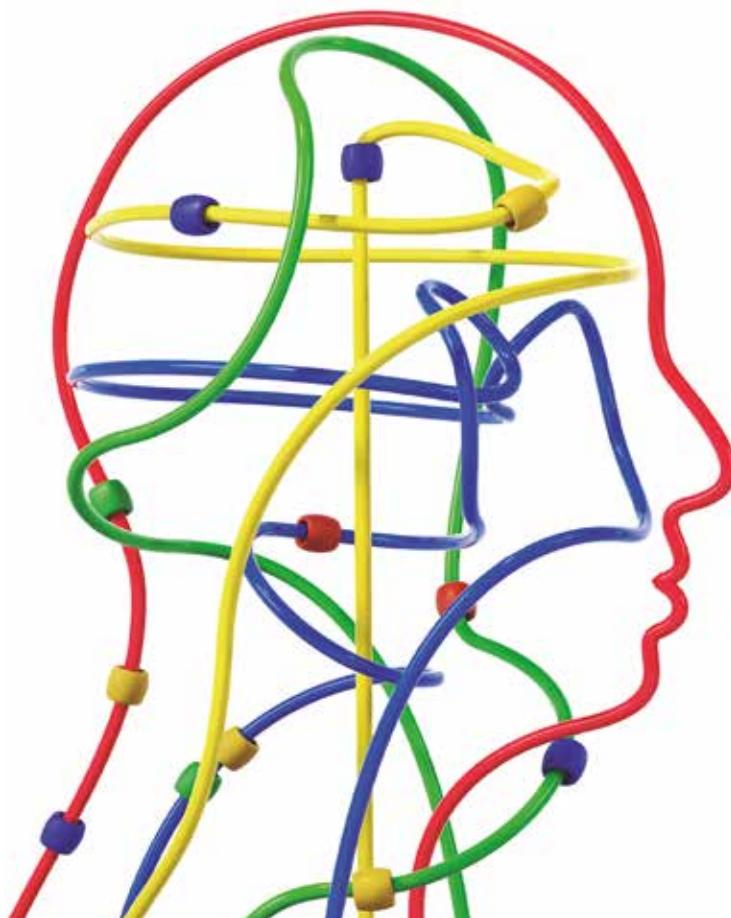


GUÍA

RESOLVIENDO ALTERACIONES DE CONDUCTA EN CASA

GALZHEIMER CARE



En el presente texto, de acuerdo con la recomendación específica de la Real Academia Española (RAE) y el principio de economía del lenguaje, se adopta el uso genérico del sustantivo masculino para designar la clase, es decir, a todos los individuos sin distinción de sexos.



Galzheimer Care
Montserrat, 40
15009 A Coruña
Mail: info@galzheimercare.es
Web: galzheimercare.es

Autores: José Manuel Aldrey Vázquez, Juan Manuel Pías Peleteiro, Ana Díaz Cortés e Isabel Jiménez Martín.

Diseño de cubierta y maqueta: Talleres Trébore.

Imprime: Lugami Artes Gráficas.

Edita: Galzheimer Care.

Depósito Legal: C 428-2025

© Galzheimer Care

Guía "Resolviendo alteraciones de conducta en casa" © 2025 by José Manuel Aldrey Vázquez, Juan Manuel Pías Peleteiro, Ana Díaz Cortés, Isabel Jiménez Martín is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



Índice de contenidos

1	Introducción	4
2	Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta	7
3	Importancia de los trastornos del comportamiento	9
4	Tipos de trastornos del comportamiento	13
5	Causas de las alteraciones del comportamiento	17
6	Abordaje general de los problemas de conducta en el domicilio	21
7	Consejos concretos según el trastorno de conducta	27
8	Otros recursos que pueden ser útiles	39
9	Referencias y bibliografía	44
	Caso práctico	46



1

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de conducta constituyen los síntomas de manejo más complicado en las personas que padecen enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En general, para un buen control de estas manifestaciones debe contarse con la colaboración del médico, pero hay algunas estrategias que pueden desarrollarse en el entorno doméstico y pueden constituir una ayuda complementaria inestimable. Esta guía pretende exponer, en forma de consejos, unos más fáciles de poner en marcha que otros, algunas de estas estrategias.

Es crucial que cualquier intervención a considerar esté centrada en la persona. Conocer aspectos biográficos como la personalidad previa, la profesión, los gustos, las aversiones, intolerancias, etc. es fundamental para poder establecer una estrategia con más probabilidades de éxito.

Debe realizarse un esfuerzo especial en intentar determinar cuál es la causa o los factores que desencadenan una alteración conductual en particular, porque facilita la resolución del problema.

Intentar ponerse en el lugar de la persona afectada, adoptar su punto de vista respecto a la situación que desencadena la alteración puede permitirnos interpretar mejor el significado de un comportamiento alterado, lo que nos sitúa en una posición de privilegio para revertirlo. Las enfermedades que producen deterioro cognitivo son dinámicas y cambian con el tiempo, y en general, las personas afectadas tienen una limitada capacidad de adaptación que disminuye conforme el deterioro progresá. El núcleo cuidador debe estar dispuesto a modificar su comportamiento y actitud con flexibilidad en función de las manifestaciones y del momento evolutivo de la enfermedad, y cuanto mayor sea su capacidad de adaptación, mejor afrontará el abordaje de estos y otros problemas. La mejoría que puede observarse en algunos casos conforme pasa el tiempo se debe de forma primordial a la adaptación del núcleo cuidador antes que a cambios en la enfermedad o en la persona afectada.

Siguiendo estas premisas y los consejos contenidos en esta guía es esperable encontrar el mejor camino para que la persona con deterioro cognitivo y su entorno gocen de una mejor calidad de vida.





2

DETERIORO COGNITIVO Y ALTERACIONES DE CONDUCTA

En las enfermedades neurodegenerativas que provocan **deterioro cognitivo**, el avance de la enfermedad ocasiona síntomas de pérdida de memoria, de compromiso de la capacidad de resolver problemas (capacidad ejecutiva), de alteraciones del lenguaje (limitación de la expresión y comprensión) y otros. Estos síntomas cognitivos condicionan **una limitación de la capacidad funcional**, de la autonomía personal, y con la evolución, la persona se vuelve incapaz y dependiente. Finalmente, los síntomas cognitivos y la incapacidad funcional se acompañan antes o después de **trastornos de conducta**, que son difíciles de abordar y comprometen la seguridad y la calidad de vida del paciente y del núcleo cuidador. Son estos trastornos los que favorecen en mayor medida la sobrecarga del cuidador y con gran frecuencia condicionan con la institucionalización en residencias asistidas.





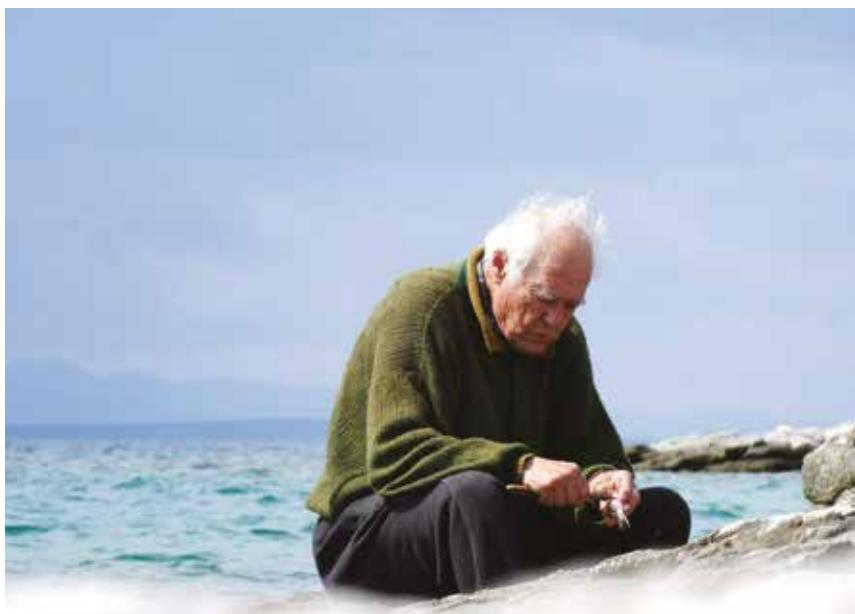
3

IMPORTANCIA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos de conducta son importantes por muchas razones. Entre ellas cabe enumerar las siguientes:

- Son muy frecuentes, y generalmente aumentan conforme la enfermedad evoluciona.
- Incrementan el trastorno cognitivo y aceleran y agravan la dependencia.
- Facilitan la progresión global del cuadro de deterioro.
- Pueden incluso requerir asistencia urgente si se agravan o se hacen persistentes, y con frecuencia son la causa principal de la demanda de asistencia en dispositivos de urgencia o de atención primaria.

- Incrementan la demanda de cuidados y constituyen el factor que influye más negativamente en la sobrecarga del núcleo cuidador.
- En relación con lo anterior, con frecuencia abocan a una institucionalización inevitable.
- Son útiles en algunos casos para contribuir a la identificación precisa de la enfermedad que provoca el deterioro cognitivo. Así, son más frecuentes y característicos en la demencia frontotemporal (desinhibición, agresividad) o la demencia con cuerpos de Lewy (alucinaciones).
- A menudo se desencadenan o agravan por causas intercurrentes ajenas a la propia demencia, como es el caso de las infecciones urinarias, las infecciones respiratorias, el dolor osteomuscular agudo y crónico y los efectos secundarios de algunos medicamentos. Constituyen pues una oportunidad muy valiosa para identificar este tipo de alteraciones e iniciar precozmente su corrección.









4 TIPOS DE TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

La **ansiedad** es frecuente en estos pacientes, puesto que en muchas ocasiones se hallan confusos, no saben qué va a suceder y no disponen de recursos para solucionar incluso pequeños problemas en el día a día. En las personas que conservan conciencia de enfermedad, esto puede afectar a su estado de ánimo y aparecen **síntomas depresivos** de intensidad variable. A menudo, la ansiedad y la depresión comportan como reacción un estado de **irritabilidad** que puede convertirse en **agitación**, e incluso **agresividad**. A veces presentan un estado de inquietud permanente o fluctuante que se traduce en **conductas motoras anormales**, como la deambulación errática sin un fin, los movimientos repetitivos, las conductas de seguimiento y la búsqueda incesante. Mientras algunas personas se **desinhiben** socialmente (en general, aquellas que no tienen conciencia de enfermedad)

y pueden mostrar incluso estados de **euforia** excesiva, otras desarrollan un estado de inhibición permanente y profunda que las sume en un estado de desmotivación y apatía. En algunos casos se produce una alternancia entre situaciones de desinhibición y **apatía**. Las **alteraciones del sueño** son frecuentes en personas de edad, más si presentan deterioro cognitivo. En algunos casos puede desarrollarse una **conducta sexual inapropiada**. Por último, algunos pacientes manifiestan alteraciones de la percepción o de la interpretación de la realidad y pueden presentar **ideas delirantes** (interpretaciones erróneas de la realidad, a veces de forma obsesiva) e incluso **alucinaciones** (en general en forma de estímulos visuales irreales), que no pocas veces provocan miedo y reacciones defensivas que parecen desproporcionadas.









CAUSAS DE LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

Es muy importante considerar que **LAS ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO SON A MENUDO LA RESPUESTA DE UNA PERSONA CON DETERIORO COGNITIVO A UNA SITUACIÓN DE CONFLICTO.**

Las causas que las desencadenan son múltiples y variables según los casos. Los problemas de memoria, de lenguaje, de razonamiento, de disminución de la capacidad ejecutiva, la pérdida de autonomía y la dependencia pueden, de forma aislada o en combinación variable, contribuir al desarrollo de alteraciones de conducta. A esto se suman limitaciones propias de la edad, como los déficits visual y auditivo, y en algunos casos los problemas de movilidad, las enfermedades crónicas y las combinaciones de tratamientos que son más frecuentes en personas mayores.

Es muy importante considerar, ante una alteración de conducta que se desarrolla sin causa aparente o se sale de lo común, la posibilidad de un proceso intercurrente. Las personas de edad, sobre todo si tienen deterioro cognitivo, son más propensas a padecer infecciones de orina y esta es con mucha frecuencia la causa desencadenante. Otros procesos infecciosos, dolor articular o de otro origen, el estreñimiento pertinaz y los efectos secundarios de medicamentos o las interacciones entre ellos, también constituyen causas frecuentes. Detectar estas situaciones puede contribuir, mediante la corrección de la causa, al control de las alteraciones conductuales. En la siguiente tabla, se recogen algunas de las posibles causas.

FACTOR DESENCADENANTE	CAUSA
Dolor	Artrosis, fracturas (por caídas inadvertidas)...
Fiebre	Infección urinaria, infección respiratoria, infección cutánea (úlceras)...
Incomodidad física	Hambre, sed, frío, retención de orina, estreñimiento...
Cambios en rutinas	Higiene, sueño, horarios, paseos...
Cambios en el entorno	Animales, visitas, mudanzas, variaciones del núcleo familiar...
Vivencias/Sensaciones	Miedo, frustración, contrariedad...







ABORDAJE GENERAL DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL DOMICILIO

Principios generales

- Las alteraciones de conducta son un recurso comunicativo de la persona con deterioro cognitivo que debemos intentar interpretar para detectar la causa e intentar corregirla.
- Mejorar la comunicación es un recurso de primer nivel (ver más adelante).
- Fomentar la autonomía posible, favorecer la colaboración y disminuir la frustración son buenos puntos de partida para prevenir y solucionar conflictos.
- Es aconsejable **SIMPLIFICAR** la relación con las personas y el entorno, evitando

situaciones confusas que puedan generar incertidumbre inseguridad y miedo. Establecer rutinas muy sencillas, evitar la toma de decisiones complejas, corregir sólo lo imprescindible y seleccionar tareas muy simples son buenos hábitos en este sentido.

- Es necesario diseñar las rutinas diarias, seleccionar actividades, establecer unas mínimas normas de funcionamiento... para que la situación esté bajo control. En cualquier programación centrada en la persona, es necesario conocer y tener presentes las características personales, y es primordial respetar la individualidad y peculiaridad personal. Conocer sus gustos, preferencias, hábitos previos, creencias, ritmo de actividad, divertimentos, ocupación previa, destrezas... nos permitirá elegir actividades y momentos adecuados que encajen de forma óptima y sean mejor aceptadas y más satisfactorias.
- Deben existir rutinas establecidas que se reproduzcan con regularidad cada día: hora de levantarse, de las comidas, actividades de la mañana, actividades de la tarde, hora de acostarse, hora de aseo... Esto permite saber cuál es la sucesión de actividades, lo que sucederá en cada actividad, disminuye por tanto la incertidumbre, disminuye el miedo a no saber qué hacer y a tener que tomar decisiones, y predispone de forma idónea para que todo se desarrolle en el día a día de la manera menos conflictiva.



Facilitar la comunicación

La enfermedad dificulta la comunicación y lo hace cada vez más conforme progresa: altera el lenguaje, disminuye la comprensión, afecta a la capacidad de prestar atención... Una buena comunicación es fundamental para una buena relación de convivencia. Algunos consejos para mejorar la comunicación, se exponen a continuación:

- Como en cualquier intervención, la **PACIENCIA** es fundamental. Debe concederse el tiempo necesario para obtener una respuesta, sin apremios. Si no hay respuesta, debe repetirse la misma pregunta. Si aun así no hay respuesta es aconsejable ofrecer una respuesta.
- Conviene realizar **preguntas simples**, directas, de una en una y de respuesta fácil (mejor si se responden sí o no).
- Debe prestársele **atención** mientras habla y responder siempre a sus preguntas. Si se repiten muy a menudo, es aconsejable responder y realizar una actividad de distracción a continuación.
- Debe controlarse la información que se le ofrece. **SÓLO** se debe dar **información útil** e imprescindible, en explicaciones claras, breves y simples.
- Da mejor resultado **sugerir** ("qué te parece si hacemos...") que dar órdenes ("tienes que hacer...").
- Si precisa moverse (inquietud) debe hablársele caminando a su lado.
- Es importante **hablarle**, aunque no comprenda todo o parte. Es importante **utilizar gestos** para reforzar el mensaje. Aunque no comprenda, sí percibe el tono, la actitud...
- Es útil vigilar e interpretar su **expresión corporal**, gestos... porque nos permite percibir el estado anímico, el nivel de confort, preocupaciones...
- Es preferible dirigirse a la persona **por su nombre**, evitando parentescos que tiene que recordar.
- No se debe hablar de él o ella como si no estuviese presente, y es necesario hablarle como se haría con cualquier adulto.

- Es necesario **captar y mantener su atención** y mirarle directamente a los ojos.
- Para entablar conversación conviene **escoger temas que le gusten y que conozca bien** (adaptados a sus gustos y conocimientos previos a la enfermedad).
- Es mejor transmitir ideas sobre **qué debe hacer** que sobre lo que no debe hacer, y es preferible realizar preguntas como “¿podrías decirme...?” en lugar de “¿te acuerdas...?”.
- Un recurso muy útil es el **contacto físico** (abrazos, coger la mano, caricias...), que contribuye a favorecer la comunicación y en casos avanzados puede ser el único recurso comunicativo.

Crear un entorno agradable y optimizar las condiciones ambientales

Crear un ambiente agradable es sin duda el primer paso para conseguir el mayor bienestar posible. Mejorar las condiciones ambientales nos sitúa en un buen punto de partida para que las actividades del día a día se desarrollen de la forma más natural y agradable. En este sentido, conviene tener en cuenta algunos detalles.

- Conseguir una temperatura agradable, iluminar adecuadamente el entorno (mejor con luz natural), utilizar ambientadores, entre otras, son medidas que contribuyen de forma importante a crear un ambiente agradable.
- Conviene eliminar ruido innecesario, evitar multitudes o aglomeraciones de gente y proporcionar la mayor tranquilidad posible al entorno.
- El respeto de las rutinas diarias (despertar, comidas, acostarse...) creando hábitos predecibles, disminuye la ansiedad y la incertidumbre.
- Poner música agradable, según las preferencias de la persona, a volumen adecuado (mejor como música de fondo) mejora el entorno, aumenta la tranquilidad y favorece la relajación.
- En algunos casos puede ser muy útil señalizar lugares como la ha-

bitación, el baño o la cocina. Esto también disminuye la incertidumbre y la frustración.

- Sobre todo, si hay problemas de movilidad, es importante eliminar obstáculos físicos, ordenar adecuadamente el mobiliario, eliminar alfombras...
- Puede ser necesario realizar algunas adaptaciones para el uso del baño (como puntos de apoyo, asideros o mejorar iluminación).
- La persona debe permanecer **en cama sólo para dormir**. La rutina en los horarios de levantarse y acostarse debe respetarse de forma lo más estricta posible. Por la mañana se debe cambiar la ropa y vestirse (vestidos cómodos) para marcar el comienzo de la jornada de actividad. Por la noche, a la hora habitual, se procede nuevamente a cambiar la ropa (pijama, camisón...) para marcar el comienzo de la jornada de inactividad y preparar las condiciones adecuadas conciliar el sueño.
- El orden y la limpieza en la casa son fundamentales para crear el mejor ambiente.







7 CONSEJOS CONCRETOS SEGÚN EL TRASTORNO DE CONDUCTA

¿QUÉ HACER ANTE UNA CONDUCTA AGRESIVA?

La agresividad es la alteración de conducta que con mayor frecuencia provoca graves alteraciones en el núcleo cuidador. En primer lugar, es importante garantizar las condiciones de seguridad y no exponerse al riesgo de sufrir lesiones físicas. Mantener inicialmente una distancia de seguridad razonable es la primera medida a observar. Interesa, además:

- a. Identificar los desencadenantes e interesarse por la **causa** de la conducta agresiva. Es algo a tener presente en todo momento, aunque no es lo primero que hay que resolver. Nos permite abordar el problema actual, pero además nos permite prevenir futuras alteraciones de conducta.

b. Intentar mantener el control de la situación y modificar lo necesario para crear un ambiente de **tranquilidad**. Hay que evitar actitudes, gestos o situaciones que incrementen el nivel de agresividad. Para ello:

- Conviene emplear un tono de voz suave, neutro y sereno.
- Mantener la calma. Hay que esforzarse en no reprender agresivamente.
- Es necesario evitar movimientos bruscos y sorpresivos.
- El abordaje del problema debe conducirnos de forma gradual hacia una situación más agradable o al menos diferente, lo que tendrá en cualquier caso un efecto positivo.
- Es aconsejable un abordaje de frente, mirando a los ojos.

c. Si es posible, sobre todo cuando la agresividad inicial ha disminuido, hay que intentar establecer un **contacto físico** emocionalmente agradable.

d. Debe evitarse discutir, contradecir o razonar. Es preciso dejar a un lado argumentos y razonamientos y desarrollar ya desde el inicio una **sintonización emocional**, esto es, recurrir a sentimientos de afecto. No hay que convencerle, hay que tranquilizarle. En lugar de argumentar, debe conseguirse esa sintonización emocional mediante el contagio de nuestra actitud, que por supuesto debe ser conciliadora. **No confrontar** e intentar distraerle y cambiar de tema e incluso de lugar físico (por otro lugar más adecuado emocionalmente) pueden ofrecer buenos resultados.

e. Debe desarrollarse la habilidad suficiente para poder emplear la **falta de memoria** como herramienta a nuestro favor, ya que facilita que se puedan desarrollar estrategias de distracción y cambio de actitud (puede olvidar con facilidad que hace un momento estaba irascible).

f. Es importante mejorar las **condiciones ambientales** (como se describió anteriormente).

- g. Cuando sea posible, pueden intentarse **técnicas de relajación** (ver más adelante) y estimulación psicomotriz (pasear, cambiar de ubicación física...).
- h. **La sujeción física es el último recurso**, y no siempre es posible. Puede aumentar la agresividad, por lo que **debe evitarse** salvo que la persona agresiva o su entorno corran riesgos que no puedan evitarse de otra manera.

EL LASTRE DE LA APATÍA Y LA DEPRESIÓN

La apatía es una alteración de conducta frecuente, condiciona una progresión más rápida del deterioro e incrementa de forma marcada la dependencia funcional. Es distinta de la depresión, aunque pueden asociarse. Mientras la depresión se acompaña de tristeza, desesperanza o culpa, la apatía aislada no. Cursa con indiferencia y falta de motivación, con lo que la persona muestra una acusada disminución de la actividad espontánea, desinterés por la actividad de otras personas y por las cosas y ausencia de expresión de emociones y afectos. Puede ser capaz de realizar actividades, pero no siente la necesidad de hacerlas ni le interesan lo más mínimo. Sin el estímulo para iniciar actividades y mantenerlas, las personas que padecen apatía se vuelven absolutamente dependientes, con la consiguiente sobrecarga de los cuidadores.

Entre las causas, la principal es el propio deterioro cognitivo, que afecta a áreas cerebrales implicadas en la planificación, inicio y mantenimiento de actividades. Otras causas, normalmente desencadenantes o agravantes de la apatía de base, pueden ser una alteración emocional (miedo, enfado, frustración o vergüenza), el aburrimiento, la sobreprotección del núcleo cuidador, sentirse desatendido o aislado, un entorno pobre en estímulos y, en algunos casos, los efectos secundarios de medicaciones.

A continuación, se proponen algunas estrategias que pueden ser de utilidad en la depresión y la apatía:

- a. Pueden proponerse actividades que antes le interesaban y con las que disfrutaba en alguna medida, y valorar positivamente de forma explícita el hecho de que participe en ellas en lugar del resultado de esa participación.

Es conveniente asegurarse de que es capaz de realizar la actividad que se propone para evitar sentimientos de frustración.

- b. Como en otros defectos que experimentan las personas con deterioro cognitivo, debemos intentar suplir la función comprometida: la motivación y la iniciativa en este caso. Es necesario proporcionar el **estímulo adecuado para iniciar** una actividad, estar pendiente de estimular el mantenimiento de la misma y su conclusión. Pero es necesario **evitar a toda costa la sobreprotección** y desarrollar la habilidad suficiente para estimular el inicio y no completar la actividad por ella. Esto puede reforzar el deseo de seguir con la actividad, aunque la persona seguirá esperando el estímulo necesario para hacerlo.
- c. Pueden proponerse actividades que requieran poca energía para su desarrollo, como escuchar música, ver fotografías o comentar un documental de la televisión.
- d. La **actividad física** tiene un efecto positivo, y las personas con apatía no suelen negarse a pasear. Sólo hay que estimularlas a ello.
- e. Hay que esforzarse en **mostrarle afecto** de forma explícita. Por su actitud indiferente es frecuente creer que estas personas no desean manifestaciones afectuosas, lo que no es necesariamente así. Privarle de ellas conduce a sensaciones de desatención y aislamiento.
- f. Hay que ser permanentemente conscientes de que la persona está presente, lo que podríamos olvidar por su retraimiento e inactividad, y no hacer comentarios como si no estuviese. Aunque no responda o parezca no atender, debemos hablar con ella y darle opciones de respuesta y tiempo para responder. El hecho de que no responda no significa que no haya entendido lo que se le dice, por lo que no es necesario empeñarse en forzar una respuesta.
- g. Si la apatía es constante y persistente y no funciona ninguna de las sugerencias expuestas, debe comentarse con el médico para valorar alternativas e incluso la instauración de tratamiento farmacológico.

¿CÓMO ABORDAR LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO?

El sueño es una causa importante de trastornos. Se altera con la edad (se vuelve más superficial e intercala breves despertares nocturnos), y puede alterarse en mayor medida en las personas que presentan deterioro cognitivo. Si no conseguimos que la duración y calidad del sueño sean buenas es más difícil que el comportamiento diurno sea adecuado, y surgen con más facilidad trastornos de comportamiento. Algunos consejos para conseguir un sueño reparador, se recogen a continuación:

- a. Debe establecerse una **rutina diaria** de orden y horarios regulares en todas las actividades diurnas y nocturnas. Ya que los ritmos de sueño-vigilia se alteran con frecuencia en estas personas, no podemos contar con la regulación natural. Por ello debemos proceder a establecer artificialmente una organización cronológica que permita simular de forma óptima la sucesión de los estados de sueño y vigilia.
- b. Tiene que quedar claro, mediante cambios claros y definidos, cuál es la diferencia entre el día y la noche.
- c. La **vestimenta** debe adaptarse según esta diferencia: pijama o camisón de noche, ropa de vestir de día. No debe haber excepciones.
- d. Lo mismo sucede con la **iluminación** de la casa. Debe ser más intensa (y natural si es posible) durante el día, y más tenue, aunque adecuada, durante la noche.
- e. El día es para mantenerse activo, así que se debe evitar o **limitar el sueño diurno**. Las personas de edad, a menudo necesitan algunos momentos de sueño durante el día, y aunque deben permitirse, ha de intentarse que sean lo menos frecuentes y lo más breves posible.
- f. Hay que intentar a toda costa que el final del día sea apacible, evitando actividades de estimulación a últimas horas.

- g. Programar la ducha hacia la noche, hacer cenas ligeras y limitar la ingesta de líquidos en las 2 horas previas a acostarse, son medidas que pueden ayudar.
- h. Deben evitarse **estimulantes** (bebidas, comidas), eliminar el café y, de forma deseable, el consumo de alcohol.
- i. Hay que mejorar todo lo posible las **condiciones ambientales** en el dormitorio.
- j. Un **paseo** apacible tras la cena y el uso de infusiones y **fitoterápicos** (ver más adelante) pueden ser de gran ayuda.

¿QUÉ ES Y CÓMO ABORDAR EL SÍNDROME DEL OCASO O PUESTA DE SOL?

Es un fenómeno que experimentan algunas personas con deterioro cognitivo, en general en fase de demencia, que se vuelven particularmente inquietos, agitados e incluso agresivos por la tarde y al anochecer. Se ha implicado a múltiples factores en la génesis de esta situación: fatiga física y mental, la oscuridad sobrevenida, alteraciones en los ritmos biológicos que regulan el ciclo sueño-vigilia, inducción por el propio cansancio de los cuidadores y cualquiera de los factores ya comentados en el desencadenamiento de la agitación.

Algunos consejos para abordar este trastorno se enumeran a continuación:

- a. Es necesario abordarlo, como en otros casos, con **paciencia** y tranquilidad.
- b. Es aconsejable disponer de una **iluminación** adecuada, que no sea excesiva, pero al mismo tiempo que evite la existencia de zonas especialmente oscuras que generen inquietud, incertidumbre...
- c. Conviene reducir todo lo posible el **ruido** ambiental.
- d. Debe estimularse una **actividad física** suave durante el día, pero limitar la actividad cerca del anochecer.

- e. Una vez más, deben eliminarse **estimulantes**.
- f. Debe insistirse en el seguimiento de **rutinas** regulares de comida, ejercicio y tratamiento, en su caso.
- g. Hay que intentar transmitir **seguridad** de forma permanente.
- h. El **contacto físico** es especialmente útil en estos casos, pues puede contribuir a dar seguridad.
- i. Debe evitarse la restricción forzada de movimientos, evitar inmovilizaciones y sujetaciones que con frecuencia agravan la sintomatología.
- j. El empleo de infusiones y **fitoterápicos**, en la hora previa al inicio de los síntomas, puede ser útil (ver más adelante).

DEAMBULACIÓN ERRÁTICA SIN OBJETO Y BÚSQUEDA INCESANTE

Algunas personas con deterioro cognitivo moderado experimentan este tipo de síntomas. Se desplazan continuamente a ningún sitio concreto y buscan continuamente no saben exactamente qué. Entre las causas que pueden favorecer esta conducta se consideran la desorientación, el aburrimiento, la inquietud, miedo, un entorno agresivo (por ruido, por excesiva gente o gente desconocida...), búsqueda de objetos.... Como se ha comentado en otros trastornos de conducta, es importante **detectar la causa**, si es posible, y en ese caso proceder a su eliminación. Es importante crear un **entorno seguro** (al gusto de la persona afectada) y evitar objetos peligrosos en el entorno habitual. Hay que evitar, bloquear o señalizar adecuadamente las escaleras. Es importante contar con una buena **iluminación**, que facilita el desplazamiento y evita lugares oscuros e intransquilizadores. Una estrategia útil es la de **entretenir o distraer** con actividades alternativas a la deambulación o la búsqueda.

Deben guardarse bajo llave medicamentos y productos domésticos tóxicos y **evitar fugas** mediante pestillos o cerraduras. Para prevenir extravíos si se pro-

duce una fuga, conviene avisar del riesgo a vecinos y personas conocidas y valorar la posibilidad de disponer de un dispositivo de localización GPS.

Si a pesar de todos los intentos, persiste una actitud de búsqueda incesante, puede proporcionarse un escenario controlado de búsqueda, bien una habitación destinada a este propósito, bien un armario dedicado o un cajón específico.

COMPORTAMIENTO SEXUAL INAPROPIADO

Cuando la persona afectada se muestra desinhibida puede, en ocasiones, mostrar comportamientos inapropiados de tipo sexual. Pueden ser actos verbales, como insinuaciones o proposiciones, o actos físicos como tocamientos inapropiados (a sí mismo o a otros) o desnudarse en público. Deben enmarcarse en el contexto de su desinhibición, pero conviene asegurarse de que su causa no sea un problema sobrevenido como una infección genital, dolor de alguna localización conflictiva, o alguna necesidad fisiológica básica no satisfecha.

La causa de estas alteraciones de conducta puede residir en una mala interpretación en actividades cotidianas como la higiene en las que hay que quitarse



la ropa y recibir contacto físico, sobre todo si le sucede a una persona que no reconoce el parentesco con familiares cuidadores. Puede originarse por el aburrimiento o la desocupación en una persona con gran desinhibición de comportamiento. En ocasiones, el estímulo para quitarse la ropa es la incomodidad o el calor. En otras, el requerimiento sexual traduce una solicitud de afecto que puede resolverse con besos, abrazos o caricias sin contenido sexual. No obstante, en algunos casos existe una verdadera activación del deseo sexual y un verdadero aumento de la libido. En estos casos, el problema es más complicado y no pocas veces se vuelven insistentes en requerir satisfacción sexual por su pareja. La pareja está en su derecho de no ceder a las demandas y a veces es necesario reducir los momentos de intimidad e incluso puede ser necesario asignar habitaciones diferentes a cada cónyuge. Debe **explicarse muy claro**, si la situación cognitiva hace suponer que puede entenderlo, con calma y **sin reprensión**, que esos comportamientos no son aceptables o no se producen en situaciones apropiadas. Esto no quiere decir que no haya que pensar en cómo puede satisfacer sus necesidades sexuales, pero debe transmitírsele que debe dejar de hacerlo de esa forma inapropiada.

Conviene comentar en voz alta, siempre con calma y tono adecuado, cuál es la intención cuando se le desviste o se le ayuda a hacerlo, cuando se le asea, etc. Es útil también recordarle quién es la persona que le desviste o le asea.

En los casos en que el **aburrimiento** pueda ser un desencadenante, hay que esmerarse en buscarle ocupaciones que desvíen su atención, mejor si en esa actividad tiene que mantener las manos ocupadas.

Si se desnuda en público, debe interrumpírsele de **forma amable** y ayudarle o animarle a vestirse nuevamente. Si se genera alguna situación embarazosa en público, puede bastar una breve explicación sobre la enfermedad que padece y pedir disculpas, que en general cualquier persona aceptará sin problemas.

Algunas conductas de menor nivel pueden ser ignoradas, ya que en algunos casos se ven reforzadas si la persona percibe que se le presta especial atención cuando suceden. Quizás hay que investigar en estos casos si existe una sensación de desatención o de abandono afectivo.

Si a pesar de estos consejos la conducta supone un problema que se repite, ha de comentarse al médico para valorar la posibilidad de algún tratamiento farmacológico.

CUANDO HAY IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES

Las ideas delirantes y las alucinaciones son síntomas que se producen en personas con deterioro cognitivo que tienen alteraciones de la percepción. Se engloban en el concepto de síntomas psicóticos y son las alteraciones conductuales de mayor gravedad y más de más difícil control. En general, debe ponerse en conocimiento del especialista en atención primaria y del neurólogo si una persona experimenta este tipo de síntomas, puesto que el manejo suele requerir inevitablemente el establecimiento de un tratamiento medicamentoso al efecto. Al margen de esto, en entorno doméstico pueden hacerse algunas cosas, aunque la capacidad de maniobra es discreta, que pueden ayudar en el manejo de estas alteraciones.

Una alucinación comporta la percepción de una situación inexistente, que para la persona que la padece es vívida y parece real. Pueden verse personas, animales o situaciones irreales que en algunos casos resultan amenazadoras. Una alucinación es la manifestación más grave de este grupo de síntomas, aunque la alteración que produce es menos intensa si no supone un riesgo subjetivo para la persona afectada o no provoca miedo insuperable. Aun así, siempre es susceptible de poner en riesgo a la persona que las padece porque en su entorno de irreabilidad puede inducir una conducta peligrosa para la integridad de la persona o su entorno personal y material. Conviene distinguir las alucinaciones de los falsos reconocimientos o no-reconocimientos, como confundir a una persona (que es real y existe) con otra o no reconocer el propio domicilio como tal. Los falsos reconocimientos son frecuentes en personas con deterioro cognitivo y no constituyen síntomas psicóticos, por lo que no tienen la gravedad de estos.

Un problema importante, aunque en general de menor riesgo, es el desarrollo de ideas delirantes, que suponen la elaboración de una explicación irreal, absurda muchas veces, a una situación cotidiana por lo demás normal. Normalmente tienen carácter de perjuicio para la persona afectada y pueden consistir en delirios de robo o daño, de persecución o de celos. En algunos casos son muy frecuentes o se vuelven obsesivas y condicionan un grave trastorno de conducta.

La mejor actitud a tomar frente a este tipo de manifestaciones consiste en actuar con **calma** y tratar de tranquilizar a la persona afectada. Nunca se debe entrar en el delirio o aceptar que la alucinación es real, aunque tampoco hay que intentar convencerle de su irreabilidad a toda costa, sobre todo si la alucinación o la idea delirante es bien tolerada y no tiene un contenido emocional intenso o perjudicial. Estas actitudes pueden agravar la situación. Es fundamental transmitir una **sensación de seguridad** y entorno protegido. La **distracción** o la propuesta de actividades alternativas pueden ayudar. El **contacto físico** afectivo cuidadoso, si es bien aceptado, puede ser un aspecto clave en el control de estas manifestaciones (coger la mano, dar palmaditas en el brazo a la vista, un abrazo...). Detectar si un entorno específico, una situación o una actitud desencadenan o agravan el problema es importante porque eliminando **factores desencadenantes** puede prevenirse la aparición en el futuro (eliminar algún artefacto del entorno, cubrir o eliminar espejos conflictivos, cambiar la disposición de algún mueble...). A veces hay que evitar que vea la **televisión** (o algún programa específico) si interacciona con los personajes o cree que le ven, le observan o le perjudican. Los consejos que se han apuntado en otros trastornos de conducta pueden ser útiles también en estos casos.







8

OTROS RECURSOS QUE PUEDEN SER ÚTILES

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Un recurso inocuo y muy útil es la práctica de ejercicios controlados que favorecen la relajación muscular y psíquica (ambos fenómenos están muy unidos). Existen múltiples técnicas que permiten practicar este tipo de ejercicios pero, en general, consisten en secuenciar momentos de contracción y relajación muscular en sincronía con ejercicios de control de la respiración. Raramente pueden aplicarse estas técnicas en momentos de alteración conductual prominente, aunque puede intentarse. Su utilidad radica fundamentalmente en crear una rutina diaria que aporte un estado de relajación preventivo. Para realizar cualquiera de las técnicas, es necesario adoptar una postura cómoda (sentado o acostado) con ropa cómoda, y es aconsejable crear un entorno apropiado

con bajo ruido, luz suave, buena temperatura, música de fondo, uso de ambientadores...

La práctica de estas técnicas constituye además un ejercicio de comunicación muy importante y funciona como un refuerzo de los vínculos emocionales. Favorecen la orientación espacial y facilitan el desarrollo de un correcto esquema y control corporales. Deben realizarse con mucha calma, empleando órdenes simples, sencillas y muy concretas. Su aplicación no sólo beneficia a los pacientes, sino que estas técnicas también son útiles para que las practique el propio cuidador (simultáneamente o en otro momento). Algunas técnicas muy básicas se relacionan a continuación.

a. Ejercicios de respiración controlada

Es un ejercicio muy sencillo y eficaz, que puede realizarse en prácticamente cualquier momento y lugar, y su duración puede ser variable en función de las necesidades, de la capacidad de prestar atención y mantener el interés, de la fatiga, o de otros condicionantes. La técnica consiste en realizar respiraciones lentas y profundas de forma controlada. Un ejemplo esquemático, que debe adaptarse a las circunstancias concretas de cada caso, sería el siguiente:

- Inhalación lenta por la nariz, todo lo lenta que pueda hacerse.
- Pequeña pausa de 1 a 5 segundos (adaptable).
- Exhalación lenta por la boca.
- Pequeña pausa de 1 a 5 segundos.
- Se realizan múltiples repeticiones (adaptable).

b. Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson

Es sencilla, aunque requiere un poco más de tiempo y conviene hacerla bajo condiciones ambientales de confort muy controladas, para obtener el máximo beneficio. Consiste básicamente en someter a tensión primero y a relajación

después grupos musculares de forma sucesiva hasta trabajar toda la musculatura corporal. Se comienza generalmente con la contracción y relajación de los pies, y se sigue en dirección ascendente contrayendo y relajando las piernas, las manos, los brazos, el abdomen, la espalda el cuello y la cabeza. Pueden intercalarse ejercicios suaves de movimiento de las partes ya relajadas y se realizan simultáneamente ejercicios de control de la respiración de la forma que se describió en el apartado anterior.

c. Masajes

Constituyen una técnica de relajación pasiva para la que no es necesaria otra colaboración que permitir el contacto físico, por lo que puede ser útil en casos de demencia avanzada. El contacto físico agradable, como ya hemos comentado, tiene por sí mismo un efecto beneficioso desde el punto de vista emocional, que se incrementa mediante el efecto físico relajante de los masajes. La realización de masajes simples y suaves no tiene efectos adversos y no es necesario dominar una técnica concreta o tener conocimientos de fisioterapia para poder practicarlos. Pueden aplicarse de manera informal y de forma local en cualquier parte del cuerpo.

Aparte de las técnicas mencionadas, sencillas y de aplicación práctica en entorno doméstico, puede ser útil contratar como servicio la realización de estas técnicas en gimnasios, centros de ocupación, centros de día, etc. Técnicas ya más elaboradas como el yoga, taichí u otras pueden ser útiles, pero deben ser aplicadas por profesionales y en general están reservadas a fases iniciales de deterioro cognitivo.

ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES

Muchas personas establecen vínculos afectivos intensos con animales, en general gatos, perros o pájaros. La facilidad con que se establecen estos vínculos puede aprovecharse para desarrollar actividades de entretenimiento que acaban teniendo un efecto relajante y pueden contribuir al control de problemas de carácter y comportamiento. En general, estas técnicas se conocen como terapia asistida con animales y han demostrado ser eficaces en mejorar el comportamiento, el estado de ánimo, la calidad de vida global, las actividades de la

vida diaria y en reducir el estrés en personas con afectación cognitiva cuando son aplicadas por profesionales. Pero en entorno doméstico, de forma simple y espontánea, la presencia de un animal afable puede contribuir a generar un entorno más interesante, estimulante, tranquilizador y emocionalmente favorable para una persona con deterioro cognitivo. Como ya hemos comentado, las actividades que se practiquen deben estar centradas en la persona. De esta forma, conociendo su biografía podemos pensar en el beneficio que puede aportar una mascota si a la persona le gustaban previamente los animales, o ayudarnos a descartar esta opción si sabemos que nunca fueron de su agrado.

FITOTERÁPICOS

Un fitoterápico es un preparado derivado de plantas que puede tener efectos beneficiosos sin que presente efectos secundarios indeseables. Suelen ser bien tolerados y no precisan receta médica. Dentro de este concepto han de englobarse las infusiones que hemos asumido en nuestra vida diaria y que sabemos nos pueden ayudar a relajarnos, disminuir estrés y a conciliar o mantener el sueño nocturno. Preparados con tila alpina, pasiflora, valeriana, equiseto o cola de caballo, entre otros, y aún más, aquellos que combinan las propiedades beneficiosas de varias plantas, constituyen una herramienta valiosa para combatir situaciones de ansiedad, desánimo, insomnio e incluso alteraciones conductuales de mayor envergadura. Las infusiones o fitoterápicos a base de hipérico (*Hypericum perforatum*) tienen un efecto antidepresivo que puede resultar beneficioso en la depresión leve, e incluso pueden contribuir a modular otros trastornos de conducta.

Combinar estos preparados con las técnicas de relajación y con la puesta en práctica de los consejos enumerados a lo largo de esta guía puede ser la mejor solución a numerosos problemas de comportamiento.

El uso de pastillas para dormir es un recurso que debe evitarse y siempre deben ser prescritos por un médico. Estos tratamientos pueden provocar otras alteraciones de conducta, generar efectos paradójicos y agravar el insomnio o alterar el equilibrio y aumentar el riesgo de caídas.





REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

A continuación, se ofrecen algunos recursos de consulta que permiten ampliar el contenido de esta guía. Se han incluido enlaces que permiten la descarga gratuita de documentos útiles para el manejo de los trastornos conductuales. Algunos de ellos ofrecen además información sobre otros aspectos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y las demencias en general.

- *Gestionar situaciones cotidianas complejas debidas a la enfermedad de Alzheimer.* Fundación Pasqual Maragall.
<https://recursos.fpmaragall.org/ebook-gestionar-situaciones-complejas?hsCtaAttrib=178969367080>
- *Terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. Guías metodológicas de implantación.*

Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (CEAFA).

<https://www.ceafa.es/files/2017/05/ManualTNF-1.pdf>

- *Terapias no farmacológicas.* Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias de Salamanca (IMSERSO).
<https://crealzheimer.imserso.es/documentacion>
- *Estrategias comunicativas para cuidadoras/es de personas con demencia.* Diego Garrido Pantillón y colaboradores. Ediciones Universidad Autónoma de Chile.
<https://ediciones.uautonomia.cl/index.php/UA/catalog/view/124/213/887>
- *Técnicas de relajación.* Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra. 2010. Editorial AFAN.
<https://www.alzheimernavarra.com/wp-content/uploads/2021/02/8-cuaderno.pdf>
- *Problemas de conducta en las demencias.* Guía PIDEX (Plan integral de atención sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura. Sandra Bartolomé Alberca y colaboradores. Junta de Extremadura. Consejería de sanidad y Dependencia.
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Deterioro%20Cognitivo/Gu%C3%A1da%20Trastornos%20de%20Conducta.pdf
- *Manejo de las alteraciones de conducta.* 2023. Guía de buenas prácticas. Erika Fuentes Rodrigo y colaboradores. Fundación Rey Ardid.
<https://www.reydid.org/wp-content/uploads/2023/07/GBP-ALTERACIONES-DE-CONDUCTA-DEF.pdf>
- *Guía Alzheimer 2019. Comunicación y Conducta. Consejos para Familiares.* Eulen sociosanitarios y CEAFA. Alfredo Bohórquez Rodríguez.
<https://cuidadores.unir.net/images/pdf/Gua-Alzheimer-2019-de-comunicacion-y-conducta-para-familiares-EULEN-y-CEAFA.pdf>
- *Cuidar. Trastornos de conducta en el enfermo con Alzheimer.* Alzheplan.
<https://alzheplan.com/trastornos-de-conducta/>

UN CASO PRÁCTICO

Juan es un señor de 78 años que vive con su hija, casada, desde que enviudó. Hace unos 4 o 5 años comenzó a tener problemas de memoria. Al principio eran pequeños despistes, pero con el tiempo, la situación fue empeorando. Su hija le acompañó a la consulta del neurólogo y hace 2 años que le diagnosticaron una enfermedad de Alzheimer. Juan mantiene una buena capacidad funcional: se viste solo, se asea, se afeita, es completamente autónomo para comer y usar el baño, y puede dar algún paseo solo, cerca de casa. Desde hace unos 6 meses, Juan se resiste a ducharse. Insiste en que ya se ha duchado, que no hace ejercicio y no precisa ducharse, o argumenta cualquier otra excusa para no hacerlo. Al principio se mostraba molesto y protestaba, pero acababa aceptando el aseo como inevitable. Pero, últimamente, su negativa es persistente e incluso en alguna ocasión se ha enfadado mucho y en el último momento antes de entrar en la ducha se ha puesto agresivo, dando gritos, empujando a su hija y marchándose a otra habitación.

María, la hija de Juan, ha comentado esto con el neurólogo en la última consulta. Tras hablar con él largo y tendido, ha comprendido algunas cosas y ha hecho algunos cambios. El neurólogo le hizo algunos comentarios. “Imagínate que al llegar aquí a la consulta yo te digo que tienes que ducharte y te acompañó hacia el cuarto de baño. Te mostrarás sorprendida y no entenderás porqué te digo esto. Me dirás educadamente que no necesitas ducharte, ya lo has hecho hoy y de forma cordial rechazarás mi propuesta. Pero yo insisto, te acompañó al baño y hago ademán de ayudarte a desvestirte, ¿cuánto tardarás en cambiar tu actitud cordial y amable por otra de enfado y rechazo? ¿Y si yo insisto y te conduzco amablemente hacia la ducha? Es más que probable que me empujes, intentes librarte de mí y escapes corriendo. Eso le sucede a tu padre: cree que se ha duchado, no es agradable desvestirse y pasar algo de frío y no entiende por qué le obligas a eso. Podría ser que su negativa se vea reforzada porque la experiencia de ducharse, aunque no recuerde muy bien por qué, se ha vuelto para él mucho más desagradable que antes.

Si además te acercas a él anticipándole que toca ducharse, incrementas el tiempo para que elabore una conducta de evitación. Y si insistes, se enfada, grita y finalmente sólo ve como escapatoria empujarte y salir corriendo”.

Tras esta conversación, María ha cambiado su estrategia: despierta a su padre por la mañana anticipándole las actividades que hoy toca hacer. Se dirige a él con calma, sin apresurarle. Le habla del desayuno, del paseo que viene después, que a Juan le encanta, de las conversaciones que mantendrá con su amigo Andrés, al cual encuentra todas las mañanas en el parque. Después le habla de lo que comerá hoy, Juan es muy buen comedor, y tras una muy breve siesta, le recuerda que hoy irá al Centro de Día. Mientras le habla y escucha lo que él le dice, le coge de la mano y comienza a ayudarle a quitarse el pijama, diciéndole que hay que sustituirlo por la ropa de ir a pasear. Antes de despertarle, María ha preparado el cuarto de baño, con una temperatura agradable y un ambientador que ha adquirido recientemente y del que Juan dice que huele muy bien. Al tiempo que le ayuda con el pijama, en realidad le induce a quitarlo porque Juan es capaz solo, le conduce de la mano mientras sigue hablándole, hacia el baño. En ningún momento menciona la ducha. Allí, le anima a quitarse el resto de la ropa y, como es autónomo, le dice que le va a dejar solo un momento mientras atiende otra actividad doméstica. Vuelve a los pocos minutos, en realidad no ha abandonado la puerta del baño en este tiempo, y le pregunta si todo va bien. Juan está en la ducha y ella le ofrece ayuda, si la necesita. De esta forma, Juan ha vuelto a aceptar el aseo diario sin mucho problema, y ha regenerado el hábito sin cuestionarlo en lo sucesivo. María ha comentado esto a una amiga, cuyo padre tenía un comportamiento semejante, y ella ha conseguido también buenos resultados, aunque en su caso ha sido necesario que su esposo le atienda en la ducha, habida cuenta que el padre de su amiga no recuerda quién es su hija y muestra pudor ante la asistencia de una mujer en un momento tan íntimo. Poniéndose en su lugar, entendiendo cuál es el origen de un comportamiento anómalo y adaptándose a las necesidades y gustos de ambos padres, las dos amigas han conseguido resolver una situación que a diario generaba un problema de conducta.

EJEMPLO DE RUTINA DIARIA RECOMENDABLE

Flexible y adaptable a cada caso. Mantiene horarios fijos para las actividades fundamentales del día. Permite excepciones según días, estado físico...

- **09:00 h:** es hora de despertar y levantarse. Creamos ambiente agradable en el baño para el aseo.
- **09:45 h:** aseo y vestido.
- **10:30 h:** desayuno.
- **11:00 h:** nos preparamos para el paseo matutino.
- **11:30 h:** paseo.
- **12:30 h:** volvemos a casa y realizamos alguna actividad o más de una (juego, doblar ropa, ojear el periódico...).
- **13:30 h:** comida.
- **14:30 h:** siesta (máximo 20 minutos).
- **15:00 h:** nos preparamos para ir al centro de día.
- **15:30 h:** nos recoge el autobús del centro en la parada.
- **20:00 h:** volvemos del centro de día a la parada del autobús.
- **20:15 h:** tomamos una infusión de valeriana.
- **21:00 h:** cena.
- **22:00 h:** damos un paseo.
- **22:30 h:** vemos algo la tv y nos preparamos para dormir. Según deseo puede tomarse una infusión (poco líquido).
- **23:00 h:** es hora de acostarse y dormir.





Con la colaboración de:



Fundación "la Caixa"

GALZHEIMER CARE
Montserrat, 40
15009 A Coruña

info@galzheimercare.es
www.galzheimercare.es
 @galzheimer
 @galzheimer