TEMARIO

CURSO DE

CUIDADORES DE ANCIANOS-

MODULO 1 Introducción.

MODULO 2. DISPOSICION DE ELEMENTOS DEL HOGAR

MODULO 3- GRANDES SINDROMES DE LA INMOVILIDAD. I-Inmovilidad. — inestabilidad y caídas. — alteraciones en vista y oído

MODULO 4 GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 2

incontinencia urinaria y fecal. —

Colon IRRITABLE: estreñimiento, impACtación fecal.

MODULO 5. GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 3

infecciones.

MODULO 6. GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 4

demencia y síndrome confesional agudo. —

depresión/insomnio.

MODULO 7 GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 5

inmunodeficiencias.

impotencia o alteraciones sexuales

MODULO 8 MANIOBRAS PARA PASE DE CAMA A SILLON. DE SILLON A CAMA. BAÑOS. ETC

**Formación**

 **De cuidadores de ancianos**

Introducción.

Bienvenidos, al duro, pero hermoso, a la vez, mundo de la gerontología.

[Gerontología](http://lema.rae.es/drae/?val=gerontolog%C3%ADa) (del griego geron vejez y –logía ciencia) es la ciencia que trata la vejez y los fenómenos que la caracterizan, por lo que **abarca todas las disciplinas científicas,** no sólo las biomédicas, relacionadas con el **envejecimiento** (filosóficas, artísticas, antropológicas…)

En cambio, la [geriatría](http://lema.rae.es/drae/?val=gerontolog%C3%ADa) (del griego geron- vejez y –iatría curación) es una**especialidad médica** que se ocupa de la prevención y asistencia de las **enfermedades** que presentan las personas mayores, de su recuperación de función y reinserción en la comunidad-

Vamos, a aprender, a mirar, escuchar, sentir, acompañar, a las personas de la tercera edad y también, podremos acompañar, a personas, con incapacidades, físicas y mentales.

Nuestra misión, es mejorar localidad, de vida, de las persona, mayores, con complicaciones, físicas y mentales, pero, también es nuestra responsabilidad, acompañar, y alegrar la vida, de personas sanas, que quizás, no tengan parientes, ni amigos, y que han permanecido, demasiado tiempo sin salir, o compartir, gratos momentos, acompañarlos, en salidas, lectura, arte, charlas, etc. Estos temas los desarrollaremos uno por uno, mas adelante.

A CONSIDERAR

Si vamos a elegir, trabajar, con esta población, antes, pensemos, si estamos en condiciones, de enfrentar el reto.

* La estrella, es el abuelo. Debemos tener un trato ameno, amable, jamás, perder el buen trato.
* Esta especialidad, se hace, despacio, sin apuro, sin movimientos bruscos, con toda la paciencia, y todo el amor, o no se hace.
* Se saluda, al paciente, mirándolo a los ojos, porque no hay nada más hermoso, que sentirse respetado- y al mismo tiempo, observamos, la aparición de algún cambio, en la mirada, en la voz, en la coloración de la piel, en su atención, o en su ánimo.
* Se debe establecer un orden, en la rutina, del paciente.de ese modo, todo es más fácil, y hay más tiempo, para salir a caminar, si se puede, o desarrollar, sus gustos personales.
* Es importante, entender, que la estrella, como decía anteriormente, es el abuelo, no nosotros, el no tiene que solucionar, nuestros problemas, en cambio nosotros, debemos solucionar los suyos. No, debemos alterar, su vida, con nuestros problemas.
* Escucharlos atentamente, y no subestimar, una queja, o un síntoma.
* Si el cuidador, tiene un día conflictivo, en su vida personal, o no se siente en condiciones, de atender al abuelo, como él lo merece, pediremos a otro compañero, que nos cubra, hasta que estemos, en condiciones, de hacer nuestra tarea. Y devolveremos el favor, en otro momento
* Es nuestra misión, ocuparnos, de ver, detectar, alarmas, que nos hable, de enfermedades, prevenirlas, avisar a los médicos, de cabecera, o a la familia. Utilizar, muebles, cómodos, que no sean peligrosos, en caídas, o golpes. Camas acolchadas, sabanas limpias, ambiente cálido, colchones cómodos, evitar, la presencia, de muebles u otros elementos del hogar, que puedan, provocar accidentes en nuestros pacientes, y también, tenemos que lograr, que quieran integrarse a otros pares, a distraerse, a leer, y de ese modo, mantendremos la capacidad cognitiva, en buenas condiciones, y la motricidad, movilidad del paciente intacta-

Dra. Silvana cesar. Noailles 175. Colon entre ríos.

MODULO 3-

GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA.

Inmovilidad. — inestabilidad y caídas. — alteraciones en vista y oído

Hoy hablaremos, del paciente, inmóvil, de las inestabilidades y caídas- alteración, de órgano de los sentidos

Es muy importante este tema,  son, Diferentes transtornos, se presentan de la misma manera.

Es importante el diagnóstico diferencial ●

Unas enfermedades pueden favorecer la aparición de otras ●

A veces, los síntomas están ocultos, o no son nada claros.

Se pueden confundir con las propias características de la vejez ● Es frecuente que se

den varias enfermedades al mismo tiempo y uno intenta equivocadamente, encerrarla

cuadro clínico, en un solo problema-

INMOVILIDAD ● Es una perdida, total o parcial, de las capacidades de movimiento, que impide el desempeño de algunas actividades básicas e instrumentales, de la persona

● Las causas mas habituales son: enfermedades crónicas, vejez extrema, y sobre todo las actitudes pasivas del usuario, y de su familia inmovilización prolongada en cama.

LAS CAIDAS ● Sus principales causas son: Las deformaciones en el esqueleto, musculatura y articulaciones, efectos de la medicación y las condiciones ambientales

 Las caídas en personas mayores suponen consecuencias mas graves, como fracturas

Muchas veces, el miedo a las caidas causa inmovilización voluntaria por parte del anciano.

DOLOR. Es imprescindible encontrar la causa para evitar que se cronifique. Envejecer no duele, si sienten dolor es porque tienen una lesión o enfermedad-

ESCUCHEN siempre, AL abuelo, no mienteN. Si dice que no puede, no puede, buscaremos porque. Y si le cuesta la marcha, mas se apura, mas se complica la marcha, mas duro se pone, tenso, abre las piernas para no caer, mas miedo a caerse, caídas mas de 3 veces por año. Mas temblor, o no, mas perdida de la sonrisa, caída de parpados, estamos frente, a un síndrome parkinsoniano. Que tiene otras implicancias. Y que debemos, creerle, tenerle paciencia, e insistir, ser visto, por su medico de cabecera.

EL PARKINSON ● Es una enfermedad degenerativa que se caracteriza por la aparición de temblores, lentitud de movimientos y rigidez de los miembros. La personas afectada puede mantener intacta su capacidad cognitiva

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES O CEREBRO VASCULARES ● Muy relacionadas entre si, y con la hipertensión. Son lesiones que pueden causar afasias, perdidas de control motor, incontinencias o demencias. QUE LLEVEN AL PACIENTE A LA INMOVILIDAD, TEMPORAL O DEFINITIVA-

LAS NEUROPATIAS, DIABETICAS, Es muy importante controlarlo porque estas irregularidades en el azucar pueden dañar otros órganos

ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES ● Artrosis--> Afecta a las articulaciones. Causa dolor y limita la movilidad ●

Osteoporosis--> Causa fragilidad en los huesos, causando caidas y fracturas graves

Las caídas son la primera causa de accidente en los AM. • Las caídas pueden deberse a factores intrínsecos o extrínsecos. Factores intrínsecos Son aquellos que se relacionan directamente con la persona Factores extrínsecos Se relacionan con factores externos a la persona -Disminución de la longitud de la zancada -Disminución de la longitud del paso -Disminución base de sustentación -Desplazamiento del centro de gravedad -Alteraciones cognitivas -Alteración de la visión -Hallux valgo -Obstáculos Ambientales -Barreras arquitectónicas -Elementos en el piso de la casa -Desniveles -Escaleras -Falta de iluminación

NO APURARLOS, QUE CAMINEN A SU TIEMPO, RETIREMOS ALFOMBRAS. OBSTACULOS DEL CAMINO,. OJO, CON EL USO DE TRANQUILIZANTES.

Gracias, a dios, contamos con, los servicios de kinesiología, terapia ocupacional, cuidadores de ancianos, acompañantes, terapéuticos.que van a acompañar al anciano, ayudándoles y animándoles a que se muevan dentro de sus posibilidades para que no se deteriore su situación.

ESPECIALISTA ENOIDO, OCULISTAS, NEUROLOGOS, ETC. AL ADVETIR, ALTERACIONES DE LA MARCHA, INESTABILIDAD, ETC. DEBEMOS PEDIR, SE REALICEN LOS CONTROLES, PERTINENTE, 2 VECES POR AÑO

MUCHAS GRACIAS, POR LA ATENCION

MODULO 4 GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 2

Incontinencia urinaria y fecal. —

Colon IRRITABLE: estreñimiento, impACtación fecal.

La incontinencia urinaria constituye uno de los grandes síndromes de la geriatría, Una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable originando problemas sociales e higiénicos para el individuo. Es curable en muchos pacientes ancianos y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pa­cientes como para sus familiares y cuidadores.

Las Repercusiones de la Incontinencia Urinaria

* Ulceras por presión – decúbito. Dermatitis peri anales - Infecciones recurrentes de las vías urinarias - Caídas (especialmente con la incontinencia nocturna) – Fracturas
* Depresión - Aislamiento - Dependencia ESFERA SOCIAL - Estrés en familia, amigos y cuidadores - Predisposición a la institucionalización
* Aumento de los costos económicos (lavandería, manejo de las complicaciones, labor de enfermeras y cuidadores)

El envejecimiento no es causa de incontinencia urinaria, pero si determina una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida, conjuntamente con patologías asociadas en el control de la continencia.

Las causas…

* Atrofia progresiva de la corteza cerebral
* Disminución del número de neuronas Tracto Urinario Inferior
* Cambios Anatómicos: ß
* Disminución de nervios autonómicos
* Disminución del número de células uretrales y fibrosis
* Cambios Funcionales: Disminución de la capacidad vesical, Aumento del residuo postmiccional
* Disminución de la habilidad para posponer la micción
* Disminución de la presión de cierre uretral y del flujo urinario
* Presencia de contracciones no inhibidas del detrusor
* Próstata, Crecimiento de la glándula
* Vagina Déficit estrogénico que determina disminución de la celularidad y atrofia del epitelio

Factores que predisponen a la incontinencia

* ¨ Inmovilidad ¨
* Sexo femenino
* ¨ Hospitalización
* ¨ Infecciones del tracto urinario ¨
* Retención urinaria ¨
* Medicación ¨
* Depresión ¨
* Impactación fecal ¨
* Cirugía pélvica previa ¨
* Trastornos neurologicos
* Nosotros, de todo esto, que esta, a modo de conocimiento del tema en cuestión, debemos prestar atención en:
* Características de la fuga de orina (frecuencia, cantidad, severidad, duración, factores precipitantes). ·
* Patrón: diurno, nocturno o ambos. ·

asociados a dolor, al orinar, olor fuerte, color fuerte, micción nocturna, sangre, dolor suprapubico, dolor de espalda, fiebre, dolor Características del chorro y la micción. ·. · Hábitos: ingesta de líquidos (en cantidad y tipo), frecuencia miccional. · Y avisar a los familiares, o al médico de cabecera-

**Retención fecal**

Es una gran masa de heces duras y secas que permanece atascada en el recto y casi siempre se ve en pacientes con estreñimiento prolongado.

El estreñimiento se presenta cuando no eliminan las heces con la frecuencia que normalmente lo hace. Las heces se ponen duras y secas. Esto hace que sea difícil evacuarlas.

Causas.

* medicamentos
* Dieta baja en fibra (pobre en frutas, verduras y cereal integral).
* Beber escasa cantidad de agua y otros líquidos.
* Poca o nula actividad física (sedentarismo).Consumo de medicamentos, como laxantes (facilitan el tránsito intestinal, pero en exceso lo entorpecen) y analgésicos (controlan el dolor).

 **Diarrea**. La evacuación de heces semilíquidas puede ser intermitente o constante, y suele deberse a:

* Infección causada por bacterias.
* Efecto secundario de ciertos medicamentos, como antibióticos y complementos con hierro empleados en exceso.
* Síndrome de colon irritable, en el que el intestino falla ante episodios de estrés, dieta inadecuada o uso de laxantes.
* Diverticulosis o protuberancias del revestimiento interno del intestino, las cuales pueden inflamarse (diverticulitis).
* Tratamiento con radiación para atender tumores (radioterapia).

 Trastornos intestinales. Son de naturaleza variada, pero todos impactan en el funcionamiento del tramo final del sistema digestivo:

* Sufrir heridas o ulceraciones en el ano (fisura o fístula anal)
* Hemorroides o dilatación de las venas del recto o ano.
* En caso de que el tejido que recubre el recto “caiga” o sobresalga a través de la abertura anal (prolapso).
* Cáncer o formación de tumores de células malignas.

 Debilidad muscular. La falta de fuerza en esfínteres (músculos del ano que cierran el paso de las heces) se relaciona con:

* Lesiones generadas por golpes.
* Contener de manera prolongada la salida de materia fecal.
* Alguna cirugía practicada en la región, por ejemplo, para curar hemorroides.

 Padecimientos neuronales. La **incontinencia fecal** también puede ser resultado de alguna afección del sistema nervioso:

* Pérdida de sensación de llenado intestinal y de necesidad de defecar. Esto puede ser ocasionado por **diabetes**, ya que el elevado nivel de azúcar en sangre que distingue a esta enfermedad afecta a las terminaciones nerviosas (neuropatía).
* Atrofia del impulso nervioso para contraer el esfínter anal, que suele vincularse con compresión o golpes en la parte baja de la médula espinal, es decir, donde se localizan las terminaciones que controlan la actividad de la porción final del sistema digestivo.
* Presencia de tumores localizados en lugares cercanos a las terminaciones nerviosas.
* Padecimientos que ocasionan la muerte de algunas zonas del cerebro, como **infarto cerebral** (interrupción del suministro sanguíneo a causa de obstrucción o ruptura de algunos vasos) y demencia o pérdida de funciones de dicho órgano (el ejemplo más conocido es la enfermedad de Alzheimer).

ecera.

MODULO 5. GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 3

Infecciones.

Este tema, es de suma importancia. Primero, debemos conocer, el hecho, de que los registros de temperatura, en un abuelo, son raros. Por lo tanto, la aparición, de fiebre alta, es un signo de alarma. Y que la fiebre, no sea registrada por el termómetro, es un serio problema. Debemos sospecharla, mediante, signos como decaimiento general, sucedáneos, como, chuchos de frio, temblores, sed, etc.

Las características de las enfermedades infecciosas en el paciente anciano presentan una serie de diferencias respecto a otros grupos de edad, y ello es debido a la existencia de diversos factores que las favorecen.

\* debilitamiento del sistema inmunitario (inmunosenescencia)

\* comorbilidad asociada (pluripatología), diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, demencia, etc.), que favorece el desarrollo de nuevas enfermedades e incrementa su morbimortalidad.

\* la polifarmacia que, a su vez, facilita la presencia de alteraciones en los mecanismos de defensa naturales (disminución del pH gástrico, disminución de la función inmunitaria) y modifica la aparición de diversos signos y síntomas (fiebre), o bien facilita la aparición de reacciones medicamentosas adversas.

\* el envejecimiento de los diferentes órganos

\* elevada incidencia de desnutrición.

En el proceso de envejecimiento también se producen diversas alteraciones de los diferentes sistemas y órganos que favorecen la aparición de infecciones.

\* En las vías respiratorias existe una disminución en el recambio celular y la motilidad ciliar, una alteración del reflejo de la tos y de la deglución.

\* En el sistema digestivo existe una desregulación del esfínter esofágico inferior que favorece el reflujo y, por otra parte, con la edad se produce una disminución del pH gástrico.

\* En el tracto urinario hay una mayor prevalencia de incontinencia.

\* La inmovilidad favorece la pérdida de masa muscular (sarcopenia) y la aparición de osteoporosis.

\* La presencia de desnutrición, que tiene una elevada incidencia en este segmento poblacional (de hasta el 50% en los mayores de 65 años institucionalizados)4, conlleva un incremento en la fragilidad del anciano y facilita el desarrollo de procesos infecciosos.

Características especiales de la infección en los ancianos

Las infecciones en el paciente mayor presentan una menor expresividad clínica y suelen desarrollarse de forma atípica, con una sintomatología más larvada que en los pacientes jóvenes.

La fiebre, síntoma clásicamente asociado a infección, puede no existir o apenas percibirse en el anciano, y ello es debido a la existencia de cambios en el mecanismo de termorregulación de diversa etiología (

Otros síntomas guía para un correcto diagnóstico pueden no presentarse, hacerlo de forma atípica (dolor, expectoración, disuria) o ser relacionados, de forma equivocada, con el propio proceso de envejecimiento (tabla 3).

1. Signos de alarma…..

2. Falta de apetito

3. Trastornos de la marcha

4. Caídas

5. Síndrome confusional

6. Deterioro cognitivo

7. Nauseas

8. Y vómitos

Infecciones más prevalentes en el anciano

\* Sepsis y bacteriemia

\* Neumonías

\* Por la disminución del reflejo tusígeno,

\* la pérdida de fuerza muscular,

\* las alteraciones de la función mucociliar,

\* la presencia de reflujo gastroesofágico y

\* la alteración del reflejo deglutorio, facilitan su desarrollo.

\* tuberculosis pulmonar (

Infección del tracto urinario

Es el proceso infeccioso más común en el anciano y la causa más frecuente de bacteriemia

Las infecciones urinarias deben ser clasificadas en infecciones del tracto superior o inferior, dadas las diferentes connotaciones en cuanto al tratamiento y su pronóstico.

Infección del sistema nervioso central

La meningitis, encefalitis

Endocarditis infecciosa

En nuestro medio más de la mitad de los pacientes con endocarditis son mayores de 65 años, la mayoría asociada a enfermedad valvular degenerativa o prótesis valvular.

Infecciones quirúrgicas y protésicas

Por ejemplo, fractura de fémur.

Infecciones cutáneas

Son los procesos más usuales.

-La celulitis,

-la erisipela,

-la fascitis necrosante,

-las complicaciones infecciosas del pie diabético

-la infección de las úlceras por presión

Las úlceras por presión se presentan con elevada frecuencia en el paciente institucionalizado acompañadas con frecuencia de infección, lo que conlleva una elevada morbimortalidad y a la vez una dificultad en el manejo.

Úlcera por presión sacra infectada. Se aprecia una escara necrótica central con bordes eritematosos indicativos de placa de celulitis perilesional.

Infección gastrointestinal

La diarrea de origen infeccioso es una causa importante de morbimortalidad en el anciano, en especial en los pacientes institucionalizados, ya que la elevada prevalencia de incontinencia fecal y la facilidad de interacción con otros ancianos residentes favorecen su difusión.

Vacunaciones en las personas mayores

Entre las vacunas que han demostrado ser eficaces con su administración en la población anciana, destacan

\* la vacuna antineumocócica,

\* la antigripal,

\* la antitetánica y

\* la antidiftérica.

El acompañante, cuidador, familiar, deberá advertir, cambios, en el paciente, que puedan ser comunicados, al médico de cabecera, y de ese modo, descubrir, patologías a tiempo, y evitar complicaciones-

**MODULO 6. GRANDES SINDROMES DE LA GERIATRIA PARTE 4**

* **demencia y síndrome confesional agudo. —**
* **depresión/**
* **insomnio.**

**Síndrome confesional agudo.**

Se denomina síndrome confesional agudo (SCA) o delirium al cuadro clínico de inicio brusco caracterizado por la aparición de:

• Alteración del nivel de conciencia,

• Afectación global de las funciones cognitivas,

•alteraciones de la atención-concentración con desorientación,

• Exaltación o inhibición psicomotriz que puede llegar al estupor o a la agitación,

 • Alteraciones del ritmo vigilia-sueño.

El enfermo aparece adormecido, obnubilado, confuso, sin claridad perceptiva, lo cual hace que se desoriente viviendo borrosamente la realidad objetiva.

 Entre el estado de alerta físico y mental que supone un nivel de conciencia normal y la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma, hay una serie de estados intermedios:

Somnolencia: Tendencia al sueño, que responde cuando les hablamos. No es característico que esté presente la desorientación.

Obnubilación: Somnolencia más acusada; que se caracteriza por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos.

Estupor: Estado previo al coma. El paciente necesita estímulos muy vigorosos para despertar y no es capaz de ejecutar órdenes verbales.

Coma profundo: Ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

LOS FACTORES QUE PREDISPONEN A LA APARICIÓN DEL SCA SON:

* Edad avanzada.
* Deterioro cognitivo previo.
* Antecedentes de SCA o de daño cerebral. –
* Abuso crónico de alcohol o drogas.
* depresión, estrés, falta de apoyo familiar).
* inmovilización (p. ej. postquirúrgica, postraumática) depravación de sueño,
* falta de adaptación al entorno hospitalario,
* aislamiento
* conversaciones inusuales de personas ajenas al paciente, ruidos no habituales,
* Enfermedad cerebral primaria. –
* Enfermedad sistémica que afecta secundariamente a las funciones cerebrales.
* Intoxicaciones con sustancias exógenas.
	+ Lesiones focales Lesiones difusas Ictus
	+ Traumatismo craneal Hematoma su epidural/epidural
	+ Hidrocefalia
	+ Hemorragia subaracnoidea Status no convulsivo
	+ Tumor cerebral
	+ Meningoencefalitis
	+ Absceso cerebral
	+ Trastornos metabólicos
	+ Infecciones
	+ Hipoxia
	+ Sepsis
	+ Neumonía
	+ Hipoglucemia
	+ Fiebre reumática
	+ Uremia
	+ Endocarditis
	+ Alteraciones hematologicas
	+ Brucelosis
	+ Deshidratación
	+ Hepatopatía Acidosis/alcalosis
	+ Agentes externos Hiper-hiponatremia Hiper-hipokalemia Hipotermia Hiper-hipocalcemia
	+ Golpe de calor
	+ Endocrinopatias Hiper-hipotiroidismo
	+ Hiper-hipoparatiroidismo
	+ Hiperglucemia
	+ Insulinoma Síndrome de Cushing
	+ Emfermedad de Addison
	+ Enfermedades cardiopulmonares
	+ Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardiaca
	+ Arritmias Tromboembolismo pulmonar 6 Tabla 3
	+ Tóxicos implicados.
	+ Alcohol
	+ Litio
	+ Antiarrítmicos
	+ Cimetidina
	+ Narcóticos Anticolinérgicos Corticoides
	+ Neurolépticos Anticomiciales Cocaína Opiáceos Antidepresivos
	+ Digoxina Tóxicos industriales
	+ Antihipertensivos Antineoplásicos Heroína
	+ Benzodiacepinas
	+ Levodopa

**DEMENCIA**

grupo de síntomas causados por trastornos que afectan el cerebro. No es una enfermedad específica.

Las personas con demencia pueden

* dejar de ser capaces de pensar lo suficientemente bien para llevar a cabo las actividades normales, tales como vestirse o comer.
* Pueden perder su capacidad para resolver problemas o controlar sus emociones.
* Puede haber cambios de personalidad.
* Los pacientes pueden estar agitados o ver cosas que no existen.

La pérdida de la memoria es un síntoma común de demencia.

Sin embargo, la pérdida de la memoria en sí no quiere decir que usted tiene demencia.

Las personas con demencia tienen problemas serios con dos o más funciones cerebrales, tales como la **memoria y el lenguaje.** Aunque la demencia es común en personas mayores, no es parte normal del envejecimiento.

Muchas enfermedades diferentes pueden causar demencia, incluyendo la [enfermedad de Alzheimer](https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html) y el [derrame cerebral](https://medlineplus.gov/spanish/stroke.html) (ACV). Existen medicamentos que se encuentran disponibles para tratar estas enfermedades. Aunque estas medicinas no pueden curar la demencia o reparar el daño cerebral, pueden mejorar los síntomas o hacer más lento el avance de la enfermedad.

**Alzheimer y demencia son conceptos distintos,** aunque estrechamente relacionados, porque **el Alzheimer es la principal causa de demencia**.

**La enfermedad de Alzheimer** es una **larga enfermedad cerebral,** producida por cambios patológicos que van alterando el funcionamiento de las neuronas. **Durante muchos años no da síntomas**, porque el cerebro tiene cierta capacidad para ir compensando estas alteraciones. Pero llega un momento en que ya no lo puede “ocultar” más, y es cuando empiezan a aparecer los indicios de deterioro cognitivo, normalmente con los problemas de memoria, que **terminarán en una demencia**.

**Una demencia** es un **conjunto de signos y síntomas producidos por una alteración cerebral** que provoca la pérdida de capacidades cognitivas de la persona afectada, normalmente junto con alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, lo que impide que la persona pueda llevar a cabo independientemente sus actividades cotidianas. Por tanto, **conlleva una pérdida de autonomía** y la consecuente dependencia de terceras personas.

## Enfermedad de Alzheimer

La causa más frecuente de demencia es la [**enfermedad de Alzheimer,**](https://knowalzheimer.com/todo-sobre-el-alzheimer/que-es-alzheimer/)que representa aproximadamente el 75% de todas las demencias.

Es una enfermedad neurodegenerativa, de curso insidioso y progresivo, cuya causa aún es incierta y en la que se imbrican factores genéticos y ambientales. –

Esta afectada la, memoria inmediata, con dificultades para codificar y guardar la información. Progresivamente se afectarán otras funciones cognitivas (lenguaje, orientación, capacidad de juicio, etc.) y conductuales, determinando la pérdida de la persona afectada de la capacidad de valerse por sí misma en su vida cotidiana.

La enfermedad sintomática suele transcurrir de forma lenta y progresiva a lo largo de 12-15 años, y se verá influenciada por factores que tienen que ver con la propia salud de la persona (enfermedades vasculares cerebrales, medicaciones, infecciones, etc.) y el entorno donde ésta se desenvuelva. Enfermedad de Alzheimer

Suelen haber tres fases diferenciadas. Los primeros síntomas suelen ser el deterioro de la memoria reciente, junto con la presencia de amnesia anterógrada.

lenguaje empobrecido.

La pérdida de capacidad olfativa,

Pérdida de interés y de motivación,

Conducta rígida e irritabilidad.

Sufrimiento emocional e incluso depresión,

**En una segunda fase** empiezan a aparecer dificultades mayores ya que es en este momento en que suele aparecer el síndrome afaso-apraxo-agnósico. Las capacidades cognitivas se deterioran en gran medida, apareciendo amnesia retrógrada y un elevado nivel de desorientación. En este estado el individuo **ya no es capaz de llevar una vida autónoma, precisando de supervisión constante**.

**En la última fase**, el sujeto ya es capaz de reconocer ni a las personas significativas ni a sí mismo, perdiendo el lenguaje hasta llegar al mutismo y las habilidades básicas de la vida diaria. Con el tiempo **va perdiendo también habilidades motrices, hasta llegar al encamamiento permanente**.

## Enfermedad de Parkinson

La **enfermedad de Parkinson**es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la destrucción progresiva de neuronas dopaminérgicas y la sustancia que producen, la dopamina.

La sintomatología, de aparición progresiva, tiene que ver, fundamentalmente, con la falta de coordinación de los movimientos. Característicamente suele aparecer temblor (de reposo, en una mano o pierna), rigidez, amimia (cara inexpresiva), lentitud de movimientos, trastornos de la marcha (encorvados, a pasos cortos, con bloqueos), etc.

Es frecuente que los pacientes con enfermedad de Parkinson padezcan depresión y puedan desarrollar demencia. La demencia asociada a la enfermedad de Parkinson tiene rasgos diferentes a la enfermedad de Alzheimer. La memoria suele estar menos afectada que en el Alzheimer, y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos (depresión, alucinaciones, delirios, etc.) es más frecuente y precoz.

### Demencia por cuerpos de Lewy

Existe otra demencia relacionada con la enfermedad de Parkinson, la **demencia por cuerpos de Lewy** , que se caracteriza por alucinaciones visuales precoces y muy vívidas, fluctuaciones a lo largo del día de los síntomas, síntomas parkinsonianos y caídas de repetición. Suele tener un curso rápidamente progresivo. Por último, tratándose ambas de enfermedades neurodegenerativas, no es excepcional que en una misma persona mayor coincidan enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson

**La depresión**

Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La [depresión](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000945.htm)  es común en abuelos, pero no significa que sea parte del envejecimiento-

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore.

* Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
* Dolor o padecimiento crónico
* Hijos que dejan el hogar
* Cónyuge y amigos cercanos que mueren
* Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse, o pérdida de los privilegios para conducir)
* La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico,
* como:
* Trastornos tiroideos
* [Parkinson](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000755.htm)
* Enfermedad del corazón
* Cáncer
* Accidente cerebrovascular
* de Alzheimer
* alcoholismo
* medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión.