

INDICE

- Introducción 2
- Desarrollo 3
 - ◆ Enfermedad de Alzheimer 3
 - ◆ Síntomas 3
 - ◆ Enfermedad de Pick 7
 - ◆ Cuidados a enfermos de Alzheimer 8
 - ◆ Depresión 12
 - ◆ Clasificación de demencias por áreas 12
 - ◇ Conclusión 13
 - ◇ Juicio de las alumnas 14

INTRODUCCIÓN

¿Qué quiere decirse cuando se habla de enfermedad de Alzheimer? Hoy en día esta alteración que se produce en el organismo es muy nombrada y afecta principalmente durante el período de la vejez, en el que, generalmente, tiene lugar el olvido y la depresión. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento. La esperanza media de vida de quienes padecen esta enfermedad está entre cinco y diez años, aunque en la actualidad muchos pacientes sobreviven 15 años o más debido a las mejoras conseguidas en la atención y tratamiento médico.

Dicha enfermedad puede definirse como enfermedad degenerativa progresiva del cerebro caracterizada por la desorientación y la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio. (*Enciclopedia Encarta 98*, Microsoft). Es considerada la primera causa de demencia en la vejez.

De esta manera el termino Mal de Alzheimer (denominada así debido al neuropatólogo alemán Alois Alzheimer quien llevó a cabo su primera descripción en 1906) alude a demencia senil, ya que nos referimos a una alteración que tiene lugar en las células nerviosas del cerebro durante la vejez. Sin embargo, ¿qué significa demencia?. El término demencia proviene del latín *dementias*, derivado de *demeas* cuyo significado es demente. De esta manera, hace referencia a la locura, al trastorno de la razón, a la extravagancia, a la incoherencia de pensamiento o habla, a una acción o conducta insensata. Entonces se podría definir demencia como Estado de debilidad mental y desintegración de la personalidad consecutiva a vesaniaso bien a lesiones destructoras del encéfalo que afectan a las zonas psicomotoras. La demencia puede afectar diversos grados; desde la simple debilidad a la negación absoluta de facultades que reduce al enfermo a una vida casi vegetativa. (*Enciclopedia Universal Ilustrada*, tomo 18, Espasa-Calpesa editores/ Madrid).

Anteriormente se había creído que sólo se presentaba una sola forma de demencia común; no obstante, hoy se admite que cada una de estas imprime un sello particular a la demencia que trae consigo A través de numerosos estudios se ha establecido la siguiente clasificación:

- Demencia paralítica.
- Demencia senil.
- Demencia aguda.

Dado que el tema a desarrollar es mal de Alzheimer, se hará referencia a la demencia senil que consta de una involución que abarca diferentes entidades clínicas (tales son la presbiefemia de Wernicke, el delirio de influencia, el delirio de persecución senil y la melancolía). Se describen también en la vejez episodios del tipo angustioso o depresivo. La amnesia, la desorientación, la pérdida de afectividad, la abulia y debilidad psíquica son síntomas comunes de la demencia senil. Esta aparece a veces prematuramente (locura presenil). Se hallan

lesiones de arteriosclerosis, de reblandecimiento, con degeneración grasa o gliomatosa de la sustancia encefálica. Las células de los centros nerviosos pierden sus afinidades tintóreas por vacuolizar y desaparecen. El curso y terminaciones de la demencia senil son constantes y progresivos. Sin embargo, se observan fases remisión más o menos prolongadas.

A lo largo del siguiente informe se desarrollará el Mal de Alzheimer y la de Pick, que suelen ser alteraciones las cuales se hacen presentes alrededor de los cincuenta años. No tienen un origen claro y son irreversibles. Se asocian, generalmente, con la arteriosclerosis. Se desarrollará, asimismo, otras demencias relacionadas como la enfermedad de creutzfeldt-jacob, la enfermedad de huntington, depresión, entre otras.

DESARROLLO

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. La causa más frecuente de demencia senil, es un proceso degenerativo que afecta al sistema nervioso central generalmente de manera crónica o progresiva. Por lo general, la EA comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad, se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas, y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas. En sus etapas avanzadas, la EA conduce a la demencia y finalmente a la muerte.

La enfermedad de Alzheimer, a causa de diversas alteraciones neuropatológicas asociadas como son los depósitos amiloides extracelulares y los nudos neurofibrilares intra neuronales, impide desarrollar múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Síntomas

Los pacientes con EA viven, en promedio, aproximadamente ocho años tras el diagnóstico, aunque algunos pueden vivir hasta 20 años después de diagnosticárseles la enfermedad. Con el fin de ayudar a entender los cambios que ocurren según avanza este mal, la EA se divide en tres etapas: inicial, intermedia y avanzada. No obstante, es importante recordar que la evolución de los síntomas difiere de una persona a otra, y que cada etapa se desarrolla gradualmente a lo largo de varios años. Además, no es raro que los pacientes de EA tengan "días buenos" y "días malos". Por ejemplo, en la etapa inicial de la EA es posible que el paciente no muestre ningún síntoma el lunes, pero puede que el martes no se acuerde del nombre de sus familiares ni sepa encontrar la leche en el refrigerador.

A continuación se resumen los síntomas más frecuentes en cada etapa:

• Etapa inicial de la EA

Esta primera etapa tiene una duración aproximada de 2 a 5 años y en ella se observa un paulatino deterioro en la memoria. La persona olvida de eventos recientes no importa que hayan pasado 10, 15 o 20 minutos de un hecho determinado.

El paciente puede no recordar que ya comió u olvidar la conversación que tuvo con su hijo minutos antes. Asimismo, la percepción espacial se ve disminuida, lo mismo que la memoria en cuanto al tiempo y el espacio se ve afectada.

En la persona empieza a surgir una típica desorientación espacial, no reconociendo bien el lugar donde está. Así, es muy común que la persona no se recuerde cómo llegar a las tiendas que siempre ha frecuentado, saber

dónde está el banco al que siempre ha ido, qué dirección tomar para ir a la iglesia a la que asiste todos los domingos, o bien, qué camino tomar para regresar y llegar de vuelta a casa. Otros ejemplos son el no recordar la fecha, ni el día ni el mes en que vive, no saber la hora que es o creer que, aunque es de mañana, para él ya es de noche o viceversa.

Del mismo modo surgen otros detalles como son una disminución en la concentración y una fatiga cada vez más notoria. Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés. Junto a ello, a la persona se le comienza a notar inquieta, demostrando agitación y ansiedad. Estos últimos síntomas, es muy común que ocurran al atardecer o durante la noche, lo cual es un problema para quienes cuidan de ellos. Y, aunque no se sabe con exactitud el porqué de esto (la inquietud o agitación nocturna), lo que sí puede ayudar a calmar al paciente y reducir dicha ansiedad son, en cierta forma, los medicamentos.

Por otra parte, el lenguaje, las habilidades motoras y la percepción son conservadas. El paciente es capaz de mantener una conversación, comprende bien y utiliza los aspectos sociales de la comunicación (gestos, entonación, expresión y actitudes) en forma aún dentro de lo normal.

Las características principales son:

- Dificultad para recordar hechos y conversaciones recientes
- Dificultad para recordar el mes o el día de la semana.
- Pérdida de la capacidad para manejar dinero
- Apatía general y alejamiento de las relaciones sociales
- Cada vez es más difícil cocinar o ir de compras
- Errores de juicio; dificultad para tomar decisiones apropiadas
- Tendencia a perder las cosas
- Posible desorientación en entornos conocidos

- **Etapas intermedia**

En esta segunda etapa, todos los aspectos de la memoria empiezan progresivamente a fallar. Este estadio tiene una duración aproximada de 2 a 10 años, durante el cual se producen importantes alteraciones de la función cerebral con aparición de síntomas más preocupantes o que llaman más la atención. Comienzan a surgir problemas de *disfasia*, *apraxia* y *agnosia*.

Por **afasia** se entiende dificultad en el lenguaje. Al paciente le cuesta trabajo hablar, batallando para expresarse y darse a entender. Dice unas palabras por otras, un "vaso" puede ser para él o ella una servilleta, o tal vez ese andar inquieto y preguntar por la puerta para poder salir significa "quiero ir al baño" (y que de este modo salga esta carga o presión que tenga dentro).

La **apraxia** se refiere a las dificultades que presenta el paciente para llevar a cabo funciones aprendidas. La persona no puede ni sabe cómo vestirse, siendo muy común que se ponga dos o tres calcetines en un mismo pie, o tal vez trate de colocarse la camiseta arriba de la camisa. En el caso de las mujeres, sucede lo mismo, no entiende cómo colocarse las medias, ni la blusa y la falda se la puede poner al revés. Durante los alimentos, las personas con este mal, no saben utilizar los cubiertos, haciendo uso del tenedor, el cuchillo y la cuchara en forma indistinta.

La **agnosia** consiste en una pérdida de la capacidad para poder reconocer a las personas con las que convive. Y, aunque esta pérdida no es total, pues de cierto modo aún reconoce ambientes familiares y conserva la orientación personal (sabe su nombre, edad, lugar de nacimiento), sus desaciertos son cada vez más frecuentes. Por otra parte, el paciente se torna descuidado en su higiene personal. Ya no se arregla como antes, la pulcritud que todos admiraban, se le nota sucio y descuidado, les da por no quererse bañar o decir que ya lo

hicieron, enojándose cuando se les recrimina.

Aparecen algunos rasgos de tipo psicótico. Imagina que ve gente la cual no existe, escucha ruidos que nadie oye o piensa y cree firmemente que alguien va a llegar por él. Empieza a preguntar por personas que ya han murieron (su papá, su mamá, su hermano) y todas estas imágenes que pasan por su mente, realmente le inquietan. Asimismo, el embotamiento o represión de emociones, aunadas a una apatía cada vez mayor, empiezan a hacerse cada vez más evidentes.

La dependencia con respecto a un cuidador es cada vez mayor. Las aficiones que tenía, las actividades sociales, de ocio y de recreo pierden totalmente su valor, mostrándose aburrido, flojo, apático o somnoliento. La persona empieza a hacer actos perseverativos rayando en lo obsesivo. Vagabundea, recorre la casa por todas partes, empieza a esculcar cajones, ordena la ropa o los papeles varias veces al día, su mirada cambia y sus ojos parecen ser dos faros que se mueven, muchas veces, en sentidos contrapuestos.

En esta etapa, resulta obvio que la capacidad para el pensamiento abstracto y la habilidad para llevar a cabo operaciones de cálculo desaparecen por completo. No pueden realizar las más sencillas operaciones, aunque sí, tal vez, recitar de memoria las tablas de multiplicar. Finalmente, en esta segunda fase puede apreciarse cierto grado de Parkinson, ya que es muy común ver movimientos bruscos de manos, brazos o pies, cuando la gente enferma está, por ejemplo, sentada y dormitando.

Las características relevantes son:

- Surgen conductas problemáticas
- Ira, suspicacia, reacciones desproporcionadas, paranoia (por ejemplo: creer que los familiares le roban dinero o que el cónyuge tiene una aventura)
- Deambulación o vagabundeo
- Repetición de las mismas preguntas o frases
- Síndrome del atardecer (es decir, agitación o inquietud cuando cae la tarde)
- Temor a bañarse
- Alucinaciones
- Problemas para comer
- Incontinencia
- Acumulación y ocultamiento de sus pertenencias
- Conducta sexual inapropiada
- Comportamiento violento
- Antes necesitaba ayuda para elegir la ropa y acordarse de mudarse de ropa; ahora necesita ayuda para vestirse
- Antes necesitaba que se le instara al aseo personal; ahora necesita ayuda para bañarse, tomar los medicamentos, cepillarse los dientes y hacer sus necesidades, etc.
- Dificultad cada vez mayor para la expresión y comprensión verbales
- Problemas espaciales (por ejemplo, dificultades para colocar platos y cubiertos en la mesa)
- Pérdida de la capacidad para leer, escribir y sacar cuentas
- Pérdida de la coordinación
- Necesita atención o supervisión las 24 horas del día, los siete días de la semana
- Es posible que en ocasiones no reconozca a familiares y amistades
- **Etapa avanzada**

En esta tercera y última etapa, se presenta una amplia y marcada afectación de todas y cada una de las

facultades intelectuales. Los síntomas cerebrales se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas.

El enfermo con Alzheimer no reconoce a sus familiares y llega el momento en que llega a desconocer su propio rostro en el espejo. La personalidad que siempre acompañó a la persona, desaparece por completo.

Los pacientes se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos el paciente finaliza encamado, con alimentación asistida. Por lo común, los enfermos con Alzheimer suelen fallecer por neumonía, infección viral u otro tipo de complicación.

Características de importancia para destacar:

- Incapacidad para comunicarse
- Incapacidad para reconocer personas, lugares y cosas
- No le es posible participar en su cuidado personal
- Pierde la capacidad de caminar
- Pierde la capacidad de sonreír
- Es posible que se le contraigan los músculos
- Puede perder la capacidad de tragar
- Es posible que se presenten convulsiones
- Pérdida de peso
- Pasa la mayor parte del tiempo durmiendo
- Puede mostrar la necesidad de chupar cosas
- Incontinencia

A medida que se agravan los síntomas de la EA, aumenta la presión sobre el cuidador. El cuidado presenta cada vez más dificultades físicas y consume más tiempo. En algún punto de esta etapa, la mayoría de los cuidadores necesitarán ayuda de terceros.

ENFERMEDAD DE PICK

Identificada en 1892 por el Dr. Arnold Pick (profesor de psiquiatría de la Universidad de Praga), quien la describió en un hombre de 71 años con un deterioro mental progresivo de 3 años de evolución y unos rasgos asociados consistentes en una notable afasia con muchos errores parafásicos; en la autopsia se encontró una atrofia inusual de los lóbulos frontal y temporal; los cambios histológicos de la enfermedad (atrofia cortical espongiiforme, células en balón, cuerpos argentofílicos en el citoplasma neuronal y una notable ausencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles) fueron años más tarde descritos por Alois Alzheimer. Posteriormente se establecieron las diferencias con la EA y se describieron los Cuerpos de Pick (inclusiones argentofílicas tau-positivas), las Células de Pick (células acromáticas hinchadas) y la microvacuolación y gliosis de las capas II y III de la corteza frontal (propias de la demencia frontotemporal). Se trata de una enfermedad esporádica que es más común en mujeres que en hombres, a pesar de haber sido descrita por primera vez en un hombre, especialmente entre los 40–60 años, siendo rara después de los 75 años.

Comparada con la EA (50–60% de las demencias), la Ep es relativamente rara, siendo responsable de casi el 5% de los casos de demencia. La presencia o ausencia de Cuerpos de Pick (Cp) para el diagnóstico es controvertida; así, actualmente es considerada un subtipo de una amplia categoría de demencias frontotemporales que incluyen algunas sin Cp: Afasia Progresiva Primaria, Demencia Semántica, Demencia del Lóbulo Frontal, Demencia del Lóbulo Frontal con Esclerosis Amiotrófica, Demencia Frontotemporal con Enfermedad de Parkinson ligada al Cromosoma 17 (la "FTDP-17" se caracteriza demencia, trastornos de

personalidad, bradicinecia y rigidez) y Degeneración Corticobasal.

Los pacientes con Demencia Fronto-Temporal (DFT) a menudo exhiben desinhibición, pérdida de iniciativa, comportamiento obsesivo-compulsivo y comportamiento extraño antes o en asociación a los trastornos de memoria. En familias con formas heredadas de la enfermedad asociadas a mutaciones en la proteína Tau se presenta gran variabilidad fenotípica; de las mutaciones descritas (R406W, P301L, G272B, delta-K280), la R406W se asocia a una mayor duración de la enfermedad, presencia tardía de mutismo y leves cambios atróficos cerebrales en la neuroimagen. El comportamiento alimentario alterado y estereotípico y la pérdida de la conciencia social son factores que ayudan a diferenciar la DFT de la EA.

Los síntomas suelen ser algo diferentes a la EA:

Existe menos desorientación y pérdida de memoria en las fases iniciales y más cambios de personalidad, pérdida de las restricciones sociales y trastornos del lenguaje (especialmente para encontrar palabras); además, suele ser de inicio más precoz que la EAS y su curso suele ser más rápidamente progresivo; no obstante, a medida que la enfermedad progresa comparte rasgos de la EA, demencia profunda con mutismo, inmovilidad e incontinencia. Lo habitual es que el paciente sea inicialmente diagnosticado de EA para, posteriormente y según la evolución, confirmar el diagnóstico de Enfermedad de Pick.

Los criterios diagnósticos de la Demencia en la Enfermedad de Pick (Ep), según la CIE-10, son:

Se trata de una demencia progresiva, que comienza alrededor de los 50-60 años, caracterizada por un cambio lentamente progresivo del carácter junto a un deterioro de la conducta social, seguido de un trastorno del intelecto, la memoria y de funciones del lenguaje, con apatía, euforia y fenómenos extrapiramidales ocasionales. El cuadro neuropatológico es el de una atrofia selectiva de los lóbulos frontal y temporal pero sin la presencia de placas seniles u ovillos neurofibrilares en exceso como los vistos en un envejecimiento normal. Los casos con inicio precoz tienden a exhibir un curso más maligno. Las manifestaciones conductuales y sociales a menudo anteceden el deterioro de la memoria. A diferencia de la EA, los rasgos del lóbulo frontal son más marcados que los de los lóbulos temporal y parietal.

Las siguientes características son requeridas para un diagnóstico definitivo:

- (1) Demencia progresiva.
- (2) Predominio de rasgos clínicos del lóbulo frontal (euforia, explosiones emocionales) y comportamiento social ordinario, desinhibición y apatía o inquietud.
- (3) Las manifestaciones conductuales comúnmente preceden un claro deterioro de la memoria.

Los criterios diagnósticos para investigación son:

- A. Los criterios generales para demencia deben ser cumplidos en su totalidad.
- B. Inicio lento con deterioro estable.
- C. Predominio del compromiso del lóbulo frontal demostrado por dos o más de los siguientes:
 - (1) Explosiones emocionales.
 - (2) Comportamiento social ordinario.
 - (3) Desinhibición.

(4) Apatía o inquietud.

(5) Afasia.

D. Relativa conservación de la memoria y las funciones del lóbulo parietal en los estadios precoces.

El cuidador del paciente enfermo con el mal de Alzheimer:

A menudo se dice que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad de toda la familia, porque la angustia permanente de presenciar cómo se deteriora lentamente un ser querido afecta a todos por igual. Por lo tanto, el tratamiento integral debe responder a las necesidades de toda la familia. Ello incluye el apoyo emocional, la orientación psicológica y los programas educativos sobre la enfermedad de Alzheimer para los pacientes y sus familiares, que se esfuerzan por brindarles un entorno seguro y cómodo en el hogar.

Gracias a la información disponible, los cuidadores pueden aprender a controlar las conductas indeseables, mejorar la comunicación y garantizar la seguridad del paciente de EA. Las investigaciones muestran que los cuidadores se benefician en los grupos de formación y apoyo, y que la participación en dichos grupos les permite cuidar más tiempo de sus seres queridos en el propio hogar. La información que se presenta al final de este folleto informativo le ayudará a encontrar clases de capacitación y grupos de apoyo.

El papel del cuidador va cambiando a lo largo del tiempo, a medida que se van modificando las necesidades del paciente de EA. Las siguientes sugerencias pueden ayudar a los cuidadores a prepararse para el futuro.

El cuidado en la etapa inicial

En la etapa inicial de la EA, tanto el cuidador como el paciente pueden adaptarse al diagnóstico y hacer planes para el futuro:

- **Aprendizaje:** Mientras más sepa usted sobre la EA, más fácil le será atender al cuidado del paciente. Aprenda todo lo que pueda sobre las etapas inicial e intermedia de la EA; no se preocupe todavía por la etapa avanzada. Una buena manera de aprender y entender sus propias experiencias consiste en encontrar a otros cuidadores con los que conversar. Una de las cosas más difíciles de aprender es diferenciar entre la enfermedad y el ser querido. Sobre todo en la etapa inicial, los cuidadores pueden llegar a pensar que el ser querido "lo está haciendo para molestarme", o "lo hace por pura holgazanería". En tales casos, por lo general, la conducta que molesta al cuidador es un resultado de la enfermedad, y no del interés del paciente en lastimar o molestar al cuidador.
- **Apoyo emocional:** El diagnóstico de la EA puede ser un golpe demoledor para el paciente y para el cuidador. Es muy importante obtener el apoyo emocional necesario, ya sea por medio de la terapia, un grupo de apoyo u otros miembros de la familia. El objetivo es crear un sistema de apoyo emocional que crezca y evolucione dentro de usted mismo, a medida en que se vayan ampliando y transformando sus funciones de cuidador y los retos emocionales que conlleva ese papel.
- **Funciones en la familia:** A medida que va avanzando la enfermedad, cada vez será más difícil para el paciente con EA cumplir con las funciones que tradicionalmente había desempeñado en la familia. Por ejemplo, si el paciente era el único integrante de la familia que manejaba el automóvil, es importante que los demás familiares encuentren medios alternativos de transporte (por ejemplo, aprender a manejar, conseguir la ayuda de otros conductores entre la familia y las amistades, utilizar el transporte público, etc.). Si el paciente con EA había estado a cargo de la economía del hogar, otra persona tendrá que asumir ese papel. Si el paciente acostumbraba a cocinar para la familia, ha llegado el momento de que el cuidador aprenda a cocinar. Si se abordan estos problemas desde el primer momento, el propio paciente podrá ayudar al cuidador a prepararse para el futuro.

- **Aspectos económicos:** La EA puede ser una enfermedad sumamente costosa. Al paciente con EA le pueden quedar entre 2 y más de 20 años de vida. Es importante empezar a diseñar estrategias para satisfacer las necesidades económicas cada vez mayores que gravitarán sobre su familia, a medida que avance la enfermedad. La planificación económica debe incluir un examen concienzudo de la cobertura de seguros (por ejemplo, de atención médica, de incapacidad, de atención a largo plazo, etc.). Tenga en cuenta que *medicar no cubre el cuidado a largo plazo ni la atención en centros de internamiento*. Las personas de la tercera edad pueden obtener orientación gratuita sobre problemas de seguros. Para encontrar ayuda en su comunidad, llame al programa Eldercare Locator por el teléfono (800) 677-1116, o a HICAP por el (800) 434-0222.
- **Aspectos legales:** Tarde o temprano, el paciente con la enfermedad de Alzheimer necesitará ayuda para pagar las facturas, obtener atención médica y tomar decisiones. Hay dos documentos legales, el *Poder notarial para las finanzas* y el *Poder notarial para la atención médica* que podrán garantizar que el paciente con EA reciba el cuidado de familiares o amistades de su confianza. Si carecen de esos documentos, los cuidadores posiblemente tengan que acudir a un tribunal para que se les otorgue el derecho de tomar decisiones en nombre del paciente con EA. También es posible que la familia pierda el acceso a las cuentas bancarias. Las personas de avanzada edad pueden obtener servicios legales gratuitos o a bajo costo. Busque en la sección "Organizaciones" de este folleto informativo instituciones que le puedan prestar servicios jurídicos o responder a preguntas sobre esos problemas.

El cuidado en la etapa intermedia

El papel del cuidador ocupará todo su tiempo en la etapa intermedia de la EA. La primera prioridad ha de ser la seguridad del paciente. Tanto el paciente como el cuidador necesitarán ayuda y apoyo.

- **Apoyo emocional:** Las personas que cuidan a seres queridos que padecen de la EA se suelen sentir aisladas; muchas veces los cuidadores se sienten angustiados y desolados por el empeoramiento de la persona que cuidan. Es crucial para su salud mental y física que los cuidadores busquen apoyo emocional y se tomen pausas periódicas de descanso. No deje de consultar al médico si siente depresión o ansiedad.
- **Períodos de descanso:** Los cuidadores necesitan un descanso periódico. Con este fin se puede recurrir a programas de atención diurna de los pacientes, la ayuda en el hogar y períodos breves en residencias de ancianos. Los demás miembros de la familia, las amistades, los cuidadores profesionales o voluntarios, pueden contribuir a este descanso. La Agencia de la Tercera Edad de su localidad (Area Agency on Aging) le podrá brindar información sobre las opciones disponibles en la comunidad. Vea el folleto informativo de la FCA titulado Opciones de cuidado en la comunidad (Community Care Options) para informarse sobre los programas que pueden contribuir a aliviar la carga que pesa sobre el cuidador.
- **Seguridad:** Es importante crear un entorno seguro y cómodo. Los terapeutas ocupacionales pueden brindar consejos y ayuda para que el hogar sea más seguro, tanto para el cuidador como para el paciente. Pídale a su médico, a la oficina local de la Asociación de la Enfermedad de Alzheimer, o a la Agencia de la Tercera Edad de su localidad (Area Agency on Aging), la información necesaria para comunicarse con un profesional experimentado en transformaciones del hogar y dispositivos de ayuda. Debe advertirse a la policía en cuanto a los pacientes de la EA que deambulan o vagabundean, y debe inscribirse a los pacientes en el programa *Safe Return* (Regreso seguro) de la Asociación de la Enfermedad de Alzheimer.
- **Atención médica:** El paciente con la enfermedad de Alzheimer necesitará atención médica permanente, tanto para la EA como para otros problemas de salud que puedan surgir. El cuidador tendrá que convertirse en el portavoz del paciente de la EA. Es importante establecer buenas

relaciones con médicos y demás profesionales de la salud que comprendan el papel del cuidador y que integren al cuidador como miembro del equipo para brindarle al paciente una adecuada atención médica. Si el médico no le escucha ni respeta su papel como cuidador, busque otro médico. El estrés del trabajo del cuidador podrá afectar su salud. Asegúrese de cuidarse usted también. Si necesita hospitalizarse o tomarse un tiempo libre para descansar, haga los arreglos necesarios. Aquellos cuidadores que vean gravemente afectada su salud probablemente tengan que examinar la opción de llevar al paciente a una residencia de ancianos.

- **Planificar para el futuro:** Muchos cuidadores desean que su ser querido permanezca con ellos en el hogar; sin embargo, eso no siempre es posible. Si el paciente necesita un mayor cuidado u otro tipo de cuidado que usted no le puede prestar en el hogar, analice la opción de la residencia de ancianos. En muchas residencias de ancianos hay programas especiales para pacientes con demencia. Otra opción posible es la de contratar ayuda en el hogar. Si desea más información, vea los folletos de la FCA titulados Vida asistida y residencias de apoyo y Contratación de empleados para el hogar (Hiring In-Home Help).

El cuidado en la etapa avanzada

- **Hospicios:** Los hospicios proporcionan servicios a pacientes terminales. Entre sus servicios están los grupos de apoyo, las enfermeras visitadoras, el alivio o el control del dolor y el cuidado en el hogar. Por lo general, los servicios de los hospicios se coordinan por medio del médico que atiende al paciente, y normalmente no se brindan sino hasta que el médico considere que al paciente le quedan menos de seis meses de vida. Hay varias organizaciones que se especializan en ayudar a las familias a enfrentar los problemas de la atención a enfermos terminales. Vea el folleto informativo de la FCA titulado *Decisiones sobre la atención al enfermo terminal (Making Decisions About End-of-Life Care, solamente disponible en inglés.)* y busque más información en la sección Organizaciones, que aparece al final de este folleto.
- **Internamiento:** Las familias que atienden a un ser querido en la etapa avanzada de la enfermedad de Alzheimer deben prestar especial atención a la posibilidad de internarlo en una buena residencia para ancianos, donde haya un nivel adecuado de gestión y supervisión.

La enfermedad de Alzheimer plantea muchos desafíos, tanto al paciente mismo como a sus cuidadores. Sin embargo, esto no significa que ya no habrá más momentos de alegría, compañía y risas compartidas. La EA evoluciona lentamente, lo que significa que hay tiempo suficiente para planificar, tiempo para adaptarse al diagnóstico y tiempo para disfrutar de la mutua compañía.

DEPRESIÓN (Pseudodemencia Depresiva)

La depresión se asocia a unos trastornos cognoscitivos y conductuales caracterizados por una falta de motivación, fallos de atención, bradipsiquia, síntomas vegetativos, tristeza profunda, desesperanza, desamparo, impotencia, llanto y una profunda letargia; sin embargo, esta sintomatología puede ser diferente en el anciano, con confusión, distraibilidad y explosiones de irritabilidad, síntomas que pueden parecerse a la EA. Por otra parte, se estima que aproximadamente el 20–30% de los pacientes con algún tipo de demencia también están significativamente deprimidos; además, la EA puede comenzar en forma de un cuadro depresivo. Cuando no se puede establecer de modo claro la diferencia entre una demencia y una depresión (ver tabla), se considera que un tratamiento de prueba con antidepresivos es apropiado.

Características más llamativas de la depresión en el anciano:

La sintomatología clínica de los episodios depresivos que ocurren en el anciano es esencialmente la misma que aparece en otros períodos de la vida. Sin embargo, existen algunos rasgos diferenciales:

- Con alguna frecuencia no es la tristeza el motivo de la consulta, sino que, en general, los ancianos deprimidos acuden por tres tipos de circunstancias: quejas físicas, perturbaciones sociales y familiares, y quejas de tipo económico.
- Suele existir una intensa ansiedad, preocupaciones de todo tipo, sensación de soledad y de fracaso (preocupación por problemas físicos, miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad, etc.).
- Son frecuentes las auto-acusaciones, la baja auto-estima, las ideas de ruina y los delirios nihilistas; pensamientos negativos acerca del pasado, decepción con los hijos. Puede aparecer ideación auto-lítica que en general suele ser grave.
- Entre los síntomas físicos destacan insomnio, anorexia, estreñimiento, ansiedad, dolores erráticos, marcha encorvada a pequeños pasos.
- Su aspecto es de abatimiento, tristeza, cierto estado de confusión y falta de motivación.

Clasificación de distintas demencias por áreas y síntomas comunes de las mismas:

1. Demencias subcorticales: Disfunciones precoces en el movimiento. También se observan trastornos en la memoria, sólo en la evocación. Enfermedad de Parkinson la cual consta de una demencia que se desarrolla en el curso de una Enfermedad de Parkinson (EP) establecida (especialmente sus formas severas). No tiene rasgos clínicos particularmente distintivos que hallan sido demostrados, y puede ser diferente de la EA y la Dv; por otra parte, puede tratarse de una concurrencia de cualquiera de estas dos demencias con la EP. En el diagnóstico diferencial deberán considerarse otras demencias secundarias, demencia multi- infarto asociada a enfermedad vascular hipertensiva o diabética, tumos cerebral, hidrocefalia de presión normal.

- Demencia por afectación de sustancia blanca: Trastornos en el tiempo de reacción, ausencia de movimientos involuntarios y también afectación de la memoria. Ejemplo, esclerosis múltiple.
- Demencias mixtas: Reúnen varios síntomas nombrados anteriormente. Ejemplo: Creutzfeldt-Jakob que se trata de una demencia progresiva extremadamente rara (1 caso en un millón) con extensos signos neurológicos debida a cambios neuropatológicos específicos ("encefalopatía espongiiforme subaguda") que se presume es causada por un agente transmisible ("prión", partícula proteinácea libre de ácido nucleico que es extremadamente infecciosa y forma agregados de isoformas anormales de la proteína priónica-PrPsc). El inicio es usualmente en la vida media o tardía, típicamente en la quinta década, pero puede ser a cualquier edad de la vida adulta. El curso es subagudo, conduciendo a la muerte en 1-2 años.

4. Demencia en la enfermedad de huntington : se trata de una demencia que ocurre como parte de una amplia degeneración del cerebro, transmitida de forma autosómica dominante y que ocurre en aproximadamente 1 de cada 10.000 individuos. Los síntomas típicos aparecen en la tercera a cuarta década de la vida, presentándose por igual en hombres que en mujeres. En algunos casos los síntomas más precoces pueden ser depresión, ansiedad o una clara enfermedad paranoide, acompañados por cambios de la personalidad. La progresión es lenta y conduce a la muerte a los 10-18 años de diagnosticada; la gravedad de los síntomas tiende a ser mayor de generación en generación, mientras que la edad de presentación tiende a ser más precoz.

CONCLUSIÓN

FALTA CONCLUSIÓN!!!!

• JUICIO DE LAS ALUMNAS:

Este trabajo, a mi entender, realmente me ha hecho aprender sobre las enfermedades de Alzheimer, Pick y depresión, pero además de aprender la información biológica, también es importante los síntomas que creo que la mayoría ignora con respecto a estas enfermedades. Y por otro lado, el poder tener una mínima idea de cómo tratar a un enfermo, ya que en algunos casos, se aprende durante la marcha. Aunque creo que es mejor estar preparado con anterioridad. Aparte de todo esto, esta monografía me sirvió para acostumbrarme a armar

un trabajo de este tipo, que seguramente me servirá para mi futuro en la universidad.

Mediante la realización de esta monografía, he podido profundizar mis conocimientos en cuanto a las consecuencias y síntomas sufridos por las personas que padecen Mal de Alzheimer, la Pseudodemencia Depresiva, entre otras enfermedades neurológicas.

He adquirido conceptos elementales, con los cuales podría reconocer y tratar a un portador de dichos trastornos cerebrales. A su vez, pude tomar conciencia del deterioro neuronal de los afectados, desencadenantes de una serie de limitaciones de desarrollo gradual terminal.

Este trabajo ha sido de enorme utilidad.

Monografía sobre el mal de Alzheimer

– 16 – – 16 –