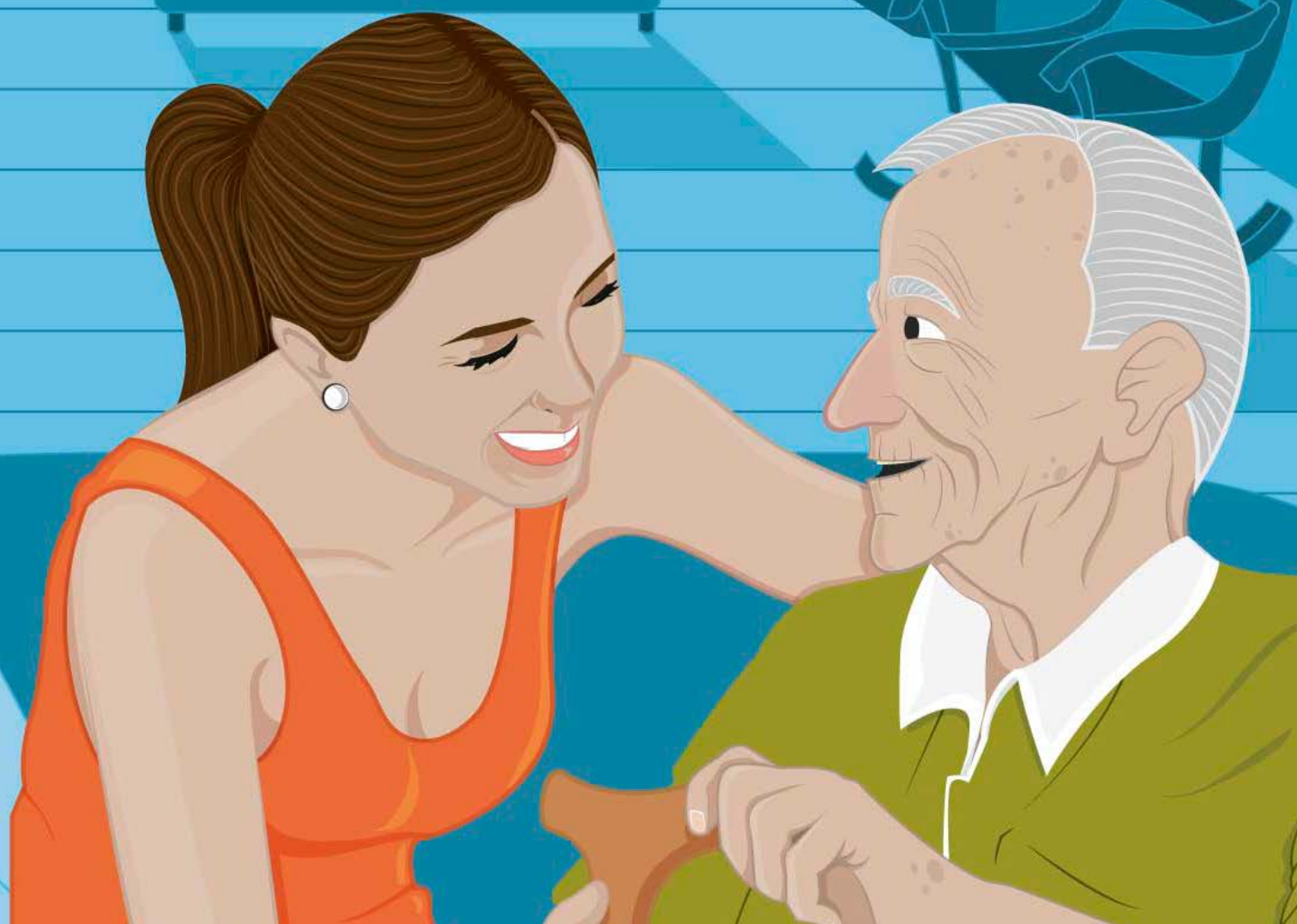




Teleasistencia
Deterioro Cognitivo

Deterioro Cognitivo Leve

Manual de Cuidadores





CIENCIA E INNOVACIÓN PARA LA SALUD

"Implementación del Programa para diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles y Cáncer de Cervix y Mama, con el apoyo de TIC en el Departamento de Caldas."



García Aguirre, Jhonny Fernando

Deterioro cognitivo leve : manual para cuidadores / Jhonny Fernando García Aguirre, Francia Restrepo de Mejía, J. Mauricio Medina Salcedo; diseñado, diagramado e ilustrado por Mónica Alejandra Bonilla Arias, Juan Daniel Montoya González. -- Manizales : UAM, 2015

32 p. il.

ISBN. 9789588730660

ISBN electrónico. 978-958-5558-11-3

1. Deterioro Cognitivo Leve (DCL). 2. Trastornos de la memoria 3. Ancianos - Enfermedades. 4. Trastornos del aprendizaje. 5. Atención al enfermo. 6. Asistencia a la vejez

I. Restrepo de Mejía, Francia II. Medina Salcedo, J. Mauricio III. Bonilla Arias, Mónica Alejandra, il. IV. Montoya González, Juan Daniel, il.

UAM 616.858 9 G215

© Editorial Universidad Autónoma de Manizales

Antigua Estación del Ferrocarril

E-mail: editorial@autonoma.edu.co

Teléfono: (56+6) 8727272 Ext. 166

Manizales-Colombia

Título: Deterioro cognitivo leve : Manual para cuidadores.

Autores: Jhonny Fernando García Aguirre MD/ Francia Restrepo de Mejía MD, MSc, PhD./ J. Mauricio Medina Salcedo MD.

Asesores: Belarmino Segura Giraldo PhD./ Daniela López Londoño/ Herminia Quiceno Valencia MSc./ Kelly Yojanna Cardona Londoño/ Luisa Fernanda Méndez Ramírez MSc./ Paula Andrea Correa Montaño/ Santiago Murillo Rendón MSc.

Manizales, octubre del 2015

ISBN: 9789588730660

ISBN electrónico: 978-958-5558-11-3

Editor: Laura Obando Alzate

Diseño y diagramación: Mónica Alejandra Bonilla Arias / Juan Daniel Montoya González

Rector: Gabriel Cadena Gómez

Comité editorial: Iván Escobar Escobar, Director Académico UAM®. María del Carmen Vergara Quintero PhD., Coordinadora la Unidad de Investigación. Laura Obando Alzate, Editora UAM®. Francy Nelly Jiménez PhD., representante de la Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz Mg., representante de la Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. José Rubén Castillo García PhD., Editor de la Revista Ánfora. Nancy Liliana Mahecha, representante de la Dirección Administrativa y Financiera.



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

UNIDAD 1.	DETERIORO COGNITIVO LEVE ¿Qué es el Deterioro Cognitivo Leve? Signos que indican algún grado de Deterioro Cognitivo Leve.
-----------	--

UNIDAD 2.	CAMBIOS COGNITIVOS ANORMALES Y FACTORES DE RIESGO Cambios cognitivos anormales. Factores de riesgo que pueden causar Deterioro Cognitivo Leve.
-----------	---

UNIDAD 3.	ALTERACIONES EN LA CONDUCTA Y PAUTAS DE CUIDADO Alteraciones de conducta que pueden aparecer en la enfermedad. Pautas para el cuidado del paciente en su hogar.
-----------	--

UNIDAD 4.	EL CUIDADOR Alteraciones derivadas del cuidado. ¿Cómo debería cuidarse el cuidador? Cuidados físicos.
-----------	---

PLAN CASERO

BIBLIOGRAFÍA

Pertenece a:



INTRODUCCIÓN

El Deterioro Cognitivo Leve es una enfermedad frecuente en nuestra población que requiere para su atención y cuidado, la participación de pacientes, familias y diversos grupos de profesionales de la salud.

Su diagnóstico y tratamiento puede resultar difícil especialmente en las etapas iniciales, por la dificultad existente en la identificación de los primeros síntomas por parte del propio paciente y sus allegados, por los problemas para el adecuado acceso a los servicios de salud, lo cual genera retrasos y errores en el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Este proyecto *“Implementación del Programa para diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles y Cáncer de Cérvix y Mama, con el apoyo de TIC en el Departamento de Caldas”* pretende la educación de pacientes, cuidadores y personal de salud sobre el Deterioro Cognitivo Leve y su adecuado diagnóstico y tratamiento, a través del uso de tecnologías de la información y la comunicación que mejoren el acceso a los servicios de salud, para así lograr un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve en la población caldense.

Esta cartilla está escrita en un lenguaje cotidiano para facilitar el entendimiento de la población objetivo; dicha escritura se realizó después de ejecutar una prueba piloto con algunos de los participantes del proyecto en los municipios de Caldas.

UNIDAD 1.

Deterioro Cognitivo Leve



IDEAS PREVIAS

A continuación, usted podrá medir el nivel de conocimiento que hoy tiene sobre Deterioro Cognitivo Leve.

Caso clínico

Doña Cecilia es una señora de 70 años, ama de casa, que vive con su esposo y dos hijas; asistió al hospital del pueblo a control por hipertensión arterial. El médico durante la consulta pregunta por su estado general y Ana, su hija, cuenta que frecuentemente se le olvida tomarse los medicamentos, que no recuerda el lugar donde guarda algunos objetos, que a veces no reconoce a algunas personas y que en varias oportunidades se le ha quemado la comida, porque olvida que la estaba preparando. Esto no le preocupa a Ana, porque menciona que son cambios normales de la vejez.

Preguntas

- Describa lo que usted imagina que sucede en la memoria de una persona, como doña Cecilia, cuando envejece:

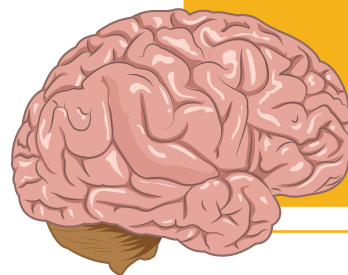
R/

- ¿Usted piensa que doña Cecilia por estar vieja tiene un comportamiento diferente? Si, no, ¿Por qué?

R/

¿Qué es Deterioro Cognitivo Leve?

“ Llame al paciente siempre por su nombre, esto ayudará a mantener su orientación personal. ”



El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se puede definir como la zona intermedia entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia. Los individuos con DCL muestran mayores fallas en sus funciones mentales (ej. Memoria, atención) de lo esperado para su edad; sin embargo, funcionan de forma independiente, es decir, sin dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana. Estas personas muestran un deterioro cognitivo, pero no lo suficientemente grave como para ser diagnosticadas con demencia. Es importante tener en cuenta que las primeras personas que detectan los síntomas de deterioro son los familiares, por lo que es importante actuar lo antes posible para disminuir el progreso de la enfermedad.

La evolución del DCL es variada y puede estancarse, mejorar o avanzar hacia una demencia. En torno al 12.5% de los pacientes diagnosticados con DCL evolucionan a demencia cada año (Petersen, 1999). Por este motivo es muy importante el seguimiento a ellos.

El tratamiento empleado debe incluir tanto la medicación prescrita por su médico, como la realización de ejercicios de Rehabilitación Cognitiva.

Signos que indican algún grado de Deterioro Cognitivo Leve

Existen 10 signos de alarma ante los que se debe acudir al médico:

1 *Cambios en la memoria que afectan la vida diaria, es decir, olvidar la información recién aprendida o pedir la misma información repetidamente.*

Es una de las señales más comunes y conocidas del Deterioro Cognitivo Leve. Por lo general, los “olvidos” corresponden a la información recién aprendida. También es frecuente no recordar las fechas o los eventos importantes.

2 *Dificultad para planificar o resolver problemas.*

Algunas personas ya no pueden planear sus actividades como lo hacían antes, por ejemplo, no pueden seguir los pasos de una receta de cocina o manejar su dinero. Tienen problemas para concentrarse y se vuelven un poco más lentos para realizar tareas.

3 *Dificultad para desempeñar tareas habituales en su hogar, en el trabajo o en su tiempo libre.*

Las personas empiezan a tener dificultad para completar las tareas cotidianas, incluso pueden tener problemas para ir a un lugar donde usualmente iban.

4 *Desorientación en tiempo y lugar.*

Las personas que empiezan a tener algún déficit cognitivo, olvidan con frecuencia las fechas, la época del año y el paso del tiempo. Pueden no recordar dónde se encuentran, o cómo llegaron hasta ese lugar.

5 *Dificultad para comprender imágenes visuales y relacionar objetos en el ambiente.*

Pueden haber dificultades para leer, analizar las distancias y determinar un color. También pueden tener problemas de reconocimiento y pasar por delante de un espejo y no darse cuenta que lo que ven es su propio reflejo.

6 Problemas en el lenguaje oral y escrito

Las personas pueden tener dificultades para seguir o participar en una conversación. Es frecuente que en medio de la charla se detengan y se olviden de lo que iban a decir, o repitan muchas veces lo mismo.

7 Colocar objetos fuera de su lugar habitual y ser incapaces de recuperarlos.

Es común que se empiecen a dejar cosas como el control del televisor o el reloj fuera de su lugar y que no recuerden su ubicación.

8 Disminución o pérdida en la capacidad de tomar decisiones.

Es posible que regalen cantidades exageradas de dinero a alguien que quiera venderles algo. También puede pasar que empiecen a prestar cada vez menos atención a su aseo y cuidado personal.

9 Pérdida de iniciativa a la hora de hacer parte de actividades en el trabajo o en las actividades sociales (desmotivación).

Poco a poco las personas van perdiendo las ganas de entretenerse en algún pasatiempo, de encontrarse con amigos o de practicar algún deporte.

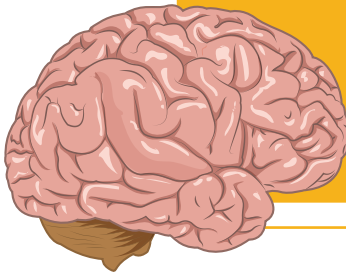
10 Cambios en el estado de ánimo o en la personalidad.

Las personas con Deterioro Cognitivo Leve sufren cambios de personalidad y pueden convertirse en personas confundidas, deprimidas, miedosas o ansiosas. También pueden tender a enojarse más fácilmente.

A lo largo de los años, desde que empieza a manifestarse algún grado de Deterioro Cognitivo Leve, sus capacidades intelectuales van a ir disminuyendo poco a poco, es decir, el cambio no es brusco, sino que se va a producir de manera lenta.



“ Cuando hable con el paciente, use un lenguaje sencillo, con frases cortas y palabras conocidas. Hable lento y claro.”



AUTOEVALUACIÓN

1. Ahora que usted ya ha estudiado; cuando escucha la palabra Deterioro Cognitivo Leve, usted piensa en:

- R/
- a) Cambios normales de la vejez.
 - b) Presencia de alteración en las funciones cognitivas, más allá de lo normal para su edad.
 - c) Enfermedades de las articulaciones.
 - d) Ninguna de las anteriores.

2. Con base en la observación que usted ha hecho de su familiar y en los temas estudiados, describa cómo pueden cambiar las funciones mentales de las personas que tienen Deterioro Cognitivo Leve.

R/ _____



RESUMEN

El Deterioro Cognitivo Leve se presenta con fallas en las funciones mentales más allá de lo esperado para la edad, sin embargo, las personas aún son funcionales en su vida diaria. Esta enfermedad se puede detectar a tiempo si se tienen en cuenta los principales signos de alarma con los que puede iniciar, los cuales incluyen: cambios en la memoria, dificultad para resolver problemas, dificultad para desempeñar tareas habituales en su hogar, desorientación, dificultad para comprender imágenes, problemas en el lenguaje, colocar objetos fuera de su lugar y olvidar donde los ubicó, disminución en la capacidad de tomar decisiones, pérdida de la iniciativa para realizar alguna actividad y cambios en el estado de ánimo.

UNIDAD 2.

Cambios cognitivos anormales y factores de riesgo



IDEAS PREVIAS

A continuación, usted podrá medir el nivel de conocimiento que hoy tiene sobre los cambios cognitivos y factores de riesgo de los pacientes.

Caso clínico

Don Pedro tiene 73 años, es campesino y frecuentemente viaja al pueblo a realizar el mercado para la semana; su familia ha notado que últimamente ha regresado a la casa con el mercado incompleto y no es capaz de dar cuenta sobre cómo se gastó el dinero.

Preguntas

- ¿Usted llevaría a don Pedro por esta situación a una consulta médica?
Si, no ¿Por qué?

R/

- Señale una de las opciones de la lista que indique la causa por la cual don Pedro no maneja bien el dinero.

R/

- a) Porque está muy viejo
- b) Por estar distraído
- c) Porque le están fallando sus funciones mentales para realizar cálculos.
- d) Porque gasta su dinero en otras cosas.

Cambios cognitivos anormales

Alteraciones en la memoria

La pérdida de memoria es el principal síntoma y el más característico, pero, como veremos, el Deterioro Cognitivo Leve y las demencias en general, no son únicamente pérdida de memoria, sino que incluyen muchos otros síntomas, que se describen más adelante.

Podemos distinguir varios tipos de memoria que se ven afectados durante el curso del Deterioro Cognitivo Leve. Si los clasificamos según su duración, encontramos:

Memoria Inmediata

Es la que utilizamos para memorizar poca información y sólo dura unos segundos. Ejemplo, memorizar un número de celular.

Memoria reciente o a corto plazo

Junto con la memoria inmediata, es la primera que va a ser afectada y uno de los síntomas que crean mayores preocupaciones en su entorno. En este caso, la cantidad de información que se almacena y la duración es mayor, variando entre unos días y varias semanas. La pérdida o deterioro de este tipo de memoria, implica que nuestro familiar o paciente no va a ser capaz de recordar hechos que han ocurrido recientemente. Inicialmente, la persona olvidará cosas que hayan ocurrido hace unos días y poco a poco se irá disminuyendo el tiempo hasta que, en fases más avanzadas, llegará a no recordar lo que ha hecho hace unas horas o unos minutos. Un ejemplo de este tipo de memoria, es poder recordar qué se desayunó en ese día.

Memoria remota o a largo plazo

Este tipo de memoria nos permite almacenar grandes cantidades de datos de nuestra vida, desde hace varias semanas hasta recordar hechos lejanos, quiénes somos, dónde hemos vivido, en que hemos trabajado, es decir, hechos importantes de nuestra vida.

Alteraciones en el lenguaje

El lenguaje se va volviendo cada vez menos rico y fluido, esto lleva a que la comunicación sea cada vez más complicada. La persona comienza a tener problemas para seguir una conversación fluida con más de una persona a la vez, y aparecerán problemas para nombrar objetos o encontrar las palabras exactas que se quieren decir.

Inicialmente, la falta de comunicación por parte del enfermo se puede deber al miedo o la vergüenza de que los demás reconozcan su problema. Al no querer que su entorno se de cuenta de sus errores, se aislará para no hacerlos evidentes. Es importante tener esto en cuenta, para no recibir sus respuestas de manera negativa, lo que podría llevar a tener una mala relación entre el paciente y su cuidador. Debemos seguir intentando comunicarnos con el paciente, mostrar respeto y generar confianza para que se anime a participar en las conversaciones. Con el paso del tiempo, el entendimiento del lenguaje también se ve afectado, al igual que se ve alterada la capacidad para la lectura y la escritura.

Desorientación

Otro síntoma muy característico en los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve es la desorientación en tres niveles: temporal, espacial y personal. La persona puede no saber qué día de la semana es, en qué año estamos, dónde vivimos o qué personas nos rodean. Estos tres tipos de orientación se pierden relativamente pronto, ocasionando diversos trastornos en la convivencia.

Haremos un breve repaso por cada uno de los tres tipos de orientación:

✧ *Orientación temporal*

Comienza a perder la noción de la fecha en la que nos encontramos, no reconoce el día, mes y año exacto, posteriormente puede confundir el día de la semana en el que se encuentra y puede llegar incluso a no reconocer en qué momento del día se encuentra (mañana, tarde o noche).

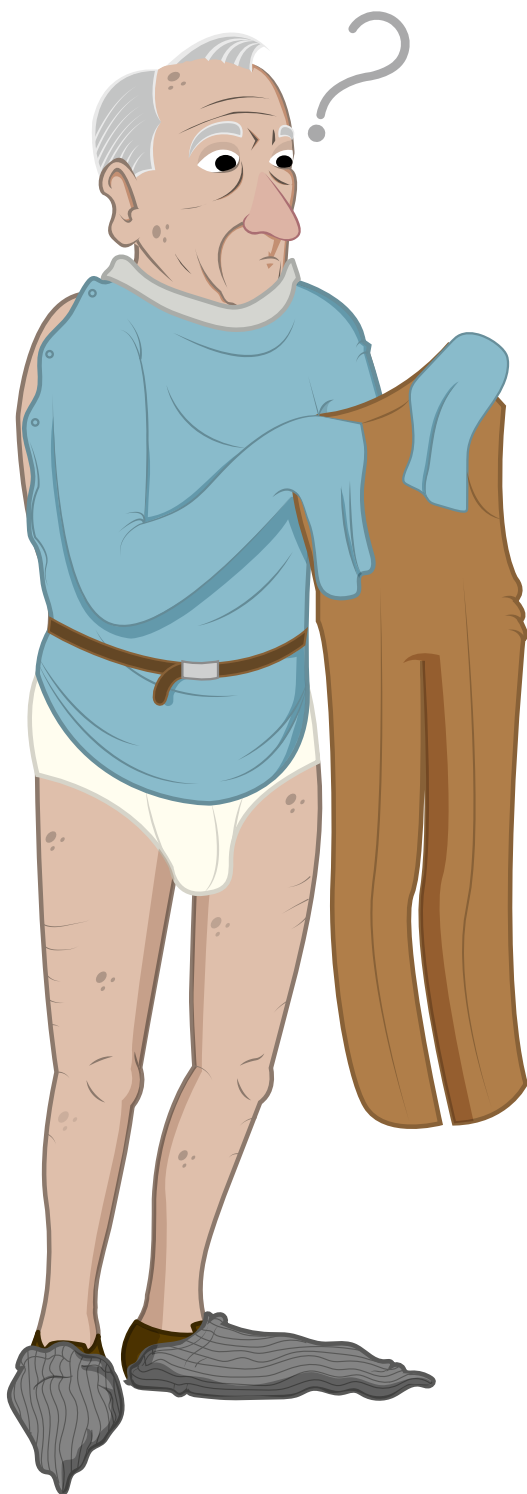
✧ *Orientación espacial*

Inicialmente, se desorienta cuando camina por espacios que no le son muy familiares y se pierde. Por ejemplo, que se pierda por el barrio o el pueblo donde viven sus hijos, a pesar de que son lugares que ya ha visitado, pero el paciente no ha pasado mucho tiempo en ellos.

Posteriormente se perderá en sitios más conocidos, como puede ser su barrio o los barrios cercanos, de los cuales tiene mayor conocimiento. No sabe dónde está la tienda para hacer alguna compra o el parque donde pasaba la tarde con sus amigos. Finalmente, pierde la orientación dentro de su propia casa y no sabe situar sus diferentes lugares (habitación, baño, cocina...).

✧ *Orientación personal*

Una persona con Deterioro Cognitivo, en fases más graves deja de tener conocimiento de su yo y no sabe quién es él mismo. No recuerda o reconoce cuáles son sus gustos, en qué ha trabajado o por qué miembros está compuesto su entorno y familia. Olvida que tiene nietos, hijos, pareja... Y no sabe dar un rol a las personas con las que se relaciona (no sabe quién es el médico, el vecino, la hija, etc.).



Fallas en la atención

La atención es la capacidad de enfocar voluntariamente la mente en una actividad (Brescané, 2010). Las fallas en la atención van a provocar que la persona no pueda realizar alguna actividad determinada o que no sea capaz de completarla, debido a que, al poco tiempo de comenzarla, algún estímulo diferente lo apartará de la tarea. A esta alteración se le conoce como Disprosexia.

Pérdida en la capacidad de reconocer el mundo que los rodea

Las personas con Deterioro Cognitivo Leve, pueden perder la capacidad de reconocer el mundo que los rodea a través de los diferentes sentidos (vista, olfato, tacto, gusto y oído) sin que estos se encuentren dañados o alterados. Es decir la persona no puede reconocer caras (incluso, en fases avanzadas no puede reconocer su propia cara), colores, formas, sonidos, olores, sabores, objetos... y no puede decir de éstos cuál es su función.

Así, el paciente empieza inicialmente a perder la capacidad de reconocer a las personas menos conocidas (familiares lejanos) y posteriormente, a las más cercanas (personas con las que vive). Además se puede perder la habilidad para reconocer la comida que está probando; el paciente no es capaz de adaptarse al espacio ya que no reconoce adecuadamente la organización del mismo (puede tropezar o chocar con algo y caerse), o no reconoce, por ejemplo, que lo que tiene en el baño es una esponja y un jabón y para qué sirven, por lo cual no se aseará de manera adecuada. A este síntoma se le conoce como Agnosia.

“ En el trato con el paciente procure ser amable: sonrisas, abrazos, etc. Le darán confianza al paciente y facilitará la comunicación ”

* **Alteraciones visuales**

La persona con Deterioro Cognitivo Leve, puede llegar a ser incapaz de reconocer imágenes (objetos cotidianos, como una silla, fotografías, letras y números), rostros (de su entorno cercano y familiares o de personajes conocidos de la televisión), formas (si un objeto es grande, pequeño, cuadrado, redondo) colores, (de qué color es un objeto o nombrar el color) y tendrá dificultades también en la organización del espacio y el tiempo. A estas manifestaciones se les conoce como **Agnosias Visuales**.

* **Alteraciones táctiles**

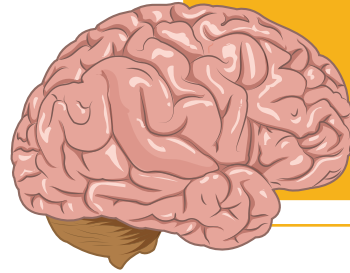
Aparecen problemas para reconocer figuras al tocarlas y distinguir diferentes texturas (rugoso, liso) o identificar objetos cotidianos mediante el tacto, por ejemplo incapacidad para reconocer que lo que se toca son las llaves en el bolsillo o una moneda. A estas manifestaciones se les conoce como **Agnosias Táctiles**.

* **Alteraciones auditivas**

Puede haber dificultades para diferenciar sonidos, reconocer cada uno de ellos y recordar otros (el cacareo de la gallina, el ladrido de los perros, el sonido de instrumentos musicales como la guitarra, etc.) o también puede haber incapacidad de imitar esos sonidos. A estas manifestaciones se les conoce como **Agnosias Auditivas**.

* **Alteraciones del olfato y el gusto**

Dificultad para diferenciar y reconocer diferentes olores (perfumes, frutas, flores...), si algo huele bien o mal, y también para poder saborear las diferentes comidas (salado, dulce) y que así pueda saber qué es lo que está probando. A estas manifestaciones se les conoce como **Agnosias Olfativas y Gustativas**.



Problemas para realizar actos motores voluntarios

Una persona con Deterioro Cognitivo Leve, puede perder la capacidad de realizar un gesto o un movimiento voluntario dirigido a un fin. La persona conserva la fuerza, sensibilidad y coordinación necesarias para realizar la acción, así como el deseo de hacerla. A esta manifestación se le conoce como **Apraxia**, y existen varios tipos:

✱ *Apraxia Ideomotora*

Es la incapacidad para realizar gestos simples automatizados con una orden por imitación, por ejemplo, decir adiós con la mano, santiguarse, realizar el movimiento de peinarse, etc.

✱ *Apraxia Ideatoria*

La persona será incapaz de realizar una secuencia de movimientos o gestos encadenados entre sí y no podrá hacer un uso adecuado de los objetos cotidianos: por ejemplo, sacar libros de una caja y ordenarlos o coger una llave, meterla en la cerradura y girarla.

✱ *Apraxia Constructiva*

La persona tiene dificultades para construir figuras en un espacio, como puede ser escribir, dibujar, resolver un rompecabezas, etc. Este síntoma provoca que la persona se vuelva muy dependiente en las actividades de la vida diaria, ya que le será difícil vestirse, bañarse, o comer de manera autónoma.

La apraxia puede llegar, en últimas fases, a la incapacidad para abrir y cerrar la boca, incluso tragar correctamente, etc.

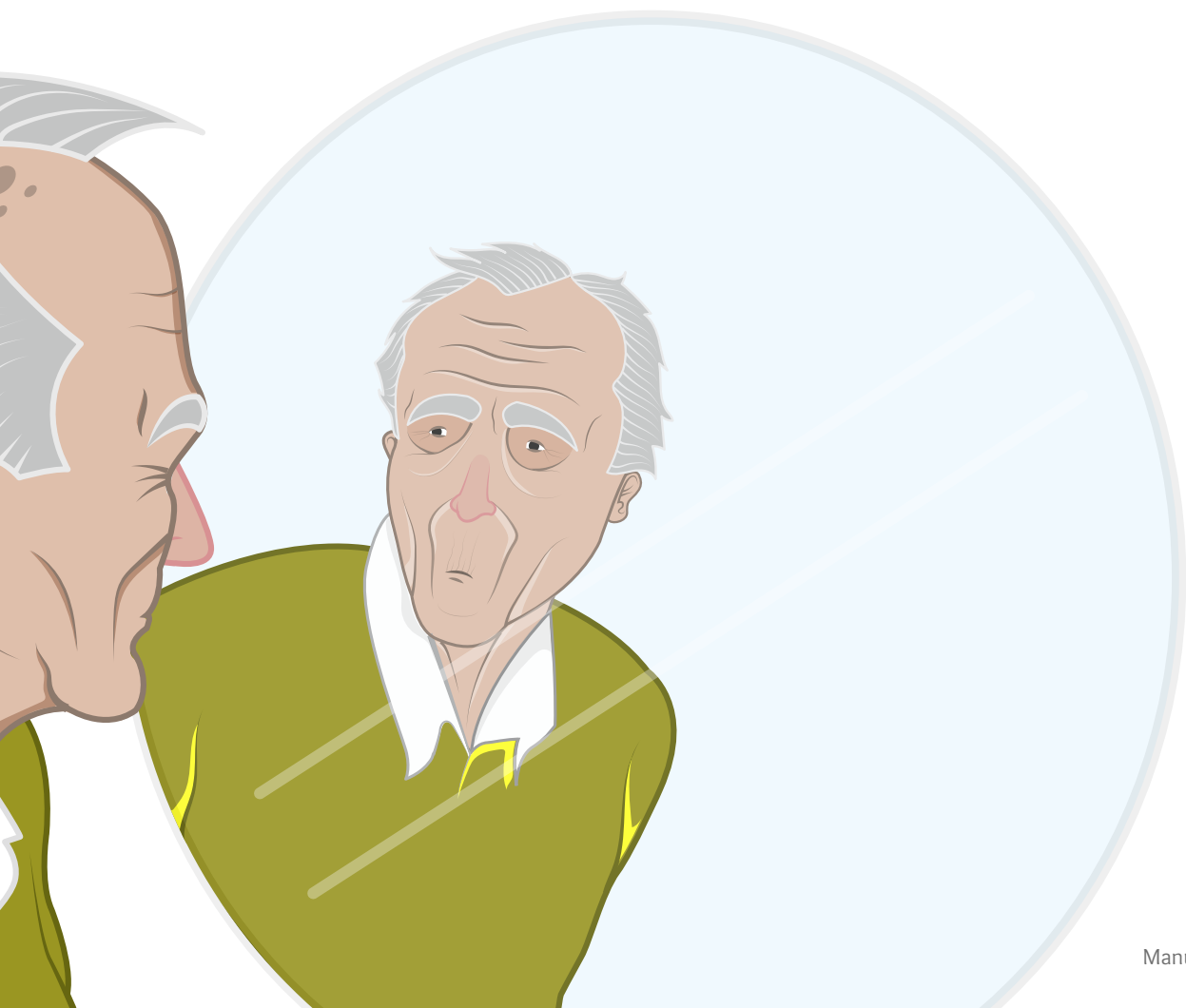
Problemas para realizar cálculos

La capacidad de cálculo en las personas con Deterioro Cognitivo Leve se va a ver también deteriorada. Inicialmente, perderá la capacidad de realizar procesos más complejos, como la solución de problemas, y más adelante, procesos más simples, como la capacidad de realizar operaciones aritméticas sencillas (sumas, restas, multiplicaciones, divisiones). Todo esto lleva a que la persona no sea capaz de realizar alguna compra, ya que no sabe cuánto cuestan las cosas y no entiende cuánto tiene que pagar o cuánto le tienen que devolver. No sabrá sumar, restar, contar hacia adelante o hacia atrás, ordenar números de mayor a menor o al revés, etc.



Falta de reconocimiento de su propio esquema corporal

El esquema corporal es la imagen física o representación que cada uno tiene de su propio cuerpo, sea en un estado de reposo o en movimiento. Es además, el conocimiento que tenemos de nuestro cuerpo en relación con sus diferentes partes, así como con el espacio, los objetos y las personas que nos rodean. En los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, conceptos como izquierda, derecha, adelante, atrás, cerca o lejos van a perder su sentido. La persona comenzará a tener problemas para moverse en el espacio, encontrar su posición con respecto a los demás y a los objetos (por lo que corre el riesgo de caerse o no alcanzar lo que necesite). Además, puede ponerse de forma equivocada la ropa o no asearse correctamente.



Factores de riesgo que pueden causar Deterioro Cognitivo Leve

Existen muchos factores de riesgo que se han asociado a una mayor predisposición a presentar Deterioro Cognitivo Leve, dentro de ellos, los más importantes son: la edad y el riesgo cardiovascular (presencia de hipertensión arterial, diabetes, aumento del colesterol).

A continuación se mencionarán algunos factores de riesgo relacionados con la presencia de Deterioro Cognitivo Leve:

- ✱ **Sexo / género:** Se ha encontrado que la incidencia de Deterioro Cognitivo Leve es mayor en las mujeres que en los hombres.
- ✱ **Edad:** El Deterioro Cognitivo Leve se presenta con mayor incidencia en épocas avanzadas de la vida, y el riesgo se duplica cada 5 años a partir de los 65 años de edad.
- ✱ **Escolaridad:** Un bajo nivel educativo se considera un factor de predisposición para Deterioro Cognitivo Leve.

Enfermedades:

- ✱ **Hipertensión arterial (HTA):** La hipertensión aumenta el riesgo de presentar Deterioro Cognitivo Leve en la edad avanzada, además la atención y las funciones cerebrales resultan bastante sensibles a los cambios de la presión arterial en la vejez.
- ✱ **Infarto cardíaco o arritmias cardíacas:** Alteran la función normal del corazón, lo que dificulta la adecuada llegada de sangre a tejidos importantes como el cerebro.
- ✱ **Accidente cerebrovascular (derrame cerebral):** Se afecta la llegada de sangre al cerebro, lo que puede generar efectos negativos dependiendo de la extensión y la zona cerebral afectada. A largo plazo pueden generar un Deterioro Cognitivo Leve progresivo.
- ✱ **Dislipidemia (Aumento del colesterol y/o los triglicéridos):** Existe una influencia negativa del aumento de los lípidos sanguíneos sobre las funciones cognitivas.
- ✱ **Deficiencias vitamínicas:** La disminución en los niveles de algunas vitaminas como la vitamina B12 y el ácido fólico, se encuentra relacionada con la presencia de Deterioro Cognitivo Leve.
- ✱ **Diabetes:** Las personas con poco control de los niveles de glucosa (azúcar) en sangre tienen un notable incremento del riesgo de padecer demencia.
- ✱ **Trauma craneo encefálico (TCE):** Los traumatismos moderados y graves pueden incrementar el riesgo de Deterioro Cognitivo Leve en la vejez.



AUTOEVALUACIÓN

1. Escriba cuatro manifestaciones que le indiquen que su familiar debe ir al médico porque usted sospecha que tiene Deterioro Cognitivo Leve.

R/

2. Señale cuáles de los siguientes factores pueden facilitar la aparición de Deterioro Cognitivo Leve:

R/

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| a) Problemas musculares | d) Enfermedades de la piel. |
| b) Hipertensión arterial | e) Bajo nivel de escolaridad |
| c) Diabetes | f) Aumento del colesterol |



RESUMEN

Los principales cambios cognitivos que presenta una persona con Deterioro Cognitivo Leve, incluyen:

Pérdida de memoria: Pérdida de recuerdos más recientes, conservando mejor aquellos más lejanos.

Pérdida en la capacidad de comunicación: Dificultad para encontrar las palabras adecuadas, mantener una conversación fluida, comprender órdenes, leer y escribir.

Desorientación: Hay tres tipos: espacial, temporal y personal.

Disprosexia: Incapacidad para mantener la atención.

Agnosia: Dificultad para el reconocimiento de los estímulos que se reciben del exterior a través de los sentidos, sin que estos se encuentren dañados.

Apraxia: Incapacidad para realizar movimientos con una intención. Hay tres tipos: ideomotora, ideatoria y constructiva.

Pérdida de la capacidad de cálculo: En primer lugar, para resolver problemas complejos y el manejo de dinero y posteriormente para las operaciones aritméticas más sencillas.

Pérdida del esquema corporal: Falta de reconocimiento del propio cuerpo, sus diferentes partes y la posición que éstas ocupan con respecto al resto.

UNIDAD 3.

Alteraciones en la conducta y pautas de cuidado



IDEAS PREVIAS

A continuación, usted podrá medir el nivel de conocimiento que hoy tiene sobre las alteraciones en la conducta del paciente y el cuidado que debe darle.

Caso clínico

Doña Rosaura tiene 80 años de edad, es ama de casa, tiene segundo grado de primaria, vive con una de sus hijas. Actualmente permanece la mayor parte del tiempo en su cuarto en el segundo piso de la casa y los familiares notan que cada vez habla menos y que recuerda únicamente cosas del pasado, incluso algunas que la hija ya no recordaba; sin embargo puede olvidar qué desayunó o qué conversó minutos antes.

Preguntas

- ¿Qué puede hacer la hija de doña Rosaura para que no permanezca tan aislada?

R/

- ¿Si doña Rosaura continúa tan aislada, qué consecuencias le podría traer para su salud?

R/

- ¿Cree usted que doña Rosaura, recuerda sólo lo que quiere recordar? Si, no, ¿Por qué?

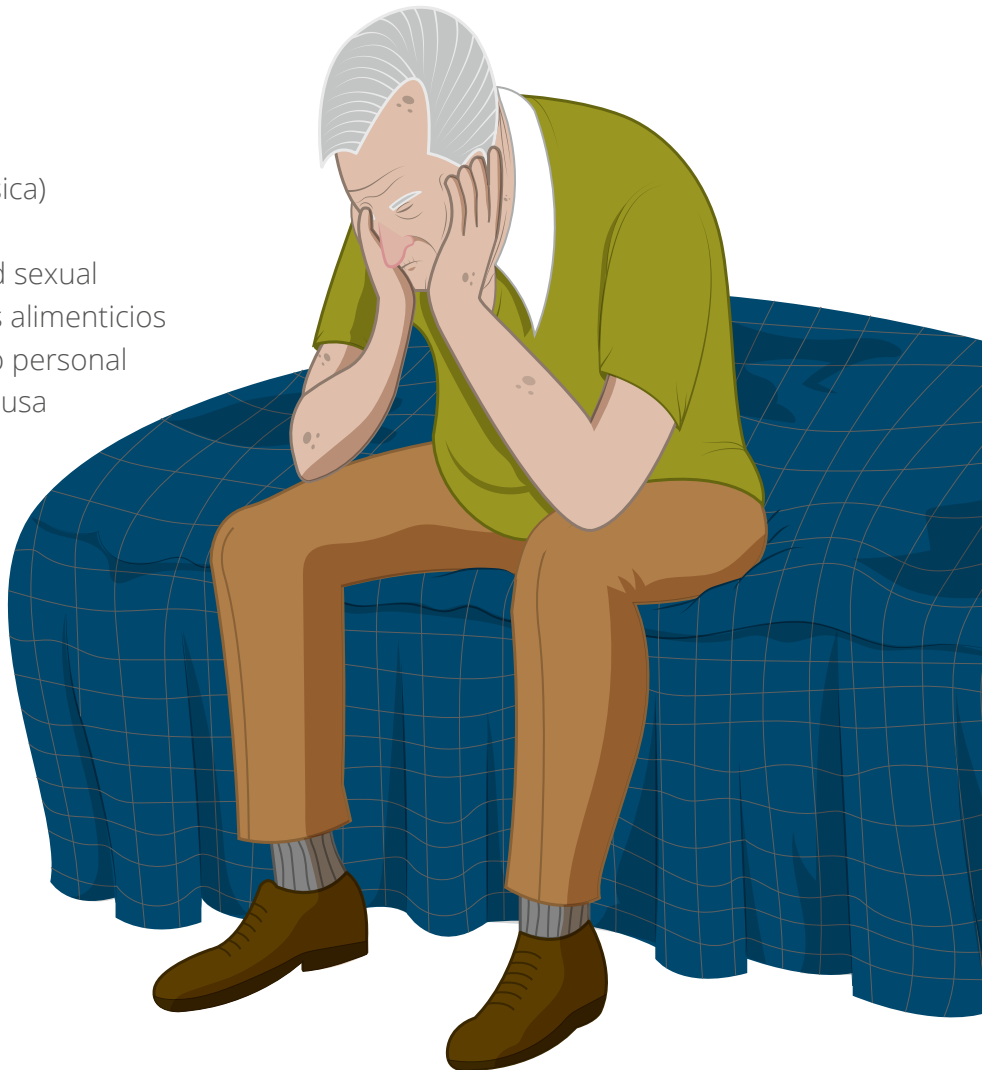
R/

Alteraciones de conducta que pueden aparecer en la enfermedad

Es habitual que durante la evolución de la enfermedad la persona tenga alteraciones de la conducta y del sueño. Las manifestaciones de los trastornos conductuales están relacionadas con la personalidad previa del paciente, algunos podrán mostrar agresividad y descuido, otros podrán conservar su amabilidad y dulzura.

Los síntomas comportamentales más comunes son:

- * Agitación
- * Caminar sin propósito
- * Negativismo
- * Agresividad (verbal y física)
- * Alteraciones del sueño
- * Cambios en la actividad sexual
- * Cambios en los hábitos alimenticios
- * Descuido en el cuidado personal
- * Tristeza o alegría sin causa

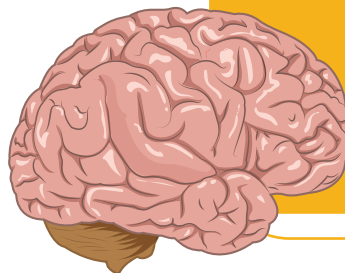


Pautas para el cuidado del paciente en el hogar

Existen algunos aspectos que se deben tener en cuenta acerca del cuidado en el hogar de los pacientes con algún grado de Deterioro Cognitivo. A medida que pasa el tiempo, los pacientes empiezan a aislarse del medio que los rodea, evitando la conexión con el entorno y disminuyendo sus relaciones sociales; los pacientes se van llenando de inseguridad, lo cual cada vez disminuye más su autonomía, por tal motivo van abandonando progresivamente las actividades que realizaban debido al aumento de sus alteraciones físicas y psicológicas, es así como se deben evitar actitudes sobreprotectoras que pueden agravar la dependencia de las personas. Se recomiendan las siguientes 10 pautas durante la convivencia doméstica:



“ Durante una conversación, cuando el paciente haga la misma pregunta una y otra vez, procure mantener la calma y contéstele brevemente. ”



1 Ser flexible y paciente. Como la velocidad de comprensión de lo que se le dice es más lenta, tardará más tiempo en dar una respuesta ante cualquier pregunta. Dele un tiempo prudente para responder.

2 Promover la autonomía en las actividades diarias. La autonomía se debe reforzar en actividades de cuidado personal (aseo personal), de ocio (ejercicio físico, juegos de mesa, lectura) y en actividades productivas (cocinar, aseo del hogar).

3 Evitar corregir de forma agresiva al paciente ante cada error que cometa.

4 Ayudar a la persona a ser tan independiente como sea posible, estimulando y reforzando las conductas que mejoren el contacto del paciente con el medio que lo rodea.

5 Facilitar las tareas ofreciéndole opciones. Si se le da algo a elegir, no ofrecerle más de dos alternativas para no confundirlo.

6 Simplificar las instrucciones. Intente dividir las tareas (Por ejemplo, realizar el aseo de su cuarto) en otras más sencillas y procure no seguir dando instrucciones hasta no cumplir los pasos previos.

7 Establecer una rutina familiar. Para realizar actividades como labores de aseo en el hogar, establecer tiempos para ver televisión y tiempos para alimentarse.

8 Estar atento a las reacciones emocionales. Los pacientes pueden ser más susceptibles anímicamente a cambios en su entorno; demuéstrole al paciente que a usted le preocupa cómo se siente de ánimo.

9 Procurar utilizar un lenguaje sencillo cuando le dé alguna instrucción. Supervise las actividades que él realiza, con el fin de reforzar sus buenas conductas y alentarlos a seguir las haciendo.

10 Hacer sentir al paciente que usted le brinda toda su ayuda y soporte.

Adaptada de: Alzheimer's Association. (2014). Activities at home. Planning the day for a person with dementia. www.alz.org/care/dementia-activities.asp



AUTOEVALUACIÓN

1. Después de haber estudiado esta unidad, escriba cinco actividades que le permitirán a su familiar ejercitar sus capacidades mentales.

R/

2. Describa tres actividades que haría usted para mejorar la convivencia con su familiar.

R/



RESUMEN

Los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve pueden presentar alteraciones conductuales que llegan a afectar su entorno social, estas alteraciones pueden ser: agitación, negativismo, agresividad, alteraciones del sueño, cambios en la actividad sexual, cambios en los hábitos alimenticios, descuido en el cuidado personal, tristeza o alegría sin causa, entre otras. Existen ciertas pautas que pueden mejorar la convivencia con los pacientes, como lo son: ser flexible y tolerante, promover la autonomía en las actividades diarias, estimularlo a ser tan independiente como sea posible, evitar corregir al paciente de forma agresiva, facilitarle las tareas ofreciéndole opciones, simplificar las instrucciones que se le den y estar atento a los cambios emocionales.

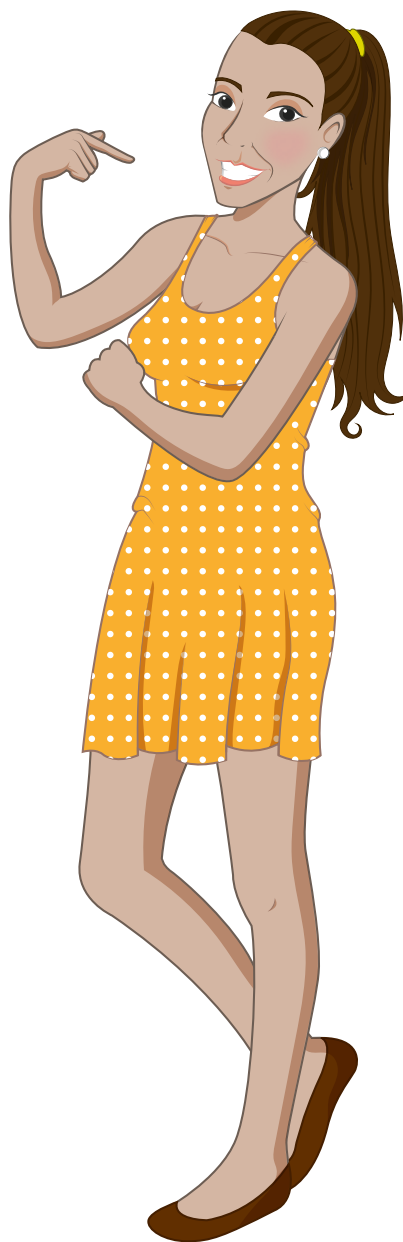
UNIDAD 4.

El cuidador

El cuidador, en su afán por atender todas las necesidades del enfermo, descuida sus propias necesidades. Algunos cuidadores dedican casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar), al cuidado de su familiar, durante muchos años.

El hecho de vivir en una situación de estrés, realizando tareas monótonas y repetitivas a diario, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, puede agotar al cuidador. También es frecuente que se desarrollen actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que cuida, desmotivación, depresión, angustia, agotamiento e irritabilidad.

Algunas personas en esta situación desarrollan el “síndrome de sobrecarga del cuidador”, caracterizado por un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que vive con un enfermo crónico incurable. Algunas de las señales de alarma que pueden ayudar al cuidador a percibir la sobrecarga son las siguientes: problemas para dormir, pérdida de contacto social, aumento del consumo de alcohol, cambios en los hábitos alimentarios, dificultades para concentrarse, pérdida de interés por actividades que antes le producían placer, actos rutinarios y repetitivos como limpiar la casa continuamente, enojarse fácilmente o notar que tiene un trato desconsiderado con el resto de sus familiares y amigos.



Alteraciones derivadas del cuidado

Alteraciones físicas

Los familiares o cuidadores de un paciente con Deterioro Cognitivo Leve suelen tener con mayor frecuencia problemas de salud que los otros miembros de la familia no cuidadores, y corren el riesgo de sufrir mayores problemas orgánicos y fisiológicos. Los cuidadores pueden desarrollar problemas físicos, como dolores de cabeza, dolor de espalda, ahogos, insomnio o sueño no reparador, fatiga, fracturas o esguinces.

Sin embargo, a pesar de presentar un alto número de problemas no suelen acudir a consultas médicas. Así mismo, realizan menos “conductas de cuidado de la propia salud” por no dormir lo suficiente, alimentarse de forma inadecuada, realizar escaso ejercicio físico, automedicarse o incumplir los tratamientos médicos. También es habitual que consuman café en exceso, tabaco, alcohol y otros.

Alteraciones en las relaciones personales

La mayoría de los cuidadores reconocen que desde que comenzó el cuidado del enfermo han abandonado o desatendido las relaciones con otros familiares. Muestran menos interés por actividades que sí importaban antes como la relación con los amigos o la relación de pareja.

Alteraciones psicológicas

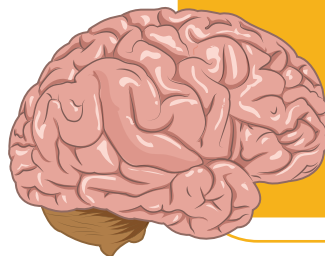
Existe una gran cantidad de problemas psicológicos que refieren los cuidadores de enfermos con Deterioro Cognitivo Leve: estrés, ansiedad, depresión, sensación de culpa, irritabilidad y sensación de estar más agresivo.

Es frecuente que los cuidadores perciban cambios en su forma de ser. Refieren sentirse desbordados por el problema (todo el día centrados en el paciente), reconocen que conceden demasiada importancia a detalles diarios mínimos y están más irritables que de costumbre, también abandonan los autocuidados personales a sí mismos (peluquería, alimentación, ropa, etc.).



¿Cómo debería cuidarse el cuidador?

“ Cuando hable con el paciente, capte su atención antes de comenzar la conversación y mírelo siempre a los ojos cuando le hable o lo escuche.”



Psicológicamente

El cuidado de un enfermo puede provocar sentimientos muy variados. Es importante que aprenda a reconocer sus sentimientos y pueda desahogarse.

Solicite y busque profesionales que le escuchen, le ayuden a aclarar sus dudas y le enseñen técnicas de respiración y relajación. La ayuda psicológica puede ayudarle a comprender mejor cómo se siente para así afrontar las nuevas situaciones del cuidado. Compartir estas experiencias con personas que pasan por una situación similar es de extrema utilidad para poder afrontar el día a día con el enfermo.

Planificación del tiempo

Es fundamental que realice actividades agradables en las que no esté necesariamente con el enfermo, necesita un tiempo de respiro. Para ello tendrá que planificar quién puede atender a su familiar o paciente durante este tiempo (algún otro familiar, etc.) y posteriormente plantearse qué quiere hacer y cómo hacerlo.

Es posible que al principio le cueste separarse durante unas horas del enfermo, incluso que no pueda disfrutar de las actividades como antes, pero no se preocupe, poco a poco podrá disfrutar del tiempo libre para usted. Todo requiere un aprendizaje.

Durante el tiempo que esté con su familiar realice actividades que puedan compartir y le hagan a ambos la vida más agradable: pueden oír música juntos, leer un libro en voz alta (mejor si es conocido), ver fotos o películas antiguas o verse con familiares comunes que reconozca.

Relaciones personales

El cuidado del enfermo llega a consumir todo el tiempo del cuidador. A nivel social, esto tiene una importante repercusión en las relaciones personales del cuidador. Tener una adecuada red social ayuda a prevenir el estrés en el cuidador y la sobrecarga. Es fundamental intentar mantener las relaciones personales con el entorno (otros familiares, amigos, vecinos, etc.) y adaptarlas a las nuevas circunstancias personales. Quizá no pueda tener tanto tiempo para estar con sus amigos un día o un fin de semana fuera, pero sí puede hablar por teléfono a menudo con ellos, o verlos ocasionalmente, no renuncie a ese apoyo.

La comunicación con el enfermo es otra fuente de frustración para el cuidador. La comunicación va deteriorándose a medida que avanza la enfermedad. El lenguaje espontáneo disminuye y las conversaciones cada vez se hacen más cortas, afectándose tanto la producción como la comprensión del lenguaje verbal. Llegará el día en que el paciente no comprenda lo que le decimos y sea necesario recurrir a la comunicación no verbal (gestos, imitación, caricias, sonrisas).

Cuidados físicos

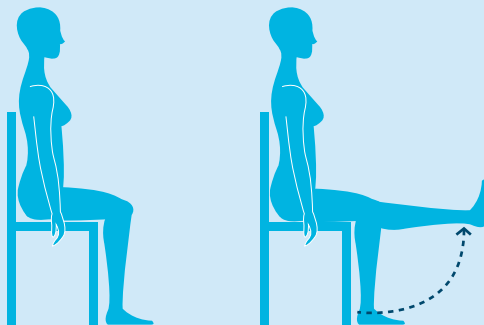
Es frecuente que la sobrecarga del cuidado del enfermo repercuta en el descuido de la salud del cuidador. Es fundamental intentar mantener unas rutinas que incluyan hábitos saludables como comer bien y a las horas debidas. Hacer ejercicio (caminar, bailar, montar en bicicleta) diariamente si es posible. Dormir y descansar varias veces al día.

Es muy importante que el cuidador proteja la columna y las articulaciones puesto que el peso que tienen que soportar al ayudar a movilizar el paciente es grande.

Para prevenir cualquier lesión del cuerpo, todas las mañanas se deben hacer ejercicios de la siguiente manera:

Rodillas

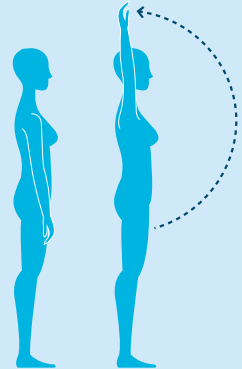
En posición sentada estirar y doblar cada rodilla 10 veces, para un total de 20 veces.



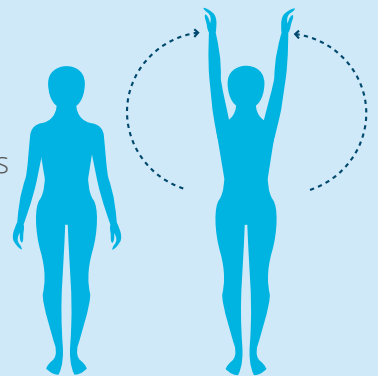
Hombros

Estando de pie y con sus brazos extendidos hacia abajo, realice 3 movimientos:

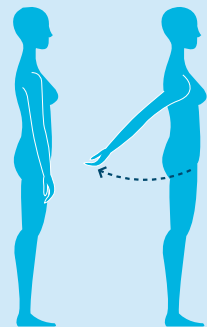
- 1 Eleve los brazos hacia el frente y súbalos de manera continua con los dedos de sus manos dirigidos hacia arriba.



- 2 Levante los brazos de lado hasta arriba.



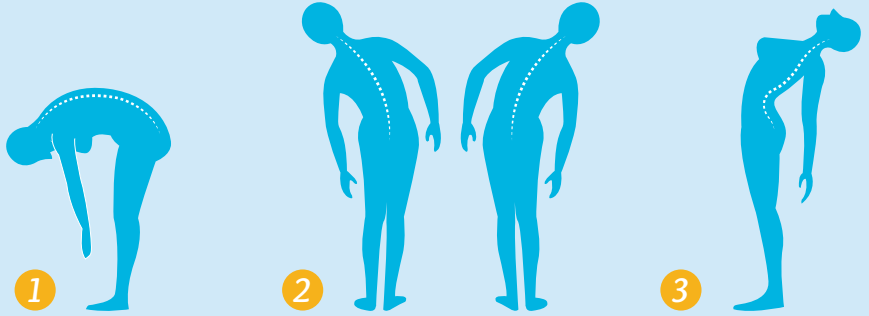
- 3 Estire hacia atrás los brazos hasta donde sea posible.



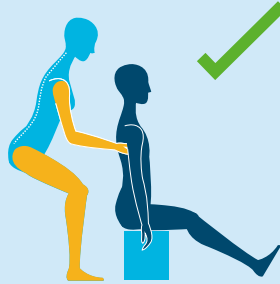
Realizar cada movimiento 10 veces, para un total de 30 movimientos.

Columna

Estando de pie, flexione la columna hacia adelante, hacia los lados y suavemente extenderla hacia atrás, 10 veces cada movimiento.



Para proteger la columna no se debe hacer fuerza con ella, evite doblarla hacia delante para levantar cualquier peso.



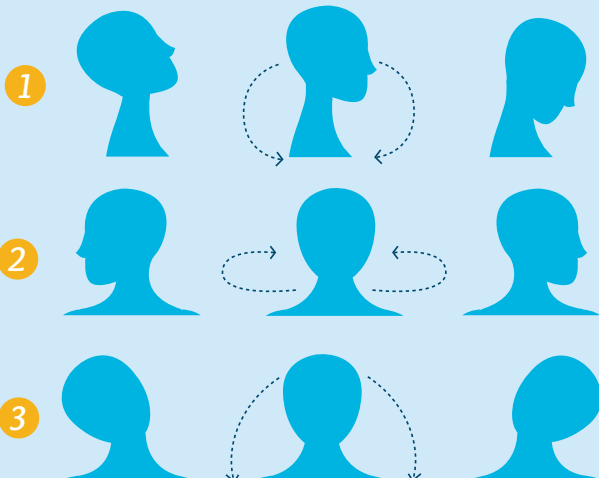
Si vamos a levantar el paciente, por ejemplo, la fuerza debe hacerse con los brazos y con las piernas.



Para recoger algo del suelo se deben doblar las piernas y dejar la columna recta.

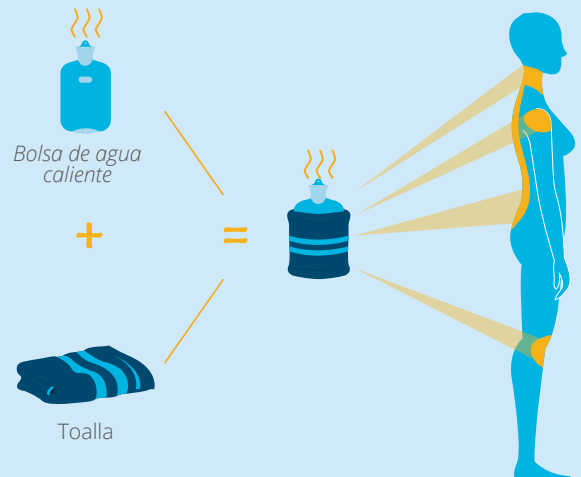
Cuello

En la mañana se deben hacer movimientos del cuello de la siguiente manera: 1) Incline la cabeza hacia adelante y hacia atrás, 2) Gire la cabeza hacia la derecha e izquierda, 3) Incline la cabeza lateralmente hacia los dos lados, 10 veces cada movimiento.



Calor húmedo

En la noche, antes de acostarse, póngase calor (idealmente con bolsa de agua caliente envuelta en una toallita húmeda) en hombros y rodillas día de por medio, y cuando sienta dolor en cuello o columna también hágalo, esto ayudará a relajarlos





AUTOEVALUACIÓN

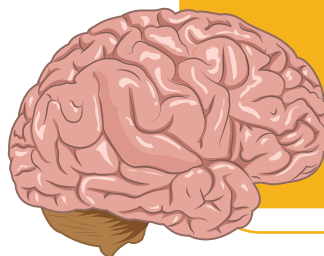
1. Escriba 3 actividades que usted puede hacer como cuidador para disminuir su propio estrés.

R/ _____

2. ¿Cuál de las siguientes actividades le permite a usted ser un mejor cuidador?

- R/
- a) Acostar a dormir al paciente tanto como sea posible.
 - b) Salir con el paciente a dar un paseo.
 - c) Descuidar los horarios de toma de medicamentos.
 - d) Estimular al paciente a que realice las actividades de manera autónoma.
 - e) Sacar tiempo para usted mismo como cuidador y hacer algún tipo de actividad física e intelectual.
 - f) Evitar hablar con el paciente y que permanezca aislado el mayor tiempo posible.

“ Intente hablar en positivo. Es mejor indicarle lo que debe hacer, en lugar de lo que no debe hacer (es preferible decirle “por favor, quédate en la silla” que “no te levantes”) ”



RESUMEN

Los cuidadores de los pacientes con Deterioro Cognitivo pueden llegar a descuidar su propia salud, desarrollando un profundo desgaste físico y emocional, lo que se manifiesta con problemas para dormir, pérdida del contacto social, irritabilidad, problemas para concentrarse; esto implica que el cuidador debe tomar algunas medidas que le permitan mantenerse sano física y psicológicamente, dentro de estas medidas están: comer bien, hacer ejercicio, no variar las horas de sueño, realizar algunas actividades de protección para cuidar su columna, hombros y rodillas, mantener unas adecuadas relaciones personales y planear su tiempo para que pueda tener actividades de esparcimiento.

PLAN CASERO

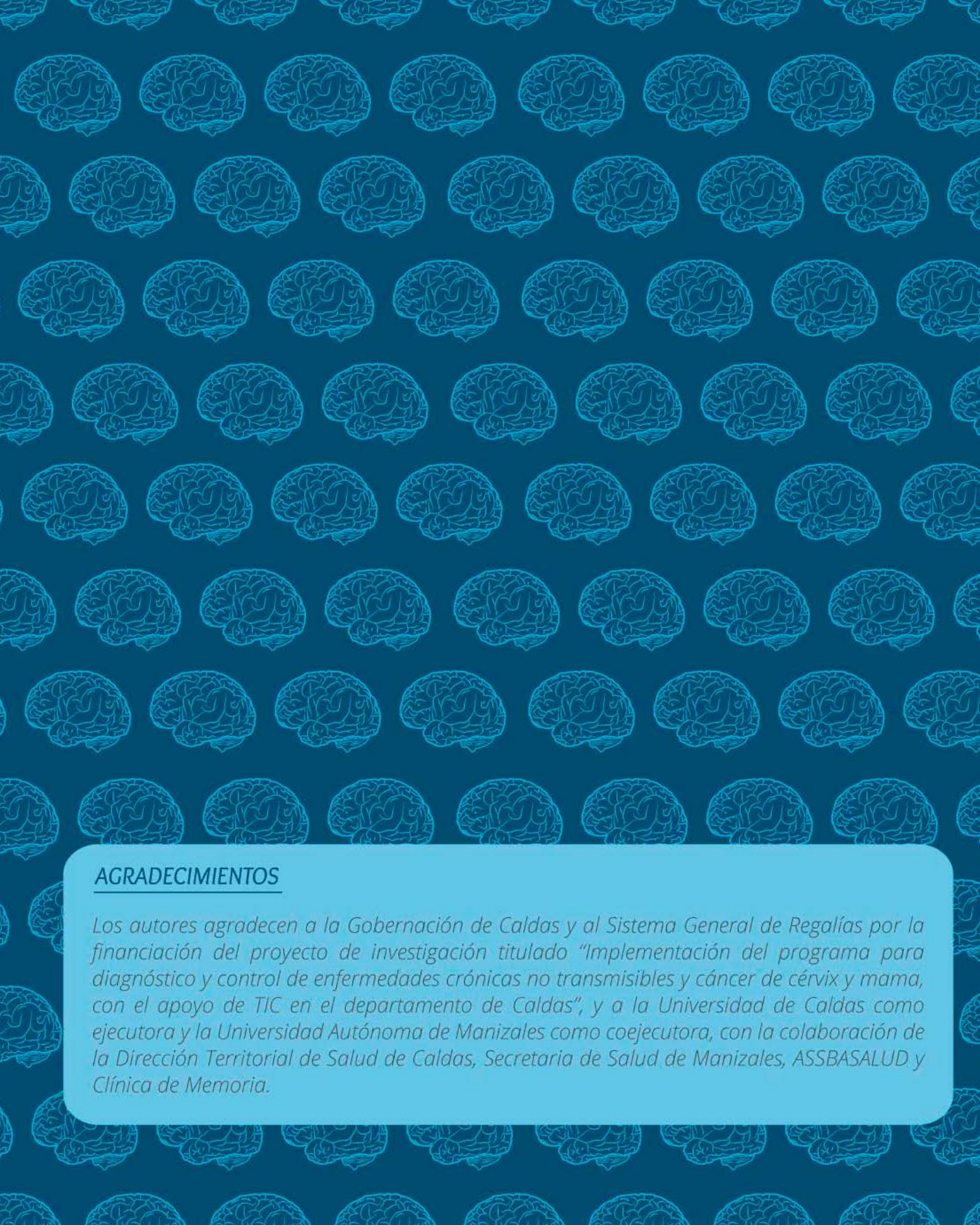
A continuación se presenta un ejemplo de actividades que se pueden realizar con el paciente cuando salgan a caminar:

- 1 Salga con el paciente a dar un paseo, conversen sobre lo que están viendo mientras caminan.
- 2 Durante el paseo pregúntele al paciente por los nombres de las personas con las que se encuentran si estas son conocidas, por direcciones, nombres de colores, de objetos, etc.
- 3 Si el paciente se resiste a salir o a entrar a su casa, tómelo con calma, trátelo con cariño, intente tranquilizarlo y distraerlo en otra actividad, mientras mejora su estado de ánimo.
- 4 Anime al paciente a caminar por mínimo 5 cuadras y luego a aumentar la distancia progresivamente.

- Ahora escriba actividades que podría realizar con el paciente durante la semana:

BIBLIOGRAFÍA

- Alzheimer Association. (2009). 10 warning signs of Alzheimer disease. Chicago, EU. Recuperado de http://www.alz.org/alzheimers_disease_10_signs_of_alzheimers.asp
- Alzheimer's association. (2014). Activities at home. Planning the day for a person with dementia. Chicago, EU. Recuperado de www.alz.org/care/dementia-activities.asp
- Brescané, R., y Tomé G. (2010). Know Alzheimer, respuestas concretas a dudas reales. Barcelona, España: Editorial Profármaco.
- Carretero, V.I., Pérez C., Sánchez-Valladares V., Balbás, A., (2011). Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. Madrid, España: Fundación PricewaterhouseCoopers.
- Casanova, J. P. (1999). *Enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Díaz, M., Doménech, N., Elorriaga, C., Elorriaga, S., Ortiz, A., Perex, M. S., y Sendagorta, B. (2000). En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Bilbao, España: Federación Española de Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L., & Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health psychology*, 17(2), 190.
- Llach, X. B., Suriñachb, N. L., y Gamisansb, M. R. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención primaria*, 34(4), 170-177.
- Medina J.M. (2010). "Demencias". En Toro, J. y Yepes, M., (Ed.), *Neurología*. (p. 10). Colombia: Editorial Moderno.
- Medina J.M., Méndez LF. (2015). Clínica de memoria de Manizales, Pautas de cuidado en pacientes con deterioro cognitivo, Manizales, Caldas.
- Méndez, R., Molina, E., Téna, M., & Yagüe, A. (2010). Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: "Querer cuidar, saber hacerlo". Madrid, España: Dirección General de Mayores, ayuntamiento de Madrid.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of neurology*, 56(3), 303-308
- Rodríguez, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28(4), 34-6.
- Ruiz, C., Pérez GE., Medina JM. (2013). Diagnóstico y tratamiento integral de las demencias. Bogotá, Colombia: Asociación Colombiana de Neurología, Mavarac Ltda.
- Strauss, C. J. (2005). *Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer: formas sencillas de comunicarse con un miembro de la familia o un amigo cuando le hacemos una visita*. Madrid, España: Ediciones Obelisco.



AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Gobernación de Caldas y al Sistema General de Regalías por la financiación del proyecto de investigación titulado “Implementación del programa para diagnóstico y control de enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer de cérvix y mama, con el apoyo de TIC en el departamento de Caldas”, y a la Universidad de Caldas como ejecutora y la Universidad Autónoma de Manizales como coejecutora, con la colaboración de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, Secretaría de Salud de Manizales, ASSBASALUD y Clínica de Memoria.



**EN LA RUTA DE LA
PROSPERIDAD**
GOBERNACIÓN DE CALDAS

