

7

TEMA

Causas de la dependencia

María Dolores Medina Ortega

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado de un familiar o de otra persona que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Puede hacer que en las innumerables tareas que implica descubramos en nosotros mismos cualidades, actitudes o talentos que de otra forma habrían pasado desapercibidas. Puede asimismo estrechar la relación con la persona que cuidamos o con otros familiares y conseguir que descubramos en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, descubre la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos. Pero también es cierto que puede ser una etapa de labor solitaria e ingrata. De hecho, en muchos casos, el cuidado de una persona se convierte en una suma de goces y padecimientos. Por otra parte, habría que decir que cuidar es una situación que muchas personas acaban experimentando a lo largo de sus vidas y que la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador.

Los **cuidadores** son aquellas personas que, por diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a sus limitaciones en: el aseo, la alimentación, la movilidad, etc.

2. ¿QUÉ ES LA DEPENDENCIA?

La sociedad encuentra en el fenómeno de la dependencia uno de los mayores obstáculos para el disfrute de un buen nivel de calidad de vida en personas dependientes, un serio problema para su entorno personal y un reto para las instituciones.

Aunque no existe unanimidad sobre este concepto, puede afirmarse que por dependencia se entiende la situación en la que una persona presenta limitaciones para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria y requiere la ayuda de los demás (cuidadores: familiares, profesionales...) para desenvolverse en la vida cotidiana. Es lógico pensar que la dependencia de las personas mayores se debe a un declive físico, más o menos esperable, debido a su avanzada edad. Es cierto que el deterioro físico aumenta con la edad y, con él, la cantidad de ayuda necesaria. Pero este problema no se puede achacar sólo al envejecimiento. Del mismo modo, en otras personas, el padecimiento de problemas crónicos de salud y el grado de incapacidad que producen generan un importante impacto sobre el funcionamiento del individuo en su vida diaria.

Es conveniente indicar el **concepto de dependencia** definido como el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El concepto de dependencia se puede ampliar al ámbito social. Una persona se puede considerar socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental particular requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana.

El elemento esencial de estas formulaciones es que la dependencia toma carácter definitivo, cuando se necesita de manera sistemática la ayuda de otra persona (cuidador).

En la mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto es así porque la mayor parte de las causas de dependencia de las personas mayores son trastornos o enfermedades que implican un deterioro progresivo, asociado a un progresivo aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, esto es, de la dependencia.

El proceso de adquisición del papel o rol de cuidador, que será más o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores.

Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco sin apenas darse cuenta de ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria.

Debido a que la situación de cuidado se prolonga durante un largo tiempo, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Estos cambios transforman los roles y responsabilidades que hasta ese momento habían tenido los miembros del núcleo familiar afectado.

El proceso de "ajuste" a la nueva situación suele llevar asociadas tensiones y dificultades que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento tanto por parte de los cuidadores como de la persona dependiente.

A pesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro, se pueden distinguir una serie de fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos.

- **Fase 1: negación o falta de conciencia del problema.**

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio.

Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

Este estadio es, normalmente temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está "simplemente distraído" o que se trata de una "enfermedad temporal".

- **Fase 2: búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles.**

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean.

En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno o trastornos que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. Buscar información es, pues, una estrategia básica de afrontamiento.

En este momento son muy frecuentes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, o, en su versión más intensa, la ira, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida de control de la propia vida y sus circunstancias.

Existen en la vida, desgraciadamente, algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas mayores.

A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar dependiente, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración.

Estos sentimientos son, en estos casos, especialmente difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cuál es el objeto de su malestar: ¿su familiar mayor necesitado de ayuda, el profesional de la salud hacia el que se vuelve en busca de ayuda, los demás familiares que permanecen algo más alejados o menos implicados en la situación?. Las consecuencias más frecuentes de esta "cólera sin objeto" son los sentimientos de culpa.

Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Es aconsejable que la persona que cuida "tome conciencia" de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

• Fase 3: reorganización

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. Una relación esencial para la persona –una esposa, un padre o una madre– "se ha perdido". La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida.

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación de cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. El cuidador se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

- **Fase 4: resolución**

Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento de que como cuidador/a será capaz de manejar y sobre llevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos los cuidadores. En este estadio del cuidado, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena.

En este punto, los cuidadores:

- Aprenden a cuidar mejor de sí mismos.
- Están más dispuestos a buscar la ayuda de otras.

3. ACERCAMIENTO ANTE LOS POSIBLES TRASTORNOS QUE PUEDEN LLEGAR A PRODUCIRSE EN UN CASO DE DEMENCIA

En primer lugar aparecen las enfermedades crónicas, que conllevan una posterior autopercepción de un mal estado de salud general. Más tarde aparecen las limitaciones en la realización de actividades, es decir, se presenta el fenómeno de la discapacidad; por último, surgen las discapacidades más severas, las discapacidades que determinan la necesidad de asistencia y las relacionadas con las actividades domésticas y de autocuidado

3.1. PUEDEN PRESENTARSE CAMBIOS NEUROLÓGICOS.

- **Acudir a la consulta del médico.** Ante la aparición de diversos indicios, evidencias o signos que a continuación indicaremos y que nos puedan hacer sospechar que es posible que nos encontremos ante un caso de demencia, lo primero que se debe hacer es ponerse en contacto con un médico. Con este primer paso, lo que se pretende entre otras cosas, es poner en manos del profesional sanitario la tarea de la existencia o no de un diagnóstico de demencia. En caso de que finalmente se confirme el diagnóstico, se podrá obtener por parte del médico información y asesoramiento acerca de la enfermedad.
- **Actuación ante la pérdida de memoria, la desorientación y la confusión.**
Pérdida de memoria. Es la evidencia principal. La persona es capaz de recordar perfectamente hechos ocurridos hace años, pero es incapaz de recordar lo que acaban de oír. Con frecuencia preguntan una y otra vez lo mismo debido a que los procesos gracias a los que somos capaces de guardar la información nueva que nos va llegando están dañados.
- **Desorientación.** Puede afectar al espacio (pudiendo llegar a desorientarse en la propia casa), al tiempo (perder la noción del día, mes y año), al cuerpo (no reconoce los lados y partes del cuerpo), e incluso reconocimiento de sus familiares.

- **Afasia.** Se llama así al deterioro del lenguaje tanto verbal como escrito (puede ser que la persona no entienda lo que se dice, que no se pueda expresar o ambas).
- **Agnosia.** Se produce una incapacidad para reconocer objetos familiares (material doméstico, ropa de vestir, material de lectura y escritura, etc.).
- **Fobias.** Aparecen miedos ante cosas o situaciones que no tienen justificación o razonamiento lógico alguno.
- **Compulsiones.** La persona puede llevar a realizar actos repetitivos de un modo continuado (abrir y cerrar puertas, lavarse o afeitarse, sacar y colocar la ropa, limpiar etc.).
- **Obsesiones.** La persona tiene pensamientos extraños y repetitivos sobre un mismo tema.
- **Delirios.** Sin que haya justificación, la persona tiene ideas sobre hechos que le afectan como; que le han robado o le van a robar, que le van a abandonar y se va a quedar solo o que su mujer/marido le engaña con otra persona (celos).
- **Alucinaciones.** Generalmente son de tipo visual o auditivo (dicen ver o escuchar cosas que no son reales).
- **Alteraciones del estado de ánimo.** Generalmente pueden presentar llanto, ansiedad, depresión o apatía.
- **Alteraciones de la conducta.** Agresividad, andar de un lado a otro, conducta de huida, o conductas anómalas (abrir y cerrar cajones, colocar la vajilla con la ropa, etc.).

4. ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es una enfermedad neurológica degenerativa que evoluciona a lo largo de los años y que suele aparecer en sujetos de edad avanzada. En la enfermedad de Parkinson la destrucción progresiva de una región específica del cerebro (la sustancia negra) desemboca en la aparición de síntomas cada vez más graves que pueden llegar a producir la muerte del paciente.

En el cerebro existe un grupo de células nerviosas encargadas de producir dopamina, un neurotransmisor esencial para el control de los movimientos y la transmisión del impulso nervioso. Estas neuronas se agrupan en una estructura denominada sustancia negra.

Las neuronas de la sustancia negra de los sujetos con enfermedad de Parkinson mueren antes de tiempo sin ser sustituidas por otras nuevas. Cuando desaparece el 50 o 60 % de estas células de esta zona comienzan a hacerse evidentes los primeros síntomas: temblores, rigidez o dificultad para la marcha o el mantenimiento de la postura.

A medida que progresa la degeneración de esta zona cerebral pueden aparecer problemas más graves.

En los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento del origen de la enfermedad de Parkinson, pero aún no se conoce con exactitud. Desde luego influyen factores genéticos ya que hasta el 5 % de los parientes de los enfermos de Parkinson presenta alguna forma familiar del trastorno. También están descritos algunos tóxicos ambientales que podrían influir en sujetos predispuestos.

Se calcula que en España hay 100.000 enfermos de Parkinson. La edad de comienzo es de unos 55 años y la mayoría de los enfermos tiene entre 50 y 80 años (afecta al 1 % de las personas mayores de 65 años y al 0,4 % de los mayores de 40 años). Sólo en casos muy raros puede iniciarse en la infancia o en la adolescencia (parkinsonismo juvenil).

La enfermedad de Parkinson afecta a cada individuo de manera diferente y su progresión individual lleva un ritmo diferente. Estos son algunos de los síntomas característicos:

4.1. RELACIONADOS CON EL MOVIMIENTO.

- **Temblores:** el temblor es mucho más llamativo cuando el paciente está en reposo y aparece en una o varias extremidades, normalmente de la misma mitad del cuerpo. Cuando el paciente realiza movimientos voluntarios o está durmiendo, los temblores casi siempre desaparecen. Lentos y rítmicos, predomina en reposo (temblor de reposo) y disminuye al hacer un movimiento voluntario.
- **Sacudidas involuntarias o disquinesias:** se producen en las extremidades, la lengua o la mandíbula. No son síntomas propios de la enfermedad sino que se presentan como efecto secundario de la medicación. Pueden aparecer desde las fases tempranas del tratamiento, pero su incidencia aumenta con el paso del tiempo y el cambio de medicación asociado a la progresión de la enfermedad.
- **Rigidez e hipertonia muscular:** las articulaciones están "fijas" y son difíciles de mover con soltura. Cualquier acción se ejecuta de forma entrecortada, como si las extremidades fueran artilugios mecánicos ensamblados con ruedas dentadas giratorias. Se produce generalmente en fases tardías y se debe a un aumento de la resistencia de los músculos al movimiento. Para el paciente es muy difícil realizar tareas "finas", como escribir (la letra se hace pequeña y vibrada) o comer.
- **Postura y marcha:** los pacientes de Parkinson tienden a inclinarse hacia delante, y adoptan una postura muy característica encorvada, con la cabeza hacia abajo y los hombros caídos. La forma de caminar también cambia: aparece dificultad para iniciar la marcha y para detenerse; es como si el sujeto fuese propulsado por un motor en aceleración y sin frenos.
- **Bradicinesia:** es la lentitud al realizar un movimiento voluntario. Un paciente de enfermedad de Parkinson tarda más tiempo de lo habitual en levantarse de un sillón o simplemente mover una mano.

- **Hipocinesia:** es la falta o reducción en los movimientos espontáneos. El paciente encuentra dificultades para que los músculos trabajen de forma conjunta y coordinada. Por eso, vestirse, abrocharse los botones o lavarse los dientes les resulta complicado. Este síntoma se hace evidente al caminar; el paciente bracea menos, sobre todo en el lado afectado, y le falta el cortejo de movimientos que se realiza habitualmente al andar. La hipocinesia afecta especialmente a la cara y a los movimientos de las extremidades. El paciente pierde la mímica facial, pestañea menos y poco a poco adopta una cara inexpresiva, como una máscara de cera.

En fases avanzadas de la enfermedad se manifiesta el bloqueo motor o congelación. El paciente se queda como pegado al suelo, algo que suele ocurrir al cambiar la superficie por la que camina (cruzar el umbral de la puerta, bajar o subir un escalón) o al cambiar de dirección.

- **Alteración de la marcha e inestabilidad postural:** aparece en etapas tardías como consecuencia de todos los síntomas anteriormente descritos. En un individuo sano, los constantes ajustes corporales que se producen al caminar (adelantar un pie, retrasar el otro, balancear los brazos...) se realizan de forma automática. El paciente con enfermedad de Parkinson debe ejecutar todas estas combinaciones coordinadas de contracciones y relajaciones musculares de forma casi consciente y meticulosa.
- **Trastornos del habla:** las alteraciones en la voz, la articulación de la palabra y el lenguaje son síntomas característicos de la enfermedad. Los pacientes articulan peor, tienen voz ronca y el tono varía. Estos trastornos son consecuencia de la rigidez de los músculos de la cara, la pérdida del control motor de la laringe y el deterioro del ritmo de la respiración.
- **Problemas del sistema nervioso autónomo:** se alteran muchas funciones corporales que los sujetos sanos controlan de forma automática y no consciente. La salivación de los pacientes aumenta de forma considerable, se producen cambios en la temperatura corporal, sudan más o tienen problemas de estreñimiento. También aparecen dificultades para tragar por trastornos en la movilidad del esófago.

4.2. EVOLUCIÓN.

Es progresiva y avanza con suma lentitud. La evolución actual de la patología está muy condicionada por la medicación que recibe el paciente para paliar los síntomas. Las perspectivas de padecer la enfermedad durante muchos años con una buena calidad de vida son enormes.

4.3. FASE PRESINTOMÁTICA.

Los primeros síntomas clínicos no aparecen hasta que han muerto el 50 o 60 % de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra. Esto conlleva a la desaparición del 80 % de la dopamina en esa zona.

Al principio los síntomas motores pueden aparecer sólo en momentos de gran estrés. En cuanto a los síntomas no motores el enfermo puede encontrarse excesivamente fatigado, desarrollar seborrea (aumento patológico de la secreción de las glándulas sebáceas de la piel), estreñimiento o puede mostrar un estado de ánimo bajo llegando incluso a padecer una depresión. Estos signos pueden padecerse durante largo tiempo sin que el médico o el enfermo lo relacionen con la patología parkinsoniana.

4.3.1. Enfermedad leve.

Aparecen los primeros síntomas motores. Suele comenzar de manera muy focal, con temblor o torpeza en un miembro concreto (por ejemplo, arrastra una pierna al caminar), generalmente de la parte superior del tronco, como una mano o un dedo. Afecta con menos frecuencia a una extremidad inferior.

Más adelante este temblor y el enlentecimiento de los movimientos se manifiestan de forma tan sutil que el enfermo no ve modificada de ningún modo su vida diaria y realiza sin ayuda todas las actividades habituales. Es posible que le cueste más trabajo cortar un filete duro, girar con soltura en la cama o levantarse de un sillón muy bajo, pero puede seguir llevando a cabo sus obligaciones laborales y sociales sin problemas.

4.3.2. Enfermedad moderada.

Los síntomas motores se agravan. El paciente tiene problemas para ejecutar con soltura las actividades de la vida diaria, presenta dificultad al entrar y salir de la bañera, levantarse de la cama o afeitarse. La rigidez, la bradicinesia y los temblores se manifiestan de forma evidente. La mano puede adoptar la típica postura de 'tienda de campaña' o de 'cuenta de monedas', con la muñeca flexionada y los dedos pulgar e índice acercándose entre sí con un fino temblor. Los pies se arrastran al caminar, pero no se producen episodios de congelación de la marcha.

Los síntomas típicos de este período se ven paliados por el empleo de levodopa y agonistas dopaminérgicos, fármacos que contrarrestan la pérdida de dopamina que se produce con la muerte de las neuronas de la sustancia negra.

Esta terapia es muy eficaz durante los primeros años de esta etapa y el paciente experimenta una gran mejoría que se prolonga a lo largo de todo el día, sobre todo durante los primeros meses. Los temblores, la rigidez y la lentitud de movimientos prácticamente desaparecen.

Sin embargo, entre 3 y 5 años después de iniciar el tratamiento con estos fármacos, aparece un fenómeno llamado "wearing off" (desgaste). Se produce un acortamiento de los períodos durante los cuales la medicación puede controlar los síntomas. A medida que pasan los años la necesidad de aporte de levodopa es mayor. Por eso cada vez es necesaria más cantidad de pastillas al día de este precursor de la dopamina para controlar los síntomas.

La combinación de la levodopa con otros fármacos como los agonistas dopaminérgicos ayuda a prolongar estas fases de control y retrasar la aparición del 'wearing off'. Por eso, es muy importante que el médico adopte una buena estrategia de tratamiento en cuanto a combinación de medicamentos para que el paciente no genere esta 'tolerancia' a la levodopa y se pueda dilatar al máximo la progresión hacia las fases más graves de la enfermedad.

4.3.3. Enfermedad avanzada.

Tras muchos años de evolución, los síntomas o signos se han generalizado y el tratamiento con levodopa y demás fármacos no resulta del todo eficaz.

Se produce un fenómeno llamado "on-off" o "encendido-apagado". En períodos de "encendido" el paciente se beneficia de las virtudes de la levodopa y los demás fármacos que se le administran para paliar los síntomas y se encuentra bien. De forma súbita todo aquello desaparece y sobrevienen bruscamente todos los síntomas parkinsonianos. A estos períodos de empeoramiento se les denomina períodos "off" o "apagado".

Esto se produce porque los mecanismos cerebrales se han deteriorado tanto que no pueden gestionar bien la cantidad de levodopa y hay períodos de tiempo en los que hay exceso y el paciente realiza movimientos involuntarios y otros en los que es escasa y el paciente está parkinsoniano.

En esta fase avanzada también puede aparecer un deterioro cognitivo, es decir, una pérdida de las funciones mentales superiores (demencia).

No obstante, si no fuera por los tratamientos que existen actualmente el paciente se encontraría muy incapacitado. Antes de la existencia de estos fármacos un alto porcentaje de pacientes quedaba postrado en la cama. Ahora esto no ocurre, la calidad de vida de los enfermos de Parkinson ha mejorado muchísimo, así como la esperanza su vida.

5. ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer, la causa más frecuente de demencia en los ancianos, es un trastorno grave, degenerativo, producido por la pérdida gradual de neuronas cerebrales, cuya causa no es del todo conocida. Se trata de una enfermedad muy rara en los pacientes jóvenes, ocasional en los de mediana edad y más frecuente a medida que se cumplen años.

La enfermedad afecta a las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Aunque cada día se sabe más sobre la enfermedad, todavía se desconoce la causa exacta de la misma y hoy por hoy no se dispone de un tratamiento eficaz.

La demencia es un trastorno cerebral que afecta seriamente a la habilidad de una persona para llevar a cabo sus actividades diarias. Es una deficiencia en la memoria a corto plazo (se olvidan las cosas que acaban de suceder) y a largo (se eliminan los recuerdos), asociada con problemas del pensamiento, del juicio y otros trastornos de la función cerebral y cambios en la personalidad.

Los síntomas de la demencia incluyen la incapacidad para aprender nueva información y para recordar cosas que se sabían en el pasado; problemas para hablar y expresarse con claridad, o para llevar a cabo actividades motoras o para reconocer objetos. Los pacientes, además, pueden sufrir un cambio en su personalidad y pueden tener dificultades para trabajar o llevar a cabo las actividades habituales. En ocasiones pueden presentar síntomas similares a la depresión (como tristeza o problemas de adaptación) o a la ansiedad.

Entre un 25 % y un 50 % de las personas con más de 65 años tiene problemas subjetivos de pérdida de memoria, sin embargo esto no tiene por qué significar que vayan a desarrollar una demencia en el futuro y los expertos suelen considerar esta disminución de las capacidades algo normal que se asocia con la edad.

Existen causas reversibles de demencia como la fiebre alta, la deshidratación, los déficits vitamínicos, la mala nutrición, reacciones adversas a fármacos, problemas con la glándula tiroidea o traumatismos cerebrales leves. El reconocimiento de estas causas y su tratamiento puede mejorar la situación del enfermo, pudiendo retornar a su situación previa tras curar el proceso que ha provocado las alteraciones.

Sin embargo, en la mayoría de los casos la demencia no es reversible. Las causas más frecuentes de demencia irreversible son el mal de Alzheimer y otras enfermedades como la enfermedad de Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy, que forman el grupo de demencias degenerativas. Las demencias de causa vascular son las segundas en importancia en los países occidentales, y las primeras en algunos países orientales como Japón. Este tipo de demencia se produce por lesiones en los vasos que irrigan el cerebro, bien por infartos cerebrales múltiples, o por hemorragias, o por disminución de la sangre que llega al cerebro. Con frecuencia los pacientes tienen una demencia 'mixta', es decir que tienen una enfermedad degenerativa y una afectación cerebrovascular.

La demencia se está convirtiendo en uno de los problemas sanitarios más importantes de nuestra sociedad, cada vez más anciana. La frecuencia de la demencia se duplica cada cinco años, a partir de los 65 años, y se estima que más del 30 % de los pacientes mayores de 85 años tienen demencia. Muchos de estos pacientes tienen una demencia tipo Alzheimer.

Históricamente el término enfermedad de Alzheimer se aplicó a la demencia progresiva que se desarrollaba en la edad media de la vida, antes de la etapa senil. Por el contrario, se denominaba demencia senil a la que aparecía en las etapas avanzadas de la vida. Con el tiempo se fue demostrando que ambos procesos eran el mismo, independientemente de la edad de aparición.

El mal de Alzheimer es la forma más común de demencia, explicando hasta el 70 % de los casos, y constituye la cuarta causa de muerte en EE UU. En la actualidad se considera que unos 25 millones de personas padecen Alzheimer en el mundo, y probablemente en los próximos 20 años, se registrarán unos 70 millones de nuevos casos.

En España existen actualmente más de 4.000 afectados en edad presenil (antes de 65 años) y 300.000 personas ancianas. Para el año 2025 se calcula un incremento de casi el 30 % de la población con respecto a la que había en 1980. Este aumento se hará fundamentalmente a expensas de los pacientes mayores de 60 años, lo que explica que se espere que la enfermedad vaya a ir aumentando en los próximos años. Algunos han catalogado este fenómeno como la llegada de una epidemia de demencia. Afortunadamente esta tendencia se acompañará de mejoras en los tratamientos para esta enfermedad lo que abre una puerta a la esperanza.

5.1. SÍNTOMAS DE ALARMA.

La forma de aparición de la enfermedad es muy variada, no existe un patrón único y, en ocasiones, puede no notarse nada hasta que la enfermedad ha evolucionado un poco. Los síntomas que pueden hacernos pensar en la presencia de una enfermedad de Alzheimer son:

- **Pérdida de memoria:** el síntoma más precoz de esta enfermedad es la pérdida de memoria, que se inicia con olvidos frecuentes de cosas que acaban de hacer (no saben que han comido, o si han cerrado la puerta de la casa con llave). El paciente suele ser consciente de estos olvidos, aunque a veces trata de disimularlo.
- **Dificultades para realizar tareas habituales:** los pacientes olvidan guardar las cosas en los armarios, tienen problemas para el manejo de los electrodomésticos comunes, van a comprar y olvidan cosas o compran aquellas que no necesitan.
- **Problemas con el lenguaje:** los pacientes con Alzheimer incipiente tienen dificultades para encontrar las palabras correctas para expresarse. A veces hacen "circunloquios" para decir cosas habituales (el lugar donde se guardan los trajes en vez de decir el armario, por ejemplo).
- **Desorientación en tiempo y espacio:** es normal que los pacientes olviden el día en el que viven y no sepan donde se encuentran, llegándose a perder en

trayectos tan simples como de su casa a la panadería, o incluso dentro de su propia casa.

- **Disminución del juicio:** al inicio de la enfermedad los pacientes muestran una incapacidad para hacer juicios de cosas simples, de modo que en ocasiones toma decisiones incorrectas sobre la ropa que deben ponerse en función de tiempo que hace, o el dinero que deben pagar.
- **Problemas con el pensamiento abstracto:** los pacientes pierden su capacidad de hacer cálculos, y en ocasiones olvidan la utilidad de los números.
- **Descolocan las cosas:** con frecuencia al inicio de la enfermedad los pacientes colocan las cosas en sitios disparatados, como poner la cartera dentro de la cazuela o los zapatos dentro de la lavadora.
- **Cambios de humor o comportamiento:** los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden tener cambios bruscos de humor, sin aparente motivo y sin desencadenantes externos.
- **Cambios de personalidad:** aunque la personalidad suele cambiar con la edad, los pacientes con Alzheimer tienen cambios exagerados de la misma, convirtiéndose en personas desconfiadas, dependientes o hurañas.
- **Pérdida de la iniciativa:** esto implica que son incapaces de tomar iniciativas para llevar su casa, hacer las cuentas u organizar sus vidas. Con frecuencia su actividad diaria acaba limitándose a mirar la televisión, sin conversar ni prestar atención por el entorno.

5.2. ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.

La enfermedad pasa por diferentes etapas, caracterizadas por un progresivo empeoramiento en la sintomatología. Se podría dividir en tres periodos.

5.2.1. Inicial.

La sintomatología es leve, el paciente puede valerse para las actividades básicas, aunque precise apoyo puesto que ocasionalmente se le olvidan algunas cosas, o puede perderse etc. La pérdida de memoria puede pasar inadvertida o atribuirse a olvidos benignos, aunque con el tiempo pueden interferir en las actividades diarias como estar al tanto de la propia economía, seguir las instrucciones del trabajo, conducir o ir a la compra. Algunos pacientes son conscientes de las dificultades que tienen lo que les genera frustración y ansiedad. Un cambio en el entorno habitual de los pacientes puede ser desastroso en estas fases: los síntomas que han podido pasar inadvertidos se hacen muy llamativos cuando el paciente cambia de residencia o de rutina y se acentúan todos los síntomas.

En este período debe hacerse el diagnóstico y hoy por hoy debería valorarse el inicio del tratamiento con algunos fármacos, que podrían frenar la evolución de la enfermedad.

En esta fase también se debe ir preparando a los familiares y al propio paciente de lo que está por venir, para que se puedan ir tomando decisiones sobre el futuro. Algunas pueden ser tan importantes como el testamento vital del paciente o la acomodación de la casa de cara al futuro.

Es importante averiguar lo que sabe el paciente y lo que quiere saber sobre su enfermedad. Es tan injusto dar 'malas noticias' como privar a un individuo de la posibilidad de tomar decisiones cuando todavía es capaz de hacerlo.

5.2.2. Intermedio.

Síntomas con gravedad moderada. El paciente empieza a ser más dependiente, necesitando ayuda para el autocuidado (vestirse, lavarse, peinarse, comer...). Las alteraciones cognitivas son muy obvias y ya no existen dudas sobre su diagnóstico. El paciente es incapaz de trabajar, se pierde y se muestra confuso con facilidad, necesitando una supervisión diaria. En esta etapa las formas sociales y el comportamiento de rutina, las conversaciones superficiales pueden conservarse de forma sorprendente y sólo cuando se interroga al enfermo de forma dirigida somos conscientes de sus dificultades.

El lenguaje suele alterarse, sobre todo la capacidad de comprender lo que les decimos y la de dar nombre a los objetos: a veces los pacientes utilizan circunloquios para expresarse. Con frecuencia tienen problemas para relacionar palabras, algo que se pone de manifiesto con algunos de los test diseñados para detectar la demencia: por ejemplo son incapaces de dar una respuesta coherente a preguntas del tipo "¿En qué se parecen una pera y una naranja?" o cuando se les manda repetir series de palabras (diga: coche, lapicero, edificio). Aparece incapacidad para realizar actos motores secuenciales como vestirse, comer, hacer rompecabezas o copiar figuras geométricas. Hay dificultad para hacer cálculos sencillos o leer la hora.

En esta fase son frecuentes las alucinaciones (los pacientes ven objetos que no están en la habitación: animales, personas conocidas etc.) y los delirios (en ocasiones acusan falsamente a su pareja de infidelidad, piensan que la visita es un ladrón, o se asustan de su propia imagen en el espejo).

5.2.3. Avanzado o terminal.

Etapa final, el paciente es dependiente para todas las tareas básicas de la vida, precisa que le den de comer, que le limpien, que le muevan. En esta etapa pierden el contacto con el medio exterior y no pueden comunicarse ni responder a los estímulos externos. Se tarda en perder la capacidad de caminar, pero cuando lo hacen es de forma errante y sin sentido. A veces tienen comportamientos desinhibidos o agresivos o pasivos. La alteración del patrón vigilia-sueño se da en muchos enfermos de forma que no duermen por la noche y tienen períodos de agitación durante estas horas, y se pasan durmiendo todo el día. La rigidez muscular que va a pareciendo los conduce a lentitud y torpeza de movimientos.

Al final muchos pacientes están rígidos, mudos, no controlan los esfínteres y permanecen postrados en cama. A veces presentan contracciones musculares bruscas y breves, como pequeñas sacudidas de algunos grupos musculares o de todo el cuerpo, espontáneas o como respuesta a estímulos externos. Se aumentan los riesgos de complicaciones por infecciones, deshidratación, heridas por la inmovilización, desnutrición etc. De hecho la causa final de la muerte suele estar relacionada con alguna de estas complicaciones.

La enfermedad de Alzheimer suele ser de evolución lenta, que empieza con pequeños problemas de memoria y acaba con un daño cerebral grave. El curso de la enfermedad varía de una persona a otra, como media se podría decir que los pacientes viven unos 8-10 años tras el diagnóstico, aunque en algunas ocasiones los pacientes pueden sobrevivir hasta 20 años después del diagnóstico. Se desconocen los motivos de estas diferencias.

5.3. CONSEJOS PARA MANEJAR AL PACIENTE.

Convivir con un enfermo de Alzheimer no es una tarea fácil. Sus problemas acaban siendo los problemas de todos. Algunas asociaciones de pacientes aconsejan algunos comportamientos o actitudes para intentar hacer más fácil la vida de y con los pacientes de Alzheimer:

- Es muy importante que los pacientes reconozcan su entorno. Los cambios frecuentes favorecen la desorientación y los problemas de ubicación. Es importante mantener una rutina diaria. Si el paciente está rodeado de objetos familiares se sentirá más cómodo.
- Los pacientes pueden perderse con frecuencia. Para evitar problemas es necesario saber dónde se encuentran en cada momento; eso evitará problemas tanto a los pacientes como a los familiares. Un método que algunas familias usan para prevenir que el paciente se extravíe es ponerle campanas a todas las puertas que den al exterior.
- Con frecuencia los pacientes no tienen la sensación de hambre y sed habituales. Hay que asegurarse que beban líquidos abundantemente y que coman de forma adecuada.
- Es importante que al paciente se mantenga independiente el mayor tiempo posible: debe fomentarse el autocuidado lo más posible.
- También es bueno que el paciente tenga una actividad física el mayor tiempo posible, hay que fomentar que camine o que haga ejercicios regularmente.
- Es importante mantener las relaciones sociales. Hay que favorecer las visitas de amigos y familia.
- Se deben emplear ayudas escritas para la memoria como calendarios y relojes, listas de tareas diarias, etiquetas de los objetos que pueda olvidar para que sirvan.

- Los familiares deben ser conscientes de que la enfermedad es progresiva y que el deterioro del paciente será cada vez mayor, por lo que se deben organizar por adelantado las necesidades futuras como sillas de ruedas, camas articuladas, o ayuda a domicilio.
- Se deberá revisar el hogar en cuestiones de medidas de seguridad como las barras en la pared, cerca de la taza del baño y la bañera, alfombras que no resbalen etc.
- Es importante dar apoyo emocional al paciente y los cuidadores.
- Hay que asegurarse de que el paciente toma regularmente los medicamentos que se le prescriban.
- Las asociaciones a grupos de apoyo para la familia pueden hacer más llevadera la enfermedad.
- Es importante disponer de un informe actualizado del paciente en el que se reflejen las medicinas que debe tomar y las alergias o antecedentes de interés del paciente.

6. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o las que llegan a él.

Por motivos diferentes las células del cerebro se quedan sin oxígeno o nutrientes de la sangre o mueren. Se manifiesta como parálisis, déficit cognitivo, déficit del lenguaje, déficit emocional, dolor....

A veces no todas las células de la zona afectada mueren, algunas, con un tratamiento adecuado pueden salvarse. Esto dependerá de la gravedad y localización de la lesión y de la capacidad del cerebro para recuperarse. Pueden quedar lesiones.

Existen 2 tipos de accidente cerebrovascular:

1. **Accidente Cerebral Isquémico:** cuando hay un bloqueo de un vaso sanguíneo que suministra sangre al cerebro (coágulos: trombos ó émbolos).
2. **Accidente Cerebral Hemorrágico:** cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro.

En algunas ocasiones se manifiestan los mismos síntomas pero luego se produce una recuperación sin dejar daños importantes: se llama "Ataque isquémico transitorio (AIT)". Esto es síntoma de que la persona tiene un alto riesgo de accidente cerebrovascular grave. Existen otros factores de riesgo como son: la edad, sexo (hombre), el estilo de vida, los antecedentes familiares, la tensión arterial, la enfermedad cardíaca, el consumo de tabaco, alcohol o drogas, el colesterol, la diabetes...

Los síntomas aparecen de manera repentina y se dan más de uno al mismo tiempo, por lo que puede distinguirse fácilmente de un mareo o de un dolor de cabeza. Los más usuales y ante los que es preciso acudir a urgencias son:

- Entumecimiento o debilidad repentina, sobre todo de una parte del cuerpo.
- Confusión repentina o problemas con el habla o la comprensión.
- Problemas repentinos con la vista en uno o ambos ojos.
- Problemas repentinos para andar, mareos o pérdida del equilibrio o coordinación.
- Dolor de cabeza repentino, severo sin causa conocida.

La dependencia que generan estos accidentes irá en función de las secuelas que queden tras el accidente cerebrovascular. Puede ser también, causa de discapacidad en personas de edad mediana.

7. DISTROFIA MUSCULAR (DM)

Es un grupo de trastornos hereditarios que provocan debilidad muscular y pérdida del tejido muscular, las cuales empeoran con el tiempo.

7.1. CAUSAS.

Las distrofias musculares son un grupo de afecciones hereditarias, lo cual significa que se transmiten de padres a hijos. Pueden presentarse en la niñez o en la madurez. Hay muchos tipos diferentes de distrofia muscular que abarcan:

- Distrofia muscular de Becker.
- Distrofia muscular de Duchenne.
- Distrofia muscular de Emery-Dreifuss.
- Distrofia muscular facioescapulohumeral.
- Distrofia muscular de la cintura escapulohumeral o pélvica.
- Distrofia muscular oculofaríngea.

7.2. SÍNTOMAS.

La distrofia muscular puede afectar a los adultos, pero las formas más graves tienden a ocurrir en la primera infancia.

Los síntomas varían entre los diferentes tipos de distrofia muscular. Todos los músculos pueden resultar afectados o sólo grupos específicos de músculos como los que están alrededor de la pelvis, los hombros o la cara. La debilidad muscular empeora lentamente y los síntomas pueden abarcar:

- Retraso en el desarrollo de destrezas musculares motoras.

- Dificultad para utilizar uno o más grupos de músculos.
- Babeo.
- Párpado caído (ptosis parpebral).
- Caídas frecuentes.
- Pérdida de la fuerza en un músculo o grupo de músculos como adulto.
- Pérdida en el tamaño de los músculos.
- Problemas para caminar (demora para caminar).

La discapacidad intelectual se presenta en algunos tipos de distrofia muscular.

7.3. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

La esclerosis múltiple (del griego "endurecimiento") es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta al cerebro, tronco del encéfalo y a la médula espinal. La mielina, la sustancia que recubre las fibras nerviosas, resulta dañada y entonces la habilidad de los nervios para conducir los órdenes del cerebro se ve interrumpida. Se trata de la enfermedad crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y la segunda causa de incapacidad en este grupo de población, después de los accidentes.

Aunque el primer caso diagnosticado data del año 1849, los científicos desconocen aún hoy al cien por cien la causa de este trastorno, aunque sospechan que se trata de un problema multifactorial. La mayoría de los investigadores cree que la esclerosis es una enfermedad autoinmune, en la que el organismo lanza un ataque defensivo contra sus propios tejidos, concretamente la mielina. Por este motivo, no se descarta que esos ataques del sistema inmunológico estén vinculados con un elemento ambiental de origen desconocido, quizás un virus. Probablemente una cierta predisposición genética en combinación con algún agente exterior condicione la respuesta inmunológica capaz de poner en marcha el proceso.

No hay ningún síntoma típico de la esclerosis que ayude en el diagnóstico inicial. Incluso es habitual que el primer episodio pase desapercibido por la vaguedad de las molestias sin que el sujeto consulte con su médico. A menudo, las primeras manifestaciones se presentan como problemas de la visión, bien en forma de visión borrosa, doble o pérdida de visión.

La mayoría de los pacientes experimentan además sensaciones anormales como hormigueo, entumecimiento y picazón; pérdida de fuerza en los brazos o piernas, y trastornos del equilibrio o de la coordinación. También son frecuentes el vértigo, los problemas para orinar o defecar, los dolores inespecíficos, alteraciones del carácter, etc.

La aparición y desaparición de síntomas inexplicables y la incertidumbre inicial suele caracterizar el diagnóstico de la esclerosis. Aunque cada caso muestra una evolución diferente, generalmente la enfermedad se manifiesta primero con una serie de ataques

(brotes) seguidos de una remisión total o parcial, que posteriormente se repiten alternando con períodos de mejoría. Es lo que se conoce como esclerosis múltiple de recaída-remisión, la forma más común de la enfermedad.

Por su parte, la forma secundariamente-progresiva comienza como el anterior pero luego empeora paulatinamente, sin fases claras de mejoría y con una significativa acumulación de síntomas neurológicos. En otros casos, los trastornos van progresando lentamente desde el principio con pequeños alivios, pero sin mejorías claras (esclerosis primaria-progresiva). Con el paso del tiempo, la debilidad muscular, la falta de coordinación, los problemas del equilibrio, la rigidez muscular, el hormigueo y otros trastornos como el control de la vejiga, dolor o fatiga pueden hacerse más frecuentes y severos.

Además, un 20 % de los pacientes sufre una forma benigna de la enfermedad en la que los síntomas apenas progresan después del ataque inicial y les permite seguir con una vida prácticamente normal. En el caso de la esclerosis maligna, el deterioro es rápido y progresivo y acaba en una incapacidad notable. En muy pocos casos la enfermedad es mortal y la mayoría de los pacientes tiene unas expectativas de vida normales.

La resonancia magnética, así como la exploración neurológica, el estudio del líquido cefalorraquídeo para ver si contiene anomalías celulares y los potenciales evocados (miden la velocidad de respuesta del cerebro a Generalmente son pequeñas y están diseminadas de manera difusa; fuera del cerebro estas lesiones afectan a los nervios ópticos, el tronco del encéfalo y la médula espinal.

La esclerosis es una enfermedad crónica diagnosticada principalmente en adultos jóvenes, que suelen empezar a sentir los síntomas entre los 20 y 40 años. Los distintos estímulos, son las pruebas que confirman el diagnóstico y pueden ayudar a localizar las lesiones en el sistema nervioso central. Éstas se denominan "placas" y son zonas en las que se ha perdido mielina.

Diagnóstico definitivo suele retrasarse tanto por el carácter transitorio de la enfermedad en sus inicios, como por los largos períodos de tiempo que separan unos brotes de otros, así como por la ausencia de una prueba específica para identificarla.

Las personas de raza blanca tienen el doble de probabilidades que otras razas de desarrollar este trastorno, de la misma manera que las mujeres son dos veces más propensas que los varones. Pese a ello, hoy por hoy, no existen grupos de riesgo específicos y cualquier persona puede padecerla, aunque los familiares de primer grado de un paciente sí tienen más probabilidades que la población general de desarrollarla. De hecho, distintas investigaciones sugieren un componente genético, aunque no se ha detectado ninguna alteración, ni mutación específicas.

Hoy por hoy no existe ningún tratamiento curativo para la esclerosis múltiple y los tratamientos disponibles están dirigidos a modificar la evolución de la enfermedad, paliar sus síntomas y rehabilitar al paciente.

Los brotes o recaídas se tratan con corticoides (también llamados esteroides), que por sus propiedades antiinflamatorias pueden reducir su duración y gravedad; mientras que los fármacos que modifican la evolución de la enfermedad se llaman inmunomoduladores. Entre ellos destacan los interferones, cuyo uso siempre debe estar revisado por un neurólogo que controle sus potenciales efectos adversos.

El tratamiento concreto de cada síntoma es trascendental para poder ofrecer una mejor calidad de vida al paciente, mientras que la rehabilitación está dirigida a conservar la funcionalidad en su vida diaria y a prevenir futuras discapacidades, no sólo en cuestiones de motricidad, sino también de lenguaje, la deglución (tragar)... Además, a menudo, son necesarios cuidados de enfermería y atención psicológica.

7.4. CAMBIOS FÍSICOS.

7.4.1. Úlceras.

La úlcera es una lesión de la piel que cursa con pérdida de sustancia cutánea y cuya profundidad puede oscilar desde una erosión superficial de la piel hasta una afectación más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso. Esta lesión aparece como resultado de una presión prolongada sobre una zona de la piel vulnerable. Su evolución hacia la curación es muy lenta y a veces se cronifica, sobre todo en ancianos con problemas circulatorios, de desnutrición y falta de movilidad.

Hay zonas susceptibles de aparición de úlceras.

Las úlceras se forman en zonas cutáneas coincidentes con prominencias óseas, en su aparición influye el estado general del anciano. La región sacra, el coxis (rabadilla) y los talones constituyen zonas donde con mayor frecuencia pueden aparecer las úlceras.

7.4.1.1. Causas.

- **Alimentación inadecuada.** Ancianos que han sufrido una pérdida de peso importante o que presentan poca grasa subcutánea. Los ancianos obesos pueden presentar zonas de tejido subcutáneo poco vascularizado y la presión constante sobre estas zonas favorecerá las lesiones.
- **Inmovilidad.** Ancianos cuya movilidad es deficiente o está muy limitada por artrosis, parálisis o espasticidad y que permanecen sentados o encamados durante largos períodos de tiempo.
- **Diabetes.** La diabetes acelera el proceso de necrosis en los tejidos.
- **Fiebre.** En procesos febriles hay un aumento en el requerimiento de nutrientes y oxígeno de los tejidos que en el anciano puede predisponer a la aparición de úlceras.

- **Piel.** Una falta de higiene corporal, el contacto prolongado con ropas húmedas (incontinencia urinaria o fecal), o la sequedad extrema de la piel (descamación y/o grietas), puede dar lugar a una maceración de la piel.

7.4.2. Funciones evacuatorias: incontinencia urinaria.

Se define "incontinencia urinaria" como la pérdida involuntaria de la orina, de forma regular y en lugar inadecuado. Es uno de los desórdenes más comunes del sistema urinario en la vejez. Las estadísticas en España recogen más de 4 millones de personas incontinentes en edades superiores a los 65 años. Resulta tan común hablar de la "incontinencia de los viejos" que la gente ha llegado a considerarla y a aceptarla como algo normal en el proceso de envejecer y que por consiguiente, no hace falta diagnosticar la causa ni mucho menos buscar tratamiento. Realmente, una vejez normal no está asociada a la incontinencia, sino que responde en contados casos a fallos mentales asociados a demencias y en la mayoría de los supuestos a patologías que son susceptibles de tratamiento. La incontinencia afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

Causas:

- Infección urinaria. Afecta más a las mujeres por la proximidad de la uretra al ano.
- Aumento de la próstata: ocurre con la edad.
- Pérdida del tono muscular del cuello de la vejiga. En mujeres multiparas o que han sufrido algún tipo de cirugía ginecológica.
- Espina bífida o lesiones bajas de la médula espinal.
- Diabetes insípida.
- Embólias.
- Inmovilidad.

7.4.2.1. Tipos de incontinencia.

- **De esfuerzo:** sobre todo en mujeres con el cuello de la vejiga átono, al reír, estornudar, subir escaleras, coger algún peso. Al realizar estos movimientos se causa una presión abdominal que supera el mecanismo de cierre de la vejiga.
- **De urgencia:** fuerte deseo de orinar e incapacidad de retrasar la micción hasta llegar al retrete.
- **Por rebosamiento:** pérdida de pequeñas cantidades de orina sin tener necesidad de vaciar la vejiga o por incapacidad de orinar cantidades normales.
- **Por incontinencia total:** ausencia del control de la vejiga bien por pérdida constante de la orina o por vaciado periódico sin control. La incontinencia produce en quien la padece problemas emocionales y sociales que acarrear dependencia, pérdida de autoestima, aislamiento y vergüenza.

8. OTRAS CAUSAS DE DEPENDENCIA

8.1. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Todos alguna vez hemos oído hablar de esta enfermedad pensando que es una patología grave y de evolución fatal y que no tiene tratamiento. Pero en nuestros días muchos de los pacientes que sufren lupus pueden ser capaces de llevar una vida completamente normal.

Es una enfermedad poco frecuente, como ejemplo diremos que se presentan aproximadamente unos 7 casos nuevos de cada 100.000 habitantes a lo largo de un año.

La enfermedad aparece más comúnmente entre los 17 y 35 años de vida, aunque ello no implica que pueda manifestarse a cualquier edad.

El lupus es una enfermedad autoinmune, lo que quiere decir que las células encargadas de la defensa del organismo fabrican anticuerpos en contra de la persona.

Puede afectar a las articulaciones, a los músculos, puede dañar la piel y casi todos los órganos del cuerpo.

La causa exacta es desconocida aunque se cree que algunas infecciones por virus o la acción de otros agentes que existen en el medio ambiente pueden desencadenarla. Incluso la predisposición genética, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Los síntomas más característicos son:

- **Generales:** cansancio, pérdida de peso inexplicable y fiebre prolongada que no se debe a ninguna infección.
- **Articulaciones y músculos:** dolor e inflamación, sobre todo de los dedos de las manos, las muñecas, los codos, las rodillas y los pies.
- **Piel:** lo más conocido es el eritema en "alas de mariposa" que consiste en el enrojecimiento de la piel de las mejillas y de la nariz. Frecuente también la caída del cabello que se recupera con tratamiento y la sensibilidad excesiva de la piel a la luz solar.
- **Corazón y pulmones:** puede haber también inflamación de la membrana que recubre el corazón o los pulmones (pericarditis o pleuritis), lo que produce dolor en el pecho o en el costado y fiebre. Síntomas que ceden favorablemente al tratamiento.
- **Riñón:** la afección más frecuente del mismo es la inflamación, nefritis que conlleva que los productos de desecho del organismo no se eliminen por la orina y se acumulen en la sangre.
- **Cerebro:** sus afectaciones son por lo general de poca importancia, entre ellas pueden aparecer dolores de cabeza o depresión.

- **Embarazo:** la mujer que padece lupus tiene mayor riesgo de aborto, y aunque el embarazo no está desaconsejado cuando el lupus está activo o se está medicando por las complicaciones está sujeto a la suspensión del tratamiento por el riesgo para el feto.

Las personas que padecen lupus pueden llevar una vida absolutamente normal, con una alimentación variada y sólo en casos de problemas renales con la consiguiente hipertensión arterial deberían de restringir la sal en su dieta aunque ésta recomendación sería útil a toda la población.

Las lesiones cutáneas que hemos comentado anteriormente no son contagiosas, y si existe sensibilidad a la luz solar deben evitar tomar el sol y protegerse del mismo correctamente con cualquiera de las cremas que existen en el mercado.

Aunque el lupus no se cura con medicamentos con ellos se pueden controlar los síntomas que pudieran causar dependencia en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Atención a personas en situación de dependencia. Barcelona: Planeta DeAgostini Formación, 2013.
- Cantón Hernández, José Carlos. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia. Madrid. Editorial Editex, 2014.
- Cantón Hernández, José Carlos. El envejecimiento, características y necesidades de las personas en situación de dependencia. Madrid. Editorial Editex, 2014.
- Cantón Hernández, José Carlos. La enfermedad, características y necesidades de las personas en situación de dependencia. Madrid. Editorial Editex, 2014.
- Casado Pérez, Demetrio. Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia. Madrid. Editorial CCS, 2013.
- Castillo Arenal, Tomás; Mota Arenal, Rosalía; Martínez Maroto, Antonio. Autonomía personal y atención a la dependencia. Madrid. Universidad Pontificia Comillas (Publicaciones), 2010.
- García Garnica, María del Carmen. Estudios sobre dependencia y discapacidad. Navarra: Editorial Aranzadi, 2011.
- García Santafé, Paloma. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia, grado medio. Madrid: McGrawHill Interamericana de España, 2013.

Ruiz Sánchez, Gonzalo y Asaro Méndez, Eduardo José. Prevención y valoración de la dependencia. Madrid: Alta Escuela de Dirección y Administración de Empresas, 2010.

Santa Cruz Bellet, Cristina; Benítez Leiva, Antonio y Gómez Narváez, Yolanda. La discapacidad y la dependencia. Madrid: Formación y Sanidad, 2011.