

LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA

Los enfermos de Alzheimer presentan una serie de trastornos psicológicos y comportamientos anormales, como depresión, ansiedad, ir de un lado a otro, hacer ruido, negarse a los cuidados, escaparse, encender y apagar las luces, enfadarse con facilidad, tirar la comida, gritar, insultar... Los enfermos llegan a angustiar, irritar y asfixiar especialmente a los cuidadores más directos.

Los trastornos psicológicos y los comportamientos anómalos representan unas de las consecuencias de la enfermedad que provocan mayor discapacidad, y una de las mayores amenazas para la convivencia y la vida diaria de la familia. Además, estos trastornos generan frecuentes visitas médicas, e ingresos en servicios de urgencias e instituciones sociosanitarias.

Trastornos conductuales más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer

1. Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo
2. Alteraciones psicóticas:
 - Delirios
 - Alucinaciones (auditivas, visuales, otras)
3. Cambios en el humor:
 - Depresión
 - Labilidad emocional
 - Reacciones catastróficas
 - Enfados
4. Alteraciones relacionadas con la ansiedad
5. Alteraciones de la actividad, agitación:
 - Comportamiento agresivo (arañar, morder, escupir, golpear, empujar...)
 - Comportamiento repetitivo (vagabundear, pasear, seguimiento persistente del cuidador, repetir frases, palabras o sonidos, revolver las cosas y acumularlas)
 - Comportamiento socialmente inadecuado (desnudarse...)

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

6. Otras alteraciones:

- Del sueño y del ritmo diurno
- De la alimentación (cambios en el apetito y en la conducta alimentaria)
- Cambios sexuales
- Alteraciones de esfínteres

FASE	COMPORTAMIENTO
Fase I	<ul style="list-style-type: none">- Cambios de humor- Se enfada cuando se da cuenta que pierde el control de lo que le rodea
Fase II	<ul style="list-style-type: none">- Agresividad- Miedos- Alucinaciones- Deambulación continua- Fatigabilidad- Desinterés por actividades que antes realizaban
Fase III	<ul style="list-style-type: none">- Llora- Grita- Se agita- Apatía extrema

Hay que tener en cuenta que no todos y cada uno de los trastornos se da en cada paciente. Se da combinaciones y predominios de algunos de ellos, hay algunos de estos problemas que son realmente frecuentes.

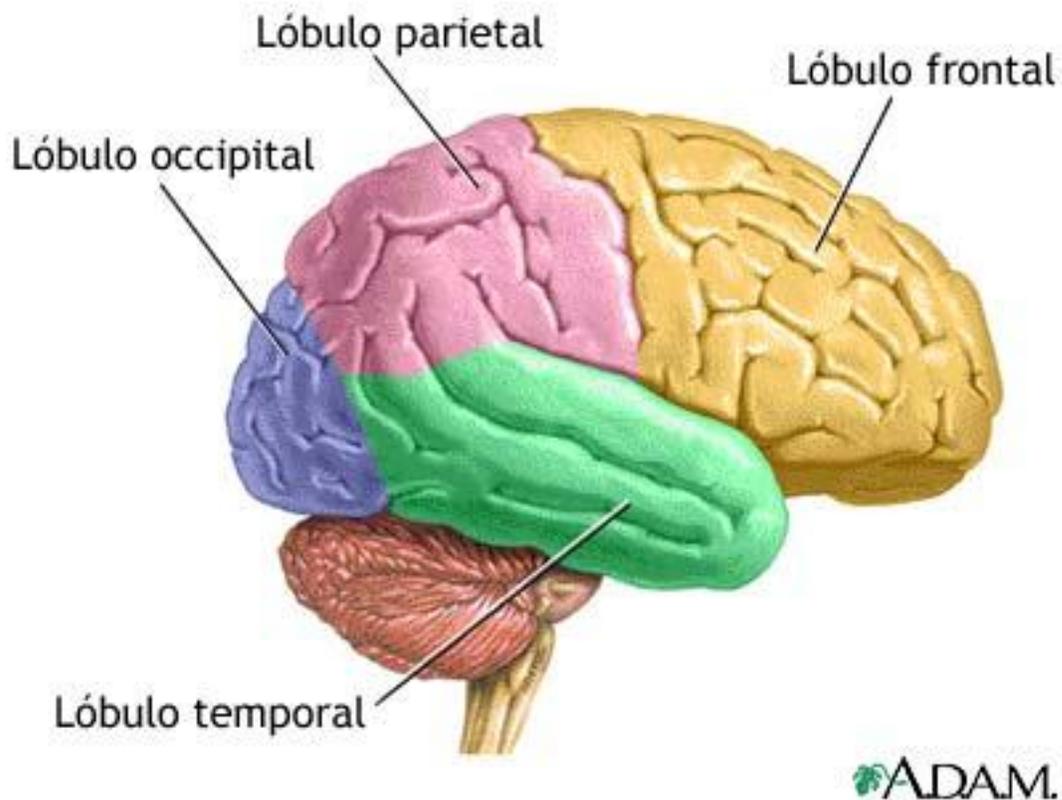
Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

1. ¿A qué se deben los trastornos de conducta?

En primer lugar debemos tener siempre presente que estas conductas son provocadas por la enfermedad y que el enfermo no lo hace voluntariamente.

Las alteraciones conductuales se producen porque en la enfermedad de Alzheimer se dan alteraciones:

- Estructurales de áreas cerebrales específicas (Ejemplo: depresión, apatía = afectación lóbulo temporal. Alucinaciones = afectación lóbulo temporal).
- De los neurotransmisores y de la neuromodulación de los mismos.



Lóbulos del cerebro

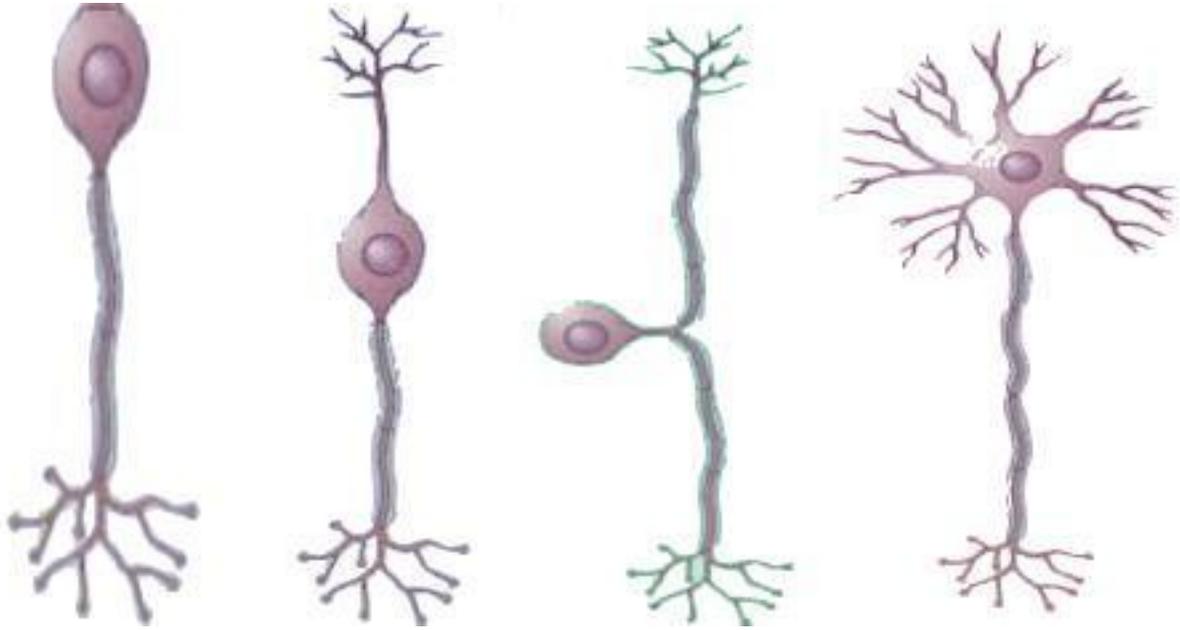


Imagen neuronas

2. Tratamiento de los trastornos conductuales

Las alteraciones de conducta generan grandes problemas a las familias y los cuidadores, por ello un tratamiento adecuado puede resultar un enorme alivio. El tratamiento produce, en la mayoría de los casos, una notable mejoría de la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

El tratamiento es complejo y difícil por diversos motivos:

- Las capacidades mentales y de comunicación pueden estar tan alteradas que imposibiliten un adecuado contacto con el paciente.
- En muchas ocasiones, el problema no se soluciona con la supresión de sus causas ni con medidas de modificación del entorno, y hay que iniciar tratamientos farmacológicos.
- Muchos fármacos producen efectos adversos (somnolencia, rigidez, sequedad de boca, molestias abdominales...) y repercuten negativamente en las capacidades mentales del paciente.
- Con frecuencia coexisten problemas médicos (enfermedades del corazón, hipertensión, arterial, diabetes...) que complican el manejo del paciente y el uso de fármacos.
- A pesar de los problemas existen numerosas medicaciones que pueden salvar situaciones realmente graves para el paciente y la familia.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

La mejor aproximación terapéutica debe combinar tres aspectos:

1. Información, entrenamiento, consejo y apoyo familiar.
2. Cambios en el entorno del paciente para minimizar las causas de problemas psicológicos y del comportamiento: hay que simplificar las cosas y no deben ofrecerse excesivas opciones para elegir.
3. Medicación adecuada, si fallan las intervenciones no farmacológicas.

Hay que tener en cuenta que la aparición de estas alteraciones puede ser secundaria a otras causas que deben descartarse:

- Afecciones médicas (infecciones de orina o gastrointestinales, resfriados, fiebre alta, deshidratación o estreñimiento...)
- Efecto secundario de la propia medicación
- Dificultades sensoriales del propio paciente, especialmente de la visión o audición.
- En estos casos la intervención terapéutica se debe orientar, en primer lugar, a la identificación y, en su caso, a la corrección del factor desencadenante. Con frecuencia, una primera intervención eficaz consiste en la retirada de uno o de varios fármacos que el paciente está recibiendo.

2.1 Adaptación del ambiente

Como hemos dicho la adaptación del ambiente es muy importante para evitar ciertas reacciones por ello es fundamental establecer un entorno físico, emocional y social que facilite y permita el mejor rendimiento del paciente.

El ambiente debe adaptarse a fin de que el paciente pueda desarrollar al máximo sus capacidades sin sufrir frustraciones.

Para conseguir este objetivo el entorno debe ser:

1. **Sencillo:** La forma de vivir diaria tendrá que ser sencilla, simplificada, pero sin despersonalizar el entorno. Los objetos personales y los recuerdos deben mantenerse.
2. **Estable:** La rutina será el principio fundamental de toda tarea. No cambiar cosas de lugar, ni tampoco hábitos, objetos, colores formas. No cambiar de domicilio.
3. **Seguro:** Tener una casa segura. Ir a lugares seguros o con suficientes medidas de seguridad. Suprimir todo tipo de peligro. Mantener cerrados los objetos peligrosos.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

2.2 Actitudes de los cuidadores

Es aconsejable que los cuidadores tengan una serie de actitudes positivas frente al paciente, y que también piensen en sí mismo. En muchas ocasiones comprender la enfermedad y comprender al paciente constituye el primer paso para mejorar la convivencia y reducir los problemas diarios.

En el siguiente cuadro se expone un listado de actitudes importantes a la hora de cuidar a personas con enfermedad de Alzheimer:

1. Respetar los gustos y las costumbres del paciente. Respetar las pequeñas cosas de cada día.
2. Expresar sentimientos de afecto y mantener un sólido sentido del humor.
3. Tener paciencia y no intervenir nunca sin darle antes la oportunidad al paciente de hacer las cosas por sí solo.
4. Expresar empatía, es decir, comprender las emociones y sentimientos del paciente, identificándose con él.
5. Ser comprensivos y tolerantes. No reírle ni avergonzarle ante los demás. No hacer comentarios negativos.
6. Ser receptivos ante cualquier intento de comunicación por parte del paciente.
7. Tener capacidad de realizar cambios y adaptarse a las necesidades y al ritmo del enfermo. Son muy importantes la flexibilidad, la adaptación y la imaginación.
8. Velar por la seguridad del paciente. Evitar todo peligro.
9. Velar por la propia seguridad sin dejar de organizar el cuidado del paciente. Buscar ayuda siempre que sea necesario.

2.3 Tratamiento no farmacológico.

Incluyen una amplia gama de tratamientos psicosociales para el paciente y su familia. Estos tratamientos se dividen en cuatro grandes grupos:

- Orientados a la conducta
- Orientados a las emociones
- Orientados a la cognición
- Orientados a la estimulación

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

Estos cuatro grupos de abordaje tienen unos objetivos generales similares: mejorar la calidad de vida como consecuencia del incremento de la capacidad funcional en el contexto de los déficits existentes.

De los cuatro tipos de abordaje nosotros nos vamos a centrar en los orientados a la conducta.

- **Intervención conductual.**

Un planteamiento general de las intervenciones conductuales comprende:

- Identificar la alteración conductual que se pretende corregir: cuanto mayor sea la claridad con la que se defina el problema, más probable es la identificación de una estrategia de acción eficaz.
- Describir cuidadosamente la conducta problema. Esto supone recabar información sobre:
 - o ¿Cuándo aparece el problema? (momento del día)
 - o ¿Dónde aparece el problema? (entorno ambiental en el que se presenta)
 - o ¿En presencia de quién ocurre? (entorno humano)
 - o Frecuencia de aparición
- Buscar desencadenantes y analizar las consecuencias (¿Qué pasa antes y después del problema?). Normalmente suelen existir factores desencadenantes, aunque no lo parezca.
Además, suelen intervenir varios factores desencadenantes (rara vez es uno solo).
- Establecer objetivos realistas. Se ha de valorar si se ha de iniciar una intervención conductual y si ésta ha de ir acompañada de un tratamiento farmacológico.
- Toda estrategia de intervención conductual requiere:
 - o Implicar al paciente y al cuidador (es individualizado, depende de las características del paciente y del cuidador).
 - o Establecer objetivos asequibles.
 - o Conseguir paso a paso cada objetivo. El cambio suele ser lento.
- Evaluar y modificar continuamente las intervenciones. Se ha de valorar si los planes que se están llevando a cabo son eficaces.
- Las actividades que se lleven a cabo han de estar adecuadas al grado de deterioro cognoscitivo del paciente.
- El éxito depende en gran medida del entorno humano y ambiental que rodea al paciente con demencia. El entorno ideal es el medio familiar, que se mantiene constante y no entraña estrés. Sin embargo, este entorno no es suficiente o en ocasiones es la causa que desencadena las alteraciones de conducta del paciente. No es suficiente porque éste se ha de adaptar a las necesidades y evolución del paciente.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

- El entorno físico no ha tener:
 - Iluminación inadecuada, escasa, que propicia la confusión o aparición de imágenes visuales indefinidas.
 - Temperatura incómoda, excesivo frío o calor.
 - Exceso de ruidos o estímulos sonoros, como gente, televisión o radio.
 - Entorno desconocido.
 - Escasez de intimidad.

- En cuanto al entorno temporal cabe decir que el programa ha de ser:
 - Diario, estable y rutinario.
 - Los cambios de rutina deben ser graduales y se ha de dar tiempo a los pacientes a que se acostumbren.
 - Es fundamental realizar una buena higiene del sueño desde el inicio de la enfermedad.

- Las técnicas de validación

Constituye una terapia de comunicación con los pacientes de Alzheimer y enfermedades relacionadas. Está basada en una actitud de respeto y empatía hacia los enfermos. Se fundamenta en que siempre existe una razón tras las alteraciones de conducta. Según esta terapia el cuidador nunca debe discutir o enfrentarse al enfermo, ni intentar que se de cuenta de que su conducta es anómala. Tampoco se orientará al paciente si no quiere ser orientado.

- La modificación de conducta

Ésta tiende a suprimir los comportamientos anómalos. Se ha de plantear con sumo cuidado y siempre con la supervisión de un profesional. No hay que olvidar que la conducta es también la expresión de vivencias internas, y que un intento de modificación de la conducta que no tenga en cuenta este nivel interno podría no ser adecuada.

Este método consiste en reforzar las conductas adaptadas e ignorar las anómalas, comporta tres puntos claves:

1. Definir la conducta que se debe modificar.
2. Implicar a todos los familiares posibles (todos los que tengan contacto con el paciente)
3. Responder positivamente, con afecto, alegría y entusiasmo ante las conductas adecuadas e ignorar las anómalas.

Hay que recordar siempre

1. Lo que es bueno para un paciente determinado puede no ser adecuado para otro.
2. Toda norma o consejo de intervención ha de tomarse con flexibilidad.
3. Deben considerarse siempre las características específicas de la persona.

3. Cómo actuar ante los trastornos de conducta

3.1. Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo.

Los pacientes pueden realizar una serie de comportamientos anómalos relacionados con el trastorno de memoria. Pueden no ser conscientes del problema y negarlo, pueden esconder cosas, repetir muchas veces la misma pregunta... Algunos de los problemas más frecuentes relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de enfermedad son:

- **Reacción ante la pérdida de memoria y capacidades mentales.** Cada persona reacciona de forma distinta, unas aceptan su problema, mientras otras no quieren reconocer que están perdiendo capacidades. Algunos tienden a ocultar su trastorno de memoria e incluso llegan a utilizar notas o agendas. Otros les echan las culpas a los demás, o dejan de participar en tareas que siempre habían realizado.

En las fases iniciales e incluso moderadas de las demencias, las capacidades de relación y fórmulas sociales están preservadas. En estos casos lo que se ha perdido es la memoria a corto plazo.

- **Falta de conciencia de la enfermedad.** Niega rotundamente los problemas que observa la familia. Cuando se le pone ante situaciones que evidencian sus trastornos de memoria, tiende a dar excusas, no colabora o se enfada diciendo que no le molesten con tonterías. En estos casos la persona, por un lado, está feliz, pero por otro se opondrá a los intentos de ayuda por parte de la familia.

- **Olvidos.** Son los síntomas fundamentales de las demencias. El enfermo en poco tiempo olvida sus experiencias o las recuerda fragmentariamente. Consejos:

- Informar a los amigos del problema de memoria.
- Informar a los vecinos, por si lo ven confundido y perdido.
- No confiar en la memoria reciente del enfermo. Prevenir siempre que sea posible los problemas. Comprobar las afirmaciones del enfermo.
- Usar “ayudas de memoria” (poner letreros y dibujos en puertas, fotos de familiares con sus nombres...) en función

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

de las capacidades del enfermo. Éstas pueden mejorar significativamente las fases iniciales y moderadas de la enfermedad de Alzheimer.

–**Pérdida y ocultación de objetos.** Dejan las cosas en cualquier lugar y después son incapaces de saber donde las han dejado. Muchas veces guardan o esconden objetos de valor en lugares que luego no recuerdan. Además, hay que tener en cuenta que muchas de estas personas son suspicaces y pueden tener poca o nula conciencia de enfermedad, lo cual provoca que surjan conflictos en el seno de la familia (cree que algún familiar le ha robado los objetos).

Cuando el objeto no aparece hay que tratar el tema de forma cuidadosa, ya que de lo contrario el enfermo puede presentar una reacción de ansiedad. Es mejor responder tiernamente que a la defensiva.

Los objetos pueden aparecer solos o en un paquete detrás de un armario, en el congelador, debajo de colchones, dentro de zapatos...

Consejos:

- Disponer de un lugar en el que dejar siempre objetos como llaves, gafas, monedero...
- Mantener el orden en la casa, así es más fácil situar las cosas.
- Hacer que resalten los objetos pequeños que se puedan perder (colocar llaveros grandes y vistosos...).
- Disponer de copias de seguridad.
- Intentar descubrir si el paciente tiene un lugar favorito para esconder las cosas.
- Cerrar con llave determinados armarios o habitaciones para limitar el campo de acción del paciente.
- Evitar que la persona tenga fácil acceso a joyas, documentos u objetos de valor.
- Es mejor aceptar que algo se ha perdido y buscarlo con el paciente que entablar una discusión.
- No dejar grandes cantidades de dinero en casa.
- No vaciar nunca una papelería sin comprobar su contenido.

–**Repetición de preguntas.** Hacen constantemente la misma pregunta. Ello se debe evidentemente a la pérdida de la memoria, pero también a las preocupaciones y a la inseguridad. Nuestro familiar no es consciente de haber hecho la pregunta varias veces, ni recuerda la respuesta.

Consejos:

- No violentar nunca a la persona por su repetición.

- Es mejor tranquilizarle que intentar razonar o contestar a la misma pregunta varias veces. Se le puede decir: “No te preocupes, yo me encargo de eso”.
- Escribir la respuesta a las preguntas repetidas.

3.2 Alteraciones psicóticas.

- **Delirios.** Los delirios son creencias falsas, a pesar de evidencias contrarias. Son muy frecuentes en esta enfermedad y son una causa importante de institucionalización. Pueden tomar numerosas formas, desde sensaciones de perjuicio personal, de que les han robado, de infidelidad, de que la casa en la que vive no es la suya, de abandono, de que las personas no son las que dicen ser, de que en su casa viven extraños o de que las personas que salen en la televisión entran en su casa.

Se pueden presentar en cualquier momento de la enfermedad de Alzheimer, e incluso pueden ser el primer síntoma. En general, son más frecuentes en fases intermedias y avanzadas. Los pacientes con delirios son más agresivos, miedosos y ansiosos, presentan más alteraciones de las actividades y pueden ser más rebeldes ante las personas que intentan ayudarles, que los que no los tienen. Intervención y tratamiento: Si los delirios son poco importantes e infrecuentes y no distorsionan la adaptación al entorno, pueden pasarse por alto, y simplemente observar su evolución. Si por el contrario si afectan causando conductas anómalas, agresividad, miedo o agitación, y también a sus relaciones domésticas o sociales, debe intervenir farmacológicamente (neurolepticos), lo que deberá hacer un médico.

Consejos:

- Los delirios pueden no aparecer en un paciente determinado, pero hay que estar preparado por si aparecen
- Conviene que el delirio no se convierta en una fuente de problemas y discusiones. No se aconseja rebatir constantemente al paciente, ya que esta actitud provocará conflictos innecesarios.
- Si la persona está asustada por el delirio, hay que tranquilizarle. Unas palabras sosegadas y una caricia en la mano pueden aportar bienestar.
- Distraer para que centre su atención en temas reales.
- Consultar al médico sobre posibilidades farmacológicas.

-**Alucinaciones.** Es la percepción de una sensación que acontecen sin que exista un estímulo real que las provoque. Una persona con alucinaciones puede ver, oír, oler o tener sensaciones táctiles de cosas que no ocurren en el mundo real.

Según la naturaleza de la alucinación, la respuesta puede ser de miedo o terror o bien de alegría y diversión. En la enfermedad Alzheimer, la frecuencia de las alucinaciones es menor que la de los delirios.

Las alucinaciones más frecuentes son las visuales, seguidas de las auditivas y finalmente las olfativas. Las visuales comprenden a personas y animales, mientras que las auditivas adoptan frecuentemente la forma de voces y ruidos.

Intervenciones y tratamiento: En primer lugar se ha de evaluar la posibilidad de

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

que existan defectos sensoriales (defectos visuales o auditivos). Las alucinaciones se tratan en caso de que realmente tengan una intensidad y unas características distorsionantes y amenazadoras para el paciente y para los familiares. El médico será quien indique qué fármacos hay que utilizar, sus dosis y la frecuencia de administración.

Consejos:

- No alarmarse ante las alucinaciones; reaccionar con calma y aplomo y no poner nerviosa a la persona.
- No combatir la alucinación ni convertirla en tema de discusión. Evitar convencer al enfermo de que no percibe hechos reales. Para él su percepción es completamente real. Insistir en la irrealidad de la alucinación provoca irritación y ocasionalmente agresividad.
- No decir que se está de acuerdo con la falsa percepción. Es mejor no contestar o dar respuestas neutras, sin comprometerse.
- La mejor actitud, si es posible, es distraer al enfermo para que olvide la alucinación. Se puede llevar al paciente a otra habitación o la cocina con la excusa de hacer algo (buscar un objeto, preparar algo de comer...).
- El contacto físico, a no ser que sea interpretado como un acto dominante, puede tener un papel tranquilizador. Cójale la mano o abrácele.

3.3 Cambios en el humor

–**Depresión.** Aparece frecuentemente en las demencias (en Alzheimer entre el 40-50% de los enfermos), aunque no todos los pacientes presentan depresión. Puede deberse a una reacción ante el hecho de que el paciente es consciente de que pierde capacidades y tiene una enfermedad grave e incurable. En ciertos casos es el resultado de lesiones cerebrales, ya que éstas afectan a zonas relacionadas con el estado afectivo.

También existen casos en los que el paciente es totalmente inconsciente de los problemas de memoria y mentales que sufre (anosognosia) y no presentará ninguna reacción depresiva e incluso puede manifestar cierta euforia.

Las manifestaciones más frecuentes de la depresión son: el llanto los sentimientos de culpa, de inutilidad o de ser una carga para los demás. Es posible que tenga lugar una pérdida de peso, cambios en el rito del sueño y una preocupación excesiva por la salud. El suicidio es raro en la enfermedad de Alzheimer.

Intervención y tratamiento: El médico debe valorar los síntomas y su intensidad. Cuando los síntomas de depresión son importantes se deben tratar con antidepresivos (la acción de éstos no es inmediata, en ocasiones se requiere un periodo de más de dos semanas para observar cambios significativos).

Consejos:

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

- No insistir constantemente para que el enfermo se anime e intente salir de la depresión. Esta insistencia puede aumentar la depresión y el paciente puede sentirse incomprendido.
- Dar soporte y amor. Es importante que esté rodeado de personas queridas. Hay que animarle para que no se aíse. Pedir a alguien de confianza que visite al enfermo puede resultar beneficioso.
- Es importante que realice actividades para que se sienta útil y seguro. No se le debe pedir tareas complejas que no pueda realizar y en las que fracase.
- Consultar todas las dudas al médico.

-Labilidad emocional, reacciones catastróficas y enfados. La labilidad emocional se refiere a que los pacientes son propensos a presentar cambios bruscos y fluctuaciones en sus sentimientos y expresiones emocionales. Sus emociones pueden oscilar entre sentimientos depresivos y desesperación, ansiedad y sentimientos de alegría y euforia, o conductas de furor y agresividad.

Con frecuencia se presentan enfados o una conducta violenta, la mayoría de estas reacciones son “reacciones catastróficas”. Son arranques de agitación y angustia desproporcionados en relación con las causas que las provoca. Muchas veces el enfado es causado por la dificultad que tiene el paciente en comprender lo que está ocurriendo.

Las reacciones catastróficas puede deberse a trastornos perceptivos, alucinaciones y delirios, por dolor, infecciones, ciertos medicamentos y estados agudos de confusión mental.

Intervención y tratamiento: En principio hay que saber qué situaciones desencadenan con mayor facilidad la reacción catastrófica para intentar evitarla.

Si la labilidad emocional y las reacciones catastróficas tienen una base de ansiedad, se puede realizar un tratamiento con tranquilizantes.

Consejos:

- No solicitar al enfermo tareas que estén fuera del alcance de sus posibilidades mentales.
- Intentar descubrir las causas de los enfados para evitarlos en el futuro.
- Reaccionar con calma, sin alterarse, para evitar discusiones inútiles. Pensar que la hostilidad es el resultado de lesiones cerebrales, y que realmente no es intencionado.
- Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad.
- Apartar al enfermo de lo que le haya provocado la reacción anómala.
- Ante un enfado, distraerle y sugerirle cosas que le sean agradables.

-Apatía e indiferencia. A menudo se dan cambios de personalidad que se caracteriza por la indiferencia, la apatía y la distancia.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

Los enfermos permanecen sentados, sin hacer preguntas, callados, sin visos de querer hacer algo.

En ocasiones la apatía, que podría ser una manifestación más de la demencia, también puede ser indicativa de la presencia de otra enfermedad. Todo cambio debe ser estudiado medicamente.

Este tipo de comportamiento puede ser una reacción ante las dificultades que experimentan ante las tareas de la vida diaria. También podría estar causado por el predominio de las lesiones cerebrales de los lóbulos frontales. La apatía puede alternar con periodos de excitación o deambulación errante.

Intervención y su tratamiento: Es importante que se mantenga la actividad física para mantener la masa muscular y un buen funcionamiento de las articulaciones. Y también es importante mantener y estimular la actividad mental.

Hay que intentar que el paciente tenga interés por las cosas y que realice actividades gratificantes en las que se sienta útil. Puede ser positivo llevarlo de paseo a sitios conocidos, escuchar música, recordar su pasado.

Consejos:

- Empezar por tareas pequeñas y sencillas.
- Estimular al enfermo, pero sin ponerlo nervioso.
- Si abandona una tarea al poco tiempo es mejor no increparle, sino felicitarle por lo que ha hecho.

3.4 Ansiedad, nerviosismo e inquietud

La ansiedad constituye un sentimiento de miedo, de peligro inminente. En la siguiente tabla se presentan los signos y síntomas de los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es una emoción que normalmente presenta diversos signos y síntomas
Síntomas corporales: <ul style="list-style-type: none">- Espasmos o temblores- Tensión muscular- Dolor de espalda, de cabeza- Dificultad para tragar- Respiración profunda y rápida, sensación de falta de aire- Fatigabilidad

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

- Sensaciones de entumecimiento y hormigueo (parestias)
- Hiperactividad vegetativa
 - Rubor y palidez
 - Incremento de la frecuencia cardíaca (taquicardia)
 - Palpitaciones
 - Sudación
 - Manos frías
 - Diarrea
 - Sequedad de boca
 - Frecuencia en la orina
- Respiración profunda y rápida, sensación de falta de aire

Síntomas psicológicos:

- Síntomas psicológicos:
 - Sentimiento de temor
 - Dificultad en la concentración
 - Estado de alerta
 - Insomnio
 - Disminución del interés sexual
 - Sensación de “nudo en la garganta”
 - Malestar en el estómago

En algunos casos la ansiedad se puede relacionar con los sentimientos generados por la pérdida de capacidad . Es fácil que el paciente perciba tensiones familiares, y que lo refleje en su propio sentir y en su

comportamiento. En otros casos, la ansiedad se explicará por la distribución de las lesiones cerebrales.

La ansiedad se puede presentar en distintos grados, desde sentimientos internos (psicológicos) hasta manifestaciones corporales. La manifestación más frecuente es una excesiva preocupación anticipada sobre los acontecimientos venideros. La ansiedad grave puede producir episodios de agitación. El paciente puede estar algo excitado, o muy excitado, y ser incapaz de dar explicaciones sobre las causas de su estado o, a lo sumo, dar explicaciones insatisfactorias.

El nerviosismo que conduce a la agitación puede ser el resultado de repetidas frustraciones y reacciones catastróficas.

Intervención y tratamiento: el primer paso es determinar la causa que lo provoca. Se debe intentar reducir la estimulación excesiva, los ruidos y los cambios. Hay que eliminar todo lo que pueda confundir y provocar estrés. Se le puede proporcionar alguna actividad o algún juego en el que pueda liberar energía, o salir a la calle.

Se aconseja tratamiento farmacológico en casos de ansiedad importante. Se controlará que el paciente no esté excesivamente sedado.

Consejos:

- Evitar situaciones tensas y las discusiones
- Suprimir excitantes (café, té, colas)
- Tener presente que incluso los enfermos más avanzados tienen capacidad de percibir y participar del humor de las personas que les rodean: si la situación es tensa también la sufrirán.
- Responder con afecto, y evitar razonar para que comprenda que sus sentimientos de ansiedad son infundados.
- Dar seguridad, comodidad y simplificar el medio en el que vive.

3.5 Alteraciones de la actividad psicomotora.

Son frecuentes en la enfermedad de Alzheimer. La actividad verbal o motora está aumentadas. En general estas actividades afectan notablemente a los cuidadores. Algunos trastornos del movimiento pueden estar causados por medicaciones.

Pueden darse distintos patrones: inquietud motora, manoseos o manipulaciones sin finalidad, paseos de un lado a otro y deambulación errante.

El deambular errante y los paseos incesantes son conductas que impregnan las fases media y avanzadas de la enfermedad, generalmente cuando los pacientes están institucionalizados.

- **Deambulación errante (vagabundeo).** Deambular sin rumbo ni objetivo. Esta conducta puede depender de distintas causas que la generen, pero también puede estar condicionada simplemente por el lugar donde predominen las lesiones en el cerebro. Algunas causas de deambulación errante serían los miedos, la desorientación, la falta de ejercicio o el hecho de que el paciente esté perdido. Las causas las podemos clasificar en :

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

- Somáticas: dolor, malestar físico, sensación de hambre...
- Psicológicas: angustia, miedo, sensación de estar encerrado...
- Cambios en el entorno: exceso de estímulos o pobreza, poca luz...

La vivencia psicológica de estar en el pasado y la necesidad de ir a lugares como el trabajo pueden ser causas importantes de la deambulación errante. Esta conducta puede aumentar cuando el paciente se muda de su domicilio habitual o se realizan cambios significativos en su medio (obras de reformas, cambios de muebles...).

Intervención y tratamiento: en primer lugar se tratará de determinar , si es posible, la causa. Hay que descartar las causas orgánicas. Si el paciente conserva la lectura y la capacidad de seguir instrucciones, se pueden superar ciertos problemas de desorientación:

–Colocando tarjetas con instrucciones sencillas.

Si hay que trasladar al paciente es importante que éste participe en la preparación del traslado y que visite previamente el nuevo domicilio varias veces. También es importante colocar muebles y objetos que le resulten familiares.

Puede ser útil colocar cerraduras de seguridad, asegurarse que el paciente no pueda escapar por la ventana.

Consejos:

- Para que el enfermo sea identificado es importante que lleve una medalla o brazalete con su nombre y dirección, y la inscripción: “tengo un problema de memoria”.
- Que lleve en su cartera o monedero una tarjeta con su nombre, su dirección y su número de teléfono.
- Evitar al máximo los cambios de domicilio y las reformas en el mismo.
- Evitar viajes y visitas largas innecesarias.
- Rodear al enfermo con los objetos que le sean familiares
- Modificar el entorno para dar la máxima seguridad. Controlar las ventanas. Instalar cerraduras de seguridad
- Informar a vecinos y a comerciantes por si ven a nuestro enfermo solo por la calle.
- Realizar ejercicios de orientación a la realidad cuando sea posible. Colocar letreros que orienten al paciente en casa.
- Aprovechar para salir a pasear cuando aparezca la conducta de deambulación.
- Hay que dejarle caminar pues al tener una mayor actividad física dormirá mejor.

–**Seguimiento persistente del cuidador.** En estos casos el cuidador se convierte en el faro que le da seguridad, ya que le soluciona todos los problemas que es incapaz de solucionar por sí mismo. Una persona con problemas de memoria no tiene una adecuada sensación del paso del tiempo y se angustia cuando deje de ver al cuidador.

Intervención y tratamiento: Buscar tareas para ocupar al paciente: recortar, limpiar, escuchar música... Tareas repetitivas sencillas (doblar ropa, limpiar...).

Consejos:

- No dar opción a que estas conductas lleguen a afectar y agotar al cuidador.
- Comprobar si esta conducta aparece en momentos determinados del día.
- Se pueden instalar cierres de seguridad para mantener la breve intimidad necesaria en el lavabo.
- Pedir ayuda para poder tener un “respiro” y relajarse. Intentar dormir, salir de compras, ir al cine...

–**Actos repetitivos.** El paciente realiza una acción una y otra vez de manera incansable. Estos actos pueden ser muy variados, pero con frecuencia tienen que ver con actos normales u objetos de la vida diaria. Los enfermos pueden manipular, aplaudir, doblar la ropa u ordenar cajones... Pueden pasarse horas realizando la misma acción. Estos pacientes pueden andar y andar, y no desean descansar porque sienten la necesidad de andar. En estos casos si se les preguntan a donde van, a menudo no tienen en la mente ningún lugar determinado.

Intervenciones y tratamiento: Indicar educadamente al paciente que haga una tarea distinta. No presionarle ni hacerle ver que su tarea es inadecuada, ya que puede desencadenar una crisis de ansiedad y violencia. Para evitar estas conductas hay que mantener a los pacientes ocupados y hacer que se sientan útiles.

Consejos:

- Si la conducta no es especialmente molesta o nociva para el enfermo, se puede dejar que la realice durante un tiempo prudencial.
- La distracción es la mejor intervención para interrumpir las conductas repetitivas. Trate de ofrecerle algo para mirar, oír o hacer.
- En el caso de gritos repetitivos, es necesario ver si existe alguna causa física que los provoque. Consulte al médico.
- No contrariar al enfermo tratándolo como un niño por sus actos.

3.6 Agitación, violencia y agresión.

La agitación es un estado importante de tensión, con ansiedad, que se manifiesta a través de una gran actividad de movimientos y conductas molestas. Es muy común en la enfermedad de Alzheimer. Los pacientes pueden dañar el entorno o a las personas, o autolesionarse. Se manifiestan ansiosos, hiperactivos, coléricos y confusos. Con frecuencia gritan y discuten. La agitación puede llegar a situaciones límite, con la necesidad de varias personas para reducir al paciente, que da empujones, tira objetos, destroza muebles...

La agitación puede ser consecuencia de una depresión, de un estado de ansiedad o de una reacción catastrófica. También puede deberse a diversos factores, o a la suma de factores como el dolor, el cansancio, la falta de descanso, y el efecto de medicamentos o de la propia demencia. En ciertos casos se puede relacionar con la supresión brusca de medicaciones sedantes, somníferos, alcohol o drogas.

Intervención y tratamiento: Lo primero es saber qué es lo que lo provoca (alucinaciones, medicamentos...) y hay que consultar al médico. Si los cambios en el medio no son suficientes se iniciará tratamiento farmacológico. Si el paciente puede lesionarse o hacerlo con otros se utilizarán contenciones físicas.

Consejos:

- Transmitir sensación de tranquilidad, aproximarse con educación.
- No enfrentarnos, ni gritar o elevar el tono de voz ni sujetar o provocar al enfermo.
- Adoptar una postura empática y receptiva. La sonrisa puede ser el amortiguador de una crisis de agresividad.
- Buscar el contacto visual facilitando el acercamiento progresivo, preguntarle qué le pasa y si se le puede ayudar. No realizar gestos bruscos tocarle de forma inesperada de manera que le cause sorpresa.
- Anticiparse al cuadro de agresividad.
- Si el enfermo está muy nervioso debemos retirarnos prudentemente de su alcance y retirar o eliminar aquellos objetos que puedan ser peligrosos.
- Simplificar el entorno del paciente.
- Ser muy prudentes al recurrir a medidas de sujeción física. No actuar nunca como si se tratara de un castigo.
- La primera prioridad debe ser siempre la seguridad del propio paciente y de las personas que le rodean.

3.7 Quejas e insultos contra el cuidador.

En ocasiones los familiares tienen que recurrir a la ayuda de un cuidador para su enfermo. En estos casos el paciente puede aceptar la ayuda o reaccionar negativamente con quejas, insultos, agresividad y agitación. De hecho, la presencia de un cuidador en casa significa que el paciente ha perdido

independencia. La conciencia de esta pérdida puede provocar reacciones de desadaptación.

Ante la presencia del cuidador, el paciente expresa recelo e insultos. En ocasiones se niega a que entre en casa. Puede acusarle de robos y hacer lo posible para que salga del domicilio.

Intervención y tratamiento: No es fácil de resolver rápidamente. Conviene que el paciente conozca poco a poco al cuidador y, a ser posible, que sea una persona previamente conocida. Generalmente el paciente acaba aceptando al cuidador tras un periodo inicial de tensiones.

Consejos

- Conviene dejar claro quien contrata al cuidador, y que es la familia la que tiene la potestad sobre el salario y el despido.
- Es importante asegurarse de que la persona que se contrata tenga conocimiento sobre la enfermedad y sepa cómo actuar ante determinadas situaciones.
- Dejar siempre los números de teléfono de contacto por si ocurre alguna emergencia.

3.8 Interpretaciones erróneas e incapacidad para reconocer a personas o cosas.

Puede ser la causa de trastornos psicológicos y del comportamiento.

Las interpretaciones erróneas pueden deberse a múltiples mecanismos, desde interpretaciones delirantes hasta interpretaciones lógicas basadas en trastorno perceptivos (alteración visión o audición), interpretación anómala por falta de capacidad de razonamiento.

También pueden perder la capacidad de reconocer objetos o personas (agnosia).

Intervención y tratamiento: Depende de la causa, pero en general se trata de ayudar a que el paciente interprete bien la realidad. Si hay problemas auditivos o visuales habrá que ver si se puede corregir con audífonos o gafas, o si hay insuficiente iluminación.

Las interpretaciones erróneas pueden suprimirse si se explica al paciente lo que está viendo u oyendo en cada momento. Es mejor dar explicaciones que entablar una discusión que, además, podría dar lugar a una reacción catastrófica.

Consejos:

- Deben descartarse siempre problemas perceptivos (auditivos y visuales), y corregirlos si es preciso.
- No polemizar.
- Ayudar explicando qué está sucediendo en el entorno.
- No hablar sobre el paciente en su presencia.
- Comprobar si las interpretaciones anómalas son un delirio.

3.9 Cambios de personalidad.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

Personalidad (conjunto de cualidades y características de una persona). 70% en las fases iniciales de la enfermedad. Se debe a cambios en neurotransmisores y predominio de lesiones en ciertas áreas cerebrales. El paciente puede volverse:

- Lábil, inestable, ansioso.
- Desinhibido, con alteración del juicio y actos sexuales inadecuados.
- Agresivo.
- Apático, indiferente, distante.
- Suspicaz, con delirios de persecución.
- En algunos casos el cambio de personalidad combina varios de los rasgos descritos.

Intervención y tratamiento: dependerá del tipo de cambio (Ej: si es apático ==estimulación). En muchas ocasiones se debe medicar al paciente.

Consejos:

- Hay que comprender al enfermo. Los cambios de personalidad son el resultado de lesiones cerebrales.
- Consultar al médico en caso de cambios bruscos.

3.10 Trastornos del sueño y del ritmo diurno.

Son muy frecuentes (40-70%). Día tras día hace mella en el cuidador, que no descansa.

- Hay que recordar que con el envejecimiento se modifican las características del sueño.

El sueño en el anciano

- Están más horas en la cama
- Interrupciones más frecuentes durante la noche
- Requieren menos tiempo total de sueño nocturno (necesitan dormir menos horas que los jóvenes)
- Tardan más en conciliar el sueño
- Se quejan de insatisfacción con el sueño
- Presentan cansancio y somnolencia durante el día
- Realizan siestas más frecuentes

En ocasiones las personas con demencia duermen durante el día, lo que provoca una menor necesidad de sueño por la noche. También puede suceder que estén poco

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

activas por el día y lleguen poco cansadas a la cama.

En muchas ocasiones el trastorno del sueño se une a la desorientación general del paciente (no saben la hora ni el lugar en el que se hallan).

Intervención y tratamiento: Hay que determinar la causa y seguir los consejos que facilitan un sueño adecuado por la noche.

Consejos:

- Es importante que esté activo durante el día (Ej: pasear, hacer tareas...)
- Evitar las siestas largas durante el día.
- Evitar pequeñas siestas a lo largo del día, aunque puede descansar un rato después de comer.
- Evitar excesos de líquidos antes de ir a la cama.
- Llevar al enfermo al lavabo antes de acostarse.
- Mantener un tono calmado y pacífico durante la noche para inducir al sueño. Mantener las luces bajas, e incluso poner música relajante.
- Que el lugar donde duerme sea confortable.
- Si es preciso usar antifaz
- Si el paciente se despierta durante la noche, tranquilizarle. No discutir.
- Poner luces piloto en la habitación y en los pasillos
- Cerrar las puertas de los lugares a los que no deba ir. Cerrar balcones y ventanas.
- Si la oscuridad asusta o desorienta a la persona, usar luces nocturnas.

Consejos higiénicos para mejorar el sueño

- Levantarse a la misma hora todos los días, aunque se hay adormido mal.
- Acostarse a la misma hora.
- Dormir lo necesario, pero no en exceso. La permanencia prolongada en la cama puede dar lugar a un sueño fragmentario y poco profundo.
- Buena temperatura.
- No irse a la cama con hambre.
- La cama debe ser confortable. Sólo se usará para dormir.
- El dormitorio debe ser tranquilo (sin ruidos)
- Evitar fármacos o sustancias estimulantes como la cafeína o el té.
- Evitar exceso de alcohol.
- Evitar reforzar demasiado el dormir. Levantarse de la cama y realizar otra actividad si no se puede

conciliar el sueño. No quedarse en la cama pensando que cuesta dormirse.

- Si se emplean somníferos siempre siguiendo las indicaciones del médico. Se debe evitar su uso prolongado, sólo en ocasionalmente.

3.11 Trastornos de la conducta alimentaria.

Son frecuentes (60%). En primer lugar hay que señalar que una dieta bien equilibrada es imprescindible para prevenir infecciones, lesiones cutáneas y la debilitación progresiva con pérdida de peso. Además, debemos recordar que han de beber aproximadamente dos litros de agua al día.

El apetito en el enfermo de Alzheimer puede haber aumentado o disminuido en las fases inicial y moderada. No se conocen los mecanismos de la pérdida de peso en las fases avanzadas. Lo cierto es que en general los pacientes pierden peso, adelgazan y su aspecto físico se modifica. En ciertos casos se debe a comidas incompletas por la imposibilidad de manipular la comida y usar los cubiertos. Es más difícil que coman alimentos duros, difíciles de cortar, masticar y tragar.

Debido a los trastornos de memoria, los problemas de identificación de los objetos y la pérdida de las normas sociales, se pueden producir situaciones anómalas en el momento de las comidas.

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser:

- Incremento o disminución del apetito
- Trastornos del comportamiento en el momento de comer.

En algunos casos se niega a comer algún tipo de alimento. En general, están más dispuestos a comer los alimentos que les resultan más familiares. Tenderán a rechazar los alimentos desconocidos.

La falta de memoria y de la conciencia del paso del día conduce a que una pequeña sensación de apetito sea interpretada como si no se hubiera comido. Si, además, el apetito ha aumentado es fácil que el paciente quiera comer varias veces.

Hay quienes comen a escondidas (incluso cosas que tienen limitadas). En las fases más avanzadas de la enfermedad, no encuentran los cubiertos o, si los cogen son incapaces de usarlos. También pueden tirar la comida a la basura o por la ventana.

La falta de reconocimiento de los peligros de comidas en mal estado pueden dar lugar a que el paciente coma cualquier cosa.

Intervención: Si vive solo es importante realizar un control estricto. Puede olvidarse de la comida, aunque la tenga delante. Puede decir que come muy bien cuando realmente no es cierto.

Las comidas se adaptarán a la capacidad de cada enfermo, según use los cubiertos o no, sea capaz de alimentarse o tenga que ser asistido. Es fácil que aparezcan reacciones catastróficas en el momento de la comida.

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

Consejos:

- Cerrar despensas y frigoríficos.
- Esconder los alimentos que no estén permitidos por causa de alguna enfermedad.
- Esconder los alimentos que pueden causar trastornos (aceite, vinagre, sal, picantes...).
- Establecer horarios y simplificar el acto de comer.
- Si el paciente vive solo controlar si es capaz de organizarse las comidas. Dejarle comidas preparadas.
- Controlar el peso del enfermo.
- Durante el acto de comer:
 - Asegurarse que hay un ambiente de silencio y tranquilidad. Limitar el ruido y otras distracciones puede ayudar a la persona a concentrarse en la comida.
 - Proporcionar un número limitado de opciones de comida y servir porciones pequeñas. Puede ofrecer varias comidas pequeñas a lo largo del día en lugar de tres grandes.
 - Utilice pajitas o tazas con tapas para facilitar el beber.
 - Dar alimentos que se coman con las manos si no puede utilizar los cubiertos.
 - Usar un plato hondo en vez de uno plano puede ayudar también.-
- Llevar al enfermo al dentista regularmente para mantener la boca y la dentadura saludable.
- En etapas ulteriores, puede que se requiera una alimentación mediante sonda o parenteral en vena. Esta práctica debe tomarse con consideración y en muchas ocasiones puede evitarse con una inmensa paciencia por parte del cuidador.
- La mala alimentación puede ayudar a que se agrave el estreñimiento. En general con el envejecimiento normal se reduce la actividad, este problema se ve acentuado en estos paciente, al olvidar la periodicidad de las deposiciones, al consumir alimentos muy elaborados, fáciles de preparar y pobres en fibra...
- Una mala dentadura, un mal ajuste de la dentadura postiza o dificultad de deglución exigen una mayor modificación de la alimentación y agravan más el problema. También la ingesta de determinados medicamentos contribuyen al estreñimiento. Además, éste puede provocar malestar y dolor, lo que empeora la confusión mental del paciente.
- Por ello la alimentación debe ser variada y ha de cumplir los requerimientos nutritivos para mantener un estado de bienestar

óptimo. Hay que aumentar el consumo de agua y fibra, animar al enfermo a realizar algún tipo de actividad física, incrementar la ingesta de frutas y verduras, cereales integrales (copos de avena, salvado), y ensaladas.

3.12 Incontinencia urinaria y fecal.

Las personas afectadas por la demencia (en fase avanzada) pueden orinarse o defecarse encima, lo que es denominado incontinencia urinaria e incontinencia fecal, respectivamente. La incontinencia puede ser muy perturbadora para el enfermo y muy difícil para quien lo cuida.

La incontinencia urinaria. Es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra y constituye para la persona que lo padece un problema social e higiénico. En los últimos estadios se da la incontinencia de urgencia (pérdida involuntaria de orina que se asocia previamente a un fuerte deseo miccional, en el cual el paciente nota que se va a orinar y no puede evitarlo. Estas contracciones involuntarias del detrusor suelen ser secundarias a alteraciones neurológicas de las vías y centros nerviosos que regulan la dinámica miccional (nervios, médula y cerebro). Otras causas como las infecciones urinarias, prostatitis y diabetes mal controlada, también pueden originar la incontinencia urinaria. Por ello, será conveniente que se consulte al médico y que se estudien las causas para un posible tratamiento.

También puede deberse a: retraso motor (no llegar a tiempo), desorientación, alteración de la memoria, afasia, apraxia. Esto se conoce como “falsa” incontinencia.

Consejos:

- Primero consultar a un profesional.
- Hay que tomar las medidas oportunas dependiendo de la causa. Ej: disponer de orinales, llevar al baño al enfermo cuando se le vea agitado, o sistemáticamente cada dos horas, usar ropa fácil de quitar (velcros, evitar el uso de fajas o pantys), reducir la ingesta de líquidos antes de ir a la cama, colocar pañales, que el baño esté en un lugar asequible y de fácil acceso o poner pilotos de luz en el camino que conduce al baño.... Cuando la incontinencia es permanente habrá que recurrir a la administración de pañales y colocar fundas lavables para las sillas y sofás.
- Es importante tener una rutina para ir al baño (Ej: ir al baño cada 3 horas).
- Estar atento a señales de que la persona tiene que ir al baño como inquietud, tirarse de la ropa.
- Sea comprensivo cuando ocurren accidentes. Conserve la calma y tranquilice a la persona si está angustiada.
- No le apesure, pero evite que permanezca demasiado tiempo en el

retrete. No olvidar que se trata de un acto íntimo.

- No se debe olvidar limpiar los genitales y cambiar los pañales una vez se haya orinado, puesto que los numerosos pliegues existentes pueden provocar irritaciones e infecciones y úlceras.

La incontinencia fecal. Es la pérdida involuntaria de excrementos a través del ano y constituye para la persona que lo padece un problema social e higiénico.

Se da en las últimas fases de la enfermedad y con menor frecuencia que incontinencia urinaria. Se produce por alteraciones neurológicas y centros nerviosos que regulan la dinámica fecal. También existe una falsa incontinencia producida por los mismos factores que en la urinaria.

Consejos:

- Los mismos que en el apartado anterior.
- Es importante mantener un régimen alimenticio equilibrado, en el que los alimentos no sean ni demasiado laxantes, pues producirán diarreas, ni demasiado astringentes, pues provocarán estreñimiento.
- Uso de pañales. Hoy en día existen una amplia variedad de pañales que se adaptan al peso y a la talla del paciente. Si la persona los rechaza utilizarlos de forma paulatina (primero sólo por las noches....).

4. Cómo actuar en ...

- **El vestido.** Consejos:
 - Intentar que la persona se vista a la misma hora todos los días, para que lo haga como parte de la rutina diaria.
 - Animarla para que se vista por sí sola hasta donde sea posible. No meter prisa.
 - Permitir escoger entre una selección limitada de prendas.
 - Organizar la ropa en el orden en que se la deba poner para ayudar a ejecutar el proceso.
 - Dar instrucciones claras, paso a paso.
 - Escoger ropa cómoda, fácil de poner y quitar. Los elásticos en la cintura y los cierres de velcro disminuyen las dificultades (los botones y las cremalleras aumentan las dificultades).
- **El baño.** Para algunas personas no les es molesto pero para otras es una experiencia que produce confusión y miedo. Planear por adelantado puede ayudar a que sea mejor. Consejos:
 - Hay que tener en cuenta que el baño produce miedo y es incómodo para algunas personas con Alzheimer (hay que respetarlo). Sea amable y respetuoso, tenga paciencia y calma.
 - Escoger la hora del día en que la persona esté más tranquila y positiva. Hay que ser constante (crear una rutina).

Las alteraciones de conducta en la enfermedad de Alzheimer

- Indicar a la persona lo que se le va a hacer, paso por paso. Dejar a la persona que haga todo lo que pueda hacer por sí misma.
 - Prepararse con anticipación (preparar todo lo que se necesita).
 - Tener en cuenta la temperatura del baño, si es necesario, calentar de antemano el cuarto y tener cerca toallas extras y una bata de baño. Provar la temperatura de agua.
 - Se pueden reducir riesgos utilizando una ducha de mano, asiento para la ducha, barras para agarrarse (asideros) y alfombras no resbaladizas para la bañera. No dejar sola a la persona.
- **Manejo de vehículos.** Decidir que conducir es ya un riesgo para la persona con esta enfermedad es difícil. Es necesario que se le comunique con tacto y cuidado. Aunque a la persona le pueda molestar debemos tener en cuenta que su seguridad es la prioridad. Consejos:
- Hay que estar alerta a las señales que indican que es peligroso que la persona continúe conduciendo un vehículo. Algunas de estas señales son: perderse en lugares conocidos, conducir demasiado rápido o demasiado lento, desatender las señales de tráfico, enfadarse o confundirse.
 - Comprender los sentimientos, pero ser firmes al perder que no lo haga más.
 - Si es necesario tomar las llaves del automóvil.
 - Si todas estas medidas fallan, desactive el automóvil estacionándolo en un lugar donde la persona no pueda verlo o tener acceso a él.

Ante las conductas anómalas hay que...

- Ver si existe un desencadenante.
- Procurar distraer su atención con temas que le agraden.
- No intentar razonar.
- No enfadarse, ni regañarle. Tranquilizarle y mostrar cariño y afecto.
- El contacto físico es un medio importante para tranquilizar a la persona.
- Es muy importante que el enfermo esté ocupado realizando actividades y que se sienta útil.

