



# O MALTRATO NAS DEMENCIAS

DISTINTAS FORMAS DE MALTRATO  
NAS DEMENCIAS



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



TÍTULO: CONTORNAS AMIGABLES E SOLIDARIAS COAS DEMENCIAS. O MALTRATO NAS DEMENCIAS

AUTORIDADE: Confederación Española de Alzheimer

DESEÑO E MAQUETACIÓN: iLUNE social design

IMPRIMIR: Gráficas Biak S.L.

DEPÓSITO XURÍDICO: DL NA 2032-2020

Autorízase a reprodución e difusión parcial ou total do documento sen ánimo de lucro e sempre que se cite a fonte

© CEAFA 2020 - [www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)

# Índice

<b>1. ALZHEIMER E OUTRAS DEMENCIAS</b>	<b>4</b>
Epidemioloxía da enfermidade	4
Cadro clínico	4
Síntomas frecuentes	5
Fases da enfermidade	6
Pasos da avaliación clínica dun paciente con sospeita de demencia	7
Probas para o diagnóstico da causa dunha demencia	9
<b>2. SÍNTOMAS DE ALARMA NAS DEMENCIAS</b>	<b>10</b>
Cambios de memoria que dificultan a vida cotiá	10
Dificultade para planificar ou resolver problemas no día a día, na casa, no traballo ou no tempo de lecer	11
Desorientación no tempo e no espazo	11
Dificultade para percibir e comprender imaxes visuais	12
Problemas co vocabulario, tanto na linguaxe oral como escrita	12
Obxectos fóra do seu lugar e dificultade para recordar onde estaban	13
Disminución do bo xuízo	14
Falta de iniciativa no traballo e nas actividades sociais	14
Cambios de humor ou de personalidade	15
<b>3. COMO RECOÑECER UNHA PERSOA CON DEMENCIA</b>	<b>16</b>
<b>4. COMO COMUNICARSE CUNHA PERSOA CON DEMENCIA</b>	<b>17</b>
Problemas de comunicación ao longo da enfermidade	17
Recomendacións para mellorar a comunicación	20
Recomendacións para mellorar a comunicación verbal	21
Recomendacións para mellorar a comunicación non-verbal	21
Recomendacións xerais para afrontar a comunicación e a situación actual	22
Recomendacións perante o diagnóstico da persoa e como abordalo no eido familiar	24
<b>5. POR QUE AS PERSOAS CON DEMENCIA SON MÁIS VULNERABLES PERANTE AS SITUACIÓNS DE MALTRATO?</b>	<b>25</b>
<b>6. QUE É E FORMAS DE EXERCER O MALTRATO</b>	<b>26</b>
<b>7. INDICADORES QUE REVELAN QUE EXISTE MALTRATO</b>	<b>27</b>
<b>8. QUE TIPO DE DELITOS OU FALTAS SE PODEN COMETER CONTRA A PERSOA OU OS BENS DUNHA PERSOA CON ALZHEIMER OU OUTRAS DEMENCIAS?</b>	<b>30</b>
<b>9. COMO ACTUAR FRONTE AO MALTRATO OU Á COMISIÓN DE DELITOS CONTRA AS PERSOAS CON DEMENCIA?</b>	<b>31</b>
<b>10. ONDE DIRIXIRSE PARA DENUNCIAR CALQUERA SITUACIÓN DE MALTRATO OU DELITO CONTRA UNHA PERSOA CON DEMENCIA?</b>	<b>32</b>
<b>11. QUE MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRONTE AO MALTRATO SE PODEN ACTIVAR CON CARÁCTER URGENTE APÓS ESTA DENUNCIA?</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>34</b>



# 1. ALZHEÍMER E OUTRAS DEMENCIAS

---

A enfermidade de alzhéimer (EA) é unha enfermidade dexenerativa, progresiva e irreversible que dana e destrúe lentamente as células do cerebro por mor da acumulación anormal de proteínas (amiloide), que fan que aparezan as placas senís e nobelos neurofibrilares. O síntoma máis relevante é a perda da capacidade cognitiva e funcional da enfermidade. Ademais deste síntoma, durante a evolución da enfermidade aparecen os denominados síntomas condutuais e psicolóxicos da demencia (trastornos do estado de ánimo, axitación, síntomas psicóticos etc.), que, xunto coa perda de capacidade cognitiva, aboca a unha incapacidade da persoa que padece a enfermidade.

Os cambios demográficos acontecidos nas sociedades occidentais debidos ao incremento da esperanza de vida supuxeron un aumento da prevalencia de certas enfermidades, como as demencias en xeral e a enfermidade de alzhéimer en particular, que pasaron a ser consideradas un problema de saúde de capital importancia.

A enfermidade de alzhéimer constitúe a primeira causa de demencia (ata o 70 %) nos países desenvolvidos. Presenta un importante impacto socio-sanitario, tanto pola súa frecuencia como por ser «unha das principais causas de discapacidade e dependencia no adulto», segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS).



## EPIDEMIOLOXÍA DA ENFERMIDADE

O alzhéimer é unha patoloxía ligada ao envellecemento; polo tanto, a súa frecuencia aumenta en maiores de 65 anos, sendo a prevalencia dun 7 % nesta poboación e próxima ao 50 % en maiores de 85 anos. Ademais, non debemos esquecer os «enfermos novos» que poden oscilar entre o 5 e o 10 % do total. Na actualidade, en España a cifra de persoas afectadas é de aproximadamente 1.200.000, número que se aproxima aos 5.000.000 se temos en conta a familia da persoa con demencia, que tamén resulta afectada pola enfermidade.

## CADRO CLÍNICO

Os síntomas da enfermidade veñen determinados en parte polo progreso das lesións no cerebro do paciente con EA. Con todo, persoas cunha reserva cognitiva óptima poden manter un rendemento cognitivo axeitado ou cun déficit, pero non acordes ás lesións cerebrais.



O conxunto destas lesións adoita estar distribuído polo cerebro de forma característica, aínda que non sempre de forma similar en todas as persoas, senón que vai depender do tipo de deterioro e do grao de evolución da enfermidade, chegando a provocar unha diminución do tamaño do cerebro ao longo do desenvolvemento da enfermidade de alzhéimer.

A consecuencia principal desta perda progresiva de neuronas é o que se coñece como atrofia do córtex cerebral, sendo máis pronunciada naquelas áreas relacionadas coa aprendizaxe e a memoria. Trátase do síntoma máis característico da enfermidade de alzhéimer.

## SÍNTOMAS FRECUENTES

A enfermidade de alzhéimer comeza cunha acumulación de proteínas beta-amiloide e TAU no cerebro, que comeza a producirse entre 10 e 20 anos antes da aparición dos primeiros signos da enfermidade.

Os síntomas adoitan iniciarse de forma insidiosa, polo que é difícil establecer cando empezaron realmente. Porén, as dificultades cognitivas (en relación con funcións cognitivas como a memoria, o razoamento, a linguaxe...) e os síntomas depresivos poden aparecer varios anos antes do diagnóstico clínico da enfermidade.

En liñas xerais, poderíamos falar de dous grandes grupos de síntomas de alerta:

**Problemas iniciais de memoria:** o paciente sofre un lixeiro trastorno da memoria, coa aparición de frecuentes despistes, así como repeticións (repite varias veces a mesma pregunta), e erros que antes non cometía (deixa cousas en sitios que non lembra...). Adoitan ser os compañeiros de traballo ou a familia os que detectan antes estes problemas, xa que o propio paciente soe restar importancia aos seus «fallos» ou negalos.

**Problemas psicolóxicos:** é frecuente a aparición de síntomas depresivos nun primeiro momento da enfermidade (nunha persoa maior de 60 anos que non manifestara problemas psiquiátricos ou depresivos previamente), que en ocasións adoitan confundirse con fatiga, falta de motivación ou un cadro de ansiedade ou estrés. Tamén poden aparecer cambios no carácter, irritabilidade ou trastornos do sono.

A identificación destes síntomas iniciais por parte da familia e a rápida visita ás unidades de diagnóstico, nas que se ha realizar unha serie de probas neurolóxicas e neuropsicolóxicas, poderán axudar coa identificación temperá de casos, así como a levar o control e seguir a evolución por parte dos médicos especialistas de casos sospeitosos, co obxectivo final de conseguir un diagnóstico precoz da enfermidade. Algo fundamental no deterioro cognitivo e as demencias.



## FASES DA ENFERMIDADE

A enfermidade de alzhéimer é unha enfermidade crónica, de larga evolución (normalmente de arredor de 10-15 anos), mais pode variar moito, existindo casos de evolución relativamente rápida.

Podemos distinguir varias etapas:

**Etapa inicial** (3 a 4 anos de duración): aparecen os fallos de memoria, dificultade para atopar as palabras de nomes ou obxectos, problemas de concentración. A persoa parece confusa e esquecediza; pode ter que buscar as palabras ou deixa os pensamentos sen terminar. Decote esquece os acontecementos e as conversas recentes, mais lembra claramente o pasado afastado. Como consecuencia de todo o anterior, ao comezo da enfermidade poden aparecer episodios depresivos ou cambios de personalidade. En xeral, os afectados aínda poden vivir de forma independente e manter a súa hixiene persoal.

**Etapa intermedia** (3 a 5 anos de duración): son rechamantes as limitacións das actividades da vida diaria. De forma lenta e progresiva, van perdendo a autonomía e precisan axuda en actividades básicas como o aseo persoal, o feito de vestirse e mesmo a alimentación. A memoria vese afectada de forma grave e, ás veces, o paciente pode non recoñecer a membros da familia, perderse en lugares coñecidos e esquecer como facer cousas sinxelas, como vestirse e bañarse. Tamén poden aparecer trastornos de conduta: intranquilidade, temperamento impredecible, vagabundaxe...

**Etapa final** (3 a 5 anos de duración): pode perder completamente a memoria e as capacidades intelectuais e funcionais. É necesario un coidado completo pola gran limitación das actividades diarias. Prodúcese unha perda progresiva da linguaxe, de forma que o paciente deixa de falar, o que non significa que non poida percibir sinais emocionais como voces agarimosas, sorrisos ou aloumiños. Na fase grave tamén aparece con frecuencia a perda completa do control de esfínteres de ouriños e feces. A inmovilidade do paciente chega a ser case completa. Prodúcese perda de peso, diminución das súas defensas inmunolóxicas e infeccións graves que poden provocar a morte do paciente.





## PASOS DA AVALIACION CLÍNICA DUN PACIENTE CON SOSPEITA DE DEMENCIA

A avaliación clínica é o primeiro paso que fai o médico para delimitar as queixas do paciente e establecer a causa da demencia.

É importante o papel da persoa que coñece ben o paciente, dado que ha achegar información sobre os seus problemas e ha indicar en que momento apareceron, a intensidade e a súa evolución. O paciente non sempre é consciente dos seus problemas polo que adoita quitarlles importancia e mesmo negalos. De aí a importancia de que o médico se entreviste cos familiares.

Os pasos que xeralmente se seguen na valoración dunha persoa con sospeita de padecer demencia son:

**Enfermidade actual:** permite obter información sobre cambios nas capacidades cognitivas: memoria, atención, concentración, orientación, linguaxe, cálculo, resolución de problemas, capacidade de planificar e organizar, recoñecemento de persoas ou toma de decisións, entre outras. Tamén cómpre valorar a presenza de síntomas depresivos, cambios de personalidade, agresividade, alucinacións ou ideas de persecución ou roubo. Ademais, hai que determinar se todo o anterior fai que a persoa non sexa quen de realizar determinadas actividades como o facía antes (levar a casa, finanzas, conducir, asearse, vestirse...).

**Antecedentes persoais:** enfermidades de base que poden afectar as capacidades intelectuais (hipertensión, diabetes, aumento de graxas no sangue, enfermidades do corazón, tiroides...). Outras enfermidades neurolóxicas: vasculares, traumatismos craniais e infeccións do sistema nervioso. Os antecedentes psiquiátricos tamén son importantes. Finalmente, é importante coñecer se existe consumo de tóxicos ou fármacos que poidan afectar as capacidades mentais.

**Antecedentes familiares:** a existencia dunha historia familiar de demencia pode ter importancia na avaliación global do caso.

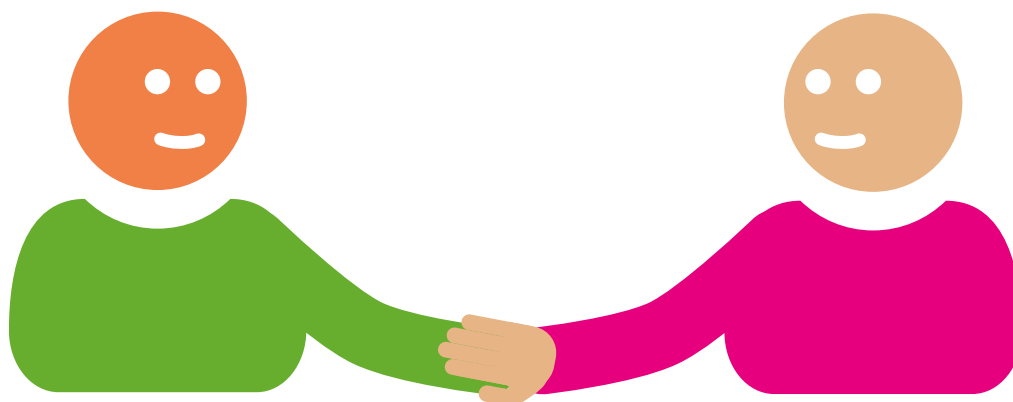
**Avaliación:** realízase unha exploración física xeral, neurolóxica, neuropsicolóxica, condutual e funcional.

- **Avaliación neurolóxica primaria:** a valoración neurolóxica en consulta adoita ser normal na enfermidade de alzhéimer. De o médico atopar alteracións como perda de forza, sensibilidade, trastorno de coordinación etc., probablemente se trataría dun diagnóstico alternativo á enfermidade.





- **Avaliación física:** o médico busca signos de enfermidade xeral, que se poidan relacionar coa demencia ou outros tipos de afectacións motoras, como a coordinación motora.
- **Avaliación neuropsicolóxica:** consiste en avaliar a capacidade intelectual (non a intelixencia), para coñecer cal é o rendemento cognitivo nas funcións de memoria, atención, concentración, orientación, linguaxe, cálculo, resolución de problemas, capacidade de planificar e organizar, recoñecemento de persoas ou toma de decisións, entre outras. Pódense utilizar tests breves ou de screening durante a entrevista clínica inicial por parte do médico ou outro profesional sanitario, aínda que sempre é recomendable unha valoración neuropsicolóxica máis ampla para coñecer o perfil cognitivo da persoa e o grao das súas dificultades. Un dos tests de screening máis utilizados é o Minimental Test (Minimental State Examination ou MMSE de Folstein).
- **Avaliación condutual e emocional:** utilízanse escalas específicas para valorar a presenza e intensidade de cambios condutuais e emocionais, como a presenza de síntomas de depresión, ansiedade, alucinacións, delirios, cambios de personalidade, irritabilidade, agresividade etc.
- **Avaliación funcional:** establece o que o paciente é quen de facer actualmente e o que era capaz de facer antes. Cómpre valorar as actividades da vida diaria necesarias para o autocoidado (actividades básicas: asearse, vestirse, comer, desprazarse...) e actividades que permiten manter a independencia e as relacións sociais (actividades instrumentais e avanzadas da vida diaria: cociñar, traballar, mercar, viaxar...).
- **Avaliación social:** é recomendable realizar unha valoración psicosocial para establecer as características do paciente e da súa familia co obxectivo de determinar a necesidade de coidados físicos e económicos actuais e futuros.







## PROBAS PARA O DIAGNÓSTICO DA CAUSA DUNHA DEMENCIA

Para valorar o caso con sospeita de enfermidade de alzhéimer, o neurólogo poderá solicitar exploracións médicas complementarias. A realización destas probas dependerá de cada caso concreto.

**Analítica sanguínea:** algunhas análises de sangue permiten detectar problemas físicos que afectan a función cerebral, como a deficiencia de vitamina B12 ou a hipoactividade da glándula tiroide. Nalgunhas ocasións examínase o líquido cefalorraquídeo para detectar signos de infección ou inflamación, ou marcadores dalgunha enfermidade dexenerativa.

**Punción lumbar:** a análise do líquido cefalorraquídeo permite detectar a porcentaxe de presenza de dúas proteínas —a beta-amiloide e a TAU— neste líquido, que aparecen alteradas en pacientes con alzhéimer, presentándose en cantidades reducidas e elevadas respectivamente e sendo unha das probas determinantes para a detección e diagnóstico da enfermidade de alzhéimer. Con todo, non se realiza a súa administración de forma xeral en todos os casos.

**Encefalograma (EEG):** é o estudo da función cerebral que recolle a actividade eléctrica do cerebro en situación basal e con métodos de activación, como a hiperventilación e a fotoestimulación.

**Tomografía computarizada (TC) ou resonancia magnética (RM):** estas exploracións poden verificar se hai evidencia de accidente cerebrovascular, sangrado, tumor, hidrocefalia ou presenza de atrofia cerebral.

**Tomografía por emisión de positrons (PET):** este estudo mostra padróns de actividade cerebral e se a proteína amiloide, marca característica da enfermidade de alzhéimer, se depositou no cerebro.

**Tomografía de emisión por fotón único (SPECT):** o estudo faise administrando un isótopo radioactivo endovenoso, o que permite avaliar dous aspectos do funcionamento cerebral: a perfusión e os receptores cerebrais.



## 2. SÍNTOMAS DE ALARMA NAS DEMENCIAS

---

Segundo a Alzheimer's Association, existen 10 signos de alarma perante os que se debe acudir ao médico, aínda que non é necesario que se dean todos. Diante de varios destes síntomas, recoméndase a realización dun exame médico completo.

### CAMBIOS DE MEMORIA QUE DIFICULTAN A VIDA COTIÁ

A memoria comeza a fallar, é un dos signos máis característicos da enfermidade de alzhéimer. O/a paciente adoita esquecer o que acaba de pasar, o do día de hoxe, e, en cambio, é quen de lembrar con precisión detalles da súa vida pasada. Sempre fala dos mesmos temas, pregunta o mesmo, é reiterativo e, ás veces, obsesivo. Non lembra partes importantes de conversas recentes.

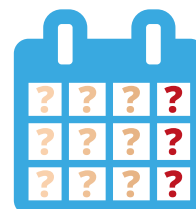
Adoita ir mercar e esquece cousas, merca aquelas que non necesita ou merca as mesmas cousas varias veces. Esquece datas (aniversarios, compromisos sociais) e citas sinaladas (citas médicas, bancarias, con amigos), enderezos e teléfonos de familiares, nomes de amigos e coñecidos etc.

A lembranza de onde puxo certos obxectos vese moi reducida, non atopa documentos, obxectos de valor ou utensilios de uso diario que gardou, xeralmente, en sitios pouco habituais, culpando en ocasións aos demais de que llelo gardaron aí.

Nas tarefas do día a día que antes realizaba correctamente, esquece ou confunde ingredientes cando cociña (esquece o sal, confunde o sal co azucre, esquece os garavanzos nun cocido). E tamén ten problemas no manexo da casa, en cousas como a lavadora, o lavalouza, o mando da televisión, a calefacción, a programación da alarma, o microondas, o teléfono...

Igualmente, unha das dificultades que se adoitan observar en fases iniciais é que comeza a ter dificultades co diñeiro (non controla os cambios na compra, as xestións bancarias, gasta máis do habitual etc.)

- ▶ Esquecen información recente.
- ▶ Esquecen datas ou eventos importantes.
- ▶ Piden a mesma información repetidamente.
- ▶ Apóianse en sistemas de axuda ou en familiares para lembrar.





## DIFICULTADE PARA PLANIFICAR OU RESOLVER PROBLEMAS NO DÍA A DÍA, NA CASA, NO TRABALLO OU NO TEMPO DE LECER

A evolución da demencia fai que as persoas poidan experimentar cambios na súa capacidade para desenvolver, seguir un plan ou resolver algún problema, provocando dificultades para resolver problemas sinxelos que previamente podían facer sen dificultades. Poden ter problemas para seguir unha receita coñecida, realizar o seguimento das facturas mensuais etc. Ademais, adoitan sumarse problemas de concentración e incremento do tempo para facer cousas cotiás (a respecto do tempo que precisaban antes). Polo que a planificación ou a solución de problemas sinxelos convértense en quebracabezas. Como exemplos destas dificultades, podemos atoparnos coa incapacidade da persoa para estar ao tanto da economía doméstica, tomar a súa medicación, cociñar, lembrar as regras dun xogo.

Nesta fase é importante axudar a persoa mantendo rutinas fixas e ordenadas, e deixando á vista os obxectos básicos da vida diaria. É importante animar á persoa a que faga as actividades sinxelas de forma autónoma, aínda que tarde máis tempo en realízalas. Sentirse independente aumentará a súa seguridade e evitará que se desanime.

- ▶ Dificultade no desenvolvemento do plan de traballo.
- ▶ Dificultade para seguir os pasos dunha receita de cociña.
- ▶ Dificultade para xestionar as contas e recibos mensuais.
- ▶ Problemas de concentración.
- ▶ Problemas na administración dun orzamento no traballo.
- ▶ Dificultade para lembrar as regras dun xogo coñecido.
- ▶ Dificultade para comprender un pasatempo.



## DESORIENTACIÓN NO TEMPO E NO ESPAZO

O avance da enfermidade inflúe na orientación no tempo e no espazo. O/a paciente esquece datas, estacións, onde está no momento ou como chegou alí. Nun principio, adoita pensar que non atende e non se fixa; porén, son dificultades que soen aparecer nas primeiras fases do deterioro. En ocasións podemos pensar que o feito de que non saiba o día do mes ou a semana na que nos atopamos pode ser un despiste parvo, mais o problema se visibiliza cando estes esquecementos vanse incrementando, chegando a non lembrar a data de nacemento, a idade dos fillos, a súa voda, cantos fillos ten etc.



Incluso, ademais desta desorientación no espazo actual, tamén se comeza a producir unha desorientación no manexo dos espazos e, polo tanto, en rutas e traxectos na contorna próxima. Estas dificultades para orientarse no espazo adoitan comezar con despistes en rúas e rutas habituais, dificultades na percepción das distancias, chegando a «perderse» en lugares coñecidos como o barrio, cando usa o autobús (nunha liña que colle de forma habitual), ao facer a compra polo barrio, o que ocasiona unha grande ansiedade, tanto para a persoa diagnosticada como para todos os seus familiares, con reproches e medos, que soen incapacitar máis á persoa. E acaban por provocar que a persoa deixe de ter unha autonomía na súa contorna máis próxima diante dun incidente deste estilo.

Estes problemas de orientación son os máis incapacitantes socialmente, xa que marcan a diferenza entre ser autónomo ou depender dunha persoa, mesmo con implicación legal subsidiaria.

- ▶ Esquecen datas importantes e a data actual.
- ▶ Teñen dificultade para lembrar onde están e como chegaron.
- ▶ Experimentan dificultades na orientación dentro de espazos coñecidos.
- ▶ Teñen dificultade na estimación e percepción das distancias.

## DIFICULTADE PARA PERCIBIR E COMPRENDER IMAXES VISUAIS

Numerosos estudos demostran que o alzhéimer deteriora a percepción visual e dificulta a capacidade dos pacientes para recoñecer caras e obxectos, con independencia dos problemas de memoria asociados á enfermidade. A percepción da cara xoga un papel fundamental na comunicación humana, de aí que o ser humano sexa experto na detección e identificación de rostros rapidamente, algo que comeza a verse afectado no deterioro cognitivo cunha posible percepción errónea de obxectos (cor, contraste etc.) e caras coñecidas (da televisión, prensa etc.) e familiares.



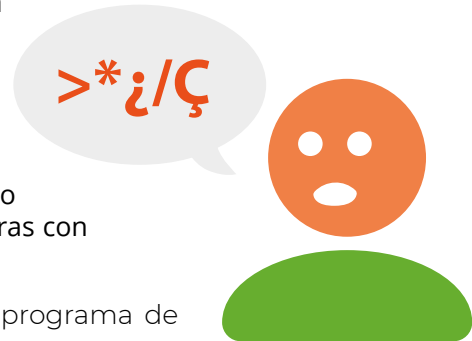
- ▶ Dificultade para recoñecer un rostro, obxectos, cores e contrastes.

## PROBLEMAS CO VOCABULARIO, TANTO NA LINGUAXE ORAL COMO ESCRITA

Coa enfermidade de alzhéimer, a linguaxe vese alterada de forma progresiva, tanto na expresión como na comprensión. A persoa con alzhéimer exprésase con frases máis curtas, máis simples, cun vocabulario máis pobre, con dificultade para atopar unha palabra concreta e con dificultades para seguir e participar nunha conversa.



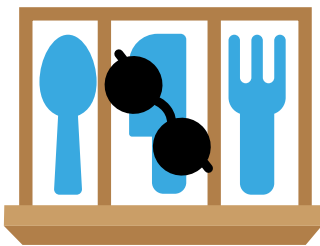
Ademais, comeza a non entender tanto o que se lle di, con respostas automáticas (por exemplo: que?, que dixeches?), como o que le ou escribe. Por iso, comeza «a deixar» de ler e escribir, sumado ás dificultades na escritura que se van producindo a medida que avanza a enfermidade. Igualmente, empézanse a ver dificultades para seguir un programa de televisión, unha conversa ou a lectura dun libro ou dun artigo do xornal (cada vez le menos, ten que lelo varias veces e non lembra o que leu, releo sen ter conciencia de que xa o fixo con anterioridade). Ademais, dentro destas dificultades da linguaxe, aparece unha das características máis observadas no deterioro: as dificultades para atopar a palabra axeitada se debe definir algo, o que se denomina «anomía». Tende a describir o que quere sen dicir o nome (por exemplo, no canto de dicir «Dáme a chave do armario» di «Dáme..., si home, o de abrir, onde teño as camisas»). Pode chegar a confundir unhas palabras con outras á hora de solicitar algo a un familiar.



- ▶ Dificultade de comprensión nunha conversa, programa de televisión, xornal etc.
- ▶ Dificultade para atopar as palabras correctas á hora de se expresar.
- ▶ Uso do nome incorrecto das cousas.

## OBXECTOS FÓRA DO SEU LUGAR E DIFICULTADE PARA RECORDAR ONDE ESTABAN

A medida que progresa a enfermidade, a persoa afectada pode e soe colocar obxectos fóra do lugar que corresponde e non lembrar onde están. Este problema xorde nas primeiras fases da enfermidade e provoca ansiedade e gran malestar na persoa afectada e tamén na familia, xa que pode provocar discusións e acusacións de roubo por parte da persoa afectada. A razón pola que existen estas discusións sobre os obxectos non está clara, pero un posible factor podería ser o sentido de pertenza, a necesidade do propio, a busca da seguridade... Perante esta situación é importante non discutir coa persoa, darlle a razón sobre que o obxecto se extraviou e axudala a buscalo. Para isto é importante descubrir os lugares usuais nos que coloca as cousas, preparar unha caixa que conteña obxectos variados que se poidan usar como «comodín», revisar as papeleiras antes de baixar o lixo aos colectores da rúa e repasar os acochos «non tan obvios».



- ▶ Colocan cousas fóra de lugar e pérdenas.
- ▶ Poden acusar os demais de roubarlles o de esconderlle ou levarlle as cousas.



## DIMINUCIÓN DO BO XUÍZO

O deterioro cognitivo provoca nas persoas con demencia unha alteración de funcións executivas como a capacidade de xuízo e a abstracción. A función executiva comprende diferentes capacidades como a capacidade do pensamento abstracto, de planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar, inhibir ou regular o comportamento complexo. Esta alteración das funcións executivas ten consecuencias sobre a vontade, o xuízo e a planificación, provocando o seu deterioro unha interferencia directa sobre a capacidade da persoa e a súa autonomía.

A toma de decisións cada vez resúltalles máis difícil e experimentan cambios no bo xuízo. Teñen comportamentos que están fóra de lugar.

- ▶ Teñen dificultades para tomar decisións complexas e sinxelas.
- ▶ Tenden a tomar decisións non reflexionadas.
- ▶ Non valoran as consecuencias das súas accións.
- ▶ Tenden a perseverar nunha idea, normalmente errónea.



## FALTA DE INICIATIVA NO TRABALLO E NAS ACTIVIDADES SOCIAIS

A depresión adoita ser o primeiro signo de demencia, que se relaciona de xeito directo coa apatía, xa que esta vai aparecendo a medida que avanza a enfermidade. Canto antes se poida recoñecer, diagnosticar e tratar esta falta de motivación para a realización de actividades que antes lle resultaban gratificantes, mellor se poderá abordar a demencia.



Cando as persoas presentan apatía, a motivación e a iniciativa diminúen. Teñen menos enerxía e entusiasmo, e adoitan illarse socialmente. Vólvense cada vez máis pasivos,

tanto no traballo como na súa vida cotiá. Estes comportamentos aparecen un ou dous anos antes de que o paciente teña outros síntomas relacionados coa demencia.

- ▶ Carecen de iniciativa para facer pasatempos ou para participar en actividades sociais ou deportivas.
- ▶ Perda de «ganas» de realizar actividades que antes gozaban.



## CAMBIOS DE HUMOR OU DE PERSONALIDADE

Outro dos síntomas do alzhéimer son os cambios bruscos de humor sen motivo aparente. O humor e a personalidade varían sen mediar unha situación comprensible para iso. A persoa pode sentirse apática e sen entusiasmo, e mesmo chegar a ser agresiva en certas ocasións. Poden darse situacións que, sen ser relevantes



para o resto, eles perciben como ameazantes, ou provocan unha resposta de rexeitamento ou enfado. Poden darse situacións que, sen ser relevantes para o resto, eles perciben como ameazantes, ou provocan unha resposta de rexeitamento ou enfado. En fases máis avanzadas, esta sensación de ameaza pode provocar unha resposta de agresión como mecanismo de defensa, se ben en moitas ocasións somos as persoas da contorna as que podemos (sen sabelo) provocar este tipo de respostas. Ademais, debemos

ter tamén en conta que o medo e a incompreensión forman parte desta enfermidade, polo que unha persoa con demencia non entende, por exemplo, por que non pode saír soa de casa ou conducir. É importante escoitar as súas demandas e deixar que expresen as súas ideas, e distraer a súa atención noutras ocasións.

- ▶ Poden estar confundidos, deprimidos, temerosos ou ansiosos.
- ▶ Anóxanse facilmente en casa, no traballo, con amigos.
- ▶ Anóxanse facilmente perante unha percepción de ameaza.
- ▶ Anóxanse facilmente en situacións de impor unha idea ou «levar a contraria».



### 3. COMO RECOÑECER UNHA PERSOA CON DEMENCIA

---

Aínda que recoñecer unha persoa con alzhéimer ou outra demencia é complicado ao comezo da enfermidade, conforme esta avanza, os signos resultan cada vez máis esclarecedores.

- ▶ Comezan os esquecementos de citas, nomes de persoas, números de teléfono e palabras de uso común. Alteración da memoria a curto e longo prazo.
- ▶ Comezan os problemas de atención e a desorientación nas tres esferas: temporal, espacial e persoal.
- ▶ Dificultade para resolver operacións aritméticas sinxelas.
- ▶ Poden aparecer cambios na personalidade e no estado de ánimo, pasando da ledicia á tristeza sen razón aparente.
- ▶ En estados avanzados, pódese producir un deterioro na capacidade de movemento ou ao camiñar.
- ▶ En estados máis avanzados, se a persoa non ten unha supervisión, pode vestir de forma pouco habitual, con moita roupa (pórse varios xerseis) o con roupa de verán (sendo inverno).
- ▶ Poden mostrarse asustados, desorientados e en alerta, podendo expresar pánico e mesmo agresividade perante situacións descoñecidas e/ou sen referente familiar que estea presente nese momento.
- ▶ En estados avanzados da enfermidade, non lembran quen son, onde viven nin os nomes dos seus familiares máis próximos.
- ▶ Poden presentar dificultade para comunicarse. Prodúcese alteración da linguaxe, ralentización, diminución da capacidade de expresión, afasias (incapacidade de producir e/ou comprender a linguaxe).
- ▶ Poden responder ás preguntas dunha forma pouco precisa ou confusa, cunha posibilidade de resposta errónea ante o que lles preguntamos.
- ▶ Poden ter a ollada perdida nalgún punto descoñecido.





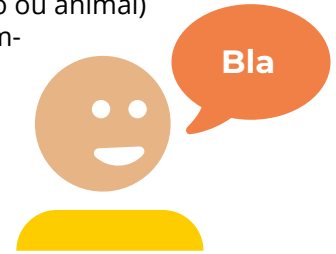


## 4. COMO COMUNICARSE CUNHA PERSOA CON DEMENCIA

A comunicación é un acto mediante o que un individuo (ser humano ou animal) establece con outro ou outros un contacto que lle permite intercambiar unha determinada información utilizando diferentes canles.

O ser humano utiliza tres tipos de linguaxe:

**A linguaxe oral:** o significante (palabra), xunto co significado, é o signo lingüístico que se produce a través da emisión de sons formados consonte as regras de cada lingua ou idioma.



**A linguaxe escrita:** o significante (palabra) é a letra ou os distintos códigos de escritura (braille).

**A linguaxe corporal ou xestual:** comunicación a través dos movementos corporais, a ollada, a expresión do rostro ou o movemento das mans, as posturas e mesmo a distancia entre os interlocutores. O volume e o ton tamén son elementos comunicativos.

O uso da comunicación é fundamental. Os xestos, a mirada, as caricias... contribúen a transmitir seguridade, aliviar a dor e o benestar da persoa.

Malia que é certo que cada persoa é diferente, a fase na que estea a enfermidade vai dificultar a súa capacidade de comprensión e expresión. Por iso, é importante aprender a manexar a linguaxe verbal e a non-verbal.

### PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN AO LONGO DA ENFERMIDADE

Os problemas de comunicación comezan nas primeiras fases da enfermidade (deterioro cognitivo leve e moderado). A persoa evoluciona nuns anos, desde non ter practicamente alteracións no uso da linguaxe ata unha perda total da fala, pasando por presentar unha dificultade manifesta para atopar as palabras correctas que lle permitan manter un discurso fluído e coherente, ás veces con interrupcións, co uso de palabras comodín (isto, aquilo...) ou ben cun leve titubeo ou tartamudeo que reflicte as súas dificultades no uso do vocábulo; todo isto engadido á manifestación da percepción subxectiva de dificultade para lembrar nomes de obxectos ou de persoas relativamente coñecidas para a persoa nas primeiras fases da enfermidade, pero podendo darse tamén unha falta de conciencia das dificultades cognitivas, un aspecto que vai aparecendo a medida que evoluciona a enfermidade.



En ocasións cambia o nome dos obxectos que cita ou confunde unha palabra con outra, e pode decatarse, o que lle pode producir malestar e condicionar o seu carácter, preferindo permanecer en silencio por medo a cometer erros.

Así mesmo, pode mostrar desinterese polas manifestacións dos seus familiares ou seres queridos que noutro tempo espertaban a súa atención; ás veces parece que non escoita ou que non lle interesa o que lle estamos a contar, mesmo cando nos refiramos a temas que noutra época da súa vida centrarían toda a súa atención.

Por regra xeral, unha persoa de cultura media utiliza na vida ordinaria entre 2000 e 3000 palabras, pero estas vanse ir reducindo progresivamente coa evolución da enfermidade, xa que, como todos sabemos, esta afecta desde o inicio á súa memoria.

Na enfermidade de alzhéimer, os trastornos da linguaxe son debidos a un deterioro da memoria semántica, que forma parte da memoria a longo prazo, a que contén a representación permanente do noso coñecemento do mundo e nos permite relacionar os significantes (palabras ou xestos) cos significados (obxectos ou accións).

Ás veces pode perder o fío da narración ou non comprender o que se está a falar (sobre todo se o diálogo se realiza con parágrafos moi longos entre os interlocutores, ou se as expresións usadas mostran unha retórica complexa), polo que a persoa diagnosticada pode tender a expresarse con frases curtas e simples.



Igualmente, a medida que vai evolucionando o deterioro, teñen serias dificultades para seguir con atención o argumento dunha película ou o fío condutor dunha conversa entre varios interlocutores, non só polas dificultades da linguaxe, senón pola influencia doutras dificultades de atención e de concentración. A comprensión do contido de libros ou artigos de xornais que sexan moi extensos vailles resultar case imposible. Isto ten relación co deterioro da súa memoria de traballo e da almacenaxe da información dispoñible para o normal funcionamento na comunicación, ademais da influencia doutras dificultades noutras funcións cognitivas.

En fases moderadas teñen tendencia a divagar, a mesturar ideas, a botar man de reiteracións no uso de argumentos, a insistir ou recorrer aos mesmos temas, ademais das dificultades indicadas no uso axeitado das palabras, podendo aparecer en función da evolución das dificultades de articulación. Finalmente, na última fase do deterioro, o vocabulario redúcese de xeito significativo, chegando a ser case nulo.

Outra característica do deterioro cognitivo e relacionada coa comunicación e con esa perda do «filtro» cognitivo que todos posuímos (e que preocupa e altera as familias) é a que se pode producir en fases moderadas-graves da enfermidade, cando a persoa afectada realiza comentarios inoportunos que non son propios da súa personalidade ou utiliza palabras vulgares ou bocaladas cando ao longo da súa vida non as empregara, podendo chegar a dicir o primeiro que se lle pasa pola cabeza sen pensar previamente nas consecuencias da súa mensaxe.



A respecto da linguaxe escrita, vai evolucionando igualmente ao longo da enfermidade, malia que, ao ser unha característica aprendida cun compoñente motor dependerá de aspectos como o nivel cultural e o uso que fixo esa persoa da escritura. En calquera caso, poderase ir vendo un cambio na forma de escribir, así como faltas de ortografía, escritura repetida de letras, omisións, cambios de letras por outras nunha palabra, así como unha tendencia nalgunhas persoas a escribir cun tamaño de letra máis pequeno ou comezar escribindo nun tamaño axeitado e ir reducindo a letra. Así como ter cada vez máis dificultades para escribir «recto» nunha folla. Esta perda progresiva da escritura chegará a ter dificultades graves en fases moderadas-graves da enfermidade.

A respecto da habilidade lectora, en fases iniciais está preservada, polo que podemos contar con esta habilidade como instrumento que facilita o labor nas tarefas do día a día ou de estimulación cognitiva, pero que se irá perdendo progresivamente como vimos comentando ata chegar a ter dificultades graves en fases moderadas-graves do deterioro. Con todo, é diferente manter a capacidade de lectura de ser quen de comprender o que se leu. A comprensión lectora, como indicamos antes, será un proceso cognitivo que se verá afectado desde fases leves-moderadas, en función da complexidade do texto.

En termos técnicos, diremos que os/as pacientes van ir presentando alteracións da linguaxe ou afasias. Esta sería a súa definición: trastorno da linguaxe oral, con signos posibles tanto na emisión de elementos sonoros (expresión) como na comprensión, a consecuencia das lesións neurolóxicas ocasionadas pola súa enfermidade dexenerativa.

Algunhas das transformacións que presenta a linguaxe nas demencias leves-moderadas son:

- **Parafasias:** o suxeito fai pausas na linguaxe para buscar as palabras. Substitúe fonemas (fonémicas) ou usa outros vocábulos (semánticas) para expresar o que quere dicir. Exemplo: «Achégate á, á, á... cadeida» (por cadeira = fonémica). «Achégate á, á, á... cadea» (por cadeira = semántica).
- **Anomia:** a redución do vocabulario dispoñible para o suxeito impídelle atopar os nomes, verbos etc. que o comunicante precisa para emitir correctamente o seu discurso. Exemplo: «Por favor, acende a..., a...» (por lámpada).
- **Circunloquios:** debido ao cambio na linguaxe, a persoa diagnosticada, para poder dicir que é o que necesita, usa este tipo de construcións, incrementando a súa frecuencia. Exemplo: o/a paciente quere pedirnos que lle deamos o reloxo e dinos: «achégame iso, o que me poño aquí —senalando o pulso—, si, o que serve para mirar a hora».
- **Palabra ómnibus:** uso de palabras xerais que utilizamos para a comunicación de calquera contido: «isto», «iso», «cousa» etc. Exemplo: «dáme iso», no canto de dicir «dáme a chaqueta». Isto sucede cando non atopa a palabra que nomea ese obxecto.



Todo isto vai facendo que se perda fluidez e riqueza na comunicación e que na súa linguaxe abunden as dificultades anómicas e parafasias, así como o uso de circunloquios e palabras ómnibus. Ademais, reflíctese na súa comunicación e discurso, na pobreza de pensamento e na diminución das súas capacidades creativas por mor das perdas que se están a producir nos diferentes ámbitos cognitivos, a atención, a concentración, a capacidade de xuízo e, especialmente, como xa mencionamos, a memoria. Todo isto explica o empobrecemento e a simplicidade das súas narracións ou descrições dos feitos, así como a dificultade para a abstracción e a síntese de ideas, é dicir, a súa dificultade para chegar a conclusións despois dun diálogo.

Cómpre ter en conta que, cara ás fases finais, a persoa diagnosticada perde a iniciativa para comezar diálogos ou conversas, remitíndose a respostas sucintas cando lle demandamos conversa e/ou incorrendo no mutismo.

En ocasións, a persoa diagnosticada pode achegar alternativas improvisadas para saír da sensación molesta de estar perdida no discurso, botando man de temas alleos ao contexto ou de lugares comúns, interrompendo o proceso de comunicación en curso e/ou manifestando os seus sentimentos de torpeza e enfado.

A respecto da comunicación non-verbal, é dicir, os tons, os xestos, as distancias interpersoais ou o volume de voz —cuxa importancia cómpre destacar, xa que nos vai facilitar e completar, como sabemos, a comunicación verbal—, está preservada nas demencias leves e vaise deteriorando progresivamente nas moderadas, sobre todo, no relativo á comprensión de xestos pouco comúns ou fóra de contexto, que poden ser interpretados erroneamente, dando lugar a equívocos e a posibles momentos de alteración condutual. Por iso é moi importante coidar o detalle non só de que é o que dicimos, senón tamén de como o dicimos, así como coidar que a persoa diagnosticada non poida interpretar de forma errónea a nosa mensaxe.

As persoas de idade avanzada, con perdas sensoriais importantes da visión (presbicia) ou a audición (presbiacusia), poden aumentar as súas limitacións no relativo á comunicación verbal e non-verbal, polo que teremos que revisar e corrixir na medida do posible (mediante o uso de gafas e audiófonos) estas perdas sensoriais para minimizar o seu impacto nos problemas que xa, de seu, desencadea a demencia.

## RECOMENDACIÓNS PARA MELLORAR A COMUNICACIÓN



- ▶ Evita ruídos e distraccións.
- ▶ Mantén a calma e ten paciencia (deixa tempo para pensar e expresarse).
- ▶ Sitúate diante da persoa, mantendo o contacto visual.
- ▶ Non fales da persoa diagnosticada con outras persoas coma se ela non estivese diante.



- ▶ Anima a conversar, mais sen forzar cando ela non o desexe.
- ▶ Cambia o tema da conversa cando as preguntas ou as explicacións non teñan sentido.

## RECOMENDACIÓNS PARA MELLORAR A COMUNICACIÓN VERBAL



- ▶ Fala claro e devagar.
- ▶ Expón as mensaxes de forma directa e concreta, sen xerar dúbidas.
- ▶ Utiliza frases curtas e vocabulario sinxelo.
- ▶ Pon énfase nas palabras chave.
- ▶ Usa un ton suave de voz.
- ▶ Reformula as preguntas, se non as comprendeu ben, cunha linguaxe sinxela e clara.
- ▶ Non discutas, non grites, non critiques, nin infantilices a persoa.
- ▶ Utiliza o humor como ferramenta para conectar coa persoa, pero non uses dúbres sentidos, que poden levar a confusión.

## RECOMENDACIÓNS PARA MELLORAR A COMUNICACIÓN NON-VERBAL



- ▶ Sorrí e mantén a calma.
- ▶ Xesticula pouco.
- ▶ Demostra cariño; desta forma a persoa sentirase segura e cómoda.
- ▶ Intenta non transmitir preocupación, tristeza, enfado ou inseguridade.
- ▶ Mostra visualmente, se é posible, o que queres transmitirille.

## RECOMENDACIÓNS XERAIS PARA AFRONTAR A COMUNICACIÓN E A SITUACIÓN ACTUAL

Para afrontar de forma óptima a comunicación coa persoa afectada por demencia:

Considera, en primeiro lugar, que o coñecemento das características da linguaxe e da evolución da enfermidade de alzhéimer é básico para que se vaia producindo a correcta atribución e a aceptación da nova situación familiar. É moi importante recoller información actualizada sobre os procesos que se están a iniciar no noso familiar. A información vai facilitar a súa adaptación ás novas circunstancias nas que se vai ter que manexar.

En segundo lugar, ten en conta que as túas emocións van influír no proceso comunicativo, polo que deberás tratar de aumentar a vixilancia e o control sobre as mesmas. Para iso, cómpre comezar por recoñecer, validar e entender os sentimentos propios, exercendo un maior control sobre a expresión verbal e non-verbal destas emocións diante da persoa enferma, pero verbalizándoas e compensándoas noutros contextos comunicativos máis axeitados.



Suxerimos que acudas a outras persoas que poidan entender estes sentimentos no canto de pretender que o/a paciente se faga cargo deles e os comprenda, como facía no pasado. Isto é máis doado se te dirixes a aqueles coñecidos que pasaron por situacións similares ou, mellor aínda, aos que neste momento sofren unha situación como a túa. A maioría das Asociacións de Familiares de Alzhéimer de España conta con grupos de autoaxuda, nos que poder atopar eco a estes sentimentos e aprender a recoñecelos, entendelos, aceptalos, compartilos con outros, compensalos, afrontalos e controlalos na medida do posible.

Con gran probabilidade, neste contexto vaise favorecer un cambio e enriquecemento tanto interior —xa que aprenderás estratexias de afrontamento e habilidades de comunicación— como exterior, xa que vas poder aumentar a túa rede de relacións sociais, o que vai redundar en moitas ocasións nunha mellor convivencia co paciente, porque entre estes novos compañeiros encontrarás o espazo comunicativo que xa non tes co teu familiar, o que permitirá unha importante compensación da evidente perda que ambos sofren.

Para iniciar o proceso de aceptación e afrontamento, o primeiro que debes facer é permanecer atento á evolución das dificultades dos implicados no problema (persoa diagnosticada, persoa(s) coidadora(s) familiar(es), amizades, veciñanza, persoal clínico e sanitario), sen perder a conciencia do que aínda conserva.

Coñecer as características antes mencionadas e identificalas no teu familiar como síntomas da súa enfermidade —e non como algo propio da idade ou do carácter—, vai axudar no proceso de aceptación.

Adaptarse á realidade, sen perder de vista que aínda nela vas gozar de momentos e emocións moi agradables co teu ser querido, sobre todo se non te centras só no que



ambos perderon, senón no que aínda manteñen.

Fíxate o firme compromiso de optimizar a túa situación, estimulando o paciente e converténdote en elemento facilitador do proceso comunicativo.

Se reflexionamos sobre isto, podemos comprobar que todos temos a capacidade de adaptar os nosos estilos comunicativos aos nosos interlocutores, ás circunstancias ou aos diferentes medios que utilizamos. Por exemplo, non nos diriximos igual a un neno de tres anos ca a un adolescente, nin falamos igual a este ca a un ancián con problemas de audición; non usamos nin os mesmos tons nin o mesmo vocabulario. O mesmo sucede co cambio que experimentan as nosas expresións se nos diriximos a un estranxeiro que coñece poucas palabras do noso idioma ou cando utilizamos o móbil ou Internet.

Daquela, sabemos e temos que evidenciar que podemos ir adaptándonos ao empobrecemento e á ralentización da linguaxe que vai sufrir o noso familiar en cada fase, sen por iso ter a impresión de estar desarmados e indefensos perante tal desafío. Non rexeitemos a realidade, contemos con ela e abordemos o reto de melloralala na medida do posible.

- ▶ Mantén, durante o proceso de deterioro, unha visión clara, realista, posibilista, compensatoria e situada no presente, é dicir, non fagas comparacións con anteriores situacións nin proxectos demasiado no futuro. Isto pódete permitir manter unha aceptable comunicación co enfermo, tanto no terreo dos contidos como no das emocións.
- ▶ Non realices unha demanda excesiva á persoa diagnosticada. Non lle exijas por riba das súas posibilidades actuais, o que ha evitar a angustia derivada da presión exterior, e así aliviarás a súa percepción subxectiva de deterioro e, polo tanto, estaralo a protexer da perda de autoestima.
- ▶ Considera que as emocións da persoa enferma poden distorsionar o contido das súas mensaxes e poden levala a prolongados silencios ou expresións ariscas e fóra de contexto.
- ▶ Diferencia cando a persoa diagnosticada trata de dicirte algo, pero a súa inquietude, inseguridade, enfado... llelo impiden, de cando é unha mensaxe con contido emocional que a persoa enferma trata de expresar, pero a persoa cuidadora non llo permite porque quizais resulte duro de escoitar e difícil de aceptar.



## RECOMENDACIÓNS PERANTE O DIAGNÓSTICO DA PERSONA E COMO ABORDALO NO EIDO FAMILIAR

Na actualidade, a maioría dos enfermos non coñecen o seu diagnóstico, aínda que, en ocasións (sobre todo, se se realizou un diagnóstico precoz), poden ter conciencia do alcance do seu deterioro e mesmo ter unha visión de futuro que os preocupe profundamente e lles poida chegar a deprimir.

As familias optan, nunha alta porcentaxe de casos, por ocultar e negar ao seu familiar enfermo o coñecemento e a información que lles proporciona o médico, coa intención de protexelo de sentimentos desesperanzadores, xa que, en ocasións, senten un profundo temor a que a información poida aumentar o sufrimento da persoa e sexa contraproducente para o desenvolvemento do proceso involutivo. A nosa cultura fomenta este aspecto protector a respecto da comunicación do diagnóstico, eliminando así o dereito á toma de decisións do propio suxeito sobre como ha de planificar a súa vida.



Non hai tradición de asumir de xeito consciente a realidade existencial médico-xurídica, nin nas demencias (cando estas se diagnostican precozmente) nin noutras enfermidades con prognósticos graves.

Esta realidade está a mudar e podemos comprobar que noutros países da nosa contorna xa se evolucionou cara a formulacións que respectan o dereito da/o enferma/o a coñecer o que, previsiblemente, lle ha suceder.

Cómpre engadir que, ata hoxe, eran minoría as persoas que antes de padecer demencia tiñan información sobre a enfermidade e a súa evolución, co que podíamos, tanto os profesionais como familiares, restar importancia ao que o enfermo evidenciaba, atribuíndoo á idade ou a estados ansiosos ou depresivos cando o enfermo era relativamente novo. Todos dixemos frases como «o que che pasa é normal, son os anos», «pero se eu estou peor ca ti, esquezo todo, son os nervios, xa verás como co que che mandou o médico melloras moito».

Non cremos que no futuro todo isto sirva para aliviar o sufrimento e a preocupación de persoas que, coma nós, van coñecer a fondo a evolución dos síndromes demenciais, así que teremos que valorar a aceptación e a tolerancia das manifestacións de dor emocional que nos fai o noso familiar enfermo, permitíndolle que se exprese sen negarlle a evidencia, senón máis ben permanecendo nunha escoita tranquila, empática e tranquilizadora.





## 5. POR QUE AS PERSOAS CON DEMENCIA SON MÁIS VULNERABLES PERANTE AS SITUACIÓNS DE MALTRATO?

---

As persoas con demencia representan un colectivo vulnerable e máis exposto a abusos e posibles malos tratos, tanto físicos como psicolóxicos. O avance da enfermidade provoca o aumento das limitacións da persoa con demencia a nivel físico e psicolóxico, o incremento do nivel de dependencia a respecto dos seus familiares e os seus cuidadores profesionais, e unha maior indefensión, o que provoca que, en caso de abuso, quede exposta aos valores, educación e humanidade de terceiros.

En moitas ocasións, detectar o maltrato é complicado debido ao illamento social que sofren estas persoas, á súa negación ou incapacidade de comunicalo, á escasa concienciación dos profesionais e á discriminación que habitualmente sofre este colectivo.

Por iso, cómpre que os profesionais da saúde, os servizos sociais e a sociedade en xeral se preocupen e tomen conciencia do maltrato que sofren moitas persoas afectadas pola demencia, e que se colla o asunto de man.



**ANTE EL  
MALTRATO  
ACTÚA**



**112**



## 6. QUE É E FORMAS DE EXERCER O MALTRATO

### AS DISTINTAS FORMAS DE MALTRATO

Existen numerosas definicións do concepto de maltrato; unha delas é tratar con crueldade, dureza e desconsideración a unha persoa. Outra é o comportamento violento que causa dano físico ou moral. O que si está claro é que existen distintos tipos de maltrato (neglixencia, físico, psicolóxico, violación dos dereitos básicos, sexual, financeiro e abandono).

- ▶ O maltrato por neglixencia é o fallo dunha persoa responsable do coidado para responder de xeito adecuado ás necesidades que require a persoa con demencia. É a forma máis común de maltrato e pode ser intencionada ou non. As neglixencias máis habituais son a limpeza persoal ou da contorna, a alimentación, a administración e o control da medicación.
- ▶ O maltrato físico é calquera acción, non accidental, que provoque ou poida provocar dano físico ou enfermidade.
- ▶ O maltrato psicolóxico maniféstase a través do rexeitamento activo, o illamento, os insultos, as ameazas ou as críticas reiteradas.
- ▶ A violación dos dereitos fundamentais: a liberdade, a seguridade, a dignidade, a honra, a intimidade...
- ▶ O maltrato sexual: acoso que implica tocamento dos xenitais, agresión verbal ou violación.
- ▶ O maltrato financeiro: estafa, furto, roubo, uso non-apropiado ou fraudulento de diñeiro ou bens.
- ▶ Suxeicións físicas e farmacolóxicas sen control nin protocolos de administración.
- ▶ Internamentos involuntarios sen control xudicial.





## OS DISTINTOS AGRESORES

En relación coa persoa con demencia, o maltrato pode darse dentro da familia, na institución que a atende e na comunidade.

Os agresores das persoas con demencias poden ser familiares cuidadores, outros familiares, cuidadoras/es profesionais ou asistentes no domicilio, profesionais dos distintos servizos ou centros nos que as atenden.

Neste sentido, o maltrato pódese producir, tanto no propio domicilio como nas institucións (residencias ou vivendas tuteladas) nos que residen, ou en servizos que reciben (centros de día, centros de atención diúrna, atención a domicilio, asistencia persoal etc.).

## 7. INDICADORES QUE REVELAN QUE EXISTE MALTRATO

En moitos casos, as persoas con Alzheimer e outras demencias non poden identificar e/ou denunciar condutas que atentan contra a súa persoa ou patrimonio: ben porque as súas dificultades cognitivas llelo impiden, porque non se atreven a denunciar ou porque non identifican que se trate de condutas lesivas que deben denunciar...

Por iso, é moi importante prestar atención a calquera indicador que poida alertar de que se está producindo calquera tipo de maltrato ou desatención. Deseguido recolle-mos os indicadores máis frecuentes en cada caso:

### Indicadores de maltrato físico

- ▶ Queixa de agresión física.
- ▶ Lesións, cortes, feridas, mazaduras, laceracións, hematomas, alopecias, queimaduras.
- ▶ Caídas e lesións non explicadas.
- ▶ Fracturas múltiples.
- ▶ Feridas en zonas ocultas e con distinto grao de evolución.
- ▶ Desnutrición, deshidratación, perda de peso.
- ▶ Abuso/perda de receitas. Erros na medicación.
- ▶ Falta de hixiene persoal e externa.
- ▶ Cambios frecuentes de médico, de centro asistencial.





## Indicadores de maltrato psicológico

- ▶ Cambios nos hábitos alimenticios.
- ▶ Problemas para durmir.
- ▶ Actitude de temor, confusión, resignación.
- ▶ Pasividade, retraemento, illamento.
- ▶ Baixa autoestima, depresión.
- ▶ Indefensión, desesperanza, ansiedade.
- ▶ Contradicións ou relatos imposibles que non obedecen a confusión mental.
- ▶ Vacilacións e renuncia a conversar abertamente.
- ▶ Evasión de contactos con cuidadores e de comunicación verbal.
- ▶ Ira ou medo cara aos cuidadores.
- ▶ Cambios de carácter, axitación perante o responsable do maltrato.
- ▶ A persoa con demencia é deixada de lado polos demais.



## Indicadores de maltrato sexual

- ▶ Queixa de agresión sexual.
- ▶ Conduta sexual que non coincide coas relacións habituais e a personalidade anterior da persoa.
- ▶ Cambios non explicados na conduta (agresión, retraemento, automutilación...).
- ▶ Queixas frecuentes de dores abdominais ou hemorraxias vexinais ou anais inexplicadas.
- ▶ Infeccións xenitais recorrentes ou hematomas arredor das mamas ou nas zonas xenitais o paraxenitais.
- ▶ Prendas íntimas desgarradas, manchadas ou ensanguentadas.
- ▶ Dor, rabuñadas ou lesións na rexión anal, xenital ou abdominal.
- ▶ Dificultade ao camiñar ou sentarse debido a lesións na zona xenital.
- ▶ Enfermidades de transmisión sexual ou cistite.
- ▶ Inexplicables problemas cos catéteres.





## Indicadores de maltrato económico

- ▶ Manifestación expresa de que manipulan os seus efectos persoais sen a súa autorización.
- ▶ Perda de diñeiro, movementos sospeitosos nas contas, retiradas de diñeiro irregulares ou atípicos non xustificadas.
- ▶ Cambios de testamento cando se dubida da capacidade para tomar decisións.
- ▶ Sinaturas «falsificadas» a «persoas que non saben ou non poden escribir».
- ▶ Desaparición de valores, depósitos, documentos ou pezas de valor.
- ▶ Atención ao maior non acorde cos seus ingresos ou medios.
- ▶ Falta de confort e comodidades cando se dispón de recursos para poder gozar deles.
- ▶ Problemas de saúde física e/ou mental sen tratamento (próteses, cadeiras..).



## Indicadores de negligencia/abandono

- ▶ Queixa de abandono.
- ▶ Sucidade, olor a feces ou ouriños.
- ▶ Erupcións na pel non tratadas.
- ▶ Pediculose.
- ▶ Úlceras por presión.
- ▶ Malnutrición ou deshidratación.
- ▶ Enfermidades non tratadas.
- ▶ Mal cumprimento terapéutico.
- ▶ Deterioro progresivo da saúde sen causa evidente.
- ▶ Medicación excesiva ou insuficiente.
- ▶ Condicións de inseguridade/barreiras arquitectónicas.
- ▶ Vestido inadecuado.
- ▶ Deixar soa a unha persoa nun hospital ou centro sanitario.
- ▶ Deixar soa durante moito tempo a unha persoa maior impedida no seu domicilio.



## 8. QUE TIPO DE DELITOS OU FALTAS SE PODEN COMETER CONTRA A PERSOA OU OS BENS DUNHA PERSOA CON ALZHEIMER OU OUTRAS DEMENCIAS?

---

Os delitos ou faltas máis frecuentes adoitan ser:

- ▶ Delitos contra a vida: homicidio, asasinato.
- ▶ Delitos contra a integridade física: lesións, en calquera das súas formas. Neste caso, o código penal prevé unha maior gravidade das condutas e do seu castigo cando a vítima sexa unha persoa especialmente vulnerable que conviva co autor.
- ▶ Delitos contra a liberdade: detención ilegal, secuestro.
- ▶ Delitos de ameazas ou coaccións.
- ▶ Torturas e outros delitos contra a integridade moral.
- ▶ Delitos contra a liberdade e indemnidade sexuais: agresións, abusos, acoso...
- ▶ Delitos contra a intimidade e o dereito á propia imaxe.
- ▶ Delitos contra a honra.
- ▶ Delitos de abandono de familia ou persoas con discapacidade necesitadas de especial protección, por incumprir os deberes legais de asistencia inherentes á tutela ou por non prestar a asistencia necesaria legalmente establecida para o sustento dos seus familiares que estean necesitados.
- ▶ Delitos contra o patrimonio:
  - ▶ Furto, roubo. No caso do furto, prevese como unha situación agravante o feito de pór a vítima ou a súa familia en grave situación económica ou de realizarse abusando das súas circunstancias persoais ou da situación de desamparo.
  - ▶ Administración desleal do patrimonio: «os que, tendo facultades para administrar un patrimonio alleo, emanadas da lei, encomendadas pola autoridade ou asumidas mediante un negocio xurídico, as infrinxan excedéndose no exercicio das mesmas e, dese xeito, causen un prexuízo ao patrimonio administrado».





- ▶ Estafa, cando, con ánimo de lucro, se utiliza o engano para producir erro noutro, inducíndoo a realizar un acto de disposición en prexuízo propio ou alleo. Tamén se inclúen condutas como:
  - ▶ A manipulación informática ou similar para conseguir unha transferencia non consentida do patrimonio.
  - ▶ O deseño, posesión ou facilitación de programas informáticos destinados á comisión das estafas.
  - ▶ A utilización de tarxetas de crédito ou débito, cheques, en prexuízo do patrimonio da persoa.

## 9. COMO ACTUAR FRONTE AO MALTRATO OU Á COMISIÓN DE DELITOS CONTRA AS PERSOAS CON DEMENCIA?

---

Dunha banda, desde as institucións públicas e entidades que provén calquera servizo para as persoas con demencias (en todos os ámbitos: saúde, servizos sociais etc.) resulta imprescindible dispor de procedementos, protocolos e mecanismos de coordinación para a pronta detección e denuncia de calquera destas situacións.

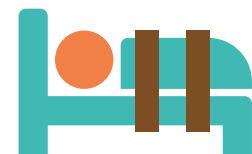
Así mesmo, é fundamental adaptar os servizos de atención a vítimas e comisaría de policía para facilitar o proceso de denuncia por parte das persoas con demencias e/ou as súas familias.

Por último, a implicación e compromiso da cidadanía resulta fundamental facendo dúas cousas:

1. Prestar atención a calquera indicador que poida alertar de que se está producindo calquera tipo de maltrato ou desatención en diferentes casos como: maltrato físico, maltrato psicolóxico, maltrato sexual, maltrato económico, negligencia/abandono.
2. Denunciar calquera situación de maltrato da que teña coñecemento ou sospeita.

Neste sentido, cómpre lembrar que:

- ▶ Calquera persoa que presencie a comisión dun delito ten a obriga de denunciá-lo (perante a policía, xulgado ou fiscalía).





## ONDE DIRIXIRSE PARA DENUNCIAR CALQUERA SITUACIÓN DE MALTRATO OU DELITO CONTRA UNHA PERSOA CON DEMENCIA?

- ▶ En particular, as persoas que, por razón dos seus cargos, profesións ou oficios, tivesen noticia dalgún delito público, estarán obrigados a denunciálo inmediatamente, de se tratar dun delito flagrante.
- ▶ Nos delitos perseguibles a instancias da persoa agraviada tamén poderá denunciar o Ministerio Fiscal, de se tratar dunha persoa necesitada de especial protección ou desvalida, como é o caso das persoas con alzhéimer ou outras demencias.
- ▶ Calquera persoa pode denunciar perante a policía, o xulgado ou a fiscalía calquera feito delituoso do que teña sospeita.

## 10. ONDE DIRIXIRSE PARA DENUNCIAR CALQUERA SITUACIÓN DE MALTRATO OU DELITO CONTRA UNHA PERSOA CON DEMENCIA?

---

- ▶ Se coñece algún caso de maltrato, non dubide en contactar co 112; eles derivarán a súa sospeita aos corpos e forzas de seguridade competentes e investigarán o caso.
- ▶ Existen outras opcións para denunciar o maltrato de persoas maiores, como son: o Corpo Nacional de Policía, o Xulgado de Garda ou o Ministerio Fiscal, a asociación para a investigación do maltrato ás persoas maiores (EIMA) no teléfono 943 724 311, a asociación de loita contra o maltrato a maiores (ALMAMA) no teléfono 639 667 491, a Confederación Estatal de Maiores Activos (CONFEMAC) no teléfono 900 656 566, os servizos sociais, o sistema de saúde ou as asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias.

### Teléfonos dispoñibles nas CC. AA.:

ANDALUCÍA: Teléfono de Atención a Persoas Maiores, **900 858 381**

ARAGÓN: Teléfono do Maior, **900 252 626**

CASTELA E LEÓN: **112**

CANARIAS: Teléfono de Atención a las Persoas Maiores, **900 707 020**

GALICIA: **112**

CATALUÑA: **012**

COMUNIDADE DE MADRID: **900 101 011**

EXTREMADURA: **112**

CANTABRIA: **112**

CEUTA: **112**

MELILLA: **112**

A RIOXA: **016**

NAVARRA: **112**

ASTURIAS: **112**

EUSKADI: **900 840 111**

BALEARES: **112**

CASTELA-A MANCHA: **112**

MURCIA: **112**

COMUNIDADE VALENCIANA: **112**







## 11. QUE MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRONTE AO MALTRATO SE PODEN ACTIVAR CON CARÁCTER URXENTE APÓS ESTA DENUNCIA?

---

A autoridade xudicial poderá establecer con carácter urxente medidas de protección para evitar o maltrato ou delitos contra as persoas con alzhéimer ou outras demencias (á marxe do curso do procedemento xudicial para depurar as correspondentes responsabilidades civís ou penais). Estas poden ser:

- ▶ Privar a persoa denunciada do dereito a residir en determinados lugares ou acudir a eles.
- ▶ Prohibición de achegarse á vítima ou aos familiares que se determinen.
- ▶ Prohibición de comunicarse coa vítima ou cos familiares que se determinen.





## BIBLIOGRAFÍA

---

Arroyo, et al., 2008. *Atender a una persona con Alzheimer.*

Domingo, et al., 2004. *La comunicación con el enfermo de Alzheimer.*

Grupo de trabajo da GPC sobre a atención integral ás persoas con enfermidade de alzhéimer e outras demencias, et al., 2011. *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.*

Fillat, 2019. *Estudio jurídico del marco normativo integral para la garantía de derechos de las personas afectadas por Alzheimer y otras demencias.*

Strauss, 2005. *Cómo hablar con un enfermo de Alzheimer.*

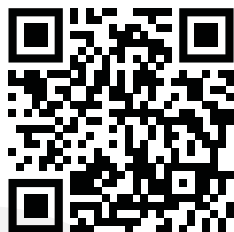
Martín, 2019. *El Alzheimer: El doctor responde.*

Ceballos, et al., 2007. *Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida.*

Vila, 2011. *Guía práctica para entender los comportamientos de los enfermos de Alzheimer.*







Máis información:  
[www.ceafa.es/entornos-amigables](http://www.ceafa.es/entornos-amigables)

 **CONTORNAS AMIGABLES  
E SOLIDARIAS COAS  
D E M E N C I A S** 



**CONFEDERACIÓN  
ESPAÑOLA DE  
ALZHEIMER**