



Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer



Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer





**Comunicación eficaz entre el cuidador
y el enfermo de alzhéimer**



CONTENIDO

1. Trastornos psicológicos y del comportamiento que dificultan la comunicación.
2. Qué problemas de comunicación nos podemos encontrar con un enfermo de alzhéimer y cómo podemos actuar.
3. Consejos para mejorar la comunicación con el enfermo de alzhéimer.
4. La importancia de las diferentes formas de comunicación que existen con el enfermo de alzhéimer.
5. ¿Qué hacer ante algunas situaciones muy comunes en la enfermedad de Alzheimer.
 - 5.1. *¿Qué hacer cuando la persona con demencia se niega a comer o beber?*
 - 5.2. *¿Qué hacer cuando se niega a realizar actividades físicas?*
 - 5.3. *¿Qué hacer en caso de deambulación constante?*
 - 5.4. *¿Qué hacer cuando realiza movimientos repetitivos?*
 - 5.5. *¿Qué hacer cuando aparece la hipoactividad?*
 - 5.6. *¿Qué hacer ante los problemas de eliminación urinaria y fecal?*
 - 5.7. *¿Qué hacer ante los trastornos del sueño?*
 - 5.8. *¿Qué hacer cuando repite una y otra vez las mismas cosas?*
 - 5.9. *¿Qué hacer cuando nos acusa de robo?*
 - 5.10. *¿Qué hacer cuando se asusta de su propia imagen en el espejo?*
 - 5.11. *¿Qué hacer cuando no quiere tomarse la medicación?*

Comunicación eficaz entre el cuidador y el enfermo de alzhéimer

1. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO QUE DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN

Las enfermedades que cursan con demencia no ocasionan solamente un deterioro de las funciones intelectuales, sino también una serie de trastornos psicológicos de áreas no cognitivas y alteraciones del comportamiento.

Estos síntomas psicológicos y del comportamiento tienen mucha importancia pues generan un elevado sufrimiento en el enfermo y en su entorno, dando lugar a situaciones de difícil manejo. Por eso la actitud y comunicación que mantengamos con el paciente pueden ser determinantes.

Dada la importancia de dichos síntomas, vamos a definir de forma general los más frecuentes; más adelante se mostrarán situaciones difíciles concretas que nos podemos encontrar en el día a día y consejos para minimizar su aparición.

Agitación o inquietud psicomotriz

Aunque el término «agitación» se ha convertido en una especie de cajón de sastre en el que se incluyen numerosos síntomas de conducta, en realidad la agitación o inquietud psicomotriz se puede definir como la presencia de movimientos o conductas excesivas, exageradas o inadecuadas a la situación, que no son causadas por un estímulo externo.

Este apartado puede incluir la intranquilidad, los movimientos repetitivos, la manipulación constante de objetos o de la ropa, el hecho de vestirse y desvestirse repetidamente, las llamadas de atención mediante quejas, el rechazo a aceptar los cuidados, el voceo o la emisión constante y sin sentido de palabras.

Estos comportamientos suelen aparecer en la fase moderada de la demencia, y en algunas ocasiones son señal de incomodidad o manifestación de otros síntomas que el paciente no es capaz de expresar, como por ejemplo el dolor o el miedo.

Agresividad

Este concepto engloba todas las conductas que pueden hacer daño al propio paciente o a otras personas, y es un síntoma muy frecuente y relevante en la enfermedad de Alzheimer. La agresividad puede ser verbal (en forma de insultos, gritos, órdenes o respuestas intemperantes) o física (golpes, arañazos, empujones, agarrar firmemente objetos o personas, patadas, mordiscos, lanzamiento de objetos).

La agresividad suele también presentarse en la fase moderada o severa de la demencia y es en muchas ocasiones agravada o precipitada por una respuesta o actitud inadecuada de los cuidadores o un estímulo ambiental indeseable.

Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones sensoriales en ausencia de un estímulo, mientras que las ilusiones son deformaciones en la percepción de estímulos reales.

Las más frecuentes son las alucinaciones visuales, que aparecen en más de un tercio de los pacientes en algún momento, aunque surgen especialmente en la fase moderada. Suelen consistir en la visión de personas den-

tro de la casa y, con menor frecuencia, de animales. El enfermo no siempre las vive con temor o sufrimiento.

Las alucinaciones auditivas son muy raras.

Ansiedad

La ansiedad es frecuente en estos enfermos y consiste en una preocupación desmesurada por la enfermedad (la salud o la propia pérdida de memoria), aspectos económicos u otros sucesos vitales, en muchas ocasiones de carácter menor. Es característica de la fase leve de la demencia. Cuando la enfermedad avanza, la ansiedad puede manifestarse más en forma de inquietud psicomotriz, temblor e intranquilidad que por la expresión verbal de la misma.

Una de las formas más frecuentes es el miedo a quedar solos que manifiestan los enfermos, lo que provoca muchas veces que sigan constantemente al cuidador o eviten permanecer en una habitación en la que no esté al menos otra persona.

Apatía o aislamiento

La mayoría de las personas con demencia sufren una progresiva pérdida de interés por su cuidado y sus actividades previas, retraimiento social, falta de iniciativa, conversan menos o manifiestan un aplanamiento emocional. Estos síntomas a menudo son difíciles de distinguir de una depresión y se trata de un síntoma de difícil manejo que puede ser especialmente estresante.

Depresión

Los enfermos con demencia pueden sufrir depresión a lo largo de la enfermedad, al percibir las pérdidas cognitivas que sufren. Es más frecuente en las primeras fases, ya que con el avance de la enfermedad llegan a perder la capacidad de introspección necesaria para sufrir depresión (pierden la conciencia de enfermedad); no obstante, pueden persistir rasgos o conductas depresivas residuales.

Debe sospecharse la depresión especialmente cuando el enfermo tenga antecedentes depresivos, en presencia de tristeza constante junto con anhedonia, dos de los síntomas mayores.

Desinhibición

Muchos pacientes con demencia manifiestan comportamientos que no se adecuan a las normas habituales de educación y convivencia, o tienen conductas impulsivas o desproporcionadas en determinadas situaciones. Esta desinhibición puede ser extrema, con la aparición en presencia de otros síntomas como la agresividad, los gritos e insultos o la desinhibición sexual. Se trata de un problema muy significativo, ya que, además de causar gran estrés a los familiares, puede tener consecuencias graves, como la compra o venta impulsiva (son personas fácilmente sujetas a sufrir timos y engaños) o conducir imprudentemente y de forma peligrosa.

Rara vez el paciente tiene conciencia de su enfermedad y de lo patológico de estos comportamientos, lo que dificulta aún más su manejo.

Falsas identificaciones o ilusiones

Como se ha dicho anteriormente, son trastornos de la percepción, por los que el enfermo es incapaz de interpretar la realidad correctamente y la deforma. No es raro que el enfermo confunda a las personas que le rodean, no se reconozca en el espejo al mirarse o crea que los sucesos que ve en televisión ocurren en realidad en su propia casa. Los errores en el reconocimiento del cuidador principal son especialmente dolorosos para éste.

Ideas delirantes

Los pacientes con demencia tienen a menudo ideas fijas de carácter delirante que no pueden, por tanto, modificarse con el razonamiento lógico. Las más frecuentes son las ideas de robo (que aparecen como un intento de explicación a la pérdida de objetos en la fase inicial y moderada de la demencia) y las ideas persecutorias o paranoicas, que le pueden llevar a huir sin sentido o a rechazar la alimentación por miedo a ser envenenado. Otras ideas delirantes son: el cónyuge o los hijos son unos impostores, la casa en la que se encuentra no es la suya (a veces recuerda una vivienda que tuvo en otro momento y puede no existir ya), los delirios de celos hacia el cónyuge y las ideas de abandono. Las ideas delirantes parecen aumentar el riesgo de agresividad física.

Reacciones catastróficas

Los enfermos de alzhéimer pueden tener de cuándo en cuándo comportamientos como si hubiera ocurrido una catástrofe en su interior o a su alrededor. Aparentan ser reacciones rabiosas. Se trata de reacciones emocionales muy exageradas ante un hecho estresante que tiene lugar en el ambiente donde están o con las personas que les acompañan.

Son, en realidad, una variante brusca de la agitación a la agresividad. Se trata de reacciones repentinas y desproporcionadas de malhumor, palabras amenazantes, insultos, reacciones de cólera con intentos de agredir al cuidador o acciones agresivas sobre sí mismo (autolisis).

De manera muy habitual se presentan cuando el cuidador se empeña a toda costa en que realicen algo o se comporten de una determinada manera que excede sus capacidades.

Estas reacciones catastróficas, que tienen lugar en más del 35% de los casos y aparecen frecuentemente en la fase grave, pueden ser precipitadas cuando el enfermo cae en falsos reconocimientos, está teniendo alucinaciones visuales o está pensando de manera delirante. También pueden ser una reacción al sufrimiento de dolores de cualquier naturaleza (dental, abdominal o articular), padecer infecciones (por ejemplo, de tipo urinario) o como resultado adverso de algunos medicamentos.

De manera que, ante una reacción catastrófica, hay que buscar su origen en circunstancias tales como:

- Cambio de ambiente o de residencia del enfermo.
- Toma de conciencia de su enfermedad.
- Imposibilidad de comunicarse con los demás.
- Rasgos de personalidad previos a la enfermedad.
- Relación inapropiada desde siempre entre el paciente y el cuidador.
- Ruido ambiental.
- Iluminación inapropiada de la habitación.
- Llevar al enfermo a lugares desconocidos para él.
- Contradecir sus apetencias.

- Falta de sueño o cansancio.
- Vagabundeo.

Este último síntoma es de difícil tratamiento y resulta especialmente estresante para los cuidadores. Consiste en la deambulación incesante y sin rumbo del enfermo por su entorno, a veces hasta el agotamiento físico, y muchas veces con manipulación de los objetos que le rodean, intentando llevar a cabo sin éxito distintas tareas. Otras veces se acompaña del intento de salir o huir del domicilio, o le conduce al extravío involuntario fuera de él. Cuando el vagabundeo aparece por la noche, el estrés del cuidador se multiplica, así como el riesgo de caídas para el enfermo.

2. QUÉ PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN NOS PODEMOS ENCONTRAR CON UN ENFERMO DE ALZHEÍMER Y CÓMO PODEMOS ACTUAR

Conforme avanza la enfermedad de la persona con alzhéimer se va modificando tanto su forma de expresarse como la manera de entender todo aquello que le dicen quienes le rodean (pareja, familia, cuidadores, etc.).

Esto hace que el propio enfermo y quienes forman su entorno tengan que aprender otras maneras de comunicación, para poderlas llevar a cabo sin que supongan grandes esfuerzos para el propio paciente ni una frustración para las personas que le rodean, puesto que ha de servir fundamentalmente para darle seguridad, confianza y apoyo en cada una de las etapas de la enfermedad.

Ha de tenerse en cuenta que cada enfermo va a experimentar cambios tanto en el desarrollo de la propia enfermedad como en sus síntomas, sabiendo, por ejemplo, que si se modifican sus condiciones físicas (vista, oído, alteraciones en la marcha, etc.) y su medicación pueden aparecer agudizados dichos síntomas (no hay enfermedades, sino enfermos que, aun padeciendo la misma enfermedad, pueden comportarse de forma diferente).

A continuación se expresa una serie de pequeños consejos, trucos y medidas muy simples que pueden servir para facilitar la tarea tanto a las personas del entorno del enfermo como a este mismo.

En definitiva, lo que se trata de conseguir es poder comunicarnos con la persona enferma de una manera sencilla, lograr que sea capaz de expresarse o hablar cuando aún pueda hacerlo y, cuando ya no sea capaz, saber aprovechar las otras formas de comunicación que existen, para así ayudarle a reducir su ansiedad y evitar las reacciones catastróficas o los problemas de comportamiento, recordando que ante todo es y seguirá siendo una persona, muy vulnerable e indefensa, pero que se ha de respetar y querer hasta el último instante de su enfermedad.

3. CONSEJOS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHÉIMER

Como ya hemos dicho, el enfermo de alzhéimer presentará una dificultad creciente para el diálogo a medida que se agrave la enfermedad.

Comenzará a olvidar el significado de algunas palabras, por lo que las eliminará de su discurso o las sustituirá por otras. Esta sustitución se realiza a veces de forma adecuada empleando un sinónimo o lo que se conoce como «palabras comodín» (*cosa, esto, aquello, cacharro, etc.*); en cambio, en otras ocasiones los afectados utilizan palabras que no concuerdan con lo que se está diciendo, e incluso palabras inventadas, lo que dificulta enormemente la capacidad para comprenderles.

Pueden aparecer también problemas en el control de los mecanismos de la articulación de los sonidos para formar palabras, aun conservando la capacidad de saber lo que quiere decir y la voluntad de expresarse y hacerse comprender. Por este motivo, cuando el enfermo se da cuenta de que no lo consigue y de que no le entendemos sufre, y puede encerrarse en sí mismo, ponerse nerviosos, etc.

La comunicación con el enfermo de alzhéimer es un aspecto muy importante y que hay que cuidar mucho por varios motivos:

En la primera fase debemos tratar de estimular lo máximo posible la capacidad de lenguaje de la persona, para retrasar el avance de la enfermedad y la pérdida progresiva de comunicación.

Según avanza la enfermedad hay que tener muy en cuenta las dificultades que presente el enfermo para minimizarlas en la medida de lo posible, es decir, facilitar la comunicación simplificando los mensajes.

Cuando las dificultades que presenta el enfermo ya limitan mucho la expresión y comprensión de la información, es muy importante esforzarnos al máximo para entender lo que la persona trata de decirnos, pues la percepción por parte del enfermo de que las personas de su entorno no comprenden lo que él trata de expresar puede dar lugar a la aparición de reacciones catastróficas, con los consiguientes problemas de comportamiento.

¿Qué hacer en estos casos?

Como ya se ha dicho anteriormente, es muy importante aprender a detectar los elementos desencadenantes de cualquier tipo de reacción catastrófica para evitar, en la medida de lo posible, su aparición.

A continuación se da una serie de consejos para facilitar la comunicación con el enfermo de alzhéimer:

— **Acercarse a la persona de frente y lentamente.**

Siempre que nos dirijamos al enfermo lo haremos de frente y despacio, para que nos vea y le dé tiempo a reconocernos; de otro modo puede sentirse amenazado o asustado y reaccionar de forma agresiva.

Para hablar con él, siempre nos situaremos a su altura (si está sentado nos sentaremos frente a él o nos agacharemos de rodillas), de forma que le podamos mirar a los ojos y utilizar el lenguaje no verbal de nuestras expresiones faciales para proporcionarle seguridad y afecto.

— **Utilizar un lenguaje sencillo.**

Es recomendable utilizar palabras conocidas por el enfermo y mantener un lenguaje repetitivo, es decir, utilizar siempre las mismas palabras para referirnos a los mismos elementos (por ejemplo, si el enfermo toda la vida ha llamado «alcoba» al dormitorio, siempre que nos refiramos a esa estancia la nombraremos así).

Y es que ya desde las fases iniciales su lenguaje se irá viendo afectado con una pérdida progresiva de vocabulario, por lo que es preferible ayudarle a conservar una determinada cantidad de palabras familiares para él

y que le permitan expresarse, aunque sea de forma básica, que tratar de mantener un lenguaje rico con un amplio vocabulario.

— **Emplear frases cortas.**

Es importante simplificar nuestro discurso mediante frases cortas, claras y sencillas, pues si empleamos una oración larga o con un léxico complicado el enfermo habrá olvidado el principio, antes de que hayamos terminado la frase. Y no nos comprenderá. Además evitaremos que se agote por el esfuerzo que supone tratar de entender frases largas y complicadas, que seguramente no va a lograr comprender.

— **Hablar despacio y claramente.**

Los enfermos de alzhéimer precisan mayor tiempo para percibir e integrar los estímulos, por lo que debemos adaptarnos a su ritmo y no proporcionar más información de la que pueden asimilar.

— **Usar un tono de voz bajo.**

El tono de voz con el que nos dirigimos al paciente puede ser determinante para facilitar la comunicación o, por el contrario, provocar una posible reacción catastrófica. Un tono de voz bajo proporcionará sensación de calma y permitirá que el enfermo ponga atención en el contenido del discurso. Una voz chillona le hará sentirse incómodo y pensará que estamos enfadados con él.

— **Eliminar ruidos de fondo.**

Cualquier ruido puede distraer al enfermo y hacer más difícil que escuche lo que le decimos. Por ello es importante bajar el volumen de la televisión o la radio. Si hay mucha gente hablando a nuestro alrededor es preferible acompañar al enfermo a un sitio más tranquilo para poder hablar con él y que nos preste toda su atención.

Este consejo va ligado al anterior, pues si es preferible dirigirnos al enfermo sin gritar, también es necesario que no haya ruidos que le distraigan, de modo que nosotros no tengamos que alzar la voz para que nos oiga.

— **Utilizar preguntas sencillas.**

Cuando queramos que la persona afectada nos responda a una cuestión, debemos plantearla de forma que requiera una respuesta sencilla: sí/no,

o dando las opciones existentes para que elija. Hay que evitar preguntas abiertas, que requieren un proceso de pensamiento abstracto y organización de lenguaje muy elaborado.

— **Repetir la misma información o pregunta con las mismas palabras.**

Cuando debamos repetirle algo al enfermo es conveniente hacerlo de la misma forma, usando las mismas palabras y el mismo tono de voz. De esta manera, con muchísima paciencia, se repetirán las cosas tantas veces sea necesario para que el enfermo nos entienda.

— **Motivarle para que se exprese y ayudarlo a hacerlo.**

Es de vital importancia incentivar a la persona para que se comunique, por lo que debemos prestar atención tanto al lenguaje verbal como al no verbal, que en muchos casos será más relevante.

Debemos mostrar interés en lo que está diciendo o sintiendo, y si no le entendemos es conveniente hacérselo saber y animarle a que trate de comunicarse también con gestos.

Le ayudaremos cuando no encuentre la palabra adecuada ofreciéndole una idea, pero tratando de no corregirle cuando se equivoque (si hemos detectado el error es porque hemos comprendido lo que nos quería decir, que es, al fin y al cabo, lo importante).

— **No hablar por él.**

Cuando el enfermo muestre más dificultad para comunicarse, no debemos caer en el error de hablar nosotros por él, ya que así contribuiremos a que la pérdida del lenguaje sea más rápida. Hay que tratar por todos los medios de evocar las palabras en su mente, ya sea recurriendo a fotos, objetos, etc., para ir poco a poco construyendo la frase que él nos quiere decir.

— **No hablar de él como si no estuviera presente.**

Es algo muy común a pesar de ser un grandísimo error. Se tiende a pensar que el enfermo no «se entera de nada» y, por supuesto, no es así.

Puede que no comprenda lo que se está diciendo, pero es casi seguro que percibirá que se está hablando de él, lo que le provocará mucha frustración, vulnerabilidad y desconfianza.

Cuando preguntan de qué o de quién se está hablando, no sirve con decirle que se trata de otra persona, pues eso le hará sentirse engañado y pensará que se trata de algo malo sobre él y que no se lo queremos decir.

— **Tratar en todo momento al enfermo con dignidad y respeto, y siempre como un adulto.**

No debemos nunca infantilizar al enfermo, comparándolo con un niño y tratándole de forma autoritaria.

Es una persona adulta, que ha vivido su vida y que probablemente ha tenido que superar numerosos problemas y dificultades a lo largo de los años, por ello debe tener todo nuestro respeto, y a pesar de que ahora se muestre más vulnerable y necesite muchos cuidados debemos garantizar siempre la dignidad de la persona por encima de cualquier cosa.

— **Ignorar alucinaciones o delirios inofensivos.**

Es recomendable no dar importancia a las alucinaciones o delirios que presenta el enfermo, cuando éstos no sean potencialmente peligrosos. Es un error y no sirve de nada tratar de convencerle de su equivocación. Además, tengamos en cuenta que una confrontación puede empeorar la situación. Lo mejor en estos casos es darle la razón para que se muestre confiado y después tratar de desviar su atención hacia otra idea o actividad.

— **Recurrir a la comunicación no verbal.**

Los enfermos de alzhéimer pueden entender las caricias mejor que las palabras. Sosteniéndoles las manos o pasando el brazo alrededor de sus hombros le podemos transmitir nuestro mensaje cuando las palabras ya no le lleguen.

Sin embargo, puede haber personas a las que antes de contraer la enfermedad no les gustase que las tocaran, por lo que ahora pueden mostrar rechazo al contacto físico. Por ello es importante conocer al enfermo y tener en cuenta este aspecto.

Cuando se utiliza la comunicación no verbal es recomendable expresarse de forma lenta y suave, para no asustar ni resultar invasivo con nuestro contacto. Es recomendable situarse a su altura para mirarle a los ojos, pues ello le demostrará que le estamos prestando atención. Una sonrisa puede tranquilizarlo y un abrazo o un beso le demostrarán cariño y seguridad.

Este tipo de comunicación adquiere mayor importancia aún cuando la persona se encuentra ya en una fase tan avanzada que no es capaz de articular palabras ni de comprender las que escucha, y cuando sólo es capaz de percibir el tono de voz y los gestos; por ello es tan necesaria la comunicación no verbal. Debemos vigilar cada uno de nuestros gestos así como los de él.

4. LA IMPORTANCIA DE LAS DIFERENTES FORMAS DE COMUNICACIÓN QUE EXISTEN CON EL ENFERMO DE ALZHEÍMER

Ya sabemos que a través de la comunicación las personas recibimos y transmitimos información expresando nuestras emociones, necesidades, criterios o aspiraciones. En resumen, compartimos algo con alguien.

Las formas de comunicación entre los seres humanos son:

- *Verbal*. Empleamos el lenguaje. Se clasifica en comunicación oral (a través del habla), o escrita (a través de la escritura).
- *No verbal*. No utilizamos el lenguaje, sino signos o señales (a través de las manos, los gestos, las caricias, etc.).

Inicialmente, el enfermo comienza a tener dificultad para encontrar las palabras adecuadas, dejando las frases sin terminar o perdiendo el hilo de la conversación porque sencillamente se olvida de lo que quería decir.

La falta de concentración y pérdida de atención ante pequeñas distracciones y los cambios de personalidad son otros de los síntomas iniciales. Quienes rodean al afectado notan un cambio en la forma de relacionarse con los demás, en las actitudes, etc.

En la tercera fase ya se da una importante pobreza de vocabulario. El enfermo sufre numerosos problemas a la hora de expresarse, pues no entiende lo que le decimos. Igual le ocurre para decirnos lo que desea, lo que va unido a otros problemas como pueden ser la inmovilidad progresiva, los problemas de deglución (con el consiguiente riesgo de atragantamiento) o las escaras.

Conforme avanza la enfermedad observaremos un deterioro en diferentes áreas de la comunicación (lenguaje, escritura, comprensión, hasta llegar a la afasia global ya en la etapa final).

En la primera fase, el enfermo tiene dificultades a la hora de expresar palabras (anomia), por lo que suele recurrir a términos más generales (esto, eso, aquello, etc.). Suele tener errores leves a la hora de comprender lo que se le dice, pero es capaz de repetir frases sencillas y no muy largas. Puede leer textos sencillos y entender lo leído.

En la segunda fase de la enfermedad aparecen fallos en la comprensión pero aún es capaz de repetir lo que se le dice, siempre que sea fácil de entender, le demos tiempo y la frase no sea larga. Ahora ya no es capaz de entender lo que lee, aunque aún puede hacerlo. En esta etapa ya sólo reconoce palabras y suele repetir lo que le decimos.

En la tercera fase existe una afasia total presentando dificultades importantes tanto a la hora de hablar como de comprender lo que le decimos.

5. ¿QUÉ HACER ANTE ALGUNAS SITUACIONES MUY COMUNES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

5.1. ¿Qué hacer cuando la persona con demencia se niega a comer o beber?

En la fase inicial de la enfermedad son habituales los olvidos por parte del paciente tanto a la hora de comprar los alimentos (no recuerda todos los que necesita), como a la hora de elaborar el menú, ya sea diario o semanal.

Poder comprar los alimentos que se necesitan es fundamental para estimular a la persona enferma, pues se trata de una actividad que puede seguir realizando durante mucho tiempo, al principio de forma autónoma y, cuando aparezca la desorientación, acompañado del cuidador.

Al ir a la compra el enfermo realiza diversas actividades:

- Higiene y vestido (para salir a la calle).
- Ejercicio físico.
- Respiración, comunicación y relación con los demás.
- Alimentación (el ejercicio le dará ganas de comer).
- Mantenimiento de la capacidad de cálculo.
- Eliminación (favorecida por el movimiento realizado), evitando el estreñimiento.
- Reposo y sueño adecuado (su organismo se encuentra cansado).

En la fase moderada y avanzada suele ser habitual la no satisfacción de la necesidad fundamental de nutrición para poder continuar viviendo. Al problema de la demencia se suelen unir otros, como los trastornos del gusto y del olfato, de la masticación y dentición —el enfermo suele llevar dentadura postiza, que pierde en ocasiones—, de la deglución o capacidad para tragar fundamentalmente líquidos, con el consiguiente riesgo de asfixia al pasar los líquidos ingeridos a los pulmones, etc.

Otro gran problema muy habitual es el trastorno del comportamiento alimentario (cuando come muy poco, cuando se niega a comer o, por el contrario, cuando es capaz de comer una y otra vez porque se olvida de que ya ha comido).

Conforme avanza la patología, el paciente pasará por diversas fases o etapas y va a ir perdiendo la capacidad para manejar adecuadamente los útiles domésticos (cuchillos, tijeras, etc.), para usar el gas —ya sea butano o ciudad—, con el peligro consiguiente, y al final incluso para alimentarse por sí mismo.

En la fase leve de la enfermedad podemos hacer lo siguiente:

- Procurar la colaboración de la persona enferma en todas aquellas actividades relacionadas con la alimentación, como ir a comprar acompañado si sufre pérdidas o desorientación.
- Hacer una lista con todos los alimentos que va a necesitar para poder elaborar los menús.
- Crear menús diarios y posteriormente semanales.
- Preparar la comida adecuadamente.

- Poner la mesa y retirarla al finalizar la comida.
- Lavar los cubiertos, vajilla, etc.

Además de las habituales tomas en desayuno, media mañana (aunque sea tomar una simple gelatina o un vaso de zumo), comida, merienda y cena, podemos elaborar menús tipo semanales a base de dietas variadas, equilibradas y completas.

En la primera etapa de la enfermedad son habituales los olvidos del enfermo a la hora de comprar los alimentos que precisa para hacer la comida y así poder realizar el menú correspondiente (llega al supermercado, pero no recuerda lo que necesitaba comprar). Igualmente podemos encontrarnos con la incapacidad por parte de esa persona para elaborar eficazmente el menú, ya sea diario o semanal (mayor dificultad aún).

Conforme avanza la enfermedad el paciente sufrirá olvidos frecuentes respecto a los alimentos que ha de adquirir y tendrá problemas derivados de la pérdida de memoria relativos a la propia confección (cómo ha de hacer la comida).

En la fase avanzada de la enfermedad el enfermo con demencia es incapaz de alimentarse solo, requiriendo la ayuda del cuidador.

Se debe procurar la colaboración del enfermo en todas aquellas actividades relacionadas con la necesidad de alimentación. La misión fundamental del cuidador en esta etapa es la supervisión de aquello que realiza el paciente.

Poder adquirir personalmente (por el propio enfermo) los alimentos que necesite para hacer la comida es fundamental a la hora de estimularle. Al principio puede llevarla a cabo sólo mientras no sufra desorientación; más tarde, si se desorienta, será necesario acompañarle para evitar que se pierda [importante: la persona enferma debe llevar una pulsera o un pequeño collar con una chapita grabada donde figuren su nombre y apellidos, la enfermedad que padece y el número de teléfono de su domicilio. Existen en el mercado unas pulseras con GPS (localización por satélite) para saber en todo momento dónde se encuentra la persona enferma].

Salir a comprar es una actividad muy estimuladora en la que se coordinan la actividad física realizada por el propio movimiento del cuerpo,

la higiene y aseo para salir a la calle adecuadamente, la del vestido, la de respiración, la de relación y comunicación con los demás, la de mantenimiento de la capacidad de cálculo, eliminación, alimentación o la de reposo y sueño relacionada con el cansancio.

En la etapa moderada aparecen trastornos del gusto y olfato, de la masticación (problemas en la dentición), de la deglución de líquidos (por pérdida del reflejo de succión), de la incapacidad para tragar y el consiguiente riesgo de asfixia, etc.

Junto a estos problemas, otro muy habitual es el trastorno del comportamiento alimentario, lo que ocasiona que el propio enfermo coma muy poco e incluso se niegue a comer.

En la última fase el paciente ya es incapaz de realizar otra actividad relacionada con la necesidad de nutrición que no sea la de poder ingerir adecuadamente los alimentos que se le proporcionen. Aun así, en numerosas ocasiones existen problemas a la hora de tomar los líquidos, produciéndose atragantamientos. El cuidador tendrá que utilizar los espesantes para evitar la aspiración de líquidos en la persona enferma a la hora de tragar.

5.2. ¿Qué hacer cuando se niega a realizar actividades físicas?

El deseo de caminar es uno de los comportamientos más peligrosos relacionados con la enfermedad de Alzheimer, ya que el afectado, además de perderse (lo que suele ser habitual en la segunda fase de la patología), puede sufrir una confusión que le lleve a tener un accidente: puede ser de tráfico, al cruzar una calle con el semáforo en rojo para los peatones, o puede ser un golpe de frío en el invierno, al no saber regresar a casa, o simplemente, y lo más habitual, tropezar cayéndose y producirse una fractura de fémur, cadera o extremidades superiores. Para evitarlo es primordial tomar las medidas adecuadas y saber cómo actuar cuando alguna de estas situaciones se producen.

Es conveniente que el enfermo, como todas las personas, y más aún las de edad avanzada, mantenga una actividad física adecuada a su estado

físico y edad, de esta forma se van a prevenir la aparición de numerosos problemas relacionados con la inactividad y el aburrimiento.

Pasear por el parque, ir al mercado para hacer la compra, acudir a misa o a la peluquería, visitar a los amigos, etc., pueden y deberían convertirse en actividades habituales para las personas mayores.

5.3. ¿Qué hacer en caso de deambulación constante?

¿Por qué deambulan constantemente numerosos enfermos de alzhéimer?

En la segunda fase de la enfermedad, la alteración del movimiento es habitual en la persona con demencia, la hiperactividad aparece en numerosas ocasiones así como la repetición una y otra vez del mismo movimiento.

El cuidador debe estar acompañando al paciente enfermo en su continuo deambular o en los movimientos repetitivos para evitarle accidentes, con el cansancio y agotamiento que ello ocasiona en dicho cuidador.

Entre las razones más habituales nos encontramos las siguientes:

- Búsqueda constante de algo. Generalmente te dicen que se van a su casa: «voy a coger el metro en Cuatro Caminos», cuando la realidad es que esta persona se encuentra en una residencia a 35 kilómetros de Madrid capital desde hace varios años.
- La confusión. La persona enferma no reconoce su domicilio, aun encontrándose en él, y quiere salir a buscarlo.
- Inquietud, agitación o nerviosismo, debido a falta de ejercicio diario o aburrimiento, o a la toma de determinados medicamentos.
- Delirios. Quizás dentro de su mente lo que intente es realizar la actividad que ha mantenido durante muchos años, como puede ser ir a trabajar o buscar a su esposa o hijos.

¿Qué hacer?

Lo primero que debemos hacer es averiguar por qué realiza estos movimientos, puede ser debido simplemente al aburrimiento al no efectuar

ninguna actividad. Posiblemente manteniéndole ocupado ya no tenga que ir a buscar algo; así evitaremos que se produzca la deambulación.

Procurar que realice ejercicio físico: pasear por el parque, siempre acompañado para evitar pérdidas; participar en otras actividades de la tercera edad, acudir a un centro de día, etc.

Ofrecerle alternativas que le gusten y a la vez le mantengan sentado, incluso aunque sean repetitivas: devanar una madeja de lana, pegar etiquetas de colores a una botella de plástico, doblar trapos, colorear figuras, ver fotografías o películas de su tiempo, escuchar música...

Aun con todo, puede ser que la deambulación continua y errante persista, en cuyo caso es fundamental evitar recluirle o reducirle por medios mecánicos (cinturones de sujeción o muñequeras), tengamos en cuenta que sigue y seguirá siendo una persona con toda su dignidad aunque su mente no funcione adecuadamente, hasta el último momento de su existencia. Le proporcionaremos un calzado cómodo y silencioso así como unos itinerarios seguros para deambular por la casa: pasillo mejor aún si es largo, patio, etc., protegiendo aquellas zonas donde pueda tropezar y accidentarse.

Eliminaremos las alfombras, moquetas o la existencia de cables por el suelo, así como todos los obstáculos con los que pensemos que puede tropezar y accidentarse. De esta manera mantendremos un lugar despejado y seguro por donde pueda caminar.

Es conveniente dotarle de un brazalete o cadenita (para la muñeca o el cuello respectivamente) de identificación donde figure simplemente escrito «pérdida de memoria», su nombre y el teléfono de emergencia, teniendo precaución de que lo lleve siempre puesto.

Igualmente pondremos cerrojos de seguridad en todas las puertas y ventanas que conduzcan al exterior manteniendo las llaves en un lugar seguro al que no pueda acceder. En ferreterías y grandes almacenes existen dispositivos de seguridad para estos casos.

¿Y si, aun poniendo todo nuestro cuidado, la persona enferma sale de casa y se pierde?

En ocasiones, aun cuando hayamos tomado todas las precauciones anteriores, puede ser que logre salir de casa o, estando paseando, se pierda.

Lo primero que debemos hacer es avisar a la policía (092), a la guardia civil, si es un pueblo (062), o a emergencias (112), ya que la desaparición de una persona enferma de alzhéimer debe ser considerada siempre como una emergencia.

Es muy útil tener una fotografía reciente, así como una descripción de sus características físicas: edad, estatura, sexo, peso, color de piel y pelo, etc., para entregar a los profesionales, a los vecinos o cualquier persona que pueda buscarla. También es práctico contar con una lista de los lugares donde le gusta ir a la persona extraviada: iglesia, supermercado o centro comercial, parque, casa de amigos u otros hijos, etc. Y disponer de una relación actualizada de los lugares peligrosos existentes en el vecindario y alrededores: zanjas, cruces de caminos y carreteras, puentes y riachuelos, acequias, terrenos empinados, bosques, etc.

5.4. ¿Qué hacer cuando realiza movimientos repetitivos?

Ante todo debemos tener infinita tranquilidad y recordar que el único culpable de lo que le ocurre es la propia enfermedad que padece. Los movimientos repetitivos son habituales y es una queja corriente en los cuidadores, pues les cuesta aguantar que saque una y otra vez las cosas de los mismos cajones, o quitar los cojines del sofá y dejarlos delante de la puerta, o deshacer la cama, o balancearse hacia delante constantemente.

Las medidas a tomar, además de las explicadas anteriormente, pueden ser las siguientes:

No prohibir la actividad ni recluirle; quizás lo que para nosotros es absurdo y no tiene ningún sentido para la persona enferma es algo muy importante que tiene que seguir haciendo (siempre que la actividad no sea peligrosa, pues en este caso debemos intentar entretenerle para, poco a poco, cambiársela por otra).

Procurar mantenerle ocupado con otras actividades menos molestas y más llamativas para él: recortar, realizar puzzles, introducir o sacar objetos dentro de un cubo de colores (como los de los niños), etc.

5.5. ¿Qué hacer cuando aparece la hipoactividad?

Con el avance de la enfermedad la persona afectada va a ir reduciendo poco a poco su movilidad física e incluso puede llegar el momento, al final de la tercera fase, en que los sistemas corporales (extremidades superiores e inferiores) sufran un deterioro general, llegando incluso a la rigidez en posición fetal.

Para evitar la inmovilidad podemos realizar movilización activa —realizada por él mismo mientras pueda— y pasiva —efectuada por nosotros, moviéndole todas las articulaciones: cabeza y cuello, hombros, codos, manos y dedos, muslos, pantorrillas, tobillos y pies—.

Movilizaremos y masajearemos todas las zonas corporales a primera hora, tras llevar a cabo la higiene, y a última hora, al acostarle, pues le relajará. Evitaremos dar masaje si hay lesiones como inflamación, hematomas, contusiones, fracturas, metástasis, etc.

5.6. ¿Qué hacer ante los problemas de eliminación urinaria y fecal?

Los trastornos de la eliminación van a hacerse presentes conforme vaya avanzando la enfermedad. Cuando la incontinencia aparece de forma repentina o brusca, en numerosas ocasiones suele tener una causa diferente a la del proceso demencial, por ejemplo puede ser debida a infección urinaria, puede ser también un efecto secundario de algún tipo de medicación, puede estar producida por la ingesta de determinados alimentos, etc.

En los casos anteriores, cuando se descubre la causa (que es lo que se debe buscar de forma prioritaria) y se subsana, se acaba el problema.

Lo que aparece con cierta frecuencia o asiduidad en las personas con demencia es la incontinencia funcional ocasional, siendo éste un problema importante, ya que origina y ocasiona una gran dependencia y al que los familiares y cuidadores de este tipo de enfermos tienen miedo a enfrentarse.

En la fase inicial de la enfermedad la incontinencia urinaria o fecal puede ser ocasional, aunque el enfermo suele ser capaz de controlar los esfínteres en ambos casos. En la fase moderada, sin embargo, en un primer instante se dan episodios de incontinencia urinaria para pasar después, conforme avanza la enfermedad, a la incontinencia fecal. Al final de esta fase ya suelen ser frecuentes ambas.

En la fase avanzada de la enfermedad tanto la incontinencia urinaria como la fecal ya son totales; así, la persona con demencia se hace completamente dependiente del cuidador, pues por sí misma es incapaz de valerse en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Es conveniente que conozcamos algunas normas muy simples y sencillas que nos pueden ayudar en un primer momento, cuando aparece la incontinencia urinaria, a salir del paso y, posteriormente, a controlar la situación:

Procuremos que no se orinen encima y, cuando esto ocurra, no haremos ante el enfermo en ningún momento comentarios desagradables, humillantes ni alusivos a la situación.

Es conveniente señalar la localización del cuarto de baño, bien con un dibujo del inodoro pintado, mediante una fotografía o a través de un cartel con letras grandes.

La llegada al servicio debe estar libre de objetos que obstaculicen el acceso por parte del paciente.

Es conveniente realizar un horario determinado para acompañarle al WC previendo las veces que el paciente necesitará eliminar, generalmente cada 2-3 horas.

Durante la noche, el camino desde el dormitorio al cuarto de baño puede señalizarse mediante luces piloto o dejando una luz encendida en el aseo que le sirva de orientación a la persona enferma.

Quizás sea conveniente no administrarle líquidos al enfermo a partir, por ejemplo, de las 19:00 horas, y conseguir que el enfermo miccione antes de acostarse.

La simplificación en los vestidos es fundamental, evitando las cremalleras, cinturones y colocando velcros a fin de hacer más sencillas y fáciles las maniobras de desvestido.

En la primera fase de la enfermedad podemos intentar enseñarle al paciente enfermo la realización de ejercicios que fortalecen la musculatura abdominal y del suelo pélvico como forma de efectuar prácticas de adiestramiento vesical.

Ejercicios para disminuir la incontinencia urinaria y fortalecer el suelo pélvico

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la más frecuente (principalmente en las mujeres). Existe una serie de ejercicios para fortalecer los músculos de la pelvis y del esfínter urinario, ya que aumentan la fuerza y el tono muscular que, con el paso de los años, van perdiendo. Así, el problema quedaría minimizado.

Procedimiento

El paciente únicamente los podrá utilizar en el inicio de la enfermedad y en la fase media de la misma; posteriormente, los propios problemas cognitivos no le permitirán la reeducación vesical.

Al iniciar el procedimiento, es aconsejable que le expliquemos lo que vamos a enseñarle y para qué, indicándole que permanezca confortablemente sentado, ya que esta postura es más cómoda, aunque también puede realizar los ejercicios de pie.

Le diremos que comience poco a poco a contraer los músculos del esfínter anal, haciéndolo cada vez con más fuerza, como si quisiera evitar la expulsión de gases o la defecación.

Le indicaremos que debe mantener los músculos descritos en tensión y contar hasta cinco, para, después, ir relajando poco a poco la zona citada.

Cuando desee orinar, le explicaremos que debe sentarse cómodamente en el inodoro y, cuando se encuentre orinando, interrumpir voluntariamente el flujo urinario, contrayendo los músculos de la zona, y contar mentalmente (o en voz alta si no puede hacerlo en silencio) hasta cinco.

Posteriormente irá relajando la zona, dejando que salga el resto de la orina poco a poco.

Durante el día repetirá varias veces el ejercicio, aumentando paulatinamente el tiempo dedicado a la contracción del esfínter anal y de la vejiga urinaria.

Lo ideal es vaciar la vejiga únicamente cuando sea necesario, por lo que debe procurar aguantarse las ganas de ir al servicio; aguantará, como mínimo, 2 horas sin miccionar; de esta manera la capacidad de dicho órgano no se verá disminuida. Se ha de procurar realizar los ejercicios durante 10 minutos, 3 veces al día, siempre a intervalos regulares y prolongándolos durante varios meses.

A medida que los músculos van cogiendo fuerza, los problemas de incontinencia se irán haciendo cada vez menores.

Igualmente, y para favorecer la eliminación urinaria, le enseñaremos que debe beber líquido (agua, zumos o similares, evitando las bebidas con gas y estimulantes, como té o café), en cantidad suficiente, entre 1,5 y 2 litros diarios, siempre que no esté contraindicado. Una forma eficaz de saber realmente la cantidad de agua que bebe es anotar los vasos que toma durante el día (un vaso es, más o menos, 200 cc.).

Para favorecer la simplificación de las maniobras de desvestido es aconsejable cambiar las cremalleras por velcro, evitando los cinturones y colocando elásticos en los pantalones.

La revisión de los fármacos que está tomando y el conocimiento por parte de todos los familiares y cuidadores que acompañan al enfermo de los efectos secundarios de los mismos es muy aconsejable.

En cuanto a la utilización de los absorbentes o pañales, ésta es una situación que debe retrasarse al máximo para favorecer la autonomía del paciente, así como evitar las molestias ocasionadas por el uso de los mismos. Cuando al final no haya otra posibilidad deberíamos:

Tanto en los varones como en las mujeres, si la incontinencia es sólo vesical (urinaria), valorar la alternativa de utilizar un colector de orina, teniendo en cuenta que son diferentes dependiendo del sexo, hombre o mujer.

Procurar que durante el día, y mientras sea posible, el enfermo siga utilizando su ropa interior habitual, aunque sea encima del pañal.

Realizar un estudio de las marcas, modelos, tallas y la capacidad de absorción para saber qué tipo de pañal se adapta mejor a la persona enferma y a sus necesidades, procurando evitar aquellos en los que el plástico permanece en contacto con la piel (fundamentalmente en ingles y glúteos), pues suelen ocasionar irritaciones e incluso pueden llegar a producir heridas.

Tener la precaución, sobre todo en las mujeres, de que cuando se deba proceder al cambio, el pañal sucio siempre se retire por detrás, colocando el limpio de delante hacia atrás al objeto de evitar la contaminación vaginal con el consiguiente riesgo de infección urinaria.

La incontinencia fecal o de heces suele hacer su aparición más tarde que la urinaria o vesical y, en un primer momento, se puede intentar controlar con las medidas que se proponen a continuación:

Procurar descubrir si la persona enferma realiza algún tipo de movimiento o señal anterior a la evacuación para ponerle inmediatamente en el inodoro: nerviosismo, agitación, inquietud, alguna señal o sonido, etc.

Cuando el enfermo se encuentre en el retrete, lo mantendremos allí el tiempo suficiente para que pueda producirse la evacuación, alrededor de 20 minutos es suficiente.

Los accesorios de seguridad en el baño son primordiales para evitarle sobreesfuerzos e incluso caídas (soportes, barras de sujeción, etc.).

Realizar y cumplir un horario determinado, por ejemplo, después del desayuno o de la comida, antes del baño, etc., comprobando y anotando en un cuadernillo que evacua cada día y la hora a la que lo hace.

Comprobar diariamente que tanto la toma de nutrientes como de líquidos es correcta (siempre que no estén contraindicados, entre un litro y medio y dos litros diarios como mínimo de agua, leche, zumos o infusiones, evitando el café y té).

A la hora de cambiar el pañal, lo haremos de la manera más aséptica posible para evitar posibles infecciones.

En ningún momento permitiremos que la persona enferma permanezca con el pañal sucio, para lo cual ha de revisarse cada dos horas durante el día (independientemente del tiempo que permanezca en el inodoro) y dos veces en la noche a ser posible, coincidiendo con la toma de suplemento alimenticio o de los cambios posturales, en su caso.

Es muy importante que después de cada deposición se realice una higiene total y muy cuidadosa de la zona genital, lavando, secando y aplicando crema dermoprotectora al objeto de evitar las dermatitis de contacto producidas por el plástico del pañal (si no es hipoalergénico). Para ello puede dejarse una gasa abierta bajo el pliegue del absorbente o pañal y, de esta manera, evitar que toque el plástico con la piel del paciente. Existen en el mercado unos pañales hipoalergénicos que llevan un suave tirante de sujeción, similar a un cinturón, cuyo beneficio estriba en que además de no producir irritaciones en la piel se adaptan muy bien al cuerpo, siendo más fáciles de retirar que los descritos anteriormente.

La incontinencia fecal puede deberse también a un estreñimiento habitual con la presencia de fecalomas frecuentes (lo que suele ser corriente en la segunda y tercera fase de la enfermedad de Alzheimer).

Está comprobado científicamente que el estreñimiento (eliminación poco frecuente y difícil de las heces) no existe en los pueblos con dietas elevadas en fibra, de lo que podemos deducir que la mayor parte del estreñimiento (cuando no hay una causa orgánica) es debido a la poca toma de alimentos ricos en fibra y a la falta de ingesta de agua o líquidos.

Beneficios de la fibra

- Favorece la masticación aumentando la saliva y la secreción de jugo gástrico, llenando el estómago y proporcionando una sensación de saciedad.
- Aumenta el volumen de las heces, normalizando el tiempo de paso de éstas por el intestino, retrasando el vaciamiento del estómago y disminuyendo el tiempo de digestión y la absorción de los nutrientes.
- La fibra soluble disminuye notablemente el colesterol malo.

Para evitar el estreñimiento es conveniente llevar a cabo las medidas siguientes:

Procurar que, en la medida de lo posible, el enfermo tome abundante fibra en su alimentación (vegetales, pan integral, productos con salvado, etc.), frutas y verduras, evitando los alimentos astringentes (arroz, dulce de membrillo, zanahoria, etc.).

Ingerir mucho líquido, entre uno y dos litros diarios. La toma de zumo natural de naranja (con su pulpa) en ayunas, así como de kiwi, mezclado con agua tibia va a ayudarle en la defecación.

Realizar ejercicio físico, como ir a la compra, pasear por el parque regularmente —siempre acompañado para evitar las pérdidas— o incluso realizar actividad física dentro de casa.

Tener en cuenta el tratamiento farmacológico (fármacos que toma y dosis de los mismos), así como los efectos secundarios que puedan producirse.

Aplicar masajes abdominales tanto a la hora de realizarle la higiene como cuando se encuentre en el inodoro. En este momento, la estimulación del esfínter anal mediante suaves movimientos circulares va a ayudarle a defecar.

Evitar el uso de laxantes sin prescripción facultativa; podemos utilizar, si lo estimamos conveniente, supositorios de glicerina o bisacodilo para ablandar las heces.

Cuando se observe la presencia de fecalomas, ablandarlos mediante un tacto rectal procurando partirlos para, así, extraerlos. Finalizaremos con la aplicación de un enema de limpieza.

Puede utilizarse el salvado para complementar la dieta rica en fibra. La cantidad ideal oscila entre 20 y 40 gramos al día (de 6 a 13 cucharadas pequeñas), aunque es aconsejable comenzar con dosis bajas (una cucharada en cada comida) e ir poco a poco aumentando la cantidad hasta alcanzar la dosis eficaz de cada persona. Es conveniente saber que el salvado puede ocasionar molestias abdominales como gases, distensión, etc.

Las dietas con un contenido alto en fibra elevan el agua de las heces facilitando su aumento, lo que provoca que se ablanden y acelera el ritmo intestinal previniendo o corrigiendo el estreñimiento. No deben usarse de manera indiscriminada.

La receta de la abuela Flora para evitar el estreñimiento

Vivió durante casi cien años en un pueblecito de la comarca cacereña de Las Hurdes, un verdadero paraíso natural con unas gentes, unos valles, un agua, unas verduras, unas legumbres y unas hortalizas o fruta como las cerezas, así como unos parajes realmente maravillosos.

Me contaba de niño mi abuela que, aunque nunca fue a la escuela, ya que por aquél entonces era principio del siglo veinte, no había ninguna en aquellos pueblos, motivo por el que no sabía leer ni escribir y, aunque era sorda desde que contrajo el sarampión de niña, se sabía explicar como el mejor orador del mundo; tenía esa inteligencia que Dios le dio para vencer los numerosos contratiempos que la vida le puso en su camino y que fueron muchos, un remedio para las personas que sufrían esa enfermedad, siendo un laxante totalmente natural:

Ingredientes:

2 cucharadas de postre llenas de salvado de trigo (el mismo que se utilizaba para engordar a los cerditos o las gallinas).

2 cucharadas soperas de aceite de oliva virgen extra.

1 naranja.

1 vaso de agua tibia.

Preparación:

Se deja en remojo el salvado en medio vaso de agua durante la noche, tapado con un paño limpio.

Utilización:

En ayunas, después de levantarse, se toma en el siguiente orden: primero, las dos cucharadas de aceite; después, el vaso de agua tibia, tirando a caliente; finalmente, la naranja, masticándola muy despacio.

Por la mañana, antes de realizar cualquier actividad, se toma la mezcla macerada con el agua, endulzada con miel y el salvado de trigo.

La receta anterior, además de ser totalmente natural en cuanto a todos los ingredientes que posee, suele tener efecto inmediato, pero cuando todo lo explicado no da resultado, tomar frutas y verduras, beber mucha agua y realizar ejercicio no da resultado y la persona sigue con problemas para una eliminación fecal eficaz, el médico suele prescribir los enemas.

Los enemas pueden ser de aceite mineral o de oliva, soluciones comerciales preparadas, soluciones jabonosas, etc.

¿Qué es el enema comercial?

Ya viene preparado para su administración, que suele ser a temperatura ambiente, aunque puede calentarse en un recipiente con agua templada para adecuarlo a la temperatura del cuerpo, alrededor de los 36°.

Material

- Guantes.
- Bolsa desechable.
- Toalla.
- Cuña.
- Empapador o protector impermeable de la cama.
- Papel higiénico.
- Enema comercial.

Procedimiento

Siempre debemos explicar a la persona enferma lo que le vamos a hacer, procurándole intimidad.

- Nos lavaremos las manos de forma higiénica, retirándonos los anillos, pulseras y joyas, para evitar arañarle e incluso hacerle heridas.
- Prepararemos todo el material necesario.
- Nos colocaremos los guantes.
- Pondremos el travesero o un empapador como protector en la mitad de la cama.
- Colocaremos al paciente en la posición de decúbito lateral izquierdo (sobre el lado izquierdo para favorecer la penetración de la irriga-

ción), con el protector bajo sus glúteos. Esta posición le ayudará a retener el enema durante más tiempo, permitiendo que la solución caiga por la acción de la gravedad hacia el colon descendente. De esta manera tan sencilla su efecto será mayor. Si le colocáramos sobre el lado derecho, el enema se saldría al instante de haberlo introducido.

Para proceder correctamente, debemos seguir los siguientes pasos:

- Descubriremos la zona del esfínter anal separándole los glúteos.
- Colocaremos la cuña cerca de su cuerpo; un buen sitio puede ser a los pies de la cama.
- Retiraremos la tapa del enema, aplicando un poco de vaselina en la punta del mismo al objeto de que su introducción se vea facilitada y no sea dolorosa. Existen productos que ya vienen prelubricados.
- Si observas que padece de hemorroides (inflamación de las venas del ano que salen hacia el exterior), pondremos un poco más de vaselina para así facilitar la introducción del enema.
- Le diremos que respire por la boca de forma profunda, despacio y suavemente, durante varias veces. De esta manera se relajará y sentirá menos molestias.
- En el momento en que esté expulsando el aire profundamente, le introduciremos la punta del envase untada de vaselina —unos 5 centímetros—, hacia el recto.
- Iremos poco a poco exprimiendo la botella suavemente (sin soltar en ningún momento, pues volvería la solución de nuevo a la botella), enrollándola hasta introducir todo su contenido en el intestino. Una vez terminada la solución evacuante, retiraremos la botella y la desecharemos.
- Tenemos que decirle que retenga todo lo que pueda la solución, hasta que sienta ganas urgentes de defecar.
- Si se encuentra en la fase final de la enfermedad, entonces el enfermo no podrá ayudarnos porque no sabrá lo que le estamos diciendo; en este caso, seguiremos todos los pasos según se ha explicado y el resultado también será excelente.
- A los 10 minutos, aproximadamente, le colocaremos la cuña o lo acompañaremos al inodoro para defecar.

¿Qué es un enema de limpieza?

Consiste en una solución irrigadora comercializada, compuesta por un recipiente de plástico donde va colocado el líquido a administrar y una sonda rectal que va unida al tubo del irrigador, a través de la cual se introduce la solución en el recto del paciente.

En ocasiones, el médico puede indicar la administración de 250 mililitros de agua tibia con un dedo de jabón (2 centímetros cúbicos) y otro de aceite de oliva; su efecto es similar al preparado comercial. La solución se coloca dentro de la bolsa manteniéndose a una altura de, aproximadamente, 1'80 metros del suelo, al objeto de que fluya el líquido por gravedad.

Tendremos que adaptar la sonda al tubo irrigador y lubricarla con vaselina o lubricante urológico, que lleva un poquito de anestésico; de esa manera no le haremos daño al introducirla en el recto.

- Le colocaremos sobre el lado izquierdo (para que pueda entrar sin dificultad y permanecer el mayor tiempo posible) y separaremos los glúteos dejando a la vista el orificio del ano.
- Le diremos que respire despacio y profundamente, así relajará su esfínter anal; una vez conseguido esto, comenzaremos a introducir la sonda en dirección al recto unos 10 centímetros.
- Si notamos alguna resistencia, no forzaremos nunca la entrada empujando mucho, ya que podríamos lesionar su mucosa intestinal.
- La altura a la que tenemos que colocar el irrigador con la solución dependerá del grado de resistencia de cada paciente.
- No debemos aumentar la rapidez de entrada del líquido, ya que podría estimularse en ese mismo momento la defecación.
- Una vez administrada toda la solución, le diremos que respire profundamente de nuevo mientras vamos retirando con rapidez y suavidad la sonda.
- Debemos hacer todo lo posible para que el paciente retenga el enema, indicándole que permanezca en la cama o sentado (cuando sea posible), a fin de facilitar la retención, o incluso tendremos que sujetarle los glúteos presionando uno contra el otro (sin hacerle daño).

- El tiempo aconsejado es de 30 minutos. Cuando haya transcurrido ese tiempo, le pondremos la cuña o lo acompañaremos al retrete.

5.7. ¿Qué hacer ante los trastornos del sueño?

Generalmente los trastornos del sueño están presentes en la mayor parte de las demencias, así como en todas las fases de la enfermedad de Alzheimer, siendo uno de los problemas que más les preocupa a los cuidadores y familiares, ya que además de encontrarse todas las horas del día cuidando al enfermo, no pueden descansar adecuadamente por las noches, con el consiguiente cansancio y agotamiento.

Durante la mayor parte de la enfermedad el paciente suele dormir mal por las noches; en la primera fase suele despertarse o desvelarse muy angustiado debido a los problemas y preocupaciones generados por la propia enfermedad. En la segunda etapa, la desorientación se hace habitual, el afectado se empeña en realizar actividades que son impropias de las horas nocturnas y que exigen vigilancia continua por parte del cuidador. En la fase avanzada de la enfermedad, los cambios de pañal y los cambios posturales hacen que el descanso sea complicado tanto para la persona enferma como para su cuidador; a esto se le une el hecho de que en numerosas ocasiones duerme durante el día por no realizar ninguna actividad, y así no tiene sueño por la noche.

Mantener o recuperar un patrón de sueño adecuado con el descanso nocturno es una tarea muy difícil y, generalmente, no se tiene éxito en este cometido. A continuación se explicarán todas las acciones conocidas y que llevamos a la práctica en nuestro trabajo diario como cuidadores de personas con demencia, al objeto de procurar una ayuda a todos los que puedan necesitarlo.

Es fundamental que en la primera fase de la enfermedad de Alzheimer el propio enfermo sienta que hay alguien a su lado para ayudarle si lo necesita, además de acompañarle. De esta manera le proporcionamos seguridad y confianza.

En todo momento ha de tener todas sus necesidades básicas debidamente satisfechas: higiene, vestido, alimentación, entretenimiento, co-

municación, etc. Cuando una persona se acuesta limpia, cansada por haber realizado alguna actividad durante el día, sin hambre, con una ropa adecuada y cómoda, en una cama también limpia y cómoda, rodeada de un ambiente tranquilo y sin estrés, es mucho más fácil que pueda descansar.

Es muy importante hacer de la hora de acostarse un rito diario, estableciendo y llevando a cabo siempre las mismas normas para dormir: tomar un vaso de leche antes de acostarse (contiene triptófano, un relajante natural), a la misma hora, en la misma cama, etc.

Procurar que durante el día no se duerma (evitar incluso esa cabezadita después de comer delante del televisor), realizando actividades que le mantengan ocupado como pasear, salir a comprar al mercado, visitar amigos o acudir a un centro de día.

Antes de dormir ponerle música relajante y tranquila, acompañarle a la cama y leerle un rato, contarle o hacer que nos cuente alguna de sus historias (aunque sepamos que no tiene nada que ver con la realidad), teniendo en cuenta que puede que nos la repita una y otra vez.

Conseguir que permanezca en la cama a ser posible el mismo tiempo aunque no se encuentre durmiendo, estableciendo igualmente una rutina a la hora de levantarse.

Suele ser habitual que se incorpore, e incluso levante, desorientado durante la noche y decida hacer alguna actividad que no sea adecuada al momento, como puede ser preparar la ropa para irse a su casa, vestirse para una reunión importante o porque está esperando a sus hijos que vienen a buscarle, o simplemente irse al sofá a dormir; en este último caso, dejémosle, porque tenemos en cuenta que lo realmente importante es que él descanse, así como el resto de los componentes de la unidad familiar. Pero en los casos anteriores, no intentar razonar con él acerca de lo inadecuado de su comportamiento, pues no nos va a entender y lo único que conseguiremos será enfadarnos o que surja en la persona enferma una reacción catastrófica.

Si por más que lo intentamos sigue empeñándose en su realización y la actividad no es peligrosa, le dejaremos hacer controlándole a distancia. Después procuraremos entretenerle con alguna otra actividad e intentaremos con infinita paciencia, amor y cariño que vuelva a la cama.

La receta de la abuela Flora para las pesadillas y el insomnio

«De grandes cenas están las tumbas llenas», decía la abuela que había que dormir con la cabeza fría, los pies calientes y el estómago medio vacío, lo que en ocasiones era habitual, ya que no existían tiendas de ultramarinos y el supermercado más cercano se encontraba en Nuñomoral o Serradilla del Llano; la economía familiar daba para subsistir, la gente se alimentaba de lo que ellos mismos cultivaban, de las gallinas, cerdos o conejos que tenían en los gallineros y cuadras.

No tomar durante el día bebidas excitantes (café, té, bebidas de cola, etc.).

Realizar durante el día algún trabajo o actividad (hacer ejercicio).

Si además de lo anterior, añadimos el remedio siguiente, quizás ese sueño que es tan difícil de conseguir no sea tan esquivo.

La infusión de cáscaras de naranja es muy saludable y la abuela la utilizaba tanto para las ocasiones de insomnio como para la falta de apetito, para favorecer la digestión o la tos irritativa.

Ingredientes:

1 naranja.

1 vaso de agua.

Preparación:

— Se hierva la piel de la naranja en un puchero durante diez minutos y después se cuele y se vierte en una jarra de cristal.

Utilización:

— Para el insomnio y pesadillas, se toma antes de dormir.

— Para la falta de apetito, se ingiere durante la comida.

— Para favorecer la digestión, se bebe después de comer.

— Cuando tenemos un sueño muy ligero es conveniente tomar una manzana bien madura masticándola muy despacio antes de irnos a dormir.

En ocasiones, la persona enferma de alzhéimer se levanta en la mitad de la noche y se pone a pasear. La causa de este comportamiento (sonambulismo) se desconoce, quizás esté buscando a alguien o puede que sea una reacción de aburrimiento o huida, o se debe simplemente a que la oscuridad le crea confusión; en definitiva, puede haber mil causas que desconocemos, pero independientemente de la razón que sea, ese deambular constante es un motivo de preocupación para la familia y el cuidador.

Es importante saber que estos cambios de conducta no son intencionados, sino que se deben a la propia enfermedad. No debemos discutir nunca con la persona afectada. Si está asustada, trataremos de calmarla cogiéndola de la mano y hablándola suavemente.

Procuremos reorientarla enseñándole, por ejemplo, que es de noche (podemos subir la ventana para que vea la oscuridad y enseñarle la luna), y de noche tenemos que dormir para estar descansados el día siguiente y realizar las actividades que le gustan.

Posemos distraerle enseñándole algún objeto que haya en la habitación y, de esta forma, procurar que se olvide de lo que estaba haciendo.

Es importante tratar de que el enfermo no duerma durante el día ya que si cambia su ritmo sueño-vigilia estará inquieto durante la noche.

Dejar una luz de seguridad encendida puede ayudarle si se despierta.

5.8. ¿Qué hacer cuando repite una y otra vez las mismas cosas?

En ocasiones la enfermedad puede hacer que el enfermo repita una y otra vez la misma palabra (ecolalia), e incluso las mismas frases o las mismas preguntas. Sepamos que no es nada intencionado, aunque pueda parecerlo. Puede ser debido, entre otras causas, a desorientación, pérdida de memoria, preocupación o inseguridad.

Igualmente podemos encontrarnos con el paciente que se muestra inquieto y en muchos momentos del día está confuso. Este comportamiento

suele ser habitual, sobre todo a última hora de la jornada, posiblemente porque el enfermo se encuentra cansado de toda la actividad realizada durante el día.

También puede suceder que la persona enferma se despierte a media noche y comience a mostrarse inquieta en la cama, balanceándose una y otra vez agarrada a la barandilla o elevando y moviendo los pies como si estuviese andando o haciendo la bicicleta.

En definitiva, cada persona es un mundo y aun padeciendo la misma enfermedad puede comportarse de mil y una maneras distintas, lo importante es que intentemos descubrir cuál es la causa de ese problema, pues conociendo la causa podremos poner el remedio o tratamiento adecuado, siempre manteniendo la calma y tranquilidad.

Ante las repeticiones, procuremos distraerle con actividades sencillas y cambiando de tema. Intentemos que haga algo tan fácil como doblar ropa, limpiar el polvo, preparar alimentos, limpiar algún objeto, etc.

En algunas ocasiones la única solución es ignorar el comportamiento. Si es de noche, puede que sea debido a que durante el día da cabezadas, motivo por el cual no descansa correctamente al finalizar la jornada. Una buena solución es dejarle una luz encendida para darle seguridad.

Debemos asegurarnos de que se encuentra cómodo en la cama, relajado (recordemos que un vaso de leche caliente antes de acostarle va a relajarle debido al Triptófano, un sedante natural).

Otra solución es tranquilizarlo abrazándolo y dándole cariño, en numerosas ocasiones es la mejor terapia.

La receta de la abuela Flora para la memoria

Hoy aún no se conoce con total certeza el funcionamiento de la memoria, cómo funciona ni qué mecanismos permiten que recordemos algunas cosas y olvidemos otras muchas. Lo que sí recuerdo era el remedio que, según mi abuela, era efectivo y además no producía ningún daño: polen de abeja y miel de romero. Muchos años después de esta receta, el Ciripolen fue promocionado en televisión española a través del programa de Chicho Ibáñez, «Un, dos, tres».

La miel es un alimento que une a sus propiedades bactericidas (ataca a determinadas bacterias) su poder energético y saludable. En la comarca de Las Hurdes, y más concretamente en el pueblecito de Las Mestas, cerca de Las Batuecas y por debajo de La Peña de Francia, se elabora una miel excepcional, aunque también se encuentra en numerosos pueblos de la zona: Pinofranqueado, Caminomorisco, Asegur o Arrolobos.

Por su parte, el romero es una planta que favorece la producción de Cortisona en nuestro organismo para defendernos de las agresiones al sistema nervioso, por lo que esta receta para fortalecer la memoria es muy recomendable.

Ingredientes:

1 cucharada, de las de café, de polen de abeja (hay que tener cuidado si se es alérgico al polen).

1 cucharada, de las de postre, de miel de romero.

Preparación:

Se mezclan muy bien los dos ingredientes.

Utilización:

- Se toma cada día de forma habitual antes del desayuno (en ayunas).
- Si se es alérgico al polen, se debe empezar tomando el primer día un granito de polen con la cucharadita de miel; el segundo día, dos granitos y la cucharadita; el tercer día, tres granitos y, poco a poco, hasta llegar a la cantidad que cabe en una cucharadita de café.

La receta de la abuela Flora para la memoria *(Continuación)*

Las uvas pasas también fortalecen la memoria, la atención y la capacidad de concentración, y es importante comer también el rabito de la pasa por su fibra.

5.9. ¿Qué hacer cuando nos acusa de robo?

En muchas ocasiones el enfermo de alzhéimer acusa al cuidador o al familiar más cercano de robarle determinados objetos: un reloj, una prenda de vestir, una joya o cualquier otra cosa.

El problema reside en que dejan los objetos en cualquier lado y luego no son capaces de recordar el lugar donde los pusieron; ello es consecuencia de los déficits cognitivos producidos por la enfermedad.

La persona enferma cree que lo que, en realidad, ha perdido se lo han robado y tiende a culpar de ello al familiar más cercano o al cuidador. Una vez sido acusados, los cuidadores buscan afanosamente lo extraviado, que puede aparecer en los sitios más inverosímiles (la nevera de casa, una olla exprés, dentro de un zapato...).

Ante estos acontecimientos, en primer lugar, no debemos sentirnos nunca acusados cuando nos señalan como culpables del robo. En definitiva, se trata de no darle importancia a ese comportamiento.

Evitemos preguntarle dónde ha puesto el objeto perdido, ya ni lo sabe ni se acuerda; tampoco le culpemos por lo ocurrido. Ayudémosle explicándole aquello que no entiende y diciéndole que vamos a buscar lo que le falta. Limitemos el número de lugares donde pueda esconder las cosas, dejándole, por ejemplo, en su habitación la mesita y un cajón en el armario, lo que nos va a facilitar encontrar los objetos extraviados.

También guardaremos aquello que sea de mucho valor o muy frágil para evitar que se pueda perder o romper.

5.10. ¿Qué hacer cuando se asusta de su propia imagen en el espejo?

Sabemos que la enfermedad de Alzheimer ocasiona una ruptura de las células nerviosas (neuronas) que forman el cerebro provocando cambios en el mismo y ocasionando que no vuelva a trabajar como solía hacerlo, llegando un momento en el que el propio enfermo es incapaz de pensar, recordar, tomar decisiones o entender las cosas como lo hacía antes.

Los cambios en la conducta explicados en las páginas anteriores no son intencionados, como ya sabemos, sino que están causados por la propia enfermedad y provocados por el avance de la enfermedad.

La agnosia (pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que el paciente convive e incluso para poder reconocerse a sí mismo) se hace cada vez mayor, llegando un momento en el que puede no ser capaz de reconocer a los familiares con los que convive e incluso a desconocer su propia imagen cuando se mira en el espejo. Por ello en ocasiones puede asustarse al pensar que allí hay otra persona que antes no había visto nunca.

En una situación como ésta, debemos tener infinita paciencia, recordemos que es su enfermedad la que olvida, grita o hace que no se reconozca ni nos reconozca. Reaccionemos con tranquilidad evitando discutir con él poniéndole más nervioso aún. Procuremos distraerlo llevándolo a otro lugar de la casa y realizando alguna actividad.

Utilicemos nuestro contacto personal, nuestro cariño, nuestras caricias y toda nuestra atención para evitar esas situaciones extrañas.

Si son cuadros o espejos los que le confunden, podemos taparlos o incluso retirarlos para evitar ese comportamiento y proporcionarle, así, la seguridad que necesita.

Seamos pacientes, el cuidador es muchas veces la única fuente de seguridad para la persona con demencia, que puede tener miedo puntualmente hasta de la propia casa donde ha vivido toda la vida y de las personas «extrañas» que le rodean.

Aunque la enfermedad de Alzheimer tiene unos síntomas generales y unas etapas o fases determinadas, en cada persona enferma avanza de una

forma individual, por lo que el tipo de tratamiento que el neurólogo indique puede variar de persona a persona.

Los sedantes, antipsicóticos y antidepresivos necesitan de un espacio de tiempo, generalmente entre 3 a 6 semanas para que sean plenamente eficaces, teniendo en cuenta que es habitual que «la dosis eficaz» de cada medicamento descrito varíe de una persona a otra.

Es fundamental que exista una buena comunicación con el médico de cabecera y con el neurólogo, al objeto de informarles sobre los cambios que observemos en el paciente al que cuidamos, ya que serán ellos quienes nos dirán si el enfermo debe continuar con el medicamento prescrito o si precisa ajustar las dosis.

Igualmente debemos conocer una serie de pautas generales antes de administrar la medicación pautada:

- Nunca se debe dar ningún fármaco que no haya sido recetado por el médico.
- Antes de administrarlo hay que leer las instrucciones que figuran en el envase o prospecto.
- Debe comprobarse siempre la fecha de caducidad y, si estuviese caducado, desechar el fármaco.
- Cuando no lo pone y no se sabe, debemos preguntar cómo debe conservarse el medicamento, antes y después de abrirlo, por ejemplo: los colirios suelen caducar al mes de abrirlos.
- No tenemos que dejar ningún fármaco al alcance de la persona enferma o de los niños.
- Debemos saber cuándo tiene que comenzar el paciente a tomarlo y cuándo debe finalizar el tratamiento.
- En el caso de gotas, jarabes o inhalaciones, es muy importante medir la dosis correcta.
- Debemos enterarnos de si hay que administrarlo antes o después de las comidas.
- Aquellos medicamentos que, una vez preparados, presenten alguna alteración en su color, olor o consistencia, serán desechados.

- Si después de administrado el fármaco notásemos en el enfermo alguna reacción anómala o extraña, como náuseas, vómitos, diarrea, malestar general, somnolencia, etc., debemos comunicarlo inmediatamente al médico de cabecera; si éste no estuviese, al médico de urgencias de nuestro ambulatorio.
- Si el medicamento estuviese dentro de un recipiente, nunca debemos introducir los dedos dentro del frasco, ya que se contaminaría el resto de medicación; en estos casos dejaremos caer el comprimido, cápsula o gragea sobre la palma de nuestra mano antes de administrarlo (nos lavaremos las manos siempre antes y después de administrar cualquier medicamento).
- Pondremos los tapones de los frascos y pomadas siempre boca arriba, sobre una superficie limpia, seca y plana, al objeto de no contaminar el producto.
- Si se nos cae un fármaco al suelo, no lo daremos nunca al paciente, aunque lo hayamos lavado con agua o con una gasa.
- Al utilizar una hoja diaria de cuidados para anotar todo lo que damos y realizamos a la persona enferma (cuándo hemos administrado la medicación, el tipo de fármaco, si lo hemos dado solo o mezclado con comida, jarabe, zumo, leche, etc.), si apareciese algún efecto secundario como náuseas, vómitos, diarrea, somnolencia, etc., el médico dispondrá de mayor información.
- Jamás mezclaremos ningún medicamento con bebidas alcohólicas (vino, cerveza, aguardiente, whisky...), ya que pueden potenciar sus efectos y ser muy perjudiciales para la salud del enfermo.
- Limitaremos el uso de bebidas con cafeína, teína o colas (café, chocolate, té y refrescos de cola), pues pueden provocar nerviosismo, ansiedad o agitación.

5.11. ¿Qué hacer cuando no quiere tomarse la medicación?

La persona afectada por enfermedad de Alzheimer u otra demencia puede actuar en muchos casos de manera agresiva: se niega a tomar la medicación o llora cuando le damos los fármacos prescritos, y es que no

puede expresar adecuadamente lo que necesita o a lo mejor no le gusta el sabor del fármaco cuando se disuelve en su boca (generalmente están muy amargos, motivo por el que los rechazan).

Existen varias estrategias a la hora de administrar la medicación a un enfermo de alzhéimer, entre ellas las siguientes:

Si se trata de un sólo fármaco, se puede triturar con un machacador de los que venden en la farmacia y, posteriormente, dándole vueltas, se disuelve en un vasito de zumo.

En otras ocasiones, y si el paciente es capaz de tragar adecuadamente (aún conserva el reflejo de succión y deglución), puede mezclarse poco a poco cada fármaco (sin machacar) con una cucharada de mermelada sin azúcar (una porción individual o unidosis); con toda la paciencia y cariño del mundo, ir introduciéndoselo en la boca, así lo tragará sin esfuerzo.

La experiencia demuestra que a numerosos enfermos con demencia les encanta el dulce, por lo que no les cuesta trabajo tragar los fármacos mezclados sin machacar, no así cuando son varios y se los trituran, en este caso los escupen por su sabor amargo.

Hay que evitar las discusiones, ya que sólo le causarán tensión y confusión al paciente; es preferible en ocasiones ceder y volver a los diez minutos para intentar que se lo tome de nuevo. Tengamos en cuenta que lo ocurrido es culpa de la enfermedad, nunca del enfermo.

Breves consejos para el cuidado diario

Cuidar a una persona enferma de alzhéimer es difícil, pero también enormemente gratificante cuando conocemos y entendemos un poquito la enfermedad y los efectos que causa en el comportamiento del afectado.

Si la atención física de los cuidados es muy importante, no lo es menos el cariño, los sentimientos, la imaginación, la dignidad, la religión y la comunicación con la persona; hasta el último momento de la enfermedad el paciente necesitará cuidados con dignidad, respeto y amor.

Regla de las 6 erres (Rabins y Macea):

- **Restringir:** Cuando aparece un problema de comportamiento lo fundamental es tener toda la paciencia y calma del mundo, para intentar tranquilizar a la persona enferma y que ésta detenga dicha actitud. Tenemos que utilizar todos los medios de que dispongamos para conseguir que él se olvide y pueda ceder, intentar tranquilizarlo con el diálogo y el convencimiento.
- **Reevaluar:** Es conveniente que nos preguntemos e intentemos descubrir la causa de dicho comportamiento. ¿Puede ser debido a la medicación? ¿Quizás a una frustración por no conseguir hacer algo? ¿Hay alguna razón real que desencadene dicha explosión en su acción? Estudiar el caso entre todos los familiares para llegar a encontrar esas razones va a facilitar el control de ese comportamiento.
- **Reconsiderar:** Para el enfermo, conforme va desarrollándose la demencia, todo se va volviendo inexplicable y extraño, las habilidades que tenía hace un mes hoy están anuladas y eso quizás provoque más incompreensión, confusión y temor en él. Procuremos ponernos en la propia piel del paciente para intentar comprender la situación en la que se encuentra.
- **Recanalizar:** Intentemos cambiar el comportamiento del enfermo en otro más seguro, por ejemplo: si hace una y otra vez el mismo movimiento, démosle una revista, una prenda o una hamaca para que realice una actividad repetitiva, como columpiarse, doblar un vestido o abrir y cerrar una revista.
- **Reasegurar:** A través de nuestro cariño y afecto vamos a conseguir controlar las situaciones problemáticas, pues necesitará ahora más que nunca de toda nuestra comprensión y seguridad. Hablémosle despacio, sentados frente a él, mirándole a los ojos sin asustarle, de forma tranquila y calmada por medio de nuestros abrazos, besos y caricias.
- **Revisar:** Una vez controlada la situación, repasemos cómo hemos conseguido resolverla. Estudiemos lo que ha sido acertado y lo que no, comprobando sobre todo lo que ha sido mejor para el paciente. En definitiva, estudiemos nuestras experiencias para aprender de ellas y compartirlas con el resto de cuidadores y familiares.