os diferentes tipos de memoria, a través de exercicios coma os seguintes:
 - ❖ Presentarlle imaxes, obxectos reais, sons... (comezando por un e aumentando o numero segundo vaian resolvendo) e despois retirarllos para que lembren os estímulos que se lle presentaron.

- ❖ Despois de lerlle un texto (noticia en revista, prensa...), facerlle preguntas sobre detalles da historia.
- ❖ Decirlle que repita as palabras, frases... que eu digo primeiro.
- ❖ Presentarlle series de palabras (2, 3...) e pedirlle que as repita na mesma orde en que as presenta e despois en orde inversa.
- ❖ Pedirlle que ordene por orde alfabética unha serie de palabras que se lle presentan escritas.

❖ Lerlle unha serie de números (15, 27...) e pedirlle que os soletreen en orde inversa.

❖ Darlle unha serie de códigos (“cando eu diga nomes de animais dá un golpe na mesa, cando diga nomes de persoas levanta o brazo dereito”).

❖ Facerlle preguntas sobre



Xogo para desenvolver o sentido do olfacto.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

información recente (que fixo pola mañá? que noticias escoitou na radio ou leu na prensa?).

❖ Preguntarlle datos sobre información remota (sobre películas, música da súa xuventude).

❖ Traballar os datos da súa biografía (relatar o día do seu casamento, onde traballou, o nacemento dos fillos...).

■ Habilidade: os obxectivos son traballar a motricidade fina, as capacidades

visoconstrutivas e manter a mecánica da escritura, a través de exercicios como:

❖ Praxia xestual: pídeselle que realice unha serie de xestos como son: subir unha persiana, poñer unha luva ou saudar coa man.

❖ Praxia construtiva: debuxar figuras xeométricas; por



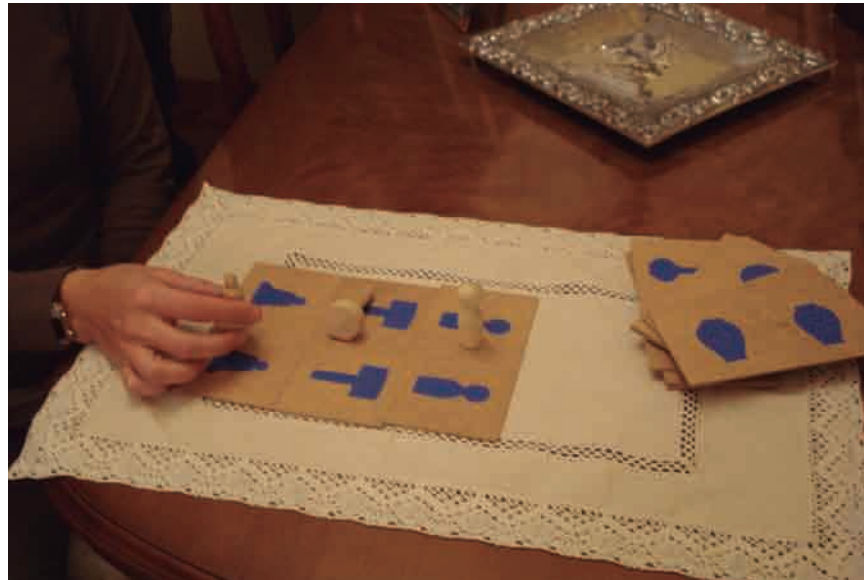
Xogos para exercicios de seriación e clasificación.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

exemplo, un triángulo e dentro deste un círculo.

■ Percepción: os obxectivos son mellorar a atención, exercitar a percepción e maximizar as capacidades lingüísticas.

❖ Localizar nun mapa diferentes lugares, sinalar lapis de determinadas cores... (gnosias visuais).

❖ Observar unha serie de obxectos e indicar se están situados arriba, abaixo, á dereita ou á esquerda (gnosias visual-espaciais).



Xogo para favorecer a estruturación espacial.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

❖ Pór un disco compacto con diferentes sons –ruído do tren, son do reloxo, acender un misto...– e a persoa debe adiviñar o que escoita (gnosias auditivas).

❖ Identificar diferentes olores –café, limón...– (gnosias olfactivas) .

■ Concentración: os obxectivos formulados son mellorar na formulación de obxectivos, planificación de estratexias e execución de plans, a través de tarefas como:

❖ Ordenar un grupo de palabras nunha secuencia lóxica, por exemplo: fillo, avó, bisavó e neto.

❖ Ver en que se diferencian un grupo de palabras, por exemplo un avión e un barco.



Panel de madeira para o coñecemento dos minutos, horas, días da semana, os meses, as estacións do ano e a meteoroloxía.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

❖ Cun reloxo, ir cambiando a hora seguindo unhas instrucións: colocar as agullas na hora na que cantamos...

❖ Cun dicionario buscar unha determinada palabra.

■ Linguaxe: os obxectivos son maximizar as capacidades lingüísticas conservadas, exercitar a linguaxe automática, mellorar a comprensión e a expresión verbal, potenciar a capacidade de repetición e a fluidez verbal e exercitar a lecto-escritura. Algúns dos exercicios para pór en marcha son os seguintes:

❖ Linguaxe automática: nomear todos os meses, anos, contar de 5 en 5, completar refráns...

❖ Linguaxe espontánea: amosarlle unha fotografía, para que nos describa o que se atopa nela.

❖ Comprensión: escoller unha noticia da prensa diaria e que o doente a comente.



Xogo que permite aprender os sons e os nomes dos animais. Autor: Mundoabuelo Lugo.

❖ Evocación categorial: nomear todos os tipos de froita que coñeza ou os obxectos que se atopan nunha cociña...

❖ Repetición verbal: repetir frases, palabras ou letras.

❖ Exercicios de lecto-escritura: ler un texto e contestar unhas preguntas sobre el, facer un ditado, escribir unha carta, completar palabras ás que lle faltan letras, por exemplo: S- LENC-O (SILENCIO).



Xogos para realizar operacións matemáticas. Autor: Mundoabuelo Lugo.

■ Cálculo: os obxectivos que ha lograr son os seguintes: preservar o coñecemento numérico, activar a lectura de cifras e números, manter as operacións numéricas, optimizar a discriminación de números e cantidades e tamén mellorar a atención en material non verbal. Os exercicios que ha realizar son os seguintes:

❖ Secuenciación de números: marcar de cor verde os números pares, continuar series de números (de 2 en 2, de 5 en 5...), ordenar cantidades de menor a maior, e viceversa.

4.3. Terapias funcionais

- ❖ Operacións aritméticas: sumar, restar, multiplicar e dividir, resolver problemas, mediante folletos de supermercado, calcular cal é o produto máis caro, canto valen dous quilos de laranxas etc.
- ❖ Comprensión numérica: escribe en cifras a cantidade noventa e cinco... ou escribe en letra a cantidade 127...
- ❖ Motivar o mantemento das capacidades numéricas a través do xogo, como pode ser neste caso o bingo.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

a. Psicomotricidade

Nas persoas maiores, en xeral, e na persoa con Alzheimer ou outra demencia, en particular, é frecuente a fragilidade física. É este un estado de redución das reservas fisiolóxicas que se relacionan cunha susceptibilidade maior para a discapacidade. A redución da forza muscular, xunto coa inactividade, son os factores principais que propician esta situación.

Coa aplicación desta técnica, contrárestase o déficit de actividade física e axúdalle a recoñecer o seu espazo e a relacionarse comodamente con el. Con esta actividade axudamos a aliviar a deslocalización e a confusión presente nesta enfermidade.

A estrutura do obradoiro debe ter en conta os seguintes aspectos:

- O espazo onde se realice a terapia debe ser amplo, despexado de obxectos innecesarios e luminoso. O chan debe ser antiesvarante e utilizar cadeiras cómodas.
- A duración non debe exceder os 60 minutos, para evitar o esgotamento e a falta de atención. Os exercicios deben de ir mudando cada 10 minutos, aproximadamente. Nos estadios máis avanzados, o ritmo debe ser máis lento.
- Os materiais para utilizar deben de ser lixeiros, con cores vivas para facilitar a súa

identificación e non perigosos para que non se produza unha situación de tensión no que unha persoa dane a outra. Algúns dos instrumentos para utilizar poden ser: cintas de tea, pelotas, pandeiretas ou maracas, manta de cores (paracaídas), globos, aros e un reprodutor de discos compactos.

Algúns exercicios de terapias funcionais:

- Identificación do corpo: sentados de forma correcta en círculo seguen as ordes do terapeuta, inician a sesión traballando a respiración e, a continuación, fan movementos lentos coas diferentes articulacións.
- Dar palmadas e camiñar: os doentes escoitan un ritmo e, unha vez que o aprenden, seguen o ritmo cos pés ou dando palmas. A continuación, marcan o ritmo camiñando.
- Exercicio coa manta: sitúanse en círculo, collen a manta e soben e baixan os brazos; a continuación, o terapeuta dá diferentes ordes.
- Movementos libres: escoitan música sentados; pouco a pouco, van movendo libremente brazos e pernas; despois pódense levantar e danzar libremente, ata que para a música e volven aos seus sitios.

b. Musicoterapia

A pesar de que as persoas con demencia teñen serios problemas de memoria e linguaxe, conservan a capacidade de seguir o ritmo da música e cantar cancións da súa época infantil e de mocidade.

Esta técnica consiste en levar a cabo de forma estruturada unha serie de actividades musicais co obxectivo de mellorar as habilidades físicas, cognitivas, sociais e os problemas de conduta; a través da música atopamos novas formas de comunicación e expresión.

O traballo de musicoterapia pode levarse a cabo de forma individual ou grupal, debe facerse de forma programada, cunha duración aproximada de 60 minutos e cunha estrutura que facilite a orientación dos/das usuarios/as. A terapia ten que adaptarse ás características propias de cada persoa, xa que as reaccións producidas poden ser moi diversas.

O material necesario para levar a cabo unha sesión son instrumentos musicais (guitarra, pandeireta, maracas, triángulo etc.) e un reprodutor de música. É importante dispor de instrumentos sinxelos que non requiran ningún tipo de coñecemento musical previo, xa que así fomentamos a gratificación inmediata.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

Algunhas das actividades de musicoterapia para realizar:

- Tocar instrumentos.
- Improvisacións musicais.
- escoitar fragmentos musicais, de cancións coñecidas e significativas.
- Cantar cancións típicas do seu contorno.
- Diálogos musicais (falar cantando).



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

A finalidade destas sesións musicoterapéuticas é estimular a memoria e a reminiscencia a través da música, fomentar a autoestima, desenvolver as capacidades expresivas e creativas, facilitar a comunicación interpersonal, mellorar comportamentos verbais e motores; en xeral, acrecentar a calidade de vida.

c. Outras terapias

a. Relaxación

A tensión e os nervios son moi frecuentes nas persoas con demencia, por iso é moi importante a relaxación para liberar a ansiedade e a axitación, tamén pode ser utilizada despois dunha sesión de exercicio físico ou da terapia psicomotriz, para recuperar a calma. Debe realizarse en fase leve ou moderada da enfermidade para obter óptimos resultados.

Debemos dispor dunha sala comfortable, cunha temperatura axeitada e luz tenue. Explicámoslle ao usuario que nos imos relaxar e comezamos a dar unhas pautas sinxelas, lentamente e transmitindo tranquilidade. Se ten dificultades, debemos adaptarnos ás súas necesidades.

Podemos formular dúas modalidades de relaxación: a primeira, a través da respiración –tomando aire polo nariz e expulsándoo pola boca, que se concentre en como entra e sae o aire...– e a segunda é a través da tensión –relaxación, ir pensando nas diferentes partes do corpo (pés, pernas, brazos, mans, pescozo, fronte e a boca) e contraer esas zonas para despois relaxalas–.

Despois da relaxación, espreguizámonos un pouco e coméntanse as sensacións obtidas.

b. Terapia con animais

A terapia asistida con animais é un tratamento terapéutico no que se conta cun animal para realizar a actividade terapéutica. Os animais máis frecuentemente utilizados adoitan ser principalmente

os cans, seguidos dos delfíns e dos cabalos. Cada vez vense máis claros os beneficios de traballar a relación persoa-animal. Esta terapia debe ser levada a cabo por técnicos debidamente experimentados que fixen os obxectivos da intervención, deseñen o tratamento, avalíen todo o proceso e valoren o progreso obtido.

Obtéñense beneficios físicos (acariciar o animal alivia o estrés e baixa a presión arterial), psicolóxicos (serven como contacto coa realidade, melloran o estado de ánimo, facilitan a conversación...) e sociais. En xeral, melloran a calidade de vida das persoas.

Algúns dos obxectivos das terapias con animais son:

- *Mellorar as habilidades motoras*
- *Incrementar a mobilidade*
- *Mellorar o equilibrio*
- *Mellorar a concentración e a atención*
- *Reducir a ansiedade*
- *Reforzar a autoestima*

Algunhas das actividades que se realizan nas sesións son:

- Dicir o nome do can, o sexo, a idade; deste xeito, trabállase a memoria a curto prazo.
- Preguntarlles se algunha vez tiveron can, co que se exercita a memoria a longo prazo.
- Observar como se move o animal, xogar cunha pelota, acaricialo ou cepillalo, co que se contribúe a mellorar a atención e a mobilidade.

c. Laborterapia

É un método terapéutico que consiste na realización de diversas actividades, como poden ser a poesía, o debuxo, a cestería, o punto e outras manualidades. Estas actividades contribúen a traballar a motricidade fina, a aumentar a autoestima, séntense útiles e capaces, ao mesmo tempo que se relacionan socialmente. Convén axear as tarefas ao rendemento da persoa e aos seus gustos, para evitar situacións de fracaso e frustración.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

4.4. Estimulación das actividades da vida diaria/produtos de apoio

Un dos obxectivos primordiais no tratamento da enfermidade de Alzheimer ou outras demencias consiste en manter a autonomía da persoa o máximo tempo posible. Por este motivo, debemos de traballar as actividades cotiás da persoa con demencia, o que supón a modificación do seu ambiente para facerlle máis sinxela a realización das súas tarefas diarias.

Existen varios tipos de actividades e, dentro delas, cabe destacar e diferenciar dous grupos principais:

- Actividades básicas da vida diaria: céntranse na mobilidade e no coidado do propio corpo.
 - ❖ Mobilidade funcional: moverse dun lugar a outro, levantarse e deitarse na cama.
 - ❖ Vestido: seleccionar a roupa axeitada para cada estación do ano e momento do día, vestirse e espirse na orde axeitada, abotoar a chaqueta, atar os zapatos.
 - ❖ Alimentación: levar a comida ou a bebida correctamente do prato ou do vaso á boca, comela de forma apropiada.
 - ❖ Hixiene persoal: coller e usar axeitadamente os obxectos necesarios para limpar a

cara, a boca (próteses incluídas), peitearse, afeitarse, coidar as uñas, botar desodorizante...

❖ Baño: manter a posición axeitada, coller e usar os obxectos para este fin, enxaboarse, aclararse e secarse.

❖ Incontinencia: control involuntario de esfínteres e de vexiga.

■ Actividades instrumentais da vida diaria: céntranse na interacción co medio, son máis complexas que as básicas, esixen maior nivel de autonomía persoal.

❖ Tarefas domésticas: facer a comida, lavar a louza, facer a cama, o coidado da roupa (lavar, tender, pasar o ferro).

❖ Manexo de cartos.

❖ Uso de medios de transporte.

❖ Manexo dos medios de comunicación: uso do teléfono, televisor etc.

❖ Manexo da medicación: preparar a medicación e tomala á hora correcta.

❖ Manexo dos recursos sociosanitarios (médico, farmacia...).

Inicialmente, é necesario realizar unha valoración previa no domicilio, coa finalidade de observar como leva a cabo as actividades da vida diaria, para posteriormente actuar fomentando o seu desempeño e adaptando o seu contorno e, deste xeito, facerlle o día a día máis sinxelo e manter a súa independencia ao longo do tempo.

As persoas con demencia, debido aos trastornos de memoria, teñen unha gran dificultade para recoñecer e aprender os cambios que se realizan ao seu redor.

Como medidas de seguridade que convén tomar, destacamos:

- No baño: deixar no lavabo só o necesario (xabón, toalla, cepillo de dentes e dentífrico), as billas deben ter dúas saídas distintas (auga fría/auga quente) para identificalas mellor. Previr o risco de caídas (poñer antiesvarantes, evitar alfombras, ter onde aferrarse para levantarse do baño ou acceder á bañeira), as electrocucións (ter acceso ao secador só no momento de usalo, anular os enchufes) e evitar o acceso á caixa de primeiros auxilios

“É fundamental manter o contorno o máis estable que poidamos e evitar, na medida do posible, os cambios de domicilio, xa que lles provocan desorientación, inseguridade e frustración.

Por outro lado, debemos modificar o seu contorno para facilitarlle o seu funcionamento diario, baseándonos en tres conceptos clave: seguridade, prevención e simplificación”.

(pechala con chave).

- Na cociña: evitar a cociña de gas, se pode ser instalar unha eléctrica, vixiar que non deixen potas no lume, colocar nun lugar non accesible produtos e obxectos perigosos (lixivia, coitelos...).
- Evitar o acceso a lugares como escaleiras, balcóns, terrazas, piscinas, xardíns para que non se produzan fugas ou caídas.
- O domicilio debe de ter unha boa iluminación, non ter obstáculos (sen alfombras e sen mobles con cantos apuntados ou inestables), estar ordenado (coas cousas importantes sempre no mesmo lugar), ser familiar (con fotos e obxectos familiares), contar con calendarios e reloxos grandes e sinalar os cuartos mediante letreiros ou debuxos para facilitar a orientación.
- Por último, o fogar debe de ser estable, a través da creación de rutinas diarias: facer sempre as mesmas cousas, da mesma maneira, no mesmo lugar e na mesma hora, manter os hábitos adquiridos ao longo de toda a vida.

A continuación, expoñémoslle algúns consellos á persoa coidadora para lle facilitar a realización das actividades básicas da vida diaria.

No referente ao vestido:

- Cando non sexan capaces de abotoarse, substituiremos os botóns ou os cordóns por velcro.
- As pezas de roupa que sexan difíciles de poñer, hanse cambiar por outras máis sinxelas ou por algunha talla máis, pero sempre tratando de respectar o seu estilo habitual.
- Cando comecen a ter dificultades para vestirse sós, hai que axudarles pero deixando que fagan o que eles aínda poidan facer.
- Se teñen a teima de espirse, poñerlles roupa interior difícil de quitar (bodi, pezas que non se abotoen por diante).
- Se non queren vestirse, hai que tratar de distraelos con paciencia.



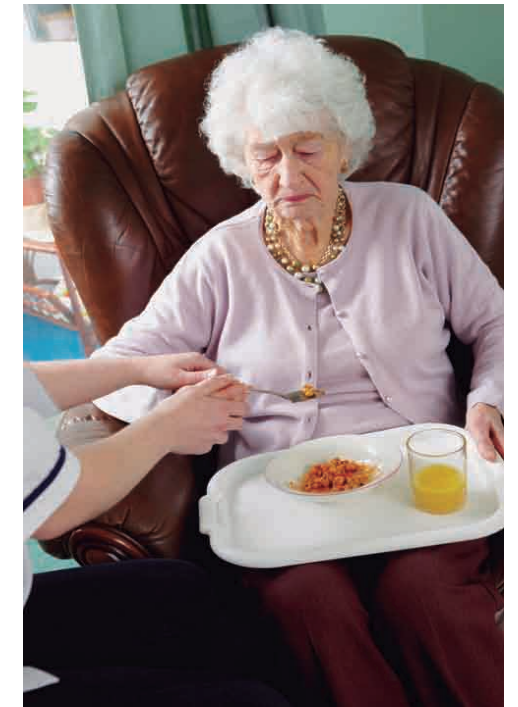
Aparato para pór os calcetíns. Deseñado para aquelas persoas con movemento limitado no lombo, nas cadeiras ou nos xeonllos.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

No referente ao baño:

- Se algún día non se queren bañar, hai que procurar que se asean ben.

No referente á comida:

- Crear un ambiente tranquilo a ben iluminado, evitar ruídos do televisor.
- Non apuralos, darlles tempo suficiente para comer.
- Dar as ordes de forma clara e sinxela.
- Se tenden mancharse, poñerlles unha bata.
- Darlles os cubertos para utilizar un por un e, cando non sexan capaces de usalos, permitirlles que utilicen os dedos.
- Cando necesiten que lles corten a comida, debemos facelo en anacos pequenos.
- Se queren comer con moita frecuencia, aumentaremos o número de comidas, pero reducindo a cantidade.



- Se non queren comer, hai que motivalos elaborando os seus pratos preferidos ou que colaboren na realización das comidas.

No referente ao sono:

- Se tenden a levantarse a miúdo durante a noite, hai que pechar con chave as portas que non queremos que abran e asegurarnos de que non poidan abrir a porta da rúa, as fiestras ou os balcóns.
- Deben ir ao cuarto de baño antes de deitarse e non tomar moito líquido nas horas previas a conciliar o sono.
- Se esperta, calmarémolo e dirémoslle a hora que é.
- Tamén é conveniente que durante o día se manteñan activos e non fagan as sestas moi longas.

Os **produtos de apoio** son uns utensilios que se utilizan para axudar nas limitacións funcionais das persoas que o necesitan, o seu obxectivo é obter un maior grao de autonomía nas actividades da vida diaria e noutros ámbitos. Estas axudas deben de ser seguras, de manexo sinxelo, feitas con material duradeiro e de fácil limpeza.

Podemos clasificalas en:

- Axudas para a terapia e o adestramento: balóns de diferentes materiais.
- Axudas antidecúbito: colchóns de xel ou de espuma, coxíns e calcañeiras.
- Axudas para a protección e o coidado persoal: materiais antiesvarantes para o chan, elevadores para o inodoro, cadeiras para o baño ou a ducha, banquetas, táboas para bañeiras, contedor para a recollida de cueiros, protector de colchóns, cepillos extensibles, lavacabezas para cadeira ou cama, barras e cadeiras de roda para o baño. Guindastres e arneses.
- Axudas para a alimentación e as tarefas domésticas: cubertos, pratos e vasos de diferentes formas para facilitar as tarefas de alimentación, mesa para cadeiras de rodas, calzadores de medias e calcetíns, abrochabotóns e subecremalleiras, tesoiras e cortaunllas adaptados, pastilleiros, partidor e triturador de pastillas, chaveiro xirador, enfiador de agullas.
- Adaptacións de vivendas: camas articuladas, dispositivos para abrir e pechar portas e ventás, produtos para axustar a altura do mobiliario...
- Axudas para a comunicación, información e sinalización: produtos de apoio para ver, escoitar, calcular, telefonar...
- Axudas para o ocio e o tempo libre: xogos e produtos de apoio para facer exercicio.



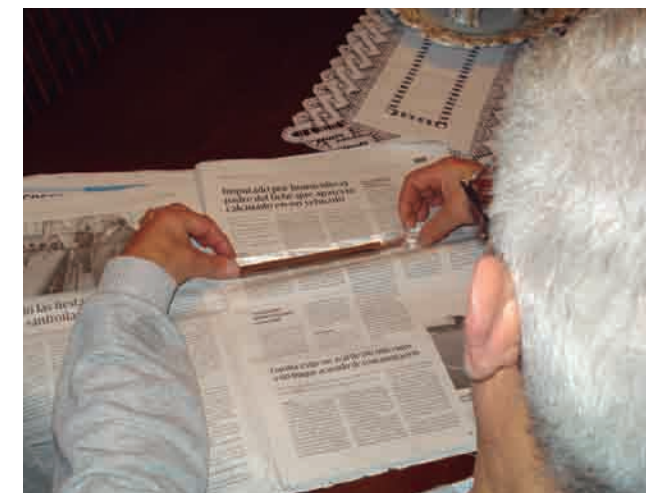
Axudas técnicas para o xantar.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



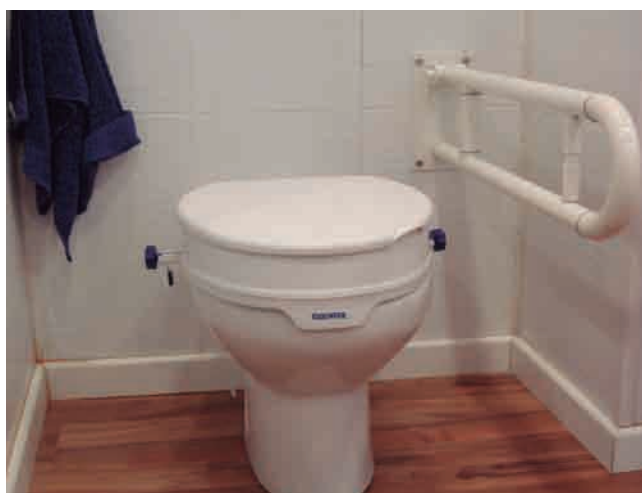
Xogos de estimulación cognitiva.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Lupas para traballos manuais.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Lupas para a lectura.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Baños adaptados.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Xogos de estimulación motora e sensorial.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Axudas técnicas para o vestido e o calzado.
Autor: Mundoabuelo Lugo.



Axudas técnicas para a vida cotiá.
Autor: Mundoabuelo Lugo.

Que aprendemos?

O enlentecemento da deterioración cognitiva, funcional, motora e emocional conséguese a través dun contorno estimulador creado pola propia persoa coidadora, para o que se ha de basear en técnicas de psicoestimulación, terapias funcionais e estimulación das actividades da vida diaria coa axuda dos produtos de apoio.

Preguntas para a reflexión

- Que hai que ter en conta en todas as intervencións levadas a cabo pola persoa coidadora?
- Como orientamos a persoa con demencia na súa realidade?
- Como estimulamos as súas capacidades?
- Cales son as actividades básicas e instrumentais da vida diaria?



“A vitalidade revélase non soamente na capacidade de persistir, senón na de volver comezar”.

Francis Scott Fitzgerald

5. Comunicación coa persoa con demencia

5.1. Introducción

Os trastornos da linguaxe nesta enfermidade orixinan problemas de comunicación. É frecuente que a falta de habilidades na comunicación entre persoa coidadora–persoa con demencia se deba ao mal coñecemento da natureza da enfermidade. Se a persoa coidadora sabe o que é a demencia, tamén sabe que quen a padece vai preguntar varias veces o mesmo debido á alteración da memoria, que ten problemas para seguir o fío dunha conversa ou para lembrar nomes de persoas, obxectos ou lugares, polo que poderá adoptar actitudes facilitadoras de comunicación.

A través dunha boa comunicación, as persoas que conviven coa demencia poden conseguir unha mellora na calidade de vida.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

5.2. Axudas para mellorar a comunicación

A persoa coidadora como interlocutora principal

As intervencións que se han realizar sobre os aspectos comunicativos da persoa que sofre demencia baséanse:

- Na persoa con demencia, a través da estimulación da linguaxe e do reforzamento das habilidades comunicativas (ver Módulo 6).

- **Moi especialmente**, na familia e nas persoas coidadoras, que son nas que incide principalmente a relación coa persoa con demencia. Esta intervención realízase a través de pautas educativas, de modelado a través de exemplos concretos.

No contexto da **diade persoa con demencia-persoa coidadora**, a comprensión desta premisa básica pode chegar a ser difícil de comprender porque:

- A enfermidade afecta a **toda** a vida diaria.

“Unha regra básica na intervención coa persoa coidadora, especialmente ante os problemas de comunicación, é que as dificultades que xorden na vida cotiá se deben á enfermidade, e non á persoa con demencia”.

- A enfermidade é, na maior parte dos casos, lenta, progresiva e silenciosa.
- Ante a enfermidade, é necesario **cambiar a inercia do sistema de comunicación**.

Todos adaptamos o noso estilo comunicativo á persoa coa que falamos. Por exemplo, cando falamos cun meniño ou cunha persoa estranxeira. No caso da demencia, a **necesidade de adaptación do noso discurso** como persoas coidadoras aumenta ao progresar a enfermidade, o que produce un aumento da responsabilidade da persoa coidadora, que ten que axear a comunicación estruturando e organizando a conversa.

Aínda que, en relación co coidado, hai aspectos máis urxentes e determinantes na calidade de vida, como o mantemento das actividades da vida diaria, o certo é que incluso na consecución destas necesidades básicas a comunicación é determinante: serán moito máis fáciles a alimentación e a hixiene se a comunicación é fluída e se a persoa en situación de dependencia entende o que debe de facer ou o que se lle vai facer. Incluso, deste xeito, será máis probable que colabore activamente.

En calquera caso, manter abertas as canles de comunicación posibilita manter a persoa con demencia socialmente activa e cognitivamente estimulada.

5.3. Estratexias de comunicación

I. Provocar a comunicación

- Captar a atención para iniciar a conversa, sentándose fronte á persoa e proporcionando seguridade (sorridir, collerlle a man...).

- Establecer contacto visual.

- Utilizar un ton de voz cálido.

- Eliminar o ruído de fondo.

- Iniciar a conversa.

- Manter e incentivar a conversa, reforzando as respostas.

- Atender a calquera cousa que esperte o interese da persoa con demencia.

- Buscar temas agradables para ambos os interlocutores.

- Utilizar a lectura como axuda, periódicos, revistas..., estimulan o mantemento do vocabulario e facilitan a conversa.



Autor: Vivenda Comunitaria Enteca, Coid-arte 2008, Unidade de Coordinación da Dependencia.

II. Evitar unha demanda excesiva, por riba das posibilidades da persoa con demencia

- Empregar frases curtas e sinxelas. Simplificar o que se quere dicir, a través de palabras familiares e coñecidas e evitando parágrafos longos.

- Dar tempo para procesar a información, axeitándose ao ritmo da persoa que sofre demencia, en lugar de esperar a que ela se axeite ao noso ritmo.

- Evitar terminar as frases e antedecir. Ser paciente e dar, sempre que sexa posible, a oportunidade de responder ao que dicimos.

- Realizar preguntas pechadas. Facer preguntas sinxelas e, se é preciso, limitar as alternativas de resposta a “sí” ou “non”.

- Eliminar a utilización da expresión “Non te lembrás?”. Empregar “Esta é a túa prima Maruxa”, en lugar de “Non te lembrás da túa prima Maruxa?”.

- Se aparecen dificultades na comunicación, non insistir. A insistencia en caso de dificultades concretas, que poden ter múltiples causas, pode producir axitación na persoa con demencia.

III. Estimular a linguaxe

- Estimular a linguaxe espontánea:
 - ❖ Conversa sobre temas persoais.
 - ❖ Conversa sobre temas de actualidade.
 - ❖ Conversa con relación a datas significativas.
 - ❖ Descrición a partir de imaxes (prensa, revistas, fotos persoais ou de lugares e personaxes coñecidas).
- Estimular o vocabulario:
 - ❖ Tarefas con definicións, adiviñas etc.
 - ❖ Denominación de imaxes.
 - ❖ Denominación por categorías.
- Estimular a linguaxe automática: recitados, refráns, cancións, oracións etc.



IV. Utilizar un trato axeitado

- Lembrar que a persoa que sofre demencia é un adulto, cunha historia de vida. Evitar utilizar unha fala infantilizada e, en especial, coidar a entoación.
- Dicar o que debe facer e non o que non debe facer. Por exemplo, é preferible dicirle “acouga sentado/a” e non “non te levantes”.
- Non intentar razoar nin aplicar a lóxica coa persoa en situación de dependencia. Sempre que sexa posible e non resulte perigoso, seguir a súa realidade. Non berrar, nin intentar corrixir a acción cando non resulte imprescindible.
- Non utilizar a verdade como argumento.
- Empatizar e ter sempre presentes as emocións da persoa. Dar oportunidades para que exprese as súas emocións.
- Adaptarse ás súas limitacións.



Que aprendemos?

O proceso de comunicación, e todos os elementos que forman parte deste, ten moita importancia ao longo da vida.

Este proceso vese deteriorado coas persoas con demencia (esquécense do que se lles di, repiten unha cousa continuamente, non lle sae a palabra correcta...) e pode chegar a provocar illamento social, así como sentimento de impotencia e frustración na persoa coidadora porque non sabe o que lle acontece ou necesita o seu familiar.

É importante aplicar certas técnicas que simplifiquen a forma en que nos comunicamos coa persoa e, sobre todo, ter en conta sempre a importancia de compoñentes non verbais na comunicación (unha caricia, o xesto, a mirada, o ton de voz...) que poden mellorar o dito proceso.

Preguntas para a reflexión

- Por que é importante unha boa comunicación?
- Como iniciamos a comunicación?
- Como a estimulamos?





**“Na vellez non nos
deben preocupar as
engurras do rostro,
senón as do cerebro”.**

Ramón y Cajal

6. Coidado da persoa coidadora

6.1. Introducción

Na meirande parte dos casos, a decisión de coidar a un ser querido que padece una enfermidade crónica tómake desde a emoción e vai guiada polo cariño cara ao familiar, sen sospeitar o gasto en enerxía que isto supón para a persoa coidadora.

No tocante aos coidados, as demencias presentan particularidades propias, como son:

- A longa duración da doenza, o carácter inquietante e estraño dos síntomas, a progresiva deterioración das funcións mentais e psíquicas, coa consecuente dependencia por parte do/a afectado/a, e o longo período de coidados e atencións que vai precisar a persoa con demencia fan desta enfermidade unha perda de saúde moi característica e peculiar.
- As demencias ocasiónanlle tanto á persoa con demencia como á familia sufrimento, malestar, ansiedade, desgaste persoal, un alto custo económico á sociedade en xeral e ás familias dos/as afectados/as en particular.
- Pero a enfermidade vai influír non só nunha persoa, senón en todo o grupo familiar.
- A aparición dunha demencia na vida familiar vai orixinar unha situación nova que modifica

irremediavelmente e profundamente a vida familiar e as consecuencias *a priori* son totalmente imprevisibles.

■ Debido ao alto grao de interdependencia que se dá dentro do seo dunha familia, a emerxencia dunha enfermidade crónica nun dos seus membros afectará a todo o grupo e tamén ao funcionamento do sistema familiar, de xeito que provoca un cambio na orde de prioridades e desexos.



Coa decisión de atender un ser querido, estase mantendo un apoio emocional que a persoa con demencia atopa na súa familia e que se entende como a forma de axuda máis valorada. A este tipo de axuda tamén se lle denomina apoio extensivo e inclúe sentimentos de confianza, aceptación e dignidade de cara á persoa do doente.

Deste xeito, a familia vai proporcionar unha axuda de tipo informal, baseada na apreciación da propia persoa en situación de dependencia e non na súa incapacidade, a diferenza das institucións sanitarias e sociais que viría sendo o apoio formal.

Esta axuda informal vai durar mentres existe a relación afectiva co doente ou ata que a necesidade de coidados supere certos límites que explicaremos posteriormente.

6.2. Afrontamento dos coidados

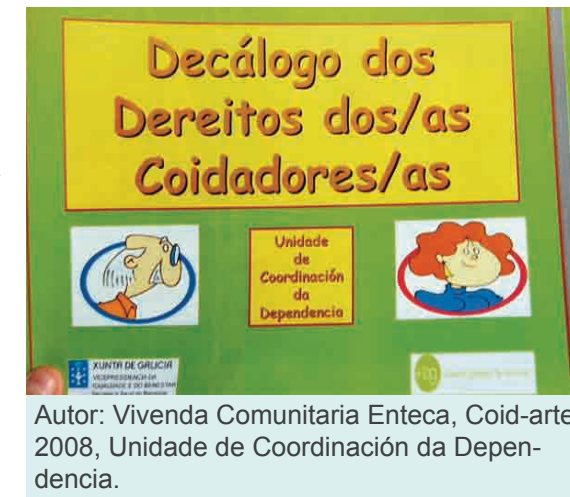
a. A persoa coidadora principal. Definición

Aquela persoa dentro da familia que asume a maior responsabilidade na atención será considerada a persoa coidadora principal. É necesario diferenciar entre a persoa coidadora familiar, cando é un membro da familia a persoa encargada de facilitar as atencións, ou ben unha persoa coidadora profesional contratada.

Unha terceira distinción é a figura da persoa coidadora de soporte (segunda persoa coidadora ou coidador/a secundario/a), aquela persoa encargada de lle axudar ao coidador/a principal e de lle facilitar respiro por momentos nalgunha das súas funcións.

b. Fases do familiar dunha persoa con demencia

Descubrimos agora as fases da demencia e como inflúen na persoa coidadora principal, tendo en conta que o desenvolvemento das seguintes fases non teñen por que coincidir plenamente nos diferentes coidadores.



Primeira fase: fase da aceptación da doenza

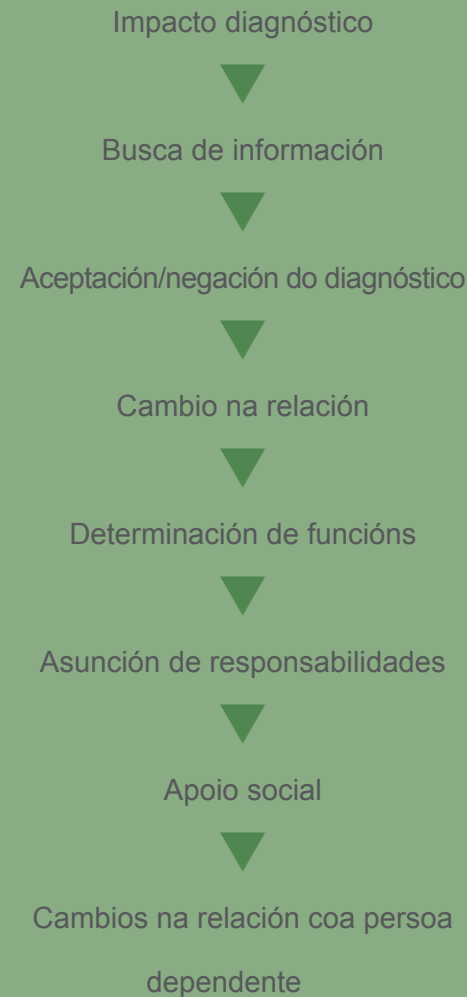
Na actualidade, a representación social da demencia é a perda da memoria. E como aínda se asume que na vellez é normal este síntoma, dependendo da idade da persoa pode ter lugar un impacto emocional non tan duro, aínda que a incidencia desta enfermidade cada vez é maior, o traballo de sensibilización das asociacións de familiares vaise notando na sociedade e por iso os familiares dunha persoa con demencia saben xa algo das consecuencias de padecer este mal.

■ Impacto do diagnóstico

Por estraño que poida parecer, que un especialista nos dea un diagnóstico do que está padecendo o/a noso/a familiar pode ser beneficioso, xa que así ten sentido e lóxica o comportamento inadecuado que estamos a vivir.

Nun segundo momento, xorde a angustia do devir, do que vai ocorrer; é un pensamento recorrente en todos os

Fases do familiar dunha persoa con demencia:



familiares implicados na atención a unha persoa con demencia.

O diagnóstico fálanos dunha enfermidade crónica, irreversible, que provoca unha situación de dependencia, perda de capacidades na persoa con demencia e, por último, a morte.

■ Busca de información

É bastante frecuente que a familia busque información en internet a través de guías e experiencias que, en ocasións, provocan antepoñer pensamentos e accións non axeitados e centrar a nosa visión nun negativo futuro próximo, esquecendo o presente, que é máis positivo do que, en ocasións, pensamos.

A familia pode ocultarlle o diagnóstico á persoa. Isto non vai evitar que se dea conta do que está a acontecer. Quizais se o afectado coñecese o diagnóstico, e tamén o pronóstico da doenza, a relación puidese ser máis fluída coa familia. Este feito pode ser un atranco nesta primeira fase, caracterizada sobre todo pola angustia e a tristura.

■ Aceptación e negación do diagnóstico

En ocasións, atopamos familias que buscan outro diagnóstico que sexa contrario ao de demencia. O grupo familiar débatese entre afrontar a verdade pronosticada ou negala. A negación é un mecanismo de defensa inconsciente que lle impide ao familiar tomar conciencia da realidade do diagnóstico e do pronóstico, ata que non se sinta preparado para afrontala.

En realidade, o que a familia intenta é manter unha situación como se nada acontecese.

Segunda fase: organización dos coidados

■ Cambio na relación

Nesta fase ten lugar un cambio na relación coa persoa con demencia e o cambio de roles na propia familia. A progresiva perda de capacidades e as dificultades para desenvolverse no seu medio cotián implica unha atención e uns coidados cada vez máis continuos; se ata o de agora só era necesario supervisar as súas tarefas, agora temos que facer accións por el.

Para poder relacionarse coa persoa con demencia, é necesario manexar información da enfermidade e aprender a relacionarse de xeito distinto co doente, é necesario dar novas atencións e coidados.

■ Determinación de funcións

Nesta fase, os roles da familia son importantes de cara á definición de quen é quen nas tarefas de coidar.

Alianzas entre fillos/as, comunicación entre pais e fillos/as, normas e valores aprendidos na vida son aspectos que hai que ter en conta neste cambio familiar.



Terceira fase: coidados da persoa con demencia

Este é un período longo no tempo no cal as persoas coidadoras inician unha etapa de atencións continuas que durará ata a morte do ser querido.

■ Asunción de responsabilidades

Ademais, a convivencia familiar e a vida familiar en si van mudar notablemente, aspectos como a relación, a comunicación familiar, a economía familiar e a dispoñibilidade persoal de cada un; é dicir, a súa capacidade coidadora, a asunción de responsabilidades afecta e implica a todos os membros da familia e, por conseguinte, a vida familiar que ata ese momento se viña desenvolvendo.

Estes factores van incidir notablemente no afrontamento dos coidados continuos, na realización

“O coidado non só implica o coñecemento de ferramentas técnicas para facilitar a vida co familiar, implica tamén coñecer e solicitar recursos e axudas sociais ás que poden acceder, implicacións xurídicas e fiscais que supoñen facerse cargo das atencións dunha persoa con demencia”.

diaria de tarefas, na supervisión constante, no afrontamento de alteracións na persoa e van minguando as enerxías da persoa coidadora principal que nun primeiro momento atende só as necesidades do doente para, posteriormente, sentir a necesidade de atención propia.

Esta situación é difícil de soste sen unha persoa coidadora de soporte, para o cal é necesaria unha predisposición e actitude favorable na familia.

“Para a persoa coidadora é importante encontrar soporte e axuda non só na súa familia, senón tamén na comunidade á que pertence”.

■ Apoio social

Espera recibir dos demais axuda, comprensión, recoñecemento e protección da Administración, veciños/as, voluntarios/as. Diminúen a angustia e o medo a quedar só, desamparado ante a situación que vive co seu familiar.

■ Cambios na relación coa persoa en situación de dependencia

Para a persoa con demencia só existe un familiar, a persoa coidadora principal; é dicir, obsérvase un cambio na relación que pasa a ser de tipo diádica, de a dous, xa que é quen lle proporciona seguridade, tranquilidade, referencia no día a día, cóbrele os aspectos emocionais, afectivos.

Outro aspecto que convén ter en conta nesta fase é a convivencia coa degradación psíquica e física; é dicir, observar como pouco a pouco a demencia vai diminuindo as capacidades psicolóxicas e físicas da persoa querida, a perda da identidade, os cambios físicos, postración, encamamento, son feitos que mostran dunha maneira crúa a proximidade da morte.

“Como consecuencia desta nova relación, o/a coidador/a sente que é un apoio insubstituíble para o/a familiar, o que pode provocar unha angustia e unha carga difícil de sostener sen claudicar”.

Para rematar este punto, convén salientar que no afrontamento dos coidados será necesario acudir a especialistas para obter a información máis precisa para a toma de decisións, e que a demencia é unha doenza que necesita de profesionais de distinta formación: médico en atención primaria, neurólogo/a, psiquiatra, fisioterapeuta, psicólogo/a, traballador/a social, avogado/a, son algunhas das persoas a quen o/a coidador/a deberá acudir no proceso de atención e coidados continuos que realiza co seu familiar.



6.3. Toma de decisións

A elección da situación xa é un elemento que pode entrar no proceso. Hai que elixir os elementos que son relevantes e obviar os que non o son e analizar as relacións entre eles. Unha vez determinada cal é a situación, para tomar decisións é necesario elaborar accións alternativas, extrapolalas para imaxinar a situación final e avaliar os resultados tendo en conta as incertezas de cada resultado e o seu valor. Así obtense unha imaxe das consecuencias que tería cada unha das accións alternativas que se definiron. De acordo coas consecuencias, asóciase á situación a conduta máis idónea que se elixe como curso de acción.

O proceso de toma de decisións necesita dunha grande dose de información de múltiples aspectos que, como xa comentamos en puntos anteriores, precisará do consello de múltiples disciplinas que apoiem a persoa coidadora principal e a familia na súa busca de solucións.

“O proceso de toma de decisións necesita dunha grande dose de información de múltiples aspectos que precisará do consello de múltiples disciplinas que apoiem a persoa coidadora principal”.

Factores que van influír na relación familiar coidador-persoa con demencia que serán determinantes na toma de decisións

■ Personalidade da persoa coidadora

Sobre todo, a relación previa coa persoa afectada. Considérase un elemento predictor de tensión que a relación anterior fose ambivalente ou pouco satisfactoria coa persoa en situación de dependencia. Por outra parte, o grao de autonomía, a fortaleza do eu e a historia da súa separación con respecto ao obxecto primario van determinar que o coidador tome unha posición ou outra na atención.

■ O apoio social

Este é un factor determinante nalgúns momentos. Canto maiores sexan os vínculos familiares que manteña a persoa coidadora, máis arroupada e apoiada poderá sentirse. Tamén o feito de non sentirse avalado pola familia e os/as amigos/as será un dos factores determinantes da tensión da persoa coidadora.

Outros aspectos que convén ter en conta na toma de decisións serán os referentes ao estado emocional da persoa coidadora que desenvolvemos no seguinte punto.

6.4. Síndrome da persoa coidadora

a. Definición

O perfil principal dunha persoa coidadora propensa ao desenvolvemento desta síndrome é aquela persoa que chega a dedicarlle case todo o seu tempo, con cambios no traballo, de lugar de vivenda, polo normal en solitario, sen axuda doutras persoas e con estratexias pasivas e inadecuadas de toma de decisións, resolución de problemas e ausencia de información acerca da doenza.

Considérase que esta síndrome ten as súas causas nunha presenza continuada de estrés de tipo crónico pola realización continuada de tarefas de tipo rutineiras e repetitivas, cunha sensación de falta de control sobre o resultado final deste labor e que vai esgotar as reservas psicolóxicas e físicas da persoa coidadora.



■ Perfil do risco

- ❖ Mala saúde física previa.
- ❖ Historia previa de alteracións no estado de ánimo, depresión ou trastornos de personalidade.
- ❖ Pouco apoio social e familiar, sen cónxuxe, parella ou amigos/as íntimos.
- ❖ Idade superior aos 65 anos.
- ❖ Escasas actividades sociais, á marxe de atender o seu familiar.
- ❖ Soidade.

- ❖ Ausencia de apoios socio-sanitarios inmediatos.
- ❖ Descoñecemento da enfermidade e do seu manexo práctico.

■ Sinais de alerta ante esta síndrome

- ❖ Problemas de sono, de inicio, poucas horas de sono, desvelo etc.
- ❖ Perda de enerxía, sensación de fatiga crónica, cansazo continuo que o leva a non saír da súa rutina habitual.
- ❖ Illamento social.
- ❖ Consumo excesivo de bebidas alcohólicas, aumento no consumo de tabaco, pastillas para

dormir ou outros fármacos.

- ❖ Problemas de tipo físico: palpitações, tremores nas mans, dor nos músculos, molestias digestivas.
- ❖ Problemas de atención, memoria e dificultades de concentración.
- ❖ Descenso no interese por actividades que antes lle provocaban gozo e que realizaba con gusto.
- ❖ Aumento ou diminución do apetito.
- ❖ Irritabilidade, anóxase con facilidade por situacións pouco relevantes que antes non provocaban esa reacción.
- ❖ Labilidade emocional, cambio frecuente de humor ou de estado de ánimo.
- ❖ Non se admiten síntomas físicos ou psicolóxicos que se explican mediante outras causas que non teñen que ver co coidado.
- ❖ Cambios na personalidade, un xeito de mostralo é tratando outras persoas dun xeito menos considerado do que antes o facía.
- ❖ Aumento da demanda sanitaria.



b. Áreas de sobrecarga da persoa coidadora principal

Dependencia afectiva

A medida que a persoa con demencia comeza a demandar atención e axuda, a persoa coidadora comeza a desenvolver unha dependencia afectiva con respecto a este e pode chegar a afirmar expresións como: “ninguén o coida coma min”, “agora depende de min para todo”.

Con expresións deste tipo, a persoa coidadora comeza a xerar un círculo vicioso, do cal lle resultará difícil saír e que, co paso do tempo, será unha fonte de estrés moi importante, o que o vai limitar noutras áreas da súa vida cotiá.

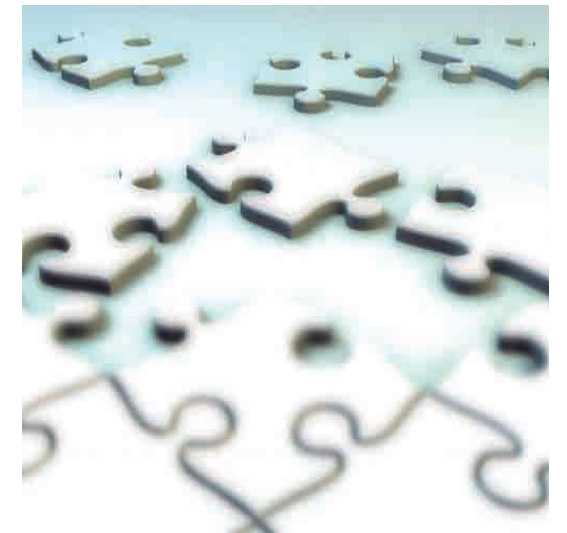
En ocasións, vai resultar moi difícil saber quen necesita máis a quen, se a persoa con demencia ao coidador/a ou ben o/a coidador/a á persoa con demencia.

Como consecuencia desta dependencia, xurdirá a segunda área de sobrecarga: o illamento social da persoa coidadora.

Illamento social

Os contactos con outras persoas do seu contorno habitual van diminuír desde que comezou a doenza.

Nun primeiro momento, é a persoa en situación de de-



pendencia quen se nega a saír, debido aos seus problemas de tipo cognitivo que dificultan o seu desenvolvemento polas rúas e lugares antes habituais para el. Posteriormente, intenta que o familiar quede con el na vivenda. A persoa coidadora vaine aceptar e, pouco a pouco, as súas amizades, afeccións e incluso vida laboral poden quedar a un lado, co que aumentan os sentimentos de soledade, abandono e falta de axuda.

Pode xerar unha terceira área de sobrecarga: as discusións cos familiares máis achegados.

Problemas na familia

Poden xurdir diferenzas entre o/a coidador/a principal e o/a coidador/a de soporte familiar. En todos os casos existe unha similitude, a sensación de incomprensión de todas as persoas que o rodean, incluídos os seus propios familiares, irmáns, fillos/as, esposos.

Como consecuencia do coidado, os problemas familiares aumentan, sobre todo a medida que avanza a doenza, mostrando síntomas que xeran máis dependencia da persoa coidadora.

É entón cando é máis obvia a falta de axuda, entre outros aspectos porque co desenvolvemento da doenza xorden alteracións do comportamento que poden traer consigo un descenso no autocoidado e no descanso da persoa coidadora.

Alteracións de conduta

Este síntoma da demencia ten unha influencia directa no gasto de enerxía da persoa coidadora

principal, de xeito que a aparición de vagabundeo, obsesións, delirios, axitación, dificultades co sono ten unha repercusión no/a coidador/a, o que vai diminuír o seu descanso habitual, xa que ten que estar as vinte e catro horas do día pendente do seu familiar, e así longos períodos de tempo, días, semanas.

Con este ritmo chega un momento no que a persoa coidadora non é quen de atopar enerxía, as súas defensas físicas diminúen e o estrés e outras alteracións psicolóxicas comezan a aparecer, como xa comentamos noutro punto deste módulo.

É necesaria unha intervención.

c. Tratamento

Como dixemos noutro punto, a persoa coidadora pode solicitar consultas frecuentes no seu médico de atención primaria, de xeito que os problemas físicos poden ser minimizados ou reducidos polo/a doutor/a, aínda que é necesaria unha atención máis completa que modifique aspectos de autocoidado que ata agora non se tiveron en conta.



Recordar que facer para coidar a persoa coidadora

- Solicitarlle axuda á familia, amigos, asociacións e/ou profesionais.
- Aceptar a axuda que ofrezan, aínda que pareza insuficiente.
- Aumentar os momentos de descanso.
- Mellorar os niveis de sono.
- Atender os amigos e as relacións sociais.
- Organizar e reservar un tempo de ocio e gozo. Recuperar afeccións perdidas pola atención continua ao seu familiar.
- Manter hábitos saudables, modificar a inxestión de alimentos, facer exercicio, rutinas satisfactorias.
- Información acerca da enfermidade.

Que aprendemos?

A persoa coidadora ten que aceptar, adaptarse e enfrontarse ás novas situacións que orixina esta enfermidade nas persoas que a sofren. A síndrome da persoa coidadora é consecuencia dos problemas físicos, psicolóxicos e sociais que supón a atención dun familiar con demencia.

Resaltar a importancia do autocoidado, porque para coidar doutra persoa primeiro hai que coidarse a un mesmo. Para poder realizar o labor de coidar un ser querido da mellor maneira posible sen perder a identidade persoal e a propia vida, e darlle todo o afecto, cariño e respecto que precisa, é necesario estar nunha situación de estabilidade física e psicolóxica.

Preguntas para a reflexión

- Que particularidades diferencian os coidados dunha persoa con demencia?
- Cales son as fases polas que pasa un familiar dunha persoa con demencia?
- Como se expresa a síndrome da persoa coidadora?
