CURSOS

11

CURSOS DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES DE ENFERMOS DE **ALZHEIMER**

MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA Y PSICOLÓGICAS EN LA DEMENCIA

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE NAVARRA

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/ o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cómo citar: AFAN. Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias de Navarra. Manejo de las alteraciones de conducta y psicológicas en la demencia. Ed. AFAN

11

MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA Y PSICOLÓGICAS EN LA DEMENCIA

afan

afan

Índice

Pág.

1. ¿Qué son los Trastornos de Conducta? **4**

2. Generalidades sobre el tratamiento de las alteraciones de conducta ... **4**

3. Principios fundamentales para ocuparse de los problemas del comportamiento **5**

4. Actitudes positivas que facilitan el cuidado de personas con demencia y que presentan alteraciones de conducta **5**

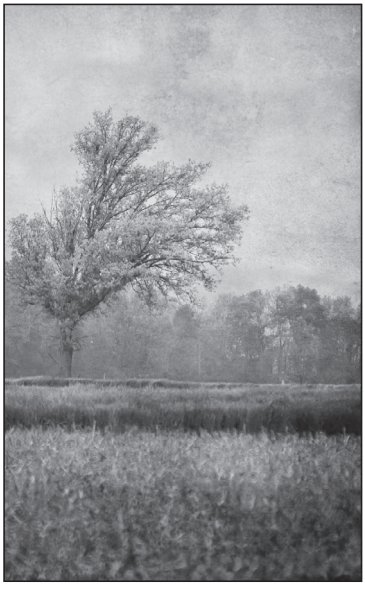
5. Listado de alteraciones conductuales más frecuentes en la demencia y recomendaciones para su manejo **6**

Alucinaciones **6**
Delirios **7**
Errores de identificación y errores de interpretación **7**
Depresión **8**
Ansiedad **8**
Apatía **9**
Quejas e insultos contra el cuidador **10**
Agitación, Violencia y Agresividad **10**
Negativismo **11**
Trastornos del ritmo del sueño **11**
Trastornos de la conducta alimentaria **12**

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA?

La Asociación Internacional de Psicogeriatría los define como alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo y de la conducta del enfermo. Esto se refleja en cambios en la forma de actuar del enfermo; que se comporta de manera diferente o bien su personalidad ya no es la misma.

Son unos trastornos muy frecuentes en la demencia, aunque no todos se dan en todos los pacientes. Normalmente hay combinaciones y predomino de algunos de ellos y tampoco tienen que durar todo el proceso de enfermedad; se acentúan a medida que avanza la enfermedad para después ir disminuyendo sus manifestaciones en fases más avanzadas de la misma.



Es importante recordar que los problemas conductuales son una manifestación de la enfermedad y no tiene que ver con un comportamiento malicioso del enfermo: éste ya no tiene control sobre ellos; no hay intencionalidad en sus actos.

La lógica que aplicamos al comportamiento diario de las personas ya no podemos aplicárselo a estos enfermos, puesto que estos se rigen por un comportamiento carente de lógica.

Estas alteraciones provocan mayor discapacidad y determinan la calidad de vida del paciente y del cuidador

Generan frecuentes visitas médicas e ingresos en servicios de urgencias e instituciones sociosanitarias (quiebra del cuidador)

GENERALIDADES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA

La mejor aproximación terapéutica es:

1. Información, consejos y apoyo familiar.
2. Cambios en el entorno vital del paciente para minimizar las causas de problemas psicológicos y del comportamiento: hay que simplificar las cosas y no ofrecer excesivas opciones para elegir.

3. Medicación adecuada, si fallan las intervenciones no farmacológicas (así como las alteraciones cognitivas de la demencia no tienen tratamiento farmacológico, las alteraciones conductuales que provoca la enfermedad si pueden ser paliadas con tratamiento farmacológico específico).

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA OCUPARSE DE LOS PROBLEMAS DEL COMPORTAMIENTO

1. Dignificar y respetar al enfermo: no hay que olvidar que sigue siendo una persona con sentimientos por lo que es mejor no hablar de su estado en su presencia.
2. Evitar enfrentamientos: estamos ante una persona con problemas de juicio y razonamiento, por lo que insistirle en según qué tareas o temas es inútil y hasta cruel.
3. Facilitar la independencia (promover la autonomía): ayudarle solo en la medida justa y según su nivel de discapacidad.
4. Minimizar el estrés: la propia enfermedad le genera estados de ansiedad e inquietud, por lo que hay que intentar minimizar las crisis evitables (ej: control estímulos ambientales, cuidadores que transmiten tranquilidad).
5. Adaptarse: aceptar las limitaciones del enfermo y la propia manera del cuidador de reaccionar ante las situaciones a las que se enfrenta durante el proceso de cuidado.

ACTITUDES POSITIVAS QUE FACILITAN EL CUIDADO DE PERSONAS CON DEMENCIA Y QUE PRESENTAN ALTERACIONES DE CONDUCTA

· Respetar gustos y costumbres del paciente.

· Expresar afecto y sentido del humor.

· Tener paciencia. Permitirle intentarlo por sí solo.

· Empatía con el enfermo (identificarse con sus sentimientos).

· No avergonzarle ante los demás. No comentarios negativos.

· Ser receptivo antes sus intentos de comunicación.

· Flexibilidad, adaptación e imaginación (el cuidado va en función del ritmo del enfermo).

· Velar por la seguridad del paciente.

· Velar por la propia salud sin dejar de organizar el cuidado del paciente. Buscar ayuda.

LISTADO DE ALTERACIONES CONDUCTUALES MÁS FRECUENTES EN LA DEMENCIA Y RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO

Alucinaciones

Son impresiones sensoriales, perceptivas, que acontecen sin que haya un estímulo real que lo provoque (ver, oír, oler, saborear, sentir cosas como si fuesen reales sin serlo)

Son muy frecuentes en la demencia, las más frecuentes son sobre todo las alucinaciones visuales seguidas de las auditivas. Si no genera estrés en el paciente, no es necesario intervenir, aunque normalmente terminan generándoles angustia e inquietud, requiriendo, además de manejo de la situación por parte del cuidador, tratamiento farmacológico específico que pautará su médico.

Descartar defectos sensoriales (sordera o mala vista).

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Reaccionar con calma y no poner nervioso al paciente: modular el tono de voz con el que se le habla. Mostrar una expresión facial de calma y empatía (recordar siempre que a través del razonamiento ya no vamos a poder llegar a él; ahora estará más receptivo al lenguaje no verbal y a las expresión emocional).
2. Evitar convencer al paciente de que no es real: podría ponerse más defensivo e incluso agresivo (recordar que él está percibiendo con nitidez esa alucinación).
3. Dar respuestas neutras sin comprometerse: tampoco hay que centrarse en darle la razón y fomentar esa alucinación (decirle por ejemplo: "*veo que esto que dices/ves te preocupa/ te asusta, ¿qué te parece si me quedo aquí contigo y así haciéndonos compañía será más llevadero?*")
4. Distraerle para que se olvide de la alucinación: Es lo más efectivo, llevarle a otro habitáculo hace en muchos casos que deje de percibir la alucinación; invitarle a realizar alguna actividad como un paseo, alguna tarea doméstica a su nivel, cantar, hablarle directamente de otro tema que al enfermo le resulte muy familiar y atractivo.
5. Cogerle de la mano o abrazarle para tranquilizarle: tratar de calmarle tomándole de la mano y hablándole suave y cariñosamente (valorar su estado de agitación/agresividad antes de tomar contacto físico)
6. Controle variables ambientales para que proporcionen seguridad y tranquilidad: ruido ambiental, iluminación, otras personas que puedan estresarle….

Delirios

Creencias falsas que se fundamentan en conclusiones incorrectas sobre la realidad

Frecuentísimo, especialmente en fases intermedias y avanzadas. Son normalmente ideas paranoicas producidas por el propio déficit cognitivo.

Tipos: de robo/perjuicio, de abandono o de infidelidad, de que en la casa que vive no es la propia, de que en casa viven extraños.

Los pacientes con delirios son más agresivos, miedosos, ansiosos, tienen más alteraciones de la actividad, y más rebeldes para intentar ayudarles.

Al igual que con las alucinaciones, si no distorsionan la adaptación del paciente al entorno, pueden pasarse por alto. Si producen agitación y agresión requerirá tratamiento farmacológico específico.

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

Similares a las dadas para las alucinaciones.

No rebatir.

Tranquilizarle si está asustado (palabras sosegadas, contacto).

Distraerle y reenfocarle hacia temas reales.

Cuando manifieste la idea delirante hay que intentar desviar su atención hacia otro tema agradable y que fije su atención en algo real y, a ser posible, de su interés

Un consejo práctico es utilizar el refranero popular, canciones, recordar acontecimientos de los que suele hablar y tiende a rememorar. *"Ej.: papa cuéntame la historia de …*".

Errores de identificación y errores de interpretación

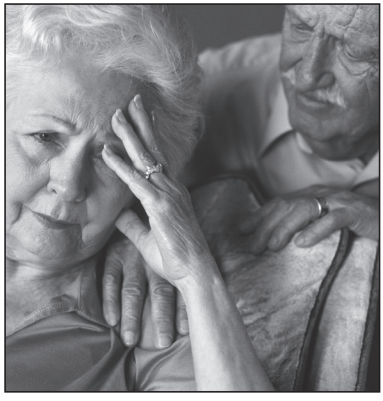
No se reconocen objetos ni personas aunque tenga buena vista. Su cerebro no reconoce el estímulo y no puede llegar a su significado porque fallan múltiples componentes del procesamiento cerebral (agnosia).

Los errores de interpretación por su parte, pueden darse por diferentes mecanismos, desde interpretaciones delirantes, hasta interpretaciones lógicas basadas en trastornos perceptivos (visión o audición); interpretaciones anómalas por falta de capacidad de razonamiento.

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Se intentará explicar al paciente lo que está viendo u oyendo. Es mejor eso que entablar una discusión que podría generarle una reacción catastrófica *(Ej.: es mejor decirle: "el viento mueve las cortinas" que "¿no ves que no hay nadie?")*.
2. Descartarse siempre problemas perceptivos (auditivos y visuales).
3. Evitar hablar sobre el paciente en su presencia.
4. Evitar que realice malas interpretaciones de las conversaciones que ocurren alrededor.
5. Comprobar si las interpretaciones anómalas son un delirio (que requeriría su tratamiento específico).

Depresión



Alteración del ánimo. No la tienen todos los pacientes (40/50%). En algunos enfermos se inicia al ser conscientes de su enfermedad, otros por lesiones en conexiones entre hipocampo o sist. Límbico y córtex, otros por ambas.

Este trastorno puede acelerar la llegada de alteraciones conductuales. Se manifiesta con llanto, sentimientos de culpa, inutilidad, o sobrecarga para los demás. Pérdida de peso, alteraciones de sueño, excesiva preocupación por la salud.

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Principalmente dar apoyo y amor. Facilitar que personas significativas para el enfermo le frecuenten, puede ser muy beneficioso.
2. Favorecer que se sienta comprendido, para ello, no insistirle en que tiene que salir de su estado y que "tiene" que animarse.
3. Facilitar que el enfermo realice actividades que le aporten sensaciones de utilidad, sin ser tareas complejas que no pueda afrontar y le hagan entonces sentirse frustrado.
4. Si se queja con frecuencia de problemas físicos, descartar que no haya realmente alguna afectación que estemos pasando por alto.

Ansiedad

Síntoma bastante frecuente, puede estar relacionado con los sentimientos generados por la pérdida de capacidades; por percibir malestar familiar; por la distribución de las lesiones cerebrales.

Genera mucha agitación, vagabundeo, irritabilidad y conflicto familiar.

En fases iniciales: preocupación por el futuro o por lo que vaya a pasar.

En fases avanzadas: se percibe en conductas motoras repetitivas.

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. No exponerle a situaciones tensas ni a discusiones.
2. Evitar que tomen excitantes (café, té, colas).
3. Recordar que hasta los pacientes más avanzados tienen capacidad de percibir el humor de las personas que le rodean: si la situación es tensa, también lo sufrirán.
4. Responder con afecto, y no intentar que comprenda que sus sentimientos de ansiedad son infundados.
5. Aportar seguridad, comodidad y simplificar el medio en que vive el paciente.
6. Consultar al médico por si necesita tratamiento farmacológico.

Apatía

Supone una falta de motivación, emoción o entusiasmo. Estado de indiferencia ante el planteamiento de objetivos: falta de implicación en actividades que anteriormente realizaba, no participa en el funcionamiento familiar, no conversa.

Puede ser una reacción ante las dificultades de enfrentarse a las actividades de la vida diaria.

También puede estar relacionada con algunas de las lesiones que se suelen dar en lóbulos frontales.

Puede alternarse con episodios de deambulación errante.

RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

Hay que intentar que tenga interés por el entorno y sus cosas y que realice actividades gratificantes en las que se sienta útil (paseos, reminiscencia, música)

Realizaremos esa estimulación pero evitando ponerle ansioso.

Si abandona una tarea al poco tiempo, no reprocharselo y felicitarle por lo que ha hecho.

Quejas e insultos contra el cuidador

En ocasiones es necesario para el cuidado del enfermo, contratar a un cuidador profesional. En algunos casos el enfermo no acepta esa ayuda, reaccionando con quejas, insultos y hasta agresividad como reacción de desadaptación al empezar a sentir pérdida de independencia.

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

Conviene que el paciente conozca poco a poco al cuidador, y a ser posible que sea una persona a la que conocía previamente. Si le ve con frecuencia como a uno más en la casa, es más fácil que termine aceptándole (generalmente sucede tras un período inicial de tensiones).

También es importante asegurarse que la persona contratada tenga conocimientos sobre la demencia y sepa cómo actuar ante las situaciones que se puedan dar.

Agitación, Violencia y Agresividad

La agitación es un estado común en la demencia y se puede presentar al margen de otras alteraciones de comportamiento.

Es un estado de gran tensión con ansiedad, hiperactividad, cólera y confusión. Con frecuencia se puede traducir en gritos, discusiones y agresividad contra objetos u otras personas cuando se acercan al enfermo.

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Ante un cuadro de agitación lo más IMPORTANTE es: averiguar primero si tiene razones o no para estar agitado (descartar desencadenante externo u orgánico que le pueda estar provocarle síndrome confusional, como por ejemplo fiebre, impactación fecal, deshidratación, que habría que resolver. Si se debe a exceso de ruido o estrés externo, disminuirlo inmediatamente).

2. Trasmitir sensación de tranquilidad, aproximarse con educación y siempre desde delante.

3. Simplificar el entorno del paciente (para evitar riesgo de lesión).

4. La primera prioridad es siempre la seguridad del propio paciente y de las personas que le rodean.
5. Consultar con los servicios médicos si no se controla la situación.

Negativismo

Es un rechazo a hacer cosas (especialmente al hacer las tareas de autocuidado), a veces debido a que la persona no entiende que es lo que se le pedimos que haga, lo cual acaba en una postura reacia a toda cooperación y en una resistencia a recibir toda clase de cuidados.

Puede convertirse en una agitación verbal agresiva que se genera al intentar hacer una actividad con él y que puede llegar a ser desesperante para el cuidador.

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Observar que situaciones llevan a rechazo, con que personas, para analizar posibles causas que se puedan corregir.
2. Mantener rutinas, desarrollar la actividad siempre a la misma hora.
3. Guiar, hablarle durante el proceso, distraer su atención generando un ambiente distendido.
4. Hacerle partícipe si es posible en la toma de decisiones.
5. Recompensar verbalmente cuando acceda a nuestras peticiones.
6. No insistir, ni forzar, aumentará el rechazo, tampoco recriminarle. A veces el postergar la actividad unos minutos puede ayudarle a cambiar de actitud.

Trastornos del ritmo del sueño

Muchas veces el trastorno del sueño en los enfermos se une a su desorientación general, y particularmente a la desorientación del tiempo. Se despierta sin tener conciencia de la hora o del lugar en que están.

Los ensueños pueden desempeñar un papel importante en las conductas anómalas.

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. Procurar en la medida de sus capacidades incrementar la actividad física durante el día.
2. Intentar que no haga siestas largas durante el día.
3. Evitar exceso de líquidos antes de ir a la cama.

4. Asegurarse que vaya al baño antes de acostarse.
5. Regular la cantidad de luz que entre en la habitación.
6. Asegurarse que quedan cerradas puertas donde no deba acceder en caso de que se levante de la cama (ventanas y balcones).

Trastornos de la conducta alimentaria

Esta alteración conductual puede darse por diferentes razones:

- por apraxia ideatoria (uso incorrecto de cubiertos)
- agnosia visual (no reconoce los alimentos como tales)
- por otros trastornos de conducta como la hiperfagia (no sienten saciedad u olvidan que han comido), la anorexia (por falta de interés por la comida, por alteraciones del gusto y el olfato, o por olvido), el intento de ingesta de productos no comestibles y la negativa a la ingesta.

▸ RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTA ALTERACIÓN

1. El momento de la comida es agradable y relajado, sin distractores (TV, ruidos, etc).
2. No obligarle a comer por fuerza, utilizar estrategias de distracción con tono tranquilo y suave.
3. Realizar ritos que identifiquen la hora de la comida: lavar las manos, poner la mesa, etc.
4. Hacer de la comida un acto rutinario: mismo lugar en la mesa, misma vajilla, mismo color de servilleta, etc.
5. Servir los platos de uno en uno, con el cubierto adecuado. Sentarse delante suya para que imite los actos.
6. Hacer presentaciones vistosas y variadas de los platos.
7. Esconda alimentos como la sal, el vinagre o el aceite, que pueden causar trastornos si se consumen en exceso.
8. Cerrar despensas y frigoríficos en general en caso de hiperfagia o impulsividad alimentaria.
9. Si vive solo dejarle comida preparada y supervisar.
10. Sentarse a una distancia que dificulte invasión de otros platos o valorar si comer solo en caso de conductas invasivas en la mesa.
11. Poner fuera del alcance del enfermo los objetos que pueden ser confundidos con sustancias comestibles. No bajar la guardia en la vigilancia.

afan

ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE
ALZHEIMER DE NAVARRA

C/ Pintor Maeztu, 2 bajo · 31008 **Pamplona** · Navarra
Telf. 948 27 52 52 · Móvil **693 402175**

Avda. Zaragoza, 1 - entreplanta Izda. · 31500 **Tudela** · Navarra
Telf. 948 41 02 99

afan@alzheimernavarra.com
www.alzheimernavarra.es

HORIXEDISEÑO