

PAUTAS Y ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS INTERPERSONALES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS DEMENCIAS EN LAS FAMILIAS

Anabella Martínez Pérez
Psicóloga experta en neuropsicología clínica
AFA Rioja

Introducción: Perspectiva teórica.

Las pautas y estrategias que a continuación se comentan están basadas en teorías psicológicas estudiadas y probadas sobre el comportamiento de los seres humanos en su relación con los demás.

La primera que nos interesa es la teoría de Barry Reisberg sobre las enfermedades neurodegenerativas. Según Reisberg el proceso que se produce en las demencias es un proceso involutivo, es decir, las personas enfermas van perdiendo poco a poco sus capacidades y habilidades siguiendo un orden inverso a como las han construido. Desde que nacemos los seres humanos vamos pasando por una serie de etapas en nuestro desarrollo en las que conseguimos aprender a ser independientes. Esto es, pasamos de una dependencia total de los adultos que nos rodean a ser capaces de realizar todo tipo de actividades de forma independiente. En las enfermedades neurodegenerativas la persona adulta e independiente poco a poco va perdiendo sus capacidades y se convierte en dependiente pasando por las mismas etapas evolutivas, pero a la inversa.

También nos interesan las teorías sobre la inteligencia que han elaborado psicólogos como Howard Gardner (Las inteligencias múltiples: Inteligencia lingüística, Inteligencia lógico-matemática, Inteligencia musical, inteligencia cinestésico corporal, Inteligencia espacial, Inteligencia interpersonal, Inteligencia intrapersonal y naturalística). Y la teoría sobre la Inteligencia emocional divulgada por Daniel Goleman que propone una serie de competencias que todos podemos desarrollar (autoconocimiento, automotivación, autocontrol, empatía y control de las relaciones) para ser inteligentes emocionalmente.

Y como hablamos de estrategias interpersonales no podemos olvidarnos de practicar cómo ser habilidosos socialmente. Los seres humanos nacemos preorientados socialmente, somos tan frágiles e inseguros que dependemos totalmente de los demás y tenemos que aprender a cuidarnos los unos a los otros a lo largo de nuestra trayectoria vital. Tener unas buenas habilidades sociales mejora el mantenimiento y creación de esas redes sociales imprescindibles en el desarrollo humano. Tenemos también muchos psicólogos que han teorizado y escrito sobre habilidades sociales, entre los que podemos citar a Miguel Ángel Verdugo y Vicente Caballo.

Estas serían las bases teóricas que fundamentan estas pautas y estrategias dirigidas, en este caso, a mejorar las relaciones entre los cuidadores y sus enfermos y a

proporcionar herramientas a los cuidadores para minimizar o hacer desaparecer las alteraciones que las enfermedades neurodegenerativas pueden provocar.

Pautas y estrategias interpersonales para el abordaje integral de las demencias en las familias.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva e irreversible. Es una demencia y afecta a todas las capacidades y habilidades humanas, a la memoria, el lenguaje, el movimiento, el reconocimiento, las funciones ejecutivas, la capacidad para razonar y para decidir. También puede alterar el juicio social, la orientación temporal y espacial y todas las actividades de vida laboral y cotidiana pueden verse afectadas.

Para proporcionar a los enfermos de demencia una atención integral las personas que los cuidan tienen que tener en cuenta no sólo sus necesidades físicas -alimentación, seguridad, higiene, ejercicio físico, etc.- también es importante atender otras necesidades, como las afectivas, las cognitivas y las sociales. Los cuidadores de personas afectadas por esta enfermedad tienen que afrontar retos que, en otras enfermedades, sólo físicas, no existen.

El primer problema al que se enfrenta un cuidador de una persona con demencia es entender las alteraciones de comportamiento de su familiar. Aceptar la enfermedad es muy difícil porque hay momentos en que el enfermo se comporta con normalidad y otras veces que ante la misma situación responde de manera inadecuada. Unas veces razona bien y otras no. Este hecho hace que el familiar recele del enfermo y crea que le está tomando el pelo, o que lo hace adrede, simplemente para molestar o fastidiar al cuidador. En muchos casos el aspecto físico del enfermo es estupendo; para los que no ven las dificultades que se plantean en la vida cotidiana parece incomprendible y la expresión habitual al verlos es “pero si está muy bien”. Los familiares cuidadores comentan en muchas ocasiones esa incompreensión social. A veces, incluso pequeños problemas físicos como la hipertensión o el colesterol mejoran y las analíticas están perfectas en todos sus indicadores.

Por eso la primera pauta es: Cada vez que miremos a nuestro familiar, tenemos que verlo con una **etiqueta en la frente “estoy enfermo”**, lo que hacen mal lo hacen a causa de la enfermedad, sus neuronas no funcionan porque hay un par de proteínas, la proteína “alfa-beta amiloide” y la proteína “tau” que hacen aparecer placas seniles y ovillos neurofibrilares que dificultan la comunicación entre las neuronas; y por eso cometen errores o hacen cosas absurdas, e incluso peligrosas. Si pudieran hacer las cosas de la manera correcta, las harían, pero no pueden, porque están enfermos.

Cuando hacen algo mal no es conveniente señalárselo y decírselo, como hemos dicho antes, están enfermos. A todos nos gusta hacer bien las cosas, si pudieran lo harían. La segunda pauta es: **no decirles lo que hacen mal**. Si les decimos lo que hacen mal es probable que se enfaden, o que digan que no han sido ellos y saquen balones fuera para protegerse o justificarse. No es que mientan. Es un mecanismo de defensa para mantener su integridad personal.

Tampoco es conveniente darles órdenes. La reacción más lógica cuando alguien nos ordena hacer algo en la vida cotidiana es de rechazo y nos rebelamos con facilidad cuando nos dicen lo que tenemos que hacer, es como si nos dijeran que no sabemos lo que tenemos que hacer, como si nos trataran de tontos e inútiles. Por tanto, la tercera pauta es: **no dar órdenes**. La enfermedad de Alzheimer y en general las demencias causan alteraciones en el razonamiento y en la capacidad para tomar decisiones, así que es el cuidador quien irá asumiendo paulatinamente la responsabilidad de decidir la mayor parte de los asuntos de vida cotidiana del enfermo en la medida en que él lo necesite porque va aumentando su dependencia. El cuidador debe conseguir que su enfermo haga lo que él decida, pero sin ordenárselo, es decir, tratándole con mano izquierda, y puede conseguir que lo haga por las buenas y que esté contento y se sienta bien por hacerlo. Así pues, una de las primeras tareas a las que se enfrenta el cuidador es cambiar la manera de comunicarse con la persona a la que cuida. Las órdenes directas provocan rechazo, en general a cualquier persona, no nos gusta que nos digan lo que tenemos que hacer con una orden como si no fuéramos capaces de saber lo que nos conviene hacer. En todos los ámbitos de nuestra vida, en el familiar, en el laboral, en el social, es más efectivo pedir las cosas que queremos que los demás hagan por nosotros que ordenarlas. Por eso, la forma más efectiva de comunicarnos con otras personas es cuidar nuestra manera de hablar. Recomendamos hacerlo con preguntas, ¿Quieres que...? ¿Te parece si...? ¿Me ayudas a...? ¿Y si nos ponemos...?

Para que nuestros familiares tengan una vida de calidad, que estén tranquilos, felices y contentos y que la enfermedad no cause demasiadas alteraciones de comportamiento, los cuidadores tenemos en nuestras manos una serie de herramientas que podemos poner en funcionamiento y que nos ayudarán a convivir con la enfermedad sin quemarnos en el cuidado. Vamos a hacer un repaso de algunas de las estrategias que tenemos a nuestro alcance y que podemos utilizar en multitud de circunstancias.

1. La primera estrategia es la sonrisa, el afecto, el cariño, el contacto físico.

Las personas afectadas por una enfermedad neurodegenerativa sufren un proceso involutivo. Como decía Barry Reisberg se produce una “retrogénesis”. Van perdiendo habilidades y capacidades en un proceso inverso al proceso evolutivo humano, de tal modo que lo primero que recibimos en nuestra vida, que es el afecto y el cariño de los adultos que nos rodean, es lo último que vamos a olvidar, la memoria afectiva la mantendremos hasta el final de nuestros días.

Cuando nos acercamos a un enfermo de Alzheimer o a una persona con demencia es importante, primero, mirarle a los ojos y después sonreírle. Puede que no entienda lo que le dices porque su cerebro no funciona, puede que no comprenda las palabras que le diriges, pero lo que entiende perfectamente, y comprenderá siempre hasta en las últimas fases de la enfermedad, es lo que le dices con tus gestos, con tu expresión facial. Todos los seres humanos necesitamos ser queridos, que nos demuestren afecto y

cariño, que nos besen y nos digan cosas buenas de nosotros mismos y en especial estas personas que sienten que dependen de otros, que no pueden cuidarse a sí mismos, lo necesitan mucho más.

Las demostraciones de afecto, besos, abrazos, caricias, piropos, etc. son estrategias que todos tenemos a nuestro alcance para facilitar las relaciones con los demás. Cuando una persona se siente querida por otra, es más fácil que esté dispuesta a hacer lo que se le pide. Nuestro objetivo, siempre, es que nuestros enfermos estén tranquilos y sean felices y para eso las muestras de afecto son muy útiles.

La sonrisa es una expresión emocional muy frecuente en las relaciones interpersonales, con el simple gesto de estirar los labios en una sonrisa, provocamos cambios fisiológicos en nuestro cuerpo, segregamos una serie de sustancias, como las endorfinas, que son las morfina naturales que tiene nuestro cuerpo y que nos hacen sentir bien y elevan nuestro estado de ánimo. Además de estos cambios que provocamos en nosotros, si en un contexto social le sonríes a alguien, lo que hace la otra persona de manera casi inmediata es devolverte la sonrisa, con lo cual también provocamos cambios en el organismo de los demás y cambiamos y mejoramos sus estados emocionales. Las emociones tienen una característica muy especial y es que se contagian muy fácilmente, así que podemos utilizar esta característica para influir en los demás y cambiar su estado de ánimo. Parece bastante simple, pero es muy sencillo y eficaz.

Esta estrategia del afecto y la sonrisa es la más efectiva y con la que mayores logros se consiguen con los enfermos de demencia.

2. La segunda estrategia es **la música**. Dicen que la memoria afectiva y la memoria musical es lo último que se pierde cuando ocurre un proceso involutivo como el Alzheimer en el que las personas pierden progresivamente todas sus capacidades físicas y cognitivas. La música también tiene efectos sobre el estado de ánimo, todos lo hemos comprobado en nuestras propias carnes. Es conveniente hacer una selección de piezas y canciones alegres, que muevan al baile y que sean conocidas por el enfermo. Como una de las características de la demencia es la pérdida de memoria inmediata mientras que los acontecimientos del pasado remoto se mantienen durante más tiempo, podemos buscar música y canciones de la juventud del enfermo que sean de su gusto y que él pueda recordar.

En AFA-Rioja hemos vivido el caso de un enfermo que llegó a perder cualquier forma de expresión verbal, sólo decía sí o no y sin embargo empezabas una canción que él conociera y era capaz de cantarla completa. Era un caso especial, de acuerdo, porque a lo largo de su vida había recibido formación musical, tocaba algún instrumento y había pertenecido a una coral. De todos modos, el efecto de la musicoterapia en los enfermos de Alzheimer es bien conocido y lo comprobamos cada día en los talleres de estimulación cognitiva.

La música nos ayuda a sentirnos mejor pero además para nuestros familiares representa una actividad que permite estimular la mente haciendo el esfuerzo de poner en funcionamiento los circuitos cerebrales para encontrar esas letras de canciones que están almacenadas en el cerebro.

3. La tercera estrategia es **razonar**. Cuando el enfermo se equivoca, cuando se confunde, cuando quiere hacer algo inconveniente, generalmente la reacción del cuidador es explicarle las razones por las que algo está mal, decirle cómo hacerlo y acercarle a la realidad. Por ejemplo, se despierta en plena noche y quiere irse a la calle. La reacción del cuidador es utilizar la lógica, hacerle entender que no son horas, que no se puede salir e intentará emplear todo tipo de argumentos para convencerle. Esta estrategia no suele dar resultado, lo que provoca es una reacción de autoafirmación por parte del enfermo, se reafirman en sus deseos y frecuentemente producen reacciones de enfado y de violencia verbal y física.

En ciertos momentos su capacidad para razonar se deteriora, si ellos son capaces de razonar, nosotros razonamos, pero si ellos no razonan, nos va a servir de poco seguir razonando. Esta estrategia debería ser “No razonar cuando ellos no razonan”

Para relacionarnos con ellos cuanto menos hablemos mejor, las palabras, los argumentos, los razonamientos les sobrepasan, les confunden, no los entienden. Suelen tener dificultades para entender lo que nosotros les decimos, sobre todo cuando hay mucho ruido ambiental o estamos en reuniones sociales. Por eso, si podemos decirles lo que queremos decirles con una sola frase, en vez de utilizar tres, nos entenderán mejor; si podemos utilizar una sola palabra en vez de una frase, mejor; y si podemos utilizar un gesto en vez de una palabra, todavía mejor, porque la comunicación no verbal, facial y gestual es más efectiva que la verbal. Y no solo con personas que tienen dificultades para comprender lo que les decimos. Dicen los expertos que en las relaciones normales nos quedamos solo con un 20 % o un 30 % de las palabras, el resto es comunicación no verbal.

Por tanto, más gestos y menos palabras para comunicarnos con ellos, eso les facilitará la comprensión, lo que redundará en su tranquilidad.

4. La cuarta es **sumisión-asentir**. Esto es, decirle a todo que sí, pero luego es “no” o lo que nosotros decidamos. Las personas diagnosticadas de demencia tienen dificultades para tomar decisiones. Ellos no saben lo que quieren, nosotros sabemos lo que es bueno para ellos y lo que es bueno para nosotros, así que nosotros decidimos lo que es conveniente para ellos y para nosotros y conseguimos que hagan lo que hemos decidido con nuestras estrategias interpersonales.

En las relaciones entre personas esta estrategia es muy efectiva. Si tú le pides algo a alguien y te dice que sí ¿qué haces? Pues bajamos la guardia ya te lo ha concedido. Si te dice que no ¿qué hacemos? Intentamos convencer a esa

persona de que haga lo que nosotros queremos, utilizando los argumentos, razonamientos e incluso nuestra ascendencia sobre ella. Por eso la mejor estrategia cuando quieren hacer cosas que no les convienen es decirles que sí y luego posponer. “Sí, sí... pero ahora tengo que...” “Sí, sí... mañana sin falta lo hago” “Sí, sí... pero dentro de un rato”. El “sí” favorece que la otra persona se tranquilice. El “no” hace que adoptemos una postura defensiva y que intentemos por todos los medios conseguir lo que queremos.

5. Utilizar un **procedimiento de extinción. Ignorar**. Cuando la conducta que realiza nuestro familiar es una conducta inadecuada y queremos que desaparezca de su repertorio conductual, podemos utilizar este procedimiento que consiste en no prestar atención cuando lo realiza, por ejemplo, cuando se quejan de forma continuada. No hacer caso, no contestar, no centrarnos en sus emociones negativas.

Esta estrategia es muy efectiva para los enfados en cualquier relación. Cuando alguien de nuestro entorno se enfada, lo primero es relativizar “no es contra nosotros”. Después, no intervenir cuando se está enfadando; si intervenimos en el momento en que se está enfadando lo que vamos a conseguir es que aumente su enfado; tampoco intervenir en el momento álgido del enfado, ni cuando se está calmando. El enfado durará menos tiempo si no intervenimos. Por eso esta estrategia consiste en “por un oído entra y por otro sale” y “cremallera en boca”.

6. **La huida. Tiempo fuera**. Cuando el comportamiento que tiene nuestro enfermo no podemos soportarlo, tenemos la opción de salir del lugar en el que estamos e ir a otra habitación, alejarnos físicamente del lugar, poner distancia. Esta estrategia suele ser muy efectiva en los enfados y rabietas, porque uno no puede estar enfadado todo el tiempo, existe una línea de subida y una de bajada y forman la curva de la agresividad. Los enfados se disolverán solos si no intervenimos. También nos puede servir cuando repiten preguntas y sus exigencias nos desbordan.

7. **El enfado**. Ellos se enfadan porque no tienen control sobre sus emociones. Nosotros no deberíamos enfadarnos nunca. No es una buena actuación del cuidador cuando el enfermo hace algo mal enfadarse con él, como decíamos antes, hace las cosas mal porque no puede por su enfermedad hacerlas bien y enfadarnos es contraproducente porque lo único que conseguiremos es que él se enfade más. Las emociones se contagian tanto las positivas como las negativas. Si nosotros nos enfadamos ellos se enfadarán, si nos enfadamos más, ellos se enfadarán más y ellos no pueden controlarse. Nuestro enfado es el mejor camino hacia una alteración que nosotros tenemos que intentar minimizar, que es la agresividad. No tiene por qué aparecer la agresividad en ninguna etapa del proceso y nosotros intentaremos con nuestras estrategias que no aparezca.

8. Ponerse serios. Cuando no conseguimos tranquilizar a una persona que se está enfadando y se empieza a descontrolar. Utilizaremos esta estrategia que consiste en:

- Buscar sus ojos. Cuando una persona se enfada su postura es agachar la cabeza y encerrarse en sí mismo. Con los ojos (no con las palabras) le vamos a decir “no te tengo miedo”, “tranquilo”.
- Brazos extendidos, palmas hacia arriba. Postura de aceptación, de acoger sus problemas, de aceptar, de comprender. Es como si le dijéramos “dime, sí, dime...”
- Lo que le decimos con palabras son “piropos”: “Con lo buena persona que eres”, “lo que me has cuidado”, “lo bien que te has portado conmigo siempre”, “lo que has trabajado siempre...”
- Mantener la distancia. No ir a agarrarle, ni a sujetarle.

No solo se contagian las emociones entre los humanos, también se contagian los comportamientos, las conductas. Si nosotros estamos tranquilos, podremos transmitirles nuestra tranquilidad y ellos no se alterarán. A veces da resultado, sobre todo si nuestra manera habitual de comportarnos es el afecto y la sonrisa. Pero no es conveniente abusar de esta estrategia porque pierde efectividad.

9. Maniobras distractivas. Cambiar de tema. Consiste en tener preparados temas de conversación que puedan interesar a nuestro enfermo con el objetivo de intentar introducir el tema cuando él se ponga nervioso, muestre alguna obsesión o cuando no quiera hacer algo que es obligatorio hacer. Se trata de extraer, sacar de su mente los pensamientos inadecuados que en ese momento estén teniendo lugar y sustituirlos por otros temas más tranquilizadores y adaptativos, por eso es conveniente saber qué temas le pueden interesar, por ejemplo: historias de su vida pasada, de su familia, de su juventud, de sus hobbies, etc.

También podemos hablarles de cosas de nuestra vida que les puedan interesar y pedirles consejo sobre problemas reales o ficticios para hacerles sentir útiles. O contar anécdotas de la vida cotidiana que hayamos vivido, o inventar historias que puedan atrapar su atención y que consigan hacerles olvidar sus obsesiones.

Nosotros llevamos las riendas de la relación, no dejamos que ellos nos invadan con sus obsesiones, con sus quejas, con sus alteraciones, etc. Nuestra actitud no es pasiva (a ver cómo está hoy), nuestra actitud es proactiva (nosotros dirigimos los temas de conversación)

10. Aceptar y acrecentar sus percepciones y afirmaciones equivocadas. Esta estrategia es muy eficaz con los delirios y las alucinaciones. Si nuestro objetivo es que el enfermo esté tranquilo, llevarle la contraria acercándole a

la realidad y razonando con él no sirve. A veces es más eficaz darles la razón y aumentar sus irracionalidades. Por ejemplo, si habla de su esposa, ya fallecida, o de su madre como si estuvieran en vida, ¿qué conseguiríamos explicándole que murieron?; no sería mejor seguirles la corriente hablar de ellos como si continuaran con vida y encontrar alguna explicación plausible sobre su ausencia, como por ejemplo que se han ido de compras, que están trabajando, que vendrán enseguida, que se han ido de paseo, etc., e incluso inventar conversaciones recientes con ellos o recomendaciones que nos hayan dado para ellos.

A veces su cerebro está en una etapa evolutiva anterior. Otras veces el cerebro crea realidades paralelas a la realidad, que para ellos son la realidad.

11. Encontrar un chivo expiatorio en la familia o fuera de ella a quien cargar las culpas de lo que sucede (es el que esconde los objetos, mueve las cosas de sitio, hace lo que no se puede hacer, etc.) Es importante cambiar de chivo expiatorio, turnarse en ese papel y también es conveniente que el chivo expiatorio nunca sea el cuidador principal para que su capacidad de influir en el enfermo se mantenga intacta. No conviene que el chivo expiatorio sea el cuidador principal. Es mejor que el chivo expiatorio, esto es, la persona a quien le echamos la culpa, no esté presente cuando la acusamos. Y el mejor chivo expiatorio es el familiar o la persona del entorno que tenga más ascendencia sobre la persona enferma.

12. Acogerles emocionalmente. Aunque no puedan razonar, sí que tienen sentimientos y emociones y es importante que quien les cuida sea capaz de identificar y aceptar las emociones que ellos expresan y si esas emociones les hacen sufrir, el cuidador tiene que ser capaz de cambiar esas emociones y convertirlas en sentimientos positivos aprovechando que las emociones son contagiosas. A veces ellos entran en bucle y no son capaces de salir de sus emociones negativas, nosotros podemos sacarles de ahí o al menos intentarlo. No queremos que estén tristes, nerviosos, inquietos, quejosos, llorosos...podemos sacarles de esas emociones y contagiarles emociones positivas.

13. Tener preparadas actividades que ellos sean capaces de realizar. Es importante que se sientan activos, y de este modo mantener su autonomía en lo posible, para ello podemos pensar qué actividades les gusta y pueden hacer con éxito, cosas que hayan hecho a lo largo de su vida o tareas de vida cotidiana que mantengan, por ejemplo, hacer punto, jugar a las cartas o a juegos de mesa, hacer puzles, salir de paseo, planchar, ayudar a hacer la comida, la limpieza de la casa, las compras, hacer pequeños recados en las tiendas del entorno, etc. Después de que hayan realizado las tareas que les hayamos pedido, es conveniente reforzar al enfermo, es decir, decirle que lo

ha hecho muy bien, aunque no sea cierto; agradecerle su ayuda y gratificarle por su comportamiento y buena disposición.

14. Implantar hábitos. El tener horarios fijos a todos los seres humanos nos transmite tranquilidad, nos ayuda a controlar el entorno en el que vivimos, a sentirnos seguros, los cambios nos alteran. Para estos enfermos tener hábitos fijos como levantarse, salir, comer y cenar, acostarse, tener hábitos higiénicos, secuenciar siempre de la misma manera las actividades, etc., es fundamental y les ayudan a orientarse temporal y espacialmente. Los cambios es conveniente introducirlos paulatinamente para que el enfermo no los note y el periodo de adaptación no cause trastornos y problemas.

Todas estas estrategias son opciones de conducta que los cuidadores tienen a su alcance con el objetivo de atender al enfermo. Es bueno que conozcamos qué podemos hacer ante las alteraciones de conducta y de entre todas las posibilidades que tenemos, dependiendo del momento y de la situación, el cuidador decida cuál de ellas utilizar. Esto nos permitirá relativizar el comportamiento del enfermo haciéndonos pensar que se debe a la enfermedad y además conseguiremos no ser previsibles para el enfermo. Si siempre actuamos de la misma manera el enfermo controlará nuestras reacciones y el objetivo es que sea el cuidador el que controle al enfermo porque el enfermo no tiene capacidad para decidir lo que es mejor para él.

Las personas con estas enfermedades, a medida que la dependencia avanza, requieren cada vez más atención y supervisión continua. Un cuidador no puede estar atendiendo a una persona dependiente las veinticuatro horas del día, es inhumano, no lo hacemos ni con los bebés que son completamente dependientes, no les cuida una sola persona. Existen muchos recursos que nos van a ayudar a realizar el cuidado de manera óptima. Tenemos que compartir los cuidados con el resto de la sociedad. Necesitamos cuidadores familiares principales y esporádicos, necesitamos profesionales médicos, psicólogos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares, fisioterapeutas, podólogos, abogados, organizaciones gubernamentales, servicios sociales, etc. Los cuidados son cosa de todos.

Las alteraciones que pueden tener estas personas hacen que, a veces, al cuidador le resulte imposible aguantar con estoicismo, sobre todo si las alteraciones afectan al sueño o a la agresividad. Los cuidadores no son “supermanes”. Hay momentos en la vida en que nos sentimos desbordados por los acontecimientos y es humano perder los nervios en alguna ocasión. Si eso sucede, es importante que no nos sintamos culpables por nuestras reacciones inadecuadas y que justifiquemos nuestro exabrupto, poniendo énfasis en el propósito de que no volverá a ocurrir. Podemos autocontrolarnos y aprenderemos a hacerlo, intentándolo lo conseguiremos.

El Alzheimer es una carrera de fondo y es importante que el cuidador esté en buena forma física y mental. Es necesario cuidarse para poder cuidar.

Resumiendo

1. Las enfermedades neurodegenerativas tienen unas causas físicas (placas seniles, ovillos neurofibrilares, procesos inflamatorios, etc.) que, aunque no las veamos, están ahí y provocan algunos cambios y alteraciones en la personalidad, el carácter, el comportamiento, los sentimientos, etc.
Las conductas alteradas de nuestros enfermos se deben a la enfermedad, no es algo personal contra nosotros. Es conveniente relativizar sus trastornos y achacar todo a la enfermedad. Esto nos ayudará a relativizar lo que hacen o dicen y a mantener la calma. Así podremos afrontar mejor sus acciones.
2. Mantener un trato respetuoso y afectivo. Son personas adultas. Escuchar de manera activa y tratarles con cariño.
3. Utilizar la comunicación no verbal. Mirada, sonrisa, demostraciones de afecto, gestos suaves y que favorezcan la complicidad. Podemos cuidar nuestra manera de hablar, menos palabras, menos órdenes, argumentos, razonamientos y más preguntas y “por favor”.
4. Tener en cuenta que las emociones se contagian y que nosotros tenemos la capacidad de crear nuestras emociones e influir en las suyas. También nos conviene saber que las conductas se contagian y tendemos a hacer lo que hace la persona que tenemos enfrente, eso nos puede servir para que hagan lo que queremos que hagan sin dar órdenes.

BIBLIOGRAFÍA

- GOLEMAN, D. (1997): *Inteligencia emocional*. Kairós, Barcelona.
- GOLEMAN, D. (2007): *La práctica de la inteligencia emocional*. Kairós, Barcelona.
- GARDNER, H. (2006): *Las inteligencias múltiples*. Paidós, Barcelona.
- GARDNER, H. (2011): *Mentes flexibles*. Paidós, Barcelona.
- REISBERG, B., FRANSSEN, E., HASAN, S. et al. (1999): Retrogénesis: mecanismos clínicos, fisiológicos y patológicos en el envejecimiento cerebral, el Alzheimer y otros procesos demenciales. *Archivos Europeos de Psiquiatría y Neurociencias Clínicas* 249 (Suplemento 3), S28–S36
- REISBERG, B., FERRIS, S. H., DE LEON, M. J., & CROOK, T. (1982): The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.
- VERDUGO, M. A. (1997): *Programa de habilidades Sociales*. Amarú Ediciones, Salamanca.
- CABALLO, V.E. (1997): *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI, Madrid.