

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA



Erika Fuertes Rodrigo

Supervisión y coordinación. Psicóloga en la Residencia especializada en Alzheimer Rey Ardid Rosales.

Alicia Losada Lobato

Redacción y maquetación. Técnica de Investigación en Gestión del Conocimiento.

Equipo Técnico de la Fundación Rey Ardid del Área de Mayores

Fundación Rey Ardid es un conjunto de organizaciones que desarrolla actividades dirigidas a la atención, cuidado e integración de personas vulnerables, generando servicios y entornos facilitadores de una mayor autonomía personal, mediante una gestión eficiente de los recursos disponibles y situando a la persona en el centro de todas sus actuaciones.

Fecha de redacción: 2023

Í N D I C E

¿Qué es la demencia?	03
¿Qué es una alteración de la conducta?	05
○ Causas médicas	06
○ Causas relacionadas con la comunicación	06
○ Causas relacionadas con el entorno	07
○ Causas relacionadas con la tarea	08
¿Cómo debemos actuar?	09
¿Cómo podemos manejar las alteraciones de conducta?	10
○ Delirios	11
○ Alucinaciones	12
○ Agitación	13
○ Agresividad	14
○ Deambulación errática	15
○ Alteraciones del sueño	16
○ Desinhibición sexual	17
Ejemplos por Casos	18
○ Dolores	18
○ Jesús	19
○ Pedro	20
○ Ana	21
○ Samuel	22

1. ¿QUÉ ES LA DEMENCIA?

La **demencia** es una enfermedad frecuente, grave y de larga duración, la cual presenta un alto grado de complicación tanto en los aspectos diagnósticos como en los terapéuticos. Produce un **alto impacto a nivel personal, familiar y social**.

Se define como un síndrome: un conjunto de síntomas que muestran el **declive** de las **funciones cognitivas superiores** de la persona afectada. Entre estas áreas afectadas se encuentran la memoria, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas. Asimismo, puede tener repercusiones a **nivel físico, emocional, conductual y social**, afectando por tanto a todas las esferas de la vida de la persona.

Existen varios tipos de demencia, aunque la más prevalente es la **demencia tipo Alzheimer** (60%-70% de los casos de demencia totales). La enfermedad de Alzheimer se diferencia, usualmente, en tres fases:

- La primera, la **etapa leve o temprana**, donde la persona comienza a notar los primeros síntomas de la enfermedad. Sin embargo, sigue siendo independiente
- La segunda, la **etapa moderada**, donde la persona requerirá de ayudas para realizar sus tareas de vida diaria. La afectación es más profunda, por lo que las alteraciones conductuales y emocionales son más comunes. También es la etapa que más se alarga en el tiempo
- La final, la **etapa grave**, donde la persona ha perdido la capacidad de responder a su entorno, de mantener conversaciones o incluso de controlar sus movimientos. En este punto, la persona es dependiente para las actividades del día a día



La demencia se da **principalmente en personas mayores** (+65 años). Concretamente y según datos de la OMS, en 2015 había 47 millones de personas mayores afectadas en todo el mundo (5% de la población); cifra que prevén que se duplique cada 20 años, alcanzando los 132 millones en 2050. Según datos de la SEN, además, en **España** entre un 3-4% de las personas de 75 a 79 años están diagnosticadas con Alzheimer, porcentaje que aumenta al 34% en mayores de 85 años. Añadido a esto, la demencia tiene un **pronóstico poco favorable**: Es progresiva, irreversible y no existe cura. Sin embargo, sí existe la posibilidad de retrasar el avance de la enfermedad y/o de mitigar los síntomas.

Actualmente se reconocen dos modelos complementarios de atención a los síntomas de la demencia: La Terapia Farmacológica (TF) y la **Terapia No Farmacológica (TNF)**. Desde FRRA, apostamos por la potenciación y el uso de las TNF desde la aplicación del modelo ACP, y es por ello que la presente guía está encaminada a mostrar las **pautas de actuación con personas con demencia/Alzheimer ante alteraciones de conducta**.

Las TNFs se refieren a todas aquellas intervenciones que realizamos con las personas **sin hacer uso de productos o componentes químicos**

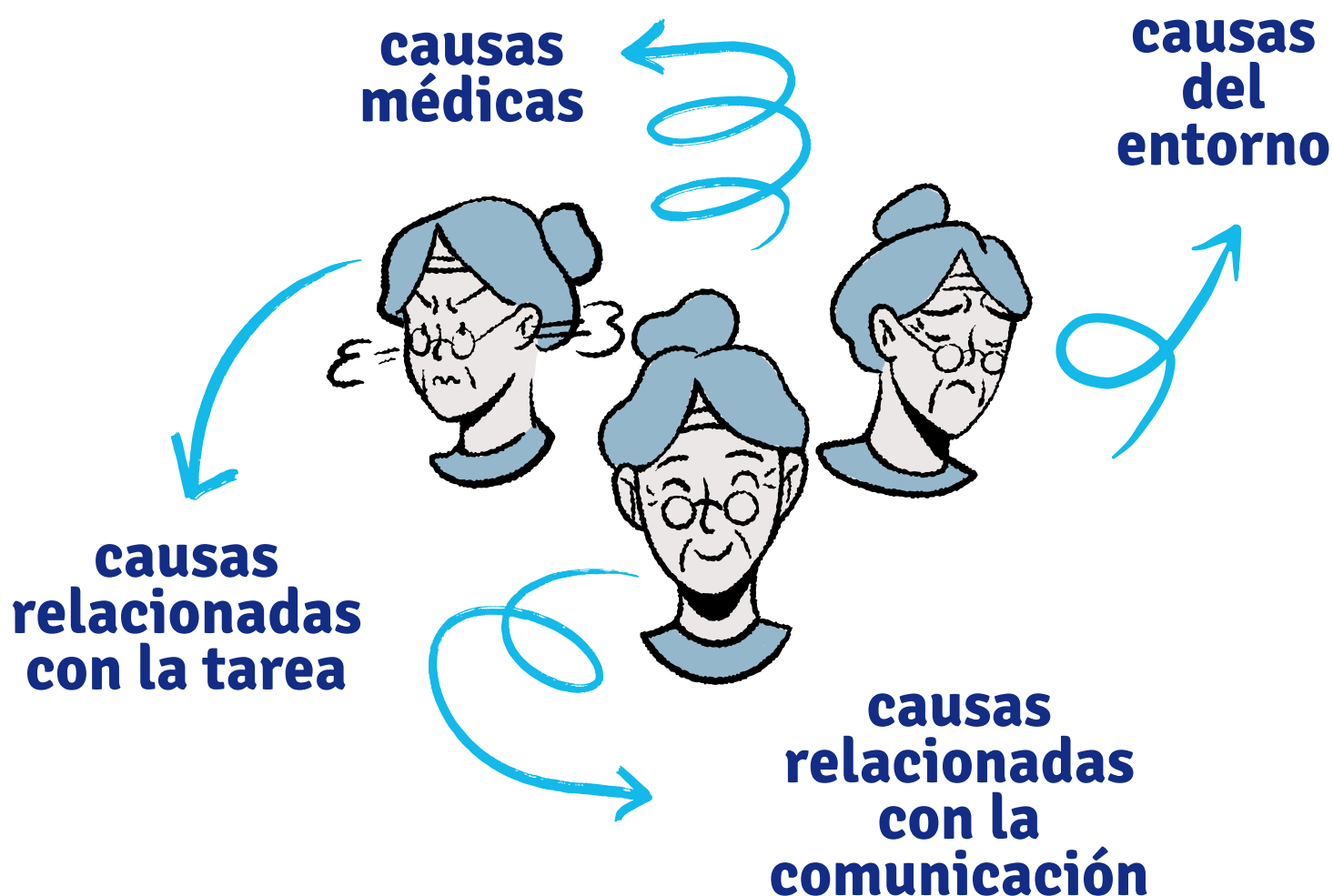


2. ¿QUÉ ES UNA ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA?

Las **alteraciones de conducta** se definen como actitudes o comportamientos disruptivos, ya sea a nivel conductual o emocional. Se suelen dar principalmente durante la etapa moderada de la enfermedad, la cual es también la más larga.

Es importante remarcar que estas alteraciones no son padecidas por todas las personas con demencia, ni cursan con la misma intensidad. Asimismo, el momento de la aparición y la causa que motiva dicha alteración variará en función de las necesidades y circunstancias de cada persona.

Es necesario recordar que estas conductas tienen **origen en la enfermedad** y no en la persona en sí misma. Es por ello por lo que debemos tener en cuenta las diferentes causas que pueden desembocar en una alteración de conducta.



2.1. CAUSAS MÉDICAS

Efectos secundarios de los medicamentos: Los medicamentos pueden causar confusión, así como cambios en el nivel de funcionamiento.

Déficits sensoriales: Es importante evaluar si existen problemas de visión o de oído que puedan estar causando problemas de comportamiento.

Enfermedades: Cualquier enfermedad (como una infección urinaria, neumonía, infección gastrointestinal, etc.) que produzca **fiebre**, agravará la confusión en la persona con demencia.

- **Informe al médico** de los cambios que están ocurriendo en la persona para distinguir posibles efectos asociados a los fármacos.
- Lleve a su familiar a **revisiones periódicas** de los sentidos y busque productos que corrijan estos déficits en caso de que existan, como gafas o audífonos.
- Observe y recuerde los **síntomas asociados en ocasiones anteriores** si concurre una enfermedad; en caso de duda, consulte al equipo técnico.

2.2. CAUSAS RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN

Dificultades de comprensión y/o de expresión: La comunicación con la persona con demencia es extremadamente importante, pero también difícil. Muchas veces la persona con demencia se enoja o se agita porque no entiende qué es lo que se espera de ella, o se frustra porque no puede hacerse entender.

- Busque **lugares tranquilos** para conversar; evite todo aquello que pueda distraerlo.
- Sea **receptivo** a cualquier **intento de comunicación**.
- Dele el **tiempo** que necesite para **pensar y responder**.
- Al dirigirse a la persona con demencia, hágalo **llamándole por su nombre**.
- Al **iniciar la conversación**, acérquese a la persona **de frente**, y hable lenta y claramente mediante la utilización de **frases cortas y palabras familiares**.

2.3. CAUSAS RELACIONADAS CON EL ENTORNO

Espacios muy grandes y/o desordenados: A veces, el lugar donde la persona habita es espacioso y puede estar desordenado y causar confusión.

Exceso de estimulación: Cuando hay mucha actividad en el ambiente (música mientras se conversa, demasiada gente alrededor, etc.), la persona con demencia puede reaccionar con enojo o frustración.

Elementos decorativos, muebles e iluminación: La escasa o excesiva iluminación, los contrastes visuales entre la pared y el suelo, la abundancia de muebles, los espejos, etc., pueden desencadenar problemas de conducta.

Ausencia de rutinas y entorno del paciente desorganizado: Las personas que sufren demencia necesitan cierta rutina y estructura diaria.

Entorno desconocido: Los entornos poco conocidos dificultan la orientación y crean más confusión.

- **Cuida el espacio.** Recuerda mantener el entorno ordenado e iluminado, **libre** de **ruidos** estridentes, buscando el **equilibrio en los estímulos** (ni 'sobrestimular' ni 'infraestimular').
- Permite la **personalización de los entornos**. Esto ayudará a que la persona se sienta segura y orientada al reconocerse en su ambiente.
- Crea **entornos facilitadores y accesibles**. Esto incluye no sólo las posibles facilidades físicas, sino también la creación de **rutinas** que hagan que la vida sea predecible y, por tanto, comprensible y segura.

2.4. CAUSAS RELACIONADAS CON LA TAREA

08

Tarea complicada: A veces, le pedimos a la persona con demencia que lleve a cabo tareas que son demasiado difíciles aunque parezcan simples para nosotros. Un ejemplo puede ser vestirse o bañarse.

Tarea desconocida: Las personas con demencia pierden gradualmente la habilidad para aprender tareas nuevas. Si le pide que haga algo que nunca ha realizado, no será capaz de aprenderlo aunque sea muy simple. Por ejemplo, si cambian un electrodoméstico, será incapaz de aprender cómo se maneja.

Demasiadas tareas a realizar: La persona con demencia moderada o avanzada ya no es capaz de hacer dos o tres cosas y mucho menos si se le piden a la vez; no sabe cómo organizarse, o en qué orden deben hacerse.

- **Sé consciente** de las **capacidades** que preserve la persona. Las tareas más sencillas a nuestros ojos pueden ser complicadas para ella.
- **Adapta y simplifica la tarea.** Podríamos dividir la actividad en subtareas más fáciles, proveer guías visuales de los pasos a seguir o dejar los materiales en el orden en el que van a ser usados para su fácil acceso y comprensión, por ejemplo.
- **Sé paciente.** Las personas con Alzheimer pueden requerir más tiempo para comprender la tarea y encontrar una solución. Meter prisa sólo deriva en frustración, agitación, labilidad emocional y problemas de autoestima.



Conocer el origen de la alteración de conducta nos ayudará a realizar una **mejor intervención**, y también a poder **prevenir** de cara al futuro

3. ¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR?

Cada situación es diferente, así como cada persona. Sin embargo, existen determinadas **pautas de comportamiento** a seguir que son siempre recomendables con una persona con demencia que presenta una alteración de conducta:

- Actuar con **paciencia y calma**. Mostrar alarma sólo conseguirá que la persona se sienta más confusa y nerviosa, aumentando su agitación.
- En esa misma línea, **no alterarse y no gritar**.
- Hablar con **voz tranquila, pausada y con claridad**. Es importante que nos aseguremos de que la persona nos entiende, pero sin caer en paternalismos ni infantilismos.

Contacto visual

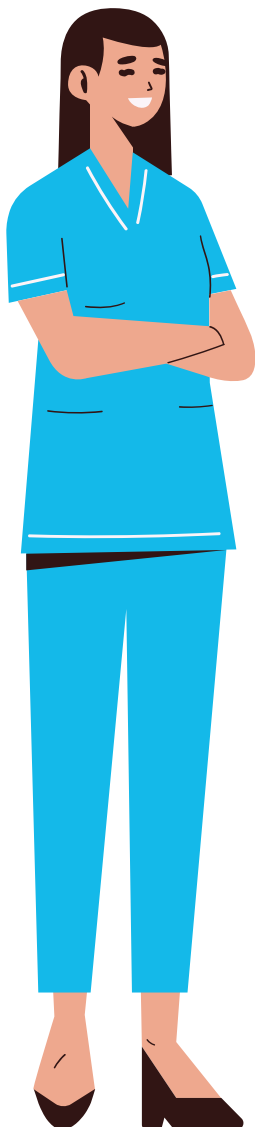
Voz clara y pausada

Sin alterarse

Actuando con calma

Recordando que
no es un ataque personal

- Por ello mismo, también es necesario **hacer contacto visual**, buscar su mirada; de ese modo, nos aseguraremos de que nos está prestando atención.
- **Reconducir** o, en ocasiones, **distraer** a la persona de lo que le está provocando tal agitación. La estrategia dependerá de la situación y de la seguridad de la persona.
- Si se observa un patrón por el que las alteraciones de conducta **se dan continuamente al atardecer**, tendremos que adelantarnos a esta situación y estar preparados: mantener la habitación lo suficientemente **iluminada** y dejar, al menos, **una luz por la noche**.
- Por encima de todo, volver a recordar que este **no es un ataque personal** hacia nosotros, y que la persona está actuando así **debido a su enfermedad** y no intencionada y voluntariamente.



4. ¿CÓMO PODEMOS MANEJAR LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA?

10

A continuación, mostraremos algunas de las alteraciones de conducta más comunes, llamativas y/o difíciles de manejar.

- Delirios
- Alucinaciones
- Agitación
- Agresividad
- Deambulación errática
- Alteraciones del sueño
- Desinhibición sexual



4.1. DELIRIOS

Se trata de uno de los síntomas más comunes durante el transcurso de la demencia. Las personas mayores que presentan este tipo de síntomas son más proclives a sufrir un deterioro más rápido y a sufrir mayores problemas de orientación, lo que genera una mayor complejidad en la tarea y/o en la relación de cuidados.

Los delirios son **creencias erróneas de la realidad** que la persona **vive con gran convicción**, a pesar de que la evidencia denota que está equivocada. Toman forma de recelos o de **sospechas sobre las personas del entorno**, como por ejemplo ser víctimas del robo de sus pertenencias, infidelidades, estar viviendo en una casa que no es la suya, o el síndrome de Capgras (pensar que las personas que le rodean son impostores).

Cómo actuar:

- **No llevarle la contraria.** No debemos discutir con lógica el delirio, aunque **tampoco seguirle la corriente**. En su lugar, debemos apoyarnos en las ideas coherentes del discurso, reforzándolas y conversando con la persona siguiendo ese hilo argumental.
- Facilitar un espacio que sea conocido y familiar, de modo que la persona se sienta segura y ubicada.
- Ayudarle a que se sienta **orientada**: Repetiremos y explicaremos información que pueda no haber entendido y quizá malinterpretado, supliremos los posibles déficits visuales y auditivos, y evitaremos actitudes que puedan dar pie a que se sienta insegura y recelosa (por ejemplo, cuchichear en su presencia, sobre todo si sigue alterada).



- **Distraerle** con actividades que sepamos que son de su agrado.
- **No dejarla sola**, al menos hasta que el episodio haya pasado.

4.2. ALUCINACIONES

Consisten en **alteraciones de la percepción sensorial**, las cuales aparecen sin que exista un estímulo real que las provoque. De este modo, la persona puede tener sensaciones táctiles, oír y ver cosas que no son reales; sin embargo, para ella son completamente reales, y generan los mismos sentimientos y emociones que si lo fueran (desde ansiedad y terror intensos hasta alegría y euforia, por ejemplo).

Las alucinaciones más comunes son las visuales y las auditivas.

Cómo actuar:

- Antes que nada, tendremos que **evaluar sus capacidades sensoriales reales**. Es posible que, en los casos en los que existan ligeros déficits, estas alucinaciones mejoren con ayudas externas (audífonos o gafas). Asimismo, tendremos que chequear la medicación que está recibiendo y consultar con el médico ante la posibilidad de que se deba a efectos secundarios de los fármacos.
- Si la alucinación no es peligrosa ni le está causando malestar de ninguna clase, **evaluar si es realmente necesaria nuestra intervención**.
- Una vez más, **no debemos negar la alucinación**. Para la persona, la sensación es completamente real.
- Cuando nos **acercamos** a la persona, lo tendremos que hacer **lentamente**, siempre en su **campo visual** y **avisando previamente** de que vamos a tocarle. No necesitamos que nuestro contacto le altere más.
- Intentar **distraerle** con algo que le guste.

Recuerda: ¡nos
tenemos que asegurar
de que sabe que nos
acercamos!



4.3. AGITACIÓN

Se refiere al **estado de intranquilidad y excitación** que la persona es **incapaz de controlar**, donde sus movimientos y acciones carecen de finalidad. Así, la persona se mueve, se balancea, se frota las manos o se araña, toca continuamente uno o varios objetos, hace ruidos sin motivo aparente, o gime, se lamenta, solloza.

Es importante definir y controlar este estado no sólo por el propio malestar que puede causarle por sí mismo a la persona, sino también porque **suele preceder a episodios de agresividad**. De este modo, entender los signos de agitación, saber cómo calmar a la persona cuando se encuentra en este estado y conocer los motivos por los que se produce, nos ayudará a evitar futuros episodios de agresividad.

Cómo actuar:

- Es muy importante buscar el contacto visual, hablar con calma e intentar transmitirle tranquilidad a través del contacto físico, como por ejemplo tomándole de las manos o de las muñecas con suavidad (siempre que sea bienvenido y adecuado).
- Ayudarle a **calmar la respiración** a través de técnicas de control de la misma, como el **modelado**, donde guiamos a la persona realizando los ejercicios de inspiración y expiración y buscando que los imite.
- **Evaluar el entorno**. En la medida de lo posible, debemos simplificar el entorno sin hacer cambios bruscos: Reducir la estimulación excesiva (mucho ruido, mucha luz), eliminar objetos aversivos, invitar a otras personas a abandonar la sala si la agitación está relacionada con ellas, etcétera.
- **Cuidar la alimentación**. Evitar bebidas cafeinadas, estimulantes y alcohólicas.



4.4. AGRESIVIDAD

La agitación y la ansiedad no intervenidas pueden desencadenar en conductas agresivas, las cuales pueden ser **peligrosas** tanto para la **persona** como para **su entorno**.

La agresividad puede tener **diversos orígenes**: dolor, cansancio, depresión, medicamentos, entorno, e incluso la propia enfermedad (ya sea por la conciencia de los déficits que le causa o por la afectación en las áreas frontales cerebrales).

Cómo actuar:

- **No** gritar, provocar, enfrentarse, hacer gestos bruscos, sujetarle, ni tocarle inesperadamente o por detrás.
- **Eliminar o dejar fuera del alcance de la persona los objetos** que puedan resultar **peligrosos**.
- Si la persona está muy agresiva o no se puede controlar, **mantenerse fuera del alcance de sus golpes**.
- Tener una **actitud empática, receptiva y abierta**; mostrar una sonrisa y una actitud calmada; procurar mirarle a los ojos. Preguntarle qué le ocurre y si hay algo que podamos hacer para ayudarla.
- Buscar **alternativas y distracciones que impidan la agresividad**, realizando actividades incompatibles con esa actitud (por ejemplo, respondiendo con amabilidad o manteniendo sus manos ocupadas para que no pueda agredir físicamente).
- **Recordar que no es algo personal**, sino un síntoma más de la demencia, y olvidar lo ocurrido sin resentimientos contra la persona.



4.5. DEAMBULACIÓN ERRÁTICA

La deambulación o vagabundeo se refiere al recorrido que la persona con demencia realiza sin parar, inquieta, sin rumbo y sin razón aparente. De este modo, lo que nos encontramos es una persona mayor que **camina sin dirección**, y que puede ir acompañada de agitación.

Los **motivos** pueden ser diversos:

- **Biológicos**, debido a las lesiones cerebrales de la demencia
- **Somáticos**, como el dolor, el malestar físico o el hambre
- **Relacionados con el entorno**, como una excesiva cantidad de estímulos o una falta de los mismos
- **Emocionales**, como miedo, inseguridad o sentimientos provocados por los recuerdos del pasado lejano (querer ir a “casa” o al “trabajo”)



Es posible que persigan al cuidador principal debido a la inseguridad y al miedo, necesitando una figura de referencia que les tranquilice.

Cómo actuar:

- **Eliminar barreras arquitectónicas u objetos** que, sin pretenderlo, impidan la deambulación de manera segura, como sillas, alfombras gruesas u otros muebles fuera de lugar, o luces deslumbrantes.
- Llenar el espacio de **objetos familiares y que ayuden a la orientación**. Tendremos que asegurarnos de que los espacios están correctamente diferenciados (con carteles, objetos, colores, etcétera). Además, es recomendable usar objetos que sean significativos para la persona y en los que pueda reconocerse.
- **Dejarle andar**. No forzarle a sentarse, puesto que volverá a levantarse.
- **Pasear con la persona, hablar con ella**, intentar desviar su atención hacia otra tarea que sea más gratificante o de mayor provecho. Si la deambulación se debe al aburrimiento, buscar una actividad que realizar.
- Proporcionar **periodos de descanso**, como instaurando horas de siesta y relajación.

4.6. ALTERACIONES DEL SUEÑO

Durante el envejecimiento, los **patrones de sueño se modifican** (se despiertan más veces en la noche y necesitan dormir menos que los jóvenes; tardan más en conciliar el sueño; presentan mayor somnolencia durante el día; tienden a realizar mayor número de siestas).

Esta situación se incrementa en la demencia tipo Alzheimer, donde en torno a la mitad de las personas afectadas sufren de insomnio debido a la **desorientación espaciotemporal**. Estas personas se levantan en mitad de la noche porque no reconocen qué hora del día es.

Aquí, nuestra mejor actuación es **intentar prevenir** que esta conducta aparezca:

- Crear una **rutina de horarios para dormir**. Evitar las cabezadas durante el día.
- Realizar **actividad física** durante el día, de modo que lleguen cansados a dormir.
- **Evitar cenas y líquidos excesivos** antes de ir a dormir; **evitar** dejarle con **hambre**. Evitar bebidas cafeinadas, estimulantes y alcohólicas.
- Ir al **servicio antes de acostarse**.
- Preparar un **dormitorio tranquilo**, con una temperatura adecuada, y, si es posible, donde no llegue mucho ruido ambiental.

En caso de que se levante en mitad de la noche, acompañarle de vuelta a la cama, orientarle y tranquilizarle.



4.7. DESINHIBICIÓN SEXUAL

La conducta sexual inapropiada en la demencia tipo Alzheimer se debe a la **incapacidad de juicio crítico** y a la **desorientación** que causa la enfermedad. Se manifiesta en eventos como bajarse los pantalones para orinar en lugares inapropiados, desnudarse porque les incomoda la ropa, o incluso quitarse el pañal.

Cómo actuar:

- Es crucial **no reaccionar de forma alarmante**, ni castigarle. Debemos tratarlo como algo “normal”, sin importancia; de lo contrario, podríamos generar que la persona cree una fijación con esta conducta al no comprender si lo que ha hecho es adecuado o inadecuado. Esto también ayudará a que no tenga un impacto mayor en terceros que puedan verlo en caso de realizarse en lugares públicos o con otras personas, como familiares y niños.
- **Ayudar a la persona a vestirse en un lugar apartado y tranquilo**, ya sea a base de indicaciones o a través de ayuda directa.
- Evaluar la necesidad del **uso de ropa adaptada** a estas situaciones de modo que le resulte **difícil quitársela**; por ejemplo, ropas con muchos botones pequeños.
- En ocasiones, pueden darse **conductas hipersexuales** donde la persona mayor tiene una fijación por el sexo, el acto sexual y acciones relacionadas. En estos casos debemos dar **espacio a la intimidad**. Sin embargo, si estas conductas se realizan en espacios públicos o con personas que no consienten a dichos actos, debemos intentar apartar a la persona de estas situaciones con la mayor **calma y naturalidad posible**.



5. EJEMPLOS POR CASOS

5.1. DOLORES

18

Dolores es una mujer de 78 años. Hace algunos años que ingresó en una residencia tras la muerte de su marido, y pensó que así se sentiría menos sola. En general, está muy contenta con su decisión: ha hecho nuevas amigas, está realizando actividades que le gustan, y la residencia está muy bien ubicada y cerca del barrio de su hija. Esto le ha facilitado, incluso, el sobrellevar su diagnóstico de Alzheimer. Sin embargo, desde hace unos meses ha habido un cambio en su actitud.

Dolores hace visitas casi a diario a la dirección reportando el **robo de sus objetos**. Está convencida de que se los sustraen. Al principio, le hacían caso, pero cuando iban a observar su habitación, los objetos **volvían a aparecer en otro sitio**. Después de varias quejas, dejaron de prestarle atención. Por ello, Dolores está **convencida de que debe de ser algún trabajador**.

Lo último que le han robado ha sido una bola de nieve que le regaló su hija en su último viaje de vacaciones, y está muy afectada.

¿Qué le pasa a Dolores y cómo deberíamos manejar la situación?

Dolores tiene **delirios** de que le están robando las pertenencias personales, cuando, en realidad, posiblemente las haya movido de sitio y no lo recuerde debido a la demencia. Sin embargo, no debemos enfrentarla con esa realidad; tampoco debemos, por otro lado, alimentar el delirio. La mejor opción es **distraer**.

En este caso, por ejemplo, podríamos distraerle con el tema de **su hija**:

¿Qué te **falta***? ¿Y quién te regaló la bola de nieve? Tu hija y tú os debéis de llevar muy bien, ¿verdad?
¿Cuándo os vais a ver de nuevo? ¿Y qué haréis? ...

*Recuerda que no debemos llevarle la contraria en el delirio, pero tampoco alimentarlo: debemos medir nuestras palabras

5.2. JESÚS

Jesús es un hombre de 73 años. Agricultor de profesión, todavía conserva una gran fortaleza física a pesar de usar bastón, lo que ha hecho que sus recientes cambios de humor que derivan en conductas agresivas sean causa de preocupación para sus compañeros y cuidadores.

Una conducta recurrente la conforman los episodios que comienzan con **inquietud** manifestada a través de un **constante caminar y de tocar repetidamente el pomo de la puerta**, aunque nunca llega a girarlo para abrirla y salir. En ocasiones se acompaña, además, de **gemidos, susurros y vocalizaciones ininteligibles**.

Esta conducta tiende a molestar a sus compañeros de residencia, quienes lo comentan o le increpan, lo que aumenta el nerviosismo de Jesús. Llegados a este punto, Jesús comienza **a gritarles, a insultarles, a amenazarles**, y en alguna ocasión ha intentado **agredirles con el bastón**. Por suerte, los cuidadores siempre han intervenido a tiempo, aunque hubo una vez que llegó a golpear a una auxiliar en el hombro.

Los cuidadores han intentado hablar con el resto de residentes para que le dejen tranquilo. Sin embargo, aunque la mayoría de los residentes hacen caso de este consejo, otros no pueden evitar manifestar su molestia delante de Jesús, haciendo que la convivencia sea extremadamente difícil.

¿Qué le pasa a Jesús y cómo deberíamos manejar la situación?

Jesús presenta **conductas agresivas precedidas de episodios de agitación**. Como profesionales, no podemos pretender que el resto de los residentes ignoren las conductas disruptivas de Jesús, especialmente en un centro donde, posiblemente, haya más personas con deterioro cognitivo, demencia y otros trastornos que afecten a la inhibición y al juicio. Por tanto, nuestra actuación debe estar enfocada en Jesús.

Cuando presenta agitación, debemos intervenir cuidadosamente, llamándole por su nombre y mirándole a los ojos, e intentando averiguar qué es lo que le pasa o qué es lo que quiere. En caso de que se pusiera agresivo, deberíamos **mantener una conducta calmada y empática**, y buscar acciones incompatibles. En este caso, por ejemplo, Jesús tiende a atacar con **su propio bastón**: por supuesto, no vamos a quitarle el producto de apoyo, pero **sí podríamos animarle a que caminara con nosotros para obligarle a apoyarlo en el suelo**.

5.3. PEDRO

Pedro es un hombre de 84 años. Lleva varios años viviendo en la residencia debido a su diagnóstico de demencia, pero nunca ha habido situaciones remarcables. Sin embargo, tras la última visita de su hija Julia, los cuidadores están consternados: Julia está preocupada porque su padre habla de una compañera de residencia, Rosa, que no para de insultarle. No obstante, **no hay ninguna Rosa en la residencia**.

Los cuidadores deciden, entonces, prestar más atención a Pedro y a su comportamiento. Un día, la terapeuta ocupacional **lo escucha hablar en el salón muy molesto**, pidiéndole a alguien que se calle. Sin embargo, sólo había dos residentes más en la sala, a varios metros de él, en silencio y viendo la televisión.

En otra ocasión, un auxiliar le observa **fulminando con la mirada una de las sillas vacías del comedor**, antes de darse la vuelta y marcharse sin cenar.

¿Qué le pasa a Pedro y cómo deberíamos manejar la situación?

Pedro sufre **alucinaciones visuales y auditivas** que toman forma de una compañera de residencia inexistente y que no para de increparle, causándole un gran malestar. Las alucinaciones son tan reales para él que han llegado a alterar su patrón de comportamiento, como saltarse comidas, como medida de autoprotección ante el producto de su alucinación.

En estos casos, lo que podríamos hacer es acercarnos a Pedro y, con su permiso, ofrecer **contacto físico**: “**Pedro, te noto algo inquieto, ¿quieres que te tome de la mano?**” Podríamos invitarle a salir a otra habitación o al exterior, a algún sitio que esté mejor iluminado; en ocasiones, **cambiar de localización** hace que desaparezcan las alucinaciones. Sería interesante, además, **definir cuándo aparece “Rosa”**; podría deberse, por ejemplo, al **ruido de fondo** (la televisión, la gente hablando en el comedor) **que Pedro malinterpreta**.

Ante todo, debemos recordar **no discutir su alucinación**, pues la vive como si fuera real.



5.4. ANA

Ana es una mujer de 69 años. Tras su diagnóstico de Alzheimer, sus hijos, Carlos y María, decidieron que ingresara en una residencia dado que vivían muy lejos de ella y no tenían los recursos necesarios en sus casas para cuidarla debido a sus trabajos y familias.

En general, la adaptación a la residencia ha sido bastante buena. Sin embargo, el problema surge en las **noches**. Desde hace tiempo, Ana tiene **problemas para mantener el sueño** durante toda la noche, se despierta y **sale de su habitación**. Normalmente sale **con prisas, agitada o incluso asustada**, diciendo que “**tiene que ir a buscar a María y a Carlitos al colegio**” o que “**tiene que volver a su casa**”. Debido a estas conductas, en alguna ocasión han llegado a encontrar a Ana en el jardín en mitad de la noche, intentando salir a la calle.

¿Qué le pasa a Ana y cómo deberíamos manejar la situación?

Ana presenta una **alteración del sueño** por la cual no es capaz de dormir toda la noche, unida a una **deambulación errática**.

Debido a los síntomas de la demencia, al despertar se encuentra **desubicada en el espacio y el tiempo**, creyendo que tiene que ir a buscar a sus hijos adultos al colegio o siendo incapaz de reconocer su habitación de la residencia.

En estos casos, si encontrásemos a Ana despierta en mitad de la noche, deberíamos **ayudarla a orientarse** (“**Mira, Ana, el reloj marca las 3 de la mañana; tus hijos no están ahora en el colegio**”, “**Ana, esta también es tu habitación, ¿ves las fotos de tus hijos? ¿Ves tus cosas?**”). Aun así, deberemos **acompañarla a caminar** hasta que se relajara, puesto que forzarla de nuevo a entrar en la cama sólo conseguiría que se levantara otra vez.

Asimismo, tendremos que hacer **lo posible para que no despierte en mitad de la noche**: Animándola a ejercitarse por el día, asegurándonos de que la habitación tiene las condiciones óptimas para dormir y que Ana se encuentra a gusto en ella, y evitando alimentos pesados o que puedan quitarle el sueño.

5.5. SAMUEL

Samuel es un hombre de 75 años. Tras el diagnóstico de Alzheimer, su mujer, Lucía, de 70 años, decidió que se encargaría ella misma de los cuidados, pero con el deterioro de su propia salud, la situación se fue complicando. Eso llevó a Lucía a buscar a alguien de manera externa que le ayudara con los cuidados de Samuel.

Sin embargo, la situación se ha vuelto insostenible. Cada cuidadora que llega acaba renunciando por **los comentarios, las sugerencias y las acciones inapropiadas** de Samuel, como pedir que se acuesten con él, comentar sobre sus pechos o tocarles el trasero. En una ocasión, una cuidadora se marchó después de que Samuel **se masturbara en su presencia tras quitarse la ropa en mitad de la cocina**.

Lucía ya no sabe qué hacer. Tiene miedo de las repercusiones que pueda tener el comportamiento inapropiado de su marido. Cuando acuden a la residencia, le da incluso vergüenza comentar la situación que está viviendo Samuel, e insiste en que no es propio de él, pero que tampoco sabe cómo controlarlo.

¿Qué le pasa a Samuel y cómo deberíamos manejar la situación?

La conducta que presenta Samuel es **desinhibición sexual o conducta sexual inapropiada**, y es resultado de la enfermedad de Alzheimer.

Como profesionales, debemos asegurarle a Lucía de que se trata de otro síntoma más de la enfermedad. Por tanto, deberemos abordar esta conducta con **calma y normalidad**: Tendremos que entender que Samuel no es capaz de inhibir sus comentarios ni sus conductas, y que la masturbación se debe a la búsqueda de placer.

Por supuesto, podemos adaptar los recursos para que, cuando se den estas conductas, sean lo menos disruptivas posible: hacer que Samuel utilice **ropa adaptada que dificulte la acción de quitársela** en cualquier parte, o intentar que sean **auxiliares hombres** los que atiendan a Samuel, especialmente en las horas de higiene, aseo y vestido.

Recuerda: Estas alteraciones de conducta son provocadas por la enfermedad, no por la persona

