

# ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER

## MÓDULO 5: EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. INTERVENCIÓN

- U.D. 1. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención
- U.D. 2. Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer
- U.D. 3. ¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares?

Ejecuta:

Financian:

Colabora:





## **MÓDULO 5**

# **EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. INTERVENCIÓN**

**Acción de Investigación e Innovación**

**ELABORACIÓN DE MATERIAL DIDÁCTICO PARA FORMACIÓN PRESENCIAL Y ON-LINE DE LA ESPECIALIDAD  
“ATENCIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER”**

***según el programa formativo establecido en el Fichero de  
Especialidades del Servicio Andaluz de Empleo***

**Núm. Expediente 8030-AC/10**

**Tipología del Proyecto:**

Acciones para la elaboración y experimentación de productos, técnicas y/o herramientas de carácter innovador de interés para la Formación Profesional para el Empleo.

**Entidad Solicitante:**

Unión General de Trabajadores de Andalucía.

**Realización Técnica:**

Instituto de Formación y Estudios Sociales (IFES). Dirección Territorial de Andalucía.

**Financian:**

Servicio Andaluz de Empleo de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía.

Fondo Social Europeo.

Proyecto presentado al amparo de la ORDEN de 23 de Octubre de 2009, de la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía; y de la Resolución de 14 de octubre de 2010, de la Dirección General de Formación Profesional, Autónomos y Programas para el Empleo del Servicio Andaluz de Empleo.

Octubre, 2011.

## **MÓDULO 5: EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. INTERVENCIÓN**

### **ÍNDICE DEL MÓDULO**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS GENERALES</b> .....	<b>9</b>
<b>TEMPORALIZACIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>CONTENIDOS TEÓRICOS</b> .....	<b>11</b>
<b>UNIDAD DIDÁCTICA 1. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención</b> .....	<b>11</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>II. Objetivos específicos</b> .....	<b>11</b>
<b>III. Temporalización</b> .....	<b>11</b>
<b>IV. Mapa Conceptual</b> .....	<b>12</b>
<b>V. Contenidos</b> .....	<b>12</b>
1. Evaluación de las alteraciones cognitivas en el paciente con demencia tipo Alzheimer. Diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer .....	12
2. Procedimientos y pruebas diagnósticas de la demencia tipo Alzheimer .....	16
3. Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer .....	19
4. Diagnóstico precoz de la demencia tipo Alzheimer .....	20
<b>VI. Resumen</b> .....	<b>22</b>
<b>VII. Recursos para ampliar</b> .....	<b>22</b>
<b>VIII. Glosario</b> .....	<b>23</b>
<b>IX. Referencias bibliográficas</b> .....	<b>23</b>
<b>X. Evaluación</b> .....	<b>25</b>
1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios. ....	25
2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones .....	27
<b>XI. Actividades prácticas</b> .....	<b>29</b>
1. Actividades prácticas en el aula. ....	29
2. Actividades prácticas en entorno profesional. ....	30
<b>CONTENIDOS TEÓRICOS</b> .....	<b>31</b>
<b>UNIDAD DIDÁCTICA 2. Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer</b> .....	<b>31</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>31</b>
<b>II. Objetivos específicos</b> .....	<b>31</b>
<b>III. Temporalización</b> .....	<b>32</b>
<b>IV. Mapa conceptual</b> .....	<b>32</b>
<b>V. Contenidos</b> .....	<b>32</b>

**Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer.  
Intervención.**

1. Terapias y tratamientos psicológicos .....	32
2. Terapias Preventivas .....	40
2.1. Dieta 40	
2.2. Educación y actividad intelectual.....	40
2.3. El medio ambiente .....	41
2.4. Movimiento físico .....	41
2.5. Peso saludable.....	41
3. El pronóstico psicológico del paciente con demencia tipo Alzheimer.....	42
<b>VI. Resumen.....</b>	<b>42</b>
<b>VII. Recursos para ampliar .....</b>	<b>43</b>
<b>VIII. Glosario .....</b>	<b>43</b>
<b>IX. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>44</b>
<b>X. Evaluación .....</b>	<b>45</b>
1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios .....	45
2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones .....	47
<b>XI. Actividades prácticas .....</b>	<b>49</b>
1. Actividades prácticas en el aula. ....	49
2. Actividades prácticas en entorno profesional. ....	50
<b>CONTENIDOS TEÓRICOS.....</b>	<b>51</b>
<b>UNIDAD DIDÁCTICA 3. ¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares? .....</b>	<b>51</b>
<b>I. Introducción .....</b>	<b>51</b>
<b>II. Objetivos específicos .....</b>	<b>51</b>
<b>III. Temporalización .....</b>	<b>51</b>
<b>IV. Mapa conceptual.....</b>	<b>52</b>
<b>V. Contenidos.....</b>	<b>52</b>
1. El proceso de comunicación.....	52
2. Comunicación y socialización. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Afectividad.....	55
2.1. La comunicación y la socialización.....	55
2.2. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Afectividad.....	56
<b>3. Deterioro de la capacidad de comunicación en el paciente de Alzheimer .....</b>	<b>57</b>
4. Estrategias para mejorar la comunicación con el enfermo de Alzheimer. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal.....	58
<b>VI. Resumen.....</b>	<b>60</b>
<b>VII. Recursos para ampliar .....</b>	<b>61</b>
<b>VIII. Glosario .....</b>	<b>61</b>
<b>IX. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>62</b>
<b>X. Evaluación .....</b>	<b>64</b>

1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios .....	64
2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones .....	66
<b>XI. Actividades prácticas .....</b>	<b>68</b>
1. Actividades prácticas en el aula. ....	68
2. Actividades prácticas en entorno profesional. ....	71
<b>ANEXO 1 .....</b>	<b>72</b>
<b>Rectángulos de Leavitt .....</b>	<b>72</b>

**Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer.  
Intervención.**

**Índice de Mapas Conceptuales**

Mapa Conceptual MF5. UD1. 1.	Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención. ....	12
Mapa Conceptual MF5. UD1. 2.	Procedimientos y pruebas diagnósticas de la demencia tipo Alzheimer. ....	18
Mapa Conceptual MF5. UD2. 1.	Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer. ....	32
Mapa Conceptual MF5. UD2. 2.	Principios generales del tratamiento psicológico. ....	34
Mapa Conceptual MF5. UD2. 3.	Síntomas tratados con terapia psicológica en la demencia tipo Alzheimer. ....	36
Mapa Conceptual MF5. UD2. 4.	Terapias alternativas para la Enfermedad de Alzheimer.....	39
Mapa Conceptual MF5. UD2. 5.	Terapias preventivas de la Enfermedad de Alzheimer.....	41
Mapa Conceptual MF5. UD3. 1.	¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares?.....	52
Mapa Conceptual MF5. UD3. 2.	El proceso de comunicación.....	53
Mapa Conceptual MF5. UD3. 3.	Lenguaje verbal y no verbal de la comunicación.....	57
Mapa Conceptual MF5. UD3. 4.	Comunicación de la persona enferma de Alzheimer. ....	58

**Índice de Tablas**

Tabla MF5. UD1. 1.	Pruebas y exploraciones más frecuentes. ....	13
Tabla MF5. UD1. 2.	Prueba de evaluación Minimental State Examination (MMSE). ....	15
Tabla MF5. UD1. 3.	Otras enfermedades que pueden causar alteraciones cognitivas.....	16
Tabla MF5. UD1. 4.	DSM IV-R: Criterios Diagnósticos de demencia tipo Alzheimer.....	19
Tabla MF5. UD1. 5.	NINCDS-ADRDA Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer....	20



## **INTRODUCCIÓN**

En este módulo se tratará la evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Una vez establecido el diagnóstico de esta enfermedad se estudiarán las posibles terapias y los tratamientos psicológicos indicados para estos pacientes. Por último, se describirá el proceso de comunicación entre el enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. Para ello, se tendrá en cuenta el lenguaje verbal y no verbal, así como las estrategias para mejorar la comunicación con estos enfermos.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Los objetivos generales de este módulo son:

- Conocer las diferentes pruebas de evaluación de las alteraciones cognitivas de las personas que padecen la demencia tipo Alzheimer.
- Identificar los criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer.
- Valorar la importancia de un diagnóstico precoz de la demencia tipo Alzheimer.
- Conocer las terapias y tratamientos psicológicos indicados para el enfermo de Alzheimer.
- Comprender la importancia del proceso de comunicación del enfermo de Alzheimer con sus cuidadores.

## **TEMPORALIZACIÓN**

MÓDULO 5		HORAS				
		Total	Teór.	Práct.	Ev.	Núm. máx. a distancia
<b>5</b>	Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.	52 h.	15 h.	30 h.	7 h.	21 h.



## CONTENIDOS TEÓRICOS

### UNIDAD DIDÁCTICA 1. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención

#### I. Introducción

El comienzo de la demencia tipo Alzheimer tiene mucha similitud con otras muchas enfermedades, y con el deterioro propio de la edad.

Para determinar que la persona padece la enfermedad de Alzheimer, es necesaria una evaluación psicológica en profundidad.

La evaluación se realiza a través de distintas pruebas a la persona afectada. Además, se involucra en la evaluación a los familiares porque, a través de ellos, se puede determinar si la persona es capaz de realizar actividades básicas de la vida diaria, o desde cuándo, aproximadamente, están percibiendo cambios en ella.

Después de evaluar a la persona que padece la enfermedad de Alzheimer y pasarles un test a familiares y/o cuidadores, se pueden establecer los criterios diagnósticos de la enfermedad. Es importante destacar que el **diagnóstico positivo**, sólo se puede determinar **después de la muerte** de la persona afectada, y **tras una autopsia**.

El diagnóstico precoz sirve para ayudar a comprender la enfermedad, así como para determinar un tratamiento ajustado a la persona enferma.

Los objetivos de la presente unidad ayudarán a conocer las diferentes pruebas de evaluación psicológicas para el paciente con Alzheimer que permiten determinar en qué situación se encuentra la persona, así como concienciarse de la importancia del diagnóstico precoz.

#### II. Objetivos específicos

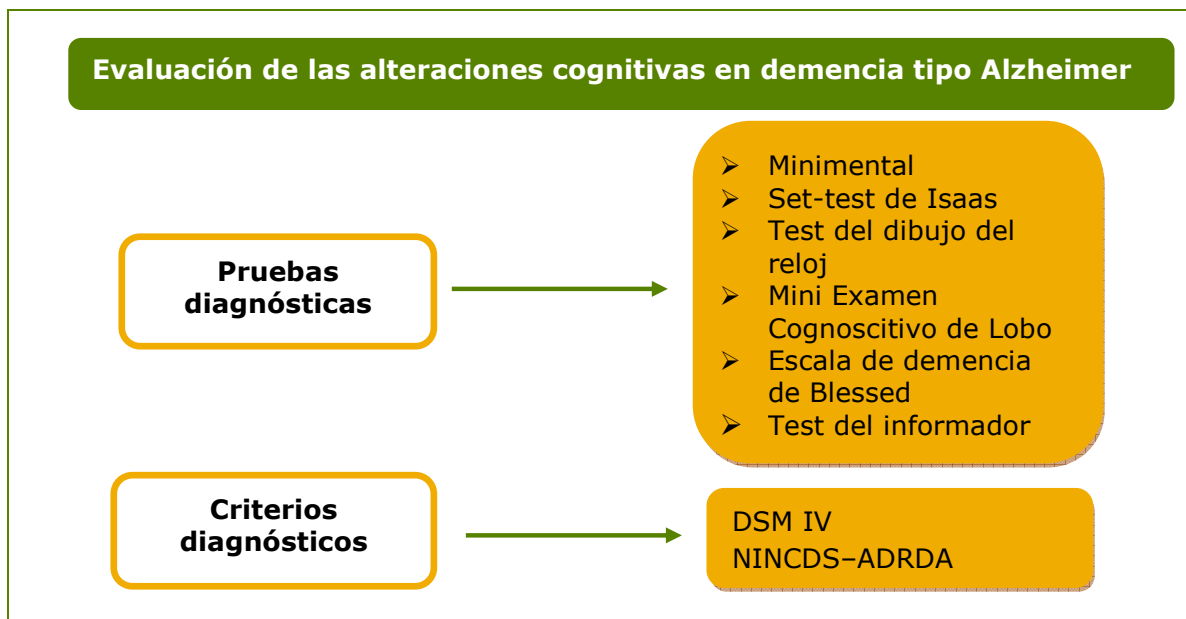
Los objetivos de esta unidad didáctica son:

- Identificar las diferentes pruebas de evaluación de las alteraciones cognitivas de los pacientes con Alzheimer.
- Determinar cuál es la prueba más relevante en la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer los criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer.
- Comprender la relevancia del diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer.

#### III. Temporalización

UNIDAD DIDÁCTICA		HORAS			HORAS TOTALES
		Teóricas	Prácticas	Evaluación	
<b>1</b>	Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer	5 h.	10 h.	3 h.	18 h.
	Número máximo de horas a distancia.	5 h.	1 h.	2 h.	8 h.

#### IV. Mapa Conceptual



Mapa Conceptual MF5. UD1. 1. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

#### V. Contenidos

##### 1. Evaluación de las alteraciones cognitivas en el paciente con demencia tipo Alzheimer. Diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer<sup>1</sup>

Como hemos estudiado en unidades anteriores, las alteraciones cognitivas son las más afectadas a lo largo de la Enfermedad de Alzheimer. Por ello, es muy importante evaluar tanto el lenguaje, como la motricidad, la memoria, el cálculo, la concentración, la atención, etc. Se evalúan los distintos procesos y funciones para poder determinar un diagnóstico lo más exacto posible de la Enfermedad de Alzheimer.

A continuación en la Tabla MF5. UD1. 1. se detallan las exploraciones que, con más frecuencia se le realizan a la persona afectada con Alzheimer.

Pruebas y exploraciones más frecuentes
> <b>Exploración física:</b> se trata de una exploración clínica tradicional, para descartar otras enfermedades.
> <b>Exploración neurológica:</b> ofrece datos sobre alteraciones del sistema nervioso, en la enfermedad de Alzheimer suele ser normal el resultado, si hay alguna alteración es debido a otra enfermedad.

<sup>1</sup> Elaborado a partir de ROMAN GARCÍA, M.M. *Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer: atención especializada*. Editorial MAD. Sevilla. 2005. p. 35-45.

<b>Pruebas y exploraciones más frecuentes</b>
➤ <b>Exploración del estado mental:</b> aporta información sobre posibles cuadros de ansiedad, depresión,... que podrían estar asociados al Alzheimer.
➤ <b>Analítica (bioquímica):</b> sirve para descartar otras posibles enfermedades como hipotiroidismo, SIDA,...
➤ <b>Tomografía axial computerizada (TAC):</b> se utiliza para descartar tumores, accidentes vasculares...
➤ <b>Electroencefalograma (EEG):</b> utilizado para descartar alteraciones metabólicas.
➤ <b>Punción lumbar:</b> se trata de descartar infecciones del sistema nervioso central como sífilis.
➤ <b>Rayos X de tórax:</b> permite descartar otras enfermedades como por ejemplo insuficiencia cardiaca, tumor en los pulmones,...
➤ <b>Evaluación psicopatológica y psiquiátrica:</b> se realiza para descartar posibles trastornos psíquicos que nada tengan que ver con la enfermedad de Alzheimer.
➤ <b>Historia clínica:</b> consiste en tener recabados los datos sobre enfermedades, operaciones, curso de las enfermedades, posibles infartos cardiacos o cerebrales,... de la persona.
➤ <b>Historia familiar:</b> es necesario tener la historia de las enfermedades en la familia, causa de muerte de familiares,...
➤ <b>Antecedentes de Alzheimer:</b> tener conocimiento sobre la existencia de algún familiar con esta enfermedad.
➤ <b>Evaluación de las actividades de la vida diaria:</b> exploración de la capacidad de la persona enferma para realizar tareas sencillas de la vida diaria como lavarse, peinarse, escribir, leer,...

**Tabla MF5. UD1. 1. Pruebas y exploraciones más frecuentes.**

La **prueba de evaluación de alteraciones cognitivas** más utilizada y fiable es el **Minimental State Examination**, a través de sus ítems se evalúa: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje.

**Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.**

Presentamos a continuación la Tabla MF5. UD1. 2. donde se muestra la prueba de evaluación Minimal State Examination (MMSE).

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)<sup>2</sup></b>	
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)</i>	
Nombre:	Varón [ ] Mujer [ ]
Fecha:	F. nacimiento: Edad:
Estudios/Profesión:	N. Hª:
Observaciones:	
¿En qué año estamos?	0-1
¿En qué estación?	0-1
¿En qué día (fecha)?	0-1
¿En qué mes?	0-1
¿En qué día de la semana?	0-1
<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (MAXIMO 5 PUNTOS).</b>	
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1
¿En qué provincia estamos?	0-1
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1
<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (MAXIMO 5 PUNTOS).</b>	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo.	
Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Se le asigna un punto a cada palabra correcta, pero se continúan diciéndoselas hasta que el paciente repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	
Peseta	0-1
Caballo	0-1
Manzana	0-1
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	
Nº de repeticiones necesarias	
<b>FIJACIÓN-Recuerdo inmediato. (MAXIMO 3 PUNTOS).</b>	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?	
Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.	
30	0-1
27	0-1
24	0-1
21	0-1
18	0-1
(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	

<sup>2</sup> Tomado de MedicinaGeriatrica.com.ar *Mini-Mental State Examination (MMSE)* [En línea]. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/archivos/MMSE.pdf> [Consulta: 10 mayo 2011].

<b>ATENCIÓN-CÁLCULO (MAXIMO 5 PUNTOS).</b>	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.	
Peseta	0-1
Caballo	0-1
Manzana	0-1
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	
<b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>	
<b>DENOMINACIÓN</b>	
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?	
Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.	
Lápiz	0-1
Reloj	0-1
<b>REPETICIÓN</b>	
Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros")	
0-1	
<b>ÓRDENES</b>	
Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".	
Coge con mano d.	0-1
Dobla por mitad	0-1
Pone en suelo	0-1
<b>LECTURA</b>	
Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos".	
Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase.	0-1
<b>ESCRITURA</b>	
Que escriba una frase (con sujeto y predicado)	0-1
<b>COPIA</b>	
Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección	
	0-1
<b>LENGUAJE (Máx.9)</b>	
Puntuaciones de referencia 27 o más: normal	
Entre 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro	
Entre 9-12: demencia	
Puntuación Total máximo 30 puntos.	

**Tabla MF5. UD1. 2. Prueba de evaluación Minimental State Examination (MMSE).**

Después de pasar tanto esta prueba como otras muchas, se determinará el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer.

Un diagnóstico que no será positivo al completo, pues como dijimos antes, la prueba que puede determinar esta exactitud es la autopsia de la persona fallecida con diagnóstico muy probable de Alzheimer.

## **Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.**

No obstante, es fundamental acercarse lo más posible a la certeza del diagnóstico de demencia tipo Alzheimer. Para ello, se deben descartar otras enfermedades que pueden ser causantes de alteraciones cognitivas; es decir, de síntomas parecidos a los que aparecen en la Enfermedad de Alzheimer como la pérdida de memoria, la desorientación espacio-temporal,...

Estas enfermedades pueden estar causadas por múltiples factores, y en el inicio de sus síntomas pueden confundir al personal médico, y a los familiares.

En la Tabla MF5. UD1. 3. se presentan esas otras enfermedades que pueden causar alteraciones cognitivas.

### **Estas enfermedades pueden ser:**

- Hipertensión.
- Problemas cardiacos.
- Diabetes.
- Intoxicación relacionada con algún tipo de fármaco.
- Anemia.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastornos de personalidad.
- Tumores cerebrales.
- Problemas vasculares.
- Otras demencias como, por ejemplo, la arterosclerosis (el comienzo de la enfermedad tiene gran similitud con la de Alzheimer. Está, fundamentalmente, causado por el estrechamiento de las arterias debido a índices altos de colesterol durante la vida de la persona enferma; pero su evolución es mucho más rápida, pudiendo pasar de la primera fase a la última en meses).

**Tabla MF5. UD1. 3. Otras enfermedades que pueden causar alteraciones cognitivas.**

## **2. Procedimientos y pruebas diagnósticas de la demencia tipo Alzheimer<sup>3</sup>**

En cuanto a **pruebas de diagnóstico** de la Enfermedad de Alzheimer, existe una gran variedad, algunas de ellas son:

- Escala de Memoria de Weschler (Evalúa el rendimiento intelectual).
- Subpruebas del WAIS (Evalúan vocabulario e información).
- Test de Fichas (Evalúa la comprensión del lenguaje).
- ...

Es relevante hacer hincapié en la necesidad de realizar las pruebas de evaluación en un ambiente cordial y relajado, donde no se corregirán los errores a la persona enferma de Alzheimer.

<sup>3</sup> Elaborado a partir de BIOPSILOGÍA.NET. *Test para la detección del deterioro cognoscitivo* [En línea]. <http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.04.03.2.-tests-para-la-deteccion-del-deterioro-cognoscitivo.html> [Consulta: 27 abril 2011].



A continuación, se va a explicar detenidamente algunas de ellas, las más utilizadas y que tienen gran relevancia, éstas son:

- **Set-test de Isaac.** Es una prueba sencilla que **evalúa la fluidez verbal**. La persona afectada tiene que decir en un minuto hasta un máximo de 10 palabras de cada categoría. Las categorías con las que se trabaja son: colores, animales, frutas y ciudades. La puntuación máxima es de 40; si la puntuación está por debajo de 24, es caso dudoso y por debajo de 15 es demencia.
- **Test del dibujo del reloj.** En esta prueba rápida y simple, se evalúan todos los mecanismos que se ponen en marcha cuando se le pide a una persona que realice una tarea. Es decir, se evalúa la percepción, la atención, la ejecución, la planificación,... De este test existen dos variantes, que se deben aplicar de forma sucesiva: 1) la persona afectada debe dibujar un reloj copiándolo de otro que se le muestra; es el **Test del reloj copia (TRC)**, y 2) es el **Test del reloj a la orden (TRO)** en esta ocasión se le pide que dibuje un reloj redondo, con los números y manecillas marcándole una hora determinada. En ambos casos, disponen de goma de borrar y no tienen un tiempo determinado para realizar la tarea. La corrección del test será de una puntuación máxima de 2 puntos por el dibujo de la esfera, 4 puntos por los números y 4 puntos por las manecillas, siendo una puntuación por debajo de 15 sospecha de Alzheimer y por encima poco probable.
- **Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer.** Es uno de los más utilizados en Atención Primaria y Geriátrica, consiste en una prueba que se realiza en muy poco tiempo y consta de 10 preguntas generales o personales. Es una prueba muy breve que no requiere ninguna preparación especial, aportando, en pocos minutos, información sobre diferentes áreas cognitivas, especialmente sobre memoria y orientación, algunos ejemplos de estas preguntas son: ¿cuál es su número de teléfono?; ¿qué edad tiene?; ¿cuál es el primer apellido de su madre?; ¿cómo se llama el Presidente del Gobierno?,... Cuando la puntuación es de 3 a 4 se considera que existe un deterioro intelectual leve; de 5 a 7 es deterioro intelectual moderado y de 8 a 10 es severo.
- **Escala de demencia de Blessed.** Evalúa tanto las alteraciones cognitivas como conductuales. Comienza por una entrevista al familiar de la persona que padece Alzheimer y otra a la persona afectada, donde se le realizan las dos partes de dicha escala y que se puntúan de forma independiente una de otra. En ella se evalúan la ejecución de las actividades diarias con ítems referidos a la orientación en la calle y en su hogar, si suele recordar hechos recientes, si tiene tendencia a rememorar el pasado; también se evalúan los cambios en hábitos como comer, vestir y control de esfínteres y, por último, se evalúan los cambios de personalidad y de conducta con ítems referidos a pérdida de interés por los sentimientos de otros y por aficiones habituales.
- **Test del Informador.** Consiste en una prueba a realizar por un familiar de la persona enferma de Alzheimer. Mediante esta prueba se obtiene información sobre el deterioro sufrido por el enfermo en los últimos 5-10 años. Se evalúa la memoria, funcionalidad, capacidad ejecutiva y capacidad de juicio. Para realizarla se dispone de 5-10 minutos.

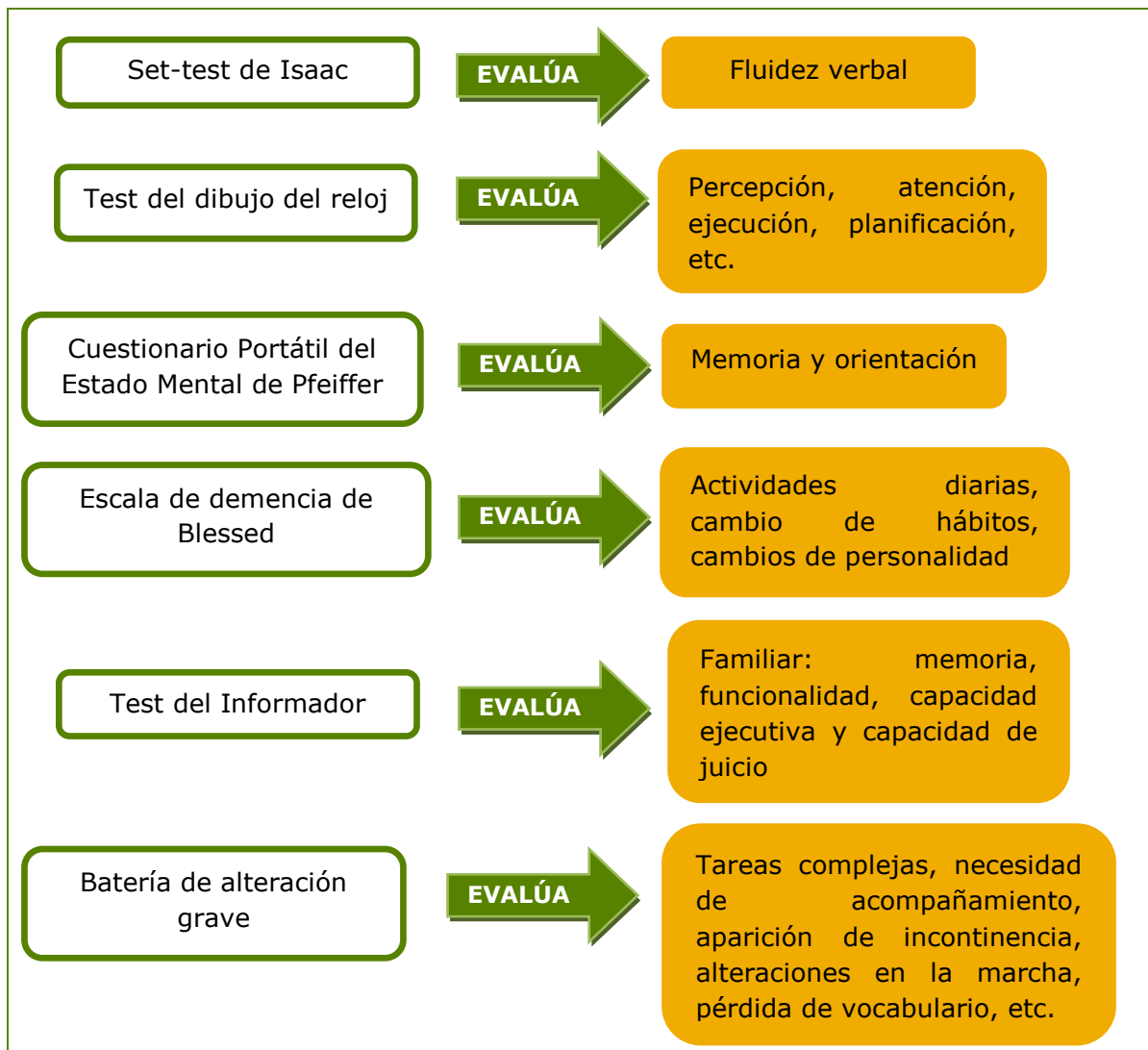
## Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

Además de todas estas escalas y test que ayudan al diagnóstico de la enfermedad; existen otras pruebas que ayudan a determinar el padecimiento de la enfermedad de Alzheimer.

Estas pruebas son las que determinan que existe una regresión de las capacidades en las personas que padecen Alzheimer, una regresión desde la edad adulta a la infantil y por último, a la de recién nacidas.

Una de estas escalas es la **Batería de alteración grave** de Saxton y colaboradores (1990), que evalúan aspectos tales como la pérdida de la capacidad de realizar tareas complejas; la necesidad de acompañamiento en muchas actividades de la vida diaria como son bañarse, vestirse, comer, acudir al baño,...; aparición de incontinencia (primero urinaria y luego fecal); alteraciones en la marcha que concluirán en la pérdida de la función motora; pérdida de vocabulario avanzando hasta el mutismo y la inexpresividad; hasta llegar a la rigidez muscular y a la posición fetal característica de la última fase de las personas con esta enfermedad.

En el Mapa Conceptual MF5. UD1. 2. se desarrollan los procedimientos y las pruebas diagnósticas de la demencia tipo Alzheimer.



Mapa Conceptual MF5. UD1. 2. Procedimientos y pruebas diagnósticas de la demencia tipo Alzheimer.

### 3. Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer

Los criterios diagnósticos son aquellas "pistas", que en las personas afectadas se muestran como síntomas de la enfermedad y que nos ayudarán a la fiabilidad del diagnóstico de Alzheimer. Sabemos que es una enfermedad neurológica, pero no todas las demencias son Alzheimer.

Los criterios diagnósticos más utilizados son los elaborados por:

- **DSM IV-R.** Es un manual, el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", de la Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos; donde se plasma una clasificación de los trastornos mentales, y se aporta mucha información, sobre los síntomas de cada uno de ellos, que ayuda tanto a psicólogos como a psiquiatras a la hora de diagnosticar una enfermedad.
- **NINCDS-ADRDA.** En él aparecen los "síntomas" (criterios), de diferentes trastornos, la Enfermedad de Alzheimer... propuestos por el Instituto Nacional de Neurología y Desórdenes comunicativa y Accidentes Cerebrovasculares (NINCDS) y la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados Association (ADRDA), que ayudan al diagnóstico de estas enfermedades y trastornos, siendo de mucha validez y fiabilidad.

A continuación en la Tabla MF5. UD1. 4. y Tabla MF5. UD1. 5. desarrollamos los criterios diagnósticos de la Enfermedad de Alzheimer, según los dos manuales descritos anteriormente.

<b>DSM IV-R: Criterios Diagnósticos de demencia tipo Alzheimer<sup>4</sup></b>
1. Muchos <b>déficits cognitivos</b> como: Alteración de memoria. Una o más de las siguientes alteraciones: Afasia, agnosia, apraxia, alteración de la función ejecutiva.
2. Que las alteraciones cognitivas <b>afecten a su vida</b> social y laboral.
3. <b>Inicio lento y continuado</b> de la enfermedad.
4. Que las <b>alteraciones cognitivas</b> que sufre la persona afectada, <b>no sean causa de otras afecciones</b> como hidrocefalia, tumor cerebral, hipotiroidismo, etc.
5. Que las alteraciones no aparezcan exclusivamente en el transcurso de un delirium.
6. Que <b>no sea causa de otro trastorno mental</b> .

**Tabla MF5. UD1. 4. DSM IV-R: Criterios Diagnósticos de demencia tipo Alzheimer.**

<sup>4</sup> Elaborado a partir de YANGUAS J. J. *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO. Colección Documentos, DOC. Serie documentos Técnicos, Madrid. 2007. p. 17.

<b>NINCDS-ADRDA Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer<sup>5</sup></b>	
<b>Probable</b>	a. Demencia diagnosticada.
	b. Alteración en 2 o más áreas cognitivas.
	c. Trastornos cognitivos y de memoria progresiva.
	d. Ausencia de trastornos de conciencia.
	e. Iniciación de la enfermedad entre los 40-90 años.
	f. Descarte de otras posibles enfermedades.
<b>Posible</b>	a. Demencia.
	b. Presencia de otra alteración cerebral.
	c. Déficit cognitivo progresivo.
<b>Definitivo</b>	a. Criterios clínicos de probabilidad de la enfermedad de Alzheimer. Es decir, que aparezcan varios de los síntomas nombrados anteriormente.
	b. Autopsia o biopsia.

**Tabla MF5. UD1. 5. NINCDS-ADRDA Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer.**

#### **4. Diagnóstico precoz de la demencia tipo Alzheimer<sup>6</sup>**

Como hemos comentado a lo largo de la unidad, existen muchas pruebas que evalúan las alteraciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer pero, hoy por hoy, no existe ninguna que determine un diagnóstico precoz; es más, incluso el diagnóstico certero será, como hemos mencionado anteriormente, a través de una **autopsia o biopsia**.

En muchos casos los primeros síntomas de la enfermedad son inapreciables, y sólo pueden ser percibidos por los familiares de la persona enferma.

Veamos a continuación algunos **ejemplos** de esas situaciones, que pueden llevar a pensar que padece Alzheimer, después de, evidentemente, un largo período de observación de sus familiares y comprobar problemas de orientación, lenguaje, etc.:

<b>Ejemplos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Sra. María tenía que ir a la farmacia a comprar medicamentos para su marido, pero cuando llegó a la farmacia, no recordaba qué es lo que tenía que comprar.</li> <li>• El Sr. Manuel guardaba siempre unos ahorros en casa, y un día después de no encontrarlos acusó a su esposa de haberle robado su dinero.</li> </ul>

<sup>5</sup> Elaborado a partir de MACIAS NÚÑEZ J. *Geriatría desde el principio*. Editorial Glosa, Barcelona. 2005. p. 230-231.

<sup>6</sup> Elaborado a partir de PEÑA-CASANOVA *enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*, Fundación "la Caixa". Barcelona. 1999. p. 16-17.

**Ejemplos:**

- La Sra. Isabel, en plena conversación con sus hijas, no recordaba la palabra exacta con la que quería expresarse... se enfadaba y luego utilizaba cualquier otra palabra sin significado para aquello que estaban hablando.
- El Sr. Samuel, prefería cambiar billetes de 20 ó 50 €, antes que dar el dinero exacto, porque "se hacía un lío con las cuentas".
- El Sr. Ismael, tenía que mirar todos los días el calendario para saber en qué fecha estaba, no lo recordaba del día anterior.
- La Sra. Dolores, guardó sus joyas en un cajón de la cocina, olvidó que las había guardado allí, sus hijos la buscaron hasta que aparecieron en la cocina.
- La Sra. Micaela comenzó a no querer ir a encuentros sociales y familiares, porque decía, que no recordaba a las personas que allí acudían.
- El Sr. Agustín salió a pasear como todos los días, por el mismo recorrido, pero un día tardó demasiado, cuando llegó dijo haberse perdido, sentido confuso, desorientado y no recordaba dónde vivía, que tuvo que preguntarle a un señor que decía que lo conocía y le indicó cuál era su domicilio.
- El Sr. Miguel, se planchó una camisa y dejó la plancha puesta sobre la tabla de planchar, ocasionando un pequeño incidente.
- La Sra. Angelines, ante la visita de una prima suya se sintió ofendida porque no la recordaba, y sus familiares le repetían quien era.

De todas formas, ante la aparición de síntomas de alteraciones cognitivas es necesario acudir cuanto antes al médico, pues será mucho mejor para la persona afectada y para su entorno. Es importante que el médico comience con las pruebas lo antes posible, porque así, sabrán el devenir de esta enfermedad. Acudiendo a los profesionales con prontitud, los familiares y la persona enferma comprenderán y conocerán las fases y las diferentes complicaciones tanto físicas como psíquicas de la Enfermedad de Alzheimer; así como los tratamientos de estimulación cognitiva, tratamiento farmacológico, etc.

Además, es importante determinar si existe otro tipo de demencia porque, si es así, hay algunas de ellas que tienen un tratamiento adecuado y específico. Es relevante hacer hincapié en detectar precozmente las demencias, ya que ello va a determinar mucho su evolución.

Por otro lado, no hay que olvidar que sería importante poner especial atención, por parte de los médicos de atención primaria y de familiares, ante cualquier síntoma de sospecha de Alzheimer en pacientes con:

- Alteraciones cognitivas recientes y en aumento.
- Edad avanzada y problemas graves de memoria, orientación,...
- Problemas recientes y repetitivos de desorientación.
- Problemas de depresión, junto son síntomas de pérdida de memoria, desorientación espacio-temporal...

## **VI. Resumen**

Lo expuesto en la unidad nos da una clara idea de la complejidad del diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer, debido a que sus comienzos presentan similitudes con otras enfermedades; así como por su variedad de síntomas y complicaciones.

El test o prueba más utilizada y fiable es el Minimental, aunque hay que tener en consideración todos los expuestos en la unidad, incluso el efectuado a los familiares de la persona afectada.

Además, haciendo uso de los criterios diagnósticos tanto DSM IV-R, como el NINCDS-ADRDA, nos acercará a un diagnóstico más fiable, aunque no totalmente positivo.

Por último mencionar, que el diagnóstico precoz ayudará a la familia y a la persona afectada a conocer la enfermedad y saber cómo afrontarla.

## **VII. Recursos para ampliar**

### **WEBS DE INTERÉS**

#### Oficiales

##### **Nacional**

- Fundación de enfermos de Alzheimer de España. <http://www.fundacionalzheimeresp.org> [Consulta: 5 mayo 2011].

La Fundación de Alzheimer de España, pretende ayudar, aconsejar, informar, y dar las pautas correctas para afrontar el día a día de las personas con esta enfermedad, con consejos e información tanto para familiares, cuidadores y los propios afectados. En su página web se podrá ampliar la información sobre cómo enfrentarnos a todas las nuevas situaciones que se generan con la enfermedad.

- Información General. Comunidad virtual familia Alzheimer. Punto de encuentro para profesionales y cuidadores. <http://www.familialzheimer.org> [Consulta: 27 abril 2011].

Esta Web ofrece información sobre qué es la enfermedad, las fases, cómo actuar ante las diferentes alteraciones de la persona enferma, pruebas de diagnóstico,...

### **LIBROS Y MONOGRAFÍAS**

- GONZÁLEZ MAS, Rafael. *Enfermedad de Alzheimer: clínica, tratamiento y rehabilitación*. Editorial MASSON. Barcelona. 2005.

El manual nos ayuda al diagnóstico a través de diferentes pruebas como el Mini Mental, además de ofrecernos los diferentes tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos.

- REY PÉREZ, A., LLEO BISA, A. *Enfermedad de Alzheimer: Neurología caso a caso*. Editorial México Panamerica. 2010.

Este manual ofrece información sobre los diferentes tipos de evaluación que se pueden utilizar para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, así como las pautas a seguir para lograr un diagnóstico lo más fiable posible, como son las diferentes exploraciones, analíticas,...

## VIII. Glosario<sup>7</sup>

### **AFASIA**

Alteración en el lenguaje oral.

### **AGNOSIA**

Incapacidad de reconocer objetos y/o personas.

### **APRAXIA**

Incapacidad de controlar los movimientos voluntarios.

### **AUTOPSIA**

Examen médico-forense que se realiza al cuerpo de la persona fallecida.

### **BIOPSIA**

Extracción de parte de un tejido humano para su estudio.

### **DERILIUM**

Alteración del nivel de la conciencia, producido por una alteración en la función cerebral.

### **DIAGNÓSTICO**

Identificación de una determinada enfermedad.

### **ÍTEMS**

Preguntas de un examen o prueba.

### **PRUEBA**

Examen que se realiza a una persona para evaluarla.

## IX. Referencias bibliográficas

### **TEXTOS ELECTRÓNICOS**

#### Oficiales

##### ***Nacional***

- BIOPSILOGÍA.NET. *Test para la detección del deterioro cognoscitivo* [En línea]. <http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.04.03.2.-tests-para-la-deteccion-del-deterioro-cognoscitivo.html> [Consulta: 27 abril 2011].
- Diccionario abierto de la lengua Española [En línea]. [www.significadode.org](http://www.significadode.org) [Consulta: 5 mayo 2011].
- MedicinaGeriatrica.com.ar *Mini-Mental State Examination (MMSE)* [En línea]. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/archivos/MMSE.pdf> [Consulta: 10 mayo 2011].

---

<sup>7</sup> Elaborado a partir de *Diccionario abierto de la lengua Española* [En línea]. [www.significadode.org](http://www.significadode.org) [Consulta: 5 mayo 2011].

**LIBROS Y MONOGRAFÍAS**

- MACÍAS NÚÑEZ, J.F. *Geriatría desde el principio*. Editorial Glosa. Barcelona. 2005.
- PEÑA-CASANOVA, J. *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Fundación "La Caixa". Barcelona. 1999.
- ROMÁN GARCÍA, M. *Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer: Atención especializada*. Editorial MAD. 2005.
- YANGUAS, J.J. *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, IMSERSO. Colección Documentos, DOC, Serie documentos Técnicos. Madrid. 2007.



## X. Evaluación

### 1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios.

#### 1.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) La prueba más fiable y utilizada, para la evaluación de las alteraciones cognitivas es el \_\_\_\_\_.
- b) El único test destinado a los familiares se llama \_\_\_\_\_.
- c) La prueba de diagnóstico seguro y definitivo de Alzheimer es \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_.

#### 1.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
La enfermedad de Alzheimer es fácilmente diagnosticable.		
Existe una única prueba para diagnosticar el Alzheimer.		
El Alzheimer es una demencia.		
En el test del dibujo del reloj, no hay que dibujar un reloj.		
La autopsia es la única prueba que puede determinar con exactitud el diagnóstico positivo de Alzheimer.		
Las pruebas que se le realizan a la persona con Alzheimer, se hacen de forma grupal.		
Es recomendable corregir los posibles errores que surjan en las diferentes pruebas.		

#### 1.3. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.

El test del informador es una prueba destinada a:

- a) El familiar.
- a) La persona con Alzheimer.
- b) Para ambos.

#### 1.4. Relaciona con flechas los siguientes textos con la palabra adecuada.

Concepto
Es un criterio diagnóstico de la DSM IV-R
Es un criterio diagnóstico de la NINCDS-ADRDA.

Definición
Comienzo entre los 40 y 90 años de edad.
Inicio gradual y continuado del deterioro cognitivo.

**1.5. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.**

Los criterios diagnósticos de la NINCDS-ADRDA se dividen en:

- a) Probable, posible y definitivo.
- b) Probable, seguro, cierto.
- c) Positivo, correcto y definitivo.
- d) Ninguna de las anteriores.

**1.6. Relaciona con flechas los siguientes textos con la palabra adecuada.**

Concepto	Definición
Del DSM IV-R	La demencia diagnosticada es un criterio diagnóstico probable.
De la NINCDS-ADRDA	Las siguientes alteraciones: afasia, apraxia y agnosia, se dan en el primer apartado de criterio diagnóstico de la demencia.

**1.7. Contesta verdadera o falsa a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
No en todas las pruebas de evaluación hay un límite de tiempo para realizarlas.		
Los criterios diagnósticos de demencia más utilizados son los de DSM IV-R y los de NINCDS-ADRDA.		
En ninguna prueba están permitidas las gomas de borrar.		
La autopsia es uno de los criterios diagnósticos definitivos en la NINCDS-ADRDA.		

**1.8. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.**

En el test del reloj hay dos variantes y son:

- a) Test del reloj a la orden y del test del reloj copiado.
- b) Test del reloj dictado y a la orden.
- c) Test del reloj de cuco y dictado.

**1.9. Relaciona con flechas los siguientes textos de forma adecuada con su concepto.**

Concepto	Definición
El Set-test de Isaac	Para el familiar.
El Test del informador	Para la persona con Alzheimer.

**1.10. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) El test más utilizado en Atención primaria y geriatría es el \_\_\_\_\_ de Pfeiffer.
- b) Las subpruebas del WAIS evalúan el \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.
- c) El test de fichas evalúa la \_\_\_\_\_ del lenguaje.

## 2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones

### 2.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) La prueba más fiable y utilizada, para la evaluación de las alteraciones cognitivas es el \_\_\_Minimental\_\_\_.
- b) El único test destinado a los familiares se llama \_\_\_Test del Informador\_\_\_.
- c) La prueba de diagnóstico seguro y definitivo de Alzheimer es la \_\_\_autopsia o biopsia\_\_\_.

### 2.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
La enfermedad de Alzheimer es fácilmente diagnosticable.		X
Existe una única prueba para diagnosticar el Alzheimer.		X
El Alzheimer es una demencia.	X	
En el test del dibujo del reloj, no hay que dibujar un reloj.		X
La autopsia es la única prueba que puede determinar con exactitud el diagnóstico positivo de Alzheimer.	X	
Las pruebas que se le realizan a la persona con Alzheimer se hacen de forma grupal.		X
Es recomendable corregir los posibles errores que surjan en las diferentes pruebas.		X

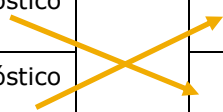
### 2.3. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.

El test del informador es una prueba destinada a:

- a) El familiar.
- b) La persona con Alzheimer.
- c) Para ambos.

### 2.4. Relaciona con flechas los siguientes textos con la palabra adecuada.

Concepto	Definición
Es un criterio diagnóstico de la DSM IV-R	Comienzo entre los 40 y 90 años de edad.
Es un criterio diagnóstico de la NINCDS-ADRDA.	Inicio gradual y continuado del deterioro cognitivo.



### 2.5. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.

Los criterios diagnósticos de la NINCDS-ADRDA se dividen en:

- a) Probable, posible y definitivo.
- b) Probable, seguro, cierto.
- c) Positivo, correcto y definitivo.
- d) Ninguna de las anteriores.

**2.6. Relaciona con flechas los siguientes textos con la palabra adecuada.**

Concepto	Definición
Del DSM IV-R	La demencia diagnosticada es un criterio diagnóstico probable.
De la NINCDS-ADRDA	Las siguientes alteraciones: afasia, apraxia y agnosia, se dan en el primer apartado de criterio diagnóstico de la demencia.

**2.7. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
No en todas las pruebas de evaluación hay un límite de tiempo para realizarlas.	X	
Los criterios diagnósticos de demencia más utilizados son los de DSM IV -R y los de NINCDS-ADRDA.	X	
En ninguna prueba están permitidas las gomas de borrar.		X
La autopsia es uno de los criterios diagnósticos definitivos en la NINCDS-ADRDA.	X	

**2.8. Respuesta múltiple. Señala la respuesta correcta.**

En el test del reloj, hay dos variantes y son:

- a) Test del reloj a la orden y del test del reloj copiado.
- b) Test del reloj dictado y a la orden.
- c) Test del reloj de cuco y dictado.

**2.9. Relaciona con flechas los siguientes textos de forma adecuada.**

Concepto	Definición
El Set-test de Isaac	Para el familiar.
El Test del informador	Para la persona con Alzheimer.

**2.10. Completa las siguientes afirmaciones:**

- a) El test más utilizado en Atención primaria y geriatría es el \_\_Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer.
- b) Las subpruebas del WAIS evalúan el \_\_vocabulario\_\_ e \_\_información\_\_.
- c) El test de fichas evalúa la \_\_comprensión\_\_ del lenguaje.

## XI. Actividades prácticas

### 1. Actividades prácticas en el aula.

#### ACTIVIDAD 1.

**TÍTULO:** DIFERENCIAR LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS COMENTADOS EN LA UNIDAD.

**OBJETIVO GENERAL:** Reconocer cada uno de los criterios diagnósticos establecidos, tanto en la DSM IV-R como en la NINCDS-ADRDA.

**DURACIÓN:** La duración prevista para la actividad es de 2 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Lápiz, papel, cartulinas, ordenadores con conexión a internet.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** El alumnado se dividirá en dos grupos establecidos por el formador, y a cada grupo se le ofrecerá una cartulina donde plasmarán los criterios diagnósticos vistos en clase, después tendrán que anotar diferencias y similitudes entre ellos, así como impresiones y observaciones. Además de la unidad, también podrán utilizar internet para buscar información.

#### ACTIVIDAD 2.

**TÍTULO:** DIFERENCIACIÓN DE LAS DIFERENTES PRUEBAS DE EVALUACIÓN VISTAS EN CLASE.

**OBJETIVO GENERAL:** Diferenciar las diferentes pruebas diagnósticas vistas en la unidad y establecer qué evalúa cada una de ellas, así como para quién está indicada, procedimientos,...

**DURACIÓN:** La duración prevista para la actividad es de 3 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Lápiz, papel, cartulinas, así como copias de las diferentes pruebas diagnósticas vistas en clase.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** El alumnado se dividirá en diferentes grupos, designados por el formador, para establecer las diferencias entre las pruebas vistas, determinando qué evalúa cada una de ellas, si tiene varias variantes, el procedimiento y para quién va indicada. Todo ello lo deben reflejar en la cartulina para, posteriormente, exponerlo. Al final de la clase las expondrán en el aula y comentarán cuál les parece la más adecuada, la más completa, la más complicada.

## **2. Actividades prácticas en entorno profesional.**

### **ACTIVIDAD 1.**

**TÍTULO:** VISITA A UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA Y CHARLA DEL PSICÓLOGO/A DEL CENTRO.

**OBJETIVO GENERAL:** Observar las conductas de las personas afectadas de Alzheimer y obtener información de los profesionales que diariamente realizan las pruebas diagnósticas que se han estudiado.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 5 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Cuaderno y bolígrafo.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Visitaremos la residencia geriátrica, después la persona que realiza las evaluaciones de las alteraciones cognitivas del centro nos dará una charla informativa sobre las pruebas que disponen en la residencia, así como nos mostrará cuál le parece más fiable y cada cuánto tiempo las suele pasar.

Luego se destinará un tiempo de ruegos y preguntas del alumnado.

## CONTENIDOS TEÓRICOS

### UNIDAD DIDÁCTICA 2. Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer

#### I. Introducción

En la segunda mitad del siglo XX, se comenzó a definir y clasificar con más cuidado las distintas enfermedades; llegándose a aceptar la demencia senil como una enfermedad, y no como algo característico del envejecimiento. En aquella época, ninguna definición o descripción incluía a los **trastornos de conducta** como fundamentales en las demencias seniles o en la Enfermedad de Alzheimer.

Como ya estudiamos en la unidad 1 de este módulo 5, en los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer aparecen las alteraciones de conducta.

Para tratar estas alteraciones o síntomas de la Enfermedad de Alzheimer, no sólo se cuenta con el uso de fármacos. Es cierto que los medicamentos son fundamentales para el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer; pero no es menos cierto la relevancia y efectos beneficiosos que tienen otro tipo de terapias en esta enfermedad. Entre ellas, se encuentra la Terapia Psicológica, fundamental no sólo para el paciente, sino también para sus cuidadores y familiares.

Es de suma importancia seguir las indicaciones de un profesional de la Psicología para mejorar la calidad de vida de la persona, así como la evolución de la enfermedad. A continuación, se verán qué síntomas o alteraciones son los que trata la Psicología dentro de la demencia tipo Alzheimer.

Además de la utilización de fármacos, el alumnado debe conocer qué otras terapias existen para el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer. De esta forma, sabrán qué otros profesionales pueden y/o suelen intervenir con estas personas para la mejora de su calidad de vida y la de sus familiares y cuidadores.

#### II. Objetivos específicos

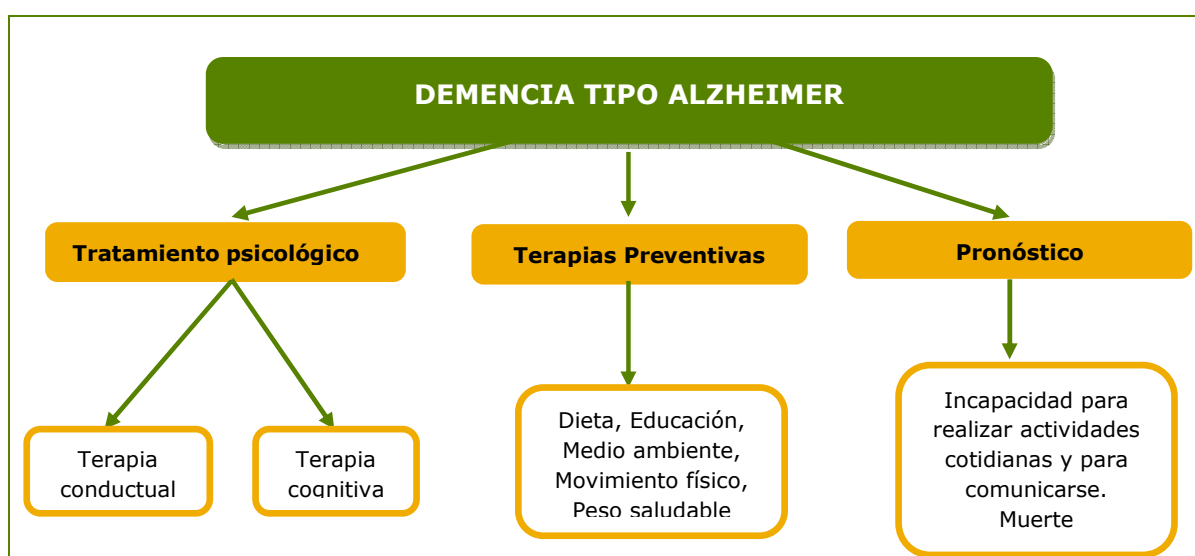
Los objetivos que se proponen para esta unidad son:

- Conocer otras terapias, principalmente la psicológica, para el tratamiento del Alzheimer.
- Identificar qué terapias preventivas se suelen utilizar con estos pacientes.
- Comprender cómo va a evolucionar psicológicamente el paciente con demencia tipo Alzheimer.

### III. Temporalización

UNIDAD DIDÁCTICA		HORAS			HORAS TOTALES
		Teóricas	Prácticas	Evaluación	
2	Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer.	5 h.	10 h.	2 h.	17 h.
	Número máximo de horas a distancia.	4 h.	0 h.	2 h.	6 h.

### IV. Mapa conceptual



**Mapa Conceptual MF5. UD2. 1. Terapias y tratamientos psicológicos indicados para el paciente con demencia tipo Alzheimer.**

### V. Contenidos

#### 1. **Terapias y tratamientos psicológicos<sup>8</sup>**

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer padecen, como ya hemos estudiado, **síntomas psicológicos y conductuales**. Recordemos que estos síntomas son, entre otros:

<sup>8</sup> Elaborado a partir de:

RIBERA CASADO, José Manuel y GIL GREGORIO, Pedro. *Función mental y envejecimiento*. EDITORES MÉDICOS S.A. Madrid. 2002. p. 177-184.

MARTÍNEZ LAGE, J.M., y BERTHIER TORRES, M. *Alzheimer 2002: teoría y práctica*. AULA MÉDICA EDICIONES. Madrid. 2002. p. 237-245.

EVERYDAY HEALTH TODAY'S THE DAY [En línea]. <http://www.everydayhealth.com/alzheimers/alzheimers-treatment-psychological-therapy.aspx> [Consulta: 13 junio 2011].

GUÍA DE PSICOLOGÍA [En línea]. <http://www.guiadepsicologia.com/mayores/tratamientodemencia.html> [Consulta: 14 junio 2011].



Agitación, alteraciones en el estado de ánimo (depresión, manía,...), apatía, pérdida de memoria, alteraciones de la conducta alimentaria (pérdida de apetito, aumento de apetito,...), delirios, alucinaciones, ilusiones, ansiedad, fobias, pánico, ideas obsesivas, gritos, vagabundeo, problemas de orientación, alteraciones de la conducta sexual, alteraciones en el ritmo sueño-vigilia, cambios en la personalidad (egocentrismo, rigidez mental,...), síndrome de Klüver-Bucy (trastorno de la conducta en personas con lesiones bitemporales).

Antes de seleccionar una u otra terapia o tratamiento, se debe realizar un adecuado diagnóstico. Con ello, nos aseguramos influir positiva y correctamente en la persona enferma, y tener cuidado de no empeorar unos síntomas al tratar otros. Como ya sabemos, esta evaluación no es fácil; basándose la misma en entrevistas con el paciente y con las personas que lo cuidan; así como en observar directamente la conducta de la persona enferma de Alzheimer y en la utilización de alguna escala.

Una vez que se tiene claro cuáles son los síntomas y sobre cuáles se va a intervenir, es el momento de decidir qué tipo de terapia o terapias realizar: farmacológica, psicológica, etc.

Si se tiene en cuenta **los síntomas psicológicos y conductuales** de la demencia tipo Alzheimer, la **terapia psicológica se convierte en un tratamiento fundamental** para estas personas. La psicoterapia tras el diagnóstico inicial ayuda al paciente, por ejemplo con la depresión, la ansiedad, las ideas delirantes que pueden acompañar a la Enfermedad de Alzheimer, etc. Según la demencia avanza, parece que la terapia psicológica se vuelve menos útil.

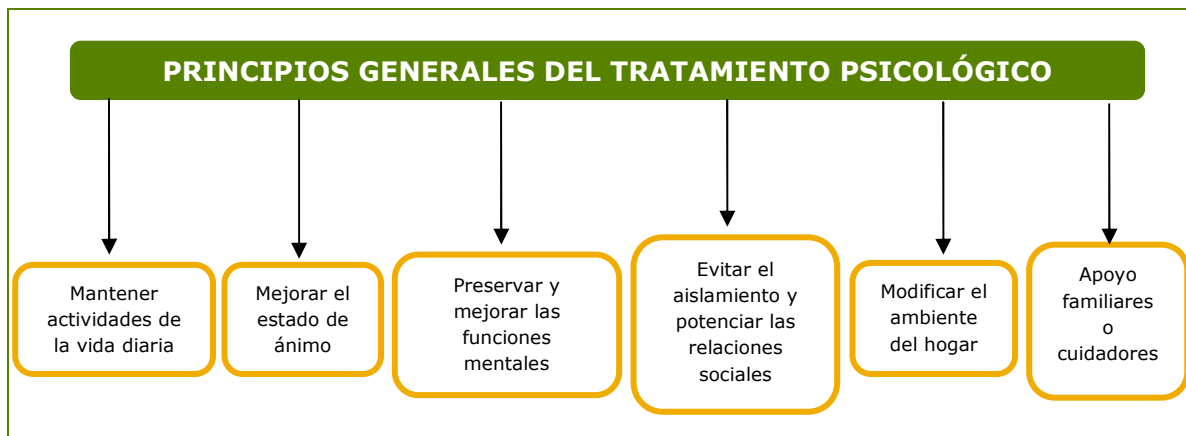
Desde la Psicología se puede intervenir en los distintos síntomas psicológicos y conductuales ya mencionados y estudiados en unidades y módulos anteriores. Se actúa desde la Psicología cognitivo-conductual y se realiza un estudio individualizado para poder mejorar y aumentar la calidad de vida de la persona con Alzheimer.

Los **principios generales del tratamiento psicológico** tienen como finalidad:

- Conseguir ***mantener la realización de las actividades diarias*** de la persona. Con ello nos referimos tanto a la higiene personal (por ejemplo; lavarse los dientes) como a tareas diarias del tipo realizar la compra. Es decir, se busca fomentar la independencia y la autonomía personal.
- ***Mejorar el estado de ánimo, el humor, las funciones cognitivas*** (por ejemplo, la memoria) mediante un ambiente rico que le estimule. Por ejemplo: recordar historias usando fotografías, revivir momentos mediante la música, etc.
- ***Preservar las funciones mentales*** realizando actividades diarias como leer, escuchar la radio, ver las noticias en TV, tareas del hogar, etc.
- ***Regular el sueño, minimizar las alteraciones del lenguaje, superar problemas de movilidad,...***
- ***Evitar*** el aislamiento y ***potenciar*** las relaciones sociales.
- ***Modificar***, si es necesario, ***el ambiente del hogar***.
- ***Apoyar*** a los miembros de la familia y otros cuidadores.

## Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

En el Mapa Conceptual MF5. UD2. 2. se exponen de manera gráfica los principios generales del tratamiento psicológico para enfermos de Alzheimer.



**Mapa Conceptual MF5. UD2. 2. Principios generales del tratamiento psicológico.**

La persona profesional de la Psicología estudiará el caso y diagnosticará para poder realizar una correcta intervención según las características de la persona, de sus cuidadores, del ambiente y de los síntomas que la persona con Alzheimer presente en esos momentos.

Algunos de los **síntomas específicos tratados en la demencia tipo Alzheimer con terapia psicológica son**<sup>9</sup>:

- **Depresión:** es uno de los síntomas comórbidos más frecuentes en cualquier demencia. Aproximadamente más de un 30% de pacientes con Alzheimer la sufren. Cuando los síntomas depresivos son graves es necesario utilizar fármacos antidepresivos. No hay que insistir en que la persona se anime, esto puede hacer que se sienta incomprendida y lo que se consiga sea aumentar la depresión. Es importante animarle a que realice tareas sencillas donde se sienta útil; así como que se evite el aislamiento de la persona.
- **Agitación o inquietud psicomotriz:** incluye intranquilidad, manipulación de objetos o ropa, movimientos repetitivos, quejas constantes, gritar, rechazo a los cuidados de los demás,... Es muy importante saber cuál es la causa de esta agitación: ambiental, farmacológica, médica,... Es necesario simplificar el ambiente de la persona enferma de Alzheimer, si persiste la agitación hay que recurrir a tratamiento farmacológico. Cuando se requiera sujetar físicamente al individuo hay que tener cuidado de no hacerle daño y de no emplearlo como un castigo.
- **Agresividad:** es característica de esta enfermedad, puede ir dirigida hacia ellos mismos o hacia los demás. Puede ser verbal (insultos), física (empujones) o sexual (intentar forzar a mantener relaciones sexuales a animales o personas). Nuevamente hay que reaccionar con calma y tranquilizar a la persona. Se le puede distraer, y en el caso de conductas exhibicionistas procurar vestirles con ropas difíciles para quitárselas sin ayuda de alguien. Consultar con el médico para que nos oriente y pauté medicación en caso de que sea necesario.

<sup>9</sup> Elaborado a partir de PEÑA CASANOVA, J. *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Edita: Fundación "la Caixa". Barcelona. 1999. p. 22-54.

- **Alucinaciones:** las más comunes son las visuales. Sólo se tratan farmacológicamente cuando son de gran intensidad y resultan amenazadoras para la persona enferma de Alzheimer, para los familiares y cuidadores. Las pautas de actuación son: actuar con calma y no alterar al paciente. No tratar de rebatir con argumentos lógicos lo irreal de la alucinación, esto sólo conseguirá irritar más a la persona. Tampoco se debe decir que se está de acuerdo con la alucinación. Al igual que ocurre con los delirios, lo mejor es intentar distraerle.
- **Ansiedad:** la persona se preocupa excesivamente por uno o varios temas como la salud, la economía, etc. Según evoluciona la enfermedad esta ansiedad se manifiesta por inquietud psicomotora, miedo a quedarse solos en casa,... Hay que determinar muy bien cuál es la causa de esta ansiedad. Sólo cuando es muy intensa se pautará un tratamiento farmacológico. Las personas del entorno del enfermo de Alzheimer deben minimizar la excesiva estimulación como ruidos y cambios; eliminar todo lo que pueda provocar estrés al paciente o le pueda confundir. Como siempre, hay que tratarlos con amor y respeto, evitar discutir y dar seguridad.
- **Apatía, aislamiento:** se caracteriza por una falta de motivación o iniciativa. Hay que intentar que la persona realice actividades reforzantes y gratificantes para él; así como llevarlo a pasear por sitios conocidos y favorecer los recuerdos positivos durante esos paseos o durante la realización de otras actividades de reminiscencia (por ejemplo, ver fotografías o paisajes).
- **Ideas delirantes:** no se puede utilizar el razonamiento para eliminarlas. Son enfermos más agresivos, tienen más miedo y más ansiedad. Si los delirios son poco importantes, tienen una frecuencia baja y no ocasionan problemas de adaptación del paciente a su entorno, lo más adecuado es no prestar demasiada atención y simplemente observar cómo evolucionan. Si se trata de delirios muy fuertes, que interfieren en la vida de la persona provocando comportamientos anómalos y problemas de relación, es necesario utilizar un tratamiento farmacológico.

Es conveniente que el delirio no sea una fuente de discusiones. Es aconsejable no enfrentarse continuamente con el paciente, darle tranquilidad, e incluso distraerle para que centre su atención en cosas reales.

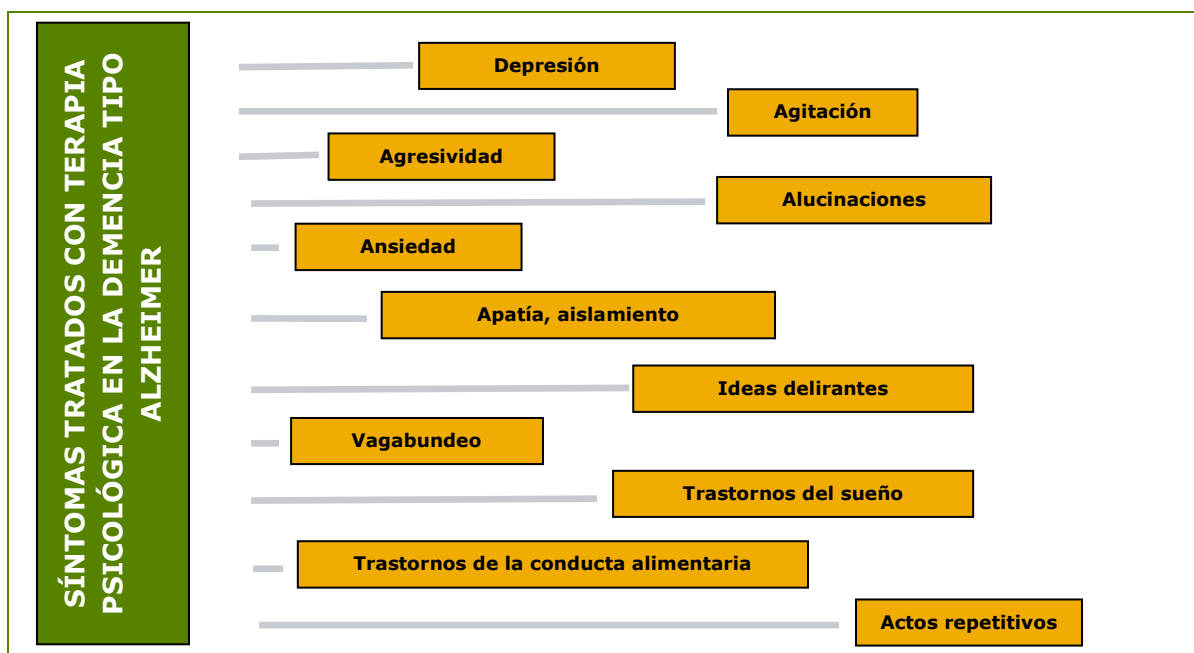
- **Vagabundeo:** determinar las causas de esta deambulación, descartar que sea orgánica. Cuando aparece el vagabundeo es necesario modificar el entorno para dar seguridad al enfermo (por ejemplo; ventanas y cerraduras de seguridad). También se aconseja informar al vecindario de lo que sucede a la persona; así como procurar que lleve algún objeto que le identifique con nombre, dirección y teléfono (por ejemplo medalla, pulsera, papel en cartera,...). Se debe evitar los cambios de domicilio y los viajes. Es de gran utilidad colocar carteles que orienten a la persona con demencia tipo Alzheimer dentro de su hogar (orientación a la realidad).
- **Trastornos del sueño:** es algo muy común entre los enfermos de Alzheimer. Estos trastornos, junto con las conductas no deseadas, que aparecen en el enfermo hacen que la persona o personas encargadas de cuidarlo estén cada vez más cansadas y estresadas. El tratamiento comienza por definir detalladamente las características del problema de sueño, descubrir sus causas

## Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

y realizar la intervención más conveniente. En el caso de que la persona con demencia tipo Alzheimer se duerma durante el día hay que intentar estimularle, que haga pequeñas tareas para que permanezca despierto. Hay que evitar que las siestas sean largas. Si la persona se despierta por las noches hay que calmarla, hablarle suave y decirle que todavía es hora de dormir. Nunca debemos entrar en una discusión. Para los trastornos del sueño puede utilizarse medicación, pero siempre prescrita por el médico.

- **Trastornos de la conducta alimentaria:** el apetito puede aumentar o disminuir, además pueden darse trastornos del comportamiento en el momento de comer. Las personas con Alzheimer tienden a no aceptar los alimentos que no les son familiares, pueden creer que no han comido aún, en ocasiones no saben utilizar los cubiertos (por problemas de memoria), tiran la comida a la basura, etc. La dieta debe ser normal o adaptada a la persona según las características de salud de la misma (por ejemplo, diabetes), pero siempre debe asegurarse el cuidador o cuidadora de que la persona ha comido correctamente y que está bien hidratada. Es importante que los sitios donde estén almacenados los alimentos permanezcan cerrados; que los horarios de comida estén establecidos y exista una rutina; y que el acto de comer se haga lo más sencillo posible.
- **Actos repetitivos:** la persona puede realizar un acto en repetidas ocasiones; pueden manipular, doblar ropa, abrir y cerrar cajones, incesantemente. Si la conducta no es molesta ni perjudicial, se le puede dejar que realice el acto durante un período de tiempo. Si el acto es molesto, perjudicial o ya ha pasado un rato desde que lo inició, es necesario intentar que deje de hacerlo "invitándole" a que haga otra tarea. No hay que presionarle porque podemos provocarle ansiedad o agresividad. Lo más efectivo es conseguir que se distraiga mirando o haciendo otra cosa.

En el Mapa Conceptual MF5. UD2. 3. se muestra una representación de los principales síntomas tratados con terapia psicológica en la demencia tipo Alzheimer.



Mapa Conceptual MF5. UD2. 3. Síntomas tratados con terapia psicológica en la demencia tipo Alzheimer.

Al no tener tratamientos específicos para la demencia tipo Alzheimer, tanto el farmacológico como el psicológico son tratamientos sintomáticos, en los que de forma independiente se trabajan cada uno de los síntomas propios. Además de las pautas facilitadas, se puede utilizar la psicoterapia para tratar algunos de los síntomas descritos anteriormente (depresión, ansiedad,...). En algunos casos, como hemos comentado, se vuelve necesario adaptar el entorno para que los **síntomas psicológicos y conductuales** no se agraven, así por ejemplo con una buena adaptación se puede permitir el vagabundeo sin riesgos.

Además de los expuestos, en Residencias para personas mayores, Unidades de estancia diurna o en la propia casa del enfermo, se deben realizar talleres/actividades de estimulación cognitiva, donde cada día se destine el taller a un área (memoria, atención, orientación,...) y a hacer ejercicios para cada alteración o síntoma. También es necesario trabajar otros síntomas como la agitación o agarrotamiento; por ejemplo, utilizando la relajación y ejercicios de psicomotricidad una vez a la semana.

La **intervención psicológica** tiene como propósito estimular cognitivamente a la persona, eliminar los comportamientos perniciosos del paciente y potenciar los deseables.

En el caso de los comportamientos se utiliza una **Terapia conductual** que empieza realizando un análisis funcional de la conducta que se desea modificar (antecedentes, qué sucede antes de la conducta), suceso (conducta problema) y consecuencias (qué sucede después de la conducta problema)). Es necesario observar detalladamente para poder detectar los desencadenantes de ese comportamiento inadecuado de la persona enferma de Alzheimer; como, por ejemplo, el vagabundeo o la agresividad. A partir del análisis funcional, se desarrolla un plan específico de tratamiento que se basa, fundamentalmente, en recompensar (premiar) otras conductas deseadas (normalmente incompatibles con la que se quiere eliminar), y en la extinción de la conducta no deseada (no se refuerza, no se premia la conducta inadecuada). Así, mediante el manejo de las contingencias ambientales, se logra eliminar las acciones del paciente que resultan dañinas para sí mismo o para sus cuidadores.

Con respecto a la **estimulación cognitiva**, dentro de la Terapia cognitiva, se puede decir que consiste en la ejecución de actividades programadas diseñadas para el mantenimiento y mejora de los procesos cognitivos básicos. En las actividades de estimulación cognitiva tiene que existir un esfuerzo y una actividad intelectual por parte de la persona enferma de Alzheimer, es decir, debe tener un rol activo y no pasivo. Con los ejercicios de estimulación cognitiva se entrenan las habilidades mentales para que se desarrollen y se fortalezcan.

Los procesos psicológicos que reciben intervención son: memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, percepción, razonamiento, cálculo,... Además, no se consideran entidades independientes, sino que se relacionan entre sí pudiéndose trabajar más de una simultáneamente.

Las actividades de estimulación cognitiva tienen como objetivo conservar al máximo y/o potenciar las capacidades cognitivas, aún no dañadas, de la persona con demencia tipo Alzheimer; y frenar el avance del deterioro en las otras áreas cognitivas que ya se han visto afectadas.

## Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

La estimulación cognitiva es idónea al principio de la enfermedad o en fases moderadas; cuanto más avance la demencia más complicada y cuidadosa se vuelve la intervención.

### Ejemplos de actividades de estimulación cognitiva:

- 1) Conversar sobre acontecimientos significativos personales y del entorno familiar. Seleccionar temas que sean interesantes para la persona enferma de Alzheimer (hijos/as, viajes, bodas,...). Por ejemplo: hablar sobre la boda de su hijo o hija.
- 2) Conversar sobre temas de actualidad; por ejemplo: la subida de la luz y la gasolina.
- 3) Elaborar historias junto con la persona con demencia tipo Alzheimer. Por ejemplo: comenzamos la historia diciendo "La historia trata de dos hermanos, Juan y Manuel, que vivían en una casa muy grande..." Y le animamos a que la continúe; y así, sucesivamente, hasta que tenemos una historia. O, por ejemplo, se le enseña una foto de una familia y le ayudamos a inventar una historia sobre esa familia.
- 4) Pedir que diga el nombre de los objetos que vamos mostrándole. Por ejemplo, se le muestran: vaso, reloj, teléfono, bolígrafo, dedal, anillo,...
- 5) Pegar pictogramas en las puertas de todas las habitaciones. Por ejemplo; en el baño pegar un dibujo de un lavabo y un wáter.
- 6) Buscar elementos gráficos concretos (por ejemplo las letras P y R) y trazar un círculo alrededor. Por ejemplo:  
POJFISHFUGJHGFJHEGFRJSWGFJHFHKDEHFKKFPPRRR  
PKJRHFJHGREPJKKAJHSDJKANPUHERHFJRJQJKJJARRRR  
Y debe rodear con un círculo la P y la R.
- 7) Ayudarle a evocar recuerdos mediante preguntas. Ejemplos: ¿Cómo era el sitio físico donde trabajabas?, ¿había ventanas?, ¿de qué color eran las paredes?, ¿había más compañeros que compartían ese espacio físico?, ¿qué nombres de compañeros recuerdas?...
- 8) La persona debe escuchar distintos sonidos y saber a qué corresponden (por ejemplo, el sonido de una vaca, de un coche, de la lluvia, del trote de un caballo,...).
- 9) Repetir un grupo de palabras e intentar memorizarlas. Por ejemplo: sol, calle, coche...
- 10) Etc.

Hacer hincapié, una vez más, en la necesidad de que toda la intervención psicológica sea bajo supervisión de un profesional de la Psicología que haya evaluado y diseñado el tratamiento de forma personalizada.

### A tener en cuenta:

No se debe olvidar que los síntomas son producto de la enfermedad y que no hay voluntariedad en ellos. De esta forma, **no se debe gritar** a la persona, **ni enfrentarse** a ella; es decir, a la persona hay que **tratarla con respeto** y procurar que exista una **rutina en su vida** lejos de una situación estresante y ajetreada.

No podemos concluir este apartado sin hacer referencia a algunas **terapias alternativas**<sup>10</sup> que se están utilizando y que está dando buenos resultados:

- **Ergoterapia: manualidades.** Las actividades realizadas son, entre otras: pintura, modelado con barro o plastilina, creación de murales, costura, confección de tarjetas de felicitación, artesanía de papel (por ejemplo: flores para las casetas de feria), realización de jabones artesanos,... Se utiliza para mejorar la capacidad de concentración, memoria, planificación y organización. Además, se potencia las destrezas manuales, la creatividad,...
- **Musicoterapia.** Se ha comprobado que a través de la música, las personas enfermas de Alzheimer están más atentas, disminuyen o desaparecen comportamientos no deseados (agitación, deambulación,...) y mejora su estado de ánimo. Además, se activa áreas de la memoria relacionadas con recuerdos de nuestra vida, lo cual, en algunas ocasiones, provoca emociones. Es ideal para expresar emociones y para la rehabilitación del movimiento.
- **Risoterapia.** Su finalidad es la cura a través de la risa. Se utilizan juegos para reír todos en grupo y para disfrutar mediante técnicas de respiración, de danza y de expresión corporal. Los beneficios de la risa son: elimina tensiones, equilibra emocionalmente, desarrolla la imaginación, mejoran las relaciones personales, crea una actitud positiva, mejora la autoestima, previene problemas orgánicos (migrañas, cardiovasculares, digestivos,...), disminuye el cansancio, ayuda a conciliar el sueño,...

A continuación, de forma gráfica se ejemplifican en el Mapa Conceptual MF5. UD2. 4. algunas terapias alternativas que se utilizan para enfermos de Alzheimer.



Mapa Conceptual MF5. UD2. 4. Terapias alternativas para la Enfermedad de Alzheimer.

<sup>10</sup> Elaborado a partir de ÁLVAREZ BERNAL, Olga; NAVARRO GONZÁLEZ, Carmen y RODRÍGUEZ CORDERO, Vicente L. *Atención integral a las personas con Alzheimer y a sus familiares. Guía práctica de las actividades y los talleres que se realizan en las unidades de estancias diurnas "San Ramón"*. Edita: Diputación de Sevilla. Sevilla, 2009. p. 69-72.

## **2. Terapias Preventivas<sup>11</sup>**

Cuando se habla de tratamiento preventivo, se hace referencia a las medidas o acciones que se pueden llevar a cabo de forma terapéutica para evitar que la Enfermedad de Alzheimer aparezca.

Actualmente, no existe ninguna terapia que pueda eliminar la aparición de la demencia tipo Alzheimer, aunque sí existen una serie de medidas, más o menos eficaces, que ayudan a prevenir la aparición de esta enfermedad. Entre ellas, encontramos una vida sana, buenos hábitos, buena actividad mental, dieta,...

Se ha observado que existe un mayor riesgo de sufrir Alzheimer en personas que llevan vidas rutinarias, que no desarrollan de forma habitual actividad intelectual a un nivel elevado, como leer, memorizar, escribir, realizar razonamientos abstractos, etc.

Para prevenir la demencia tipo Alzheimer existen terapias con estrógeno, con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (aspirina, ibuprofeno y el naprosyn), dieta, educación continua y mental, evitar riesgos en medio ambiente, moverse físicamente, tener un peso saludable,...

En este apartado vamos a concretar las medidas preventivas referidas a la dieta, actividad intelectual, medio ambiente, movimiento físico y peso.

### 2.1. Dieta

Parece que es muy importante llevar una dieta baja en grasas para reducir la posibilidad de enfermar de Alzheimer. Pero no todas las grasas son perjudiciales. Se deben evitar las grasas saturadas (carne de cerdo, de ganso, de cordero, leche entera, pasteles, bizcochos,...) y los ácidos transadipicos; pero se debe intentar **consumir** algunas grasas como por ejemplo los **ácidos adípicos omega-3** (en pescados como salmón, atún, pez espada) ya que son básicos para proteger contra el deterioro mental.

También es relevante que en nuestra dieta aparezca la **vitamina E**, que se encuentra en aceites vegetales, aguacates, semillas de girasol, cacahuetes,...

Por otro lado, un estudio de Harvard<sup>12</sup> con 13.000 mujeres, mayores de 70 años, dio como resultado que aquellas que comían más **vegetales**, principalmente, de hojas verdes como por ejemplo: espinacas y lechuga romana; y las crucíferas (como brócoli y coliflor), experimentaron un deterioro cognitivo más lento que aquellas que comían menor cantidad de estos alimentos.

### 2.2. Educación y actividad intelectual

Parece ser que existe un menor riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer en personas que desarrollan una actividad intelectual de alto nivel durante su vida. Algunos expertos dicen que el aprendizaje hace que la persona tenga "más reserva de neuronas" y el tiempo necesario para destruirlas es mayor que en alguien que

---

<sup>11</sup> Elaborado a partir de GEO SALUD. SU SITIO DE SALUD EN LA WEB [En línea]. <http://www.geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm> [Consulta: 17 junio 2011].

<sup>12</sup> Elaborado a partir de EVERYDAY HEALTH. TODAY'S THE DAY [En línea]. [http://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.everydayhealth.com/&ei=LjD7TYmEOMaWhQeBs8GaAw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deveryday%2Bhealth%26hl%3Des%26rlz%3D1R2ADRA\\_esES413%26biw%3D1259%26bih%3D615%26prmd%3Ddivns](http://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.everydayhealth.com/&ei=LjD7TYmEOMaWhQeBs8GaAw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deveryday%2Bhealth%26hl%3Des%26rlz%3D1R2ADRA_esES413%26biw%3D1259%26bih%3D615%26prmd%3Ddivns) [Consulta: 17 junio 2011].



no haya ejercitado sus capacidades de esta forma. Otros expertos creen que, más bien, lo que hay ligado es un factor socioeconómico que lleva a que tengan una mejor dieta y una menor exposición a toxinas del medio ambiente, lo que les supone un riesgo menor de padecer Alzheimer. No existen estudios concluyentes respecto al aspecto preventivo de estos factores en la Enfermedad de Alzheimer.

### 2.3. El medio ambiente

Existe información sobre la existencia de relación entre el cinc y el aluminio con el Alzheimer. No hay nada definitivo, sólo se trata de una hipótesis. De todas formas, es recomendable uso de utensilios de cocina hechos con otros materiales; así como evitar medicamentos con alto contenido en aluminio.

### 2.4. Movimiento físico<sup>13</sup>

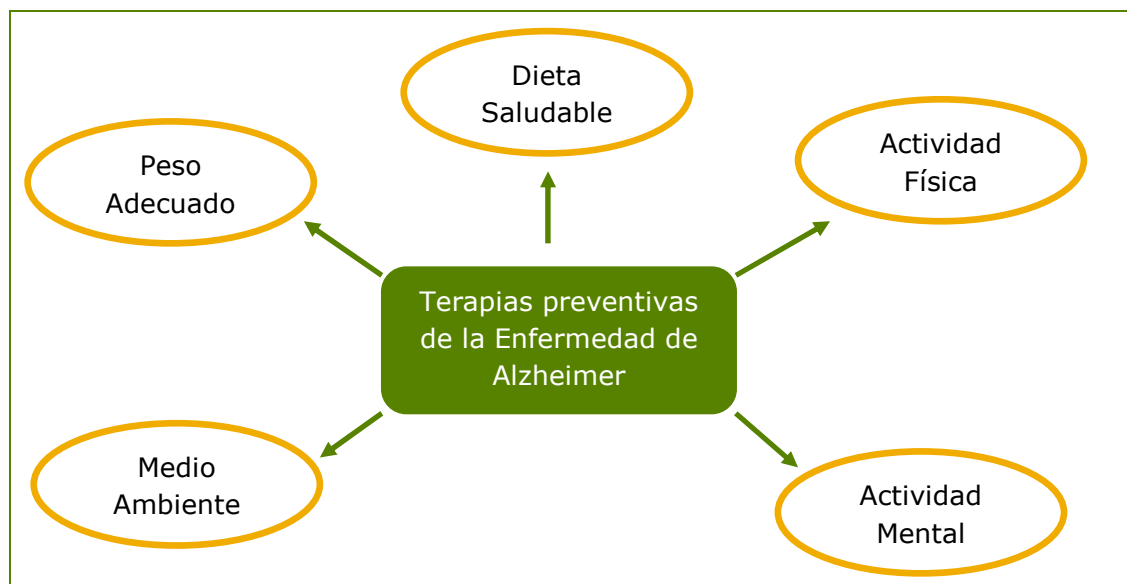
Según estudios e investigaciones, parece ser que el hecho de andar (realizar ejercicio físico) puede ayudar a prevenir la demencia tipo Alzheimer. El ejercicio regular provoca una mejoría en la memoria y la función cognitiva.

### 2.5. Peso saludable

Tras algunos estudios, parece que hay correlación entre la diabetes y la obesidad en la adultez y el aumento en la probabilidad de padecer Alzheimer.

En concreto, se recomienda bajar de peso en la mediana edad, sobre todo en el vientre, para reducir el riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer.

Como ejemplo ilustrativo de estas terapias preventivas que se utilizan para enfermos con Alzheimer se muestra el Mapa Conceptual MF5. UD2. 5.



**Mapa Conceptual MF5. UD2. 5. Terapias preventivas de la Enfermedad de Alzheimer.**

<sup>13</sup> Ibídem nota 12.

### **3. El pronóstico psicológico del paciente con demencia tipo Alzheimer<sup>14</sup>**

No existe un único e invariable pronóstico de la demencia tipo Alzheimer; sino que éste varía en función de distintos factores como el momento en que se inició la enfermedad y el grado de atención que ha recibido la persona enferma. Parece ser que en los sujetos que enferman jóvenes la evolución del Alzheimer es más rápida. El promedio de vida va desde los 3 años hasta los 10 años; aunque se han dado casos de personas que han vivido hasta 20 años.

Las personas con demencia tipo Alzheimer pasan, normalmente, por tres etapas:

**Etapa o fase leve:** en ella, al individuo no parece sucederle nada. Una persona que conviva con él sí percibirá que comienza a tener problemas de memoria y las funciones mentales comienzan a deteriorarse (la persona enferma también es consciente de estos primeros problemas). En esta primera fase, aún no es evidente el inicio de la enfermedad. La mayoría de las veces, los olvidos... se achacan a problemas típicos de la edad y no a un inicio de demencia tipo Alzheimer. En esta fase ya no se justifican los problemas que aparecen como típicos de la edad, y la familia sabe que la demencia ya está "instaurada" en el paciente y que éste es el inicio de un deterioro cada vez mayor. El declive se observa, lo que no se sabe es la rapidez con la que la persona va a ir empeorando. La familia observa que ya no le puede dejar sola mucho tiempo, y que en alguna ocasión, la persona con Alzheimer, miente para esconder sus olvidos.

**Etapa o fase moderada:** en esta fase, ya resulta evidente el deterioro en la memoria y en las funciones mentales de la persona enferma. El individuo necesita que supervisen sus actividades diarias y requiere los cuidados de otra persona. Además, ya suelen aparecer delirios, vagabundeo y agitación. La persona ya se ha vuelto dependiente.

**Etapa o fase grave:** llegados a este punto, la persona ya no es capaz de comunicarse y no reconoce a miembros de la familia. Resulta ya imposible que realice las actividades cotidianas, e incluso tienen incontinencia urinaria y fecal.

En la Enfermedad de Alzheimer, las personas fallecen, normalmente, debido a otra enfermedad que aparece fuertemente en el enfermo debido al estado tan debilitado en el que se encuentra.

## **VI. Resumen**

La Enfermedad de Alzheimer no es sólo una enfermedad de la memoria y de las funciones mentales; sino que también se producen trastornos del comportamiento, los cuales se convierten en una fuente continua de problemas para los familiares y cuidadores.

Durante esta unidad se han revisado los síntomas psicológicos y conductuales que pueden aparecer en la Enfermedad de Alzheimer, así como las pautas de actuación para intentar minimizarlos o eliminarlos.

Básicamente, no podemos pasar por alto que una persona con demencia tipo Alzheimer necesita afecto, seguridad, pocos cambios en su entorno, tranquilidad,... Se debe intentar no discutir con ellos, distraerlos y centrarlos en la realidad. Para la

---

<sup>14</sup> Elaborado a partir de MDGUIDEINES [En línea]. <http://www.mdguidelines.com/es/enfermedad-de-alzheimer/prognosis> [Consulta: 20 junio 2011].

estimulación cognitiva se utilizan distintos tipos de actividades que pueden poner en marcha tanto familiares como cuidadores, siguiendo las directrices de un profesional de la Psicología.

Además, hemos visto cómo ciertos cambios en nuestra dieta y en nuestros hábitos de vida pueden ayudar a prevenir el riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer.

En cuanto al pronóstico de la Enfermedad de Alzheimer, no es nada esperanzador. La persona irá perdiendo memoria, capacidades mentales y funcionales, hasta llegar a un estado en el que no reconoce a nadie, no se comunica, tiene incontinencia urinaria y fecal, no es capaz de alimentarse de forma autónoma,... El final, irremediable, de esta demencia es la muerte.

### **VII. Recursos para ampliar**

#### **LIBROS Y MONOGRAFÍAS**

- AGÜERA ORTIZ, L., FRANCÉS ROMAN, I., GAYOSO OROL, M. J., GIL GREGORIO, P., MATTÍN CARRASCO M., SÁNCHEZ PÉREZ M. *Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y ansiedad*. Laboratorios Wyeth. 2004.

Se trata de una guía para conocer más detalles sobre la depresión y la ansiedad en personas mayores. Para ambos trastornos habla de epidemiología, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

- TÁRRAGA, L. y BOADA, M. *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de Estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Glosa Ediciones y Novartis Farmaceútica S.A. Barcelona, 1999.

Describe qué es un taller de estimulación cognitiva y describe los distintos ejercicios para ejercitar las distintas funciones cognitivas en un paciente con enfermedad de Alzheimer.

### **VIII. Glosario**

#### **COMORBILIDAD**

Efecto de una enfermedad en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.

#### **CONTINGENCIA**

Posibilidad de que suceda alguna cosa, problema o hecho que se presente de forma imprevista.

#### **ERGOTERAPIA**

Es un método para curar mediante el trabajo manual. Se utiliza para la reeducación de enfermos.

#### **ESTIMULAR**

Incitar a activar una actividad o función.

#### **PRONÓSTICO**

Resultado que se espera de una enfermedad.

### **TERAPIA CONDUCTUAL**

Es la también denominada Terapia del comportamiento. Es un tipo de terapia psicológica que consiste en enseñar al paciente respuestas adaptadas y adecuadas que sustituyan las respuestas inadaptadas que en un determinado momento la persona aprendió.

### **TERAPIA COGNITIVA**

Se trata de un tipo de Terapia Psicológica que considera que los problemas de conducta se deben a una disfunción de los procesos cognitivos. Resulta básico reestructurar creencias y pensamientos irracionales o negativos para corregir la conducta del sujeto.

## **IX. Referencias bibliográficas**

### **TEXTOS ELECTRÓNICOS**

- EVERYDAY HEALTH TODAY'S THE DAY [En línea]. <http://www.everydayhealth.com/alzheimers/alzheimers-treatment-psychological-therapy.aspx> [Consulta: 13 junio 2011].
- EVERYDAY HEALTH. TODAY'S THE DAY [En línea]. [http://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.everydayhealth.com/&ei=LjD7TYmEOMaWhQeBs8GaAw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deveryday%2Bhealth%26hl%3Des%26rlz%3D1R2ADRA\\_esES413%26biw%3D1259%26bih%3D615%26prmd%3Divns](http://translate.google.es/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.everydayhealth.com/&ei=LjD7TYmEOMaWhQeBs8GaAw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&sqi=2&ved=0CDkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3Deveryday%2Bhealth%26hl%3Des%26rlz%3D1R2ADRA_esES413%26biw%3D1259%26bih%3D615%26prmd%3Divns) [Consulta: 17 junio 2011].
- GEO SALUD. SU SITIO DE SALUD EN LA WEB [En línea]. <http://www.geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm> [Consulta: 17 junio 2011].
- GUÍA DE PSICOLOGÍA [En línea]. <http://www.guiadepsicologia.com/mayores/tratamientodemencia.html> [Consulta: 14 junio 2011].
- MDGUIDEINES [En línea]. <http://www.mdguidelines.com/es/enfermedad-de-alzheimer/prognosis> [Consulta: 20 junio 2011].

### **LIBROS Y MONOGRAFÍAS**

- ÁLVAREZ BERNAL, Olga; NAVARRO GONZÁLEZ, Carmen y RODRÍGUEZ CORDERO, Vicente L. *Atención integral a las personas con Alzheimer y a sus familiares. Guía práctica de las actividades y los talleres que se realizan en las unidades de estancias diurnas "San Ramón"*. Edita: Diputación de Sevilla. Sevilla, 2009.
- MARTÍNEZ LAGE, J.M., y BERTHIER TORRES, M. *Alzheimer 2002: teoría y práctica*. AULA MÉDICA EDICIONES. Madrid. 2002.
- PEÑA CASANOVA, J. *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos*. Edita: Fundación "La Caixa". Barcelona. 1999.
- RIBERA CASADO, José Manuel y GIL GREGORIO, Pedro. *Función mental y envejecimiento*. EDITORES MÉDICOS S.A. Madrid. 2002.

## X. Evaluación

### 1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios

#### 1.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) Algunos síntomas \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de la enfermedad de Alzheimer son la apatía, los delirios y las alucinaciones.
- b) La terapia psicológica se vuelve \_\_\_\_\_ al final de la enfermedad de Alzheimer.

#### 1.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Un principio del tratamiento psicológico es evitar el aislamiento de la persona enferma.		
Nunca se debe simplificar el ambiente de la persona enferma de Alzheimer.		
La Terapia Psicológica no contempla el apoyo a familiares de enfermos de Alzheimer.		

#### 1.3. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) Ante la agresividad hay que reaccionar con \_\_\_\_\_.
- b) Las alucinaciones se tratan farmacológicamente cuando son de \_\_\_\_\_.

#### 1.4. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Para sacar al enfermo de Alzheimer de su apatía no es recomendable sacarlo de paseo.		
Las ideas delirantes, aunque sean muy leves, hay que tratarlas siempre con fármacos.		
Es conveniente rebatirle las ideas delirantes a la persona con demencia tipo Alzheimer.		

#### 1.5. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) La Ergoterapia, la musicoterapia y la \_\_\_\_\_ son terapias alternativas para la enfermedad de Alzheimer.
- b) La música sirve para expresar las \_\_\_\_\_.

**Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.**

**1.6. Relaciona con flechas la terapia con su correspondiente definición.**

Terapia	Definición
Ergoterapia	A través de juegos y diversión se eliminan tensiones, se mejora la autoestima y se reducen los problemas orgánicos.
Musicoterapia	Las actividades son pintar, coser, hacer murales,... Mejora la capacidad de concentración, etc.
Risoterapia	Las personas están más atentas y disminuyen los comportamientos no deseados. Activan áreas de la memoria relacionadas con el recuerdo biográfico.

**1.7. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
La risa cura a través de la música.		
El promedio de vida de una persona con Alzheimer es de 20 años.		
Los estudios aseguran que no existe ninguna correlación entre el nivel cultural y el riesgo de padecer Alzheimer.		

**1.8. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) Para prevenir el Alzheimer es aconsejable llevar una dieta baja en \_\_\_\_\_.
- b) En la última fase de la demencia tipo Alzheimer la persona ya no reconoce a sus familiares y es incapaz de \_\_\_\_\_.

**1.9. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
Nunca aparecen problemas de comunicación en las personas que padecen Alzheimer.		
Los trastornos alimentarios que se dan en las personas con Alzheimer consisten en un aumento del apetito, nunca en la pérdida del mismo.		
Es poco frecuente que aparezca problemas de sueño en las personas con demencia tipo Alzheimer.		

**1.10. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) Algunas de las acciones que se pueden realizar para disminuir la posibilidad de padecer Alzheimer hacen referencia a la dieta, el \_\_\_\_\_, la educación, el peso y el medio ambiente.
- b) No se debe dejar dormir \_\_\_\_\_ largas durante el día a los enfermos de Alzheimer.

## 2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones

### 2.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) Algunos síntomas conductuales y psicológicos de la enfermedad de Alzheimer son la apatía, los delirios y las alucinaciones.
- b) La terapia psicológica se vuelve poco útil al final de la enfermedad de Alzheimer.

### 2.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Un principio del tratamiento psicológico es evitar el aislamiento de la persona enferma.	X	
Nunca se debe simplificar el ambiente de la persona enferma de Alzheimer.		X
La Terapia Psicológica no contempla el apoyo a familiares de enfermos de Alzheimer.		X

### 2.3. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) Ante la agresividad hay que reaccionar con calma.
- b) Las alucinaciones se tratan farmacológicamente cuando son de gran intensidad.

### 2.4. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Para sacar al enfermo de Alzheimer de su apatía no es recomendable sacarlo de paseo.		X
Las ideas delirantes, aunque sean muy leves, hay que tratarlas siempre con fármacos.		X
Es conveniente rebatirle las ideas delirantes a la persona con demencia tipo Alzheimer.		X

### 2.5. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) La Ergoterapia, la musicoterapia y la risoterapia son terapias alternativas para la enfermedad de Alzheimer.
- b) La música sirve para expresar las emociones.

**Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.**

**2.6. Relaciona con flechas la terapia con su correspondiente definición.**

Terapia	Definición
Ergoterapia	A través de juegos y diversión se eliminan tensiones, se mejora la autoestima y se reducen los problemas orgánicos.
Musicoterapia	Las actividades son pintar, coser, hacer murales... Mejora la capacidad de concentración, etc.
Risoterapia	Las personas están más atentas y disminuyen los comportamientos no deseados. Activan áreas de la memoria relacionadas con el recuerdo biográfico.

**2.7. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
La risa cura a través de la música.		X
El promedio de vida de una persona con Alzheimer es de 20 años.		X
Los estudios aseguran que no existe ninguna correlación entre el nivel cultural y el riesgo de padecer Alzheimer.		X

**2.8. Completa las siguientes afirmaciones.**

- Para prevenir el Alzheimer, es aconsejable llevar una dieta baja en grasas.
- En la última fase de la demencia tipo Alzheimer la persona ya no reconoce a sus familiares y es incapaz de comunicarse.

**2.9. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
Nunca aparecen problemas de comunicación en las personas que padecen Alzheimer.		X
Los trastornos alimentarios que se dan en las personas con Alzheimer consisten en un aumento del apetito, nunca en la pérdida del mismo.		X
Es muy frecuente que aparezcan problemas de sueño en las personas con demencia tipo Alzheimer.	X	

**2.10. Completa las siguientes afirmaciones.**

- Algunas de las acciones que se pueden realizar para disminuir la posibilidad de padecer Alzheimer hacen referencia a la dieta, el ejercicio físico, la educación, el peso y el medio ambiente.
- No se debe dejar dormir siestas largas durante el día a los enfermos de Alzheimer.



## XI. Actividades prácticas

### 1. Actividades prácticas en el aula.

#### ACTIVIDAD 1.

**TÍTULO:** CREACIÓN DE EJERCICIOS PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

**OBJETIVO GENERAL:** Confeccionar una amplia gama de ejercicios de estimulación cognitiva.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 3 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Ordenadores con conexión a internet.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** El alumnado se dividirá en grupos de tres o cuatro personas y deberán crear, al menos, 50 actividades para trabajar la estimulación cognitiva. Pueden ayudarse de información en internet sobre estas actividades. Deben explicar el objetivo y desarrollo de cada actividad.

Al finalizar, los alumnos pondrán en común cada una de sus actividades y se repartirá copias de cada trabajo al resto del alumnado.

**Ejemplo de ejercicio para la estimulación cognitiva:**

**Conversación/opiniones sobre distintos temas**

Consiste en pedirle al paciente que exprese algunos pros y contras de cada punto.

Observaciones:

Anotar los temas tratados y el conocimiento que de ellos tiene el paciente. Utilizar estas anotaciones cuando se repita el ejercicio. Lo importante es que se comunique. Hay que darle libertad para expresar lo que quiera en relación al tema a tratar.

Posibles temas de conversación:

La educación y las escuelas, el valor de los amigos, la tradición, la ropa y las modas, la playa...

## ACTIVIDAD 2.

**TÍTULO:** PREPARACIÓN DE FICHAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

**OBJETIVO GENERAL:** Crear las fichas con las que trabajarán los enfermos de Alzheimer.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 4 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Lápiz, papel, rotuladores, cartulinas, folios, ordenadores, impresora.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Los mismos grupos que en la ACTIVIDAD 1. Deben desarrollar y crear las fichas de las actividades para la estimulación cognitiva que en la tarea anterior han descrito. Tienen que preparar 50 fichas. En el caso de que algunas de las actividades descritas en la ACTIVIDAD 1 fueran orales, deberán inventar otras en esta ocasión hasta completar un total de 50 fichas.

**EJEMPLO DE FICHA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA:**

Rodea con un círculo los números 1 y 3. En cada fila cuenta el total de cada número.

	Total de nº 1	Total de nº 3
167257871823882538419017298647251391831469238472634		
8623795901117835495194791501340348105343353647634567		
8964298716016340182364861107801336848302701860460686		
777888899900099887766555544422216698987666536798998		
1169767668998799090988764444667298990988766798900000		
3390987773008776661839098776789999398777778999909000		

## 2. Actividades prácticas en entorno profesional.

### ACTIVIDAD 1.

**TÍTULO:** TALLER DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA.

**OBJETIVO GENERAL:** Impartir 4 sesiones de estimulación cognitiva a una persona con Alzheimer.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 3 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Fichas creadas en la ACTIVIDAD 2.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Por parejas, el alumnado en prácticas realizará 4 sesiones de estimulación cognitiva con una persona enferma de Alzheimer. Su trabajo será supervisado por un profesional.

Al final deberán presentar un informe sobre la práctica (ejercicios realizados, dificultades encontradas, actitud de la persona enferma...).

En el taller deben utilizar las actividades y fichas creadas en el aula. La duración de cada sesión será de 30 minutos, y se utilizarán 15 minutos para comentar con el profesional que ha estado presente en las sesiones, para tomar notas de lo sucedido y, luego, poder escribir el informe que deben presentar.

## **CONTENIDOS TEÓRICOS**

### **UNIDAD DIDÁCTICA 3. ¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares?**

#### **I. Introducción**

La capacidad para comunicarse es algo esencial en la vida del ser humano. En las personas que enferman de Alzheimer la comunicación se vuelve complicada, se deteriora y pueden llegar al mutismo.

La mayoría de lo que se les quiere transmitir no lo comprenden, aunque sí captan mediante el lenguaje no verbal parte de los mensajes que se les desea comunicar. La comunicación no verbal se acompaña generalmente de múltiples gestos que enfatizan o facilitan la comprensión.

Es por ello, que si se quiere mejorar la comunicación con el enfermo, los cuidadores y familiares deben prestar especial atención tanto al lenguaje no verbal de ellos mismos como al de la persona con demencia tipo Alzheimer.

Es importante intentar mantener la comunicación con las personas que padecen Alzheimer. Con ello, se conseguirá que la persona se sienta más contenta, comprendida, segura,... y de esta forma la enfermedad será "menos dura y frustrante" tanto para ellos como para sus familiares y cuidadores.

Con esta unidad se pretende que el alumnado conozca qué es un proceso de comunicación y las estrategias para mejorar la comunicación con la persona con demencia tipo Alzheimer.

#### **II. Objetivos específicos**

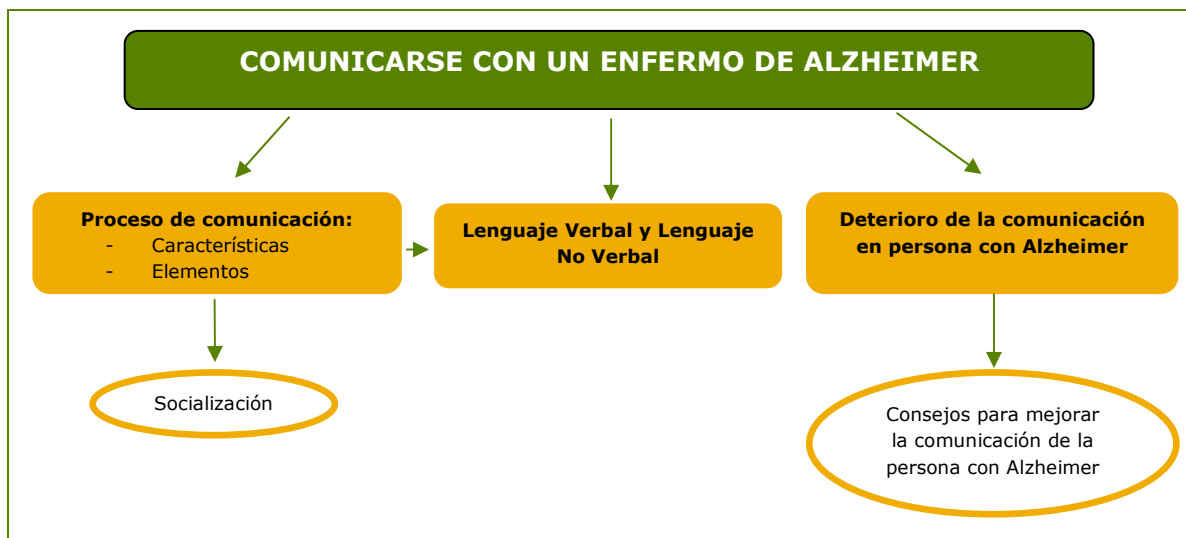
Los objetivos de esta unidad didáctica son:

- Conocer qué es el proceso de comunicación: características y elementos.
- Diferenciar entre lenguaje verbal y no verbal. Comprender la importancia del lenguaje no verbal en la expresión de emociones.
- Saber cuál es el deterioro típico en la comunicación de un enfermo de Alzheimer.
- Conocer y practicar estrategias para mejorar la comunicación en el paciente de Alzheimer.

#### **III. Temporalización**

UNIDAD DIDÁCTICA		HORAS			HORAS TOTALES
		Teóricas	Prácticas	Evaluación	
<b>3</b>	¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares?	5 h.	10 h.	2 h.	17 h.
	Número máximo de horas a distancia.	5 h.	0 h.	2 h.	7 h.

#### IV. Mapa conceptual



Mapa Conceptual MF5. UD3. 1. ¿Cómo comunicarse con el enfermo de Alzheimer o con demencias similares?

#### V. Contenidos

##### 1. El proceso de comunicación<sup>15</sup>

Vivimos en la **sociedad de la información**, concepto que tiende a equipararse al de **comunicación**. Y, sin duda, en muchos aspectos se pueden considerar como sinónimos.

Sin embargo, para nuestro propósito nos interesa establecer una diferencia, sutil pero sustancial entre ambos conceptos:

- Se habla de **información** cuando el mensaje se trasmite en un único sentido. Independientemente de que el receptor decodifique y procese los mensajes, lo sustancial es que no tiene una relación directa con el emisor del mensaje. Nos informamos a través de la prensa, radio,...
- Por el contrario, se entiende por **proceso de comunicación** aquel en el que la información circula en dos direcciones: del emisor al receptor y viceversa.

#### **A tener en cuenta:**

Es importante diferenciar entre información y comunicación:

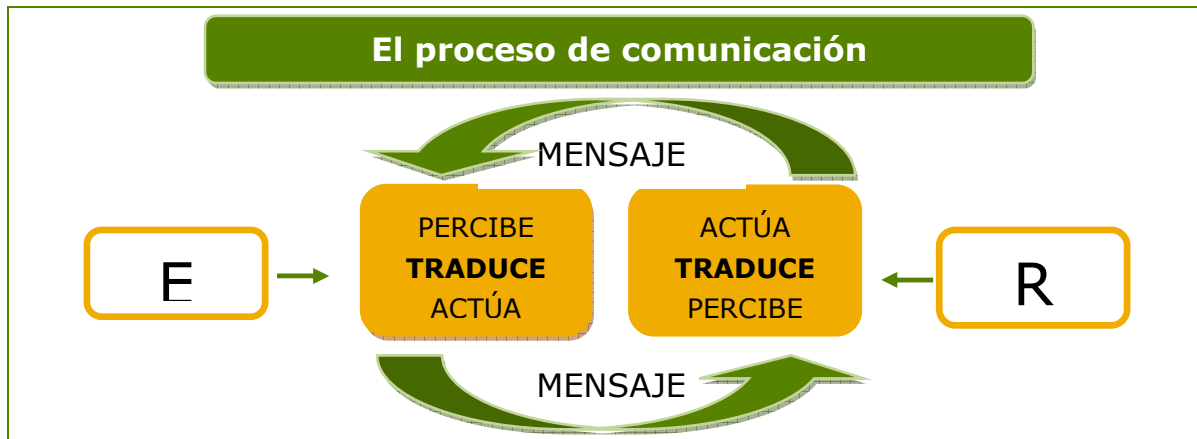
- ✓ La información se basa en transmitir un mensaje desde un emisor a un receptor.
- ✓ La comunicación, sin embargo, requiere una participación por las dos partes, siendo los receptores emisores y los emisores receptores. Es decir, la comunicación implica tanto el mensaje de ida como el de vuelta.

<sup>15</sup> Elaborado a partir de Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. *La competencia comunicativa y la oratoria. ¿Qué puedo hacer? (II)* [En línea]. [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_24/CLEMENCIA\\_M\\_RODRIGUEZ\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/CLEMENCIA_M_RODRIGUEZ_2.pdf) [Consulta: 30 junio 2011].

Por lo tanto, se puede concluir que la **comunicación es un proceso de intercambio** cuyas características y dimensiones más notables son:

- ✓ Tiene unas reglas propias.
- ✓ Comunicarse implica tener unos objetivos.
- ✓ La comunicación tiene una naturaleza comportamental, interactiva.
- ✓ Se intercambia no sólo información. Para bien y para mal hay una dimensión afectiva en cualquier acto comunicativo.

En el Mapa Conceptual MF5. UD3. 2. se ejemplifica el proceso de comunicación.



Mapa Conceptual MF5. UD3. 2. El proceso de comunicación.

**Los elementos que intervienen en la comunicación son:** emisor, receptor, código, mensaje, canal y situación o contexto social.

**Emisor:** es la persona o grupo de personas que producen un mensaje.

**Receptor:** es la persona o grupo de personas que reciben ese mensaje.

Es relevante señalar que el emisor y el receptor intercambian continuamente sus papeles, convirtiéndose el emisor en receptor y viceversa.

**Código:** es el sistema de signos que se combinan mediante reglas conocidas tanto por el emisor como por el receptor para comunicarse. Ej.; el castellano, lenguaje de signos, braille,...

**Mensaje:** es la idea, concepto, contenido, sentimiento,... que el emisor envía al receptor a través de un canal, es decir, a través de una vía que puede ser visual, auditiva, olfativa, etc.

**Situación o contexto social:** el proceso comunicativo siempre se encuadra en una situación o contexto social, es decir, en una serie de circunstancias que permiten interpretar correctamente el mensaje.

De forma sencilla podemos decir que **el emisor intercambia un mensaje con el receptor a través de un canal utilizando un código común.**

Emisor y receptor deben cambiar sus roles sucesivamente para que exista el mínimo de lateralidad. Es decir, si por el contrario, emisor y receptor sólo actúan como tales, la información circula en un sentido único, y la lateralidad es máxima.

↔ E R (Mínima lateralidad) → E R (Máxima lateralidad)

## **Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.**

Lo que queremos decir con el concepto de lateralidad, es que para que la comunicación sea óptima debe haber una mínima lateralidad, cuanto menos, mejor.

La Teoría de la Lateralidad se basa en el grado de comprensión de un mensaje en función de la posibilidad para el que lo recibe de dar su opinión o manifestarse de alguna forma sobre su contenido.

Si ambos, emisor y receptor sólo actúan como tales, la información circula en sentido único, la lateralidad es máxima.

Lateralidad máxima: Emisor → Receptor

Si emisor y receptor intercambian sus roles sucesivamente, será mínima.

Lateralidad mínima: Emisor ↔ Receptor

Vamos a explicar el experimento de Leavitt, para ilustrar mejor la importancia de la lateralidad.

### **Ejemplo:**

#### **Experimento de Leavitt:**

Leavitt (1951), en su laboratorio, situó a varios individuos en grupos de dos, de tal forma que:

- En el primer caso, A transmite a B y B recibe el mensaje, pero no puede comunicar con A. Lo que sí puede A es dar instrucciones amplias de cómo B tiene que realizar un trabajo.
- En el segundo caso, A emite el mismo mensaje a B, pero B tiene la posibilidad de indicar a A si ha comprendido bien el mensaje o no.
- En el tercer caso, A emite el mensaje y B la recibe, pero también puede emitirlo al igual que A (que normalmente podía recibir la información de B). Aunque A dé instrucciones, B puede hacer todas las preguntas que quiera.

#### **Resultados**

- En el primer caso, aunque B se esforzaba por llegar a comprender bien las instrucciones que A le transmitía para realizar el trabajo, en ningún caso pudo prácticamente hacerlo totalmente bien.
- En el segundo caso, B difícilmente llega a realizar la tarea encomendada y además no lo consigue en todos los casos.
- En el tercer caso, B sí que realiza fácilmente el trabajo que le encomienda A.

Es evidente que se producen diferentes reacciones en cada uno de los casos: B se sentiría muy frustrado en la primera experiencia, un poco menos en la segunda y bastante satisfecho en la última.

Además, en el primer caso B tiene mala opinión de A, ya que según él no se explica bien, mientras A piensa que B no es muy inteligente, puesto que no le comprende a pesar de dar las explicaciones de la mejor forma posible.

En el segundo caso, la estima que ambos se tienen es un poco más alta, y en el tercero, generalmente las dos personas siempre tienen un buen concepto del otro.

Como se ha explicado, la comunicación tiene que ser bidireccional; es decir, no se entiende si no es entre dos fuentes o posiciones: el emisor y el receptor. Esas posiciones son intercambiables y, de hecho, como ya sabemos, el proceso de comunicación supone la asunción alternativa de cada una de ellas.

**Comunicarse** implica la interacción entre dos o más personas, utilizando para ello la palabra (oral o escrita), los gestos,... Como resultado de esa interacción e intercambio se produce la comprensión del lenguaje entre los interlocutores.

## 2. Comunicación y socialización. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Afectividad

Cuando hablamos de comunicación, como hemos comentado, nos referimos a un proceso que tiene lugar entre dos partes que intercambian información (contenidos, emociones...). A continuación, se verá cómo en la socialización de cada ser humano, la comunicación juega un papel fundamental para que se haga posible la transmisión de costumbres, hábitos, reglas sociales de convivencia, etc. de una persona a otra o de un grupo a otro u otros.

Además, se explicarán los distintos elementos del lenguaje y el rol o importancia que cada uno de ellos juega en la comunicación.

### 2.1. La comunicación y la socialización

Como se ha descrito en el apartado anterior, los procesos de comunicación son interacciones entre al menos dos individuos que comparten un mismo repertorio de signos y poseen unas reglas semióticas comunes o parecidas. Cuando comunicamos estamos intercambiando sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información.

Desde que aparece el lenguaje en el ser humano, hace 100.000 años, se considera a las personas como seres sociales; ya que el lenguaje nos permite comunicarnos de forma eficaz.

El ser humano es, ante todo, un ser social. Poseemos una característica especial que nos hace diferentes al resto de los animales: EL HABLA.

Tenemos la capacidad de expresar nuestros pensamientos con una gran riqueza de matices. Además, no podemos olvidar las diferentes entonaciones, ritmos, cadencias, gestos, volumen,... que dotan a la palabra de un significado especial.

Gracias a la comunicación nuestro proceso de socialización es más efectivo y rápido. Por **socialización** se entiende el conjunto de transmisiones culturales que recibimos de la sociedad (del resto de seres humanos) y que sirven para que nos integremos. Mediante la comunicación entre individuos o grupos, la socialización se realiza más rápidamente.

La **socialización** es el aprendizaje continuo de normas, valores y actitudes que permiten a la persona su desarrollo en el entorno social.

**Al tener la capacidad de comunicar** nuestros pensamientos, emociones, sensaciones, opiniones, deseos, experiencias, reglas,... **la socialización de los**

**nuevos miembros se garantiza;** es decir, reciben todo lo necesario para convertirse en reproductores fieles de valores y modelos.

## 2.2. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Afectividad

En toda comunicación existen elementos verbales y elementos no verbales, veamos cada uno de ellos.

Los **elementos verbales o lenguaje verbal** es el contenido, la palabra, lo que decimos. Por medio de él comunicamos ideas, damos información acerca de hechos personales o no, describimos o expresamos nuestros sentimientos, hacemos preguntas, pedimos información,... Las palabras que utilizamos dependen del tema de conversación, de la situación, del papel de los interlocutores en la situación y de los objetivos que pretendemos alcanzar.

Cuando se habla de **lenguaje no verbal**, se hace referencia al cómo comunicamos el contenido (el mensaje). Se tienen en cuenta:

- Tono y volumen de la voz.
- Inflexiones y modulación de la voz.
- Gestos del cuerpo, cara y manos.
- Postura, distancia.
- Sonrisa.
- Contacto visual (expresión facial, mirada).
- Contacto físico,...

Ambos canales son importantísimos para la comunicación y tiene que haber coherencia entre ellos.

Es importante tener en cuenta que ante una contradicción entre ambos tipos de lenguaje, el que más información nos da, normalmente es el no verbal, que será el que prevalezca en la interpretación que el receptor hace del mensaje.

Las funciones del lenguaje no verbal son:

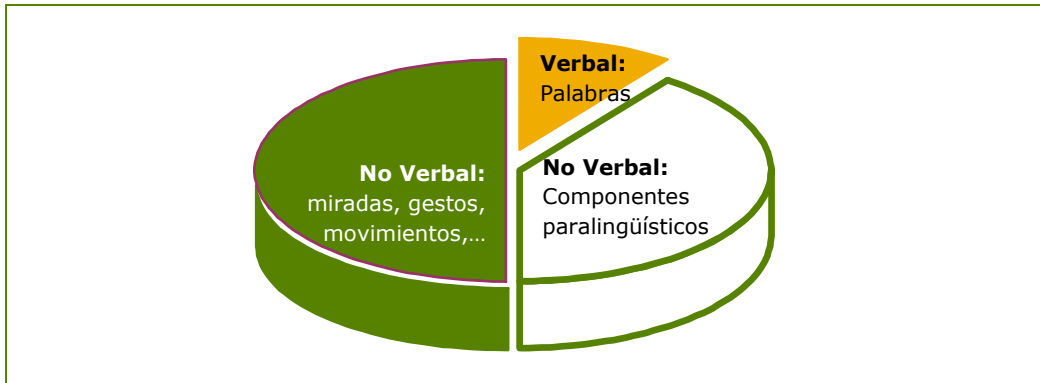
- Pueden reemplazar a las palabras.
- Pueden repetir lo que se está diciendo.
- Pueden enfatizar un mensaje verbal.
- Pueden regular la interacción.
- Pueden contradecir al mensaje verbal.

El lenguaje no verbal es una parte inseparable de todo proceso de comunicación, y se considera que los elementos no verbales constituyen una mayor proporción de la comunicación con respecto al lenguaje verbal. Aunque generalmente, se le da más importancia a la comunicación verbal, y muy poca a la no verbal, lo cierto es que debería ser al contrario; ya que, como se ha dicho anteriormente, en el caso de que



no haya coherencia entre ambos, lo normal es que prevalezca el lenguaje no verbal.

En el Mapa Conceptual MF5. UD3. 3. se detalla gráficamente el componente verbal y no verbal de la comunicación.



**Mapa Conceptual MF5. UD3. 3. Lenguaje verbal y no verbal de la comunicación.**

Por ello, un **objetivo** importante y básico en la comunicación es asegurar la consistencia del mensaje entre los elementos verbales y no verbales.

Mediante la comunicación, como hemos comentado, se transmite no sólo información sino también emociones, **afectos**. Es necesario hacer hincapié en la congruencia entre el lenguaje verbal y el no verbal, ya que la parte emocional se transmite a través del no verbal mayoritariamente. Es decir, se puede decir verbalmente a una persona que la quieres, pero si con tus gestos, tono,... comunicas lo contrario, tu interlocutor confiará más en lo que percibe de la parte no verbal de tu comunicación que en lo que escucha mediante la parte oral.

La comunicación no verbal y la afectividad están estrechamente ligadas. Con el lenguaje no verbal (contacto físico, gestos, componentes paralingüísticos,...) se puede hacer que la comunicación se vuelva más o menos cálida; así como se puede expresar amor, cariño,... o todo lo contrario.

Las **emociones** se transmiten a través del lenguaje corporal: gestos, posturas, miradas, expresión del rostro, tono y volumen de voz,... (lenguaje no verbal).

### 3. Deterioro de la capacidad de comunicación en el paciente de Alzheimer<sup>16</sup>

A medida que la demencia tipo Alzheimer progresa, la comunicación se va volviendo más difícil y complicada. Las personas enfermas de Alzheimer se encuentran con grandes dificultades para expresarse y para, igualmente, comprender lo que se les dice. Estos problemas de comunicación son fuente de frustración tanto para los

<sup>16</sup> Elaborado a partir de:

CAYTON, H., GRAHAM, N., WARNER, J. *Demencia. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. EDITORIAL PROUS SCIENCE. Barcelona. 2002. p. 67-69.

Fundación Alzheimer España. *¿Cuáles son sus fases o grados?* [En línea]. [http://www.fundacionalzheimeresp.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=720&Itemid=122](http://www.fundacionalzheimeresp.org/index.php?option=com_content&task=view&id=720&Itemid=122) [Consulta: 1 julio 2011].

## Módulo Formativo 5. Evaluación psicológica del paciente con demencia tipo Alzheimer. Intervención.

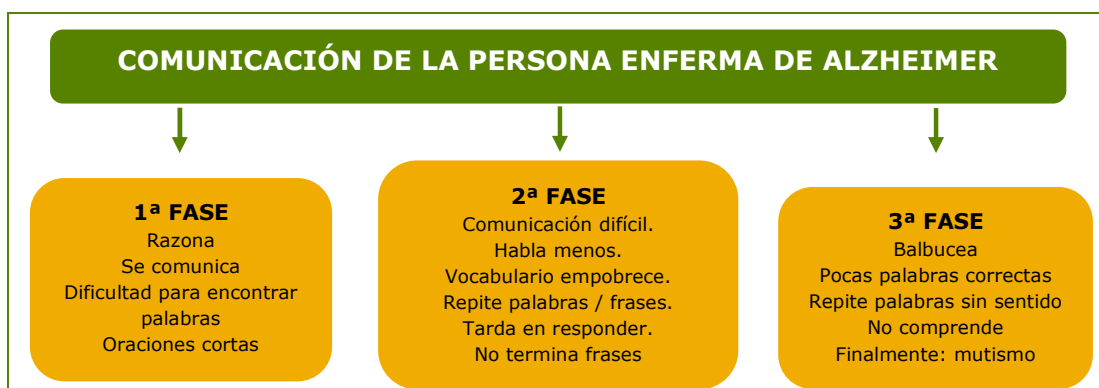
familiares y cuidadores como para el propio individuo que padece demencia tipo Alzheimer.

Como ya se ha comentado en anteriores unidades, la evolución de la enfermedad de Alzheimer es variable de una persona a otra; pero la característica común es el declive del enfermo.

Con respecto a la **comunicación** se observa:

- **En un primer momento o fase**, la persona con demencia tipo Alzheimer sigue razonando y se comunica bien con los demás. Sin embargo, tiene dificultades para encontrar las palabras correctas y sus oraciones se vuelven más cortas; además comienza a mezclar ideas sin relación lógica.
- **En la segunda etapa o fase moderada**, la comunicación se hace más complicada. La persona enferma habla menos, el vocabulario que utiliza se empobrece, repite una y otra vez palabras y frases. A la hora de mantener una conversación con él le cuesta encontrar las palabras, tarda mucho en responder y no termina las frases. También aparece la "ecolalia" o repetición de lo último que dice el interlocutor.
- **En la última etapa o fase severa**, la persona enferma de Alzheimer balbucea, sólo es capaz de utilizar algunas palabras correctamente. Normalmente, repite palabras sin sentido y no comprende lo que se le está diciendo. Finalmente, puede llegar al mutismo.

El Mapa Conceptual MF5. UD3. 4. presenta las distintas fases en la comunicación de una persona enferma de Alzheimer.



Mapa Conceptual MF5. UD3. 4. Comunicación de la persona enferma de Alzheimer.

### 4. Estrategias para mejorar la comunicación con el enfermo de Alzheimer. El lenguaje verbal y el lenguaje no verbal<sup>17</sup>

La persona con Alzheimer, según avanza la enfermedad, va perdiendo la capacidad para comprender lo que le queremos decir y de expresarse verbalmente. Sin embargo, no debemos olvidar que la comunicación es la suma de lo que se dice y de lo que se transmite con el cuerpo. De hecho, el lenguaje no verbal ofrece más información que

<sup>17</sup> Elaborado a partir de:

todoalzheimer.com *Problemas de comunicación* [En línea]. [http://www.todoalzheimer.com/grt-talz/ToDoalzheimer.com/Guia\\_practica\\_para\\_cuidadores/Consejos\\_para\\_los\\_problemas\\_cotidianos/Problemas\\_de\\_comunicacion/33800030.jsp](http://www.todoalzheimer.com/grt-talz/ToDoalzheimer.com/Guia_practica_para_cuidadores/Consejos_para_los_problemas_cotidianos/Problemas_de_comunicacion/33800030.jsp) [Consulta: 1 julio 2011].

Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN). *Estrategias de comunicación con el enfermo de Alzheimer* [En línea]. [http://www.afan.asociacionespamplona.es/files/3-4251-annex/6estrategias\\_de\\_comunicacion.pdf](http://www.afan.asociacionespamplona.es/files/3-4251-annex/6estrategias_de_comunicacion.pdf) [Consulta: 1 julio 2011].

el lenguaje verbal. Por ello, cuando el sonido, la palabra pierde sentido para la persona con demencia tipo Alzheimer, el lenguaje no verbal será el mejor modo de comunicarse con él.

Según avanza la enfermedad, la comunicación no verbal se va convirtiendo casi en la única manera de comunicarnos con él. Llegados a fases moderadas o severas, sólo se logra transmitir seguridad y expresarle nuestros sentimientos mediante el lenguaje no verbal. De igual manera, si observamos detenidamente los elementos no verbales de su comunicación, podremos saber cómo se sienten y podremos comprobar si nos entienden o no.

Los familiares y cuidadores deben intentar que tanto el lenguaje verbal como no verbal coincidan para que el enfermo sea capaz de comprenderles. Además, es conveniente que poco a poco, según avance la demencia, simplifiquen las frases y añadan expresiones y gestos que faciliten la visualización de lo que se le quiere comunicar.

### **A tener en cuenta:**

Ideas prácticas para mejorar la comunicación:

- Cuando la persona encargada de los cuidados del enfermo de Alzheimer se encuentre nerviosa es aconsejable no hablar con el enfermo. Lo recomendable es relajarse antes de hablar con la persona.
- En el caso de que la persona con demencia sea capaz de leer, es muy útil usar sencillos listados para, por ejemplo: horarios de comida, medicación que debe tomar, nombres, etc. Si la persona no puede leer, se recomienda cambiar las palabras por imágenes.
- Intentar hablar con ella frecuentemente; de esta manera se está evitando que se aíse.
- Es importante que la información se le dé cuando se vaya a realizar la actividad. Por ejemplo, "vamos a comer" cuando estemos calentando la comida o preparándolo para comer.
- Hay que comunicarse de forma muy sencilla, por ello es aconsejable hacer preguntas cortas y de una en una. Si la persona no responde, hay que tener paciencia y volver a realizar la pregunta utilizando las mismas palabras.
- Como el enfermo tiende a resumir los mensajes, es relevante que verifique lo que usted ha entendido. Por ejemplo: si dice "ver" "ruido" confirme que lo que quiere decir es "la televisión está muy alta y me molesta".
- Es muy importante que la persona enferma le reconozca, por ello debe identificarse antes de iniciar una conversación e intentar que vea bien su rostro (evitar gafas de sol, gorras,...). De todas formas no hay que obligarlo a mantener un diálogo.
- Es conveniente evitar el uso de pronombres. Se debe nombrar siempre el objeto o persona a la que se refiera. No se le debe hablar de forma infantil, no es un niño.

**A tener en cuenta:**

- Es recomendable utilizar temas de su vida para originar conversaciones: hijos, juventud, profesión, etc.
- Cuando la persona comete errores, hay que intentar restarle importancia y que no se sienta avergonzada por ello. Es útil utilizar el sentido del humor.
- Algunas actividades, lavarse las manos, peinarse, lavar fresas,... puede realizarlas imitándole.
- Para que la persona se pueda comunicar hay que asegurarse, si es necesario, de que el audífono está correctamente puesto, que las gafas las lleva puestas o que la dentadura está bien ajustada y no hace heridas. De esta forma, se promueve que hable; de lo contrario se reduce la probabilidad de que la persona intente comunicarse.
- Evite las conversaciones en grupo, es más fácil que se pierda y se sienta deprimida.
- Especial atención al lenguaje corporal (no verbal): mantener el contacto visual durante la conversación; estar delante de la persona y a la misma altura, es importante que le vea bien la cara; evitar movimientos bruscos y no caminar por la sala mientras se habla; hablarle desde cerca sin llegar a invadir su espacio personal; transmítale confianza y seguridad con el contacto físico: coger y acariciar las manos, echar el brazo por los hombros, etc. Es importante dejar que le toque para reconocerle y sonreír cuando la persona enferma mira a su interlocutor.

**Ejemplo:**

**Mi mujer padece la enfermedad de Alzheimer. En muchas ocasiones cuando comienza a contarme algo no sabe cómo seguir y finalmente se calla. Esto resulta angustiante y frustrante para ambos.**

Le puede ser de ayuda el saber que usted le está prestando toda la atención posible. Para ello es útil mantener el contacto ocular, asentir con la cabeza, ayudarle a continuar cuando pierda el hilo... Además, es recomendable mantener un contacto físico con ella. Para ello, le puede coger la mano y con ello le ayudará a que se concentre y a que se sienta segura.

## **VI. Resumen**

A lo largo de la unidad 3 del módulo 5, se ha estudiado el proceso de comunicación y los elementos que intervienen en él: emisor, receptor, canal, código, mensaje,... Así mismo, se ha puesto de relieve la importancia del lenguaje no verbal en nuestras comunicaciones.

Con respecto a la comunicación y la enfermedad de Alzheimer, hacer hincapié en el deterioro progresivo de la capacidad de comunicarse por parte del enfermo y de la gran importancia que cobra el lenguaje no verbal en estos enfermos. Es a través de

este lenguaje, como captan nuestros estados emocionales, nuestros mensajes... e igualmente es mediante estos elementos no verbales cómo la persona que le cuida y los familiares pueden conocer las emociones de la persona con demencia tipo Alzheimer y la comprensión que éste tiene de los mensajes que le intentamos transmitir.

Finalmente, aparecen una serie de consejos con el objetivo de mejorar la comunicación con la personas con Alzheimer: frases simples, paciencia, contacto ocular, restar importancia a los errores, identificarse,...

## **VII. Recursos para ampliar**

### **TEXTOS ELECTRÓNICOS**

- Practicing Physician Education in Geriatrics. *La comunicación y la enfermedad de Alzheimer* [En línea]. [http://www.gericareonline.net/tools/spn/memory/attachments/ML\\_19\\_communication\\_sp.pdf](http://www.gericareonline.net/tools/spn/memory/attachments/ML_19_communication_sp.pdf)

En él se encuentran sugerencias para comunicarse de una forma más efectiva con las personas con Alzheimer.

## **VIII. Glosario<sup>18</sup>**

### **ACOLALIA**

Repetición de finales de palabras o frases que ha dicho otra persona.

### **AFECTIVIDAD**

Conjunto de emociones y sentimientos de una persona.

### **AUDÍFONO**

Aparato para escuchar mejor. Lo utilizan especialmente los sordos.

### **CANAL**

Medio a través del cual se transmite la información del emisor al receptor.

### **CÓDIGO**

Conjunto de signos que permite al emisor transmitir el mensaje de manera que el receptor pueda entenderlo.

### **COMUNICACIÓN**

Proceso mediante el cual se transmite información de una persona a otra.

### **EMISOR**

Aquel del que procede el mensaje.

---

<sup>18</sup> Elaborado a partir de REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española* [En línea]. [www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html) [Consulta: 1 julio 2011].

### **INFORMACIÓN**

Adquisición de conocimientos que permiten ampliar los ya adquiridos sobre una materia.

### **INTERLOCUTOR**

Cada una de las personas que forman parte de un diálogo.

### **LATERALIDAD**

Distribución de funciones que se establece entre emisor y receptor en la comunicación.

### **LENGUAJE NO VERBAL**

Comunicación a través de gestos, lenguaje corporal o postura.

### **LENGUAJE VERBAL**

Comunicación mediante palabras.

### **MENSAJE**

Información que se transmite.

### **MUTISMO**

Persona que se queda en silencio bien voluntariamente o por obligación.

### **RECEPTOR**

El que recibe o interpreta el mensaje.

### **SOCIALIZACIÓN**

Proceso por el cual la persona aprende e interioriza, a lo largo de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente.

## **IX. Referencias bibliográficas**

### **TEXTOS ELECTRÓNICOS**

- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Navarra (AFAN). *Estrategias de comunicación con el enfermo de Alzheimer* [En línea]. [http://www.afan.asociacionespamplona.es/files/3-4251-annex/6estrategias\\_de\\_comunicacion.pdf](http://www.afan.asociacionespamplona.es/files/3-4251-annex/6estrategias_de_comunicacion.pdf) [Consulta: 1 julio 2011].
- Fundación Alzheimer España. *¿Cuáles son sus fases o grados?* [En línea]. [http://www.fundacionalzheimeresp.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=720&Itemid=122](http://www.fundacionalzheimeresp.org/index.php?option=com_content&task=view&id=720&Itemid=122) [Consulta: 1 julio 2011].
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española* [En línea]. [www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html) [Consulta: 1 julio 2011].
- Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas. *La competencia comunicativa y la oratoria. ¿Qué puedo hacer? (II)* [En línea]. [http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_24/CLEMENCIA\\_M\\_ROD\\_RIGUEZ\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_24/CLEMENCIA_M_ROD_RIGUEZ_2.pdf) [Consulta: 30 junio 2011].

- *Problemas de comunicación* [En línea]. [http://www.todoalzheimer.com/grt-talz/ToDoalzheimer.com/Guia\\_practica\\_para\\_cuidadores/Consejos\\_para\\_los\\_problemas\\_cotidianos/Problemas\\_de\\_comunicacion/33800030.jsp](http://www.todoalzheimer.com/grt-talz/ToDoalzheimer.com/Guia_practica_para_cuidadores/Consejos_para_los_problemas_cotidianos/Problemas_de_comunicacion/33800030.jsp) [Consulta: 1 julio 2011].

**LIBROS Y MONOGRAFÍAS**

- CAYTON, H., GRAHAM, N., WARNER, J. *Demencia. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. EDITORIAL PROUS SCIENCE. Barcelona. 2002. p. 67-69.

## X. Evaluación

### 1. Cuestionario para la evaluación. Ejercicios

#### 1.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) En el proceso de comunicación la \_\_\_\_\_ circula en dos direcciones.
- b) La comunicación es un proceso de intercambio que implica tener unos \_\_\_\_\_.

#### 1.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Es lo mismo información que comunicación.		
Se habla de información cuando el mensaje se transmite en un único sentido.		
En la comunicación intervienen emisor y mensaje únicamente.		

#### 1.3. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) Por \_\_\_\_\_ se entiende el conjunto de transmisiones culturales que recibimos de la sociedad y que sirven para que nos integremos.
- b) En todo proceso de comunicación existen elementos no verbales y elementos \_\_\_\_\_.

#### 1.4. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Existe máxima lateralidad en la comunicación cuando emisor y receptor no intercambian sus roles.		
Con el experimento de Leavitt se explica mejor la Teoría de la lateralidad.		
La comunicación no facilita la socialización.		

#### 1.5. Relaciona con flechas los elementos de la comunicación con su descripción.

Elementos de la comunicación	Descripción
Emisor	Persona o grupo de personas que reciben un mensaje.
Receptor	Idea, contenido,...
Mensaje	Persona o grupo de personas que emiten un mensaje.
Código	Sistema de signos que se combinan mediante reglas.



**1.6. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
El lenguaje verbal hace referencia a cómo comunicamos el contenido.		
Como lenguaje no verbal tenemos la sonrisa, los gestos, tono y las palabras.		
Los componentes paralingüísticos son parte del lenguaje verbal.		

**1.7. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) La parte emocional se transmite mayoritariamente a través del lenguaje \_\_\_\_\_.
- b) En el caso de que lenguaje verbal y no verbal no tengan coherencia, prevalece el lenguaje \_\_\_\_\_.

**1.8. Relaciona con flechas las fases de la Enfermedad de Alzheimer con el deterioro en la comunicación.**

Fases de la Enfermedad de Alzheimer
Primera fase
Segunda fase
Última fase

Deterioro en la comunicación
El vocabulario que utiliza se empobrece, repite una y otra vez palabras y frases.
La persona enferma de Alzheimer balbucea.
La persona sigue razonando y se comunica bien con los demás.

**1.9. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
Cuando la persona que cuida al enfermo de Alzheimer esté nerviosa es mejor no hablar con el enfermo.		
No es aconsejable hablar con la persona con Alzheimer, se cansa.		
Es aconsejable realizar preguntas cortas a la persona con demencia tipo Alzheimer.		

**1.10. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) Cuando la persona comete \_\_\_\_\_ hay que quitarle importancia.
- b) Es importante dejar que la persona enferma de Alzheimer toque a la persona con la que está hablando para que pueda \_\_\_\_\_.

## 2. Cuestionario para la evaluación. Soluciones

### 2.1. Completa las siguientes afirmaciones.

- a) En el proceso de comunicación la información circula en dos direcciones.
- b) La comunicación es un proceso de intercambio que implica tener unos objetivos.

### 2.2. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Es lo mismo información que comunicación.		X
Se habla de información cuando el mensaje se transmite en un único sentido.	X	
En la comunicación intervienen emisor y mensaje únicamente.		X

### 2.3. Completa las siguientes afirmaciones.

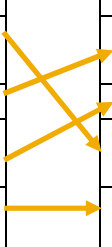
- a) Por socialización se entiende el conjunto de transmisiones culturales que recibimos de la sociedad y que sirven para que nos integremos.
- b) En todo proceso de comunicación existen elementos no verbales y elementos verbales.

### 2.4. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.

	Verdadero	Falso
Existe máxima lateralidad en la comunicación cuando emisor y receptor no intercambian sus roles.	X	
Con el experimento de Leavitt se explica mejor la Teoría de la lateralidad.	X	
La comunicación no facilita la socialización.		X

### 2.5. Relaciona con flechas los elementos de la comunicación con su descripción.

Elementos de la comunicación	Descripción
Emisor	Persona o grupo de personas que reciben un mensaje.
Receptor	Idea, contenido,...
Mensaje	Persona o grupo de personas que emiten un mensaje.
Código	Sistema de signos que se combinan mediante reglas.



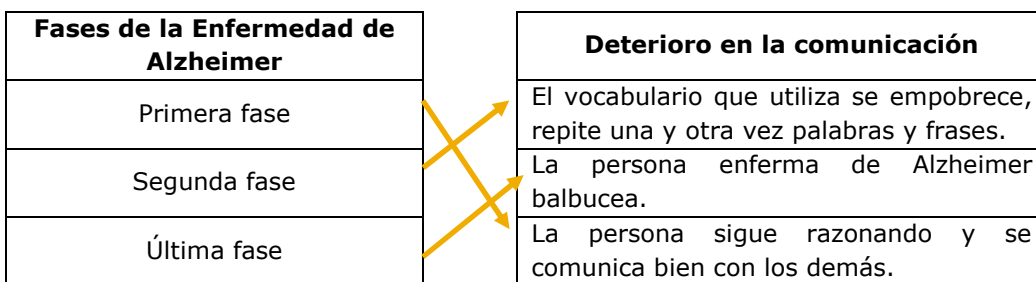
**2.6. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
El lenguaje verbal hace referencia a cómo comunicamos el contenido.		X
Como lenguaje no verbal tenemos la sonrisa, los gestos, tono y las palabras.		X
Los componentes paralingüísticos son parte del lenguaje verbal.		X

**2.7. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) La parte emocional se transmite mayoritariamente a través del lenguaje no verbal.
- b) En el caso de que lenguaje verbal y no verbal no tengan coherencia, prevalece el lenguaje no verbal.

**2.8. Relaciona con flechas las fases de la Enfermedad de Alzheimer con el deterioro en la comunicación.**



**2.9. Contesta verdadero o falso a las siguientes afirmaciones. Marca con una X en el cuadro correspondiente.**

	Verdadero	Falso
Cuando la persona que cuida al enfermo de Alzheimer esté nerviosa es mejor no hablar con el enfermo.	X	
No es aconsejable hablar con la persona con Alzheimer, se cansa.		X
Es aconsejable realizar preguntas cortas a la persona con demencia tipo Alzheimer.	X	

**2.10. Completa las siguientes afirmaciones.**

- a) Cuando la persona comete errores hay que quitarle importancia.
- b) Es importante dejar que la persona enferma de Alzheimer toque a la persona con la que está hablando para que pueda reconocerla.

## XI. Actividades prácticas

### 1. Actividades prácticas en el aula.

#### ACTIVIDAD 1.

**TÍTULO:** EJERCICIO DE LEAVITT.

**OBJETIVO GENERAL:** Practicar la lateralidad en la comunicación. Observar la importancia de la misma.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es 2 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Rectángulos de Leavitt (ANEXO 1).

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** El formador comentará que este ejercicio consta de 2 fases.

Fase 1: A los participantes se les da la siguiente consigna:

**“Será necesario que salgan del grupo 3 personas: 1 emisor y 2 observadores. Los restantes permaneceréis en vuestro sitio e intentaréis plasmar individualmente, en un folio, el mensaje que os comunicará un compañero. Él no podrá veros, vosotros no podéis hacerle preguntas, ni pedirle aclaraciones”.**

Desarrollo de la Fase 1:

- 1- Los receptores del mensaje deben estar suficientemente separados unos de otros, para evitar que exista comunicación entre ellos.
- 2- El emisor se distancia de los receptores y se vuelve de espaldas al resto del grupo. Los observadores y los demás participantes permanecerán alejados del emisor.
- 3- El monitor comunica al grupo que, en esta 1ª fase, deberá realizar un dibujo siguiendo las instrucciones dadas por el emisor. Se les indica que no podrán realizar ninguna pregunta, pues no les será contestada.
- 4- Al emisor se le facilita el dibujo 1 para que lo observe durante uno o dos minutos.  
A los observadores se les da las siguientes instrucciones: “Debéis medir el tiempo empleado para la realización de la tarea y observar las reacciones que la comunicación produce en las personas que intervienen en ella”.
- 5- A continuación el emisor empieza a describir el dibujo que tiene en la lámina.
- 6- Una vez que los miembros del grupo hayan terminado el dibujo descrito por su compañero, el monitor pedirá que comuniquen a los observadores cómo creen que han hecho el dibujo (Puntuación de 0–10).

Fase 2: Se les indica lo siguiente:

**“Vamos a proceder de igual manera que hemos hecho antes, pero en este caso, se pueden formular preguntas al emisor, formular todas aquellas cuestiones que os ayuden a la resolución de la tarea”.**

Desarrollo de la Fase 2:

- 1- Se facilitará el dibujo 2 al emisor que, en esta ocasión, está de cara al grupo.
- 2- En las instrucciones que se dan al resto de los miembros, se explicita que en esta fase podrán realizar cualquier pregunta al emisor, tantas como consideren oportunas para la adecuada realización de sus dibujos.
- 3- Comienza el emisor a describir y a contestar todas las preguntas realizadas
- 4- Finaliza la descripción, se pide a los componentes del grupo que comuniquen a los observadores cómo creen que han hecho el dibujo (Puntuación de 0-10).
- 5- Concluido el paso anterior, se muestran en este momento los dos dibujos, para que comprueben cómo tenían los dibujos.
- 6- El grupo en su totalidad analiza los resultados obtenidos en la fase 1 y 2. Éstos habrán sido anotados por los observadores, teniendo en cuenta el tiempo de ejecución de cada una de las fases y la percepción de correcto de los receptores.

#### CONCLUSIONES-REFLEXIONES

El formador, llegado este punto, formula preguntas a los componentes (para orientar la evaluación) sobre los sentimientos experimentados tanto en la fase 1 como en la fase 2, la importancia del feedback (la lateralidad) en la comunicación, sus ventajas e inconvenientes, cómo puede influir en el comportamiento de los receptores uno u otro tipo de “comunicación” (unidireccional, bidireccional), dificultades en la ejecución de la tarea,...

#### PREGUNTAS TIPO A PLANTEAR:

- ¿Cómo os habéis sentido durante la primera fase y durante la segunda? (tanto emisor como receptores).
- Emociones y sentimientos experimentados.
- Ventajas e inconvenientes de ambos tipos de comunicación (unidireccional y bidireccional).
- Comportamiento individual en ambas fases (cognitivo, emocional y motor).
- ¿Qué ocurre cuando poseemos poca información? (comentar que esta “poca información” se refiere a objetivos, funciones, pautas para la realización de tareas,...)
- ¿Cómo habéis vivido la falta de comunicación con los compañeros?
- Etc.

No perder de vista que el objetivo es que observen las ventajas de una comunicación bidireccional, y de una verdadera comunicación (no sólo intercambio de información).

**Nota:** La actividad práctica se debe desarrollar antes de que se le explique al alumnado qué es la lateralidad en la comunicación.

## **ACTIVIDAD 2.**

**TÍTULO:** EMOCIONES Y LENGUAJE NO VERBAL.

**OBJETIVO GENERAL:** Observar cómo utilizando únicamente lenguaje no verbal se pueden expresar emociones.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 90 minutos.

**RECURSOS MATERIALES:** Ordenador, cañón de proyección, una o varias películas para poder ver distintos estados emocionales.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Son 2 actividades:

- 1) El formador va sacando a cada alumno y le dice al oído una emoción o escena emotiva que debe representar. Los demás deben averiguar de qué se trata.  
Deben representar: ira, alegría, asco, sorpresa, miedo, tristeza, ternura, nerviosismo (ansiedad).
- 2) Se visionarán varios fragmentos de una o varias películas y se les quitará el sonido. En un fragmento se debe ver a una mujer triste, en otro a un hombre o mujer contenta, en otro a una persona con miedo, y en otro a una persona con enfado. Deben averiguar en qué estado emocional está cada una de las personas que aparecen en los fragmentos.

## **ACTIVIDAD 3.**

**TÍTULO:** ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE DE ALZHEIMER.

**OBJETIVO GENERAL:** Recopilar e interiorizar estrategias útiles para mejorar la comunicación con el paciente de Alzheimer.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 3 horas.

**RECURSOS MATERIALES:** Ordenador con conexión a internet, la documentación de este módulo 5 unidad 3, cartulinas tamaño A-4, fásteners, rotuladores de colores, reglas.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Por parejas deben crear un libro donde aparezcan las principales estrategias para mejorar la comunicación; así como dónde, cómo y cuándo utilizarlas.

Cada pareja dispondrá de 10 cartulinas tamaño A-4, donde deben explicar las estrategias de comunicación a utilizar. Las cartulinas irán unidas por un clip de encuadernar.

Una vez terminado el "libro" lo mostrarán a cada uno de los compañeros.

## 2. Actividades prácticas en entorno profesional.

### ACTIVIDAD 1.

**TÍTULO:** OBSERVACIÓN DE LENGUAJE NO VERBAL EN PERSONAS CON ALZHEIMER.

**OBJETIVO GENERAL:** Aprender a observar detenidamente la comunicación no verbal de las personas enfermas de Alzheimer.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 1 hora.

**RECURSOS MATERIALES:** Bloc de notas.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** El alumno en prácticas acompañará al profesional durante el periodo que éste dedique a interactuar con uno o varios enfermos de Alzheimer.

El alumno irá anotando aquellos gestos, componentes paralingüísticos,... que emita el/los enfermos. Cuando el profesional haya acabado su intervención, el alumno en prácticas podrá conversar un pequeño tiempo con el enfermo y preguntarle acerca de su estado emocional para ver si coincide lo que ha anotado e interpretado con lo que realmente manifiesta la persona enferma de Alzheimer cuando se le pregunta. Debe realizarse con enfermos que no estén en una fase muy avanzada.

### ACTIVIDAD 2.

**TÍTULO:** CHARLA SOBRE COMUNICACIÓN EN ALZHEIMER.

**OBJETIVO GENERAL:** Comunicar a cuidadores de enfermos de Alzheimer las estrategias que existen para mejorar la comunicación de estas personas.

**DURACIÓN:** La duración prevista para esta actividad es de 2 horas y media.

**RECURSOS MATERIALES:** Ordenador y cañón de proyección.

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:** Por grupos de tres personas, darán una charla a parte del personal de una Residencia de mayores (terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, limpiadoras, fisioterapeutas,...) donde les explicarán cómo mejorar la comunicación de un enfermo de Alzheimer, cómo deben interactuar con ellos,...

Disponen de 2 horas para preparar la charla y 30 minutos para darla.

**ANEXO 1**

**Rectángulos de Leavitt**

