



---

# APRENDIENDO A CUIDAR

A UNA PERSONA CON  
**ALZHEIMER**  
en su domicilio

---

Manual de formación básico para  
personas cuidadoras a domicilio

---

FUNDACIÓN  
**MUTUAMADRILEÑA**



---

**APRENDIENDO  
A CUIDAR**  
A UNA PERSONA CON  
**ALZHEIMER**  
en su domicilio

---

Manual de formación básico para  
personas cuidadoras a domicilio

---

## TÍTULO

Aprendiendo a cuidar a una persona con Alzheimer en su domicilio.  
Manual de formación básico para personas cuidadoras a domicilio.

## COORDINACIÓN

Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA)

## AUTORES

Angélica Martín Molina. Enfermera de la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias de Huelva (AFA Huelva).

Carolina Sanchez Espinosa. Terapeuta Ocupacional de la Asociación Alzheimer Tomelloso (AFAL Tomelloso).

Juan Luis García Fernández. Dr. en Psicología Clínica y de la Salud. Neuropsicólogo Clínico Asociación de Familiares de Alzheimer y otras demencias de Barcelona.

Estefanía Vílchez Correa. Trabajadora Social de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Motril – Contigo.

## DISEÑO Y MAQUETACIÓN

iLUNE Diseño

## IMPRESIÓN

RODONA

## DEPÓSITO LEGAL

NA 703-2023

Se autoriza la reproducción parcial o total y la difusión del documento sin fines de lucro y sujeto a que se cite la fuente

© CEAFA 2023 - [www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)

## Presentación

La demencia es una enfermedad que puede ser abrumadora tanto para la persona que la padece como también para las personas que se dedican al cuidado de estos. Tradicionalmente en España la familia ha sido la principal institución sobre la que recae la tarea de cuidar a las personas con Alzheimer u otra demencia y, más en concreto, sobre la mujer.

Sin embargo, esta estructura ha cambiado y ahora, aunque la familia sigue siendo la pieza clave en la atención a la dependencia en España, debido a diferentes circunstancias (personales, profesionales, sociales, económicas, familiares), hay ocasiones en las que debe cambiar la forma en la que cuida a su ser querido.

Por este motivo, fuera del ámbito doméstico se disponen de otros proveedores de servicios (públicos y privados) que sustituyen y/o complementan la labor del cuidado que pueda llevarse a cabo en el seno familiar. Entre ellos, destacamos personas que, sin tener un vínculo familiar o cercano y sin una cualificación especializada en ello, prestan servicios de cuidado en el domicilio a personas que lo requieren.

Estas personas tienen voluntad e incluso vocación para el cuidado, pero en ocasiones, pueden no estar suficientemente capacitados para ejercer esta actividad de forma adecuada. A pesar de los avances producidos a nivel global en los últimos años, se constata que sigue existiendo un importante desconocimiento entre la población en general sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La información, la formación y, sobre todo, el entrenamiento en habilidades para un cuidado adecuado son factores clave que las personas que prestan sus servicios al cuidado de las personas con Alzheimer u otra demencia deben conocer, atendiendo a la especificidad de la enfermedad.

El cuidado debe prestarse a la carta, a la medida de la persona, yendo más allá de lo que es su problema de salud y su estado físico y teniendo presente su biografía e historia de vida, su personalidad, así como el entorno que le rodea, para poder comprender su actitud y comportamiento. Todo ello con el fin de obtener los mejores resultados en cuanto al mantenimiento de la autonomía y en el mayor tiempo posible por parte de la persona enferma. La persona siempre en el centro de atención de los cuidados.

En CEAFA, con más de 30 años de experiencia acumulada de familias que han convivido con la demencia, seguimos defendiendo la importancia de no perder el foco de atención en la información y formación.

Por su parte, Fundación Mutua Madrileña, creada para apoyar la investigación médica en España, en sus 20 años de vida ha ampliado sus ámbitos de actuación promoviendo un considerable número de iniciativas para contribuir a la mejora social de colectivos vulnerables o con necesidades no cubiertas, prestando una especial atención en mejorar la vida de las personas que padecen enfermedades crónicas graves y de sus familias.

En este contexto, y ante la aparición de un grupo cada vez mayor de personas que se dedican al cuidado de personas con demencia con las características anteriormente mencionadas, CEAFA y a la Fundación Mutua Madrileña impulsan esta formación dirigida a dotar a estas personas de las competencias básicas para realizar su labor de la manera más correcta posible, poniendo el foco en el trato digno de la persona con demencia y observando técnicas de autocuidado.

Ponemos a disposición, este manual que podrá ser de utilidad para aquellas personas dedicadas al cuidado de las personas con demencia.

## ÍNDICE

<b>1. Demencia. Conceptos básicos</b>	<b>6</b>
1.1 Introducción a la patología	7
1.2 Comunicación con la persona con demencia	28
<b>2. Cuidados básicos a la persona con demencia</b>	<b>41</b>
2.1. Alimentación y nutrición	42
2.2 Medicación en demencias	60
2.3 Pautas básicas para facilitar la higiene de la persona	76
2.4 Intervención en el domicilio	94
2.5 Movilización y transferencias de la persona dependiente	109
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>118</b>

# 1. Demencia. Conceptos Básicos



## 1.1. Introducción a la patología

### Demencias. ¿Qué son?

- Las demencias son un conjunto de enfermedades neurodegenerativas (sin cura actualmente).
- Van provocando una pérdida de las capacidades de la persona (memoria, atención, lenguaje, razonamiento,...).
- Cambios en su conducta (apatía, irascibilidad, ...) y en sus capacidades emocionales (llanto fácil, nerviosismo,...).
- Que afectan a la funcionalidad de la persona (cómo ir al banco, a la compra, usar un electrodoméstico, o comer/ ducharse/ vestirse,...).
- Van creando dependencia (y necesidad de un incremento progresivo de la ayuda) y un empeoramiento de su calidad de vida.

La demencia no es una enfermedad concreta, sino un término genérico que se utiliza para clasificar un conjunto de enfermedades que producen alteraciones que afectan al funcionamiento normal del cerebro y con ello, interfiere en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Se define como un desorden progresivo de las funciones mentales superiores como la memoria, orientación, lenguaje, razonamiento y otras capacidades cognitivas, que deterioran el razonamiento e interfieren en el quehacer (social, laboral, doméstico) diario de las personas y en su calidad de vida.

Se considera la demencia como algo inevitable del envejecimiento, pero no es así. La edad avanzada es uno de los factores que incrementa el riesgo de sufrir alguna demencia, pero no es el único.

La Enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la destrucción de las células que componen el cerebro, las neuronas, lo que provoca cambios estructurales y químicos.

Los problemas emocionales, económicos y legales desbordan las capacidades y los conocimientos de la persona, su cuidador/a, familia y de la comunidad.



## Qué debemos tener en cuenta inicialmente

- No son enfermos, sino PERSONAS con una enfermedad (Estigma).
- No se deben tratar como si fueran niños (no infantilización).
- No son enfermedades exclusivas de personas mayores (también en personas jóvenes).
- Error: idea de que no se puede hacer nada.
- Objetivo: mantener la autonomía de la persona y la mejor calidad de vida.
- Por dónde podemos empezar: conocer a la persona, su pasado y trabajar la ocupación para fomentar la autonomía.
- Máxima: debemos de seguir potenciando su autonomía con mayor o menor ayuda (que lo siga haciendo por él/ella mismo/a).
- Todas las personas con Alzheimer tienen síntomas de pérdida de memoria y de habilidades intelectuales, sin embargo, éstos no son iguales en todas las personas. El tiempo en que tardan los síntomas en aparecer o empeorar varía también en cada persona.

Todas las personas con Alzheimer tienen síntomas de pérdida de memoria y de habilidades intelectuales. Sin embargo, éstos no son iguales en todas las personas. El tiempo en que tardan los síntomas en aparecer o empeorar varía en cada persona.

En el primer estadio, hay dificultades con las tareas que requieren razonamiento abstracto, pero no se ven afectadas las actividades básicas de la vida diaria.

Si la persona se encuentra en un estadio leve de la enfermedad, necesitará mínima ayuda o supervisión y recordarle lo que tienen que hacer.

En el estadio moderado, requiere la supervisión para la mayoría de las actividades, es necesario simplificar las actividades en pasos sencillos. Ponerles utensilios u objetos que vaya a necesitar, dar instrucciones cortas y precisas, apoyando si fuera necesario.

En el estadio avanzado y grave, es muy importante el cuidador, se le dejará que ayude y colabore mientras sea posible.

## NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Tipos de demencia

- Existen diversos tipos. Las más habituales:
  - Alzheimer (más común)
  - Demencia Cuerpos de Lewy
  - Demencia Vascular
  - Demencia Mixta (Vascular + Enfermedad de Alzheimer)
  - Demencia Frontotemporal
  - ...
- Todas ellas tienen nombres diferentes, pero se pueden considerar "Primas hermanas".
- La evolución es heterogénea en cuanto a la aparición de síntomas cognitivos, la velocidad con que evolucionan y la aparición de las alteraciones psicológicas y del comportamiento. La duración de las fases no es regular ni homogénea.



La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia que afecta a un alto porcentaje de personas, seguido de la demencia vascular. Pero existen numerosos tipos de demencia, muchas difícil de diagnosticar por los síntomas similares que presentan:

### Enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral, progresiva e irreversible que daña lentamente y destruye las células del cerebro y cuyo síntoma más relevante es la pérdida de capacidad intelectual y funcional a lo largo de la enfermedad.

### Demencia vascular

Conocida también como demencia multi-infarto (infarto cerebrovascular), que causa variaciones en la circulación sanguínea en diferentes regiones del cerebro, de forma que provoca una insuficiencia de oxígeno en dichas regiones y, por tanto, alterando el funcionamiento de la misma.

Se suele diagnosticar por un cambio repentino del comportamiento. Los cambios de comportamiento variarán en función de la región del cerebro afectada.

### Demencia por cuerpos de Lewy

Los síntomas son similares a los de la enfermedad de Alzheimer y de Parkinson, por lo que es difícil de diagnosticar.

Afecta a la memoria, al lenguaje, a la capacidad de razonar y a funciones ejecutivas. En ocasiones, pueden aparecer delirios y estados de ánimo depresivos.

### Demencias frontotemporales

Los principales síntomas son los cambios progresivos del carácter y del comportamiento, las dificultades en el lenguaje y las alteraciones en las capacidades ejecutivas (temblores, rigidez muscular, alteraciones en el movimiento...).

### Demencia debida a la enfermedad de Pick

Se caracteriza por alteraciones del comportamiento (desinhibición, comportamientos compulsivos, incapacidad para interactuar socialmente, problemas con la higiene personal...), de lenguaje (disminución de la capacidad para leer y escribir, pérdida de vocabulario...), y cambios emocionales (cambios bruscos del estado anímico, irritabilidad, pérdida de interés por las actividades diarias, indiferencia)

### Demencia debida a la enfermedad de Parkinson

Está caracterizada, entre otros, por la ralentización de los movimientos y pensamientos, temblores involuntarios, alteraciones en la memoria y en la personalidad.



**Otro tipo de demencias:**

- Demencia debida a la enfermedad de Huntington
- Síndrome de Wernicke-Korsakoff
- Demencia por el uso de sustancias o medicación
- Síndrome de Creutzfeldt-Jacob
- Demencia por enfermedad de Binswanger

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

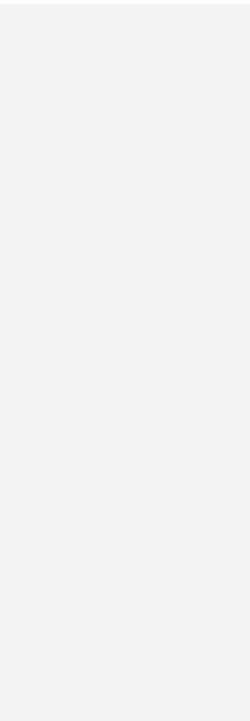
---

---

---

---

---



**Pero... ¿Qué les pasa?**

Una de las posibles clasificaciones establece 3 fases o etapas (leve, moderada y severa).

**Síntomas en el estadio leve:**

- **Cognitivos:** Lenguaje (dificultades para encontrar la palabra), memoria (pérdida de memoria de cosas que les acabamos de decir al momento o a los pocos minutos), desorientación temporal (dificultades en el día, hora y mes en el que estamos), dificultades leves en la solución de problemas, tomas de decisiones (dificultades a la hora de decidir entre muchas opciones), problemas leves en el cálculo mental, en la capacidad de concentración/mantener la atención, así como, en aprender cosas nuevas.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

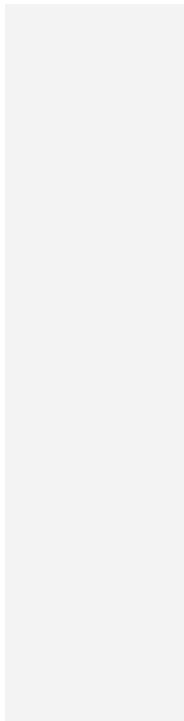
---

---

---

---

---







- **Funcional:** dificultades leves en el manejo del dinero (y control sobre cuánto valen las cosas, compra desmesurada o lo que él/ella quiere), en cocinar (cocinan cosas sencillas, pero ya no platos elaborados, errores en los ingredientes), en gestiones de la casa (facturas, limpieza, orden, gestión de los alimentos que están bien o no en la nevera...).
- **Conductual:** comienza la apatía, (o falta de interés por las cosas, se muestra más abatidos/as y dejan de hacer las cosas que antes les gustaban), sintomatología depresiva, retraimiento social, enfado ante temas sin importancia. Inicio de dificultades en la conciliación/mantenimiento del sueño. Impulsividad en el comportamiento. Más nerviosismo ante tareas complicadas o de muchos pasos. La capacidad de “entretenerse” comienza a desaparecer.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Síntomas en el estadio moderado:**

- **Cognitivos:** mayores dificultades para recordar cosas que acaban de pasar; uso de palabras generales para definir objetivos (eso, esto, aquello); cambio de palabras por otras similares; problemas en la comprensión de textos u órdenes largas; desorientación en sitios conocidos (barrio, entorno habitual), tendencia a guardar cosas en armarios o cajones (donde no son los lugares habituales); no son conscientes de las dificultades que tienen (creencia de que lo pueden hacer ellos aún); trabas importantes en el cálculo y en la toma de decisiones (mejor dar dos opciones para que puedan decidir). No pueden aprender cosas nuevas. Desinhibición verbal.
- **Funcional:** alteración en actividades instrumentales de la vida diaria (uso de objetos habituales). Necesidad de supervisión en actividades básicas de la vida diaria (comida, higiene íntima, ropa...); alta posibilidad de perderse fuera de casa (necesidad de acompañamiento); no encuentra sus cosas o determinados objetos que busca por casa; descuido del cuidado de la higiene (tendencia a ponerse habitualmente la misma ropa).
- **Conductual:** Agresividad, reacciones catastróficas, ideas delirantes (robo, familiares fallecidos siguen vivos, robo de la pareja, celos, abandono...), incremento de apatía (necesidad de animar y acompañar en actividades), insomnio, agitación (nerviosismo), inicio tendencia a la deambulación por casa y búsqueda de referente familiar.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Síntomas en el estadio grave:

- **Cognitivos:** fallo generalizado de todas las funciones cognitivas. Desorientación en espacio, persona y tiempo (no sabe donde está, no recuerda aspectos de su vida como edad, familiares que tiene, etc). Fallo de la memoria reciente (no recuerda lo que acaba de ocurrir hace unos segundos). No reconoce familiares cercanos (hijos, nietos, pareja). Dificultades importantes en la comunicación (uso de palabras muy generales, o sin sentido).
- **Funcional:** dependiente en actividades básicas de la vida diaria (vestirse, higiene, alimentación, continencia, marcha, inmovilidad, etc.). Necesidad de supervisión constante.
- **Conductual:** agitación (nerviosismo), deambulación constante por su entorno, seguimiento y necesidad de visualizar a su referente, alteración conductual cuando se encuentra sólo/a, insomnio, incremento de la agresividad y fácil enfado ante el NO, o ante restricciones de movilidad.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

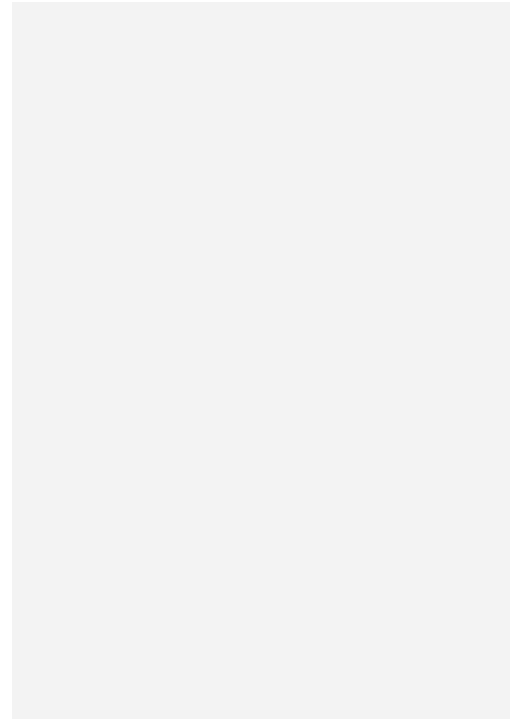
---

---

---

---

---



### Principales alteraciones conductuales y pautas de actuación

#### Agitación y ansiedad (inquietud, repeticiones, ...)

- Distracer con actividades que sean motivantes.
- Dar un paseo.
- Estimular su memoria emocional.
- Darle apoyo y tranquilidad.
- Dar respuesta a sus sentimientos, no ignorar. Pero no darle demasiada importancia.
- Evitar cambios bruscos en el día a día, golpes, ruidos o cambios en su rutina.
- Quitar a la persona de la situación que le afectaba (ansiedad, agitación, irritabilidad).
- Responder calmadamente, sin agresividad verbal, ni imposición.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

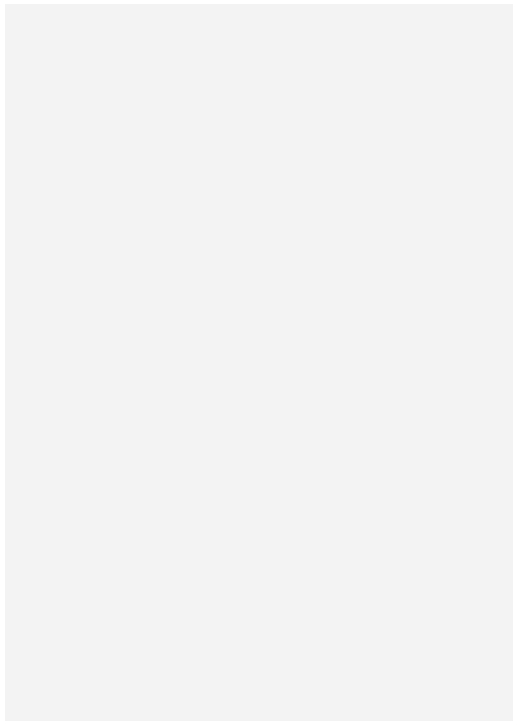
---

---



### Delirio, alucinaciones e interpretaciones erróneas

- No discuta sobre si es real o no lo que ve o escucha.
- Si la persona está asustada, trate de calmarla dándole la mano o con muestras de cariño.
- Tener en cuenta si esto ocurre por motivos de la medicación y consultar al médico.
- Distraer la conversación hacia otro tema que le pueda gustar o llamar más su atención.
- No confrontar, no gritar, no sentirse herido como profesional, es debido a la enfermedad.



#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Deambulación

- Llevar alguna identificación (pulsera, colgante, reloj) fuera de casa.
- Asegurarse que la casa sea segura y que no pueda salir sin supervisión.
- Si regresa después de haberse perdido, no mostrar enfado y hablar de lo sucedido con cariño.
- Acompañar en la deambulación, no bloquear su paso, ni forzar a que la persona se mantenga sentada.
- Rodearlo con objetos familiares.
- Si sucede a la misma hora, pensar qué puede haberlo desencadenado.
- Hablarle con tono suave, calmarle.
- Aumentar su nivel de actividad y que tenga distracciones.
- Si está perdido/a (no sabe qué hacer), dar instrucciones y solicitarle que nos ayude.

#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Pérdida de interés o indiferencia

- Mantener a la persona lo más activa posible, sin obligarla.
- Potenciar sus habilidades, hobbies o pasatiempos.
- Realizar esto de forma progresiva, que se sienta útil y activa.
- Pedirle ayuda en la realización de actividades en el domicilio, y reforzar de manera positiva cualquier intento.



#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Comportamientos inapropiados

- No intentar interpretar lo que dice, ya que puede no corresponder con la realidad.
- Evitar argumentar o contradecirle, no intente razonar.
- Distraerle con actividades distintas para hacer, oír o ver.
- Tener repuestos (si suele tirar objetos).
- Responder a las preguntas sin mencionar “ya te lo he dicho antes” (repeticiones).
- Ofrecer actividades y comidas en base a sus gustos y habilidades (negativismo).

#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

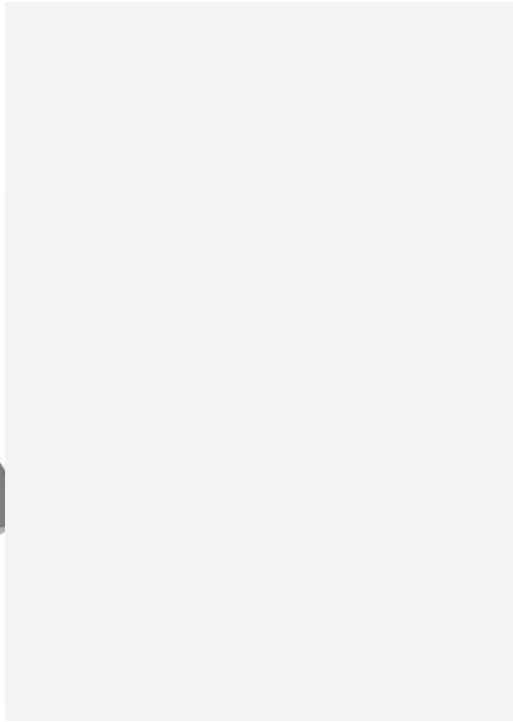
---

---



**Agresividad** (gritos, quejas, insultos, agresividad física)

- Mantener la calma.
- Dirigir su atención hacia otra cosa.
- Evitar contradecirle.
- Si es agresividad física mantener cierta distancia.
- Utilizar un tono de voz suave, tranquilizador y empatizar sobre la causa que ha desencadenado la agresividad.
- Dar tiempo a que la situación vaya desapareciendo.
- En ocasiones, desaparecer de su campo visual durante unos minutos.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Alteraciones del sueño**

- Aumentar la actividad física durante el día.
- Evitar que duerman durante el día.
- Que vayan al servicio antes de acostarse.
- Iluminación suave por la noche, ayuda a evitar desorientaciones.
- Cuando se levante por la noche, hablarle suavemente, recordarle que es de noche.
- Algunos se levantan para dormir en el sofá. Permitirlo.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Importante**

- Los cambios en el estado emocional y el comportamiento de una persona con demencia no se producen sin un motivo que los provoque.
- Suelen venir precedidos de una o varias causas que lo desencadenan y su alteración es la forma mediante la cual la persona enferma expresa su situación.
- Es su forma de reaccionar ante determinados sucesos del entorno, pues ya no cuenta con las competencias necesarias para gestionarla correctamente.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

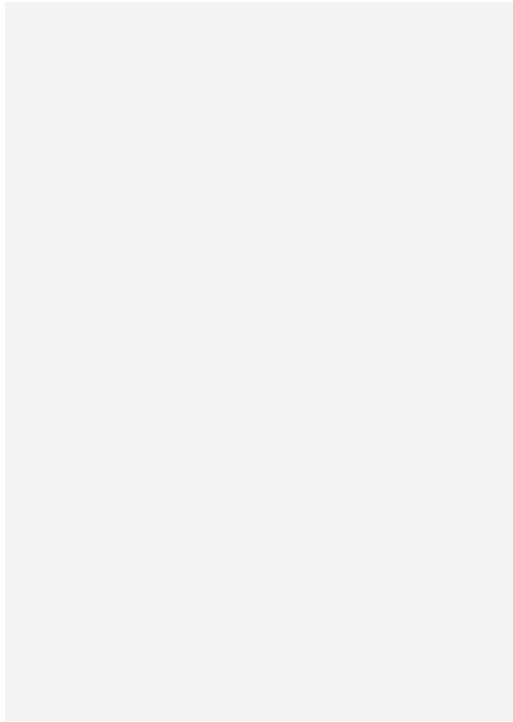
---

---

---

---

---



**Pautas Generales de Actuación**

• **Consejos generales:**

- Establecer objetivos implicando al enfermo en la medida en que sea posible.
- No discutir, ni intentar razonar en momentos de alteración.
- No usar tono de voz infantilizador.
- No reñir ni castigar.
- No forzar ante situaciones que ellos/as no quieren, sino animar.
- No ordenar, sino acompañar.
- Marcar objetivos asequibles e ir paso a paso, no instrucciones largas y seguidas.
- Dar el tiempo suficiente para que se produzca el cambio deseado.
- Anticiparse a los problemas y aportar estrategias para solucionarlos.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pautas Generales de Actuación

- Intentar ser flexibles, valorando y modificando aquellas estrategias que no funcionan.
- Preguntar la opinión de la persona ante determinadas actividades o acciones que se vayan a realizar con él/ella.
- Dejar que la persona nos ayude siempre que sea posible y reforzar de manera activa dichas acciones.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Aspectos relevantes de la conducta a tener en cuenta

- **Cuándo aparece:** por la mañana, al anochecer, comiendo, por la tarde después de comer...
- **Dónde aparece:** puede aparecer en cualquier lugar determinado, en casa de un familiar o amigo, en el centro de día...
- **Antecedentes:** algunas situaciones precipitan el problema (obligarlo a hacer algo concreto, ruidos o varias personas que llegan a casa, no haber tomado la medicación, etc.).
- **Cómo evoluciona:** si sucede siempre de la misma manera, si algún familiar humilla o avergüenza al enfermo, si pone gesto de dolor, llora o grita...
- **Qué sucede después:** los efectos o consecuencias de la aparición del problema, cómo afecta a la familia o amigos, al paciente y al cuidador, etc.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 1.2. Comunicación con la persona con demencia

Los problemas de comunicación comienzan en las primeras fases del deterioro.

### Al inicio:

- Dificultades para encontrar las palabras. Palabras en la "punta de la lengua".

### Fases moderadas:

- Tendencia a usar palabras generales para referirse a objetos (ése, aquello, esto), sin señalarlo o dentro de un contexto inapropiado.
- Uso de rodeos para explicar un objeto. Por ejemplo "ese bicho para hablar", en vez de teléfono.
- Uso de palabras "cambiadas" o "inventadas". Ej: "tefrono" en vez de "teléfono".
- Problemas para entender el significado de las palabras.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Dificultad de prestar atención durante largas conversaciones.
- Perder el hilo del pensamiento al hablar.
- Problemas de bloqueo ante ruidos de fondo de radio, televisión, llamadas de teléfono, conversaciones grupales.
- Frustración cuando la comunicación no está funcionando.

### Fases avanzadas

- Uso más recurrente de lo indicado en fases moderadas.
- Ser muy sensible al tono de voz y volumen de las voces.
- La persona tendrá más tendencia a hablar y entender su lengua materna.
- Lenguaje limitado, a respuestas de "sí" o "no", frases hechas/cortas. En ocasiones sin discurso coherente.
- Discurso no adecuado a la situación.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## Recomendaciones para mejorar la comunicación

- Evitar ruidos y distracciones.
- Mostrar un interés para que nos comunique lo que necesita.
- Mantener la calma y paciencia, dejando tiempo para que la persona se comunique. No interrumpir.
- Situarse delante de la persona, manteniendo un contacto visual. Y asegurarse que está atendiéndonos.
- Animar a conversar, pero sin forzar cuando ésta no lo desee. No excluir a la persona de conversaciones en grupo.
- Si se anima a la persona a hablar en grupo, no cambiar de un tema a otro rápidamente.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Recomendaciones para mejorar la comunicación

- No hablar de la persona diagnosticada con otras personas como si la persona no estuviera delante.
- Cambiar a otro tema de conversación cuando las preguntas o las explicaciones no tengan sentido, cuando haya problemas en la comunicación o la persona se comience a poner nerviosa por frustración en la comunicación.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Recomendaciones para mejorar la comunicación

- No indicar “no te entiendo”, sino pedir que “señale” o ayudar con preguntas (ej. para qué se usa) si está buscando/indicando un objeto en concreto.
- Evitar la confrontación con la evidencia.
- No dar mensajes que puedan causar exaltación o nerviosismo en la persona (por dificultades de comprensión de estos temas).
- Tener en cuenta la implicación de las emociones en la comunicación, por lo que si la persona presenta un estado de alteración/nerviosismo, podrá afectar a su capacidad comunicativa.
- Respetar las ideas y creencias de la persona durante al proceso de comunicación y evitar la confrontación con la evidencia, así como respuestas como “está equivocada/o”, o similares.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

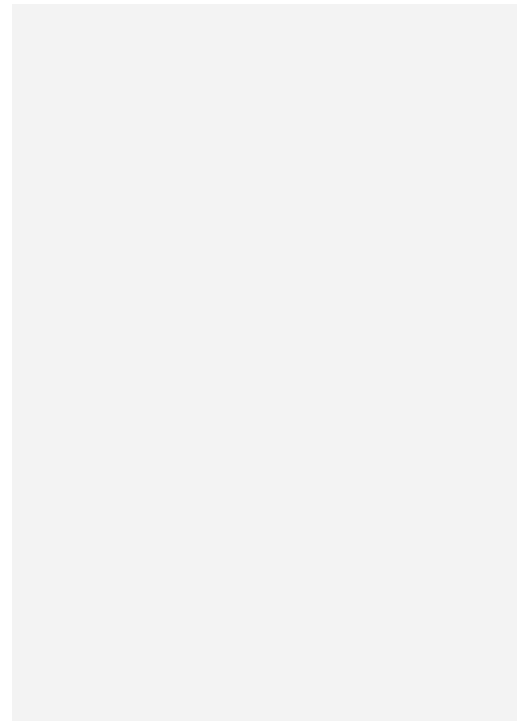
---

---

---

---

---



## Pautas para la comunicación verbal

- Hablar claro y despacio.
- Enfatizar las palabras clave.
- Usar un tono de voz suave (agradable, incluso cuando se deba de ser firme).
- Exponer los mensajes de forma directa y concreta, no generando dudas. Dar un sólo mensaje de cada vez. No mensajes complicados.
- Utilizar frases cortas y vocabulario sencillo (no palabras técnicas, sino comunes y habituales).
- Si la persona no conoce esa palabra, describir de forma sencilla el objeto y poner ejemplos sencillos.
- Reformular las preguntas si no las ha comprendido bien, con un lenguaje sencillo y claro.
- Repetir, pacientemente, cuantas veces sea necesario el mensaje, con mismo tono de voz.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Pautas para la comunicación verbal

- Dejar tiempo para que la persona piense y nos pueda dar una respuesta.
- No discutir, argumentar o elevar la voz.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pautas para la comunicación verbal

- No dar órdenes (ni usar un tono imperativo).
- No gritar, ya que no son igual los problemas de audición que de comprensión.
- No criticar ni tratar con un tono infantilizador a la persona. No tratar como si fuera un niño/a. Respetar la edad de la persona, en la forma de dirigirnos a él/ella.
- Respetar en la conversación las ideas y comentarios de la persona, aunque no concuerden con los tuyos.
- Ante preguntas y respuestas sin sentido se debe disminuir su ansiedad, evitar la discusión y tratar de cambiar de tema sin añadir más información que le pueda confundir.
- En ocasiones, preguntar con opciones de respuestas concretas, que puedan responder "sí/no" o "¿qué prefieres yogurt o mandarina?"

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Pautas para la comunicación verbal

- Adaptar constantemente el vocabulario y tipo de lenguaje a la situación de la persona en cada momento.
- Poner especial atención en el tono emocional con el que habla, para poder comprender mejor el mensaje, priorizar lo que es importante, redirigir la atención y atender sus necesidades en ese momento.
- Utilizar el humor, como herramienta para conectar con la persona, pero NO DOBLES SENTIDOS, que puedan dar lugar a confusión o malentendidos.
- Expresar lo que puede hacer (y no lo que NO puede hacer).
- Acompañar de comunicación no verbal.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

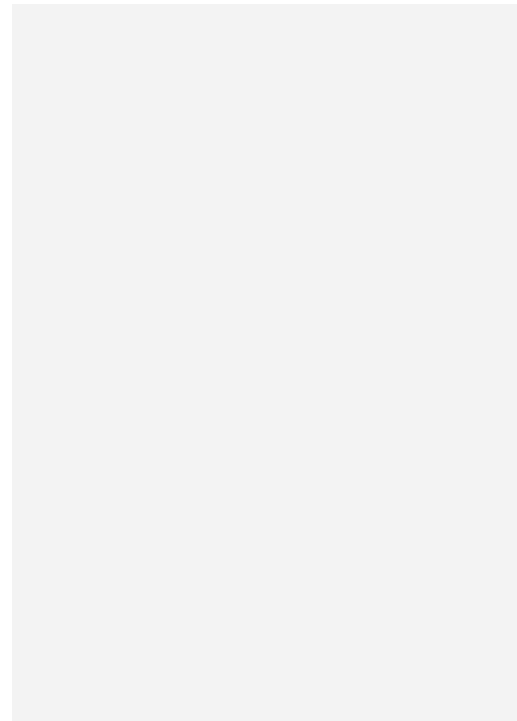
---

---

---

---

---



## Comunicación no verbal

- La comunicación no verbal, puede mejorar la comunicación verbal, pero para ello hay que tener en cuenta:
  - Gesticular lo suficiente, con gestos claros y concisos, para apoyar nuestro mensaje (ej: señalar).
  - No usar "puños cerrados" cuando usamos este tipo de comunicación e interaccionemos cerca de la persona, ya que puede verse como un signo de amenaza. Mejor palmas abierta y boca arriba.
  - Los signos de comunicación no verbal, son para mejorar la comunicación con la persona, no para amenazar, reñir, etc. No se deben de usar como si se estuviera tratando con un niño/a.
  - Demuestra cariño, de esta forma se sentirá segura y cómoda (ej: tocar la mano con delicadeza).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

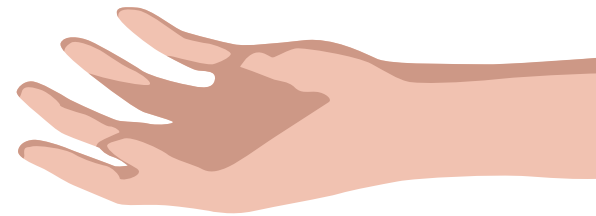
---

---



## Comunicación no verbal

- Intentar no transmitir preocupación, tristeza, enfado o inseguridad (nuestros problemas, no deben de ser los suyos).
- Muestra visualmente (si es posible) lo que queremos transmitirle (fotos, etc).
- Movimientos y gestos tranquilos, no rápidos, que puedan denotar urgencia o que puedan provocar situaciones de exaltación o nerviosismo.
- No dar mensajes incoherentes, entre lo que es la comunicación verbal y la no verbal (por ejemplo: decirle "tranquilo", con voz crispada o gritándole)



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Prevención del maltrato durante la conversación

- Gritar / Elevar la voz / "Perder los papeles".
- Insistir en un tema / Forzar una acción o una comunicación.
- Ordenar que haga algo o usar un tono de orden.
- Respuesta de llanto delante de la frustración "No llores, no te pasa nada".
- Infantilizar a la hora de hablar o tratar. Recordar: no son niños/as.
- No usar comunicación no verbal como amenaza, que se pueda interpretar como ataque.
- Aislar de conversaciones en grupo.
- "Tú no puedes" – Denigrar/Inutilizar.
- "Ya lo hago yo que tardas mucho" (antes de que empiece o porque va lento).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Prevención del maltrato durante la conversación

- Estás enfermo/a; no decides, decido yo.
- Quitar capacidad de decisión desde el principio. "Protección, no restricción ni sobreprotección".
- Movimientos bruscos, empujones, agarrar los brazos.
- Cualquier tipo de contención física, química, psicológica o emocional.

#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2. Cuidados básicos a la persona con demencia



## 2.1. Alimentación y nutrición

- La persona irá desde una autonomía total para comer, a una dependencia cada vez mayor.
- **Problemas** que nos podemos encontrar:



En el área de nutrición, como ocurre con el resto de cuidados que nos competen, la persona con demencia irá avanzando hacia un grado de dependencia cada vez mayor y, a medida que su deterioro avance, irá sumando nuevas dificultades en las que tendremos que ir ayudando.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

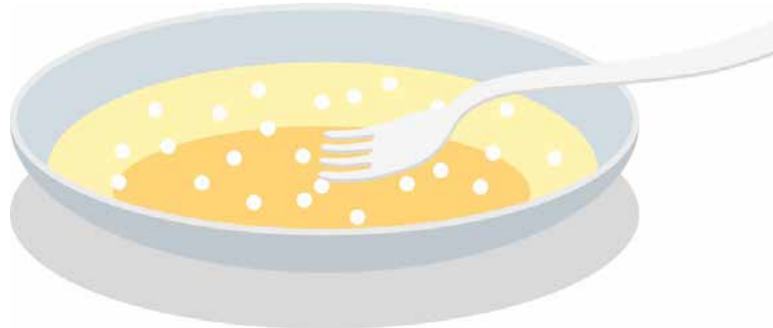
---

---

---

## En una primera fase de la demencia

- Buen grado de independencia.
- Pequeños despistes.
- Alteraciones en el apetito.



En una primera fase, la persona es independiente para comer. Pero ciertos despistes que se van presentando, le dificultan en algunos aspectos: olvida recetas de comida, olvida aspectos del manejo de los electrodomésticos, va al supermercado y olvida comprar algún producto o compra doblemente de otro...

Hay que tener en cuenta también que en esta fase inicial, los pacientes son conscientes en mayor o menor medida de que algo está pasando con su memoria, se dan cuenta de que se les escapan aspectos de su vida cotidiana. Problemas de ansiedad o estados depresivos, son frecuentes en esta fase y, esto lógicamente, va a afectar en su apetito. Por otro lado, se pueden excusar detrás de una falta de apetito cuando en realidad no han sido capaces de elaborar una comida.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## En una fase media

- Se altera la sensación de hambre y/o sed.
- Alteraciones gusto y/u olfato.
- Trastornos conductuales.
- No reconoce los objetos que tiene en la mesa.



En una fase media, nos podemos encontrar con episodios de inapetencia o de apetito importante. La persona olvida que ha comido o refiere que ya lo ha hecho aunque no sea así. Se quejará de que la comida está sosa, de que siempre come lo mismo o incluso de que su plato tiene bichos (especias).

Los trastornos conductuales empiezan a debutar en esta fase. Una persona agitada, deambulante, va a ser menos colaboradora a la hora de sentarse en una mesa y comer. Será más complicado captar su atención y más fácil que se aburran o se impacienten antes.

Puede suceder que la persona a la que cuidemos muestre apetito y se sienta de buen grado a la mesa dispuesta a saciar su hambre, pero haya perdido facultades a la hora de comer por sí misma. Vemos una cuchara pero olvidamos para qué sirve o cómo se usaba. Come del plato de al lado que no es suyo o sólo se sirve de platos que son para compartir, reclama su agua porque no reconoce el vaso lleno que tiene delante.

### NOTAS:

---

---

---

---

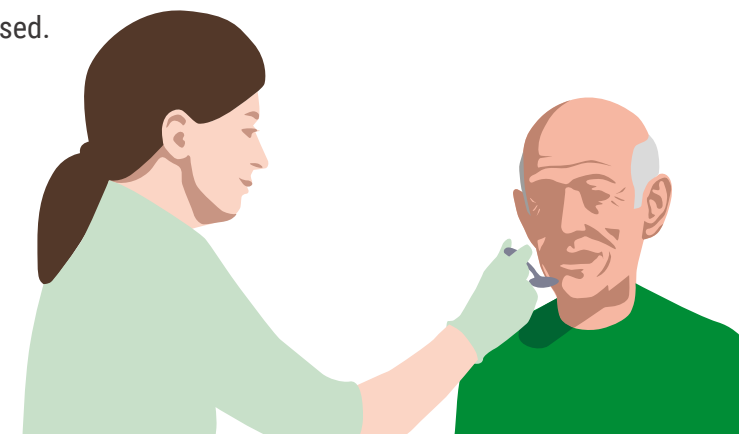
---

---

---

## En fase avanzada

- La dependencia de la persona es importante.
- Se cansan con más facilidad.
- No expresan su hambre o su sed.
- Disfagia.



En una fase avanzada, nos encontramos con un paciente que tiene un alto grado de dependencia. Podrá haber personas que sigan comiendo solas pero requerirán supervisión. Alguien con un estado avanzado de su demencia, va a tener una musculatura masticatoria más debilitada y su cerebro responderá de manera más lenta al acto de masticar y/o deglutir. En esta fase (en algunos casos podrá aparecer en la segunda fase), nos encontramos con el problema de la disfagia.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

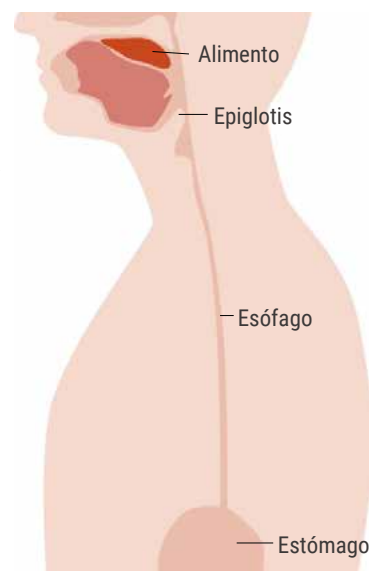
---

---



## Disfagia

- Dificultad para formar el bolo en la boca.
- Dificultad para que el bolo vaya de la boca al estómago.



Cuando introducimos algo en nuestra boca, ya sea alimentos o líquidos, nuestra lengua empuja hacia atrás para iniciar el acto de deglución. En ese momento, la epiglotis que funciona como una palanca, se baja, cerrando la entrada a la tráquea y procurando así, que lo que vamos a tragar pase a esófago, llegando al estómago y siguiendo así con la digestión.

En personas que tienen problemas de disfagia, la epiglotis no se cierra del todo, se cierra tarde, o necesita un estímulo mayor, algo que le genere más presión para hacer su cometido (de ahí que la disfagia debute con líquidos claros como el agua y tarde más en dar problemas con alimentos sólidos), por lo que lo que hemos tragado, pasa al menos parte a la vía aérea, provocando una serie de síntomas en la persona.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Cuáles son las señales de alarma?

- Se escapa la comida de la boca.
- Retiene la comida en la boca.
- Realiza varios intentos de tragar.
- Carraspea frecuentemente tras tragar.
- Tos.
- Atragantamiento.
- Mejor tolerancia a comidas espesadas.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Alimentos más peligrosos

- Líquidos claros, fruta con piel, lechugas, platos que mezclen líquidos/sólidos.



En la disfagia, habrá ciertas cosas con las que deberemos tener precaución desde el principio: líquidos claros como el agua, alimentos con diferentes texturas (sopas), alimentos que fácilmente se queden pegados en la cavidad bucal (lechuga).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

- Utilizar espesantes e ir adaptando la textura de las comidas.



La idea es que los alimentos vayan siendo lo más homogéneos posibles en su textura.

No porque alguien empiece a tener problemas de disfagia le administraremos desde primer momento una dieta completamente triturada. Iremos adaptando según las necesidades que vaya presentando. Administrar espesantes en los líquidos claros será de las primeras medidas que debemos adoptar. Muchos platos de comida podrán seguir administrándose sin grandes cambios. Bastará, por ejemplo, con aplastar las patatas de un cocido para hacer que el caldo que contenga no esté muy líquido.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Qué hacer si la persona no abre la boca?

- Dar órdenes cortas y sencillas.
- Mostrar con gestos la acción de abrir la boca para que nos imite.
- Aplicar una presión suave sobre la barbilla hacia abajo para que abra la boca.
- Estimular con la cuchara los labios.
- Utilizar vasos de pitorro.



Hay que indicar claramente la orden. No es lo mismo decir: “venga, que vamos a comer” a “abre la boca”.

En ocasiones la persona no responderá a nuestra petición de abrir la boca, pero en el momento en que mojemos sus labios, tendrá el estímulo de limpiarse con la lengua y empezará a paladear la comida que queremos administrarle, siendo más fácil que abra la boca.

Los vasos de pitorro pueden ser útiles cuando la persona con demencia trabaja bien la comida dentro de la boca y la deglute bien, pero no responde al estímulo de abrir la boca o presenta una rigidez mandibular importante que nos dificulta introducirle una cuchara. De igual forma, nunca haremos fuerza para introducirlos ante el riesgo de dañar a la persona y siempre iremos observando que va tragando lo que le vamos dando. Del mismo modo, dar la comida en forma de bebida puede ser una solución, ya que, la persona no tiene que abrir tanto la boca para que le introduzcamos una cuchara, como para beber de un vaso (podemos hacerlo con la dieta triturada).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pautas generales para alimentar de manera segura

- Mantener a la persona sentada lo más recta posible igual que debe estarlo su cabeza (muy peligroso cabeza hacia atrás, abre la vía aérea).
- Evitar tumbarla justo después de las comidas (y mejor sobre el lado izquierdo, facilita vaciado del estómago).
- Vigilar que va vaciando su boca a buen ritmo, no meter más comida si la boca no está vacía.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Si retiene la comida en la boca y/o tarda en vaciarla

- No introducir los dedos dentro de la boca, al menos sin asegurarnos que no pueda cerrar ésta y nos muerda.
- Al meter la comida, colocarla a una altura media de la lengua y haciendo presión hacia abajo.
- Presionar el mentón hacia arriba y con el mismo dedo, ir presionando hacia abajo por ambos lados, salvando la tráquea.
- Los alimentos fríos y ácidos estimulan la deglución.
- Hacer más tomas al día y en menor cantidad.
- Si no vacía su boca, animarla a que escupa lo que tiene en ella.

Por norma general no debemos introducir los dedos en la boca de una persona, ya que, nos podemos llevar un mordisco. Pero si nos preocupa que mantenga comida en la boca o que se quede dormida con ella y no responda, ante la necesidad de vaciarle nosotros mismos la boca con nuestros dedos, asegurémonos siempre de introducir algo en ella que evite que pueda cerrarla de manera completa (la cubertería de silicona como la que utilizan los niños pequeños es una buena opción, ya que, al morderla tendrán menos riesgo de hacerse daño que con una cubertería normal de acero).

Las personas en un estado avanzado de demencia se cansan antes a la hora de comer. Podemos estar cuidando a alguien que comienza a comer a buen ritmo, pero cuando vaya por la mitad del plato comience a retener la comida en la boca. Habrá que hacer tomas más cortas y más frecuentes en el día o pequeñas pausas durante la comida para que la persona vuelva a recuperar el buen ritmo que teníamos en un principio.

Otras personas mantienen secreciones en vías altas o babeo frecuente. En este tipo de pacientes, tenemos que asegurarnos que su mecanismo de deglución está en marcha y funcionando antes de iniciar la comida (dar un poco de agua con espesante hará que empiece a tragar y estará listo para iniciar la comida de forma más segura).



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

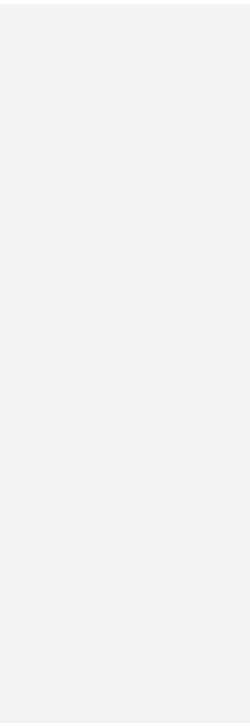
---

---

---

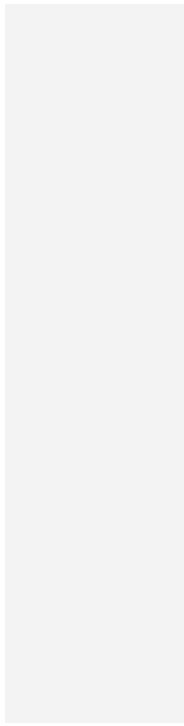
---

---



**Cuando la persona está encamada**

- Dar de comer a su ritmo.
- Empezar despacio, asegurarnos de que la persona está despierta y responde al acto de comer.
- Procurar siempre que la cama esté lo mas incorporada posible y se mantenga así media hora tras las comidas.
- Tumar luego mejor sobre el lado izquierdo.
- No olvidar los líquidos.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

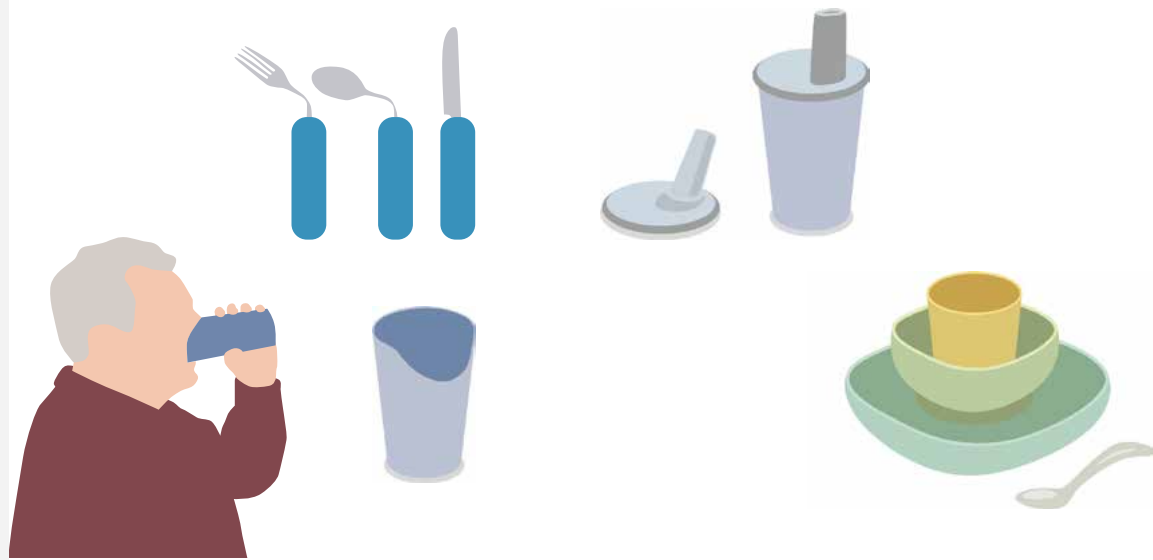
---

---

---

---

## Ayudas Técnicas



En la ortopedia hay un sinnúmero de utensilios que nos pueden ayudar a la hora de la comida según las dificultades que tenga nuestro paciente.

Muy usados son los vasos “salva nariz” que facilitan que la persona apure el vaso sin obligarla a flexionar su cuello hacia atrás. Cubertería deformable para que la persona coma de manera autónoma sin tener que hacer tanto giro y movimiento de sus muñecas. Vajilla adaptada igual que la de los bebés: no se rompe, no pesa, facilita su manejo de manera autónoma....

Hay que recordar que una cuchara requiere menos destreza manual que un tenedor y, que un plato hondo, facilita que la comida no se salga de éste, frente a un plato llano (pequeños consejos para procurar que la persona con demencia coma de manera autónoma más tiempo).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Cómo actuar en caso de atragantamiento?

- Dejar que la persona tosa (mejor de pie y con tórax inclinado hacia delante).
- Dar golpes con la mano hueca entre los omóplatos en el momento de la tos.
- En personas encamadas, colocar de lado mientras tose.
- No dar líquidos hasta que el caso se resuelva y no intentar desobstruir la vía si no vemos lo que la está obstruyendo.
- Si el caso no se resuelve o la obstrucción es completa y no da lugar a que la persona tosa o su tos no es efectiva: **Maniobra de Heimlich.**

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

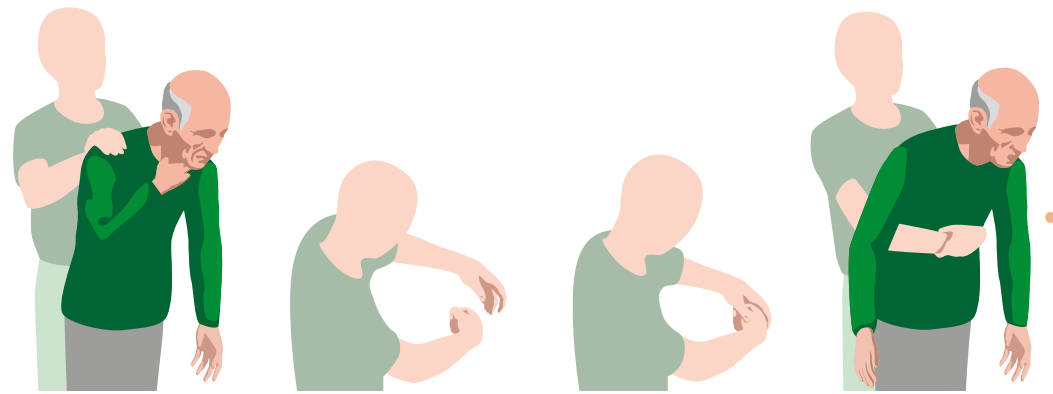
---

---

---

---

## Maniobra de Heimlich



Nos colocamos por detrás de la persona:

- La abrazamos de forma que colocamos nuestras manos por debajo de su esternón (Nuestras manos quedan de la siguiente forma: primera mano, puño cerrado; la otra mano, abraza este puño).
- Apretamos el abdomen de la persona en movimientos rápidos y hacia arriba (la idea es comprimir su diafragma y que el aire residual que quede en nuestros pulmones sirva para impulsar lo que está obstruyendo la vía aérea, fuera de ella).

La Maniobra de Heimlich la realizaremos hasta que consigamos desobstruir la vía aérea, pero de no conseguirlo, la persona perderá el conocimiento debido a la falta de oxígeno. En cualquier caso, siempre que lleguemos a vernos en la necesidad de realizarla, es conveniente dar aviso a los equipos de urgencias pues, aunque consigamos resolver el atragantamiento, es recomendable que un médico valore al paciente, lo ausculte y asegure que su respiración es correcta. Hay que estar pendientes del paciente en los días próximos por si muestra sintomatología de infección respiratoria (fiebre, decaimiento, dificultad respiratoria o dolor al respirar...). Pequeñas aspiraciones continuas o episodios de atragantamiento, aumentan el riesgo de procesos infecciosos como las neumonías.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2.2. Medicación en las demencias

- Enfermedades como Alzheimer, demencia Frontotemporal, Cuerpos de Lewy,... no tienen cura actualmente.
- La medicación viene a cumplir dos objetivos claros:
  1. Promover la autonomía y calidad de vida de la persona.
  2. Aliviar los síntomas que aparecen con las demencias.

Las demencias con carácter neurodegenerativo no tienen cura actualmente. La farmacología que apliquemos siempre debe buscar la mejora en la calidad de vida de la persona, aliviando en lo posible la sintomatología que la propia demencia conlleva.

Cuando hablamos de farmacología, debemos recordar que, por un lado, está el principio activo y, por otro lado, el nombre comercial, ya que cada laboratorio le pone un nombre diferente a un fármaco aún siendo el mismo. Por ejemplo, el metamizol, que un laboratorio lo denominará nolotil, otro novalgina, dorflex... Esto debemos tenerlo claro para no confundirnos a la hora de organizar la medicación de nuestro paciente y, es que en la farmacia puede que no siempre nos den la misma marca, lo que contribuye en la confusión de pacientes y cuidadores.

### NOTAS:

---

---

---

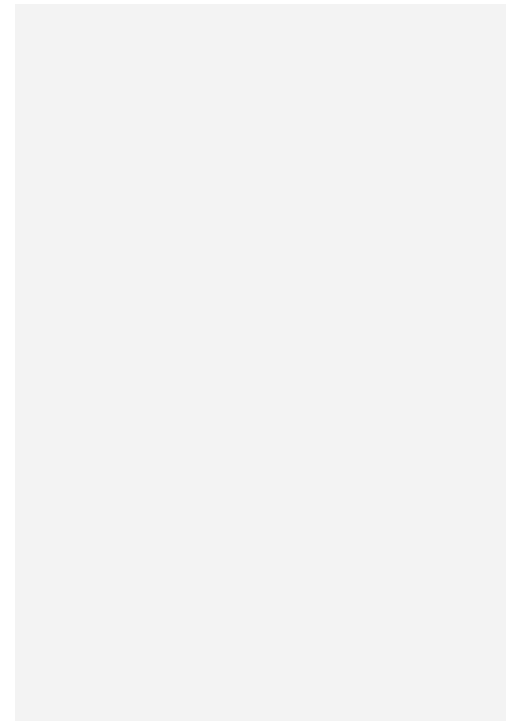
---

---

---

---

---



### • Inhibidores de la colinesterasa:

- Donepezilo, rivastigmina, galantamina



### • Bloqueador del glutamato:

- Memantina



Por un lado, están los fármacos **anticolinesterásicos** (donepezilo, galantamina y rivastigmina). Estos fármacos ayudan a que un neurotransmisor, la acetilcolina, se mantenga activo, ayudando a que las neuronas mantengan comunicación entre ellas y favoreciendo el funcionamiento normal del cerebro. Los neurotransmisores son biomoléculas que transmiten el impulso nervioso de una neurona a otra, la sinapsis. Gracias a esta forma de comunicarse las neuronas entre sí, respondemos a los diferentes estímulos.

Por otro lado, está la **memantina**. Este fármaco, regula otro neurotransmisor, el glutamato. Cuando un cerebro está afectado por una demencia como Alzheimer, se produce más glutamato de lo normal y se acumula en los receptores de las neuronas, lo que provoca una entrada excesiva de calcio en ellas, resultando nocivo y degenerándolas. Fármacos como la memantina, se adhiere a estos receptores bloqueando el glutamato y evitando esta entrada excesiva de calcio en ellas.

Los fármacos señalados hasta ahora no detienen por sí el avance neurofisiológico de la demencia y, por lo tanto, su evolución sintomatológica, pero contribuyen a mantener el mayor tiempo posible en funcionamiento de aquellas áreas cerebrales que todavía generan una buena respuesta en la persona. Entendemos que, sin estos fármacos, el avance de la enfermedad sería menos amable y más rápido.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

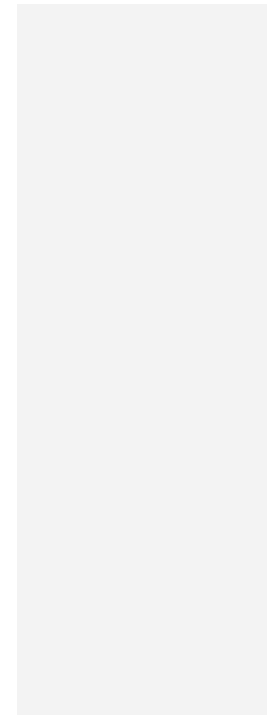
---

---

---

---

---



- Estos fármacos
  - Serán pautados por el neurólogo.
  - Se comenzará con dosis iniciales bajas hasta alcanzar las dosis establecidas para cada uno de ellos.
  - La Memantina, sólo está indicado para los grados medios o graves de demencia (se puede combinar con anticolinesterásicos).
  - Hay que valorar el uso de anticolinesterásicos en fases avanzadas de la demencia.

Son fármacos que tienen un alto coste económico y existe debate sobre su uso en las fases más avanzadas de la demencia. Estos fármacos serán pautados por el neurólogo, a veces incluso antes de establecer un diagnóstico firme, pero sí ante la evidencia del deterioro cognitivo para el que están indicados.

Se empezarán con dosis bajas de inicio, aumentando poco a poco hasta alcanzar las dosis habituales de cada fármaco.

De los cuatro fármacos señalados anteriormente, sólo la memantina está indicada para los estadios moderados-graves de la demencia, no así para la fase inicial. La memantina será pautada sola o combinada con un anticolinesterásico. La memantina, además, tiene cierta actuación a la hora de aliviar trastornos conductuales no severos, por lo que estará indicado su uso ante la aparición de éstos..

**NOTAS:**

---

---

---

---

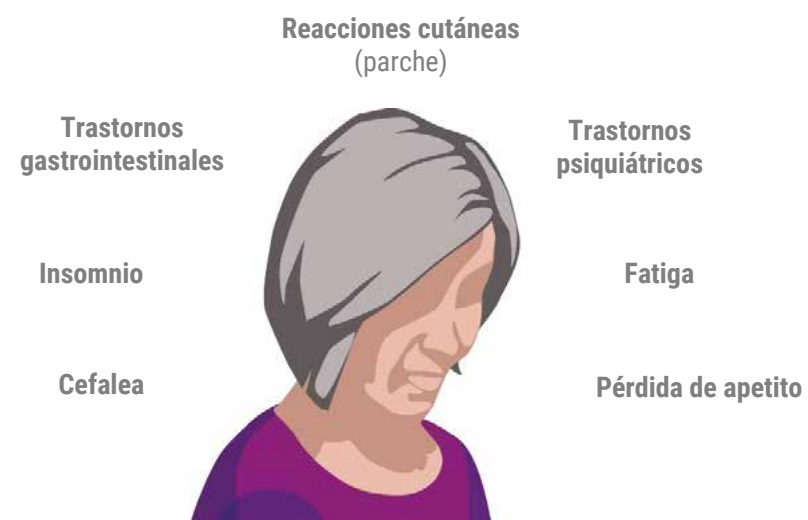
---

---

---

---

- Efectos secundarios más comunes:



Entre los efectos secundarios más comunes: trastornos gastrointestinales (de ahí las presentaciones transdérmicas), mareos, alteraciones conductuales (alucinaciones, agitación, agresividad), cefalea, pérdida de apetito y en el caso de las presentaciones transdérmicas, reacciones cutáneas en la zona de aplicación (enrojecimiento, prurito).

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

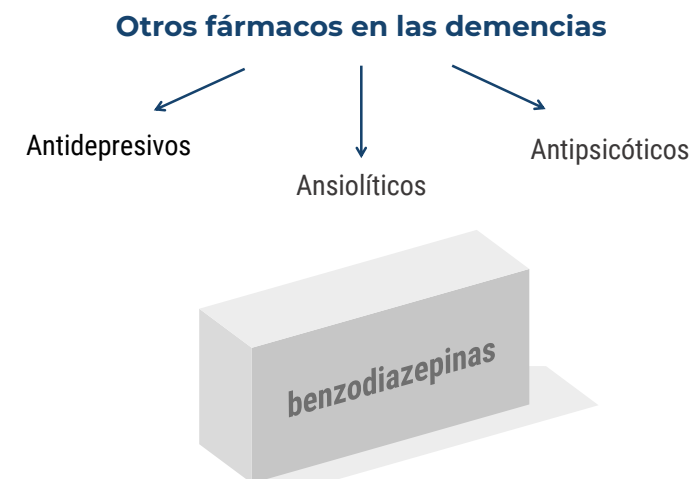
---

---

---

---

---



Además de los fármacos propios para tratar la demencia, hay que recordar que ésta, trae consigo una serie de síntomas que también tendrán farmacología indicada para su alivio. En este caso, antidepresivos, ansiolíticos y fármacos antipsicóticos serán los más comunes.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antidepresivos

- Los puede estar tomando la persona de manera previa al diagnóstico.
- Su efecto no es rápido y no deben introducirse ni retirarse de golpe.
- Los más usados, los ISRS, regulan un neurotransmisor clave: la serotonina.
- Ejemplos: fluoxetina, citalopram, escitalopram, sertralina, paroxetina.
- Algunos se usarán para combatir el insomnio o aliviar trastornos conductuales, gracias a su efecto sedativo, como es el caso de la trazodona.
- A veces, se retiran menospreciando el efecto que puede estar haciendo en el paciente y los síntomas por los que se introdujeron, regresan.
- Efectos secundarios más comunes: náuseas, alteraciones del peso y del apetito, cefaleas.

Cuando hablamos de estados depresivos, hay que saber que muchos de los pacientes ya los han presentado de manera previa al diagnóstico de demencia o, de no ser así, el mismo deterioro que le provoca la demencia, hará que la persona se sienta apática y triste, hasta tal punto que su estado merme de manera considerable su día a día: no querrá hacer nada, no querrá salir de casa, llorará constantemente, tendrá momentos de ansiedad, tendrá sentimientos de desesperanza, le costará conciliar el sueño...

No todos los antidepresivos actúan de la misma forma. Pero los más habituales, actúan sobre una hormona en el cerebro, la serotonina, responsable de nuestro estado de ánimo y de nuestras emociones, son los llamados inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Ejemplo de ellos son: fluoxetina, citalopram, sertralina, paroxetina, escitalopram.

Algunos de ellos tienen cierto efecto sedativo, por lo que el médico puede usarlos para aliviar trastornos conductuales o problemas de insomnio. Para estos casos, es de uso frecuente la trazodona (deprax).

Cuando el paciente lleve tiempo tomando algún antidepresivo y, su deterioro cognitivo aumente, el médico podría inclinarse a anularlo, menospreciando el efecto que realmente pueda estar ya teniendo en la persona. Está indicado que los antidepresivos a largo plazo provocan daños a nivel

neurológico, afectando a la memoria y provocando síntomas parecidos al Parkinson, pero en ocasiones los síntomas por los que en un principio se pautaron los antidepresivos regresarán y tocará valorar la reincorporación del fármaco, el cambio por otro parecido o una retirada más prolongada de éste.

Dentro de los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos, están las náuseas, alteraciones del peso, del apetito, problemas de sueño, cefaleas. Se pueden presentar sobre todo en las primeras semanas, aunque la mayoría suelen ceder.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Ansiolíticos

- Como su nombre indica, están para tratar un momento de ansiedad o agitación en la persona.
- Su uso no es muy recomendado en la población mayor.
- Tienen una actuación rápida y pueden crear dependencia.
- Se usan como dosis rescate cuando el tratamiento habitual no está funcionando o todavía la persona se está adaptando a él (antipsicóticos).
- Algunos ejemplos: alprazolán, lorazepam, bromazepam, lormetazepam, diazepam (todos ellos benzodiazepinas).
- Efectos secundarios: somnolencia, deterioro de la capacidad física, vértigos, visión borrosa...

Hablando de depresión y de los estados de ansiedad que la misma provoca, tenemos que mencionar otro grupo de fármacos usados también para aliviar síntomas en las demencias: los ansiolíticos.

El más conocido, la benzodiazepina, que funciona bien y rápido para aliviar momentos de ansiedad y de agitación en la persona. Sin embargo, su uso regular no está recomendado en la población mayor. ¿El motivo? Sus efectos secundarios como la somnolencia, la debilidad muscular, visión borrosa y mareos, hace que nuestros pacientes aumenten de manera considerable su riesgo de sufrir caídas.

Podrían estar indicados para momentos puntuales, como para tratar trastornos conductuales, aunque deberá ser motivo de nueva consulta médica.

Hay que mencionar que, con el uso regular de las benzodiazepinas, aumentamos el estado confusional del paciente, lo hacemos tolerante al fármaco (cada vez necesitará una dosis mayor para que resulte efectiva) y cuando queramos anularlo, tendremos que hacerlo de manera lenta para no provocar abstinencia en la persona (si suspendemos de manera brusca, provocamos una agitación importante en el paciente).

## NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Antipsicóticos

- Para tratar trastornos conductuales que impliquen un riesgo para la persona o para terceros.
- Los más conocidos: haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina.
- Pueden ser pautados tanto por el neurólogo como por el médico de atención primaria.
- Deben tener un control regular, valorar si están siendo efectivos y si la dosis es la adecuada.
- Efectos secundarios comunes: los ya mencionados con los ansiolíticos, además de síntomas parecidos al Parkinson (temblores y rigidez muscular).



Por último, señalar los fármacos por excelencia para tratar trastornos conductuales en los pacientes con demencia: los antipsicóticos.

Por un lado, están los típicos o de primera generación, como el haloperidol que, aunque tiene una buena capacidad a la hora de calmar trastornos conductuales, no debería ser la primera elección, ya que presenta mayores efectos secundarios.

Por otro lado, los atípicos o de segunda generación, como la risperidona, la olanzapina o la quetiapina, presentan menos efectos secundarios y son mejor tolerados por los pacientes. Señalar en concreto de la quetiapina, que suele ser el mejor tolerado, es el que menos efectos secundarios presenta y el que más efectividad demuestra en demencias como en la demencia de Cuerpos de Lewy, donde no se toleran otros antipsicóticos.

Los antipsicóticos, puede mandarlos el neurólogo, pero también el médico de atención primaria. Su uso debe ser revisado regularmente por el médico, valorar su tolerancia, eficacia y su retirada cuando ésta sea posible. No todas las personas mostrarán efectividad con el mismo antipsicótico ni a la misma dosis...

Dentro de los efectos secundarios, señalar los ya mencionados por los ansiolíticos, así como problemas psicomotores: temblores parkinsonianos y rigidez muscular. Estos efectos secundarios, se presentan sobre todo cuando la dosis está siendo excesiva para el paciente, por lo que siempre deberemos introducirlos y retirarlos poco a poco.

## NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**MEDICAR**



**NO  
MEDICAR**

**Se valora medicar cuando los trastornos conductuales provocan angustia y malestar al paciente. Buscamos su bienestar.**

Muchas veces se genera debate sobre si debemos medicar los trastornos conductuales de la persona con demencia o no. La persona cuidadora cae en la culpa de querer tener a la persona sedada, porque así es más fácil cuidarla, es más dócil. El hecho de que los trastornos conductuales sean normales en las demencias hace que las personas cercanas al paciente los soporten porque es lo que trae la enfermedad y, por lo tanto, es lo normal. Es predecible que a una persona con el colesterol alto le dé un infarto. Entonces, ¿no lo atendemos cuando sufre un infarto porque es lo normal?

A veces, el paciente tiene alucinaciones o ideas delirantes que no le provocan temor o angustia: confundir a alguien cercano con un ser querido, reírse porque están viendo algo gracioso, hacerse amigo de la persona del espejo... En estos casos no será necesario medicar, aunque los trastornos conductuales estén presentes, sencillamente porque el paciente no está sufriendo, no está angustiado. Pero si las alteraciones que la demencia le provocan hacen que se muestre agresivo, dañándose así mismo o a terceras personas, lo mantiene nervioso, angustiado... hace necesario la medicación cuando otras actuaciones no han sido efectivas. No hay que medicar porque sea más fácil cuidar al paciente, hay que medicar para que el paciente esté mejor. Entendemos que no es bueno tener a alguien que sufre alucinaciones que le aterrorizan, le ponen nervioso, o le provocan temor, enfado y/o angustia.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## A la hora de dar medicación a nuestro paciente

- Vigilar que realmente se toma la medicación.
- Elegir en lo posible la mejor presentación del fármaco para su toma (bucodispersables, pastillas para triturar...).
- Triturar y mezclar con alimentos/bebidas.
- No discutir e intentarlo más tarde si no se quiere tomar la medicación.
- Uso de placebos.

Las mismas ideas delirantes, hará que a veces sea complicada la toma de medicación. El paciente pensará que queremos envenenarlo, que ya se ha tomado la medicación o que le estamos mintiendo. Algunas veces harán como que se la toman y, en un descuido nuestro, la escupirán o se la guardarán en el bolsillo (no se quiere tomar el fármaco, o no son capaces de tragarlo, tenerlo en cuenta). Un buen momento para dar la medicación es en las comidas, si no está contraindicado. Estamos un tiempo con nuestro paciente, pendientes de que coman o asistiéndolos en el proceso por la ayuda que puedan necesitar. Por lo tanto, no tendrán tanta oportunidad de escupir el fármaco sin que no nos demos cuenta. Además, muchos se reblandecen o se disuelven en la boca, por lo que finalmente estará tomando el fármaco.

La misma presentación del fármaco puede jugar a nuestro favor o en contra: es mucho más fácil machacar una pastilla y colarla en la comida, que procurar que nuestro paciente se tome medio vaso de agua con un sobre de medicamento, que pueda tener un sabor desagradable. Una presentación ideal, es la de los bucodispersables, se disuelven en la boca. Pero no está disponible en muchos fármacos y este modelo suele ser más caro.

A la hora de introducir medicación en la comida o en los líquidos, hay que tener precaución con algunos puntos: puede que el yogurt sea muy socorrido, pero los productos lácteos, se agrian fácilmente con los fármacos y su sabor se hace desagradable. Por otro lado, los zumos y las compotas de fruta disimulan mejor el sabor de los fármacos.

Cuando echemos un fármaco machacado en un vaso de líquido, mejor si éste es espeso, ya que, en un vaso de café, por ejemplo, si la persona tarda en tomárselo, parte del fármaco quedará en la base del vaso y el paciente no lo tomará o tendremos que remover regularmente.

En pacientes con alteraciones del apetito, asegurarnos primero que la comida es de su gusto, porque podemos encontrarnos con la medicación echada en el plato de comida y la persona que no quiere comer. Del mismo modo, no debemos echar la medicación en la primera cucharada de comida que demos, ya que su sabor estará alterado y el paciente entenderá que la comida sabe mal y no querrá una segunda cucharada...

Cuando la persona no se quiere tomar el fármaco, insistirle no nos va a llevar a buen puerto. Debemos seguir con lo que estemos haciendo con ella en ese momento, distraerla y cuando pase unos minutos volver a intentarlo.

Podemos encontrarnos también con otra situación. El paciente no recuerda que se ha tomado su medicación e insiste en tomársela o incluso puede reclamarnos fármacos analgésicos sin orden alguno. En estos casos, el uso de placebos (damos algo como un fármaco pero que realmente no lo es) como una pastilla de sacarina, puede ayudarnos a pasar este episodio.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 2.3. ¿Cómo facilitar la higiene en la persona con demencia?

### Cinco consejos en los autocuidados

- Supervisar, no suplir.
- Dar instrucciones cortas y con lenguaje sencillo.
- Empezar el movimiento de la acción.
- Enseñar con imitación.
- Adaptar el entorno.



Antes de nada, hay que tener en cuenta unas normas básicas y generales que son importantes:

- **Mientras sea posible, hay que supervisar, no suplir:** todas las capacidades que la persona pierda no son recuperables. Si caemos en suplirlos en tareas, acciones que ellos todavía son capaces de hacer, lo que estamos provocando es que su dependencia se vea acelerada (a tener en cuenta su autoestima: yo soy capaz de hacerlo solo).

Procuraremos dejar a la vista únicamente aquellos productos que sabemos que va a necesitar, de manera que supervisando la actividad nos permitirá detectar posibles dificultades que puedan aparecer.

- **Dar instrucciones cortas, con lenguaje sencillo:** Explicando los pasos de la actividad, poco a poco. No es lo mismo decir “vamos a ducharnos”, a “métete en la ducha, mójate el pelo, frótate debajo de los brazos...”. El “vamos a ducharnos” es muy general, implica muchas acciones que la persona con demencia puede no comprender del todo o que le cueste iniciar.

- **Empezar el movimiento de la acción:** a lo mejor nuestra persona con demencia es aún capaz de cepillarse los dientes, pero el gesto de prepararle su cepillo de dientes, ayudarlo a que lo agarre con su mano y se lo introduzca en la boca, le ayudará a recordar el acto en sí de cepillarse los dientes. En otras ocasiones, será suficiente con ayudar con el inicio para procurar el recuerdo de la tarea.
- **Enseñar con imitación:** nos lavamos los dientes con ellos, nos cepillamos juntos el cabello, hacemos el gesto de cómo nos enjabonamos la cabeza, ...
- **Adaptar el entorno:** un cuarto de baño ordenado facilita la tarea del aseo. Hace que la persona encuentre más fácilmente los utensilios que necesita. Que éste sea lo más diáfano y accesible posible, fomenta la autonomía y seguridad de ellos. En el caso de a una persona que es capaz de ducharse sola pero que requiere de cierta supervisión, no será lo mismo si en la ducha tiene un bote con champú y otro con gel de baño, que si dejamos a su alcance varios productos de higiene: tratamiento para el cabello, cremas hidratantes, el champú del pelo...

#### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## El baño

- Acompañar respetando su pudor.
- Simplificar la estancia.
- Vigilar temperatura del agua.
- ¡Cuidado con las caídas!
- Recomendable utilizar toallas grandes.
- Dar órdenes sencillas y directas.



La persona con demencia no siempre va a entender que necesita ayuda. Colaborar en su aseo puede provocar situaciones complicadas, ya que invadimos su intimidad. Procurar que esté tapado el mayor tiempo posible y acompañarlo respetando su pudor, es fundamental para ganar su confianza y que el momento del aseo sea algo placentero (nada de abrir la cortina o mampara de la ducha o entrar y salir del baño sin avisar, dejar a la persona desnuda mientras terminamos de preparar la ducha, u obligarlo cuando vemos su rechazo).

Siempre hay que animar a mantener una higiene mínima y no perder el hábito.

Hacerle ver que estamos ahí si nos necesita, ir repasando con él/ella las pautas del baño, que les sirva para ir orientándose..., incluso podemos procurar una pequeña toalla para que mantengan cubierta su zona genital y que este punto sea el último del aseo... Hay que dar tiempo y no meter prisa.

Dejar los productos de higiene que vaya a necesitar y siempre en el mismo lugar.

Vigilar la temperatura del agua puede parecer un consejo simple, pero se le puede dar al grifo sin querer, se puede ir el mecanismo que nos mantiene el agua caliente... la persona con demencia puede intentar resolver por

sí misma esta situación y empeorarla sin querer. Preguntar regularmente si el agua está muy fría o caliente o comprobarla nosotros mismos de manera regular, no está de más.

A la hora de cubrir a la persona siempre elegir toallas grandes: secamos más superficie en menos tiempo y la persona se siente cubierta y protegida ante nosotros. Secar bien los pliegues (cuidados en la piel).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

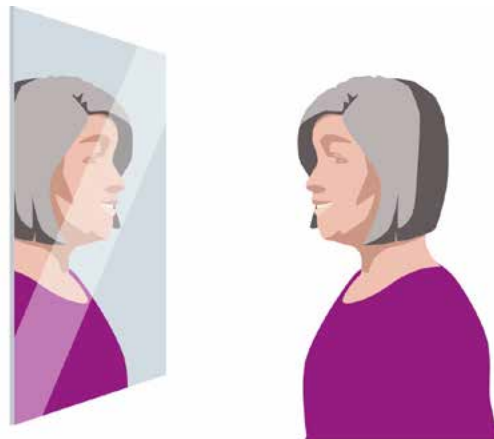
---

---



## El baño

- Evitar que el agua de la alcachofa sea fuerte y caiga en la cara.
- Precaución con los espejos de los baños.



Un chorro de agua controlado es lógicamente más agradable que uno fuerte que resulte molesto en algunas partes del cuerpo. Además, hay que procurar que quitando el momento mismo en el que aseamos la cara, el agua no caiga en ésta (si me cae agua en la cara, cierro los ojos y, si los cierro, pierdo el control del medio que me rodea, o no reacciono a tiempo y me cae agua y/o jabón en los ojos).

Cuidado con los espejos. En estadios más avanzados de la demencia, la persona puede olvidar su propio reflejo en los espejos. Esto puede darnos situaciones graciosas, conversaciones amenas que nuestro paciente mantenga con “su amigo del espejo”. Pero si tratamos con una persona pudorosa o que se muestre irritable en el aseo, mantener al amigo del espejo no es buena idea...

Tened cuidado con las caídas. Existen ayudas del tipo:

- Mangos largos, sillas de ducha, barras de agarre, suelos antideslizantes.
- Es recomendable una buena iluminación y utilizar platos de ducha en lugar de bañera, además de que estos platos estén a nivel del suelo.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## El baño

Si no quiere bañarse:

- Conocer sus rutinas y costumbres.
- Lavar primero las zonas que son menos conflictivas.
- Uso de esponjas jabonosas.
- Cambiar a la persona que se ocupa de su aseo.
- Cambiar de sitio el momento del aseo/baño.
- Procurar una higiene mínima.



El baño no tiene que ser por fuerza introducir a la persona completamente desnuda en un plato de ducha o bañera y mojarla y enjabonarla entera. En ocasiones, la no colaboración de ellos hará esta tarea muy difícil o imposible, e incluso el cuidador principal o el paciente tendrá limitaciones físicas que lo impidan..., la idea es asear a la persona, y en determinadas circunstancias, este aseo habrá que adaptarlo a la cama, o incluso en el momento del vestido (haciendo uso de esponjas jabonosas que nos permitan el aseo de la persona a medida que la vamos desnudando/vistiendo), sin que ésta tenga esa sensación de baño que tanto rechaza en la etapa en la que está.

Si no quisiese bañarse:

- Conocer sus rutinas y costumbres: conocer cuándo suele realizar el baño y mantener esa rutina en la medida que sea posible, siendo flexibles también (se niega, se inquieta...) e incluso dejándolo para más tarde.
- Lavar primero las zonas que son menos conflictivas, pudiendo dejar para el final el lavado del cabello.
- Usar esponjas jabonosas.
- Cambiar a la persona que se ocupa del aseo.

- Podríamos buscar qué razones son las que le llevan a no querer bañarse (dolor, miedo al agua, inseguridad, temperatura del agua, espacio reducido, incomodidad...).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Vestido

- Simplificar la tarea.
- Elegir prendas sencillas de poner (elásticos, ropa ancha,...).
- Vigilar que la ropa sea la adecuada según la situación de la persona (talla, deterioro, vida diaria).
- Poner la ropa ordenada de la forma en que se la tiene que poner.
- Quitar de en medio esa prenda favorita o elegir otras parecidas, si quiere ponerse la misma siempre.



Es importante respetar gustos y costumbres de la persona, incluso más allá de que ella no sea capaz de expresarlo, por respeto a ella, a lo que ha sido. Pero no es menos importante adaptar la vestimenta a la situación física que tiene en ese momento. A medida que la persona pierde movilidad, que permanece más tiempo sentado, hay que pensar en qué vestimentas son las más recomendables.

No son aconsejables los zapatos rígidos a medida que el deterioro físico avanza. Tampoco vestimentas que sean rígidas especialmente en la zona abdominal, como vaqueros o ropa que quede ceñida y puedan resultar incómodas a la persona (dificultan una buena digestión, provocan acúmulo de gases y distensión abdominal que resulta dolorosa).

Hay muchas personas que son capaces de vestirse solas, pero no son capaces de elegir por sí mismas la ropa que deben ponerse (Ayudarles a escoger la ropa) o se lían a la hora de vestirse. Un buen truco: ir dando la ropa de manera ordenada.

A veces sucede que alguien que está teniendo dificultades para vestirse de manera independiente, se topan con una prenda determinada que les ha resultado fácil ponerse o se inclinan por alguna en especial porque les agrada su color, su tacto... nos podemos topar con la insistencia de repetir

esa prenda. Debemos procurar quitarla de en medio, o elegir otras parecidas que también puedan ser del agrado de la persona.

Hay que tener en cuenta que la persona necesitará orientación sobre qué ponerse. Si no quitamos de en medio la ropa que se acaba de quitar, lo más sencillo para ellos será volver a colocarse esa misma. Procuremos tener su ropa nueva lista.

En definitiva, deberemos simplificar la tarea, dando tiempo para vestirse y no metiendo prisa. Si no quisiese vestirse, seremos flexibles, intentaremos tranquilizarle y lo haremos más tarde.

Ayudas para el vestido:

- Velcros o cremalleras por botones
- Calzadores. Cambiar cordones de zapatos por cierres con adhesivos. Zapatos sin tacón, con horma ancha y suela antideslizante.
- Si no se sostiene de pie o le cuesta, hacerlo en la cama sentados y empezar el vestido por la parte inferior y continuar con la parte superior..

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---



## Acicalamiento

- Mientras la persona lo tolere es bueno respetar sus costumbres.
- Sentirnos guapos/as siempre mejora nuestra autoestima.
- Cuidado con el afeitado en los hombres (entrenar técnicas diferentes al afeitado de cuchilla).



Mientras la persona lo tolere, es bueno respetar sus costumbres (afeitado, peluquería, crema, colonia, maquillaje...). Sentirnos guapos/as siempre mejora nuestra autoestima.

Hay que tener cuidado con el afeitado de los hombres. Entrenar técnicas diferentes al afeitado de cuchilla, como la utilización de una máquina eléctrica.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Higiene de la boca

- Elimina olores y sabores desagradables.
- Aumenta la sensación de bienestar y apetito.
- Iremos desde una simple supervisión, a practicarla nosotros mismos por ellos.



La higiene de boca permite aumentar la sensación de bienestar y apetito, eliminando olores y sabores desagradables.

Empezaremos supervisando, si ya no fuera posible hacerla por ellos, ya que cuanto más avanza la enfermedad, más probable es que los cuidados bucales vayan dejándose de lado.

Es el momento ideal para observar en qué estado está. Encías inflamadas, dientes que estén a punto de caerse, el estado de la lengua (una lengua blanquecina o con zonas de este color, como si la lengua estuviera parcheada, es indicativo de presencia de hongos).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

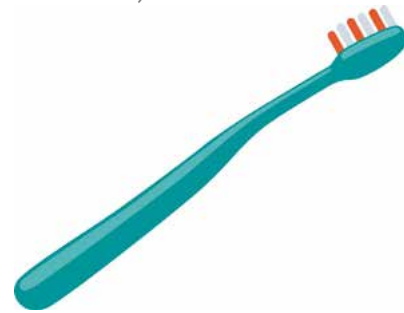
---

---

---

## En personas dependientes

- Utilizar gasas impregnadas en soluciones bucales (con ayuda de un depresor o nuestro dedo si no hay piezas dentales).
- Utilizar cepillo de dientes si se requiere (de cerdas suaves, mojarlo en agua tibia y en colutorio).
- Limpiar bien la lengua.
- Observar la cavidad bucal.



En personas dependientes, podemos realizar la higiene bucal con gasas impregnadas en soluciones bucales (con ayuda de un depresor o nuestro dedo si no hay piezas dentales). Utilizar cepillos de dientes si se requiere (de cerdas suaves, mojarlo en agua tibia y en colutorio). Limpiar bien la lengua y observar la cavidad bucal (lesiones, caries...). En caso de dentadura postiza, debe limpiarse mínimo una vez al día con un cepillo de fibras duras y guardarlas en un vaso con agua.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cuidados de la piel

### A tener en cuenta:

- La piel se cuida tanto por dentro como por fuera.
- Se deshidrata con facilidad.
- La presencia de lesiones es frecuente.
- La incontinencia va a determinar muchos de los cuidados.

La piel debe cuidarse tanto por dentro como por fuera. Para tener una piel sana, es fundamental una buena alimentación e hidratación. Por fuera, podremos hidratarla también, curarla y protegerla.

A medida que envejecemos, la piel se vuelve menos elástica, más delgada, más frágil, la circulación que la nutre también se deteriora y es más deficitaria. Todo ello hace que la piel muestre lesiones con más facilidad (hematomas, sequedad, heridas...).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

## Cuidados de la piel en la persona con incontinencia

- Cambio de absorbentes según precise (pañales).
- Uso de jabones neutros para la piel.
- Secar a conciencia con suavidad.
- Si se está aplicando alguna crema, asegurar su absorción por completo.



Cuando cuidamos a una persona con incontinencia, tenemos que tener especial atención a la higiene genital, ya que esta piel va a estar sometida a una humedad constante y a otras agresiones (heces).

A la hora de aplicar cremas, hay que recordar que tanto daño se produce en una piel seca, como en una en la que procuramos demasiada humedad. Las cremas hay que extenderlas bien, procurar que se hayan absorbido bien antes de cubrir la piel con el absorbente y/o ropa. No por echar más producto, protegemos más.

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---



- No todas las zonas de nuestro cuerpo necesitan la misma atención en cuanto a hidratación y/o protección.
- En la zona del pañal y prominencias óseas, preferible productos con textura de pasta al agua, frente a las cremas hidratantes convencionales, ya que son más efectivos y duraderos.
- Debemos asegurar la absorción del producto que apliquemos para hidratar/cuidar la piel antes de volver a cubrir la zona.
- No por echar más producto protegemos más.

En cuanto a la elección de la crema o producto que elijamos para proteger la piel de nuestro paciente, son preferibles aquellas presentaciones de pasta al agua frente a las típicas cremas hidratantes con tacto aceitoso. Las pastas al agua son más densas, cuesta más extenderlas en la piel, pero una vez que se han absorbido, mantienen muy bien esa película protectora que queremos para proteger de agresiones externas.

Los aceites protectores tipo mepentol, también son buenos aliados para cuidar la piel, pero hay que saber buscarlos. A veces la marca encarece el producto cuando lo que la hace eficaz puede estar presente en otros productos similares del mercado..

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

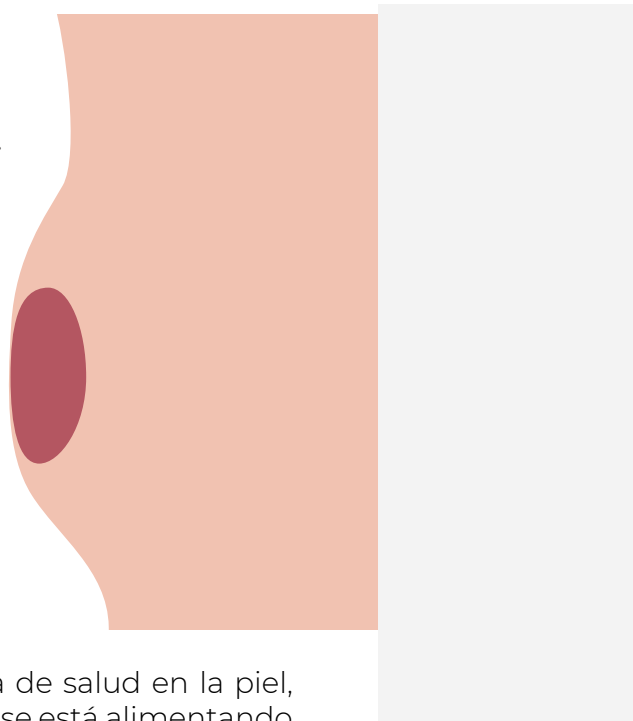
---





## Úlceras por presión

- Se producen por la presión constante de una zona concreta.
- Por fuerzas de arrastre sobre prominencias óseas.
- Por problemas de nutrición.
- Son indicativo del estado de salud de la persona.
- Tres pilares fundamentales:
  - Buena alimentación/hidratación.
  - Cuidado externo de la piel.
  - Cambios posturales.



Las úlceras por presión además de ser un problema de salud en la piel, son “chivatos” de otras cosas: cuando una persona no se está alimentando de manera correcta o no absorbe bien los nutrientes, estas lesiones aparecen pese a haber mantenido unos cuidados regulares en la persona que han sido efectivos en el último tiempo.

Por otro lado, que este tipo de lesiones aparezcan pese a que la persona esté recibiendo los cuidados oportunos, puede ser indicativo de que su salud en general se está deteriorando.

Las úlceras por presión tienen diferentes grados. **Grado 1**, que parte de una rojez en la piel que no desaparece pese a eliminar la presión sobre ella; **grado 2** en la que ya empieza a haber una herida abierta, empiezan a destruirse las capas más superficiales de la piel, **grado 3**, donde la lesión cada vez es más profunda; y, **grado 4**, en el que la lesión alcanza plano muscular y/o óseo.

Nosotros podemos prevenir la aparición de estas lesiones: vigilar que la ingesta de la persona a nuestro cargo sea completa (¡no olvidar las proteínas!), que mantenga una correcta hidratación tanto por dentro como por fuera, y fundamental los cambios posturales. Vigilar especialmente zona de sacro, caderas y talones.

Podemos hacer un manejo de una úlcera por presión de grado 1, limitando la presión en esa zona y manteniéndola cuidada y protegida. Pero deberemos avisar al personal sanitario si no evoluciona bien o si hay presencia de úlceras por presión de mayor grado (en heridas abiertas ya no debemos aplicar pomadas que utilizemos habitualmente para proteger la piel).

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

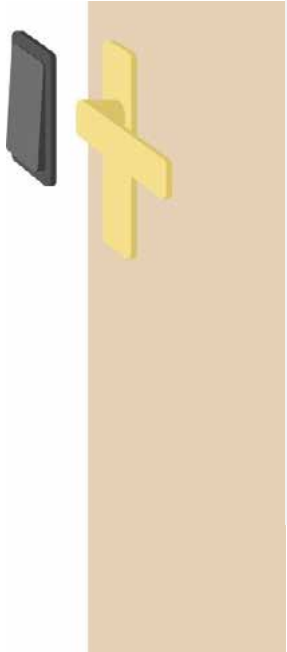
---

---



## 2.4. Nociones básicas sobre seguridad en el domicilio

- Evitar luces deslumbrantes y directas.
- Buena iluminación en todas las estancias e interruptores accesibles y cercanos a las puertas.
- Evitar suelos resbaladizos, irregulares, encerados o mojados, alfombras, cables sueltos o que crucen por las estancias, obstáculos por el suelo.
- Evitar puertas giratorias o correderas.
- Tiradores accesibles.
- Muebles estables, sin obstaculizar el paso y en el mismo sitio.
- Asientos graduados en altura, profundidad y ancho.



La seguridad en el domicilio, así como su adaptación, permitirá a la persona con sus capacidades residuales, realizar las actividades en la medida de sus posibilidades de una forma segura.

- Buena iluminación en todas las estancias e interruptores accesibles y cercanos a las puertas. Evitar luces deslumbrantes y directas.
- Por la noche, también dejar alguna luz estratégica encendida, para que si la persona se despierta por la noche no se sienta desorientada y pueda ver por dónde va. Tener iluminados los obstáculos que se pueda encontrar por medio del pasillo.
- Es muy útil colocar adhesivos luminosos en los interruptores de la luz para que se encuentren fácilmente (deben estar a una altura adecuada).

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

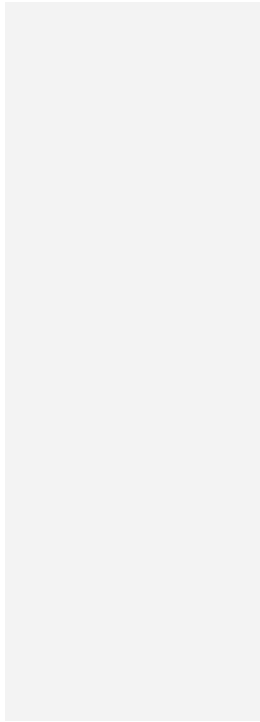
---

---

---



- Se aconseja que el cuarto de baño se encuentre próximo al dormitorio.
- Colocar asideros, sujetos firmemente a la pared o suelo.
- Espacios amplios evitando cajoneras debajo de los lavabos. Inodoro a una altura adecuada.
- Es preferible utilizar el lavabo con grifos automáticos, así como cambiar bañera por ducha.
- Suelo seco y de un material antideslizante.
- Utilizar un asiento de bañera o ducha, si la persona no aguanta mucho tiempo de pie.
- Precaución con aparatos eléctricos, evitar posibles quemaduras y con botiquín cercano.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Simplificación de espacios en la cocina, dejando solo a mano aquellos utensilios que se utilicen con regularidad y no cambiarlos de sitio.
- Ayudas visuales.
- Es preferible la cocina eléctrica y un calentador que regule la temperatura del agua más bien baja.
- Graduación de la altura de la cama, colchón firme.
- Evitar posibles deslizamientos de la cama.
- Las lámparas deben estar fijadas en las paredes sin cables ni alfombras por el suelo para evitar tropiezos.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

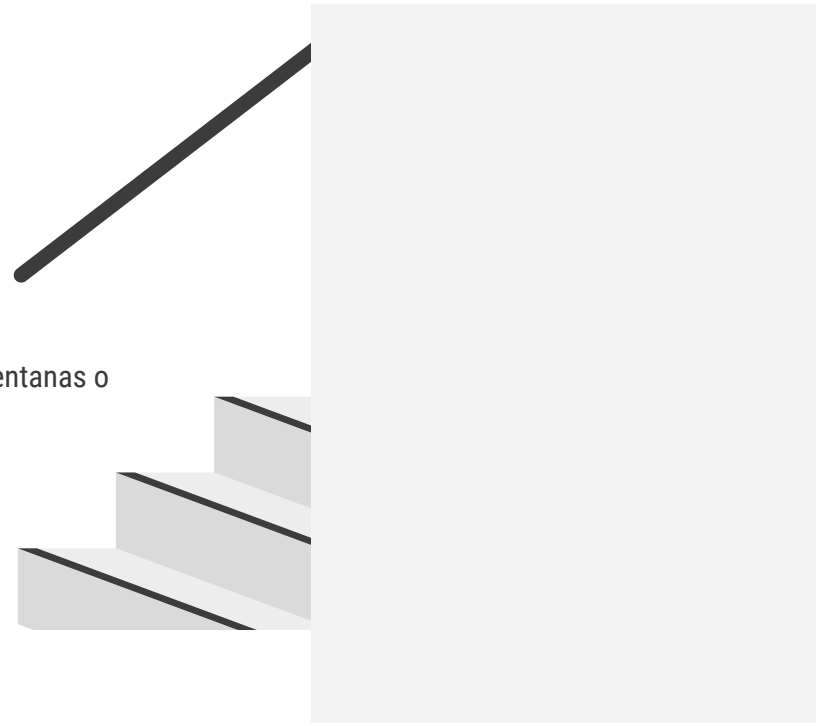
---

---

---



- Mobiliario sin aristas y que no sea de cristal.
- Pasillos libre de obstáculos
- Buena iluminación en hall y escaleras.
- Interruptores de un color que contraste con la pared.
- Utilizar cintas antideslizantes y pasamanos a ambos lados.
- Mantener en buen estado la escalera.
- Eliminación de pestillos o cambio por alguno no manipulable en ventanas o terrazas.
- Evitar obstáculos en las ventanas que les lleven a confusión con puertas.



- 

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## HERRAMIENTAS Y EJEMPLOS DE ACTIVIDADES LÚDICO-FÍSICAS PARA REALIZAR EN EL DOMICILIO



Dentro del domicilio se pueden realizar **actividades** que van a **mejorar, potenciar o mantener su autonomía personal** (actividades tan básicas como abrochar, escribir, coger las llaves, leer, etc.) y autoestima, además de trabajar sus capacidades cognitivas, sociales y físicas (presión, fuerza, coordinación, etc.).

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**A tener en cuenta:**

- Deben estar centradas en la persona, en sus gustos, sus valores y creencias.
- Habilidades y destrezas, para evitar la frustración por su parte.
- Además de su entorno cultural, personal y social y las demandas de espacio y objetos que tenemos.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

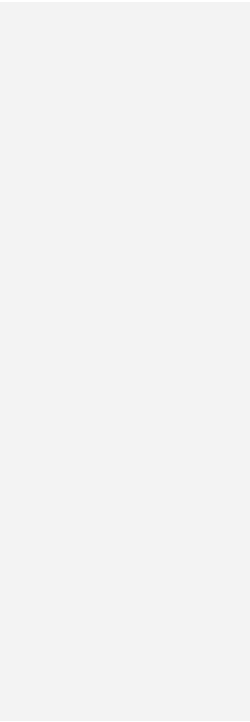
---

---

---

---

---



**Recomendaciones:**

- Espacio diáfano y bien iluminado.
- Establecer rutinas dinámicas, ir cambiando de actividades.
- Utiliza un lenguaje comprensible.
- Asegurarnos que comprende la actividad y se siente capaz de realizarla.
- Hacer pausas si fuera necesario.
- Aprovecha los últimos minutos de la actividad para que exprese como se ha sentido.

**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

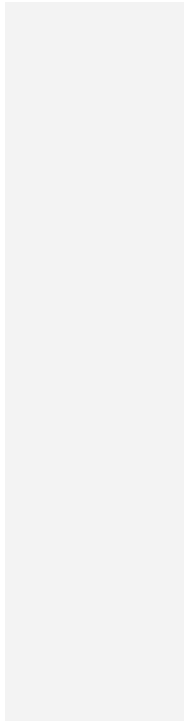
---

---

---

---

---





- Gimnasia suave.
- Bailes.
- Tablas de movimientos.
- Masajes.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Orientación con el calendario y recordarle el día en que estamos, así como celebrar el santo del día o las festividades (romería, cumpleaños, día de la madre).
- Auto-cuidados.
- Juegos de mesa.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

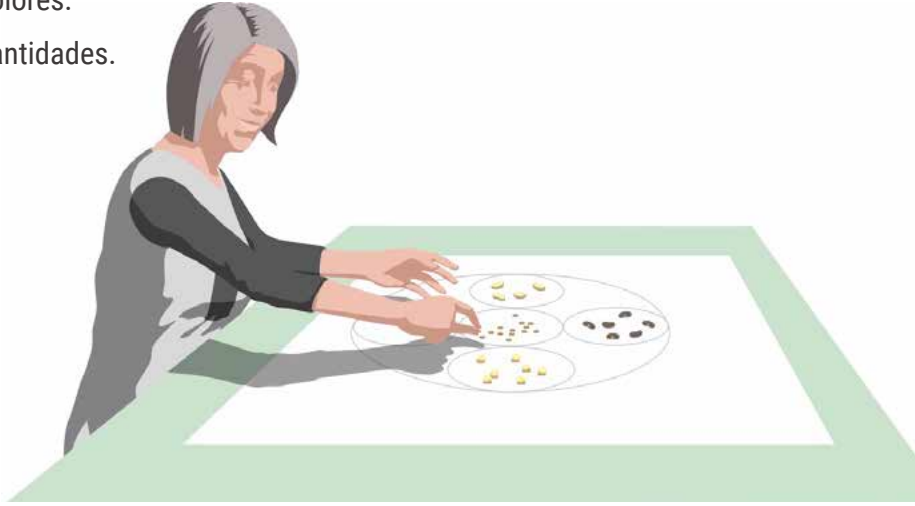
---

---

---

---

- Buscar objetos entre legumbres y clasificarlos por categorías o por colores (con los dedos o utilizando pinzas).
- Clasificar por colores.
- Clasificar por cantidades.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

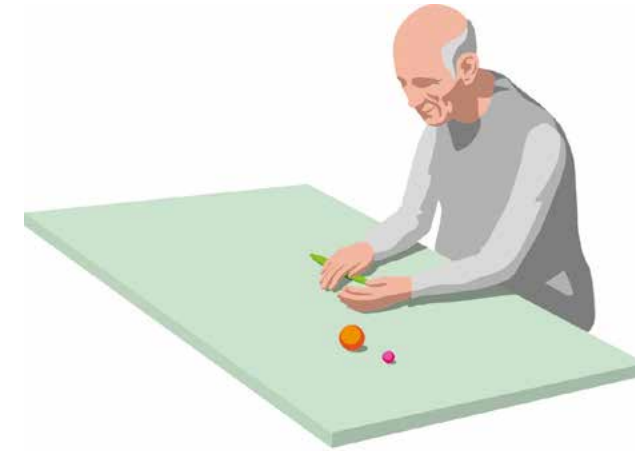
---

---

---

---

- Plastilina, modelado, pellizcos, trabajar la alimentación.
- Enhebrar pajitas.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

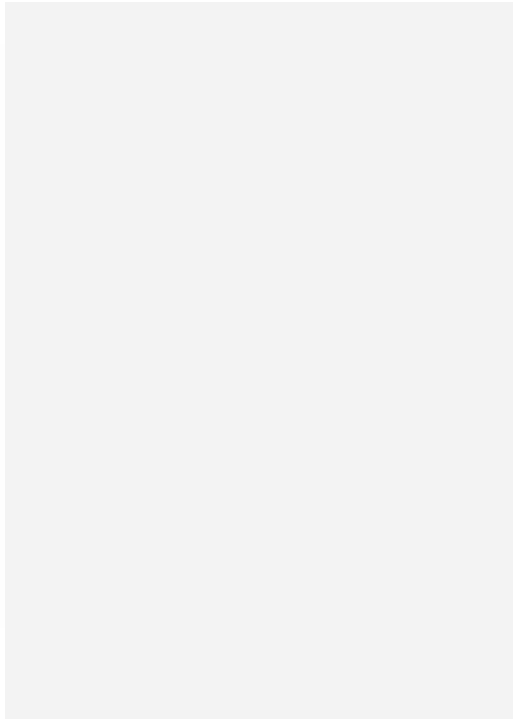
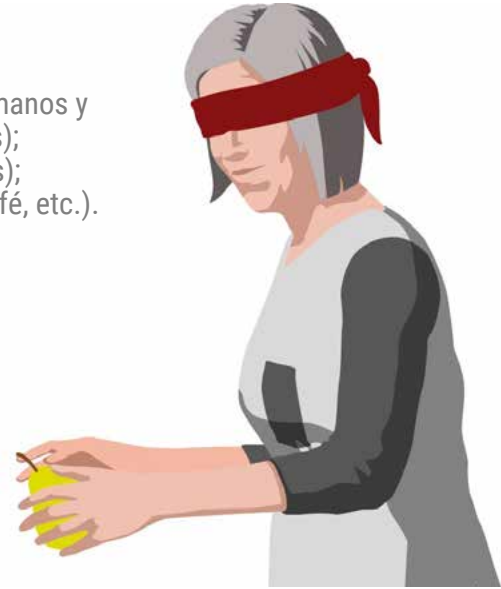
---

---

---



- Apretar pinzas.
- Actividades de seriación.
- Discriminación sensorial: táctil (objetos en las manos y adivinar de qué se trata); visual (formas, colores); gustativa (probando diferentes frutas o comidas); olfativa (tarros con olores: cebolla, especias, café, etc.).



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

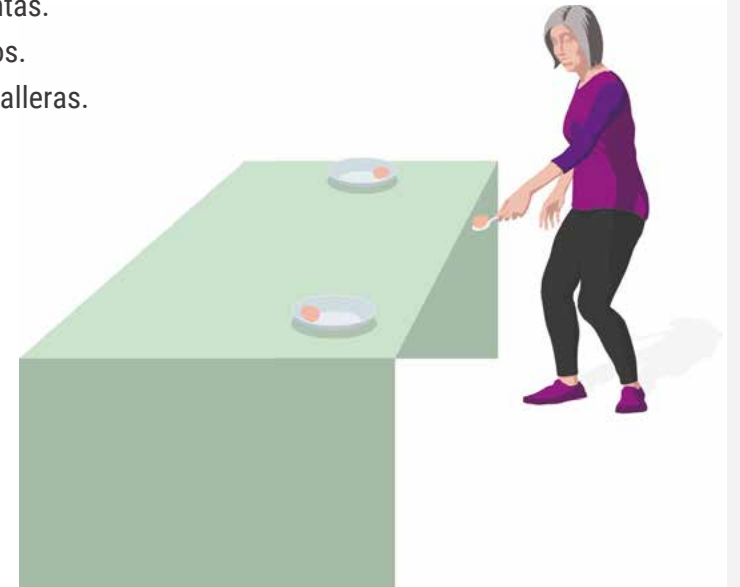
---

---

---

---

- Cuidado de mascotas o de plantas.
- Transportar con cuchara o tubos.
- Atar y desatar cordones y cremalleras.
- Meter gomas en un tubo.
- Enhebrar macarrones.
- Meter botones en hucha.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

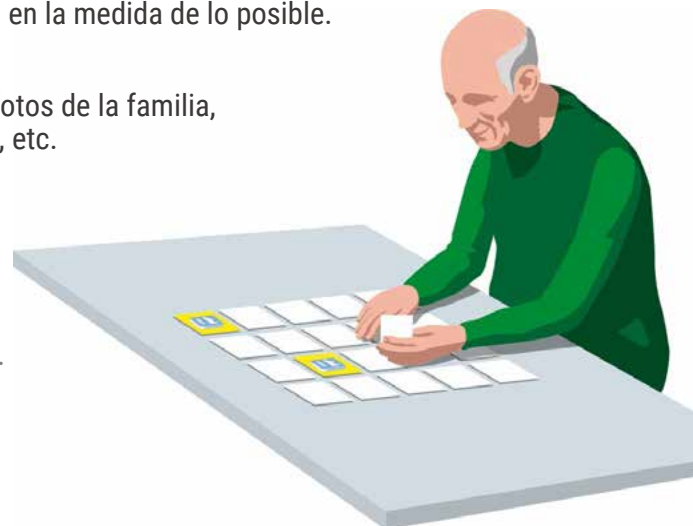
---

---

---

---

- Participar en las labores de la casa en la medida de lo posible.
- Comentar noticias de actualidad.
- Hablar sobre el pasado, mediante fotos de la familia, películas, juegos de antes, música, etc.
- Cantar.
- Juegos clásicos.
- Puzzles, juegos de formas.
- Manualidades (coser, recortar, pintar, pegar, etc.).



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

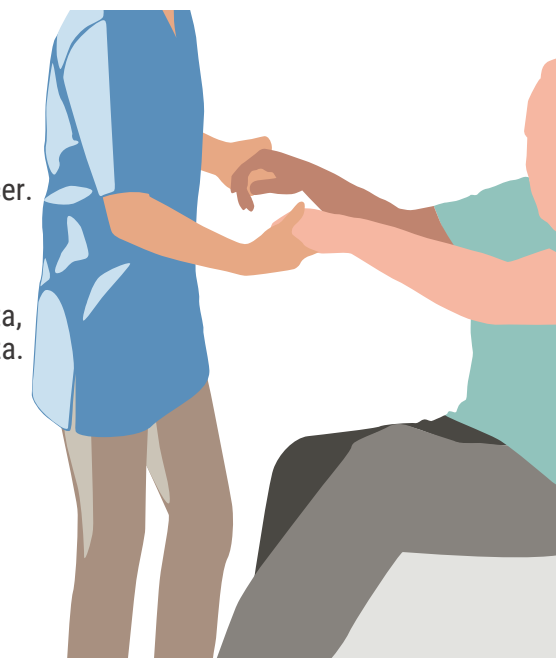
---

---

## 2.5. Movilizaciones y transferencias de la persona dependiente

### Puntos generales

- Informar a la persona de lo que vamos a hacer.
- Asegurarnos de que está despierta para que en lo posible colabore con nosotros.
- Nosotros debemos mantener la espalda recta, flexionar las rodillas a la hora de hacer fuerza.



**NOTAS:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





## Para levantar al paciente de una silla

- Tener listo el punto de transferencia (silla de ruedas, andador,...).
- Acercarnos todo lo posible al paciente y agarrarlo de la cintura o de su pantalón por la parte posterior.
- Que el paciente nos coloque las manos en nuestra cintura, intentar que no se agarre a nuestro cuello.
- Pegar sus rodillas con las nuestras (ayuda a mantener equilibrio de las extremidades inferiores).
- Mantener una de nuestras piernas en dirección de la nueva posición que queremos (nos facilita el giro).

En el siguiente enlace puede visualizarse el procedimiento para levantar a una persona de la silla: [https://youtu.be/\\_2-lg98D4\\_A](https://youtu.be/_2-lg98D4_A)

### NOTAS:

---

---

---

---

---

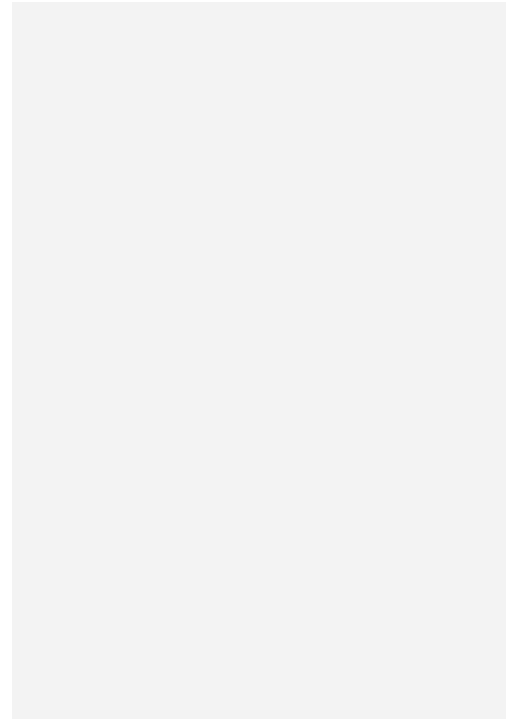
---

---

---

---

---



## Para levantar al paciente de una silla

- Coger impulso para levantar al paciente flexionando nuestras rodillas y procurando no hacer fuerza con la espalda.
- Si lo que queremos es que deambule con nosotros, sujetar de los codos o de la cintura, no de las manos (no evitará la caída y son un punto de apoyo menor).



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Para levantar al paciente de la cama

- Si la cama es articulada, ponerla a una altura adecuada para no tener que agacharnos.
- Acercar a la persona al extremo de la cama desde donde vamos a levantarla.
- Ayudar a que la persona se siente en la cama: colocamos un brazo por debajo de su espalda a la vez que empujamos sus rodillas fuera de la cama (la idea es que se quede sentada en el borde de la cama con las piernas fuera de ella).
- Colocar la cama si es articulada a una altura similar a la silla de ruedas o sillón donde la vamos a sentar y repetir los pasos de cómo levantar a una persona sentada.

En el siguiente enlace puede visualizarse el procedimiento para levantar a una persona de la cama: <https://youtu.be/3QQy1jfcblE>

### NOTAS:

---

---

---

---

---

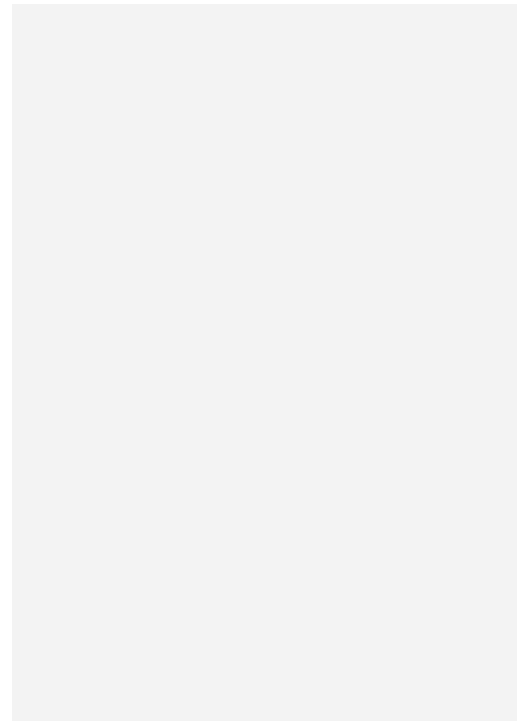
---

---

---

---

---



## Para movilizar en la cama (cambios posturales)

- Hacernos de una sábana a media altura, que coja al menos la zona lumbar y sacra, ideal que abarque todo el tronco de la persona.
- Acercar al extremo contrario de la cama a la que queremos girar a la persona.
- Antes de girarla, colocar en buena posición sus brazos y sus piernas, que no se queden atrás.
- Giramos a la persona haciendo presión en su hombro y cadera.
- Usamos cojines, almohadas, etc. para mantener la postura y evitar el roce entre salientes óseos como pueden ser las rodillas o los talones.



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Qué hacer ante una caída

- Mantener la calma y examinar a la persona.
- Si puede comunicarse, preguntarle si le duele algo o palparle las zonas que creemos se ha golpeado.
- Ayudar a incorporarse despacio, primero sentada.
- No mover y avisar a urgencias si la persona presenta lesiones a tener en cuenta (inconsciente, no moviliza algún miembro o se queja de dolor importante).
- Vigilar su estado en días posteriores.
- Si vemos que se está cayendo, debemos valorar dejar que se siente o se tumbe en el suelo con cuidado antes de hacer fuerza nosotros para evitarlo.
- Preguntarse por qué se ha caído (cómo podemos evitarlo la próxima vez).

En el siguiente enlace puede visualizarse el procedimiento ante una caída: <https://youtu.be/DN8RvNEw2EM>

### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ayudas técnicas



### NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ayudas técnicas



NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ayudas técnicas



NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Confederación Española de Alzheimer ([www.ceafa.es](http://www.ceafa.es))
- Alzheimer's Association ([www.alz.org](http://www.alz.org))
- "Manual de consulta para cuidadores y familiares. Know Alzheimer. Respuestas concretas a dudas reales". Brescané Bellver, Rosa; Tomé Carruesco, Gemma, 2014.
- "Manual para cuidadores de personas con demencia". Ministerio de Sanidad; CEAFA. Año 2022 (<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/map/enfNeurodegenerativas/home.htm>)
- "Guía de Alzheimer 2019. Comunicación y conducta. Consejos para familiares". Dr. Alfredo Bohorquez Rodríguez; CEFA. Año 2019 (<https://www.ceafa.es/files/2019/06/guia-alzheimer-2019-de-comunicacion-y-conducta-para-familiares-eulen-y-ceafa.pdf>)
- "Manual del cuidador familiar. (Es)tar con la demencia. Programa de capacitación para cuidadores familiares de personas con demencia que residen en el domicilio". Sousa, Lia & Sequeira, Carlos & Ferré-Grau, Carme & Raigal Aran, Laia. Año 2019. 10.17345/9788484247661  
  
([https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc\\_sosa\\_manual\\_cuidador\\_demenc/eu\\_def/adjuntos/Manual\\_Cuidador\\_Familiar20190529.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_manual_cuidador_demenc/eu_def/adjuntos/Manual_Cuidador_Familiar20190529.pdf))
- "Alimentación sana en la Enfermedad de Alzheimer". Juan Igancio Ramos-Clemente Romero. Año 2016 (ISBN: 978-84-617-4355-1).  
  
(<https://aliadosenalzheimer.es/wp-content/uploads/2017/10/libro-Alimentacio%CC%81n-sana.pdf>)
- Vademécum (<https://www.vademecum.es/>)
- Video "Pasar de la silla de ruedas a otro asiento". Gobierno de Aragón. Año 2010 ([https://youtu.be/\\_2-Ig98D4\\_A](https://youtu.be/_2-Ig98D4_A))
- Video "Técnicas de movilización: De decúbito supino a decúbito lateral". Fundación Pere Tarrés. (<https://youtu.be/3QYljfcbLE>)
- Video "Ergonomía. Levantar a una persona del suelo con escasa movilidad". Marlene Maciel (<https://youtu.be/DN8RvNew2EM>)





**CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ALZHEIMER**

C/ Pedro Alcatarena nº 3 Bajo. 31014 Pamplona (Navarra)

T: 948 17 45 17 | E: [ceafa@ceafa.es](mailto:ceafa@ceafa.es)

     [ceafa.es](http://ceafa.es)