

MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A LA DEMENCIA

Barry A. Edelstein, Adam P. Spira y Lesley P. Koven¹
West Virginia University (USA)

Resumen

Se espera que la proporción de personas de la tercera edad aumente en Europa del 20 por ciento al 35 por ciento en los próximos 50 años. Esto se concretará en que uno de cada tres individuo tenga 60 años o más. Se espera que España tenga la población más anciana, con una media de edad de 55 años. Un número importante de adultos desarrollará demencia conforme lleguen a la tercera edad. Cerca de medio millón de individuos padecen actualmente demencia en España. La demencia se acompaña a menudo de problemas de comportamiento que tienen que ser controlados por la medicación y/o individuos debidamente entrenados. Menos del 3% de los sujetos con demencia en España se encuentran en instituciones donde se proporciona ese cuidado. La mayoría de los individuos con demencia son cuidados por miembros de la familia con escasas habilidades para manejar los comportamientos problema asociados a la demencia. A muchas de estas familias se les puede enseñar a actuar con eficacia sobre esos comportamientos problema de los miembros de la familia que padecen demencia. La idea del presente artículo es familiarizar al lector con las demencias y con los problemas asociados a ella y también ofrecer una breve discusión de los enfoques conductual que se han encontrado eficaces para majerar estos comportamientos problema. Se enfatiza el papel de la familia como cuidadores y participantes en el proceso de evaluación e intervención.

PALABRAS CLAVE: *Demencia, ancianos, problemas de comportamiento, cuidadores familiares.*

Abstract

The proportion of older adults in Europe is expected to increase from 20 percent to 35 percent over the next 50 years. That will result in one in every three individuals being 60 years of age or older. Spain is expected to have the oldest population, with a median age of 55 years. A significant number of adults will develop dementia as they reach old age. Almost one half of a million individuals in Spain currently have dementia. Dementia is often accompanied by behavior

¹ *Correspondencia:* Barry A. Edelstein, Department of Psychology, P.O. Box 6040, West Virginia University, Morgantown, WV 26506-6040 (USA). E-mail: Barry.Edelstein@mail.wvu.edu

problems that must be managed by trained individuals and/or medications. Less than 3% of individuals with dementia in Spain are in institutions where such care is provided. Most individuals with dementia are cared for by family members with limited skills for managing problem behaviors associated with dementia. Many of these families can be taught to effectively manage the problem behaviors of their family members with dementia. The present article is intended to familiarize the reader with the dementias and their associated problem behaviors, and offer a brief discussion of behavioral approaches that have been found effective in managing these problem behaviors. The role of the family as caregivers and participants in the assessment and intervention process is emphasized.

KEY WORDS: *Dementia, older adults, behavior problems, family caregivers, behavior management.*

Introducción

En 1998 había aproximadamente 580 millones de ancianos en el mundo. Se espera que este número alcance casi 2.000 millones en el año 2050 (United Nations, 2000a). En el año 2050 el número de ancianos superará al número de jóvenes (United Nations, 2000a). De 1970 a 1998 la población de la tercera edad creció un 60%. Los individuos de más de 80 años constituyen el grupo de la tercera edad que más rápido crece. El grupo de los más ancianos (+ de 85 años) creció un 147% de 1970 a 1998 (United Nations, 2000b).

Se espera que la proporción de personas de la tercera edad en Europa crezca del 20 al 35% en el 2050, haciendo que una de cada tres personas tenga 60 años o más. Se espera que en el año 2050 España tenga la población más anciana, con una media de edad de 55 años (United Nations, 2000a). Según el *Eurodem Prevalence Research Group study* (Hofman et al., 1991), aproximadamente 488.956 personas (188.944 hombres y 300.012 mujeres) padecían demencia en España en 1991. Un informe reciente (Alzheimer Scotland, 2000) comparó la cantidad y calidad del cuidado de las residencias para personas de la tercera edad con demencia en varios países europeos. Se halló que en España menos del 3% de los individuos con demencia se encuentra en instituciones. En España está aumentando el número de residencias para no válidos a la luz del porcentaje cada vez mayor de ancianos con demencia y desarrollando programas de atención con base en los barrios (Alzheimer Scotland, 2000). A pesar del creciente énfasis en la atención institucional, la gran mayoría de los individuos con demencia son cuidados por familiares con pocas habilidades para manejar los comportamientos problemáticos asociados a la demencia. En las secciones siguientes hablaremos brevemente de las demencias y las conductas problema asociadas, seguido de una discusión sobre los conceptos conductuales del comportamiento problema asociado con la demencia. Luego describiremos sucintamente enfoques conductuales eficaces para manejar los comportamientos problema asociados a la demencia. Terminaremos con una breve consideración sobre el papel de la familia como cuidadores y participantes en el proceso de evaluación e intervención.

La demencia

Las demencias constituyen un amplio rango de trastornos caracterizados por problemas de memoria y al menos una perturbación cognitiva, como la afasia (perturbación del lenguaje), la apraxia (problema motor), la agnosia (incapacidad para reconocer objetos) y perturbaciones de las funciones ejecutivas (American Psychiatric Association, 1994). Las demencias varían ampliamente en términos de la gravedad, curso, naturaleza de los síntomas y de la etiología. Aunque muchas demencias implican un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas (p.ej., la enfermedad de Alzheimer, la demencia provocada por la enfermedad de Huntington), algunas no son degenerativas (p.ej. demencia vascular, demencia debida a un traumatismo craneal). Sin embargo, todas se caracterizan por una disminución de niveles anteriores del funcionamiento cognitivo, social y laboral (American Psychiatric Association, 1994).

La demencia tiene múltiples etiologías, cada una de las cuales posee su propio conjunto de síntomas y su curso particular. No obstante, a pesar de la heterogénea etiología de las demencias, existen dos tipos básicos de esta enfermedad. Las demencias *corticales*, como la enfermedad de Alzheimer (EA), implican alteraciones patológicas de las áreas corticales del cerebro, aunque suelen estar presentes algunas perturbaciones en las áreas subcorticales (Kaufer y Cummings, 2000). Por su parte, las demencias subcorticales incluyen trastornos extrapiramidales, como la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la parálisis progresiva supranuclear, la enfermedad vascular subcortical, las enfermedades de la materia blanca y la hidrocefalia. Estas formas de demencia habitualmente implican daños en los ganglios basales, en los núcleos talámicos relacionados con el sistema límbico y en zonas del tallo cerebral. Un tercera categoría, la mixta, produce síntomas atribuibles a estructuras tanto corticales como subcorticales e incluye enfermedades tales como la demencia con cuerpos de Lewy, la degeneración corticobasal, algunas demencias vasculares y las infecciones lentas por virus (Kaufer y Cummings, 2000). Las demencias corticales se identifican por medio de déficit en las habilidades intelectuales elementales, como el lenguaje, las funciones visoespaciales y las capacidades matemáticas, mientras que el funcionamiento motor y sensorial simple habitualmente se mantiene. Por el contrario, las demencias subcorticales se caracterizan por un enlentecimiento y pérdida de las funciones ejecutivas, por cambios afectivos y de personalidad, por el olvido y por trastornos del movimiento (Cummings y Benson, 1984).

La patología orgánica subyacente asociada a la demencia a menudo produce un amplio rango de comportamientos problema, incluyendo agresividad, gritar, hostilidad, alucinaciones, trastornos de la alimentación, perturbaciones del sueño, conducta sexual inapropiada y comportamiento de vagabundeo excesivo. Muchas de esas conductas caen dentro de la categoría de «agitación». La agitación se ha definido como «...actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no se explica por deberse a necesidades o a confusión» (Cohen-Mansfield y Billig, 1986, p. 712) e incluye conductas abusivas o agresivas, ocurre con una frecuencia inapropiada o es socialmente inapropiada (Cohen-Mansfield, Werner, Watson y Pasis, 1995). La agi-

tación que no se trata puede ser un factor de riesgo de daño físico para el individuo agitado y para las personas del entorno cercano y constituye una importante contribución para el estrés de los cuidadores (Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996). Es más, ese comportamiento perturbador puede tornar el cuidado imposible en algunos casos.

Muchas conductas perturbadoras o agitadas tienen un déficit orgánico específico asociado a ellas. A menos que los cuidadores y otras personas del ambiente del individuo con demencia tengan conocimiento de esos déficit, es probable que los comportamientos problema de dicho individuo se malinterpreten y se le culpe y se le haga responsable. Por ejemplo, es probable que un individuo con demencia repita constantemente preguntas que se acaban de contestar. Aunque se puede percibir esta conducta como una forma de «expresarse», podría ser el resultado de un funcionamiento deteriorado del lóbulo frontal, produciendo una conducta perseverante o una incapacidad para «despegar» la mente de una línea de pensamiento determinada. Esto podría atribuirse también a un deterioro de la memoria. Otros individuos con demencia pueden rehusar vertirse ellos mismos. Aunque este comportamiento podría interpretarse como pereza o una forma de búsqueda de atención, es posible que el daño en los lóbulos parietal y occipital no dominantes haya dado como resultado una apraxia para vestirse o una incapacidad para relacionar su cuerpo con sus vestidos (Holden, 1990). La agresión física y el gritar pueden ser formas de compensar el daño en las áreas de lenguaje del cerebro, haciendo que los individuos recurran a formas alternativas, más perturbadoras, de comunicar sus necesidades.

Conceptos analítico conductuales de los comportamientos problema

Los mismos principios del condicionamiento operante que se aplican a los jóvenes sirven también para las personas mayores con demencia. Igualmente, la evaluación de los comportamientos problema implica los mismos principios utilizados con niños y jóvenes. El clínico tiene que determinar las condiciones antecedentes que probablemente desencadenen la ocasión para que ocurra la conducta problema y las consecuencias que posiblemente mantengan la conducta. Aunque los principios son los mismos para todos los grupos de edad, la evaluación conductual y el desarrollo de programas eficaces de manejo del comportamiento pueden suponer un reto importante en ancianos con demencia, debido a las múltiples fuentes de control conductual (p.ej., medicamentos, efectos secundarios de los fármacos, enfermedades crónicas, déficit cognitivos) y a los repertorios conductuales cada vez más limitados.

Muchos clínicos suponen que los ancianos con demencia son incapaces de aprender. Es decir, creen que los individuos con demencia ya no son capaces de responder de forma adecuada a las contingencias ambientales, como las que se utilizan en las intervenciones conductuales. Por lo tanto, son reacios a intentar el manejo conductual de los comportamientos problema utilizando los principios del condicionamiento operante o simplemente ofrecen un escaso apoyo para los que intentan

esa empresa. Se puede apreciar fácilmente el escepticismo con respecto al potencial de aprendizaje, ya que el deterioro de la memoria es uno de los principales síntomas de la demencia. Sin embargo, existen pruebas de que incluso las personas de la tercera edad con demencia pueden responder de forma adecuada a las contingencias de refuerzo (p.ej., Bird, Alexopoulos y Adamowicz, 1995; Burgess, Wearden, Cox y Rae, 1992). Incluso cuando hay pocas posibilidades de *nuevo* aprendizaje, se pueden aplicar los principios del condicionamiento operante para aumentar o disminuir la probabilidad de la ocurrencia de un comportamiento problema apoyándose en lo que el individuo ha retenido de experiencias anteriores. Por ejemplo, se puede colocar la señal de tráfico «Stop» frente a una puerta para detener a un anciano con demencia a que abra esa puerta. De este modo, uno puede apoyarse a veces en respuestas sobreaprendidas ante estímulos ambientales encontrados a menudo para controlar comportamientos problema. Antes de discutir la evaluación y el tratamiento de las conductas problema, es importante abordar dos aspectos conceptuales que son especialmente importantes cuando se trabaja con ancianos demenciados que, en muchos casos, pueden tener repertorios conductuales limitados.

La primera cuestión que se debe abordar es el enfoque conceptual adoptado en la evaluación del paciente con demencia. Es importante que uno adopte un enfoque ideográfico para la evaluación y el tratamiento de los comportamientos problema. Este tipo de enfoque implica métodos y evaluaciones que son hechos a la medida del individuo. No habrá dos personas con demencia que manifiesten exactamente la misma topografía de comportamientos problema e incluso conductas topográficamente similares pueden tener funciones diferentes para cada individuo. Esto es especialmente importante cuando el individuo con demencia empieza a perder las habilidades que utilizaba anteriormente para comunicarse con los demás. Conforme disminuye el repertorio conductual del sujeto, el averiguar la supuesta función de las «conductas problema» es de gran importancia. Muchos programas de manejo del comportamiento han fracasado en las casas y en las instituciones porque los clínicos suponían que conductas topográficamente similares tenían la misma función para todos los individuos (p.ej., todos los gritos son únicamente para llamar la atención) y todas se mantenían por las mismas consecuencias reforzantes (p.ej., la atención del equipo del centro o de los miembros de la familia). Lo mismo ocurre con respecto a las fuentes de control (es decir, antecedentes y consecuentes). Por ejemplo, en un caso, un antecedente de las quejas de un anciano con demencia de que un miembro de la familia le está robando la ropa puede ser el ver a un miembro de la familia entrar en el dormitorio y su incapacidad posterior para localizar una chaqueta que se encuentra en la lavadora. Sin embargo, en otro caso con quejas de robo similares, el antecedente podría ser el ver esa misma chaqueta ser utilizada por un miembro de la familia.

La segunda cuestión que debería abordarse se refiere a cómo se enfocan los problemas de comportamiento de un sujeto con demencia en el contexto de pérdidas cognitivas. Conforme el individuo con demencia pierde habilidades cognitivas y conductuales se va quedando con un rango limitado de capacidades para controlar el ambiente (p.ej., evitar o escapar de estímulos desagradables/dolorosos y obtener lo que quiere o necesita). Quizás la pérdida más importante es la debida a la afasia,

que deteriora la capacidad para comunicarse verbalmente con los demás. Las interacciones cotidianas del individuo con el ambiente se vuelven cada vez más difíciles, exasperantes y frustrantes, al mismo tiempo que la satisfacción de las necesidades y los deseos se hace cada vez más complicada. De este modo, cuando el clínico intenta conceptualizar las variables que controlan los comportamientos problema asociados con la demencia, tiene que tener cuidado de que lo que parecen ser conductas desadaptativas porque son problemáticas para los demás, son en realidad adaptativas para el individuo con demencia. Estos comportamientos problema a menudo provienen de los intentos para compensar la pérdida de capacidades físicas y cognitivas que anteriormente hubieran permitido al individuo utilizar conductas y habilidades consideradas más adaptativas desde la perspectiva del personal del centro o de los miembros de la familia.

Un par de ejemplos puede ayudar a aclarar los puntos anteriores. Consideremos una persona de la tercera edad con demencia que grita una y otra vez durante el tiempo en que los otros miembros de la familia están cenando. La función de gritar puede ser intentar obtener la atención positiva de los miembros de la familia. Sin embargo, este mismo comportamiento, que ocurre bajo las mismas condiciones, puede servir para comunicar dolor, con la función de conseguir medicación para dicho dolor. Otro ejemplo, consideremos dos ancianos diferentes con demencia en dos familias muy distintas. Ambos ancianos se vuelven muy agresivos cuando un miembro de la familia intenta bañarlos. En un caso, el comportamiento agresivo podría emitirse para evitar el baño porque el miembro específico de la familia que está intentando bañarle siempre utiliza agua que está muy fría. Debido a que el anciano ha perdido la capacidad de comunicarse verbalmente de forma eficaz, la conducta agresiva es uno de los pocos comportamientos que le quedan en su repertorio que puede utilizar de forma eficaz para escapar o evitar la situación aversiva (p.ej., un baño en agua fría). En el segundo caso, el anciano intenta evitar el baño por medio del comportamiento agresivo porque no reconoce al miembro de la familia debido a la pérdida de memoria. Se asusta por lo que parece ser un «extraño» intentando colocarle bajo la ducha. El anciano puede temer que el «extraño» le ahogue o simplemente no confía en que el extraño le proteja en el caso en que se resbale en la ducha. Lo mismo que sucede con el primer ejemplo, los dos individuos con demencia tienen virtualmente la misma topografía, surgen bajo condiciones diferentes y tienen la misma función (evitar que le bañen).

En resumen, los mismos principios del aprendizaje que se aplican a los individuos sin demencia se aplican a los individuos con demencia. Sin embargo, los antecedentes, los consecuentes y las funciones de los comportamientos problema pueden cambiar conforme el individuo con demencia se deteriora cada vez más a nivel cognitivo y pierde gran parte de su repertorio conductual.

Intervenciones conductuales

Los cuidadores, incluyendo la pareja, los hijos y otros familiares, pueden llevar a cabo intervenciones conductuales para disminuir una serie de comportamientos pro-

blema manifestados por ancianos con demencia. La siguiente sección revisará intervenciones que pueden ponerse en práctica en la casa por los cuidadores y que han demostrado que reducen el vagabundeo, las vocalizaciones perturbadoras y la agresión física. Una característica frecuente en muchas de esas intervenciones es el uso de técnicas de control del estímulo (algunas veces denominado control de los antecedentes). Las técnicas para el manejo del comportamiento que se apoyan en el control del estímulo implican la manipulación de los estímulos ambientales que establecen la ocasión para las conductas específicas con el fin de cambiar la probabilidad de que ocurra un comportamiento determinado. Una segunda característica frecuente es el empleo de programas de refuerzo que respaldan otros comportamientos (el refuerzo diferencial de otras conductas; RDO) o el comportamiento que es incompatible con la conducta problema (denominado también refuerzo diferencial de la conducta incompatible, RDI). Una tercera característica es la utilización de programas de extinción para disminuir la frecuencia de los comportamientos problema.

El vagabundeo

Se han empleado diferentes intervenciones para reducir el vagabundeo en instituciones y muchas de estas se pueden llevar a cabo en la casa. Por ejemplo, Bird, Alexopoulos y Adamowicz (1995) disminuyeron el vagabundeo en una mujer de 73 años con una probable enfermedad de Alzheimer que estaba en una residencia y entraba frecuentemente en el dormitorio de otros residentes. Los autores llevaron a cabo un intervención de «*recuerdo de señales*» para enseñar a la paciente a que no siguiera más allá de una señal de «Stop» diseñada de la misma manera que la que aparece en las carreteras. La señal se colocó en el límite de las áreas que no podía traspasar. Un componente de esta estrategia incluía un procedimiento de *recuerdo espaciado*, por medio del cual se pedía al paciente que recordase, a lo largo de intervalos cada más largos, qué hacer en presencia de la señal de Stop. Un segundo componente de la intervención incluía *señales de atenuación*, por medio del cual se proporcionaban una serie de ayudas directas (p.ej., «mira a la señal», «¿qué significa la señal?», «la señal significa que pares, entonces, que tienes que hacer?») hasta que se emitía la respuesta apropiada. El grado de implicación de estas ayudas se reducía de forma gradual a lo largo de los ensayos de la tarea, requiriendo que el paciente emitiera la respuesta con niveles cada vez más bajos de apoyo ambiental (p.ej., aumentando las señales no directas). Esta intervención se puede adaptar fácilmente para ser utilizada por los cuidadores en la casa. Los clínicos deberían asegurarse de demostrar claramente el uso de señales de atenuación y de recuerdo espaciado, con el fin de maximizar la probabilidad de éxito.

Otras intervenciones para el vagabundeo han sacado ventaja del control del estímulo y de los déficit perceptivos asociados con la demencia. Por ejemplo, Hussian y Brown (1987) observaron que los individuos con demencia solían percibir erróneamente patrones bidimensionales (p.ej., los cambios en los colores de las baldosas del suelo, las tiras adhesivas pegadas en él) como obstáculos tridimensionales para el

caminar. Los autores intentaron utilizar esta percepción errónea para reducir los paseos erráticos en 8 ancianos con demencia que residían en un hospital psiquiátrico público colocando cintas adhesivas a lo largo de los pasillos. Las tiras adhesivas se colocaron en una serie de configuraciones (variando en el número y la orientación de las tiras) con el fin de determinar qué configuraciones de las tiras eran más eficaces para disminuir el vagabundeo. Por ejemplo, algunas tiras se colocaron verticalmente y otras horizontalmente. Los autores informaron de una mayor disminución del caminar más allá de las tiras adhesivas —desde una línea base del 98% de ocasiones para cruzar la rejilla durante el paseo libre hasta un 30% de las ocasiones— cuando se utilizó una especie de rejilla horizontal de 8 tiras adhesivas. Los cuidadores podrían fácilmente utilizar este tipo de intervención en la casa para reducir el pasear en áreas peligrosas.

Namazi, Rosner y Calkins (1989) utilizaron barreras visuales y otros obstáculos para disminuir el vagabundeo en ancianos con la enfermedad de Alzheimer y una historia de intentos de escape. De los elementos probados, los autores informaron que la utilización de cubiertas de tela para ocultar los pomos de las puertas era el más eficaz. De este modo, parecía que el que la puerta y el pomo no aparecieran juntos impedía que la puerta ejerciera como control del estímulo como hacía anteriormente. El uso de una cubierta especial para cubrir el pomo de la puerta que sólo se apartaba cuando se hacía presión fue también eficaz. Además, el pintar (p.ej., camuflar) el pomo de la puerta del mismo color que la puerta sobre la que estaba montado disminuía la frecuencia de las salidas. Contrariamente a los hallazgos de Hussian y Brown (1987), Namazi y colaboradores informaron que rejillas bidimensionales no fueron eficaces para disminuir las salidas.

Vocalizaciones perturbadoras

Las vocalizaciones perturbadoras incluyen comportamientos vocales que son repetitivos, molestos o, en cualquier caso, inapropiados (Cohen-Mansfield y Werner, 1994). Se han publicado una serie de intervenciones con éxito para disminuir las vocalizaciones perturbadoras. Por ejemplo, Birchmore y Clague (1983) disminuyeron las vocalizaciones perturbadoras en una anciana con demencia que también era ciega. Los autores hipotetizaron que: (a) el equipo del centro reforzaba sus vocalizaciones proporcionando contacto social cuando la residente gritaba y la ignoraban cuando se estaba quieta; y (b) las respuestas ruidosas de los otros residentes a sus gritos eran estimulantes y reforzaban aún más la conducta de gritar. Los autores observaron también que la residente disfrutaba de los masajes en la espalda. Se estableció un programa de RDO por medio del cual se proporcionaba cada día un masaje de una hora contingente al silencio de la paciente durante ese periodo (p.ej., un masaje de 10 minutos alternando con un descanso de 5 minutos). Las vocalizaciones disminuyeron drásticamente en dos sesiones de masaje. Durante una de estas sesiones, las vocalizaciones disminuyeron aproximadamente desde el 65 al 20% del intervalo de una hora y continuaron disminuyendo después de la sesión. Los cuidadores podrían emplear fácilmente esta intervención después de aprender a registrar los

antecedentes y consecuentes de las vocalizaciones perturbadoras y cómo emparejar el tratamiento con la función hipotetizada. En realidad, este método de evaluación conductual podría aplicarse a cualquier comportamiento que nos interesara modificar. Se debería notar que, en este caso, el tratamiento (masaje) no se emparejó claramente con la función hipotética del comportamiento meta (atención, estimulación auditiva). El reforzar diferencialmente el comportamiento adaptativo (p.ej., peticiones adecuadas de atención) con estas consecuencias (p.ej., emparejando el tratamiento con la función) podría haber mejorado los resultados de la intervención.

Rapp, Flint, Herrmann y Proulx (1992) describieron el tratamiento del Sr. A, un hombre de 78 años con demencia que tenía «expresiones confusas y afásicas». Los autores hicieron que la mujer del Sr. A recogiese datos con respecto a los antecedentes y consecuentes de estas vocalizaciones perturbadoras. Los datos indicaban que ocurrían 30 episodios del comportamiento meta durante la primera semana de evaluación, que a menudo ocurrían después de que el Sr. A se despertaba y que probablemente la atención de la Sra. A a las vocalizaciones de su marido las reforzaba. Los autores aconsejaron a la Sra. A que ignorase las vocalizaciones perturbadoras del Sr. A con el fin de extinguir las respuestas y que disminuyese el número de siestas que se echaba el Sr. A con el fin de reducir la frecuencia de los antecedentes del comportamiento meta. Esta combinación de un procedimiento de control de los antecedentes y un programa de extinción dio como resultado una disminución significativa en el número de episodios de las vocalizaciones perturbadoras.

Se podría también enseñar a los cuidadores a utilizar los procedimientos del recuerdo espaciado y de las señales de atenuación para disminuir las vocalizaciones perturbadoras. Por ejemplo, Bird *et al.* (1995) describieron el caso de una anciana de 83 años con demencia vascular que mantenía la creencia errónea de que estaba estreñida. Se olvidaba constantemente del débil laxante que los cuidadores le daban diariamente y les pedía constantemente su medicación. Los autores llevaron a cabo los procedimientos del recuerdo espaciado y de las señales de atenuación, tal como ya se describieron anteriormente, para entrenar a Julia a ir a su dormitorio cuando se lo requerían los cuidadores. Es decir, éstos entrenaron a Julia para que respondiera a la pregunta «¿Qué haces cuando estás preocupada con tus medicinas?» yendo a su habitación y leyendo una señal que contenía un mensaje hecho para confirmar que ya había tomado el laxante. Se le dio a Julia un conjunto de instrucciones cada vez más directas hasta que emitía la respuesta adecuada, requiriendo que emitiera dicha respuesta con niveles cada vez menores de apoyo ambiental, a lo largo de periodos de tiempo cada vez más largos. Además, los cuidadores dejaron de proporcionar ninguna otra respuesta de atención a las peticiones de Julia de medicación. Los autores informaron que Julia dejó de preocuparse de sus intestinos y que ella atribuye este cambio a la señal de confirmación.

Agresión física

La agresión física es un problema frecuente en individuos con demencia y puede dar como resultado un lesión en el agresor, en los cuidadores y en otras personas.

Fisher, Buchanan y Hadden (en prensa) disminuyeron la conducta agresiva de tres mujeres de una residencia durante los periodos en que la estaban cuidando (p.ej., desvestirla). Los autores hipotetizaron que la presencia de una persona no familiar en momentos de cuidado íntimo provocaba temor en estos residentes y que este miedo constituía un estado aversivo que aumentaba el grado en que el escape de este lugar era reforzado negativamente. Fisher *et al.* (en prensa) se pusieron como objetivo disminuir la agresión manipulando la aversión de la situación en que se pretaban los cuidados. Concretamente, presentaron estímulos, durante el periodo de cuidado, que los residentes identificaban de forma sistemática como algo que les gustaba (p.ej., una cinta de video sobre niños, una caja de música). Los cuidadores presentaban uno de estos estímulos a los participantes durante el minuto que precedía al periodo de cuidado y orientaban repetidamente a la residente hacia el estímulo durante dicho periodo. Esto dio como resultado disminuciones moderadas en la agresión física de dos participantes y produjo una reducción más importante en el tercer participante. Los cuidadores en casa podrían utilizar esta técnica de presentar los estímulos que les gusta para disminuir la agresión durante las actividades en las que es probable que provoquen dicha conducta.

Lewin y Lundervold (1987) enseñaron un enfoque de base familiar para el manejo de la conducta a los cuidadores. Informaron del caso de una mujer de 76 años con enfermedad de Alzheimer que vivía en un piso tutelado y mostraba agresión física durante el periodo del cuidado de las mañanas, lo que amenazaba con colocarla en una residencia. Una evaluación funcional informal reveló que la agresión era precedida habitualmente por el hecho de que un cuidador se inclinaba hacia Vilma mientras estaba sentada en su silla de ruedas. Además, la atención negativa (p.ej, una reprimenda) era una consecuencia habitual de la agresión. Los autores manipularon los antecedentes de modo que fueran incompatibles con la agresión. Concretamente, se sacaba a la anciana de su silla de ruedas, haciendo que se apoyara en una barra, de modo que se evitaba que pegase. Además, en vez de utilizar una esponja de baño mientras estaba sentada, se colocaba a la anciana bajo la ducha y se le enseñó a que se bañara ella misma, agarrada a la barra, con ayuda. Esta estrategia de control de los antecedentes funcionó lo suficientemente bien que evitó que la mujer fuera trasladada a una residencia.

Rapp *et al.* (1992) describieron el caso del Sr. B, un hombre de 67 años con demencia que vivía en una residencia y manifestaba «ataques de agresión». Los cuidadores lo observaron de forma directa y registraron los antecedentes y los consecuentes de la agresión. Se registraron un total de 12 de esos ataques durante la primera semana de evaluación. Los resultados de los tests neuropsicológicos indicaron que un accidente (infarto) cerebrovascular le dejó incapaz de percibir los estímulos con su ojo izquierdo. La observación directa confirmó este déficit. Habitualmente colisionaba con las sillas de ruedas de otros residentes. El mobiliario de la habitación del Sr. B estaba colocado de tal manera que obligaba a los cuidadores a acercarse a él por su lado izquierdo mientras se encontraba en la cama. Puesto que no podía verles con su ojo izquierdo cuando se acercaban, le asustaban, lo que hacía que se volviera agresivo hacia ellos. La habitación del Sr. B se arregló para acomodar mejor su déficit perceptivo y se educó a la familia y a los cuidadores

con respecto a su incapacidad para ver con su ojo izquierdo. Además, se enseñó a los cuidadores a que alertaran verbalmente al Sr. B de su presencia para no alarmarlo cuando se acercaban. Las intervenciones dieron como resultado una «notable disminución» de los comportamientos problema. Este caso proporciona un ejemplo excelente de la necesidad de considerar déficit cognitivos específicos en el análisis funcional de los comportamientos problema.

Los resultados de los estudios descritos en esta sección indican que las intervenciones conductuales pueden disminuir el vagabundeo, las vocalizaciones perturbadoras y la agresión física en personas de la tercera edad con demencia. Las intervenciones sobre los antecedentes y el control del estímulo, además del RDO y de los programas de extinción, son relativamente fáciles de llevar a cabo y pueden tener importante efectos sobre los comportamientos problema. Cuando se trabaja con los cuidadores, los clínicos deberían ser cuidadosos y utilizar las intervenciones conductuales más simples, ya que es más probable que las apoyen cuando se trata de procedimientos poco complicados. Se deberían realizar intervenciones del control de los antecedentes (p.ej., evitar o eliminar los antecedentes de los comportamientos problema, presentar antecedentes de conductas adaptativas) cuando fuese posible. Estas intervenciones tienen lugar *antes* de que ocurra un problema y requieren generalmente menos trabajo por parte del cuidador que las intervenciones que precisan de la manipulación de las consecuencias. Para problemas de comportamiento especialmente intratables, se anima a los clínicos a que intenten intervenciones que impliquen programas de refuerzo diferencial de respuestas incompatibles (RDI), donde se proporciona refuerzo contingente a la emisión de una conducta que sea incompatible con el comportamiento problema. Por ejemplo, a un individuo que golpea a los cuidadores podría aplicársele refuerzo contingente al tiempo que pasa con las manos colocadas en su regazo durante las actividades de cuidado (p.ej., cuando se le baña o se le alimenta).

Trabajando con los familiares que cuidan al paciente

Los comportamientos problema de los individuos con demencia deberían considerarse dentro del sistema general de los cuidadores. Es muy importante no ignorar a los miembros de la familia que proporcionan el cuidado a los ancianos con demencia. Los problemas conductuales asociados con la demencia (p.ej., agitación y conductas peligrosas o molestas) constituyen a menudo las causas principales por las que los familiares que cuidan de los ancianos «estén quemados» (*burnout*) (Haley, Brown y Levine, 1987). Realmente, no son las ideas delirantes, las alucinaciones y la depresión asociadas con la demencia lo que tiene mayor impacto en los cuidadores. Lo que se ha encontrado que correlaciona con el malestar y la depresión del cuidador es la agitación del miembro de la familia con demencia (Victoroff, Mack y Nielson, 1998).

Cuando se trabaja con familias para evaluar y tratar los comportamientos perturbadores, el clínico debería tener cuidado para no pasar por algo el impacto del malestar del cuidador sobre la fiabilidad de las evaluaciones y la adherencia a las

intervenciones recomendadas. Concretamente, se ha encontrado que el malestar del cuidador disminuye la potencia de la asociación entre el informe del mismo sobre las capacidades funcionales de los pacientes y la observación directa de esas capacidades por los clínicos (Zanetti, Geroldi, Giovanni, Bianchetti y Trabucchi, 1999). De este modo, los clínicos deberían complementar las evaluaciones que hacen los cuidadores de las perturbaciones conductuales con la observación directa, cuando sea posible, y deberían tomar en cuenta el malestar del cuidador cuando se diseñan intervenciones que los miembros de la familia han de llevar a cabo. Cuando no es posible la observación directa por el clínico, pueden ser de utilidad, e incluso más objetivas, las observaciones de un amigo o familiar que no esté implicado directamente en el cuidado del individuo con demencia.

Cuando se llevan a cabo intervenciones conductuales en la casa, se tiene que considerar en todo momento el sistema familiar. Muchas intervenciones requieren la cooperación de todos los miembros de la familia. De este modo, es esencial que todos los miembros de la familia se den cuenta de su papel a la hora de llevar a cabo la intervención y que estén de acuerdo con las directrices del plan. Se puede echar a perder muchas intervenciones si no existe el apoyo de todos los miembros de la familia. Por ejemplo, una intervención que utiliza la extinción para disminuir un comportamiento problema podría fracasar fácilmente si uno de los miembros de la familia está reforzando sin darse cuenta la conducta no deseada. De igual manera, las intervenciones fracasarán si alguno de los miembros de la familia no está de acuerdo con la utilidad del plan o se opone a las directrices del mismo. Por lo tanto, es crucial que los clínicos eduquen de forma adecuada a los miembros de la familia sobre las razones de la intervención y que evalúen cualquier resistencia de los mismos.

Resumen y conclusiones

Hemos hablado brevemente de la naturaleza de la demencia en ancianos, de la utilización de la evaluación funcional y de la aplicación de los principios del condicionamiento operante para manejar los comportamientos problema asociados con la demencia. Se ha encontrado que este enfoque es eficaz para los pacientes con demencia que se encuentran en residencias y tienen diferentes comportamientos problema. Nuestro objetivo en este artículo es animar a los clínicos a que aborden las conductas problema de los ancianos con demencia utilizando los mismos enfoques de evaluación y tratamiento conductual que se han encontrado útiles con niños y adultos. Sugerimos que se enseñe a los miembros de la familia la aplicación de programas de manejo de la conducta de la misma forma que se ha enseñado a los miembros de la familia a manejar los comportamientos problema de los niños por medio del entrenamiento de padres. Puesto que la mayoría de los individuos con demencia son cuidados por miembros de su familia en la casa, es muy importante que éstos se conviertan en participantes activos y que se les de las herramientas necesarias para manejar los comportamientos problema que puedan tener un efecto destructivo sobre los cuidadores a largo plazo si no se les maneja de forma adecuada.

References

- Allport, G. W. (1962). The general and the unique in psychological science. *Journal of Personality*, 34, 405-422.
- Alzheimer Scotland (2000). The quality and challenge: Caring for people with dementia in residential institutions in Europe, retrieved July 30, 2002 from <http://www.alzscot.org/policy/qualitychallengesum.html>.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (40 ed.). Washington, DC: Autor.
- Ankus, M. y Quarrington, B. (1972). Operant behavior in the memory-disordered. *Journal of Gerontology*, 27, 500-510.
- Birchmore, T. y Clague, S. (1983). A behavioral approach to reduce shouting. *Nursing Times*, 37-39.
- Bird, M., Alexopoulos, P. y Adamowicz, J. (1995). Success and failure in five case studies: Use of cued recall to ameliorate behavior problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 305-311.
- Bourgeois, M. S., Schulz, R. y Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, 43, 35-92.
- Burgess, I. S., Wearden, J. H., Cox, T. y Rae, M. (1992). Operant conditioning with subjects suffering from dementia. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 219-237.
- Cohen-Mansfield, J. y Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 711-721.
- Cohen-Mansfield, J. y Werner, P. (1994). Verbally disruptive behaviors in elderly persons: A review. In B. J. Vellas, J. L. Albarede y P. J. Garry (dirs.), *Facts and research in gerontology* (pp. 73-82). Nueva York: Springer.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V. y Pasis, S. (1995). Agitation among elderly persons at adult day-care centers: The experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics*, 7, 447-458.
- Cummings, J. L. y Benson, D. F. (1982). Subcortical dementia. *Archives of Neurology*, 39, 616-620.
- Fisher, J. E., Buchanan, J. A. y Hadden, J. E. (en prensa). Presentation of preferred stimuli as an intervention for escape-maintained aggression in Alzheimer's disease patients. *Journal of Clinical Geropsychology*.
- Haley, W., Brown, S. L., Levine, E. G. (1987). Family caregiver appraisals of patient behavioral disturbance in senile dementia. *Clinical Gerontologist*, 6, 25-34.
- Hofman, A., Rocca, W. A., Brayne, C., Breteler, M. M., Clarke, M., Cooper, B., Copeland, J. R., Dartigues, J. F., da Silva Droux, A. y Hagnell, O. (1991). The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem Prevalence Research Group. *International Journal of Epidemiology*, 20, 736-748.
- Holden, U. (1990). Dementia: Some common misunderstandings. En G. Stokes y F. Goudie (dirs.) *Working with dementia* (pp. 52-58). Bicester Oxon, UK: Winslow.
- Hussian, R. A. y Brown, D. C. (1987). Use of two-dimensional grid patterns to limit hazardous ambulation in demented patients. *Journal of Gerontology*, 42, 558-560.
- Kaufer, D. I. y Cummings, J. L. (2000). Dementia: An overview. En M. J. Farah y T. E. Feinberg (dirs.), *Patient-based approaches to cognitive neuroscience* (pp.355-368). Cambridge, MA: MIT Press.
- Lewin, L. M. y Lundervold, D. (1987). Behavioral treatment of elderly in foster care homes. *Adult Foster Care Journal*, 1, 238-249.

- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Behavior modification: What it is and how to do it* (60 ed.). Upper Saddle River, NJ: Simon & Schuster.
- Namazi, K. H., Rosner, T. T. y Calkins, M. P. (1989). Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer=s patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist*, 29, 699-702.
- Nelson, R. O. y Hayes, S. C. (1986). The nature of behavioral assessment. En R. O. Nelson y S. C. Hayes (dirs.), *Conceptual foundations of behavioral assessment* (pp. 3-41). Nueva York: Guilford.
- Rapp, M. S., Flint, A. J., Herrmann, N. y Proulx, G. (1992). Behavioral disturbances in the demented elderly: Phenomenology, pharmacotherapy and behavioural management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 651-657.
- United Nations (2000a). World population prospects: The 2000 revision. Retrieved July 21, 2002 from <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2000/wpp2000h.pdf>.
- United Nations (2000b). Executive Summary. World Population Ageing: 1950-2050. Retrieved July 21, 2002, from www.un.org/esa/population/unpop.htm.
- Victoroff, J., Mack, W. J. y Nielson, K. A. (1998). Psychiatric complications of dementia: Impact on caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9, 50-55.
- Zanetti, O, Geroldi, C., Frisoni, G., Bianchetti, A. y Trabucchi, M. (1999). Contrasting results between caregiver=s report and direct assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: The contribution of the caregiver=s personal characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 196-202.

EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y DE LA SALUD

Esta sección estará dedicada a toda aquella información científica que sea de interés para el psicólogo clínico y de la salud desde una perspectiva conductual (o cognitivoconductual). Ejemplo de este tipo de información sería casos de tratamiento descritos de forma sistemática, artículos novedosos que aporten aspectos de interés pero que no sean considerados en la sección normal de la revista a causa de algún aspecto (nº escaso de sujetos, brevedad del mismo, etc.) cartas a la dirección de la revista sobre asuntos profesionales y/o de investigación, noticias de especial interés para las personas que trabajan e investigan en psicología clínica, entrevistas a personajes relevantes de la psicología conductual, reseñas de libros, etc. En la parte dedicada a *Noticias sobre reuniones científicas* que siguen a esta sección, se considerarán congresos, symposia, masters, cursos y/o reuniones científicas que sirvan para apoyar y extender la psicología clínica y/ psicología de la salud desde una posición conductual o cognitivo-conductual.

También se listarán en un espacio dedicado expresamente a ello los libros y revistas recibidos por la revista y que sean de interés para el psicólogo conductual (o cognitivoconductual).

Toda la comunicación referente a esta sección habrá de dirigirse a la siguiente dirección:

Psicología Conductual, Apartado de Correos 1245, 18080 Granada (España).

