

Unidad 4: Intervención para el cuidador y la familia

Objetivo de aprendizaje:

Conocer las principales características del familiar y/o cuidador del paciente con demencia, su impacto y la manera en que interviene en la atención y cuidados que se le brindan al paciente.

Introducción

A lo largo de esta unidad podremos conocer las principales problemáticas a las que se enfrenta un cuidador, cómo se elige su rol en la familia y cuáles son sus consecuencias físicas y emocionales como cuidador de un paciente con demencia. Al respecto, Durán (1987) afirma: "...cuidar implica costes familiares, sociales y de salud. La atención a personas dependientes en el hogar provoca, entre otros, sentimientos contradictorios, exclusión, restricción de libertad personal e impacto en la propia salud..." Por ello, es importante que brindemos herramientas al cuidador para mejorar sus habilidades, incrementar su capacidad de afrontamiento de tal manera que permita satisfacer las necesidades de la persona enferma y pueda responder a las exigencias que les plantean los otros miembros de la familia, así como enseñarle a manejar su propia salud y promover el autocuidado, ya que un cuidador enfermo no es capaz de cuidar adecuadamente.

4.1 Características un cuidador primario

Autores como Martín Carrasco (2008) reconocen que el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer es muy complejo por los siguientes hechos:

- a. Impacta tanto al paciente como a sus familiares y/o cuidadores.
- b. El síndrome clínico es múltiple, variable y por ello las estrategias de atención deben de irse modificando.
- c. El paciente es tratado por distintos especialistas al mismo tiempo con el riesgo de que no todos conozcan las consecuencias de esta enfermedad.
- d. Se trata normalmente de pacientes geriátricos con pluropatología y con plurimedicación.
- e. A lo largo de la enfermedad, el paciente puede ser atendido en distintas instancias como centros de día, atención domiciliaria o asistencia en residencias geriátricas, sin embargo, para este autor, es en la atención primaria donde se debe priorizar y organizar la atención que irá recibiendo el paciente según sus necesidades.

Por lo anterior, ser cuidador de una persona con enfermedad de Alzheimer representa un enorme reto para el que no estamos preparados y para el cual nos debemos capacitar. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de un familiar con demencia, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, problemas económicos, aislamiento social, disminución de tiempo de ocio, etc.

Durante este proceso, el cuidado se centra en el paciente con demencia y el cuidador deja a un lado sus necesidades y su autocuidado, en muchas ocasiones la salud física del cuidador empieza a mermarse y muestran daños de problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño y trastornos del estado de ánimo, entre otros.

Conocer algunas de las situaciones más difíciles y cómo manejarlas puede ayudarnos a disminuir la sobrecarga que se presenta en el cuidador y mejorar la atención de calidad de vida que se le da al familiar.

En muchas ocasiones, el cuidador no reconoce la sobrecarga de estrés que está viviendo y es obligación del equipo de salud prevenir la aparición de los problemas de ansiedad, depresión, sobrecarga emocional, brindando información al cuidador, escuchado sus problemas y ofreciéndole estrategias de afrontamiento que le permitan adaptarse a una situación tan cambiante como la que se presenta con la enfermedad.

Existen una serie de estudios relacionados con el rol de cuidador primario o informal al cual definiremos de acuerdo con J.J. Yanguas Lezaun (2001) como las interacciones entre un miembro de la familia (generalmente son familiares los proveedores principales de apoyo) que ayuda a otro de una manera regular (diariamente o con una intensidad cercana a la anterior) a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida independiente.

Otros autores, como Rosenbaum, lo han definido también como "aquella persona de la familia que asume primordialmente la responsabilidad de proveer acciones de soporte, que asiste o ayuda a un miembro de la familia con necesidades evidentes

o anticipadas, objetivando una mejora de la calidad de vida”; en cambio para Soldo, Agree y Wolf, el campo se amplía al reconocer al cuidado primario como “la asistencia proporcionada por la familia, los amigos o los vecinos a personas con necesidades de cuidado instrumental o personal, en actividades de la vida cotidiana, se trata de una fuente de cuidados no pagados, para que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, las personas discapacitadas u otros grupos puedan seguir viviendo en su hogar o en la comunidad sin ser institucionalizadas”.

Por lo anterior, nos podemos dar cuenta de que los cuidados de un adulto mayor van a modificar por completo la dinámica familiar. Estudios realizados por Ramírez, del Río y Rusell (2008) en nuestro país, demuestran que las diferencias en la edad entre el cuidador y el adulto mayor y las enfermedades crónicas de este último influirán directamente en la carga y el estrés que tenga el cuidador, reconociéndose dos tipos de carga principalmente: la carga subjetiva y la carga objetiva.

La carga objetiva se refiere a la dedicación en tiempo y esfuerzo físico que realiza el cuidador, es variable en paralelo con las circunstancias específicas que determinan la demanda del cuidado, el tiempo que le debe dedicar, la carga física, las actividades específicas que desempeña, entre otros, por ejemplo: Los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, además de la demencia (como la diabetes), pueden manifestar eventos de crisis momentáneas por lo que el cuidador debe estar dedicado por completo a prevenirlas y detectarlas; si a esto le sumamos que el adulto mayor tenga dependencia física para movilizarse de un sitio a otro la carga física será mayor.

Con respecto a la carga subjetiva, (Montorio y cols., 1998; García, Mateo y Maroto, 2004) esta podemos definirla como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia del cuidado y se relaciona con la manera en que el cuidador percibe la situación, tanto en dificultades como en recompensas. De esta manera la carga que se tiene durante el cuidado dependerá de la propia evaluación que haga el cuidador de las demandas que tiene y de los recursos con los que cuenta para satisfacerlas.

4.2 El perfil del cuidador en América Latina

¿Qué características comparten en general los cuidadores primarios y cómo se les elige? Según estudios en países anglosajones, los cuidadores familiares se han caracterizado por ser una forma de cuidado realizada principalmente por mujeres, ya que es considerada como una función inherente al sexo femenino, generalmente es una sola persona la que asume toda la responsabilidad y es reconocida como cuidadora principal; normalmente la cuidadora convive todo el tiempo con la persona que cuida y su trabajo se vuelve invisible para los demás. Estudios de Brasil, España y Estados Unidos han encontrado que los parentescos de las personas cuidadoras son cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, amiga, entre otros; u nivel educativo es normalmente bajo, la mayoría son de mediana edad, dedican muchas horas al cuidado y renuncian a sus actividades sociales; el rol del cuidador afecta la vida de quien lo asume y tiene consecuencias psicosociales tales como, sentimientos de soledad, sobrecarga de responsabilidades, depresión, ansiedad, problemas cardiovasculares y problemas de tensión arterial.

Consecuencias de ser cuidador

De acuerdo con Durán (2000), los riesgos del trabajo de un cuidador, sea remunerado o no, se dividen en 5 grandes campos que a continuación analizaremos:

- a. **Riesgos de ambiente físico:** Factores importantes para la realización de este trabajo son, por ejemplo, el espacio y la temperatura. En ocasiones, un cuidador pasa más de 8 o 10 horas diarias acompañando y cuidando a un adulto mayor en una habitación pequeñísima, con poca luz y en condiciones de mucho calor o de mucho frío; normalmente los baños no cubren con el mínimo de requisitos para realizar los cuidados de higiene que el adulto mayor requiere, lo cual dificulta e impacta en la atención que se brinda.
- b. **Los contaminantes:** Por un lado, debemos reconocer que en muchas casas no se guardan las medidas necesarias higiénicas para mejorar el ambiente en el lugar donde se lleva a cabo el cuidado, por lo que existe un alto riesgo de que el cuidador pueda ser infectado.
- c. **El esfuerzo físico y carga mental:** Esta es una condición muy importante que comparten de igual manera los cuidadores familiares y los profesionales; en este punto nos referimos a esfuerzos, cargas, posturas inadecuadas, monotonía, ritmos, iniciativa, atención y carga emocional. La cantidad de información que un cuidador debe procesar, sea desconocida o no, la velocidad con la que necesita responder y los obstáculos que tenga para resolverlo, así como la carga emocional, los sentimientos de miedo, impotencia, responsabilidad, inseguridad y ansiedad que se traducen en trastornos digestivos, del sueño, dolores de cabeza, estados depresivos e irritabilidad van a influir directamente en la salud del cuidador y del adulto mayor.
- d. **Las condiciones de seguridad:** Se refiere a la jornada de trabajo, remuneración, estatus profesional, comunicación. Un cuidador familiar no tiene siquiera un contrato que lo ampare, sus jornadas de trabajo son interminables, además generalmente cumple con otros trabajos para tener ingresos y debe de

cumplir las necesidades de los demás miembros de la familia; tampoco tiene periodos vacacionales ni derecho a descansos.

- e. **La organización del trabajo:** Los cuidadores no remunerados no están a la atención solamente del adulto mayor, ya que además desempeña actividades con los otros familiares y se sujeta a los ritmos y horarios de todos; de él suele depender también el futuro de la siguiente generación.

De acuerdo con (Ferrer, 2006), entre las características generales del cuidado informal están:

- » El cuidado informal se suministra en la vivienda de la persona dependiente.
- » El cuidador informal y el receptor de cuidados comparten la misma vivienda.
- » El cuidador informal implica la provisión de múltiples tareas de cuidado centradas en la ayuda para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- » Los cuidados informales se suministran diariamente y de forma intensa.
- » Los cuidadores informales suelen atender a una sola persona dependiente y en ocasiones a dos.
- » El cuidado informal tiene una duración prolongada que dura años.
- » El cuidado informal suele ser asumido generalmente por una sola persona: el cuidador primario o el cuidador informal.

En investigaciones realizadas por Barrera, Galvis et al. (2006) con cuidadores primarios de América Latina, se destaca que muchas veces el cuidador primario debe llevar al adulto mayor a su hogar después de una hospitalización, sin saber siquiera qué sucederá, el profesional de salud no le da el lugar que se merece y lo menosprecia al asumir que no tiene conocimientos; sin embargo, es quien conoce más al adulto mayor y quien más puede apoyar en su recuperación. Las investigaciones han arrojado resultados como la presencia permanente de estrés por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor; constantemente en sus reportes manifiestan sentirse solos, con fatiga física por responder a muchos roles a la vez y con cansancio emocional, dicen tener más discusiones por situaciones familiares, sentir intolerancia de quienes no comprenden su labor y sentirse en algunos momentos sometidos.

4.3 Sobrecarga y/o colapso del cuidador

El concepto de carga ha sido identificado por Zarit (1980) como un “estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”.

Para George y Gwyther (1986) es: “la dificultad persistente de cuidar y los problemas físicos, psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro...”

Con anterioridad hablábamos de la carga objetiva y subjetiva; como podemos darnos cuenta, el concepto es muy heterogéneo e implica un proceso multidimensional; son muchos los factores y las variables, pero la realidad es que el cuidador se ve afectado y debemos reconocer los avances que hay en este campo.

Otro concepto que es muy interesante es el llamado síndrome de burnout, este concepto fue mencionado por primera vez por Freudenberger (1974) para describir el estado físico y mental que observó en los voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación, dándose cuenta de que a lo largo de un año estos voluntarios presentaban actitudes negativas con los pacientes, se sentían agotados y se irritaban con facilidad; posteriormente, Maslach (1977) consolidó el término para referirse al desgaste profesional, definiéndolo como “una respuesta al estrés laboral crónico, que surge de trabajar bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios (familiares, clientes, pacientes etc.) y que tienen consecuencias muy negativas para las personas [...]” es un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por la vida en general y baja autoestima (Pines y Arosón 1988).

El síndrome de burnout se manifiesta en 3 dimensiones principalmente con diferentes síntomas:

- a. **Cansancio emocional:** Agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios; el individuo se siente agotado y se asume incapaz de continuar o de dar más de sí mismo a nivel afectivo, se acompaña de manifestaciones somáticas y psicológicas como pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste, fatiga, abatimiento, irritabilidad, ansiedad y tedio.

- b. **La despersonalización o robotización:** Se manifiesta como una distancia defensiva del profesional hacia los beneficiarios de su trabajo o actividad, se desarrollan sentimientos y actitudes negativas, frías, agresivas, cínicas o de deshumanización debido al endurecimiento afectivo e insensibilidad hacia las necesidades de los receptores de su servicio, se manifiesta también por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales a las personas a las que se atiende.
- c. **La falta de realización personal:** Se manifiesta en respuestas negativas hacia sí mismo y hacia el trabajo, el cuidador tiene una tendencia a evaluarse negativamente con relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que se atiende o cuida, aparece como descontento hacia sí mismo, pensamientos sobre él.

El desgaste que tiene un cuidador de una persona con demencia de tipo Alzheimer

Es muy fuerte el impacto que recibe un familiar al recibir la noticia de un diagnóstico como la demencia de tipo Alzheimer, en donde el deterioro será progresivo y no se puede detener. De acuerdo con la BrightFocus Foundation (2013), existen señales de advertencia sobre la presencia de tensión que podemos detectar con anterioridad, entre las que principalmente se encuentran:

1. Rechazo o negación de la enfermedad.
2. Ansiedad, por ejemplo: preocupación excesiva por el futuro.
3. Depresión: sentirse sin esperanzas o impotente frente a la situación que se vive.
4. Irritabilidad: "estallar" por cosas pequeñas y de poca importancia.
5. Enojo.
6. Tener dificultad para concentrarse.
7. Aislarse de las personas y dejar de realizar actividades que antes disfrutaba.
8. Tener dificultad para dormir o dormir demasiado.
9. Sentirse crónicamente agotado.
10. Cambios en la alimentación.
11. Problemas de salud.

De acuerdo con investigaciones realizadas por la Confederación Española de Familiares con la Enfermedad de Alzheimer, comentadas en su manual *Atender a una persona con Alzheimer* (2008). existen una serie de repercusiones que pueden afectar directamente al cuidador, tales como:

- a. **Repercusiones en la salud física:** Se constata un aumento de la vulnerabilidad a los problemas físicos, hallándose desde síntomas inespecíficos como la fatiga y el malestar general, a alteraciones del sueño, cefaleas, úlcera gastroduodenal, anemia, diabetes y trastornos osteomusculares (tendinitis, dolor articular, cervialgias, dorsalgias, lumbalgias). Incluso algunos estudios han observado en estos cuidadores el sistema inmunológico debilitado, lo que les puede hacer más vulnerables a los procesos infecciosos. De hecho, cuando se compara a personas que cuidan con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores tienen peor salud, visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades.
- b. **Alteraciones psicológicas:** La experiencia de cuidar puede tener consecuencias psicológicas negativas con sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza. También se constata muy frecuentemente los sentimientos de enfado, irritabilidad, preocupación y culpa. Son numerosos los estudios que demuestran niveles altos de ansiedad y depresión en los familiares-cuidadores.
- c. **Alteraciones sociales.** Cuidar requiere mucho tiempo y dedicación, por lo que los cuidadores principales sufren mayor aislamiento social, menor disponibilidad de tiempo libre, importante reducción de las aficiones, falta de tiempo para ellos mismos, deterioro del nivel de intimidad. Por otro lado, son frecuentes los problemas en el ámbito laboral al hacerse muy complicado compatibilizar las tareas de cuidado y las obligaciones laborales.
- d. **Dificultades económicas.** También son frecuentes las dificultades económicas porque se reducen los ingresos ante la disminución de la dedicación laboral y por el aumento de los gastos derivados del cuidado del enfermo.

4.4 El cuidado del cuidador.

Debido a que las vidas de los cuidadores giran en torno a la satisfacción de las necesidades del familiar enfermo de Alzheimer, muchos se olvidan de sus propias necesidades y suelen dejar sus propias vidas en un segundo plano.

No obstante, el cuidador debe tomar conciencia de la necesidad de cuidarse más, debe darse cuenta de que cuidándose a sí mismo está cuidando mejor a su familiar porque, satisfechas sus necesidades de descanso, ocio y apoyo emocional, podrá disponer de más energía y de recursos físicos y psicológicos para continuar cuidando.

En el cuadro siguiente veremos las principales áreas de cuidado y las actividades más indicadas para el mismo, con el que podemos, como equipo de atención primaria a la salud, orientar al cuidador primario:

<p>Cuidar el cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Realizar un chequeo general y conocer las enfermedades que padece el cuidador primario y el cuidado que requieren. » Dormir lo suficiente. » Alimentarse correctamente. » Practicar un ejercicio con regularidad varias veces a la semana. » Practicar alguna técnica de relajación. » Llevar un control de las enfermedades que presente el cuidador.
<p>Cuidar las emociones</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Reconocer y aceptar las emociones y sentimientos sin juzgarlos. » No ser tan autocrítico. » Autovaloración. » Autorreconocimiento. » Aprender a poner límites. » Aprender a pedir ayuda. » Ser directo en solicitar el tipo de ayuda que necesita. » Ante las situaciones problemáticas buscar sus causas del por qué se está presentando de esa manera y sus soluciones.
<p>Cuidar las relaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Reorganizar la vida social. » Organización y planificación del tiempo. » Solicitar apoyo a las redes de apoyo del paciente. » Delegar responsabilidades, no sentirse imprescindible. » Buscar apoyos externos de servicios sociales como la asistencia al centro de día. » Asistir a grupos de apoyo para familiares y cuidadores.

4.6 Habilidades que debe poseer un cuidador

Para ser cuidador se necesita poseer de un sentido enorme de responsabilidad y altruismo; ser cuidador es una experiencia que modifica la vida de la persona y de la familia misma.

Por todo lo anterior, se ha visto la necesidad de capacitar al cuidador de manera adecuada con el fin de facilitarle el cuidado y disminuir el estrés que presenta al conocer la enfermedad de su familiar y qué saber hacer en caso de alguna emergencia.

Cuidar a una persona puede ser también una experiencia positiva y algunas investigaciones (Pinto, Barrera, Sánchez. 2005) han detectado que para ello resulta fundamental la confianza en la resolución de problemas, el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud del papel que realiza, la habilidad para anticiparse a las necesidades de su familiar, el reconocimiento de las necesidades de su familiar, y la confianza en la realización de tareas y manejo de conflictos.

Recomendaciones principales para el cuidador principal:

Hábitos saludables:

- » Trate de comer bien a sus horas y con una dieta equilibrada.
- » Haga ejercicio de manera regular mínimo 30 minutos. Caminar puede ser una excelente opción.
- » Trate de dormir y descansar lo más que sea posible, usted necesita descansar adecuadamente para realizar bien su trabajo.
- » No se aisle, mantenga lo más que pueda sus relaciones sociales y familiares.
- » Practique alguna disciplina contemplativa como el yoga y la meditación.
- » Conozca sus reacciones ante el estrés, por ejemplo: cuando estoy estresada como sin medida.
- » Reconozca si a partir de su trabajo ha aumentado el uso de alcohol y tabaco.

Evitar la soledad y aislamiento:

- » Dedique tiempo a algún pasatiempo que disfrute.
- » Capacítese en su trabajo; a mayor capacitación, menor niveles de ansiedad.
- » No se aisle, busque temas de conversación distintos a las enfermedades de sus pacientes.
- » Valore si ha aumentado el sentimiento de tristeza o depresión a partir del trabajo que realiza.
- » Reconozca sus sentimientos al trabajar con adultos mayores.

Aprenda a administrar su tiempo:

- » Conocer los procedimientos de lo que estamos haciendo y cómo se debe hacer facilitará el tiempo que lo realicemos de la mejor manera.
- » Identifique los principales obstáculos que tiene para hacer su trabajo así como las barreras arquitectónicas (escaleras, rampas, falta de barras de soporte, etc.) que puedan provocar un accidente.
- » Pida ayuda cuando lo necesite.
- » Aprenda a compartir el trabajo con pacientes difíciles de movilizar o con problemas de comportamiento; es mucho menos estresantes realizar la tarea entre dos personas.

Aspectos importantes en el trato con el paciente:

- » Procure generar independencia con el adulto mayor, que él haga lo más que pueda aunque se tarde el doble. Ser un buen cuidador no es hacerle todo.
- » Identifique los principales problemas de comunicación que tiene con sus pacientes.
- » Procure tener paciencia y tolerancia con el adulto mayor y las dificultades que se le presenten.

4.6 Estrategias para el manejo de estrés en el cuidado y la importancia del autocuidado

El primer paso:

Reconocer lo que puede o no puede cambiar: la noticia de que un ser amado tiene la enfermedad de Alzheimer puede resultar abrumadora al comienzo. Sin embargo, la mayoría de los cuidadores consideran que mientras más aprenden sobre la enfermedad y los recursos que tienen a su disposición, pueden enfrentarla mejor. Una forma de controlar la tensión que involucra el cuidado diario, es aprender a reconocer las cosas que pueden cambiarse para mejorar, y aceptar las que no se pueden cambiar. Muchos expertos ofrecen los siguientes consejos:

- a. Aprender todo lo que se pueda sobre la enfermedad de Alzheimer para saber qué es lo que se puede modificar y que no, conocer los últimos avances en tratamientos e intervención pueden facilitar por mucho las opciones a futuro que se tengan con el paciente.
- b. Una de las mayores dificultades con las que se enfrenta un familiar es la de aceptar las expectativas poco realistas -como la de pensar que el paciente va a mejorar su memoria o detener el deterioro progresivo-; es importante orientarle en cada etapa para que pueda ir modificando el trato y el apoyo que requiere el paciente en la medida en que la enfermedad va progresando y él se va deteriorando. En cada etapa el cuidador requerirá mayor información.
- c. Identificar grupos de ayuda como los grupos de apoyo para familiares e instituciones serias que brinden información verídica para que el familiar tenga información en todo momento, identifique los recursos de apoyo como centros de día, fundaciones, asociaciones civiles y grupos de apoyo institucionales, le sugerimos hacer una lista de estos recursos y proporcionarla.
- d. Informe al familiar sobre el manejo de los principales síntomas psicológicos y conductuales a los que se puede enfrentar con su paciente. Pídale que no lo confronte, no discute y no regañe cuando el paciente hable incongruencias o crea que vive en otra realidad; el manejo adecuado de estos síntomas disminuye la institucionalización del paciente.
- e. Orientemos para que la casa del paciente sea un ambiente seguro y tranquilo para el paciente y la familia, con las medidas de seguridad necesarias; fomentemos el establecimiento de rutinas simples y regulares que ayuden a la contención del paciente, y disminuyan los cambios severos de conducta.
- f. Es muy importante que el familiar vea con anticipación los aspectos económicos y legales para conocer con anterioridad las decisiones tomadas. El cuidador primario debe estar preparado para el manejo de los desacuerdos y problemáticas que surgirán a nivel familiar, los cuales pueden aumentar la tensión en los momentos cruciales de la enfermedad de Alzheimer.
- g. En la medida en que va avanzando la enfermedad, el cuidador debe aceptar que el paciente ya no puede responsabilizarse de algunas actividades que antes podía realizar desde pago de bancos y manejo de cuentas hasta la elaboración de alimentos o la ayuda de tareas sencillas en el hogar, cada vez se necesitará de mayor cuidado y de una reorganización de roles, así como de crear redes de ayuda para cuando sea necesario.
- h. Detectar y enseñar al cuidador los síntomas de sobrecarga para que pueda atenderse a tiempo y evitar las consecuencias. Es importante detectar las enfermedades del cuidador, su prevención y tratamiento y la posible presencia de ansiedad o depresión.

Segundo paso:

De acuerdo con autores como Pinto Fontanillo (2007) es importante educar al cuidador en la utilización de técnicas de control de estrés. A continuación abordaremos algunas de las más recomendables:

- a. **Entrenamiento en control de respiración:** Aprender a controlar los niveles de activación fisiológica en situaciones de estrés. La respiración abdominal se realiza con un ritmo adecuado de inspiración- espiración para obtener una respuesta contraria al estrés, provocando con esto un estado hipoactivo (disminuyéndose el ritmo cardiaco y facilitándose la expulsión del dióxido de carbono) lo que provoca una sensación subjetiva de relajación y bienestar.
- b. **Entrenamiento en comunicación asertiva:** Saber pedir ayuda cuando se necesita y aceptar las sugerencias. Evitar ser pasivo y agresivo, respetar los pensamientos y opiniones de otras personas y valorar si nos pueden ser útiles para resolver la situación.
- c. **Entrenamiento en resolución de problemas:** Utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas para cada situación. Ante los problemas, los autores proponen 4 etapas fundamentales: saber definir el problema, identificar y generar el mayor número posible de alternativas, tomar decisiones y, por último ,la puesta en práctica de una solución.
- d. **Entrenamiento en mejora de la autoestima:** Fomentar de la manera más positiva y realista posible el descubrimiento de nuestros recursos personales para utilizarlos adecuadamente y reconocer las deficiencias y superarlas en la medida de las posibilidades.

4.7 Estrategias de promoción de la salud mental y prevención de la demencia

Autores como Rivera (1993) consideran la problemática de la demencia como un problema de salud pública que es cada vez más notorio por su impacto; el aumento progresivo de la edad media y de los límites de longevidad indican una tendencia hacia el incremento de esta prevalencia, aunque existen otros factores que pueden disminuir el riesgo mediante la adopción de medidas preventivas y de promoción de la salud aunque no existe suficiente evidencia que sostenga la prevención total de esta enfermedad.

Una de las principales problemáticas que se presentan durante el tratamiento y que influye directamente en la calidad de vida del paciente es la falta de una adecuada estrategia de detección precoz de la demencia, ya que realizarla adecuadamente permitiría prevenir y proveer de la atención adecuada a esta población.

Existen una serie de factores que no se pueden modificar:

- a. Edad avanzada. A mayor edad, existe un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. A los 80 años, cerca del 35 % de las personas desarrolla la enfermedad.
- b. Género femenino. Es más frecuente en las mujeres y una de las explicaciones se relaciona a la deficiencia de estrógeno después de la menopausia.
- c. Antecedentes familiares. Aunque la mayoría de los casos de Alzheimer son de aparición esporádica, el antecedente de algún familiar con la enfermedad puede aumentar el riesgo en los familiares, sobre todo cuando el familiar es la madre. El porcentaje en realidad es bajo ya que sólo existe de un 3% a 5% de casos que son familiares y la herencia es autosómica dominante.

Por otro lado, existe una serie de factores de riesgo que revisaremos brevemente porque pueden desencadenar la enfermedad o mermar la calidad de vida del paciente con demencia.

Mala nutrición: "la recomendación práctica desde la Sociedad Española para la Promoción Integral de la Salud (SEPIS) para contribuir a la prevención de las enfermedades mentales desde un punto de vista nutricional sería aumentar el consumo de ácidos grasos omega 3 presentes en pescados azules, algas marinas, semillas de calabaza, sésamo, nueces... Evitar la deficiencia de hierro en individuos susceptibles (adolescentes, embarazadas, tercera edad, deportistas, mujeres perimenopáusicas...), aumentando el consumo de alimentos como carne roja, vísceras, legumbres, cereales enriquecidos, espinacas...Y por último mantener un adecuado consumo de ácido fólico que encontraremos en vegetales de hoja verde, legumbres, espárragos, brócoli, naranja..." (2010).

Para autores como Martín Carrasco (2008), entre las estrategias preventivas está la de tratar de manera preferencial la hipertensión arterial ya que con esto se reduce el riesgo del accidente cerebrovascular y la incidencia en demencia. En cuanto a otros factores considerados de alto riesgo -como las concentraciones de colesterol, el consumo de tabaco, la diabetes, la obesidad-, puede ser útil con el fin de mejorar el estilo de vida, pero no existen demostraciones de que el control de estos factores impidan el principio y desarrollo de una demencia; lo mismo ocurre con la actividad física e intelectual, la administración de vitamina E o antiinflamatorios, sin embargo sí hay evidencia de que el empleo de estrógenos en la mujer puede disminuir considerablemente el riesgo.

Recapitulación

En resumen y de acuerdo con Barrera, un cuidador familiar o primario es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria (aquellas que son imprescindibles para subsistir: baño, movilización, traslado, medicación adecuada, alimentación, ingesta de líquidos, etc.) para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad.

Para autores como Montorio (1998), prestar asistencia informal a personas mayores con problemas de salud (funcionamiento físico, cognitivo, problemas de conducta, etc.) constituye una situación típicamente generadora de estrés en las personas encargadas de tal cuidado, con importantes consecuencias para su bienestar físico, psicológico y social; siendo los principales problemas que manifiesta el cuidador: la limitación de tiempo libre, la reducción de actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales.

Investigaciones realizadas Bergman-Evans (1994) observaron que la sobrecarga que vive el cuidador disminuye considerablemente cuando éste recibe apoyo social de sus familiares, vecinos, amigos o asociaciones sin fines de lucro, mientras que los que no reciben apoyo están más propensos a presentar depresión y ansiedad.

Sánchez Herrera (2012) estudian los elementos y el impacto que tiene la necesidad del cuidado en un paciente, los cuales se presentan en el siguiente cuadro que también resume los principales temas abordados en este capítulo:

Carga del cuidado en la enfermedad crónica no transmisible (ECNT) Constructor multidimensional	Dimensión epidemiológica	Frecuencia	Incidencia
			Prevalencia
			Mortalidad
		Valoración de sus consecuencias	Mortales: pérdida de años de vida
	No mortales: pérdidas funcionales y de bienestar		
	Dimensión económica	Costo-efectividad de los servicios	Costos directos
			Costos indirectos
		Impacto negativo	Consumo
			Ahorro
			Oferta de mano de obra
			Productividad
			Acumulación de capital humano
	Dimensión social: personas con ECNT cuidador familiar, familias	Estrés, culpa y afrontamiento del cuidador ante la ECNT de la persona a quien cuida.	
		Implicaciones para la familia: en la funcionalidad de la misma (económica, social y personal)	
		Factores de desgaste	Variables físicas, comportamentales o cognitivas de los pacientes y fase de la enfermedad
			Escenario del cuidador
			Autopercepción de carga del cuidado en el cuidador
			Grado de preparación que tiene los cuidadores para asumir el rol
	Costos del cuidador	Costos económicos	
		Costos sobre la salud física	
Costos sobre la salud emocional			
Restricciones sociales y personales			
Inversión de valor en el dar cuidado			
Aspectos positivos de la experiencia de cuidado	Satisfacción, reconocimiento, crecimiento, desarrollo, aprendizaje, trascendencia, vínculo con la persona cuidada		

Glosario

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad. Por ejemplo, utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, abordar un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (lavar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, realizar trámites, administrar el propio dinero, entre otras.
- Ansiedad:** Estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío; o patológica, que caracteriza a diferentes trastornos psíquicos.
- Autonomía:** La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Véase 2.1 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf> (traducción del inglés). La autonomía expresa la idea de que las personas deben dirigir sus propias acciones y estar libres de coerción o influencia de otros sobre sus acciones y decisiones. Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.
- Dependencia funcional:** A la realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD) -como son caminar dentro del hogar, comer, bañarse, acostarse, utilizar el sanitario y levantarse de la cama- con supervisión, dirección o asistencia activa de otra persona, se le conoce como dependencia funcional, la cual se presenta cuando el proceso de envejecimiento del organismo debilita las funciones físicas, cognitivas y sensoriales de los individuos.
- Depresión:** Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.
- Aprendizaje asociativo.** Esta forma de aprendizaje propuesto por Guthrie plantea la asociación de dos estímulos en ausencia de respuesta o estímulo incondicionado por medio del principio de contigüidad.
- Ayudas externas.** Se refiere a la utilización de elementos externos a la persona como agendas, pizarrones, cuadernos de notas, relojes o calendarios que tienen la finalidad de compensar funciones severamente deterioradas como la memoria inmediata o la orientación. El uso de estas ayudas demanda un mínimo esfuerzo cognitivo por parte del paciente.
- Cinesiterapia.** Véase quinesioterapia.
- Estimulación cognoscitiva.** Conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimizar el desempeño cognitivo y funcional de los pacientes, para mejorar en último término su calidad de vida. Debido a que las enfermedades demenciales impiden la rehabilitación cognoscitiva en términos de la recuperación de una función, es recomendable implementar programas de intervención menos ambiciosos dirigidos a mantener los procesos conservados y compensar con elementos o ayudas externas a aquellos deteriorados.
- Estimulación eléctrica transcutánea.** Utilización de corriente eléctrica para facilitar funciones cognitivas, mejorar el sueño o mejorar la conducta. Subtipos: estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), estimulación eléctrica craneal.
- Intervención.** Cualquier acción (preventiva, diagnóstica, terapéutica) aplicada con el fin de modificar el curso de un proceso, por ejemplo, una enfermedad, una situación fisiológica o un hábito.
- Intervención multicomponente.** Se refiere al uso de estrategias de distinta naturaleza para el abordaje de un problema. En el caso de la demencia este tipo de intervención puede incluir tanto programas dirigidos al paciente, como a sus cuidadores y familiares, por ejemplo, psicoeducación, grupos de autoayuda, estimulación cognoscitiva, etc.
- Memoria procedural.** Memoria procedimental, memoria de procedimiento o implícita. Memoria que interviene en el aprendizaje de procedimientos (montar en bicicleta, peinarse, conducir un coche, etc.). Consiste en la automatización de rutinas de movimientos aprendidos y el aprendizaje de habilidades motrices y cognitivas. Estas habilidades sólo pueden aprenderse practicándolas. Es una memoria automática que no precisa de una ejecución consciente.

Memoria semántica. Memoria integrante de la memoria declarativa. Contiene información que no varía y cuya adquisición no está ligada a una experiencia personal particular; en ella se incluyen, por ejemplo, el significado de las palabras y los conocimientos académicos o adquiridos en la escuela (número de días que tiene una semana o las capitales de los países).

Memoria declarativa, memoria explícita. Habilidad para recordar de manera consciente y contar detalles de los eventos. Se denomina declarativa porque podemos pedir explícitamente a nuestro cerebro que realice una conexión entre un par de estímulos. Está expuesta al olvido y requiere la repetición para perdurar años.

Metaanálisis. Es una técnica estadística que permite integrar los resultados de diferentes estudios (estudios de test diagnósticos, ensayos clínicos, estudios de cohortes, etc.) en un único estimador, dando más peso a los resultados de los estudios más grandes.

Monitoreo. Considerada una función ejecutiva gracias a la cual una persona puede evaluar si los resultados de una conducta son consistentes con la meta u objetivo. Este proceso permite la identificación y corrección de errores en cualquier actividad, por lo cual permite la autorregulación de la conducta.

Quinesioterapia o quinesiterapia. Método terapéutico por medio de movimientos activos o pasivos de todo el cuerpo o de alguna de sus partes.

Tamaño del efecto. Índice estadístico que indica la magnitud de una relación o efecto, se expresa como la media del grupo experimental menos la media del grupo control dividido por la desviación estándar común. Permite al investigador evaluar la probabilidad que tiene un efecto de ser obtenido a partir de una población en la que no existe efecto.

Terapia de orientación a la realidad. Tratamiento psicológico aplicado a las personas que sufren demencia y cuyo objetivo es reducir el impacto de la desorientación temporal y espacial por medio del suministro constante de información, para que tomen conciencia del tiempo, del lugar en que se encuentran y del mundo que les rodea.

Terapia de reminiscencias. Terapia de rememoración. Estrategia terapéutica consistente en repasar la vida del paciente a fin de estimular el recuerdo de hechos con la ayuda de material audiovisual (viejas películas y fotos), música, comentarios escritos, etc. Con ella se pretende que el paciente hable de su pasado y las cosas gratas que ocurrieron entonces.

Terapia de validación. La terapia de validación creada por Feil (1993) está basada en la creencia de que los sentimientos y los recuerdos de las personas con deterioro cognitivo deben ser respetados y validados incluso si son inconsistentes con la realidad. El objetivo de esta terapia es entender el significado que el comportamiento tiene para el enfermo, por lo que se centra en respetar el sentido de realidad que tiene el comportamiento problemático para la persona con deterioro cognitivo. En definitiva, se trata de buscar la emoción subyacente al comportamiento manifestado. Algunas de las técnicas que utiliza esta terapia son la escucha activa y el parafraseo con objeto de facilitar la comunicación con el paciente.

Tratamiento no farmacológico. Cualquier intervención fundamentada teóricamente, no química, replicable, aplicada al paciente o al cuidador que potencialmente puede proveer algún beneficio relevante (Olanzarán, et al., 2010). Conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona con demencia, es decir, los aspectos funcional, conductual, cognoscitivo, anímico, sociofamiliar y ambiental (Tárraga, 2007).

Centros de día: El centro de día para adultos mayores con demencia (CDAMD) se define como un recurso que brinda un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar, que ofrece una atención diurna (aproximadamente ocho horas), que se caracteriza por su orientación integral y especializada, dirigida en forma particular a pacientes con demencia, para maximizar sus capacidades cognitivas residuales y promover su funcionalidad dentro de su entorno habitual. Propiciando además, un tiempo de respiro al cuidador, al compartir y participar en la atención requerida por el enfermo, evitando o postergando la institucionalización precoz [...].

Atención domiciliaria: Conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o la familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que debido a su estado de salud no pueden desplazarse al centro de atención primaria.

Cuidador: Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Sobrecarga del cuidador: Pearlin, habla de sobrecarga en relación con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien, mientras que Zarit la define como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más adeptos, de manera que actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que la cuidadora tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.

Cuidadores informales: Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos (Flórez Lozano et al, 1997, Aguas, 1999).

Bibliografía módulo III

- AD2000 Collaborative Group, Bentham P, Gray R, Sellwood, et al.** Aspirin in Alzheimer disease (AD2000): a randomized open-label trial. *Lancet Neurol* 2008;7:41-9.
- Aisen P, Gauthier S, Ferris S, Saumier D, Haine D, Garceau D, et al.** Tramiprosate in mild-to-moderate Alzheimer's disease—A randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-centre study (the Alphase Study). *Arch Med Sci* 2011;7(1):102–111.
- Aisen PS, Cummings J, Schneider LS.** Symptomatic and Nonamyloid/Tau Based Pharmacologic Treatment for Alzheimer Disease. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2:a006395.
- Aisen PS, Schneider LS, Sano M, et al.** High-dose B vitamin supplementation and cognitive decline in Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2008;300: 1774–1783.
- Allegri FR, Guekht A.** Cerebrolysin improves symptoms and delays progression in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia. *Drugs Today (Barc)*. 2012 Apr;48 Suppl A:25-41.
- Alvarez XA, Cacabelos R, Sampedro C, et al.** Combination treatment in Alzheimer's disease: results of a randomized, controlled trial with cerebrolysin and donepezil. *Curr Alzheimer Res* 2011;8(5):583Y591.
- American Psychiatric Association.** Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *The American Journal of Psychiatry*, (2007)164 (12), 1-53.
- Arroyo Mena C et al.** Atender a una persona con Alzheimer. Primera Editorial CEAFA “Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias” Madrid. 2012.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Madrid (AFAL).** El baúl de los recuerdos. Manual de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en ambiente familiar. Madrid: AFAL. 2003.
- Auchus AP, Brashear HR, Salloway S, et al.** Galantamine treatment of vascular dementia: a randomized trial. *Neurology* 2007; 69:448.
- Bäckman, L.** Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica Suppl*, 139, 84-89. 1992.
- Bäckman, L.** Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica Suppl*. 165, 109-113. 1996.
- Bains J, Birks JS, Denning TR.** The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003944.
- Barrera Ortiz, L., Galvis López, C. R., Pinto Afanador, N., Moreno Fergusson, et al.** La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y educación en enfermería*. 2006;24(1), 36-46.
- Bayer A, Bullock R, Jones R, et al.** Evaluation of the safety and immunogenicity of synthetic Aβ42 (AN1792) in patients with AD. *Neurology* 2005;64(1):94–101
- Behr D, Graham SL.** Protease inhibitors as potential disease-modifying therapeutics for Alzheimer's disease. *Expert Opin Investig Drugs* 2005;4(11): 1385–1409.
- Bell KFS, Zheng L, Fahrenholz F, Cuello AC.** ADAM-10 over-expression increases cortical synaptogenesis. *Neurobiol Aging* 2008;29(4):54–565.
- Birks J, Grimley Evans J, Iakovidou V, et al.** Rivastigmine for Alzheimer's disease (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD001191.
- Birks J, Grimley Evans J.** Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD003120.
- Birks J, Harvey RJ.** Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD001190.
- Birks J, McGuinness B, Craig D.** Rivastigmine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5:CD004744.
- Birks J.** Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD005593.
- Buttini M Masliah E, Barbour R, Grajeda H, et al.** β-Amyloid immunotherapy prevents synaptic degeneration in a mouse model of Alzheimer's disease. *J Neurosci* 2005;25(40):9096–9101.
- Carpenter BD, Xiong C, Porensky EK, et al.** Reaction to a dementia diagnosis in individuals with Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:405-12.

- Cerrato IM, Trocóniz MIF, López AL, Colodrón MS.** La entrevista de carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología.* 1998;14(2), 229-248.
- Colovic MB, Krstic DZ, Lazarevic-Pašti TD, et al.** Acetylcholinesterase Inhibitors: Pharmacology and Toxicology. *Current Neuropharmacology*, 2013, 11, 315-335 315.
- Cukierman-Yaffe T, Gerstein HC, Williamson JD, et al.** Relationship between baseline glycemic control and cognitive function in individuals with type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors: the action to control cardiovascular risk in diabetes-memory in diabetes (ACCORD-MIND) trial. *Diabetes Care* 2009; 32:221.
- Cummings JL, Street J, Masterman D, Clark WS.** Efficacy of olanzapine in the treatment of psychosis in dementia with lewy bodies. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2002; 13:67.
- Dal Forno G, Palermo MT, Donohue JE, et al.** Depressive symptoms, sex and risk for Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* 2005;57:381.
- De los Reyes MC.** Construyendo el concepto cuidador de ancianos. Conferencia presentada en la IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Brasil. Noviembre, 2001.
- De Rivera JG, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Concepción A, De las Cuevas C.** La demencia como problema de salud pública: estrategias para su detección precoz. En: *Gerontogeriatría y Psicogeriatría*, Madrid: Arana, 1991.
- Deschenes CL, McCurry SM.** Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:20.
- Downing LJ, Caprio TV, Lyness JM.** Geriatric Psychiatry Review: Differential Diagnosis and Treatment of the 3 D's - Delirium, Dementia, and Depression. *Curr Psychiatry Rep* (2013) 15:365.
- Dubois B, Tolosa E, Katzschlager R, et al.** Donepezil in Parkinson's disease dementia: a randomized, double-blind efficacy and safety study. *Mov Disord* 2012; 27:1230.
- Durán Heras MA, García C, Caillavet F, Moyer M.** De puertas adentro. Madrid: Instituto de la Mujer. 1988.
- Durán Heras MA.** La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud. *Política y Sociedad*, 2000; (35) 9-30.
- Elie M, Cole MG, Primeau FJ, et al.** Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Intern Med* 1998;13:204-12.
- Emre M, Aarsland D, Albanese A, et al.** Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004; 351:2509.
- Emre M, Tsolaki M, Bonuccelli U, et al.** Memantine for patients with Parkinson's disease dementia or dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2010; 9:969.
- Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V.** Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería.* (2012)18(2), 23-30.
- Farran CJ, Gilley DW, McCann JJ, Bienias JL, Lindeman DA, Evans DA.** Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, (2007)29 (8), 944-960.
- Ferrer JG.** Recuperado el 13 de marzo de 2013, de Fundación Intras: http://www.intras.es/index.php/cendoss/temas-de-interes/mayores/cat_view/40-documentos-de-interes/43-dependencia-documentos?start=20.
- Finucane TH.** Moderate to Severe Alzheimer Disease Already Receiving Donepezil. A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2004;291:317-324.
- Fisk JD, Beattie LB, Donnelly M, et al.** Disclosure of the diagnosis of dementia. *Alzheimers Dement* 2007;3:404-10.
- Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK.,** Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009; 5, 210-220.
- Frías MD, Llobel JP, García JF.** Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 2000; 12(2), 236-240
- Gagnon JF, Postuma RB, Montplaisir J.** Update on the pharmacology of REM sleep behavior disorder. *Neurology* 2006; 67:742.
- Galasko D, Graff-Radford N, May S, et al.** Safety, tolerability, pharmacokinetics, and A β levels after short-term administration of R-flurbiprofen in healthy elderly individuals. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2007;21(4):292-299.
- Gauthier S, Loft H, Cummings J.** Improvement in behavioral symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: A pooled data analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23(5), 537-545.
- Giraldo CI, Franco GM, Correa LS, Salazar MO, Tamayo AM.** Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2005;23(2), 7-15.
- Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW.** Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a non pharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, (2010)58, 1465-1474.
- Gladkevich A, Bosker F, Korf J, Yenkovyan K, Vahradyan H, Aghajyanov M.** Proline-rich polypeptides in Alzheimer's disease and neurodegenerative disorders —Therapeutic potential or a mirage? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31(7):1347-1355.
- González-Cosío M.** Manual para el cuidador de pacientes con demencia. Recomendaciones para un cuidado de calidad. Ed. Lundbeck, 2009.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.** Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N.º 2009/07.

- Guay DR.** Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008;6:269.
- Herrmann N, Gauthier S, Lysy PG.** Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 3 (2007) 385–397.
- Hogan DB, Bailey P, Black S, et al.** Diagnosis and treatment of dementia: 4. Approach to management of mild to moderate dementia. *CMAJ* 2008;179(8):787–93.
- Howard R, McShane R, Lindesay J, et al.** Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2012;366:893–903.
- <http://promocionintegraldelaSalud.wordpress.com/tag/demencia/>
- http://www.fundacionreinasofia.es/Lists/Documentacion/Attachments/62/Informe%20AlzheimerAtencionPrimaria_final.pdf
- <http://www.guiasalud.es/egpc/alzheimer/completa/apartado06/prevencion.html>
- <http://www.insp.mx/noticias/evaluacion-y-encuestas/1694-dependencia-funcional-en-adultos-mayores.html>
- Huey ED, Garcia C, Wassermann EM, et al.** Stimulant treatment of frontotemporal dementia in 8 patients. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1981.
- Ihara Y.** Why AB vaccine? *Alzheimer's Dement* 2008;4(4):(S2-04-039).
- Imbimbo, B.** Alzheimer's disease: γ -Secretase inhibitors. *Drug Discov Today-Ther Strategies* 2008;5:169–175.
- Imsero.** Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004. Disponible en: http://www.segsocial.es/inicio/?Mlval=cw_usr_view_Folder&LANG=1&ID485
- Inouye SK.** Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157–65
- Jaturapatporn D, Isaac MG, et al.** Aspirin, steroidal and non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;2:CD006378.
- Kenche VB, Barnham KJ.** Alzheimer's disease metals: Therapeutic opportunities. *Br J Pharmacol* 2011;163(2):211–219.
- Kerssens CJ, Pijnenburg YA.** Vulnerability to neuroleptic side effects in frontotemporal dementia. *Eur J Neurol* 2008; 15:111.
- Kukar TL, Ladd TB, Bann MA, Fraering PC, et al.** Substrate-targeting gamma-secretase modulators. *Nature* 2008;453(7197):925–929.
- Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C, Pasquier F.** Frontotemporal dementia: a randomized, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17:355.
- Lecouturier J, Bamford C, Hughes JC, et al.** Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia: identifying the key behaviours of “best practice.” *BMC Health Serv Res* 2008;8:95.
- Libro Blanco de la Dependencia.** Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004. Accesible en formato pdf:<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>
- Lindner MD, McArthur RA, Deadwyler S, et al.** Development, optimization and use of preclinical behavioral models to maximize the productivity of drug discovery for Alzheimer's disease. In: McArthur RA, Borsini F, eds. *Animal and translational models for CNS drug discovery.* San Diego, CA: Academic Press, 2008.
- Lopez OL, Becker JT, Wahed AS, et al.** Long-term effects of the concomitant use of memantine with cholinesterase inhibition in Alzheimer disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009;80(6):600Y607.
- Loy C, Schneider L.** Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD001747.
- Lucetti C, Logi C, Del Dotto P, et al.** Levodopa response in dementia with lewy bodies: a 1-year follow-up study. *Parkinsonism Relat Disord* 2010; 16:522.
- Mace NL, Rabins PV.** Cuando el día tiene 36 horas. Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria, demencia senil y Alzheimer. México: Editorial Pax. 1997.
- Malouf R, Birks J.** Donepezil for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD004395.
- Martín Carrasco, M.** Actualización en el manejo de las demencias en atención primaria. En: *Monográfico. Salud mental en atención primaria*, octubre de 2008, 714.
- Martone RL, Zhou H, Atchison K, Comery T, Xu JZ, Huang X, et al.** Begacestat (GSI-953): A novel, selective thiophene sulfonamide inhibitor of amyloid precursor protein γ -secretase for the treatment of Alzheimer's disease. *J Pharmacol Exp Ther* 2009;331(2):598–608.
- McCarney R, Fisher P, Iliffe S, et al.** Ginkgo biloba for mild to moderate dementia in a community setting: A pragmatic, randomised, parallel-group, double-blind, placebocontrolled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1222–1230.
- McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et al.** Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:793.
- McGuinness B, O'Hare J, et al.** Cochrane review on “Statins for the treatment of dementia”. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2013 Feb;28(2):119–26.
- McGuinness B, O'Hare J, et al.** Statins for the treatment of dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Aug 4;(8):CD007514.
- McKeith I, Del Ser T, Spano P, et al.** Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000; 356:2031.

- McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N.** Memantine for dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD003154.
- Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gombein J.** The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996;46:130.
- Mendes CT, Mury FB, de Sá Moreira E, et al.** Lithium reduces Gsk3b mRNA levels: Implications for Alzheimer disease. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259(1):16–22.
- Mendez MF, Shapira JS, McMurtray A, Licht E.** Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:84.
- Mendez MF.** Frontotemporal dementia: therapeutic interventions. *Front Neurol Neurosci* 2009; 24:168.
- Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, et al.** Practice Parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006; 66:996.
- Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz MI, López López A, Sánchez Colodrón M.** La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. 1998.
- Moretti R, Torre P, Antonello RM, et al.** Rivastigmine in frontotemporal dementia: an open-label study. *Drugs Aging* 2004; 21:931.
- Mori E, Ikeda M, Kosaka K.** Donepezil-DLB Study Investigators. Donepezil for dementia with Lewy bodies: a randomized, placebo-controlled trial. *Ann Neurol* 2012; 72:41.
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, et al.** Nonpharmacological therapies in Alzheimer's Disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, (2010) 30, 161-178.
- Ostrosky-Solís F, Chayo-Dichy R, Gómez E, Flores J.** ¿Problemas de memoria? Un programa para su estimulación y rehabilitación. México: LP Editorial. 2005.
- Peña-Casanova J.** *El libro de la memoria.* Historia de vida. Barcelona: Fundación "La Caixa". 1999a.
- Peña-Casanova J.** Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación "La Caixa". 1999b.
- Peña-Casanova J.** Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Ed. Fundación "La Caixa" 1999.
- Peña-Casanova J.** Las alteraciones psicológicas y del comportamiento. Definición, descripción, guías de intervención y consejos. Barcelona: Fundación "La Caixa". 1999c.
- Peters KR, Rockwood K, Black SE, et al.** Characterizing neuropsychiatric symptoms in subjects referred to dementia clinics. *Neurology* 2006;66:523.
- Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B.** Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Aquichan.* 2005;5(1), 128-137.
- Pinto Fontanillo JA.** La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: detección y cuidados en las personas mayores. Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2007.
- Puig A.** Ejercicios para mantener el intelecto. Madrid: Editorial CCS. 2012.
- Puig A.** Ejercicios para mantener la cognición. Madrid: Editorial CCS. 2007.
- Purandare N, Burns A, Burns A.** Behavioural and psychological symptoms of dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10 (3), 245-260. 2000.
- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al.** Effectiveness of Cholinesterase Inhibitors and Memantine for Treating Dementia: Evidence Review for a Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2008;148:379-397.
- Rains D.** Principios de neuropsicología humana. México: McGraw Hill, 2004.
- Ramírez VJA, Del Río BR, Russell MER, López CGF.** Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 2008;18(2), 237-245.
- Real Academia Española.** Diccionario de la Real Academia Española. España: Real Academia Española. 2001.
- Relkin NR, Szabo P, Adamiak B, et al.** 18-Month study of intravenous immunoglobulin for treatment of mild Alzheimer disease. *Neurobiol Aging* 2009;30(11):1728–1736.
- Robert S, Zugaza J, Fischmeister R, Gardier A, Lezoualc'h F.** The human serotonin 5-HT4 receptor regulates secretion of nonamyloidogenic precursor protein. *J Biol Chem* 2001;276(48):44881–44888.
- Robledo J.** Los cuidadores familiares: su evolución en el ámbito rural en el último siglo. *Index Enferm (Gran)* 2003; 12(40-41):25-29.
- Robles Silva L.** El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. *Estudios Demográficos y Urbanos*, septiembre-diciembre, 2001, 561-584.
- Roig MV, Abengózar MC, Serra E.** La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*, 1998;14(2), 215-227.
- Sabbagh MN, Hake AM, Ahmed S, Farlow MR.** The use of memantine in dementia with Lewy bodies. *J Alzheimers Dis* 2005; 7:285.
- Sánchez Herrera B, Carrillo González GM, Barrera Ortiz L, Chaparro Díaz L.** Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan.* 2013;13, 2, 247-260.
- Sánchez-Janariz H.** Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Ed. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad Servicio Canario de la Salud Dirección General de Programas Asistenciales. 2011.

- Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al.** A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *New Engl J Med* 1997; 336: 1216–1222.
- Sardinero, A.** Presentación y guía didáctica. Colección "Estimulación cognitiva para adultos". España: Grupo Gesfomedia. 2010.
- Scarmeas N, Brandt J, Albert M, et al.** Delusions and hallucinations are associated with worse outcome in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 2005;62:1601.
- Schneider LS.** Alzheimer Disease Pharmacologic Treatment and Treatment Research. *Continuum (Minneapolis)* 2013;19(2):339–357.
- Schneider LS.** Issues in design and conduct of clinical trials for cognitive-enhancing drugs. In: McArthur RA, Borsini F, eds. *Animal and translational models for CNS drug discovery*. San Diego, CA: Academic Press, 2008.
- Siemers ER, Friedrich S, Dean RA, Sethuraman G, et al.** Safety, tolerability and biomarker effects of an A β monoclonal antibody administered to patients with Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2008;4(4):T774.
- Smart Brain (s.f.).** Smart Brain. Sistema interactivo de estimulación cognoscitiva. Recuperado el 9 de enero de 2014, de <http://www.smartbrain.net>
- Sobreviela, JME.** Conceptos y características de la atención domiciliaria. En: *Guía de buena práctica de atención domiciliaria*, Madrid: IM&C, 2005.
- Soininen H, West C, et al.** Long-term efficacy and safety of celecoxib in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 2007; 23, 8–21.
- Sperling RA, Jack CR, Black SE, et al.** Amyloid-related imaging abnormalities in amyloid-modifying therapeutic trials: Recommendations from the Alzheimer's Association Research Roundtable Workgroup. *Alzheimers Dement* 2011;7(4):367–385
- Swartz JR, Miller BL, Lesser IM, Darby AL.** Frontotemporal dementia: treatment response to serotonin selective reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:212.
- Tabet N, Feldman H.** Indomethacin for the treatment of Alzheimer's disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD003673.
- Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, et al.** Memantine Treatment in Patients With
- Tárraga L, Boada M.** Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada. Barcelona: Fundación ACE. Institut Catala de Neurociencies Aplicades. 2003.
- Tárraga L, Boada M.** Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve. Barcelona: Fundación ACE. Institut Catala de Neurociencies Aplicades. 2004.
- Tárraga L, Boada M.** Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Fundación ACE. Institut Catala de Neurociencies Aplicades. 1999.
- Tárraga L.** Tratamiento no farmacológico de las demencias. En: R. Alberca & S. López-Pousa. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. México: Editorial Médica Panamericana, 2007, 307-322.
- Tayeb HO, Yang HD, Price BH, et al.** Pharmacotherapies for Alzheimer's disease: Beyond cholinesterase inhibitors. *Pharmacology & Therapeutics* 134 (2012) 8–25.
- Tsvetkova LS.** Bases teóricas, objetivos y principios de la enseñanza rehabilitatoria. En L. Quintanar Rojas (Comp.). *Problemas Teóricos y Metodológicos de la Rehabilitación Neuropsicológica*. Tlaxcala: Universidad de Tlaxcala. 1998.
- Van Dyck CH, Tariot PN, Meyers B, et al.** A 24-week randomized, controlled trial of memantine in patients with moderate-to-severe Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2007 Apr-Jun;21(2):136-43.
- Verghese J, Lipton RB, Hall CB, et al.** Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals. *Neurology* 2003; 61:1667.
- Weinmann S, Roll S, Schwarzbach C, et al.** Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2010 Mar 17;10:14.
- Wilkinson D, Andersen HF.** Analysis of the effect of memantine in reducing the worsening of clinical symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007;24(2):138–145.
- Wischik C, Edwards P, Lai R, Roth M, Harrington C.** Selective inhibition of Alzheimer disease-like tau aggregation by phenothiazines. *Proc Natl Acad Sci* 1996;93(20):11213–11218.
- Zúñiga T, Trujillo Z, Sosa AL.** Requerimientos de los centros de día para la atención de adultos mayores con demencia: Consenso Nacional de la Federación Mexicana de Alzheimer. *Arch Neurocienc (Mex)*, 2012;17(4), 221-229.

Actividades de autoevaluación

Ejercicio 1. En la siguiente sopa de letras identifique los medicamentos que correspondan a las descripciones. Es posible que alguno de ellos se repita.

Descripción del medicamento:

1. Tiene una vida media corta y requiere ser administrada cada 4 horas, además de estar asociada con hepatotoxicidad directa reversible, por lo que requiere monitorización frecuente de las enzimas hepáticas.
2. Es un inhibidor selectivo y reversible de colinesterasa de acción prolongada. Es metabolizado ampliamente en el hígado y se excreta sin cambios por la orina. Tiene una vida media de eliminación larga de 70 horas, puede ser tomado una vez al día y el estado de equilibrio se produce en aproximadamente 2 semanas.
3. Los sujetos con EA leve, moderada o severa tratados con esta sustancia muestran beneficio en la función cognoscitiva, en las actividades de la vida diaria y en la conducta; además, el estado clínico global se califica como más positivo y muestra menor deterioro en comparación con los pacientes no tratados.
4. Es un inhibidor pseudorreversible mixto de acetilcolinesterasa y butirilcolinesterasa. Está aprobada para la EA leve y moderada; ha mostrado beneficio en la tasa de disminución de la función cognoscitiva, en las actividades de la vida diaria y en la severidad de la demencia.
5. Es un inhibidor competitivo reversible de la acetilcolinesterasa con relativamente menos inhibición de la butirilcolinesterasa en comparación con rivastigmina. Con dosis de 16 mg/día o más por al menos 6 meses, mejora los síntomas cognoscitivos y globales en las personas con EA leve a moderada, no hay evidencia de mejoría en las actividades de la vida diaria y los síntomas conductuales.
6. Ha demostrado un pequeño efecto benéfico, clínicamente detectable, en la función cognoscitiva, en el deterioro funcional, en los síntomas neuropsiquiátricos y conductuales, y en la impresión clínica global a los 6 meses en pacientes con EA moderada a severa, este efecto es marginal en EA leve.

K S A R I V A S T I G M I N A F W H A K
A B C X P W E L C X F Q A N I R C A T I
X N V L I E E Z I Z C V Z B F F B J M D
N N I E V D J O V E F W A L Z F E Q E Z
V I T M V Y P O Z A O O G I U X S B M D
V N Q N A D M A S C X L T W U C V H A H
O E J G S T P Y T X L I W L U J P E N S
G T F L B V N A S O O Z R I M D A V T R
O D B S F F H A M W A E W D N G X T I Q
T E S P F I Y U L I F P E Y E U E A N Z
G Q V M L H Z H S A P E V F Y Z B Q A E
U X B M Z F S P K B G N G C E K L E A A
B W P L V V I W H Z Z O J X S M U Q J L
G M A T F D T C F Y T D E D S U Z B J E
W X U U W U I C K I O L I Z E P E N O D
L K O A M I J U S O D W S H X B Q G L R
Y J B C X P H W L H W Y H J Z I N H X V
M C M C S X Q G A W O J N P M M H P J M
G U Z P E S H X B Z N W T H V H W P O T
C X F B O O J F T C J E S O C M G E J I

Ejercicio 1.1. En las líneas comente por qué las siguientes sustancias no son aprobadas por la FDA:

1. Ginkgo biloba

2. Cerebrolisina

3. Estatinas

4. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

5. Vitaminas y antioxidantes

Ejercicio 1.2 Coloque en la línea los tipos de fármacos asociados con los siguientes tratamientos y síntomas conductuales de la demencia:

TRATAMIENTOS

a. Terapias dirigidas A β

b. Terapias dirigidas a tau

c. Demencia vascular

d. Demencia con cuerpos de Lewy

e. Degeneración lobar frontotemporal (DLFT)

f. Demencia asociada a enfermedad de Parkinson

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

g. Agitación y agresión

h. Psicosis

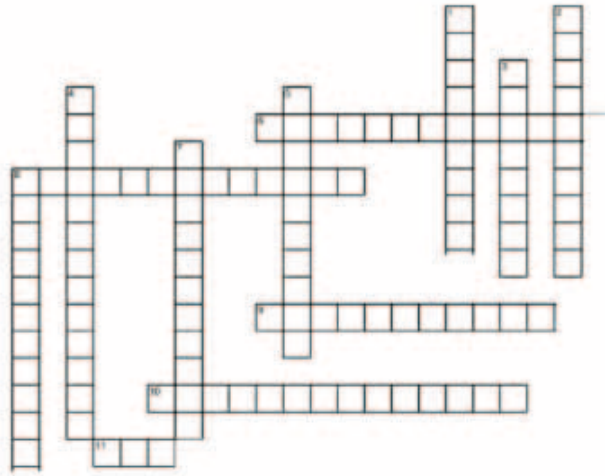
i. Trastornos del sueño

j. Vagabundeo

k. Conducta sexual inapropiada

l. Síntomas depresivos en demencia

Ejercicio 2. Resuelva el siguiente crucigrama:



Horizontal

- 6.- Terapia que busca el entrenamiento en habilidades o déficits cognoscitivos específicos
- 8.- Terapia que trata la confusión, orientación y memoria para el reaprendizaje de información de sí mismo y del entorno
- 9.- Terapia que mejora la comunicación para mejorar la interacción humana y reducir trastornos psicológicos
- 10.- Terapia que rememora el pasado personal y de sucesos generales para mantener la identidad
- 11.- Iniciales del tratamiento que motiva a realizar ejercicio físico o cognoscitivo

Vertical

- 1.- Terapia que ayuda a enfrentar pérdidas y mejorar el estado de ánimo
- 2.- Terapia dirigida a este grupo de personas, ofrece ayuda educacional y emocional como psicoterapia o grupos de autoayuda
- 3.- Persona a la que se dirige la intervención multicomponente con sesiones comunitarias de habilidades de enfrentamiento para pacientes institucionalizados, manejo de casos, respiración, etc.
- 4.- Terapia que promueve actividades placenteras y cuidado humano
- 5.- Terapia que busca identificar causas y consecuencias de conductas problemáticas
- 7.- Tipo de intervención con uso de música, ejercicio físico, acupuntura, masaje, etc.
- 8.- Terapia que propone rehabilitar o reaprender AVD que se han dejado de hacer por diferentes motivos.

Ejercicio 2.1 Coloque una P para un principio básico, una E para errores comunes y una G si es una generalidad de una intervención de estimulación cognoscitiva. Deja libres aquellas que no estén en ninguna categoría.

Un objetivo inicial es mantener y/o estimular las funciones mentales, evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales, dar seguridad e incrementar la autonomía del paciente, estimular la propia identidad y la autoestima (dignificar), minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.	
En la terapia de reminiscencia, si no se cuenta con el apoyo de un profesional en psicoterapia es mejor evitar temas difíciles o dolorosos pues el objetivo no es la revisión de la propia vida sino la evocación del pasado para proporcionar estimulación afectiva y cognitiva, afirmar la identidad y la autoestima.	
Las sesiones deben tomarse en cuenta que los periodos de atención son cortos y que la fatiga aparece pronto, por ello es suficiente trabajar durante 15 minutos (esto dependerá del grado de deterioro, pues personas con deterioro leve pueden trabajar durante 30 o hasta 60 minutos).	
El objetivo final es mejorar la calidad de vida del paciente, de sus familiares y cuidadores.	
Antes de iniciar cualquier intervención, lo ideal es realizar un diagnóstico neuropsicológico exhaustivo que permita conocer el perfil cognoscitivo de la persona enferma (funciones afectadas y preservadas).	
Cuando el cuidador o la familia tienen la iniciativa de proponer actividades cognoscitivas al enfermo, las tareas que suelen realizar van encaminadas a estimular la memoria inmediata a través de juegos como el memorama o la memorización de objetos, dibujos o palabras que luego se pide recordar.	
Otra alternativa es trabajar procesos de memoria que suelen conservarse como la memoria semántica o la memoria autobiográfica a largo plazo a través de las reminiscencias.	
Preferir actividades basadas en ayudas externas y con menor esfuerzo mental.	
Es importante dar las siguientes recomendaciones a la familia: promueva la actividad de la persona y evite la pasividad, fomente la socialización, prefiera esquemas de tratamiento que impliquen el contacto con otras personas, busque la asesoría de profesionales para la aplicación de los tratamientos, un cuidador informado tendrá más herramientas para enfrentar cualquier situación, como cuidador pida ayuda y busque apoyo constante.	
La elección de los materiales y de las actividades debe hacerse con base en las capacidades, historia de vida, escolaridad, profesión u ocupación, intereses y aficiones de los participantes.	
En muchas ocasiones, el cuidador se precipita a dar ayuda o hacer las cosas en lugar de la persona, sin promover procesos atencionales y de monitoreo.	
Los objetivos intermedios son mejorar el rendimiento cognoscitivo y funcional, incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria, mejorar el estado y sentimiento de salud.	
Si se trabaja en grupo, éste debe ser pequeño.	
Emplear materiales dirigidos a niños.	
Se sugiere trabajar cuando el momento sea oportuno, preferentemente por las mañanas, y no insistir si la persona se muestra renuente o está intranquila.	
Las sesiones de rehabilitación neuropsicológica, en este caso estimulación cognoscitiva, deben iniciarse con tareas sencillas que se dificulten poco a poco.	

Ejercicio 2.3 Indague en la red los recursos para la estimulación cognoscitiva sugeridos y comparta con sus colegas los hallazgos.

Ejercicio 2.4 Coloque F si el enunciado es falso y una V si es verdadero.

Los SPC pueden aparecer como respuesta a ...

Cambios en el ambiente o las rutinas.	
Comunicación y comprensión del entorno.	
Cambios en la medicación, ya sea suspensión, sustitución de medicamentos o modificación de las dosis.	
Manifestaciones de enfermedades o alteraciones médicas (infección de vías urinarias, deshidratación, dolor, estreñimiento, etc.).	
Adaptación física al calor, frío, ropa apretada, etc.	
Necesidades no satisfechas (hambre o falta de sueño).	
Estresores interpersonales o emocionales como ausencia del cuidador o presencia de personas que no reconoce.	
Exceso de sobreestimulación.	
Como parte de un cuadro confusional o delirium.	

Ejercicio 2.5 Son recomendaciones generales para el TNF de los SPC:

Busque la posible causa de la conducta problemática (alguna enfermedad o molestia física, sobreestimulación, problemas de comunicación, factores emocionales o ambientales estresantes, cambios en el ambiente o la rutina, etc.) y trate de disminuirla o eliminarla.	
Utilice técnicas de validación (evite la confrontación, no intente hacerlo entrar en razón, acepte su realidad aunque no sea la correcta, comprenda con empatía la situación).	
Distraiga a la persona cambiando de tema o invitándola a realizar otra actividad.	
Trate de sustituir la conducta problemática por otra más segura o adaptada.	
No deje a la persona sola por un momento y regrese cuando ambos estén más tranquilos.	
Ponga límites o detenga la conducta inmediatamente si existe riesgo inminente para la persona o el cuidador.	
Disminuya la cantidad de estímulos en el entorno, elimine espejos o cuadros que pueden generar confusión, producir alucinaciones o delirios.	
Elimine muebles u objetos con los que pueda golpearse ante una conducta agitada.	
Resguarde cuchillos, tijeras o cualquier objeto que represente riesgo.	
Procure los métodos de sujeción y el uso excesivo de psicofármacos.	
Ante agitación extrema o agresividad, trate de sujetarlo y acérquese a él por la espalda.	

Los cuidadores deben tener en cuenta lo siguiente para enfrentar cualquier comportamiento problemático:

No intente que la persona deje de hacer lo que está haciendo, sobre todo si es un comportamiento peligroso; intente detenerlo.	
No necesita analizar cuál puede ser la causa del comportamiento, una enfermedad física, un medicamento, algún estímulo. Esta labor es exclusiva del médico del centro de salud.	
Es importante saber cómo se verán las cosas desde su propio punto de vista.	
Recanalice y busque la forma de que el comportamiento continúe pero de manera segura.	
Tranquilícelo o tome un tiempo para explicarle lo que ocurre, hágalo incluso recurriendo al contacto físico.	
Piense que siempre se puede abordar el problema de la misma forma; todas las circunstancias son similares.	

Ejercicio 3. Señale con una G si se trata de una recomendación general, una R si es para la recámara, una C para cocina y B para el baño. Señale con una X en la última columna las recomendaciones que más se adecúen a las condiciones de vida de las personas con demencia de la comunidad adscrita su centro de salud. Encuentre las respuestas correctas al final del manual.

Recomendación	Tipo	Adecuada a su comunidad
Retirar del baño todos los aparatos eléctricos pequeños o cosas con las que pueda electrocutarse.		
Colocar todos los controles y teléfonos celulares en un lugar seguro para evitar que se pierdan fácilmente o los guarde el familiar en otro lugar.		
Mantener fuera del alcance las bolsas de plástico.		
Instalar cerraduras a prueba de niños en las puertas de los armarios, roperos y cajones donde se guardan objetos que se puedan romper o sean peligrosos.		
Retirar las frutas o verduras artificiales o los imanes del refrigerador en forma de alimento, que puedan tener apariencia comestible.		
Retirar el cerrojo de la puerta del baño.		
Instalar cerraduras en todas las puertas y ventanas que dan al exterior.		
Ocultar afuera una llave extra de la casa.		
Evitar el uso de cables de extensión eléctrica.		
Mantener todas las bebidas alcohólicas en un lugar cerrado.		
Poner letreros para indicar donde están los principales lugares y donde se encuentran las cosas que más se utilizan.		
No tener triturador.		
Utilizar una extensión en el excusado con barandales de apoyo.		
No utilizar ni almacenar líquidos inflamables en la cocina.		
Colocar la cama contra la pared o poner el colchón en el suelo.		
Retirar las perillas de la estufa.		
Tener una lámpara prendida durante la noche.		

En el caso de rasuradoras eléctricas, utilizar un espejo fuera del baño para evitar el contacto con el agua.		
Utilizar un radio o intercomunicador.		
Retirar las alfombras sueltas.		
Retirar el cerrojo de la puerta del baño.		
Nunca dejar sola o sin supervisión en el baño a una persona con la enfermedad de Alzheimer.		
Colocar tiras adhesivas antideslizantes, figuritas de caucho adhesivo o alfombras de caucho dentro de la tina y la regadera.		
No tener triturador, el paciente puede meter objetos o las manos en él.		
Instalar barras de apoyo en la tina/regadera.		
Instalar filtros de drenaje en el lavamanos.		
Mantener bajo llave todas las medicinas (recetadas o no).		
Colocar los números de emergencia y la dirección de casa cerca de todos los teléfonos.		

Ejercicio 3.1 Coloca en el paréntesis la letra a la que corresponda la frase; puede ser una fase de cuidado básico o a un aspecto de convivencia.

- a. Fase inicial
- b. Fase intermedia o moderada
- c. Fase avanzada
- d. Aspectos básicos de la convivencia

Evitar discusiones.	()
El paciente requerirá de apoyo con material visual y actividades para recordar quién es y cómo realizar las tareas principales, es importante que se sienta apoyado y comprendido pues se está dando cuenta de su pérdida de memoria y esto puede generar cambios de conducta, ansiedad y/o depresión.	()
Los cuidadores deben centrar su cuidado en brindar el soporte emocional y recordarle actividades y eventos, el apoyo principal se requiere en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria tales como el manejo de finanzas y las compras.	()
Aprovechar las habilidades de la persona.	()
Estimular la salud física.	()
El baño es una de las actividades que pueden ser más peligrosas para el paciente y para el cuidador, por ello es importante por lo menos dar recomendaciones.	()
Mantener la independencia de la persona.	()
Los cuidadores deben centrar su cuidado en brindar el soporte emocional y recordarle actividades y eventos, el apoyo principal se requiere en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria tales como el manejo de finanzas y las compras.	()
Cuando el paciente se deba de vestir, colocar la ropa en el orden en que deba de ponérsela y no toda a la vez. Darle, primero, la ropa interior y así consecutivamente. Es importante quedarse en la habitación y observar cómo se la está poniendo y si requiere ayuda en especial.	()
Para algunas personas puede aparecer un apetito desmedido y para otros la sensación de haberlo perdido. Cambiarán algunas cosas desde las más complejas como el uso adecuado de los cubiertos o el orden para comer las cosas y el orden de éstas.	()
El baño es una de las actividades que pueden ser más peligrosas para el paciente y para el cuidador, por ello es importante la consideración de ciertos cuidados.	()

Establecer rutinas y mantener las cosas normales.	()
Mantener la dignidad de la persona.	()
Es importante ir modificando gradualmente la manera de hacer las actividades para que las realice hasta el último momento.	()
La persona ya es totalmente dependiente, necesita ayuda para alimentarse, hidratarse y para deglutir, presentándose problemas serios de aspiración y de ahogo.	()
La persona requerirá de apoyo con material visual y actividades para recordar quién es y cómo realizar las tareas principales; es importante que se sienta apoyado y comprendido pues se está dando cuenta de su pérdida de memoria y esto puede generar cambios de conducta, ansiedad y/o depresión.	()
Simplificar tareas.	()
Mantener la seguridad en el hogar.	()
Mantener una buena comunicación.	()

Ejercicio 4. Dé respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los indicadores clínicos de etapa terminal en demencia?
2. ¿En qué se basa la evaluación no verbal para identificar dolor en personas con demencia?
3. ¿Cuáles son los indicadores clínicos de dolor y cuáles son las causas más frecuentes?
4. ¿En qué momento se debe indicar el inicio de tratamiento analgésico y qué recomendaciones se deben seguir?
5. ¿Qué problemas de alimentación presentan las personas en etapas avanzadas de demencia?
6. ¿Por qué no está recomendada la colocación de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada?
7. ¿Cuáles son los puntos a favor y puntos en contra de la hidratación artificial?
8. Mencione algunas acciones que pueden ser indicadores de mala calidad en la atención de la persona con demencia terminal y las posibles consecuencias en ella y su familia. Explique su respuesta.
9. ¿Qué recomendaciones hay sobre el tratamiento de infecciones y otras patologías agudas en personas con demencia avanzada?
10. ¿Qué puede ocurrir con los cuidadores de personas con demencia y qué se debe tener en cuenta con ellos?

Ejercicio 5. Coloque en cada casilla el tipo de carga a la que pertenezcan las siguientes frases:

- » Ansiedad
- » Carga y esfuerzo físico
- » Evaluación del cuidador sobre las demandas de cuidado y recursos con los que cuenta para satisfacerlas
- » La organización del trabajo
- » Baja autoestima
- » Rechazo o negación de la enfermedad
- » Enojo
- » Aislamiento
- » Dificultad para dormir
- » Tiempo dedicado al cuidado
- » Carga física
- » Dormir demasiado
- » Actividades específicas que desempeña el cuidador
- » Actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia del cuidado
- » Dificultad para concentrarse
- » Miembro de la familia que ayuda a otro de una manera regular
- » Riesgos del ambiente físico
- » Contaminantes
- » Problemas de salud
- » El esfuerzo físico y carga mental
- » Las condiciones de seguridad
- » Estado que amenaza la salud física y mental del cuidador
- » Síndrome de burnout
- » Manera en que el cuidador percibe la situación de cuidar
- » Agotamiento crónico

- » Cambios en la alimentación
- » Fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por la vida
- » Realiza actividades que son necesarias para llevar una vida independiente en la persona con demencia
- » Depresión
- » Irritabilidad
- » Alteraciones sociales, económicas y psicológicas

Carga objetiva

Carga subjetiva

Cuidador primario o básico

Ejercicio 5.1 Coloca en cada casilla el tipo de carga a la que pertenezcan las siguientes palabras o frases:

- » Contaminantes
- » Estado que amenaza la salud física y mental del cuidador
- » Rechazo o negación de la enfermedad
- » Ansiedad
- » Riesgos del ambiente físico
- » Cambios en la alimentación
- » Depresión
- » Irritabilidad
- » Síndrome de Bournout
- » Enojo
- » Baja autoestima
- » El esfuerzo físico y carga mental
- » Dificultad para concentrarse
- » Aislamiento
- » Las condiciones de seguridad
- » Dificultad para dormir
- » Dormir demasiado
- » Alteraciones sociales, económicas y psicológicas
- » La organización del trabajo
- » Fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por la vida
- » Agotamiento crónico
- » Problemas de salud

Consecuencias

Sobrecarga

Desgaste

Ejercicio 5.2 Clasifique las siguientes frases que un profesional de la salud puede decir a un cuidador sobre su mismo cuidado. Coloque la letra que corresponda delante de cada frase.

Estas frases pueden estar dirigidos a sí mismo o a un cuidador primario.

Cuidado del cuidador

- » Cuerpo : _____
- » Emociones: _____
- » Relaciones sociales: _____

1. “Le recomiendo que asista a grupos de apoyo para familiares y cuidadores” () ()
2. “Puede practicar la siguiente técnica de relajación” () ()
3. “Como profesional de salud, puedo escuchar y aceptar emociones de los cuidadores” () ()
4. “Debe dormir lo suficiente” () ()
5. “Puedo reconocer los sentimientos del cuidador sin juzgarlo” () ()
6. “Llevo un control de las enfermedades que presenta el cuidador” () ()
7. “Procure no ser tan autocrítico” () ()
8. “Le recomiendo practicar un ejercicio con regularidad varias veces a la semana” () ()
9. “Valore su trabajo y vida” () ()
10. “Reconozca su labor como cuidador” () ()
11. “Es importante que se haga un chequeo general de salud” () ()
12. “Sugiero que aprenda a poner límites” () ()
13. “Es necesario aprender a pedir ayuda” () ()
14. “También debe alimentarse correctamente” () ()
15. “Necesita delegar responsabilidades en el cuidado de su familiar” () ()
16. “Procure ser directo en solicitar el tipo de ayuda que necesita” () ()
17. “Le recomiendo solicitar apoyo a sus redes de apoyo –más familia, vecinos, etc.” () ()
18. “Recuerde que ante las situaciones problemáticas puede buscar las causas del por qué se está presentando y buscar soluciones” () ()
19. “Como profesional de salud, es importante reconocer o canalizar enfermedades que padece el cuidador primario” () ()
20. “Puede reorganizar su vida social, conviva con sus amigos a amigas” () ()
21. “Es necesario que organice su tiempo y planee sus actividades” () ()
22. “Puede buscar apoyos externos como la asistencia al centro de día” () ()

Ejercicio 5.3 Coloque una E si es una recomendación para manejo de estrés en el cuidador y una A si se trata de una estrategia de autocuidado para el mismo.

Orientarle en cada etapa para que pueda ir modificando el trato y el apoyo que se requiere en la medida en que la enfermedad va progresando y él se va deteriorando	
Controlar la respiración	
No confrontar, discutir y regañar cuando la persona hable incongruencias o crea que vive en otra realidad	
Resolver problemas (buscar alternativas que involucren a más personas)	
Cuidar que la casa sea un ambiente seguro, fomentando el establecimiento de rutinas simples y regulares	
Prevenir a la familia de los aspectos económicos y legales de manera anticipada para conocer oportunamente las decisiones tomadas.	
Crear redes de ayuda para cuando sea necesario	
Mantener una comunicación asertiva	
Identificar grupos de ayuda como los grupos de apoyo para familiares e instituciones serias que brinden información verídica	
No bajar su autoestima	

Respuesta a la autoevaluación

Ejercicio 1.



Ejercicio 1. 1

1. Ginkgo biloba
En los ensayos clínicos, los resultados del ginkgo biloba para la demencia y el deterioro cognoscitivo han sido inconsistentes, por lo cual no ha sido aprobado por la FDA. Los potenciales efectos adversos son hemorragia e interacciones farmacológicas.
2. Cerebrolisina
Existe alguna evidencia de beneficio del estado cognoscitivo en pacientes con demencia, por lo que su uso es aceptado en algunos países; sin embargo, dados los hallazgos mal definidos de los ensayos clínicos controlados, no ha sido aprobada por la FDA para su uso en pacientes con demencia.
3. Estatinas
Todos los estudios clínicos aleatorizados de estatinas en la EA han sido incapaces en mostrar beneficios cognoscitivos o funcionales, por lo que no se justifica la recomendación del tratamiento de la EA con estatinas.
4. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
En pacientes con EA mostraron resultados negativos, además de que su uso está limitado por efectos adversos gastrointestinales.
5. Vitaminas y antioxidantes
Los efectos antioxidantes de la vitamina E también se han probado para el manejo de deterioro cognoscitivo; considerando la ausencia de eficacia y los potenciales riesgos del tratamiento como caídas y síncope, no se recomienda su uso como tratamiento de la demencia.

Ejercicio 1. 2

TRATAMIENTOS

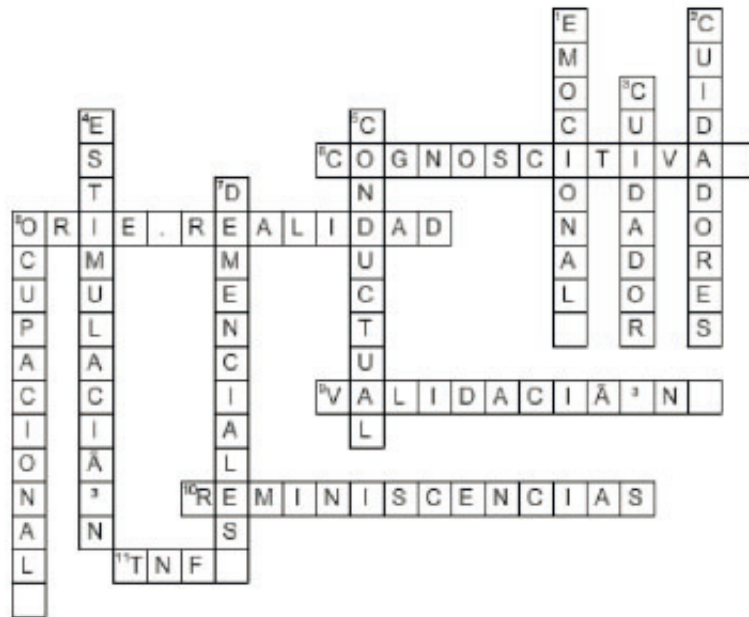
- a. Terapias dirigidas A β :
Los moduladores de las secretasas (enfocados a disminución de A β), los antiagregantes de A β (que previenen la formación de placas de A β) y las terapias inmunológicas.
- b. Terapias dirigidas a tau
Antiagregantes de tau
Inhibidores de hiperfosforilación de tau

- c. Demencia vascular
Inhibidores de colinesterasa
Antagonistas de N-metil-D-Aspartato (NMDA)
- d. Demencia con cuerpos de Lewy
No existen fármacos con efecto modificador de la enfermedad.
- e. Degeneración lobar frontotemporal (DLFT)
Hasta el momento no existen medicamentos aprobados por la FDA con el objetivo de modificar el curso de la DLFT, sólo se cuenta con medicamentos que mejoran algunos de los síntomas conductuales.
- f. Demencia asociada a enfermedad de Parkinson
No existen tratamientos que hayan demostrado modificar el curso natural de la demencia asociada a enfermedad de Parkinson (DAEP).

SÍNTOMAS CONDUCTUALES

- g. Agitación y agresión
En muy pocos casos se requiere tratamiento farmacológico para el control de estos síntomas, el manejo no farmacológico es la mejor y más efectiva opción.
- h. Psicosis
El tratamiento farmacológico de la psicosis no siempre es necesario, a menos que las alucinaciones se vuelvan disruptivas. Si los síntomas de psicosis pueden contenerse con medidas no farmacológicas que incluyen la orientación al familiar, entonces el tratamiento farmacológico sólo se reserva para los casos en los que los síntomas se vuelven problemáticos y ponen en riesgo la vida del paciente o del familiar.
- i. Trastornos del sueño
Medidas de higiene del sueño y el tratamiento farmacológico puede incluir fármacos sedantes, sin embargo el uso de benzodiacepinas en pacientes con demencia se asocia alteraciones en el patrón del sueño y efectos adversos como somnolencia diurna, caídas y exacerbación de la agitación. Los antihistamínicos también son utilizados por su efecto sedante, sin embargo presentan efectos adversos como boca seca, retención urinaria, delirium, entre otros. Se prefiere el uso de fármacos como melatonina y dosis bajas de antidepresivos sedantes como la trazodona y la mirtazapina para ayudar a los síntomas de insomnio de estos pacientes (McCurry 2005). La terapia con luz se ha estudiado en pacientes con demencia con resultados alentadores.
- j. Vagabundeo
No existe tratamiento farmacológico efectivo.
- k. Conducta sexual inapropiada
Debido a que este tipo de trastorno conductual se encuentra pobremente reportado, no existen ensayos clínicos sobre el tratamiento farmacológico en estos pacientes.
- l. Síntomas depresivos en demencia
Una vez establecido el diagnóstico de depresión en el paciente con demencia, se sugiere iniciar el tratamiento con un ISRS como el citalopram o la sertralina, fármacos que han demostrado su eficacia con mínimos efectos adversos y baja actividad anticolinérgica. Se sugiere evitar el uso de antidepresivos tricíclicos por el riesgo de empeorar síntomas como la confusión y el delirium, ocasionado por sus efectos anticolinérgicos.

Ejercicio 2.



Ejercicio 2.1

Un objetivo inicial es mantener y/o estimular las funciones mentales, evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales, dar seguridad e incrementar la autonomía del paciente, estimular la propia identidad y la autoestima (dignificar), minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.	G
En la terapia de reminiscencia, si no se cuenta con el apoyo de un profesional en psicoterapia, es mejor evitar temas difíciles o dolorosos pues el objetivo no es la revisión de la propia vida sino la evocación del pasado para proporcionar estimulación afectiva y cognitiva, afirmar la identidad y la autoestima.	p
Las sesiones deben tomarse en cuenta que los periodos de atención son cortos y que la fatiga aparece pronto, por ello es suficiente trabajar durante 15 minutos (esto dependerá del grado de deterioro, pues personas con deterioro leve pueden trabajar durante 30 o hasta 60 minutos).	G
El objetivo final es mejorar la calidad de vida del paciente, de sus familiares y cuidadores.	p
Antes de iniciar cualquier intervención lo ideal es realizar un diagnóstico neuropsicológico exhaustivo que permita conocer el perfil cognoscitivo de la persona enferma (funciones afectadas y preservadas).	E
Cuando el cuidador o la familia tienen la iniciativa de proponer actividades cognoscitivas al enfermo, las tareas que suelen realizar van encaminadas a estimular la memoria inmediata a través de juegos como el memorama o la memorización de objetos, dibujos o palabras que luego se pide recordar.	S
Otra alternativa es trabajar procesos de memoria que suelen conservarse como la memoria semántica o la memoria autobiográfica a largo plazo a través de las reminiscencias.	p
Preferir actividades basadas en ayudas externas y con menor esfuerzo mental.	G
Es importante dar las siguientes recomendaciones a la familia: promueva la actividad de la persona y evite la pasividad, fomente la socialización, prefiera esquemas de tratamiento que impliquen el contacto con otras personas, busque la asesoría de profesionales para la aplicación de los tratamientos, un cuidador informado tendrá más herramientas para enfrentar cualquier situación, como cuidador pida ayuda y busque apoyo constante.	P
La elección de los materiales y de las actividades debe hacerse con base en las capacidades, historia de vida, escolaridad, profesión u ocupación, intereses y aficiones de los participantes.	E
Muchas ocasiones el cuidador se precipita a dar ayuda o hacer las cosas en lugar de la persona, sin promover procesos atencionales y de monitoreo.	G

Los objetivos intermedios son mejorar el rendimiento cognoscitivo y funcional, incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria; mejorar el estado y sentimiento de salud.	P
Si se trabaja en grupo, éste debe ser pequeño.	E
Emplear materiales dirigidos a niños.	
Se sugiere trabajar cuando el momento sea oportuno, preferentemente por las mañanas y no insistir si la persona se muestra renuente o está intranquila.	P
Las sesiones de rehabilitación neuropsicológica, en este caso estimulación cognoscitiva, deben iniciarse con tareas sencillas que se dificulten poco a poco.	P

Ejercicio 2.3 Comparta sus hallazgos y coméntelos con sus colegas.

Ejercicio 2.4

Cambios en el ambiente o las rutinas.	V
Comunicación y comprensión del entorno.	F
Cambios en la medicación, ya sea suspensión, sustitución de medicamentos o modificación de las dosis.	V
Manifestaciones de enfermedades o alteraciones médicas (infección de vías urinarias, deshidratación, dolor, estreñimiento, etc.).	V
Adaptación física al calor, frío, ropa apretada, etc.	F
Necesidades no satisfechas (hambre o falta de sueño).	V
Estresores interpersonales o emocionales como ausencia del cuidador o presencia de personas que no reconoce.	V
Exceso de sobreestimulación.	F
Como parte de un cuadro confusional o delirium.	V

Ejercicio 2.5

Busque la posible causa de la conducta problemática (alguna enfermedad o molestia física, sobreestimulación, problemas de comunicación, factores emocionales o ambientales estresantes, cambios en el ambiente o la rutina, etc.) y trate de disminuirla o eliminarla.	V
Utilice técnicas de validación (evite la confrontación, no intente hacerlo entrar en razón, acepte su realidad aunque no sea la correcta, comprenda con empatía la situación).	V
Distraiga a la persona cambiando de tema o invitándola a realizar otra actividad.	V
Trate de sustituir la conducta problemática por otra más segura o adaptada.	V
No deje a la persona sola por un momento y regrese cuando ambos estén más tranquilos.	F
Ponga límites o detenga la conducta inmediatamente si existe riesgo inminente para la persona o el cuidador.	V
Disminuya la cantidad de estímulos en el entorno, elimine espejos o cuadros que pueden generar confusión, producir alucinaciones o delirios.	V

Elimine muebles u objetos con los que pueda golpearse ante una conducta agitada.	V
Resguarde cuchillos, tijeras o cualquier objeto que represente riesgo.	V
Procure los métodos de sujeción y el uso excesivo de psicofármacos.	F
Ante agitación extrema o agresividad, trate de sujetarlo y acérquese a él por la espalda.	F

Los cuidadores deben tener en cuenta lo siguiente para enfrentar cualquier comportamiento problemático:

No intente que la persona deje de hacer lo que está haciendo, sobre todo si es un comportamiento peligroso; intente detenerlo.	F
No necesita analizar cuál puede ser la causa del comportamiento, una enfermedad física, un medicamento, algún estímulo. Esta labor es exclusiva del médico del centro de salud.	F
Es importante saber cómo se verán las cosas desde su propio punto de vista.	F
Recanalice y busque la forma de que el comportamiento continúe pero de manera segura.	V
Tranquilícelo o tome un tiempo para explicarle lo que ocurre, hágalo incluso recurriendo al contacto físico	V
Piense que siempre se puede abordar el problema de la misma forma; todas las circunstancias son similares.	F

Ejercicio 3.

Recomendación	Tipo	Adecuada a su comunidad
Retirar del baño todos los aparatos eléctricos pequeños o cosas con las que pueda electrocutarse	B	
Colocar todos los controles y teléfonos celulares en un lugar seguro para evitar que se pierdan fácilmente o los guarde el familiar en otro lugar	G	
Mantener fuera del alcance las bolsas de plástico	C	
Instalar cerraduras a prueba de niños en las puertas de los armarios, roperos y cajones donde se guardan objetos que se puedan romper o sean peligrosos	G	
Retirar las frutas o verduras artificiales o los imanes del refrigerador en forma de alimento, que puedan tener apariencia comestible	G	
Retirar el cerrojo de la puerta del baño	C	
Instalar cerraduras en todas las puertas y ventanas que dan al exterior	C	
Ocultar afuera una llave extra de la casa	G	
Evitar el uso de cables de extensión eléctrica	C	
Mantener todas las bebidas alcohólicas en un lugar cerrado	C	
Poner letreros para indicar donde están los principales lugares y donde se encuentran las cosas que más se utilizan	G	

No tener triturador	C	
Utilizar una extensión en el excusado con barandales de apoyo	B	
No utilizar ni almacenar líquidos inflamables en la cocina	C	
Colocar la cama contra la pared o poner el colchón en el suelo	R	
Retirar las perillas de la estufa	C	
Tener una lámpara prendida durante la noche	R	
En el caso de rasuradoras eléctricas, utilizar un espejo fuera del baño para evitar el contacto con el agua	B	
Utilizar un radio o intercomunicador	R	
Retirar las alfombras sueltas	R	
Retirar el cerrojo de la puerta del baño	B	
Nunca dejar sola o sin supervisión en el baño a una persona con la enfermedad de Alzheimer	B	
Colocar tiras adhesivas antideslizantes, figuritas de caucho adhesivo o alfombras de caucho dentro de la tina y la regadera	B	
No tener triturador, el paciente puede meter objetos o las manos en él	C	
Instalar barras de apoyo en la tina/regadera	B	
Instalar filtros de drenaje en el lavamanos	B	
Mantener bajo llave todas las medicinas (recetadas o no)	C	
Colocar los números de emergencia y la dirección de casa cerca de todos los teléfonos	G	

Ejercicio 3.1

Evitar discusiones	(d)
El paciente requerirá de apoyo con material visual y actividades para recordar quién es y cómo realizar las tareas principales; es importante que se sienta apoyado y comprendido pues se está dando cuenta de su pérdida de memoria y esto puede generar cambios de conducta, ansiedad y/o depresión.	(a)
Los cuidadores deben de centrar su cuidado en brindar el soporte emocional y recordarle actividades y eventos; el apoyo principal se requiere en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria tales como el manejo de finanzas y las compras.	(a)
Aprovechar las habilidades de la persona.	(d)
Estimular la salud física.	(d)
El baño es una de las actividades que pueden ser más peligrosas para el paciente y para el cuidador, por ello es importante por lo menos dar las siguientes recomendaciones.	(b)
Mantener la independencia de la persona.	(d)
Los cuidadores deben centrar su cuidado en brindar el soporte emocional y recordarle actividades y eventos, el apoyo principal se requiere en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria tales como el manejo de finanzas y las compras.	(a)
Cuando el paciente se deba vestir, colocar la ropa en el orden en que deba de ponérsela y no toda a la vez. Darle, primero, la ropa interior y así consecutivamente. Es importante quedarse en la habitación y observar cómo se la está poniendo y si requiere ayuda en especial.	(b)
Para algunas personas puede aparecer un apetito desmedido y para otros la sensación de haberlo perdido. Cambiarán algunas cosas desde las más complejas, como el uso adecuado de los cubiertos o el orden para comer las cosas y el orden de éstas.	(b)
El baño es una de las actividades que pueden ser más peligrosas para el paciente y para el cuidador, por ello es importante la consideración de ciertos cuidados.	(b)
Establecer rutinas y mantener las cosas normales.	(d)
Mantener la dignidad de la persona.	(d)
Es importante ir modificando gradualmente la manera de hacer las actividades para que las realice hasta el último momento.	(b)
La persona ya es totalmente dependiente, necesita ayuda para alimentarse, hidratarse y para deglutir, presentándose problemas serios de aspiración y de ahogo.	(c)
La persona requerirá de apoyo con material visual y actividades para recordar quién es y cómo realizar las tareas principales; es importante que se sienta apoyado y comprendido pues se está dando cuenta de su pérdida de memoria y esto puede generar cambios de conducta, ansiedad y/o depresión.	(a)
Simplificar tareas.	(d)
Mantener la seguridad en el hogar	(d)
Mantener una buena comunicación	(d)

Ejercicio 4.

1. **¿Cuáles son los indicadores clínicos de etapa terminal en demencia?**
Trastorno de deglución, pérdida de peso, deterioro funcional importante, infecciones recurrentes, primer evento de neumonía por aspiración y múltiples síntomas complejos.
2. **¿En qué se basa la evaluación no verbal para identificar dolor en personas con demencia?**
En cambios de la conducta, funcionalidad, sueño, apetito, actividad física y movilidad, así como el lenguaje facial y corporal no verbal.
3. **¿Cuáles son los indicadores clínicos de dolor y cuáles son las causas más frecuentes?**
 - » Movimientos corporales como tensión, rigidez, o disminución de la tonicidad
 - » Expresiones faciales como fruncir el ceño, hacer muecas
 - » Verbalización y vocalización como gemir, pujar, quejarse
 - » Cambio en la interacción con el medio como agresión, apatía, menor actividad física
 - » Cambios en los patrones de actividad o rutinas, como rechazo al alimento, aumento de los periodos de reposo, incremento en el vagabundeo
 - » Cambios en el estado mental como irritabilidad, inquietud, llanto, entre otros.
 - » Las causas más frecuentes son la osteoartritis de extremidades y de columna vertebral, canal lumbar estrecho, úlceras por presión y contracturas.
4. **¿En qué momento se debe indicar el inicio de tratamiento analgésico y qué recomendaciones se deben seguir?**
Después de analizar la evolución, exploración física y la información obtenida de cuidadores, además de haber descartado diagnósticos diferenciales. El manejo farmacológico habitualmente se indica siguiendo las recomendaciones de la escalera analgésica propuesta por la Organización Mundial de la Salud. En pacientes con demencia avanzada que tienen problemas de deglución o se encuentran en la fase final de la vida, toman mayor relevancia los dispositivos subcutáneos y los fármacos que pueden suministrarse por esta vía.
5. **¿Qué problemas de alimentación presentan las personas en etapas avanzadas de demencia?**
Anorexia, disfagia, apraxia para la alimentación y pérdida de peso.
6. **¿Por qué no está recomendada la colocación de sondas de alimentación en pacientes con demencia avanzada?**
Porque no existe evidencia suficiente de beneficio en sobrevida ni en calidad de vida, además implica someter al paciente a complicaciones relacionadas a la colocación de las sondas, mayor necesidad de cuidados para evitar que el mismo sujeto se retire la sonda, incluso algunas veces se recurre a sujeción.
7. **¿Cuáles son los puntos a favor y puntos en contra de la hidratación artificial?**
 - » A favor: Se pueden aliviar síntomas, aliviar la sed, disminuir efectos secundarios de medicamentos, mejorar estado de alerta y bienestar del paciente, continuar cuidados básicos de soporte y evitar la impresión de abandono.
 - » En contra: Puede provocar sobrehidratación, aumento de secreciones y edema, prolongar la fase final de la vida y el sufrimiento, y afecta el proceso de aceptación de muerte inminente.
8. **Menciona algunas acciones que pueden ser indicadores de mala calidad en la atención de la persona con demencia terminal, y posibles consecuencia en ella y su familia. Explique su respuesta.**
Indicadores: Visitas a urgencias, hospitalizaciones o ingreso a terapia intensiva en los últimos treinta días de vida, ingreso tardío a hospicio o traslado en los últimos tres días de vida a otro nivel de atención. Puede generar en la persona con demencia y su familia estrés y sufrimiento debido a ambientes desconocidos, equipo médico desconocido con falta de experiencia o capacitación en los cuidados necesarios, comunicación inadecuada y metas de tratamiento discordantes, instauración de medidas invasivas fútiles.
9. **¿Qué recomendaciones hay sobre el tratamiento de infecciones y otras patologías agudas en personas con demencia avanzada?**
El tratamiento puede llevarse a cabo en su domicilio o en su unidad de cuidados de larga estancia sin diferencia en la sobrevida global, disminuyendo así los riesgos asociados a la hospitalización como delirium, mayor descondicionamiento físico, infecciones intrahospitalarias y úlceras por presión.

10. ¿Qué puede ocurrir con los cuidadores de personas con demencia y qué se debe tener en cuenta con ellos?

Tienen riesgo importante de presentar sobrecarga, por lo que deben recibir también adecuada atención y apoyo, con énfasis en la prevención, evaluando estado de ánimo, ansiedad y el manejo de comorbilidades, con la finalidad de evitar colapso y maltrato al paciente.

Ejercicio 5

Carga objetiva

- » Carga y esfuerzo físico
- » Tiempo dedicado al cuidado
- » Carga física
- » Actividades específicas que desempeña el cuidador

Carga subjetiva

- » Actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia del cuidado
- » Manera en que el cuidador percibe la situación de cuidar
- » Evaluación del cuidador sobre las demandas de cuidado y recursos con los que cuenta para satisfacerlas

Cuidador primario o básico

- » Miembro de la familia que ayuda a otro de una manera regular
- » Realiza actividades que son necesarias para llevar una vida independiente en la persona con demencia

Ejercicio 5.1

Consecuencias

- » Riesgos del ambiente
- » físico
- » Contaminantes
- » El esfuerzo físico y carga mental
- » Las condiciones de seguridad
- » La organización del trabajo

Sobrecarga

- » Estado que amenaza la salud física y mental del cuidador
- » Síndrome de burnout
- » Fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por la vida
- » Baja autoestima

Desgaste

- » Rechazo o negación de la enfermedad
- » Ansiedad
- » Depresión
- » Irritabilidad
- » Enojo
- » Dificultad para concentrarse
- » Aislamiento
- » Dificultad para dormir
- » Dormir demasiado
- » Agotamiento crónico
- » Cambios en la alimentación
- » Problemas de salud
- » Alteraciones sociales, económicas y psicológicas

Cuidado del cuidador

- » Cuerpo : 2, 4,6,8,11,14,19
- » Emociones: 3,5,7,9,10,12,13,16,18
- » Relaciones sociales: 1,15,17,20,21,22

Ejercicio 5.3

Orientarle en cada etapa para que pueda ir modificando el trato y el apoyo que se requiere en la medida en que la enfermedad va progresando y él se va deteriorando	E
Controlar la respiración	R
No confrontar, discutir y regañar cuando la persona hable incongruencias o crea que vive en otra realidad	E
Resolver problemas (buscar alternativas que involucren a más personas)	R
Cuidar que la casa sea un ambiente seguro, fomentando el establecimiento de rutinas simples y regulares	E
Prevenir a la familia de los aspectos económicos y legales de manera anticipada para conocer oportunamente las decisiones tomadas.	E
Crear redes de ayuda para cuando sea necesario	E
Mantener una comunicación asertiva	R
Identificar grupos de ayuda como los grupos de apoyo para familiares e instituciones serias que brinden información verídica	E
No bajar su autoestima	R